

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

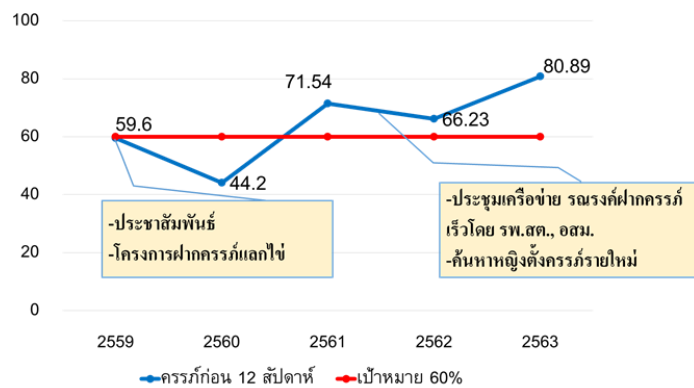
ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ

นำเสนอข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญในตาราง อธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (จากความพยายามในการพัฒนาหรือจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป) โดยอาจใช้ run chart หรือ control chart ที่มี (annotation) ประกอบ

IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ

80 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติการเข้าถึง						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	60	59.6	44.2	71.54	66.23	80.89
ระยะเวลารอคอยที่ OPD	<90 นาที	49	73	64	57	52
อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า		42	43.5	44.4	49.5	55.94
	เป้าหมาย	43	50	55	60	65
อัตราการเข้าถึง Stroke fast track ภายใน 2 ชั่วโมง (Onset to ER)	>80%	22.92	30.62	38.95	30.98	36.4
อัตราการคัดกรองถูกต้อง	>95	98.5	97	99.5	99.7	99.2

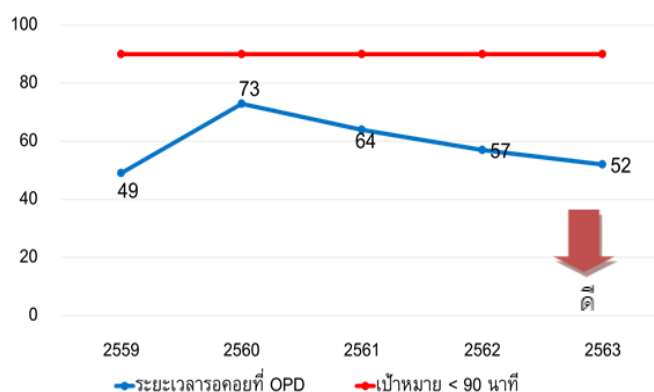
อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์



ในปีงบประมาณ 2559 – 2560 อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากการประกอบอาชีพ เศรษฐฐานะ และการเข้าถึงบริการในพื้นที่ที่ห่างไกลโรงพยาบาล จึงได้จัดประชุมชี้แจง การดำเนินงาน การประชาสัมพันธ์ กระตุ้นการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละพื้นที่ โดย อสม. ขยายการบริการ ANC สู่ รพ.สต. เครือข่าย

และจัดอบรมฟื้นฟูทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ แก่เจ้าหน้าที่รพ.สต. ส่งผลให้อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ผ่านเกณฑ์ และมีการให้บริการ ANC ใน รพ.สต. แล้ว 3 แห่ง มีการขยายบริการ ANC ให้ครอบคลุมทุก รพ.สต. โดยสูติแพทย์และผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็กตรวจเยี่ยมประเมิน ผักทักษะ และให้คำปรึกษาการฝากครรภ์ ทำให้ผลลัพธ์ในปี 2563 เพิ่มขึ้น

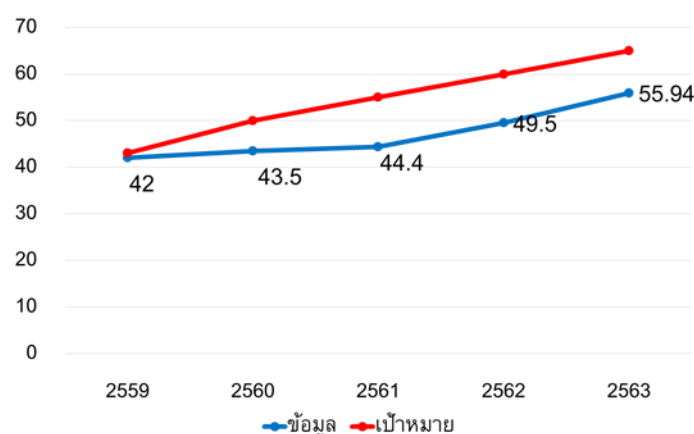
ระยะเวลารอคอยที่ OPD



จากการปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยใช้แนวคิด Lean คือ ปรับระบบบริการของแพทย์ ขึ้นปฏิบัติงานเวลา 08.00 น., การขึ้นปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยพยาบาลคัดกรองและพยาบาลซักประวัติขึ้นปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 07.00 น. และระบบนัดตรวจสุขภาพ ทำให้ระยะเวลารอคอยผู้ป่วยนอก ลดลง อยู่ที่ 52 นาที

