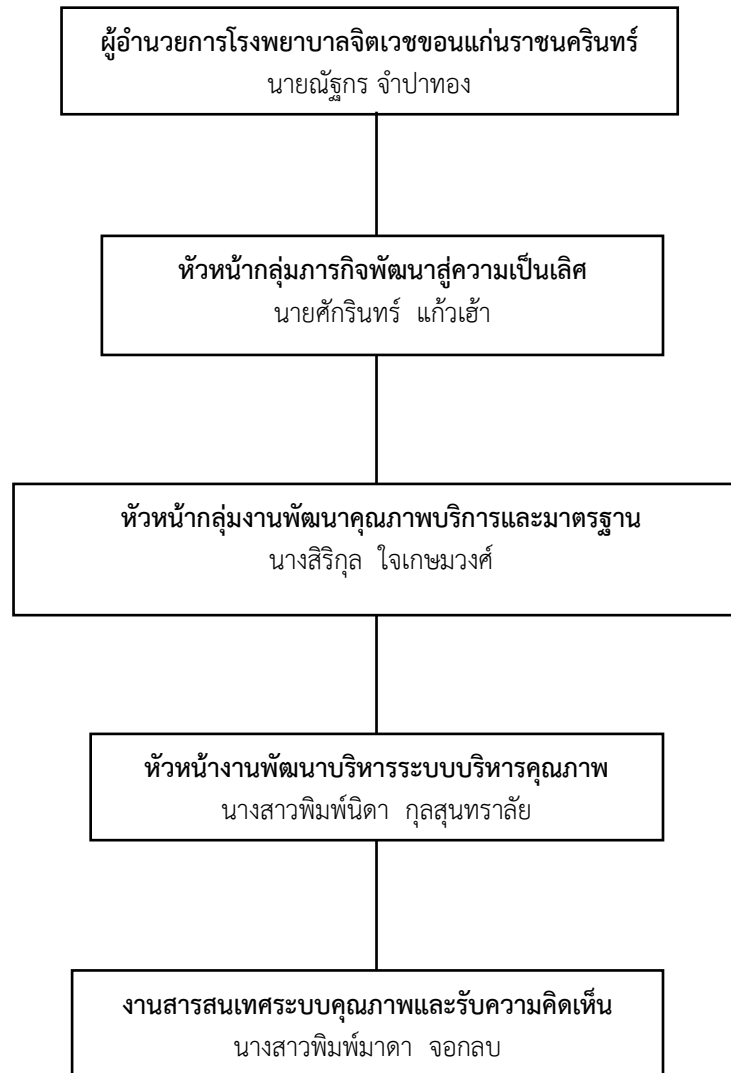
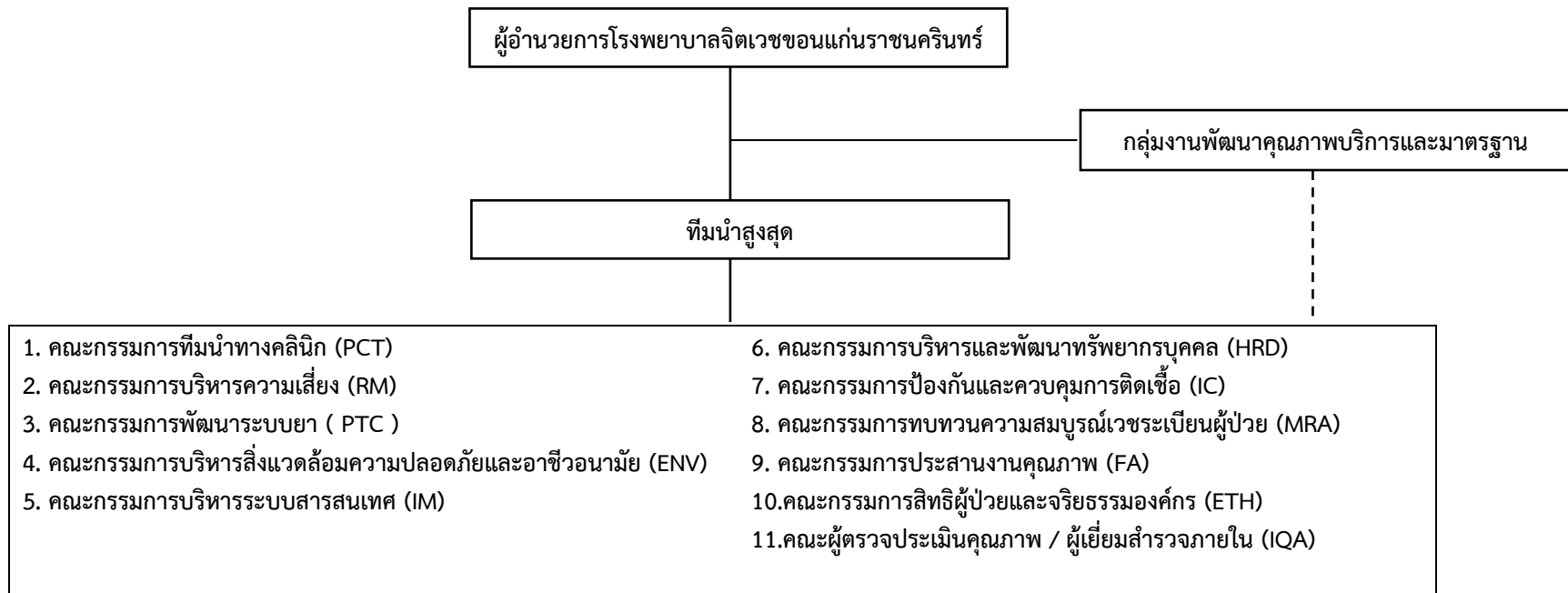






