

## I-1 การนำองค์กร

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: สมรรถนะ ประสิทธิภาพ วัฒนธรรมองค์กร นำด้วยวิสัยทัศน์						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559
ร้อยละการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ	80	100	100	92.15	100	100
อุบัติการณ์ข้อบกพร่องจากการตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎระเบียบด้านการเงินจากองค์กรภายนอก	0	0	0	0	0	0
อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนด้านธรรมาภิบาล	0	0	0	0	0	0
ร้อยละของบุคลากร(ทั้งผู้นำและผู้ปฏิบัติ) ที่รับรู้และเข้าใจวิสัยทัศน์ ค่านิยม เป้าประสงค์ และผลการดำเนินการที่คาดหวังที่ครอบคลุมบุคลากรขององค์กร	75	NA	67.61	70.0	NA	83

**บริบท:** เป็นโรงพยาบาลชุมชน ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดตรัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ขนาด 60 เตียงแต่ให้บริการจริง 74 เตียง มีขีดความสามารถ

ระดับทุติยภูมิ F2 กำลังจะปรับเป็นระดับ F1 มีแพทย์อายุรศาสตร์ทั่วไป 4 คน แพทย์เฉพาะทาง สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว 2 คนและสาขาศัลยกรรมกระดูกและข้อ 1 คน (ผู้อำนวยการ) มี รพ. สต.ในเครือข่ายจำนวน 20 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมือง 1 แห่ง มีประชากรกลางปี 2559 (ข้อมูล ณ 29 กค. 59) ที่อาศัยอยู่จริงทั้งอำเภอกันตังจำนวน 40,689 คน เพศชาย 35,609 คน เพศหญิง 35,620 คน ปี 2559 ผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอกทั้งหมด 202,118 เฉลี่ย 707 คน/วัน ผู้ป่วยในจำนวน 11,793 คน เฉลี่ย 35 คน/วัน อัตราการครองเตียง 116.82 เนื่องจากมีเตียงมากกว่าปีที่แล้ว มีปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่อันดับแรกๆ คือ ปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ผู้ป่วยและชุมชนไม่สามารถดูแลตนเองและไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคได้ต้องการการทำงานกับชุมชนที่มีประสิทธิภาพมากกว่านี้ ด้วยสาเหตุหลักนี้นำไปสู่การกำหนดวิสัยทัศน์ ดังนี้

**วิสัยทัศน์โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง (VISION)**

“โรงพยาบาลกันตัง เป็นโรงพยาบาลที่ผู้รับบริการประทับใจ มีเครือข่ายบริการสุขภาพและชุมชนเข้มแข็ง ในปี 2561”

## 2. พันธกิจโรงพยาบาลกันตัง (Missions)

- 2.1. สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการในระดับเครือข่าย
- 2.2. รักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชนตามสภาพปัญหาในพื้นที่
- 2.3. ส่งเสริมกิจกรรมชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนในพื้นที่
- 2.4. พัฒนาบุคลากรให้มีสภาวะและสมรรถนะที่เหมาะสม
- 2.5. พัฒนาระบบสารสนเทศสนับสนุนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

### 3. เป้าประสงค์ (Goals)

- 3.1 ผู้รับบริการและผู้มาเยือนประทับใจและไว้วางใจในบริการ รพ.
- 3.2 ลดพฤติกรรมเสี่ยงและการเจ็บป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรคที่สำคัญและป้องกันได้
- 3.3 เพิ่มศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญในพื้นที่
- 3.4 บุคลากรมีคุณภาพ เก่ง ดี มีความสุขและผูกพันต่อองค์กร
- 3.5 มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพเพื่อ การสนับสนุนด้านบริการ บริหารจัดการสุขภาพ

### 4. ประเด็นกลยุทธ์การพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลกัณฑ์ (Strategic Issues)

- 4.1 พัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพให้ผู้รับบริการประทับใจ
- 4.2 เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยสู่ชุมชน
- 4.3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่ชุมชนเข้มแข็ง
- 4.4 พัฒนาบุคลากรสู่คนเก่ง ดี มีความสุข
- 4.5 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการสารสนเทศ

