

**การดำเนินงาน
แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา**

**พญ.ดวงพร อัคราชนันย์
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์**

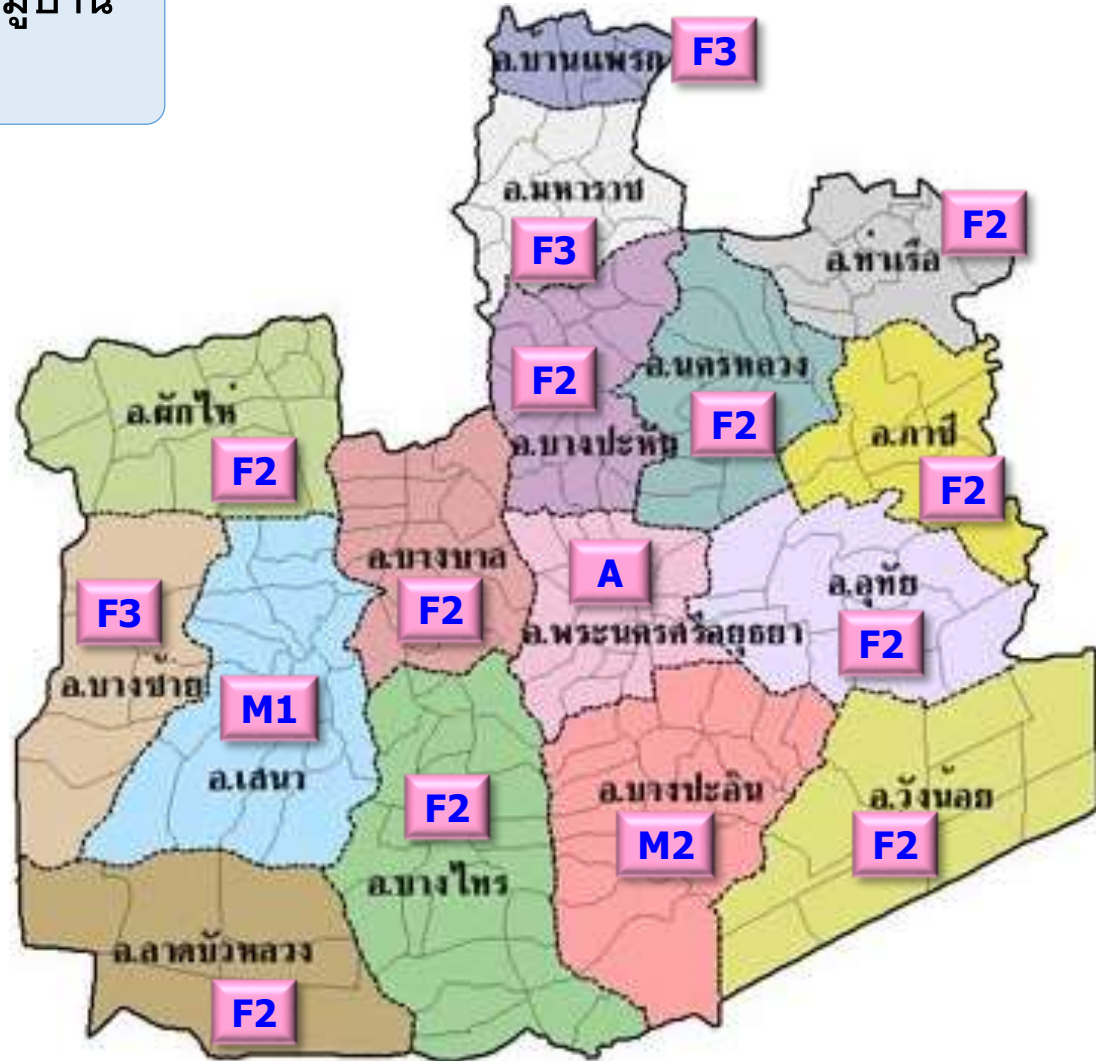
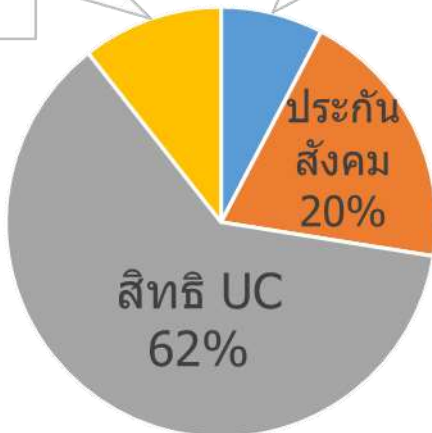
ข้อมูลหน่วยบริการ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

16 อำเภอ 209 ตำบล 1,445 หมู่บ้าน
ประชากร 808,505 คน

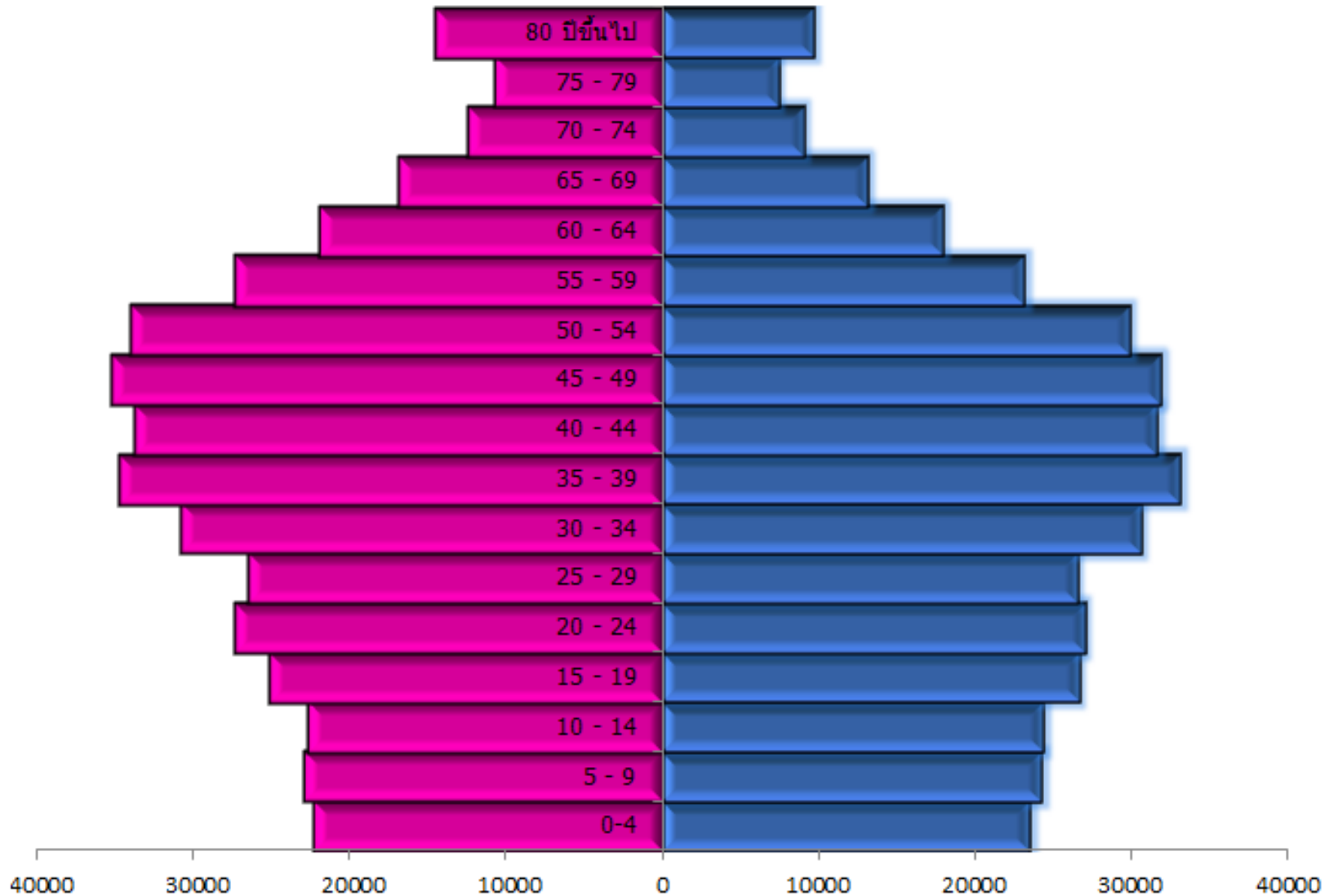
| รพ.ระดับ | A | M1 | M2 | F2 | F3 |
|----------|---|----|----|----|----|
| จำนวน | 1 | 1 | 1 | 10 | 3 |

ต่างดาว/
ชำระเงินเอง
สิทธิว่าง
,อื่นๆ 10%

ข้าราชการ
รัฐวิสาหกิจ
8%



ปิรามิดประชากร จำแนกตามเพศและอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปี พ.ศ.๒๕๕๙



ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย (ณ มกราคม ๒๕๕๙)