สายบังคับบัญชา _____

สายประสานงาน - - - - -

อัตรากำลัง	แพทย์	1 คน
	พยาบาลวิชาชีพ	1 คน
	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	1 คน
หน้าที่ความรับผิดชอบ	- วางแผน ให้เกิดการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานและนโยบายของโรงพยาบาล - สนับสนุน ส่งเสริม และประสานงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง - ประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกองค์กรให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ และการธำรงรักษาระบบบริหารคุณภาพ - ควบคุม ดูแล ระบบเอกสารคุณภาพขององค์กร - เป็นพี่เลี้ยงและให้ความรู้เกี่ยวกับระบบบริหารคุณภาพแก่บุคลากรทุกระดับ - ผลักดันให้เกิด process improvement team ในระดับหน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน - กำกับ ติดตาม ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพองค์กรโดยรวม เพื่อกำหนดกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	
เจตจำนง	เป็นศูนย์กลางการประสาน สนับสนุน การพัฒนาคุณภาพ โดยมุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การบริหารจัดการข้อมูล และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งสู่การรับรองมาตรฐานสากล	
เป้าหมาย	เกิดวัฒนธรรมคุณภาพที่เน้นความสนใจ ปลอดภัยและสุขใจทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ	
กลวิธีดำเนินงาน	- พัฒนางานวิจัยจากงานประจำเพื่อมุ่งสู่การบริการที่เป็นเลิศ - กระตุ้นการทำงานเป็นทีมด้วยการสื่อสารและการพัฒนาคุณภาพขององค์กรผ่านการประชุมแบบกัลยาณมิตรสนทนา (dialogue) และการอภิปรายอย่างสร้างสรรค์ (creative discussion) ด้วยสติสนทนา - ประสานเชื่อมโยงการทำงานของทีมคร่อมสายงานเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศในการบริการวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวชด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย - เสริมสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาคุณภาพในองค์กรโดยเน้นการทำงานเป็นทีมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ - ส่งเสริมให้หน่วยงาน คณะกรรมการ และทีมงานสูงสุดได้มีการประเมินตนเองและนำผลการประเมินตนเองมาใช้ในการกำหนดทิศทางการพัฒนา - ติดตาม ประเมินผล และกระตุ้นให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์การผลลัพธ์พัฒนาคุณภาพ ให้ครอบคลุมผลลัพธ์ทั้ง 7 ด้านที่สำคัญ ตามมาตรฐาน HA เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัดที่สำคัญ	- โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน ISO และ HA - ร้อยละของหน่วยงานและทีมคร่อมสายงานที่สามารถดำเนินการประเมินตนเองให้เป็นปัจจุบัน เป้าหมาย 95%	