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

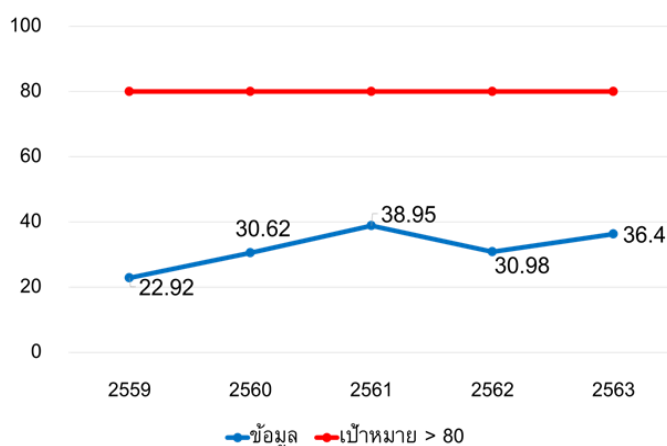
อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



จากการข้อมูลการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบปัญหา การวินิจฉัยไม่ครอบคลุม, จำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนมาก จึงได้ จัดให้มีการประชุมพิเศษแพทย์ใหม่ในการให้วินิจฉัยและการให้รหัสโรคทางจิตเวช, เน้นการคัดกรองภาวะซึมเศร้าทั้งในชุมชนและโรงพยาบาล, พัฒนาแนวทางการส่งต่อคลินิกสุขภาพจิต เพื่อประเมินซ้ำในรายที่ 2 Q Positive, โครงการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน,

ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางจิต

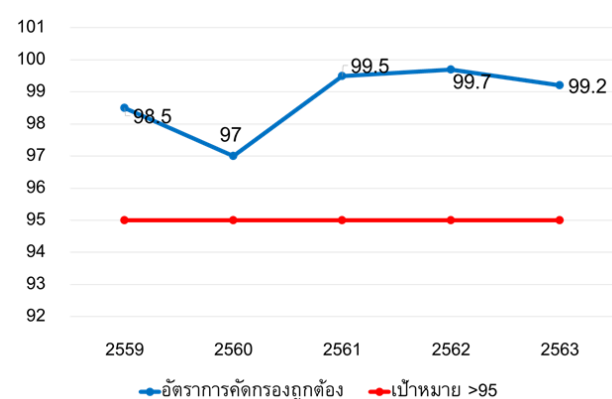
อัตราการเข้าถึง Stroke fast track ภายใน 2 ชั่วโมง (Onset to ER)



ผลการดำเนินงานของ Stroke Fast track ภายใน 2 ชั่วโมง นับตั้งแต่มีอาการ ต่ำกว่าเป้าหมายและมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากประชาชนยัง ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและภาวะอันตรายของโรค ร้อยละ 36.09 ไม่ทราบระยะเวลาของการเกิดอาการชัดเจน ร้อยละ 10.98 และการเดินทางไม่สะดวก ร้อยละ 6.27 ประกอบกับการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ยังไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยมาถึง โรงพยาบาล

ล่าช้า จึงได้ ฝึกอบรมให้ความรู้และทักษะการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ,การประชาสัมพันธ์เชิงรุก Stroke Early Sign แก่ประชาชนทั่วไป, จัดทำใบแจ้งเตือนอาการของโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ(card alert)ในสมุดประจำตัวผู้ป่วย เน้นย้ำการรับรู้ในกลุ่มเสี่ยง NCD Clinic , การบริการแพทย์ฉุกเฉิน

อัตราการคัดกรองถูกต้อง

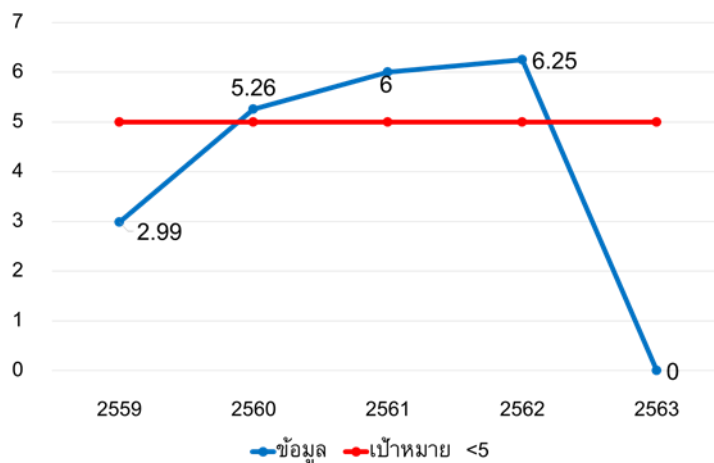


อัตราการคัดกรองถูกต้อง มีแนวโน้มคงที่ ได้นำ moph triage มาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย ทั้งใน OPO และ ER จากการทบทวนพบ Over triage มากกว่า Under triage จึงมีการประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติ แก่เจ้าหน้าที่ ทุกเดือน และ audit เวชระเบียน ร่วมกันในการส่งเวร