วิสัยทัศน์

โรงพยาบาลคุณภาพคู่คุณธรรม
บริการเป็นเลิศระดับประเทศ
เป็นองค์กรอยู่ดีมีสุข
และเป็นที่ยอมรับของประชาชน

พันธกิจ

- 1. พัฒนาการให้บริการตติยภูมิและศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่มีคุณภาพ**
- 2. พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน**
- 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ และเป็นสถาบันในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และเป็นองค์กรอยู่ดีมีสุข**
- 4. พัฒนาการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ**
- 5. พัฒนาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ**



อัตลักษณ์ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

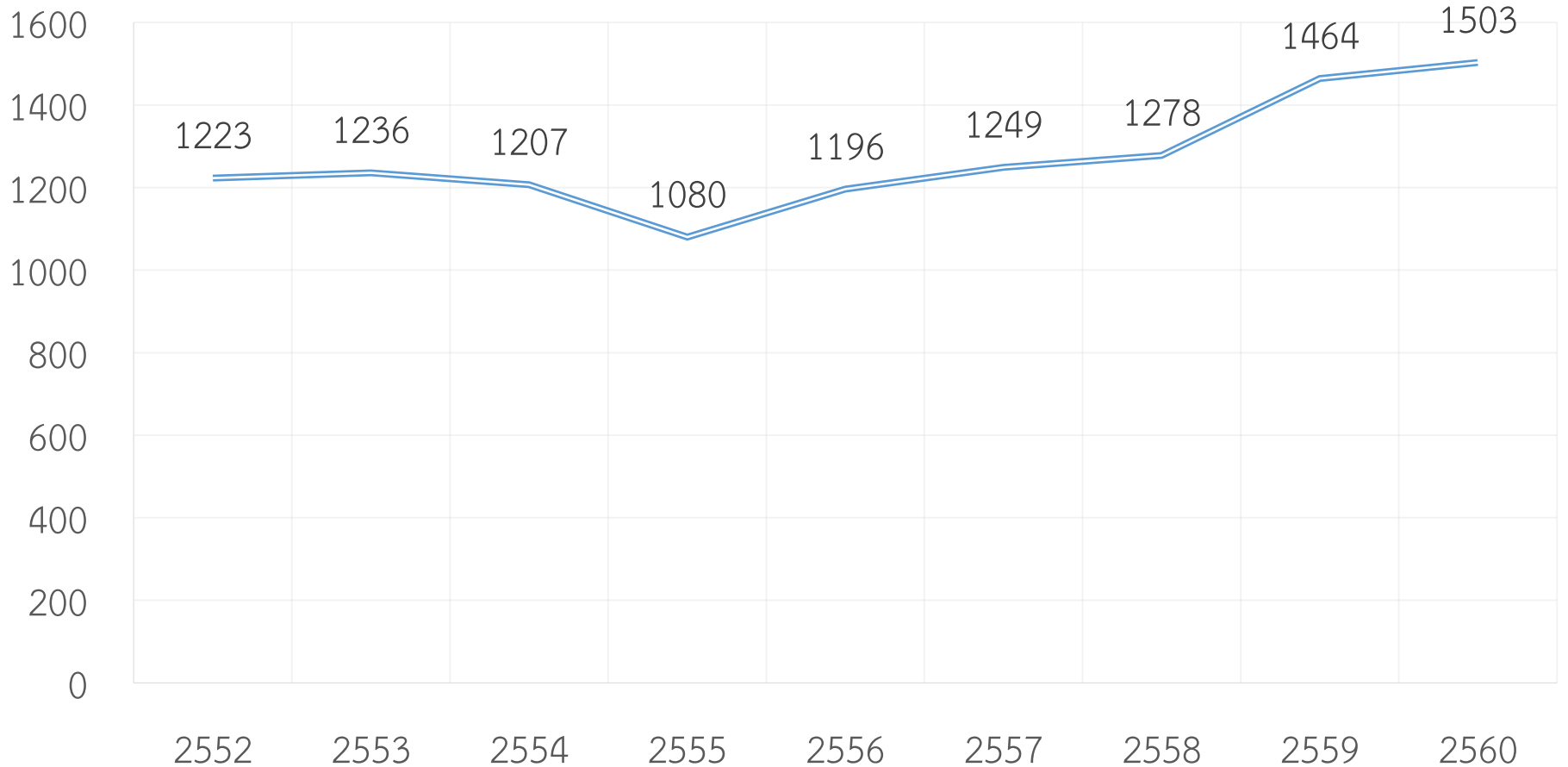
| ซื่อสัตย์ | สามัคคี | มีน้ำใจ |
|---|---|--|
| มีความ รับผิดชอบ ตรง ต่อเวลา รักษา หน้าที่ โปร่งใส | มีการทำงานเป็น ทีม เพื่อเป้าหมาย เดียวกัน | ช่วยเหลือ เกื้อกูล มีน้ำใจ เอื้ออาทร |

จำนวนบุคลากร

| | | | |
|------------------|------------|-----------------------|------------|
| ข้าราชการ | 678 | พนักงานราชการ | 39 |
| ▪ แพทย์ | 72 | พนักงานกระทรวง | 439 |
| ▪ ทันตแพทย์ | 14 | ลูกจ้าง | 376 |
| ▪ เกษัชกร | 28 | ▪ ลูกจ้างประจำ | 98 |
| ▪ พยาบาลวิชาชีพ | 426 | ▪ ลูกจ้างชั่วคราว | 278 |
| ▪ พยาบาลเทคนิค | 8 | | |
| ▪ ข้าราชการอื่นๆ | 130 | | |

จำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมดรวม 1,532 คน

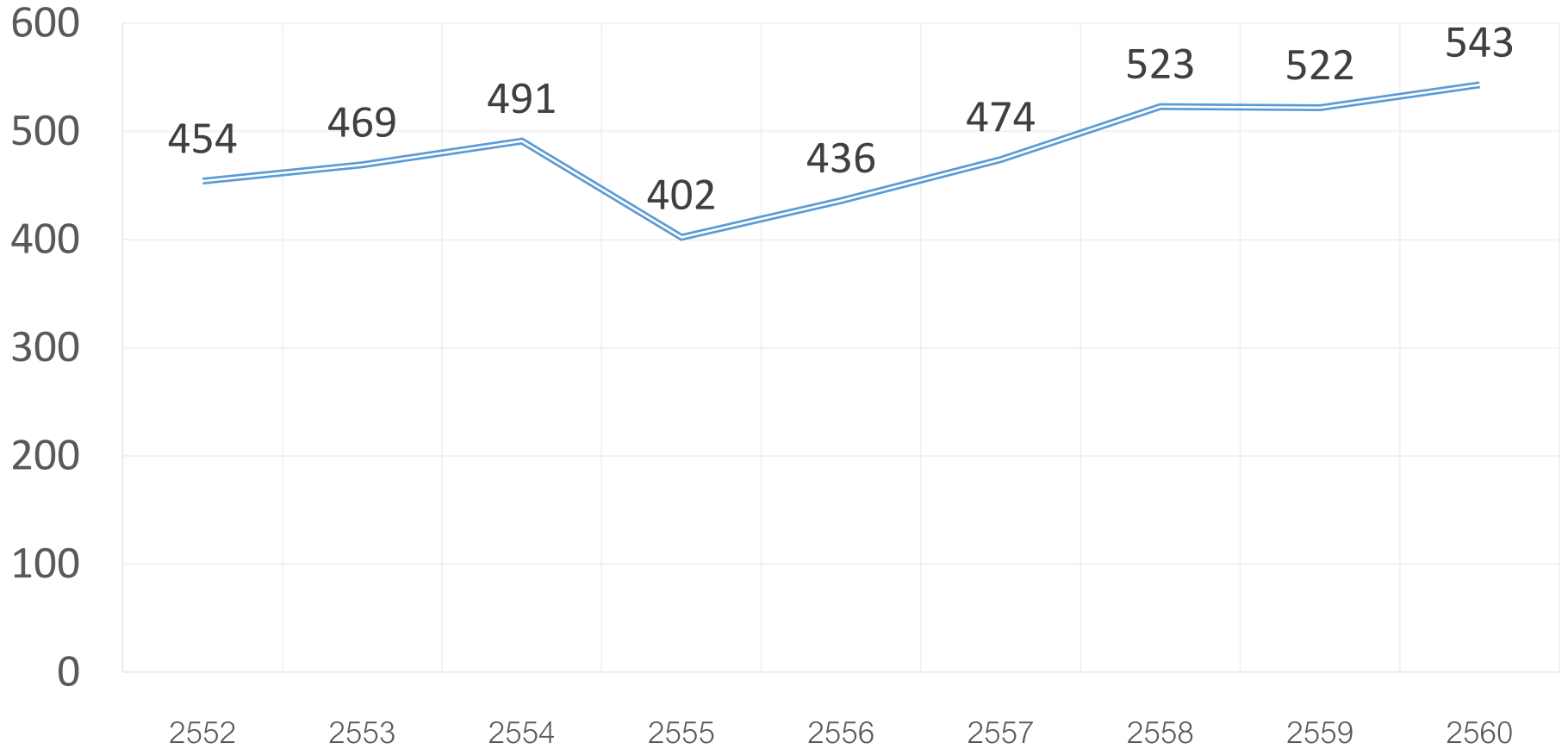
จำนวนผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน(ราย)



ต.ค.-ธ.ค.

จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยประมาณ 1306 ราย
ซึ่งมีจำนวนเฉลี่ยน้อยกว่า รพศ./รพท. ระดับเดียวกัน

จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวัน(ราย)

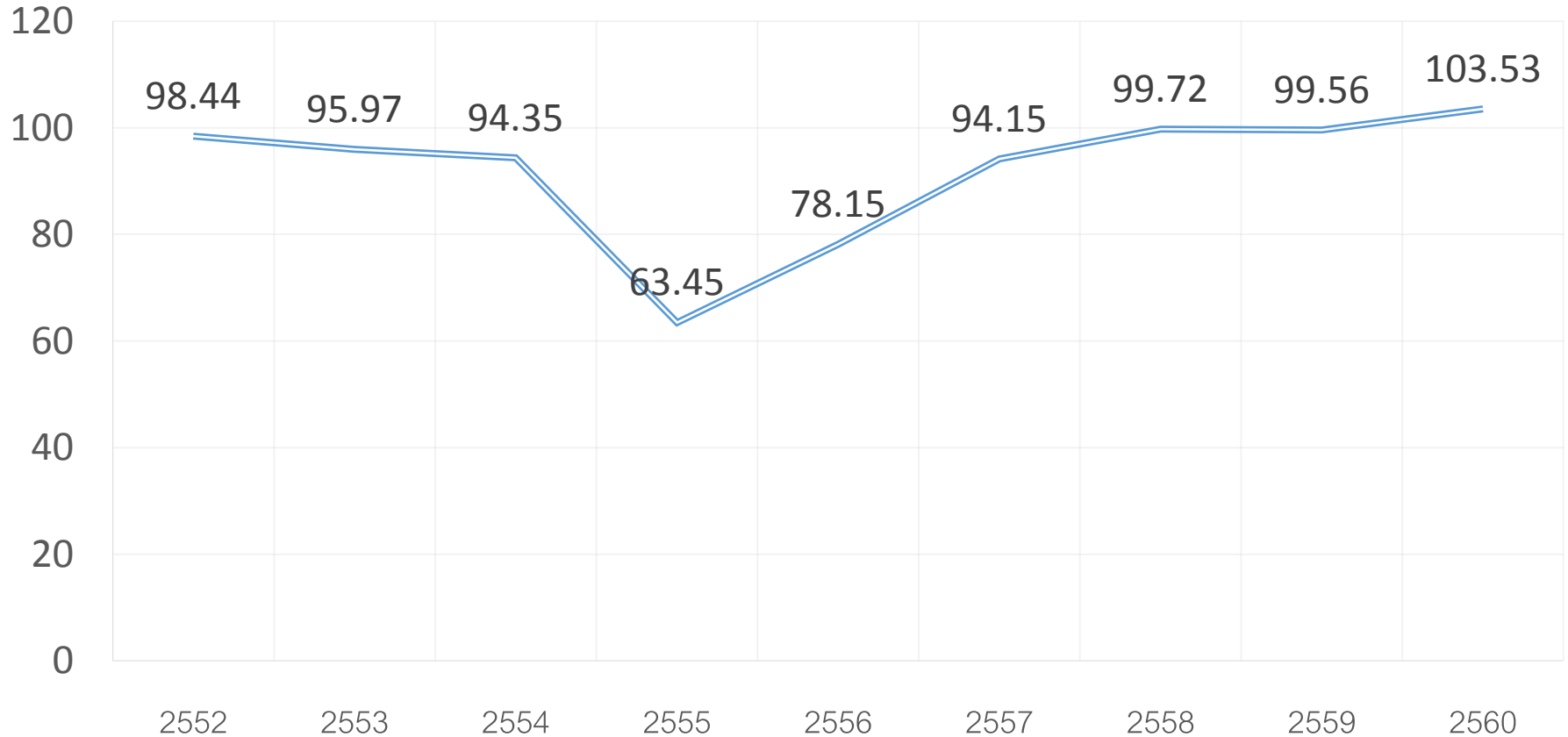


ต.ค.-ธ.ค.

- จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ย สูงที่อายุรกรรมและศัลยกรรม

อัตราการครองเตียง

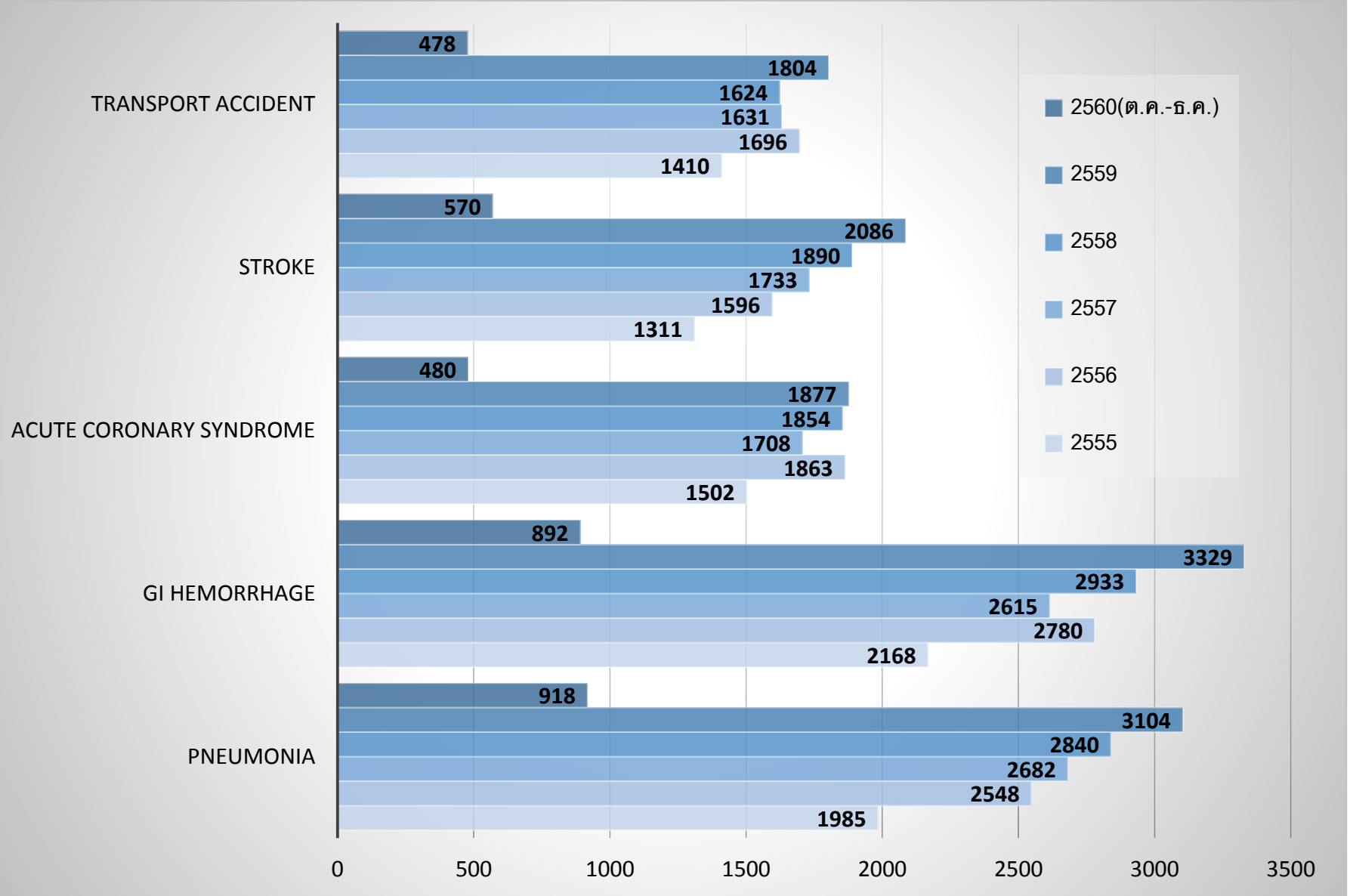
(ร้อยละ)