### 5. ความท้าทายของ รพ.กัณฑ์ได้แก่

- 5.1 ผู้รับบริการทั้งในและนอกเวลาแออัด
- 5.2 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรายใหม่และรายเก่าที่มีภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มโรคที่สำคัญเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- 5.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองมีความหลากหลายไม่เป็นเอกภาพ
- 5.4 ความพึงพอใจในบรรยากาศของบุคลากรลดลงอย่างต่อเนื่อง
- 5.5 ระบบสารสนเทศทั้งเครือข่ายที่มีอยู่ไม่สามารถนำใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการเพียงพอ

### 6. จุดเน้นการพัฒนาในปี 2560

- 6.1 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งเครือข่าย
- 6.2 สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน
- 6.3 พัฒนาระบบสารสนเทศด้านสุขภาพทั้งเครือข่าย

ค่านิยม: ค่านิยมองค์กร ปัจจุบันมี 12 ตัวดังนี้

1. Visionary Leadership ทีมนำมองไกล ใช้เป้าหมายเป็นตัวนำ
2. Focus on Health บุคลากรสุขภาพดี ชี้นำผู้รับบริการได้
3. Teamwork สามัคคีใต้งาน สานสัมพันธ์ ร่วมกันเป็นหนึ่งเดียว

4. Patient & Customer Focus ทำเพื่อผู้ป่วยให้ดีกว่าก่อนแล้วจะสะท้อนความดีมาที่เรา
5. Management by Fact จริงใจใช้ข้อมูล เพิ่มพูนคุณภาพ
6. Valuing Staff ความคิดทุกคนมีค่า เสนอมารับหมด
7. Focus on Result วางเป้าหมายชัดและวัดผลได้จริง
8. Agility ความสามารถในการปรับตัวอย่างรวดเร็วและมีความยืดหยุ่น
9. Individual Commitment –ความสำเร็จขององค์กรเป็นผลรวมของความพยายามของทุกคน คุณภาพต้องเริ่มที่แต่ละคนทำหน้าที่ ทำต่อเนื่อง ทำเรื่องใกล้ตัว
10. Evidence-based Approach –การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ การใช้ข้อมูลทางวิชาการในการให้บริการสุขภาพผู้ป่วย
11. Learning การเรียนรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ของสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบสนอง ปรับตัวเพิ่มประสิทธิภาพ
12. Empowerment -ให้พลังทุกคนในการดูแลสุขภาพตนเองให้พลังเจ้าหน้าที่แก้ปัญหา พัฒนางานด้วยตนเอง

ในปี 2559 ได้นำค่านิยมกระทรวงสาธารณสุข MOPH มาใช้ร่วมกันและกำลังปรับปรุงค่านิยมให้เป็นชุดเดียวกันได้แก่

, M = Mastery ได้แก่ Visionary Leadership, Visionary Leadership, Learning, Individual Commitment

O=Originality ได้แก่ Focus on Result, Empowerment, Valuing Staff, Management by Fact

P= People center ได้แก่ Patient & Customer Focus, Teamwork, Focus on Health, Evidence-based Approach

H = Humidity ได้แก่ Agility

**กระบวนการ:**

วิสัยทัศน์และค่านิยม:

**การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากวิสัยทัศน์ขององค์กร:**

- มีการกำหนดจุดเน้นร่วมกันภายใต้ข้อมูลที่เป็นปัญหาจากการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อน และนำมากำหนดเป็นวิสัยทัศน์องค์กร วิสัยทัศน์ถูกถ่ายทอดไปยังผู้ปฏิบัติโดยการสื่อสารหลายทางได้แก่ 1) ในที่ประชุมประจำเดือนคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน ซึ่งมีหัวหน้างานทุกงานเข้าร่วมประชุม 2) ในที่ประชุมประจำเดือนหน่วยงานโดยหัวหน้างานเป็นประธาน มีผู้ปฏิบัติในหน่วยงานเข้าร่วมประชุมทุกคน 3) ในที่ประชุมประจำเดือนทีมคร่อมสายงาน และการประชุมเจ้าหน้าที่ทั้งหมดตามสถานการณ์