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

81 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติการดูแลต่อเนื่อง						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราการขาดยาในผู้ป่วย TB	< 5%	2.99	5.26	6	6.25	0
ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	≥85%	92.68	95	90.49	91.18	53.73
ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดี (<140/90 mmHg ติดกัน 2 ครั้ง)	≥50%	78.55	48.35	52.4	58.59	92.22

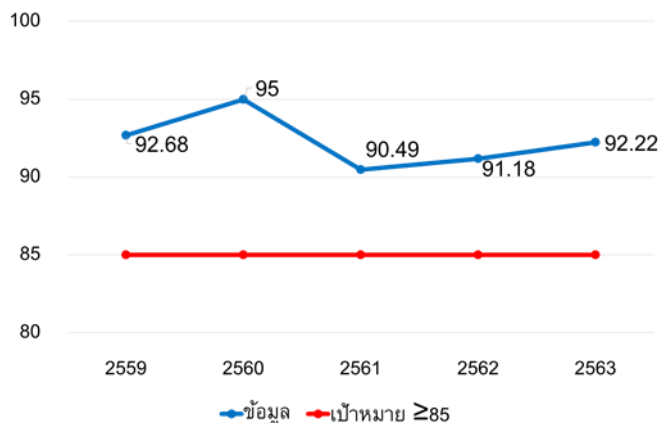
อัตราการขาดยาในผู้ป่วย TB



อัตราการขาดยาในผู้ป่วย TB มีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากขาดผู้ดูแลหลัก อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จึงได้พัฒนาระบบติดตามมีเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงดูแลกำกับการกินยาทุกวัน (DOTs) มีเครือข่ายรพ.สต.เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในเขตความรับผิดชอบ ระบบติดตามนัดล่วงหน้า และการติดตามเมื่อขาดนัด การเยี่ยมบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ในช่วง 2 เดือนแรกของการรักษา และทุกเดือนในช่วง 4 เดือนหลังของการรักษา

รักษา เพื่อติดตามการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ทำให้ผลลัพธ์ในปี 2563 อัตราการขาดยาเป็น 0

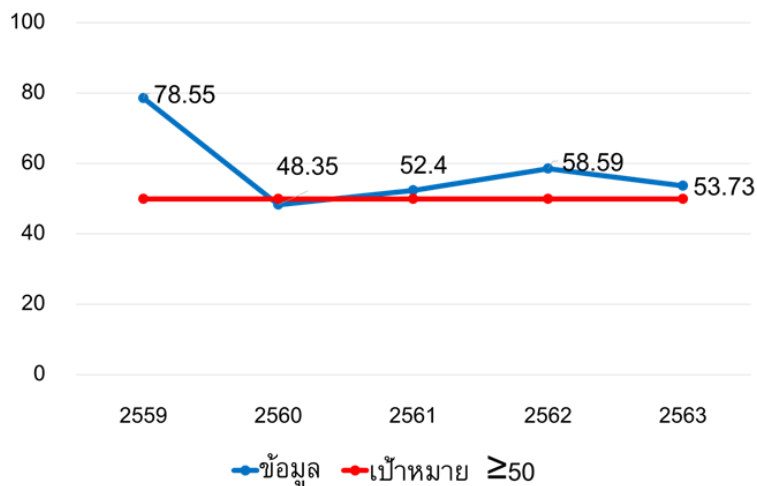
ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน



มีการกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลและเครือข่ายรวมทั้งพขอ. อำเภอปากพนัง โดยภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านทุกกลุ่มโรคตาม Service Plan ส่งผลให้ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านผ่านเกณฑ์มาโดยตลอด

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดี (<140/90 mmHg ติดกัน 2 ครั้ง)



อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีมีแนวโน้มลดลง พบว่า ประชากรมารับการตรวจรักษาไม่ต่อเนื่องเพราะไม่มีอาการผิดปกติ มีคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนเป็นทางเลือก ส่วนหนึ่งเกิดมาจากการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์ตัวชี้วัด ในปี 2560 และฐานข้อมูลประชากร (Person) ในระบบ HOSxP ไม่ถูกต้อง จึงได้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการค้นหาปัญหาและให้คำปรึกษาตามสภาพ

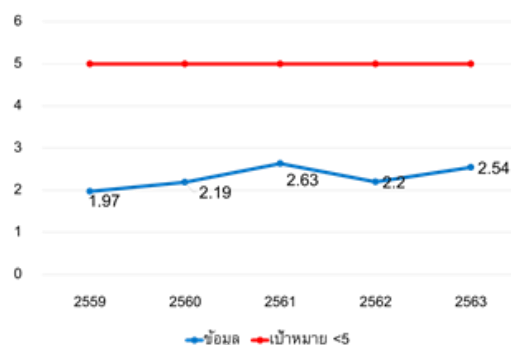
ปัญหาของแต่ละบุคคล มีระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัด กรณียังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เกิน 3 ครั้ง ส่ง HHC ติดตามดูแลต่อเนื่องร่วมกับ รพ.สต.ในเครือข่าย และมีระบบ discharge counseling ด้านยา และการปฏิบัติตัว ตรวจสอบและดำเนินงานแก้ไขฐานข้อมูลประชากร (Person) ในระบบ HOSxP ให้ถูกต้อง