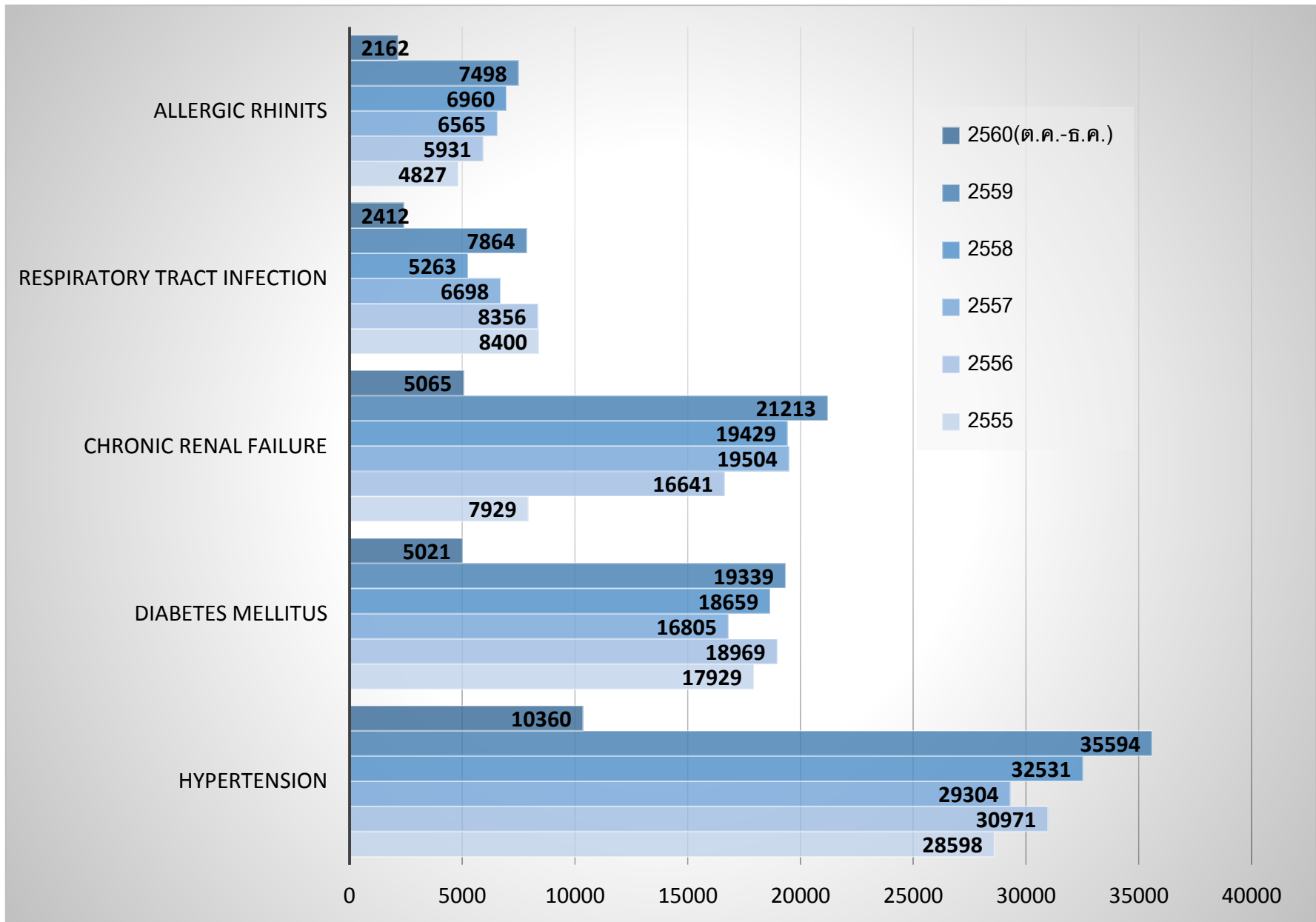
ต.ค.-ธ.ค.

- อัตราครองเตียงแนวโน้มสูงขึ้นจึงเน้น นโยบายการส่งกลับผู้ป่วยที่อาการคงที่ไปดูแลต่อที่โรงพยาบาลชุมชน