ตัวชี้วัดรายกระบวนการ

งานพัฒนาระบบบริหารคุณภาพ

1. มีการดำเนินการตรวจประเมินระบบคุณภาพภายใน เป้าหมายอย่างน้อย 2 ครั้ง / ปี
2. มีการดำเนินการตรวจประเมินระบบคุณภาพโดยบุคคลภายนอก เป้าหมายอย่างน้อย 2 ครั้ง / ปี

งานสารสนเทศระบบคุณภาพและรับความคิดเห็น

1. มีการทบทวนเอกสารคุณภาพทั้งระบบ เป้าหมายอย่างน้อย 2 ครั้ง / ปี
2. มีรวบรวม จัดพิมพ์ สรุปความคิดเห็นของผู้รับบริการ และส่งรายงานให้กับศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต ทุกวันที่ 5 ของเดือนถัดไป

แผนปฏิบัติการประจำปี โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ประจำปีงบประมาณ 2562

(1) หน่วยงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน

(2) โครงการ / กิจกรรม	(3) ความสอดคล้องระหว่าง โครงการ/กิจกรรมกับ				(4) เป้าหมาย (หน่วยนับ)	(5) ผลการปฏิบัติ	(6) งบประมาณ (บาท)	(7) เป้าหมาย/จำนวนเงินจำแนกรายเดือน												(8) หน่วยงานที่ปฏิบัติ
	นโยบาย กรมสุขภาพจิต	ประเด็น ยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต	กลยุทธ์ กรมสุขภาพจิต	ยุทธศาสตร์ โรงพยาบาล				ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
1.การธำรงรักษาระบบคุณภาพ																				
1.1การควบคุมเอกสาร	4	4	4.1.1	4	ตลอดปี			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.2การรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ บุคลากรและดำเนินการตอบสนอง	4	4	4.1.1	4	ตลอดปี			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.3 การทบทวนโดยฝ่ายบริหาร	4	4	4.1.1	4	12 ครั้ง				✓			✓			✓			✓		
1.4 การประชุมสื่อสารทิศทางการพัฒนา คุณภาพ	4	4	4.1.1	4	ทุกเดือน			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2.การตรวจประเมินและติดตาม ความก้าวหน้าการพัฒนาระบบคุณภาพ																				
2.1 โครงการประเมินและติดตามความก้าวหน้า การพัฒนาระบบคุณภาพ																				
2.1.1กิจกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อรับการ เยี่ยมสำรวจ	4	4	4.1.1	4	2 ครั้ง/60 คน		20,000	20,000												
2.1.2กิจกรรมการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลเพื่อต่อ อายุการรับรอง	4	4	4.1.1	4	1ครั้ง/270คน		225,000	225,000												
2.1.3กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ เยี่ยมสำรวจภายใน	4	4	4.1.1	4	2ครั้ง/ 50 คน		12,000	12000												
2.1.4 กิจกรรมตรวจติดตามระบบบริหาร คุณภาพตามมาตรฐาน ISO	4	4	4.1.1	4	2ครั้ง/90 คน		80,000		1 40,000						1 40,000					
2.1.5กิจกรรมการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรอง เฉพาะโรคหรือระบบ	4	4	4.1.1	4	1ครั้ง/180 คน		130,000									1/180 130000				