82 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติความเหมาะสมในการดูแล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อัตรา Re-admission ภายใน 28 วัน	<5	1.97	2.19	2.63	2.2	2.54
ร้อยละของ ER re-visit ภายใน 48 ชม. โดยไม่รื้อวิธีปฏิบัติตน	<2%	0	0.5	0.75	0.02	0.007
ร้อยละของผู้ป่วย Unplanned ET. tube	0	NA	NA	43.75	42.35	6.76
ร้อยละของผู้ป่วย Unexpected dead	0	NA	NA	1.29	3.37	5.05
การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU)	ระดับ 3	ระดับ 1			ระดับ 2	ระดับ 3

อัตรา Re-admission ภายใน 28 วัน

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติความเหมาะสมในการดูแล

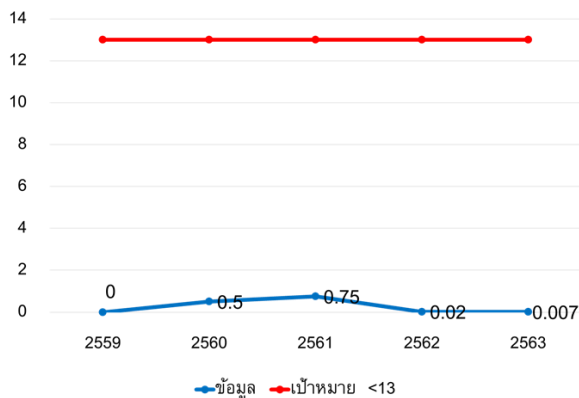


พบผู้ป่วย Re-admit ภายใน 28 วัน สูงในกลุ่มโรค DM, MI, และมะเร็ง ทบทวนสาเหตุพบว่า เกิดจากภาวะรุนแรงของโรค อาการข้างเคียงจากการให้เคมีบำบัด การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และการ Discharge เร็ว ได้ปรับระบบโดย พัฒนาระบบการวางแผนการจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ การทำ Care Map ในกลุ่มโรคทั่วไปและเรื้อรัง คือ DM HT COPD STEMI Stroke เป็นต้น พัฒนาระบบ

การให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมรอบด้านก่อนการจำหน่าย โดยมุ่งเน้นผู้ป่วย COPD ในกลุ่ม D แบ่งความรุนแรงโดยอาศัย mMRC/Cat score/อาการกำเริบและติดตามเยี่ยมบ้านแบบ IN-HOMESSS มีการปรับความถี่ในการนัดผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยให้เร็วขึ้น

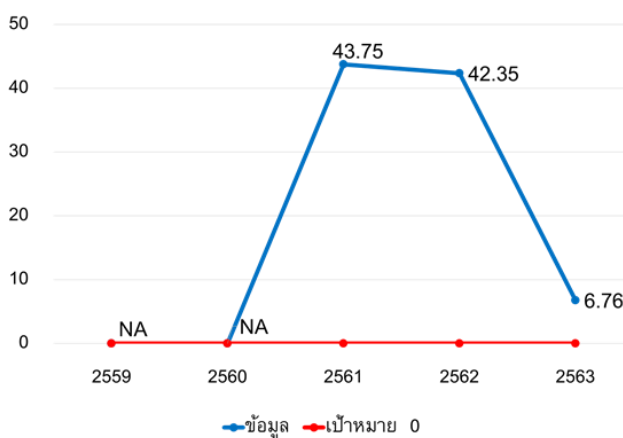
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

ร้อยละของ ER re-visit ภายใน 48 ชม. โดยไม่รู้วิธีปฏิบัติตน



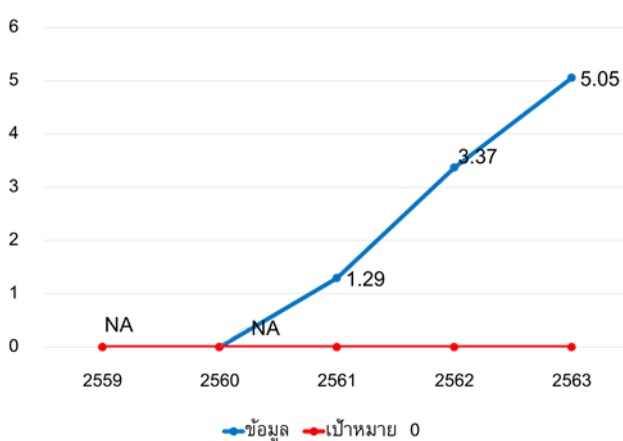
จากการทบทวน พบกลุ่มโรคที่กลับซ้ำบ่อย คือ Dyspepsia, Dizziness และ COPD จึงปรับระบบวางแผนจำหน่ายให้ครอบคลุมมากขึ้น และการ Empowerment ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งแจกเอกสาร แผ่นพับเฉพาะโรค