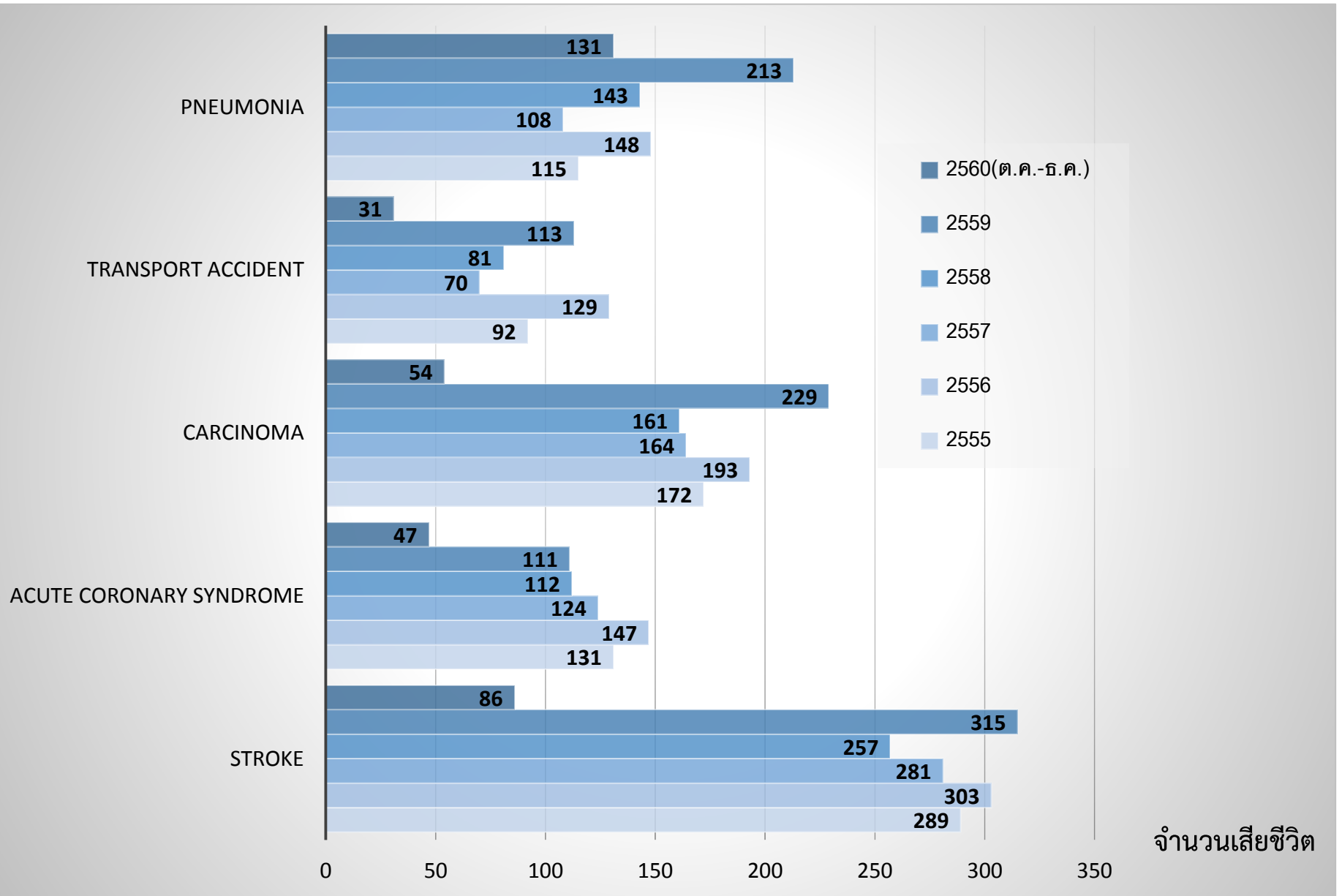
อันดับโรคผู้ป่วยในที่พบบ่อย



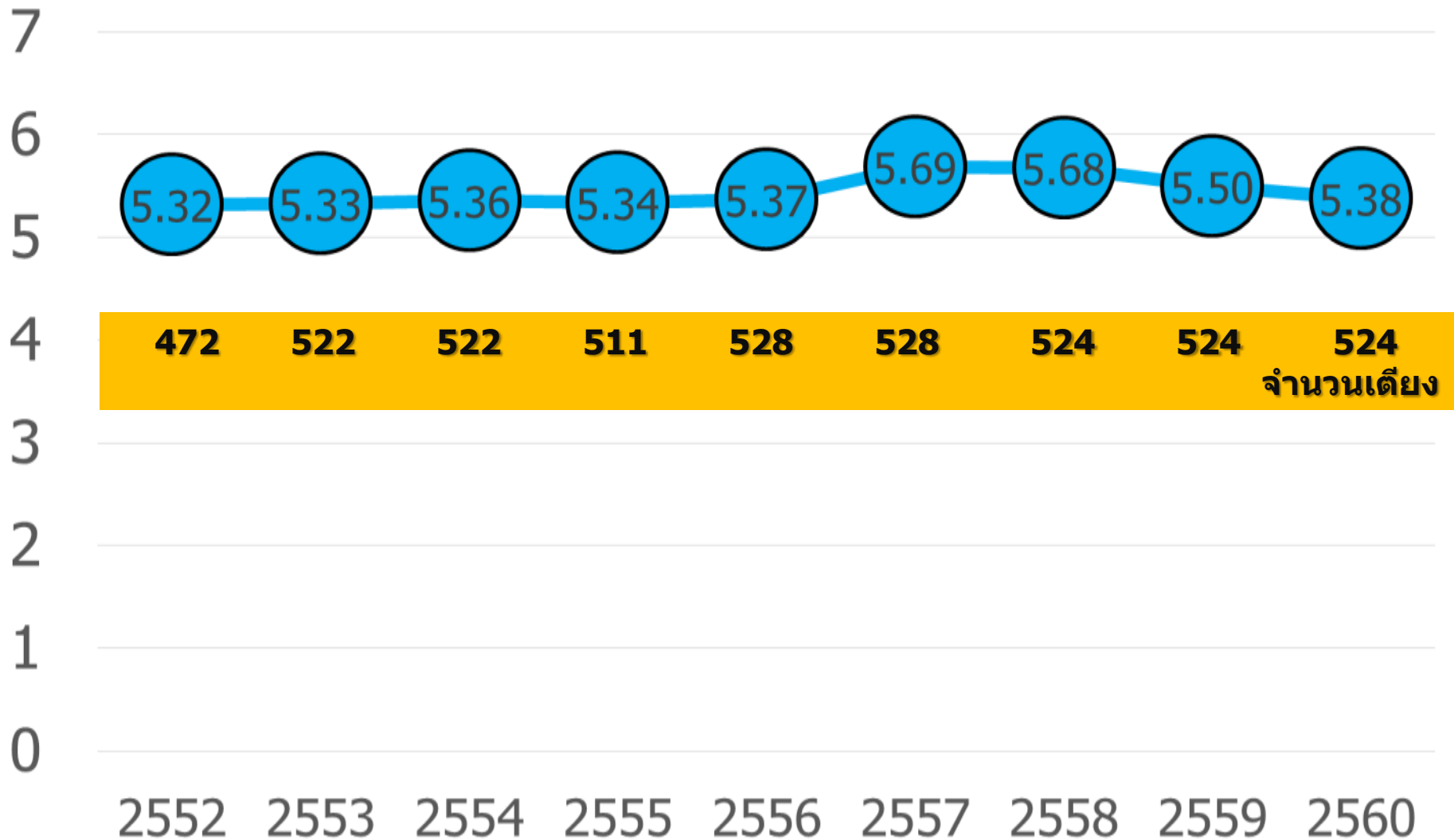
อันดับโรคผู้ป่วยนอกที่พบบ่อย



อันดับโรคสาเหตุการเสียชีวิต



จำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อราย



Service Plan

การดำเนินงานตาม Service Plan 18 สาขาหลัก 20 สาขาย่อย

1. สาขาหัวใจ
2. สาขาอุบัติเหตุ
3. สาขาทารกแรกเกิด
4. สาขามะเร็ง
5. สาขาไต
6. สาขาจักษุ
7. สาขาสุขภาพจิต จิตเวช
8. สาขาทันตกรรม
- 9.3 สาขาหลัก
 - 9.1. สาขากุมารเวช
 - 9.2. สาขาสูติกรรม
 - 9.3. สาขาออร์โธปิดิกส์
10. สาขาการแพทย์แผนไทย
11. สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
12. สาขาบริการสุขภาพปฐมภูมิ
และระบบสุขภาพอำเภอ
13. สาขาการใช้ยาอย่าง
สมเหตุสมผล
14. สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ
15. สาขา Palliative
16. สาขายาเสพติด
17. สาขาอายุรกรรม
18. สาขาศัลยกรรม

การดำเนินงาน

มีการดำเนินงานในรูปของคณะกรรมการ
ทั้งระดับ รพ.และระดับจังหวัด

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน Service Plan
ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อ

- 1.ลดอัตราการป่วย
- 2.ลดอัตราการตาย
- 3.ลดความแออัดในโรงพยาบาลใหญ่
- 4.ลดระยะเวลารอคอย

ลดป่วย

DM/HT

| | | | | |
|-----------|--|-----------|-----------|-----------|
| เป้าหมาย | 1. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายที่เหมาะสม | | | |
| KPI | 1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (DM > ร้อยละ 40 , HT > ร้อยละ 50) 2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) (> ร้อยละ 80) | | | |
| มาตรการ | 1. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน 2. รูปแบบการดำเนินการที่มีผลต่อการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม 3. การใช้ข้อมูลสารสนเทศ ในการดำเนินการ และมีการสื่อสารคืนข้อมูลให้กับประชาชน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพ 4. พัฒนาคุณภาพระบบบริการของทีม NCD Board ร่วมกันวางแผนดูแลกลุ่มปกติ และกลุ่มเสี่ยงแบบทีมสหสาขาวิชาชีพให้บริการเชิงรุกคัดกรอง | | | |
| Quick Win | ผลลัพธ์ | 58 | 59 | 60 |
| | 1. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี | 34.19 | 26.40 | 12.10 |
| | 2. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี | 87.39 | 88.19 | 82.69 |

สาขาไต

| | | | | |
|-----------|---|-------|-------|-------|
| เป้าหมาย | 1. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m ² /yr มากกว่า ร้อยละ 65 | | | |
| KPI | | | | |
| มาตรการ | 1. พัฒนาศูนย์บริการ CKD Clinic มีแนวทางการปฏิบัติ และแนวทางการส่งต่อที่เป็นระบบเดียวกัน ชัดเจนทั้งจังหวัด 2. ใช้ eGFR ในการแบ่งระยะของโรคเพื่อเข้าสู่บริการและส่งต่อได้เหมาะสม | | | |
| Quick Win | ผลลัพธ์ | 58 | 59 | 60 |
| | 1. อัตราการลดลงของ eGFR < 4ml/min/1.73m ² /yr | 69.73 | 69.40 | 67.46 |

ลดตาย

สาขาหัวใจ

| | | | | |
|-----------|--|-----------|-----------|-----------|
| เป้าหมาย | <ol style="list-style-type: none"> 1. ลดป่วยและตายโรคหลอดเลือดหัวใจ 2. เพิ่มการเข้าถึงบริการ 3. ครอบคลุมและชุมชนมีความเข้มแข็งในการป้องกันและดูแล | | | |
| KPI | <ol style="list-style-type: none"> 1. รพช. ระดับ F2 ขึ้นไปให้ Streptokinase ได้ ครบ13 แห่ง 2. ผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือด (PPCI/SK) มากกว่าร้อยละ 80 3. ลดอัตราการตายโรคหัวใจน้อยกว่าร้อยละ 10 (รหัส ICD-10=I20-I25) | | | |
| มาตรการ | <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้มีการวิเคราะห์สถานการณ์ 2. พัฒนาช่องทางด่วน (Fast track) ของโรงพยาบาลและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดย <ul style="list-style-type: none"> • พัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพ.และเครือข่าย • พัฒนาระบบส่งต่อช่องทางด่วน(Fast track) • พัฒนาระบบการดูแลและ การให้ยา SK ผู้ป่วย STEMI 3. ประเมินผลลัพธ์การพัฒนา เพื่อนำมาปรับการดำเนินงาน | | | |
| Quick Win | ผลลัพธ์ | 58 | 59 | 60 |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและหรือขยายหลอดเลือดหัวใจ(PPCI) 2. อัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือด | 80 | 86.07 | 71.1 |
| | | 6.56 | 8.33 | 15.79 |

สาขาทารกแรกเกิด

| | | | | |
|-----------|--|-----------|-----------|-----------|
| เป้าหมาย | <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราตายทารกแรกเกิด$\leq 4:1000$การเกิดมีชีพ 2. เพิ่มเตียง NICU ให้เพียงพอต่อการบริบาลทารกป่วย 1:500 3. ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F1 ขึ้นไป มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (>60%) 4. มี Intrauterine transfer system ภายในเขตสุขภาพ | | | |
| KPI | <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ≤ 28 วันเป้าหมาย ปี 2560 $\leq 4:1000$การเกิดมีชีพ | | | |
| มาตรการ | <ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มเตียง NICU ให้ ได้ตามเกณฑ์ 1:500 2. เพิ่มพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับจำนวน NICU ที่เพิ่มขึ้นให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน และ สนับสนุนการพัฒนาพยาบาล 3. มีระบบ Intrauterine transfer มีระบบ step (refer back) 4. การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกราย 5. การฝากครรภ์คุณภาพและห้องคลอดคุณภาพ 6. สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการรับส่งต่อ | | | |
| Quick Win | ผลลัพธ์ | 58 | 59 | 60 |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน $\leq 4:1000$ การเกิดมีชีพ | 5.65 | 4.87 | 5.09 |

ลดความแออัด

Primary Care Cluster(PCC)

| | |
|-----------|---|
| เป้าหมาย | ร้อยละ 90 ของพื้นที่มีคลินิกหมอครอบครัว:PCC |
| KPI | ร้อยละของพื้นที่มีคลินิกหมอครอบครัว:PCC |
| มาตรการ | <ol style="list-style-type: none">1.จัดตั้ง PCC ในเขตโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน2.มีโครงสร้างคณะทำงานระดับเขต/จังหวัด3.สนับสนุนการจัดการ(คน เงิน ของ)4.กำกับติดตามผลการดำเนินงาน |
| Quick Win | ผลลัพธ์ |
| | <ol style="list-style-type: none">1.เปิด Primary care cluster จำนวน 3 Cluster 9 ทีม2.บุคลากรที่ประจำ PCC มีแพทย์ FM ทุกแห่ง3.สหสาขาวิชาชีพ มีความรู้ทักษะ Family practice |