นอกจากนี้มีการสื่อสารวิสัยทัศน์และค่านิยมองค์กรที่เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจนติดไว้ในทุกหน่วยงาน และส่งเสริมให้บุคลากรทุกคนทำได้และนำไปปฏิบัติเป็น เพื่อกระตุ้นให้ทุกคนปฏิบัติงานเพื่อจุดหมายเดียวกัน ผลการติดตามการรับรู้และเข้าใจวิสัยทัศน์ ค่านิยม เป้าประสงค์ของบุคลากรในหน่วยงานพบว่าการรับรู้และเข้าใจเป้าหมายองค์กรในปี 2558 ร้อยละ 80.50

**บทบาทของผู้นำในการสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาและบทเรียนที่เกิดขึ้น:**

ผู้นำองค์กรสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาโดย

1) การปรับโครงสร้างในการพัฒนาองค์กรในปี 2556 ตามโครงสร้างกระทรวงใหม่ เป็น 2 โครงสร้างได้แก่ 1) โครงสร้างการบริหารแบ่งเป็นกลุ่มภารกิจ 10 กลุ่มคือ 1) กลุ่มงานแพทย์ 2) กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค 3) กลุ่มงานทันตกรรม 4) กลุ่มงานการจัดการ 5) กลุ่มงานการพยาบาล 6) กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ 7) กลุ่มงานรังสี 8) กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิ 9) กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู 10) กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

โครงสร้างใหม่นี้ไม่มีผลต่อกระทบในด้านการพัฒนาคุณภาพ ยังเอื้อต่อการสั่งการตามสายการบังคับบัญชาโดยมีคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเป็นคณะทำงานใช้รูปแบบประสานงานตามแนวดิ่ง 2) โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วยทีมนำ ทีมคร่อมสายงานต่างๆ ได้แก่ ทีม PCT, IC, IM, INS, MUS, MSO, NSO, ENV ในปี 2556 เพิ่มทีมลูกค้าสัมพันธ์ (CRM) มาอีก 1 ทีมเพื่อความรวดเร็วในการค้นหาความต้องการลูกค้าและแก้ไขปัญหาได้อย่างทันเวลา โดยมีศูนย์คุณภาพเป็นผู้ประสานการพัฒนาต่างๆ และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพตอบสนองตามโครงสร้างการบริหาร

2) ผู้นำสนับสนุนให้บุคลากรทั้งตามโครงสร้างการบริหารไปอบรมตามลักษณะวิชาชีพและตามโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพด้านการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยให้ทีม HRD วางแผนงบประมาณการพัฒนาบุคลากรและติดตามการพัฒนาตามแผนที่วางไว้

3) การสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในหน่วยงาน โดยให้คณะกรรมการการจัดการความรู้รวบรวมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกเดือน และร่วมกับศูนย์คุณภาพโดยประกวดผลงานพัฒนาคุณภาพทุกปี และเผยแพร่ผลงานผ่านอินทราเน็ต และเวทีนำเสนอต่างๆ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายนอกหน่วยงานโดยการศึกษาดูงานในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานเอกชนอื่นๆ

**บทบาทของผู้นำในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและบทเรียนที่เกิดขึ้น:**

- ผู้บริหารให้ความสำคัญด้านความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ โดยกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยด้านการป้องกันการติดเชื้อ ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การบริหารความเสี่ยง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในการค้นหาและป้องกันความเสี่ยงทั้งหมดที่เกี่ยวข้องในหน่วยงาน และให้การรายงานความเสี่ยงได้โดยไม่ถือเป็นความผิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยองค์กรด้วย มีการกำหนดเป็นวาระประจำของการประชุม กบร.ให้ทีม RM นำเสนอผลการรายงานอุบัติการณ์ประจำเดือน หากมีอุบัติการณ์ที่ต้องขอความคิดเห็นในทางปฏิบัติจะขอมติที่ประชุมทันที มอบรางวัลหน่วยงานที่สามารถรายงานความเสี่ยงในหน่วยงานได้มากที่สุดในที่ประชุม กบร.