ร้อยละของผู้ป่วย Unplanned ET. Tube



จากการทบทวน Unplanned ET tube พบว่า เกิดจากการประเมินไม่ครอบคลุม และ Missed diagnosis จึงได้ พัฒนาสมรรถนะในการประเมิน โดยใช้ SOS score, ปรับปรุงเกณฑ์การรับไว้-ส่งต่อ, ระบบการ Consult อายุรแพทย์หรือแพทย์ผู้ชำนาญกว่า มีผลให้ Unplanned ET tube มีแนวโน้มลดลง

ร้อยละของผู้ป่วย Unexpected dead

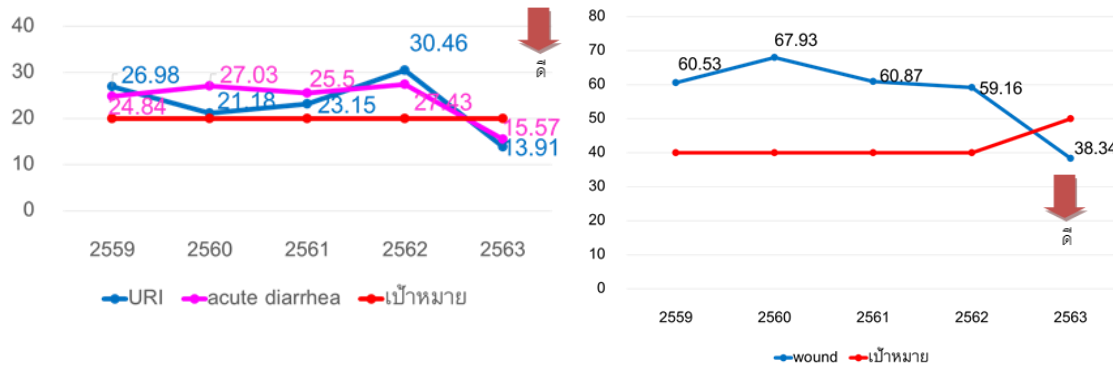


ร้อยละของผู้ป่วย Unexpected dead มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการทบทวน พบว่าเกิดจากการประเมินไม่ครอบคลุม, Missed diagnosis ทำให้ Delay treatment จึงได้รับแนวทางการประเมิน การดูแลและการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีอาการ , พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม ACS ที่ได้รับ SK, ระบบการ Consult อายุรแพทย์หรือแพทย์ผู้ชำนาญกว่า

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU)

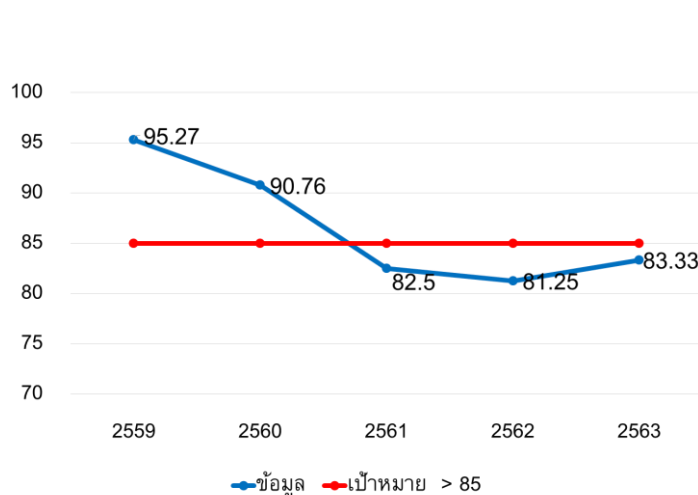
เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
ระดับ 3	ระดับ 1			ระดับ 2	ระดับ 3



พบว่าอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรคยังไม่ผ่านเกณฑ์ จึงได้ เพิ่มความรู้ความเข้าใจของบุคลากรเรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลและการใช้ยาสมุนไพร พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อช่วยในการกำกับดูแลให้มีการสั่งใช้อย่างสมเหตุผล มีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนการเข้ายาปฏิชีวนะ และมีระบบติดตามตัวชีวิตทุกสัปดาห์ ให้ข้อมูลย้อนกลับแพทย์ ร่วมกับองค์กรแพทย์มีการประชุมนิเทศแพทย์ Extern

83 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติประสิทธิภาพในการดูแล						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
ผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (SuccessRate)	> 85%	95.27	90.76	82.5	81.25	83.33
อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C<7)	>40%	38.40	36.72	32.31	34.79	27.28
อัตราผู้ป่วย stroke ที่คะแนน ADL เพิ่มขึ้น	≥80%	93.57	90.76	91.86	95.15	87.36

ผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (SuccessRate)