Palliative Care

| | | |
|-------------------|--|-----------------------|
| เป้าหมาย | ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐานจนถึงวาระสุดท้าย | |
| KPI | ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) | |
| มาตรการ | 1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง 2. มีการแต่งตั้งพยาบาลหัวหน้างานทำหน้าที่เป็นเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง 3. คัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลตามแนวทาง Palliative Care | |
| Quick Win 3 เดือน | ผลลัพธ์ | |
| | 1. มีคณะกรรมการ/หรือศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง 2. มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative care 3. มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของรพ. 4. ประเมินผลตามรอบ ๓ เดือน 5. กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care \geq ร้อยละ 50 | ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ |

ลดระยะเวลาการขุดขุด

สาขาตา

| | | | | |
|-----------|--|-------|-------|-------|
| เป้าหมาย | ผู้ป่วย Blinding cataract ได้รับการทำผ่าตัดภายใน 30 วัน ร้อยละ 80 | | | |
| KPI | | | | |
| มาตรการ | <p>4.1 การออกหน่วยบริการเชิงรุกในพื้นที่อย่างต่อเนื่องทั้งต่อกระจกและคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา</p> <p>4.2 การรณรงค์คัดกรองสายตาและมอบแว่นตาเด็กตามโครงการเด็กไทยสายตาดี เป็นการร่วมมือกันของคุณครูและโรงพยาบาลโดยส่งเด็กที่สายตาผิดปกติเข้ามาที่ รพ.เพื่อวัดแว่นตาและส่งมอบ</p> <p>4.3. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอดแบบคัดกรองสายตาทั้งจังหวัด</p> <p>4.4.บริการผู้ป่วยต่อกระจกด้วยระบบ Fast Track และระบบ One Stop Service</p> | | | |
| Quick Win | ผลลัพธ์ | 58 | 59 | 60 |
| | <p>1. ผลงานการผ่าตัด ผู้ป่วย Blinding cataract ได้รับการทำผ่าตัดภายใน 30 วัน</p> <p>2. ระยะเวลารอ ผู้ป่วย Blinding cataract (วัน)</p> | 72.19 | 99.82 | 92.25 |
| | | 39.67 | 7.33 | 24.20 |

สาขามะเร็ง

| | | | | |
|-----------|--|-------|-------|----------------|
| เป้าหมาย | 1.ลดระยะเวลาการรอคอยการรักษา | | | |
| KPI | 1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด รังสีรักษา ยาเคมี ภายในระยะเวลา 4,6,6 สัปดาห์ = 80% | | | |
| มาตรการ | <p>1.พัฒนารูปแบบการคัดกรอง มะเร็งเต้านม ลำไส้ใหญ่ในการค้นหากลุ่มเสี่ยงโดย ใช้แบบประเมิน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อส่งตรวจด้วยวิธี Mammogram และ Colonoscope และ Pap smear</p> <p>2. กำหนดมาตรการ รายงานผลขึ้นเนื้อภายใน 2 สัปดาห์</p> <p>3. จัดตั้งศูนย์ประสานงานโรคมะเร็ง และจัดทำระบบ Refer Online เพื่อเอื้อให้เกิดการเข้าถึง บริการการตรวจวินิจฉัย การรักษายังหน่วยบริการเฉพาะทางภายในเวลาที่เหมาะสม และติดตาม การรักษาต่อเนื่องโดย Nurse Coordinator</p> <p>4. พัฒนาระบบทะเบียนมะเร็ง โดยใช้โปรแกรม Thai Cancer Base</p> | | | |
| Quick Win | ผลลัพธ์ | 58 | 59 | 60 |
| | 1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 Week | 25.71 | 73.88 | 86.67 |
| | 2. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับยาเคมีภายในระยะเวลา 6 Week | 65.71 | 74.54 | 94.44 |
| | 3. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาภายในระยะ 6 Week | 48.14 | 74.35 | 16.66 (1/6) |



**การแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน
การให้บริการทางการแพทย์
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา**

การดำเนินการ



1. ประกาศนโยบาย

1) นโยบายภาพรวม การพัฒนาคุณภาพสู่ RM

| ยุทธศาสตร์ | เป้าประสงค์ | กลยุทธ์ |
|---|---|-------------------------|
| พัฒนาโรงพยาบาล คุณภาพคู่ คุณธรรม อย่างยั่งยืน | ผู้รับบริการได้รับบริการสุขภาพที่ รวดเร็วปลอดภัยเป็นไปตาม มาตรฐานวิชาชีพและผู้รับบริการ ไว้วางใจ | การบริหารความ เสี่ยง |

2) นโยบายการจัดการความเสี่ยง

- การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก และรายงานความเสี่ยง
- Trigger Tool
- ขั้ร่องเรียน ไม่ว่าจะด้วยวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษรต้องมีการรายงาน บันทึกรายงาน และตอบสนองขั้ร่องเรียนอย่างเหมาะสมโดยเร็ว
- พัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากร
- ประสานเครือข่ายประชาชนภาคีรัฐเอกชนและองค์กรส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วม

การดำเนินการ (ต่อ)



3) กำหนดวัตถุประสงค์

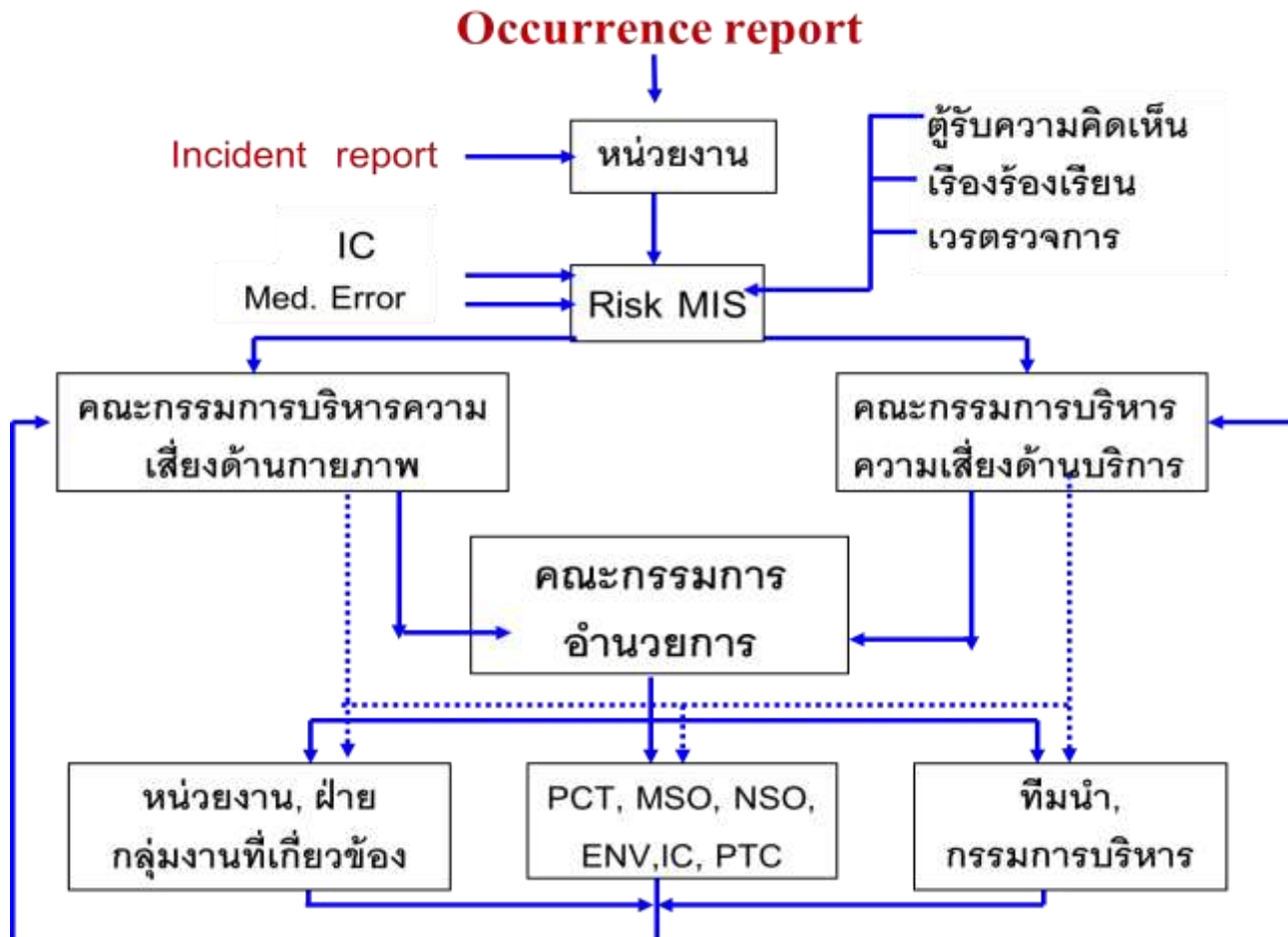
- บุคลากรทุกระดับตระหนักถึงคุณค่า และร่วมมือในการค้นหาและรายงานความเสี่ยง
- ป้องกันโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ที่จะก่อให้เกิดความสูญเสียต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ทรัพย์สินของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและโรงพยาบาล
- ลดความรุนแรงของเหตุการณ์ และ/หรือ ลดความสูญเสียจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- ประกันความมั่นใจของผู้รับบริการ และบุคลากรผู้ให้บริการของโรงพยาบาล