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ามียางงานอุบัติการณ์จากหน่วยงานเพิ่มขึ้นทุกปี หน่วยงานสามารถรายงานอุบัติการณ์ได้ ทุกหน่วยงานมีแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ไว้ประจำ หน่วยงาน ปัจจุบันได้นำโปรแกรมการรายงานความเสี่ยงผ่านคอมพิวเตอร์มาใช้ร่วมด้วย ผลการใช้โปรแกรมพบว่ามียุคกลางที่สามารถใช้คอมพิวเตอร์ได้สะดวกจะเป็นผู้รายงานด้วยโปรแกรมนี้ ส่วนผู้ที่ปฏิบัติงานในจุดที่ไม่สะดวกเช่น พนักงานเก็บขยะ งานซ่อมบำรุง ฯ สามารถใช้การ รายงานด้วยแบบฟอร์มรายงานเหมือนเดิม ทำให้ความครอบคลุมการรายงานเพิ่มขึ้น ปัจจุบันการ รายงานความเสี่ยงใช้ระบบ HRMS ของ สรพ.

- กำหนดให้นำ Patient Safety Goal มาใช้เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านคลินิกและมีการ ติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโดยทีม RM และมีติดตามทุกเดือน รายละเอียดอุบัติการณ์ตาม PSG อยู่ในผลการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง

การสื่อสารและจุดเน้นขององค์กร

จุดเน้นขององค์กร และวิธีการสื่อสาร เสริมพลัง จูงใจให้นำจุดเน้นดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ:

- จุดเน้นขององค์กรด้านความปลอดภัย คือ การรายงานอุบัติการณ์โดยไม่ถือเป็นความผิด มี วิธีการสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติรับทราบหลายช่องทาง ได้แก่ ที่ประชุม กบร.ผ่านหัวหน้างานไปยังผู้ ปฏิบัติ ในที่ประชุมทีม RM เดือนละ 1 ครั้ง ทีม RM นำเสนอความเสี่ยงสำคัญที่เกิดขึ้นใน หน่วยงานเพื่อกระตุ้นให้หัวหน้างานหาวิธีแก้ไขเชิงป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำซึ่งเป็นตัวอย่างที่ไม่ดีแก่ หน่วยงานอื่น ผู้บริหารติดตามการดำเนินการแก้ไขความเสี่ยงสำคัญที่เกิดขึ้นเดือนก่อนในเดือนนี้ ทุกครั้งเพื่อให้หัวหน้างานตระหนักและเร่งการแก้ไข

จุดเน้นการสื่อสารความเสี่ยงแก่บุคลากรคือ การส่งกลับข้อมูลความเสี่ยงจากทุกแหล่งไป ยังเจ้าของพื้นที่ที่เกิดความเสี่ยงเพื่อให้จัดการความเสี่ยงเหล่านั้นไม่ให้เกิดซ้ำอีก

การกำกับดูแลกิจการ

การปรับปรุงระบบงานที่เป็นข้อเสนอแนะจากระบบกำกับดูแลกิจการ:

การกำกับดูแลภายในโรงพยาบาลดังนี้

- งานแผนงานติดตามการรายงานผลการดำเนินงานทุกเดือน กรรมการบริหารตามตัวชี้วัดปีละ 2 ครั้ง ส่วนระดับบุคคลในหน่วยงานให้หัวหน้างานเป็นผู้รับผิดชอบกำกับ ติดตามให้เป็นไป ตามเป้าหมาย
- การปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียนที่เป็นผลจากการตรวจสอบเวชระเบียนโดย คณะกรรมการระดับจังหวัด ได้แก่ การบันทึกของแพทย์และการบันทึกของพยาบาลในบางประเด็น ยังไม่ครอบคลุม จึงนำมาแจ้งและปรับปรุงการบันทึกด้วยการปรับปรุงแบบฟอร์มที่ง่ายต่อการ บันทึกมากขึ้นทุกปี

-ผลการตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ปี 2557-2559 คิดเป็นร้อยละ 89.51, 96.57 และ 93.02

-ผลการตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในปี 2557-2559 คิดเป็นร้อยละ 89.44, 90.28 และ 90.97

การกำกับดูแลจากภายนอกโรงพยาบาล ได้แก่

- การตรวจสอบด้านการเงินการคลังจากคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับจังหวัด
- ประเมินคุณภาพบริการพยาบาล (QA) ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัดก่อนขอประเมินจากสำนักงานการพยาบาล
- การประเมินมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์
- การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

ที่ผ่านมายังไม่มีข้อทักท้วงใดๆ

การปรับปรุงระบบการนำ และ managerial competency ของผู้นำที่เป็นผลจากการทบทวน:

- มีการอบรมผู้นำคือหัวหน้างานและรองหัวหน้างานเพื่อพัฒนาศักยภาพในการบริหารงานแต่ไม่มีการประเมินผลที่ชัดเจน

พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม

บทเรียนในการตอบสนองต่อการคาดการณ์ความเสี่ยง/ความห่วงกังวลของสาธารณะ:

- ปัจจุบันจ้างบริษัทเอกชนและเผาขยะติดเชื้อ และการดำเนินการของบริษัทได้ตามมาตรฐานที่กำหนด
- ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากรมีมาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก รพ.เปิดช่องทางให้ร้องเรียนได้หลายทาง ในกรณีเข้ามาตรา 44 รพ. จะจัดการให้ผู้รับบริการได้ค่าชดเชยทุกราย

บทเรียนในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม

- รพ.ดำเนินการตามโครงการ Green Hospital ได้รับรางวัล
- รพ.มีโครงการประหยัดพลังงานประหยัดพลังงานและได้รับรางวัล ASEAN AWARD

บทเรียนในการปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย:

- ปรับปรุงระบบการจ่ายยาให้เป็นไปตามข้อบังคับเช่น ชนิดของยาที่ระบุการใช้โดยแพทย์เท่านั้น และมีระบบเตือนในหน้าจอคอมพิวเตอร์เรื่องการแพ้ยาของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการจ่ายยาที่แพ้ซ้ำ ละเมิดสิทธิผู้ป่วย ทำให้การจ่ายยามีความรัดกุม ถูกต้อง ลดความคลาดเคลื่อน
- กำกับให้มีการเบิกจ่ายเงินเน้นความถูกต้องตามระเบียบการเงินอย่างเคร่งครัด จากการทำดำเนินงานที่ผ่านเมื่อมีข้อทักท้วงให้ดำเนินการแก้ไขจากผู้ตรวจสอบ ผู้รับผิดชอบจะรีบดำเนินการแก้ไขทันที

บทเรียนในการกำกับดูแลเรื่องจริยธรรม:

-โรงพยาบาลแต่งตั้งคณะกรรมการองค์กรแพทย์ดูแลเกี่ยวกับจริยธรรมองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาลดูแลเกี่ยวกับจริยธรรมของบุคลากรทางการพยาบาล เมื่อได้รับข้อร้องเรียนที่เกี่ยวข้องจากทีม RM แล้วต้องนำมาแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้นและมีการติดตามการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ

โดยทีม RM ที่ผ่านมามีระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมองค์กรได้แก่ 1) แนวทางการแจ้งข้อมูลแก่บุคคลที่ 3 2) แนวทางการปฏิบัติการงดสูบบุหรี่ 3) แนวทางการปฏิบัติเรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 4) แนวทางการร้องขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน 5) แนวทางการรักษาความลับของผู้ป่วย