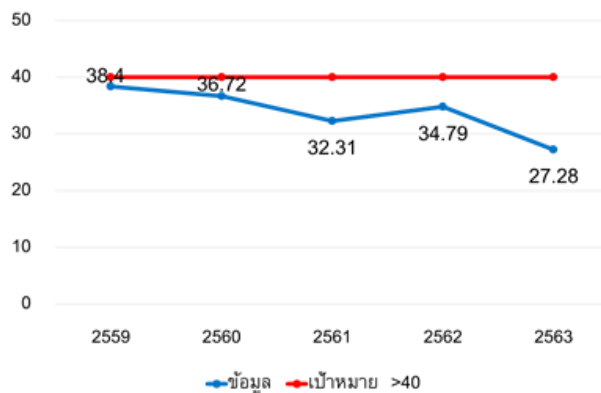
การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค เดิมให้การรักษาโดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาเองที่บ้านและให้มีญาติดูแลเรื่องการกินยาแต่เมื่อผู้ป่วยกินยาไประยะหนึ่งมักจะหยุดยาเอง ทั้งจากสาเหตุของอาการข้างเคียงของยา ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ทั้งจากเข้าใจว่ารักษาหายแล้วทำให้ผู้ป่วยขาดนัด มีปัญหาการดื้อยาที่คลินิกวัณโรคจึงได้ปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาโดยมีเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ดูแลกำกับ การกินยา ทุกวัน (Directly Observed Treatment : DOT) โดย มี

เครือข่าย รพ.สต.เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในเขตความรับผิดชอบแต่อัตราผลสำเร็จในการรักษาวัณโรคยังมีแนวโน้มลดลง จึงมีแผน พัฒนาเครือข่ายระบบการรักษวัณโรคแบบ DOT อย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง, พัฒนาการรักษาวัณโรคแบบครบวงจรเป็นการ บูรณาการการทำงานวัณโรค โดยอาศัยการทำงานเป็นทีมทั้ง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

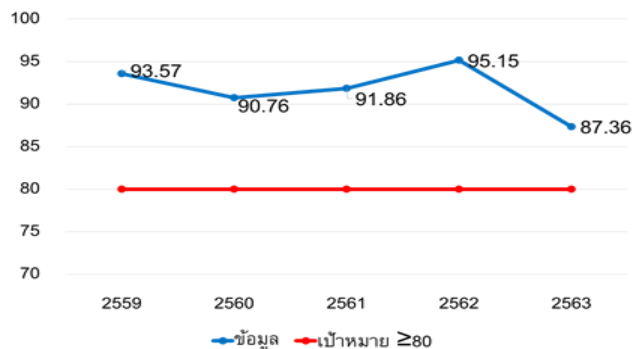
บุคลากรในโรงพยาบาล รพ.สต. และแกนนำชุมชน เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจนตั้งแต่การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ การรักษา ระบบยา การส่งต่อ การติดตาม และประเมินผล

อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1C<7)



อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1C<7) มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการใช้ยาไม่ถูกต้อง จึงได้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการค้นหาปัญหาและให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล มีระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัด จัดกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้($\geq 200\text{mg\%}$) ติดต่อกัน 2 ครั้ง โดยนัดเข้าคลินิกตรวจโดยอายุรแพทย์ Dm

poor control ในวันพฤหัสบดีช่วงเช้า ในปี 2563 เนื่องจากสถานการณ์ covid ทำให้มีการส่งยาให้ผู้ป่วยตาม รพ.สต. ไม่ต้องให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ทำให้การเจาะเลือดประจำปีต้องเลื่อนช้าลง การเจาะเลือดไม่ได้ตามเป้า ทำให้อัตราการควบคุมน้ำตาลในเลือดต่ำลง ซึ่งหน่วยงานได้นัดติดตามเจาะเลือดผู้ที่ยังไม่ได้เจาะทั้งหมดภายในไตรมาส 1 ของปีงบประมาณ 2564 กรณีที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงติดต่อกัน 3 ครั้ง ส่ง HHC ติดตามดูแลต่อเนื่องร่วมกับรพ.สต.ในเครือข่าย และมีระบบ discharge counseling ด้านยา และการปฏิบัติตัว



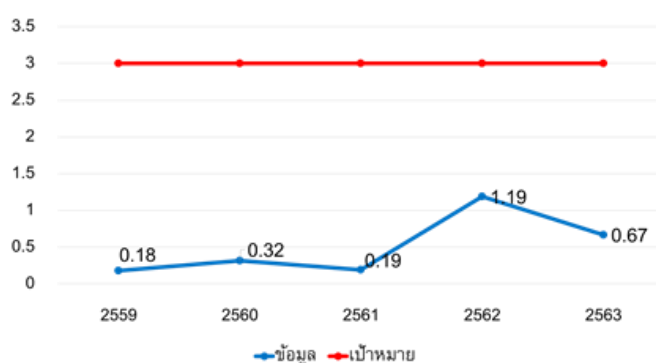
อัตราผู้ป่วย stroke ที่คะแนน ADL เพิ่มขึ้น