การดำเนินการ (ต่อ)



2. การค้นหาและการจัดการความเสี่ยง

1) แนวทางการประสานโปรแกรม



การดำเนินการ (ต่อ)



2) ประกาศให้ทุกหน่วยงาน / คณะกรรมการด้านต่างๆ ทราบว่าความ เสี่ยงในระดับรุนแรงที่ต้อง รายงานภายใน 24 ชั่วโมง

1. การระบุดัวผู้ป่วยผัดคนผัดตัด/ทำหัตถการผัดคน/ผัดตำแหน่ง ส่งมอบตัวทารกผัดคน
2. ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย
3. สิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังผัดตัด/หลังคลอด มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน
หรือได้รับการผัดตัดซ้ำ
4. ความคลาดเคลื่อนจากการให้เลือดทุกชนิด
5. ความคลาดเคลื่อนทางยาที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย/เสียชีวิต
6. มารดาเสียชีวิตหรือได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากการคลอด
7. ทารกเสียชีวิตโดยไม่คาดหมาย
8. อุบัติการณ์ที่มีผลทำให้เกิดการตายอย่างไม่คาดหมาย/พิการ หรือสูญเสียการทำงาน
ของอวัยวะ
9. อัคคีภัย
10. การโจรกรรม ขโมยทรัพย์สิน ของที่มีค่ามาก
11. การทำร้ายร่างกาย คุกคาม ชมชู้ ที่มีผลต่อชีวิตและทรัพย์สิน

การดำเนินการ (ต่อ)



3) MIS (Management Information System)

- RM ของโรงพยาบาล

- RM โรงพยาบาลร่วมกับ สรพ.



- เว็บไซต์โรงพยาบาล
- ระบบบริหารจัดการเรื่องราวร้องทุกข์ กระทรวงสาธารณสุข



- ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ของรัฐบาล 1111
- ช่องทาง Face book

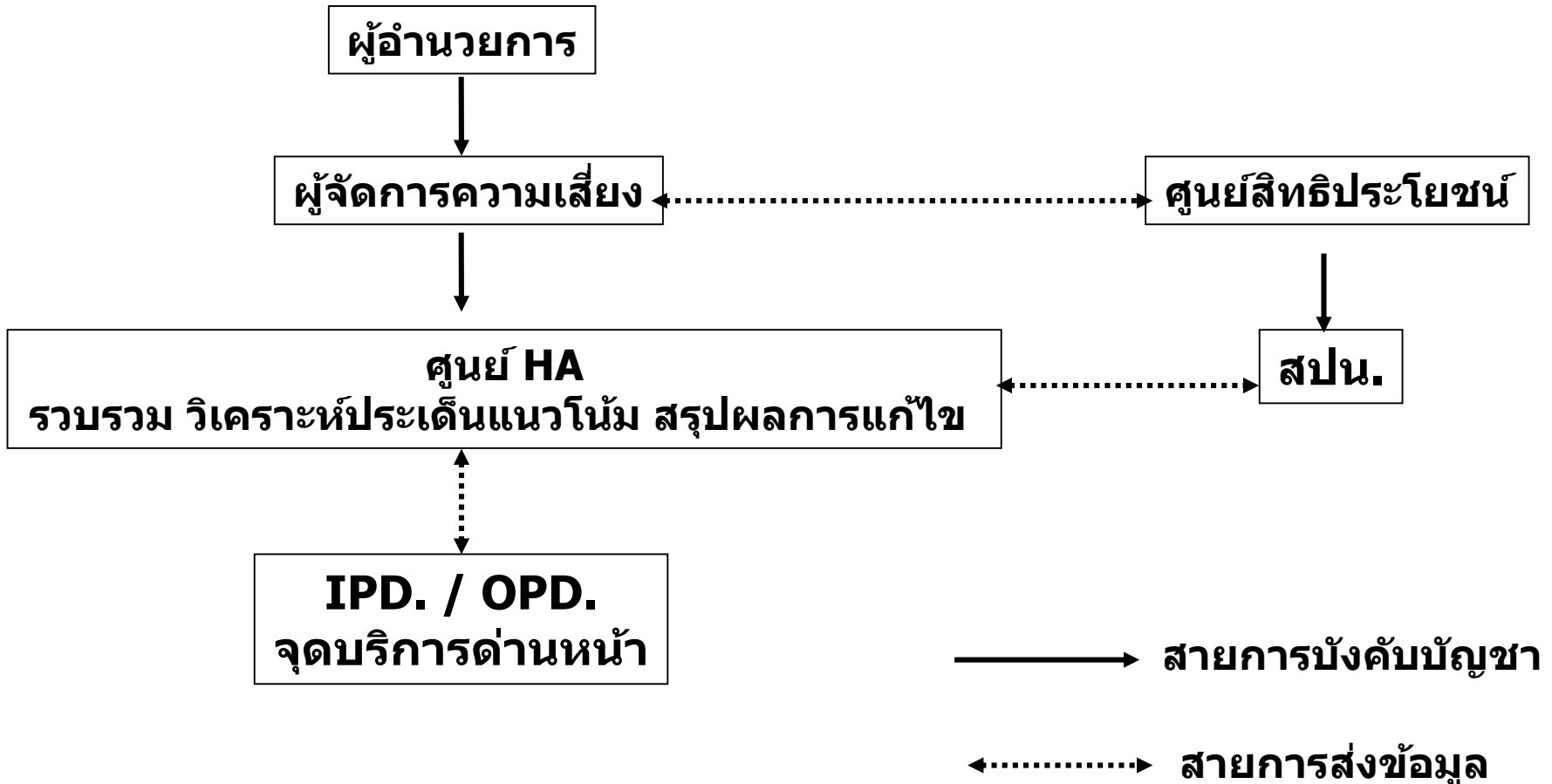
4) การแบ่งระดับความรุนแรงความเสี่ยงทางคลินิกและการแบ่งระดับความรุนแรงความเสี่ยงทั่วไป

การดำเนินการ (ต่อ)



3. การวิเคราะห์การจัดการความเสี่ยง

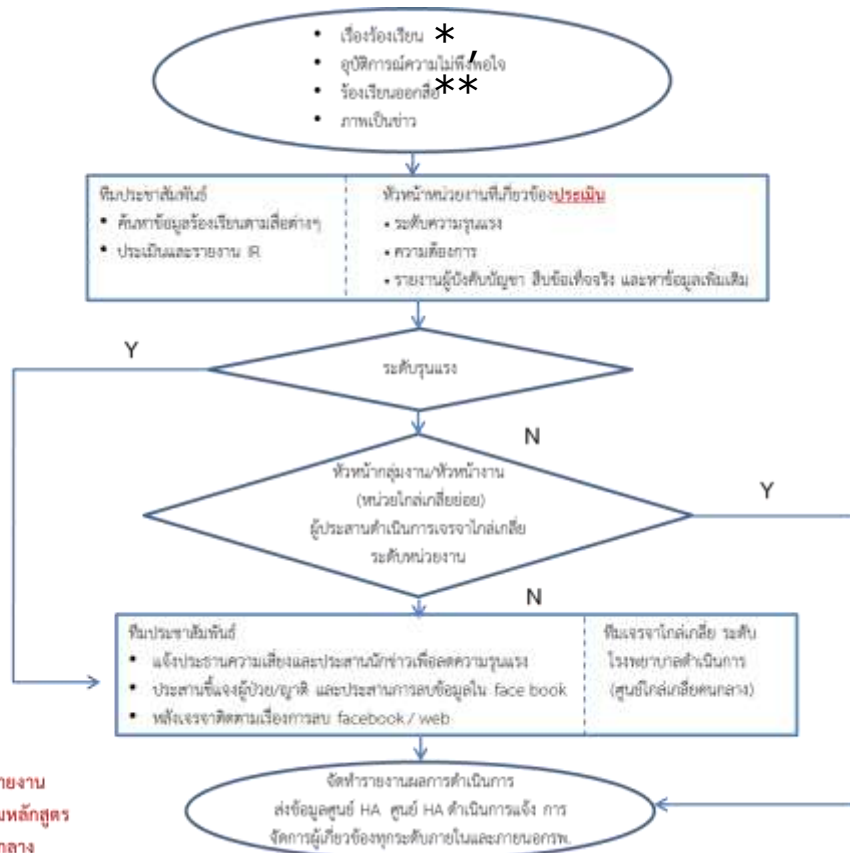
1) โครงสร้าง



การดำเนินการ (ต่อ)