ในการดำเนินงานที่ผ่านมาไม่เคยมีข้อร้องเรียนทางด้านคุณธรรมจริยธรรมของบุคลากร

### ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

-มีผลการพัฒนาองค์กรด้านต่าง ๆ ที่ชัดเจน

#### ปี 2557

- รองชนะเลิศ อันดับ 2 การประกวดคลินิกไร้พุงคุณภาพ ( DPAC Quality ) ระดับจังหวัด ( เมื่อ 20 มิย.2557 )
- Thailand Energy Award จากกรมอนุรักษ์พลังงาน กระทรวงพลังงาน
- ชนะเลิศ ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการดีเด่น ระดับประเทศ “ ประเภทโรงพยาบาลชุมชน “ (เมื่อ 14 สิงหาคม 2557)
- ผ่านการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ระดับ ดีเยี่ยม (30 กันยายน 2556 – 30 กันยายน 2558)
- เป็นสถานพยาบาลที่ปฏิบัติตามมาตรฐานการนวดไทย ระดับดีเยี่ยม จากกรมพัฒนาการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- ชนะเลิศ ASEAN Energy Award 2014 ประเภทการบริหารจัดการพลังงานดีเด่น ในอาคารขนาดกลางและขนาดเล็ก ณ กรุงเวียงจันทน์ สปป.ลาว เมื่อ 23 กันยายน 2557
- ผ่านการประเมินมาตรฐานการดำเนินงาน “ คลินิกวัณโรคคุณภาพ ” ระดับ A 5 ปีซ้อน ในการประชุมสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรคในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ปีงบประมาณ 2557 ( Stop TB network meeting ) เมื่อ 4 กันยายน 2557 จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา
- ชนะเลิศ ประกวดผลงานประเภท R2R ระดับเขต 12 เรื่อง การตรวจหาเชื้อวัณโรค จากการประชุมวิชาการระดับเขต 12 โรงแรมเจ บี หรรษา อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
- ผ่านการประเมินมาตรฐาน “ คริวฮาลาล “ จากคณะกรรมการกลางอิสลามแห่งประเทศไทย

มีการประเมินซ้ำโดยต่ออายุทุกปี

#### ปี 2558

- รางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ ประจำปี 2558 ระดับดี ประเภท รางวัลการพัฒนาการบริการที่เป็นเลิศเรื่อง ผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนโรคเรื้อรังเชิงรุก เมื่อวันที่ 25 กันยายน.2558 ( กพร.) ณ ห้องประชุมกองทัพเรือ กทม.

- ผ่านการประเมินมาตรฐานมาตรฐาน “ โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค “ ระดับ A 6 ปีซ้อน ในการประชุมสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม วัณโรคในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ปีงบประมาณ 2558 ( Stop TB network meeting ) เมื่อ 10 กันยายน 2558

ปี 2559

- รางวัล หน่วยงานที่มีผลงานดีเด่นด้านการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม ในการประชุมสัมมนา พัฒนาคุณธรรมจริยธรรม กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2559

จัดโดยแก้วกัลยาสิขาลัย สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

เมื่อ 26 สิงหาคม 2559

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
1. ผู้นำระดับสูงชี้แจงองค์กร		● การสนับสนุนเครือข่ายชุมชนให้ชัดเจนมากขึ้น
2. การส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี		● ส่งเสริมบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผลงานเด่นภายในเครือข่าย
3. การสื่อสารให้อำนาจตัดสินใจ จูงใจ เน้นที่การปฏิบัติ		● พัฒนาระบบการสื่อสารยุค Thailand 4.0
4. ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ		● ปรับปรุงการประเมินระบบการนำที่มีประสิทธิภาพ
5. ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม		● การพัฒนาที่ยั่งยืน