หลังจากได้มีการเพิ่มอัตรากำลังใจของนักกายภาพบำบัดจาก 2 คน เป็น 3 คน, พัฒนาระบบการฟื้นฟูตาม care map ก่อนและหลังจำหน่ายผู้ป่วย stroke, ส่งเสริมให้มีการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดินตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย, มีการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย stroke ทุกรายตาม Servic Plan ร่วมกับทีมสห

วิชาชีพ, มีการฝึกอบรม Care Giver (CG) ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง ร่วมกับการดูแลผู้ป่วย Long term care (LTC) ในชุมชน และมีการประเมิน ADL ทุก 1-3 เดือน ส่งผลให้อัตราผู้ป่วย stroke ที่มีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น ผ่านเกณฑ์มาโดยตลอด

84 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติประสิทธิภาพในการดูแล						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อัตรา Re – admit ภายใน 28 วันของผู้ป่วย COPD	< 3	0.18	0.32	0.19	1.19	0.67
อัตราการส่งต่อผู้ป่วย Stroke fast track ใน 30 นาที	100	85.29	95.92	100	100	100
อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK / PCI	>70%	23.08	60	60.68	83.33	87.25
อัตราการตกเลือดหลังคลอด PPH	< 5	3.52	5.39	2.86	2.5	2.5
อัตราผู้ป่วยด้วยโรคไขข้ออักเสบ	120:100000	81	165	201	224	87
อัตราตายด้วยโรคไขข้ออักเสบ	<10%	0	0	0	0	0
อัตราการเกิดภาวะน้ำเกิน	<10%	0	0.30	1.15	0.4	0
อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยเบาหวาน	< 5	NA	NA	1.2	0.8	0.94
อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	< 5	NA	NA	2.13	1.16	0.42

อัตรา Re – admit ภายใน 28 วันของผู้ป่วย COPD

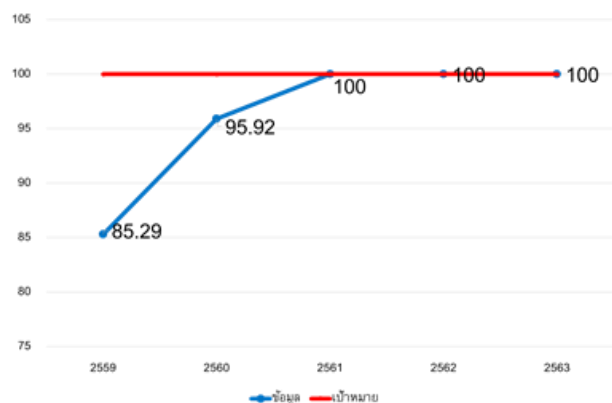


จากข้อมูลที่มีการเพิ่มขึ้นในปี 2562 มีข้อมูลคนไข้เพิ่มในครึ่งปีหลังเนื่องจากอากาศมีการเปลี่ยนแปลง และมีกลิ่นจากโรงงานปลาไก่ กระตุ้นให้คนไข้มีอาการ จากการทบทวนทีมและปรับแผนการดูแลรักษา โดยทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลในคลินิก มีการประเมินโดยใช้ spirometer มาช่วยในการวินิจฉัยและแบ่งระดับ สมรรถภาพปอด ติดตามอาการและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจาก CAT Score ใช้ MMRC ในการแบ่งผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่มตาม GOLD

guideline และให้การดูแลตามระดับความรุนแรง มีการสั่งยาตามแนวทางปฏิบัติ มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องของ COPD Thai guideline และ GOLD guideline ร่วมกับติดตามการใช้ยาฟั่นที่ถูกต้องและประเมินการใช้ยา, ในกรณีผู้ป่วยสูบบุหรี่ ส่งคลินิกบุหรี่ให้คำปรึกษาเพื่อลดและเลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ ส่งต่อ HHC ดูแลต่อเนื่องร่วมกับ รพ.สต.ในเครือข่าย ส่วน case ที่ $DS \geq 2$ ส่งพบกายภาพเพื่อสอนการออกกำลังกายฟื้นฟูสมรรถภาพปอด/การไอแบบมีประสิทธิภาพ ถ้ามี admit >2 ครั้ง/เดือน HHC เยี่ยมบ้าน ทำให้ผลลัพธ์ในปี 2563 ลดลง

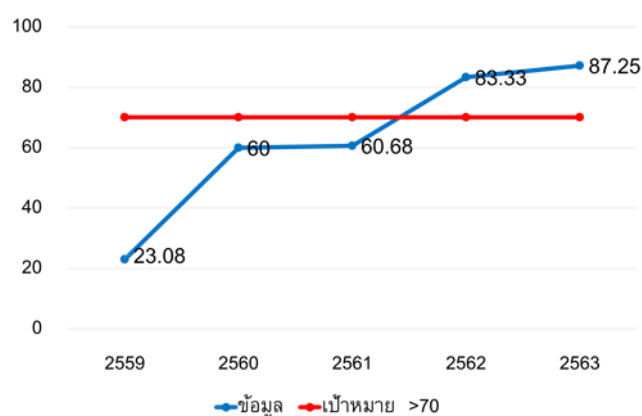
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