2) แนวทางการจัดการเรื่องร้องเรียนโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา



** กรณีแจ้งความต้องมีการรายงานความเสี่ยงเพื่อปรึกษานิติกรก่อนดำเนินการ

** นักเจรจาไกล่เกลี่ยตามสายงาน หมายถึง ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร นักเจรจาไกล่เกลี่ยระดับกลาง



การดำเนินการ (ต่อ)



- 3) กำหนดมาตรการป้องกัน การสื่อสาร สร้างความตระหนัก
- 4) นำนวัตกรรมและงานวิจัยมาใช้ป้องกันความเสี่ยง
- 5) MM & Trigger
- 6) การแก้ไขปัญหายาจริยธรรมด้านเจ้าหน้าที่
- 7) การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยใช้เรื่องเล่าที่สะท้อนการทำงานทำให้เกิดความใส่ใจการดูแล
- 8) การสร้างระบบสร้างแรงจูงใจ
 - โครงการโรงพยาบาลคุณธรรม
 - โครงการสร้างใจด้วยใจ
 - กิจกรรม Sport day & Sport night
- 8) การปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ เชื้อต่อการดูแล
- 9) เวที KM (Knowledge Management)



การดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียน



1. บันทึกข้อมูลเรื่องร้องเรียน
2. ต้อนรับ ประสานงาน ตรวจสอบข้อเท็จจริง
3. ชี้แจง แก้ไขปัญหา
4. โกล่เกลี่ย บรรเทาความไม่พึงพอใจ
5. ติดตามผล
6. ตอบกลับผู้ร้องเรียน



การดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียน (ต่อ)



การเจรจาไกล่เกลี่ยเบื้องต้น โดยทีมไกล่เกลี่ยให้ข้อมูลข้อเท็จจริง แสดงความคิดเห็นการจัดการดูแลรักษาช่วยเหลือ (จะดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างดีที่สุด) ในเรื่องการรักษา

1. ประชาสัมพันธ์
2. ผู้ปฏิบัติที่ประสบปัญหา
3. หัวหน้าหน่วย
4. ทีมเจรจาไกล่เกลี่ย

กรณีไม่ยุติผู้จัดการความเสี่ยง / ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เจรจาไกล่เกลี่ย

ทีมไกล่เกลี่ยพิจารณาว่าเป็นไปตามมาตรา 41 หรือไม่ เป็นการกำหนดขอบเขตความเสียหายที่ไม่สามารถร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ซึ่งได้แก่

1. กรณีที่ความเสียหายเกิดจากการดำเนินการไปตามพยาธิสภาพของโรค
2. กรณีที่ความเสียหายเกิดจากเหตุแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการวินิจฉัยตามปกติ หรือรักษาโรคตามมาตรฐาน

การดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียน (ต่อ)



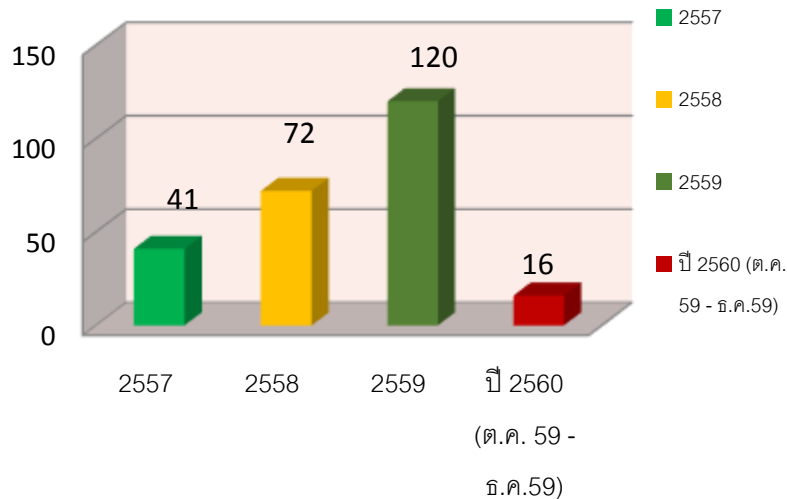
การดำเนินการของทีม

- ยื่นคำร้องไปที่ สสจ. (ทีม / ผู้รับบริการ) ผู้เขียน
- สสจ. จะขอเอกสารสำเนาเวชระเบียนและนัดสืบข้อเท็จจริง จากผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา
- สสจ. ไปสืบข้อเท็จจริงจากผู้ยื่นคำร้อง
- เมื่อคณะอนุกรรมการฯ พิจารณาให้ความช่วยเหลือแจ้งไปที่ สปสช. → ส่งจ่ายเงิน → สสจ. → ผู้ยื่นคำร้อง

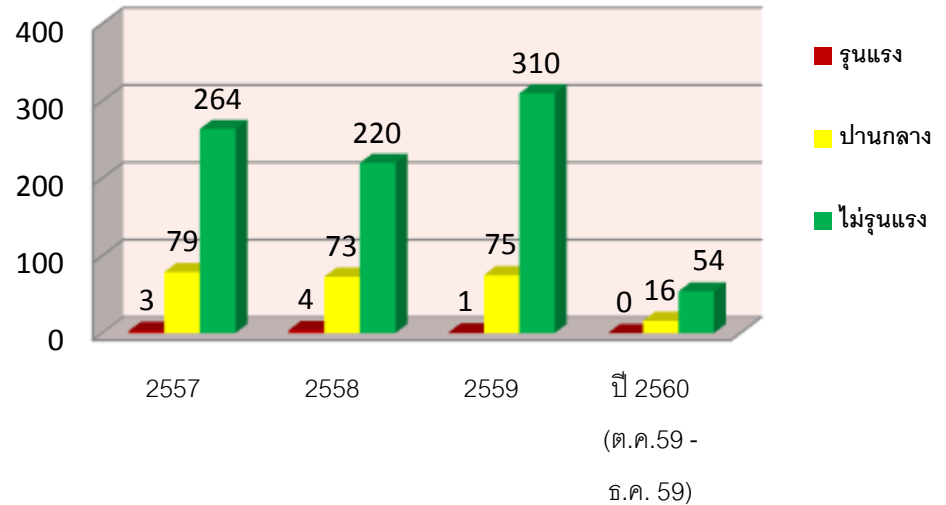
ผลลัพธ์การพัฒนา



ค่าชม
ปีงบประมาณ 2557 - 2560



คำร้องเรียนของผู้รับบริการ
ปีงบประมาณ 2557 - 2560



สรุปบทเรียน



1. มีการวิเคราะห์กระบวนการดูแลรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย / เสียชีวิต เพื่อหาโอกาสพัฒนาในแต่ละกระบวนการเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ
2. การจัดการปัญหาข้อร้องเรียนการดูแลรักษาต้องจัดการเชิงระบบไม่ใช่ตัวบุคคล ทำให้ลดความขัดแย้งและเปิดใจในการพัฒนาร่วมกัน
3. การให้ข้อมูลทุกขั้นตอนของการดูแลรักษาต้องชัดเจนและทันต่อสถานการณ์
4. หัวหน้าหน่วยงานของแต่ละจุดต้องมีการพัฒนาทักษะการให้ข้อมูลการประเมินสถานการณ์ การ Counseling และการเจรจาไกล่เกลี่ย
5. ผู้บริหารให้การสนับสนุน / ช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของแนวทางการแก้ไขความขัดแย้งด้วยสันติวิธี

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ



1. แคนนำหลักผ่านการอบรม หลักสูตรการเจรจา ไกล่เกลี่ยระดับสูงจากศูนย์สันติวิธี
2. ทุกหน่วยงาน หัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้จัดการ ความเสี่ยงระดับหน่วยงานโดยผ่านการอบรม หลักสูตรการเจรจาไกล่เกลี่ย ระดับพื้นฐานจาก ศูนย์สันติวิธี
3. Knowledge Sharing กรณีศึกษา
4. พัฒนาเครือข่ายภายในโรงพยาบาล และ ภายนอกโรงพยาบาล

โอกาสพัฒนา 2P Safety Goals



| Patient Safety Goals | Personnel Safety Goals |
|--|--------------------------------|
| S:Safe Surgery | S:Social Media |
| I:Infection | I:Infection&Injury |
| M:Medication | M:Mental(second victim) |
| P:Process | P:Personnel work(Occupational) |
| L:Line&Tube&Device | L:Lane(Traffic) |
| E:Emergency | E:Environment&Social |
| ประกาศเป้าหมายความปลอดภัยของประเทศเพื่อผู้ให้และผู้รับบริการ | |



ความภาคภูมิใจ รางวัลต้นแบบการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน การให้บริการทางการแพทย์ ปี 2559



ขอขอบคุณ