อัตราการส่งต่อผู้ป่วย Stroke fast track ใน 30 นาที



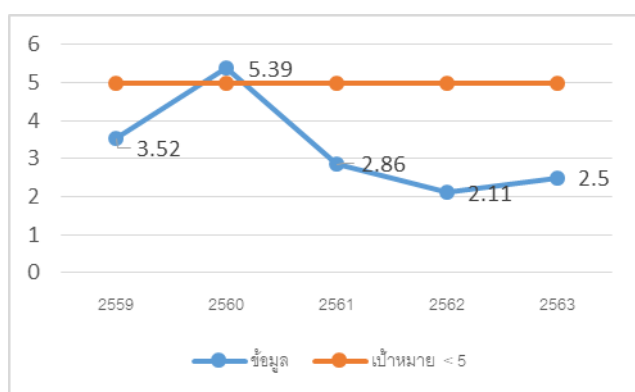
ผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย โดยเตรียมความพร้อมสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมง จัดทำแนวทางการประเมิน การดูแลผู้ป่วย stroke และดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อ มีระบบการประสานงานและปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง กับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ก่อนส่งต่อทุกราย เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Fast tract

อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK / PCI



ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา SK และหรือการทำ PCI ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีการพัฒนาระบบการเข้าถึง โดยการประชาสัมพันธ์การเตือนนำของโรค STEMI ,ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน, พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการอ่าน EKG และการคัดกรอง และพัฒนาระบบการส่งต่อ มีการประสานงานและการ Consult จาก CCU โรงพยาบาลแม่ข่ายโดยใช้ระบบ Social media ก่อนส่งต่อทุกราย เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Fast tract ตาม service plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด ปีงบประมาณ 2564 มีการปรับระบบ การ Consult ประสานศูนย์ Refer และแพทย์เฉพาะทาง โดยตรง เพื่อลดระยะเวลาในการ Consult

อัตราการตกเลือดหลังคลอด PPH

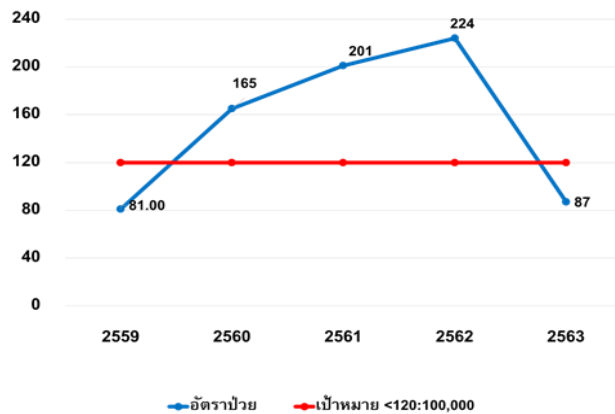


จากการทบทวนพบว่า เกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี (Uterine inertia), Retained placenta , Tear cervix และการประเมิน Blood loss ที่ผิดพลาด ในปี 2560 มีการทำนวัตกรรมถุงตวงเลือด ทำให้การประเมิน Blood loss มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้อัตราการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น จึงได้ปรับระบบการบริหารยา Oxytocin เข้ากล้ามเนื้อทันทีหลังทารกคลอด พัฒนาระบบการดูแล Early warning sign เมื่อ blood loss 300 ml. , จัดทำ Flow chart PPH ติดใน

ห้องคลอดชัดเจน และซ้อมแผนการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ จึงส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลง ปี2563 มีอัตราการตกเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 2.5 จึงได้จัดทำแผนพัฒนา Fast track PPH

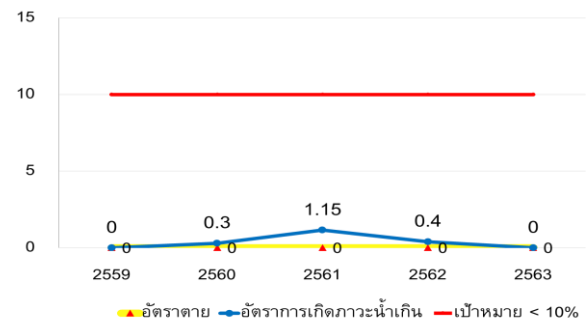
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

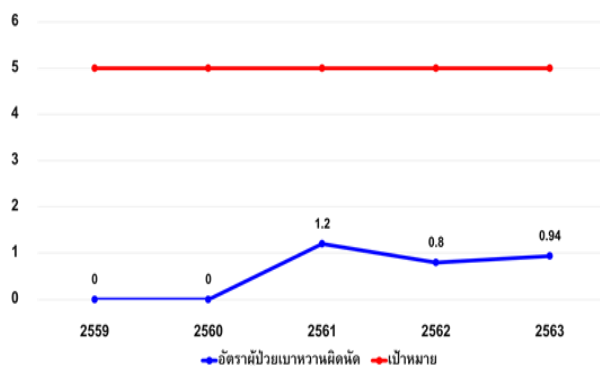


การระบาดของโรคไข้เลือดออก ของปากพนังในปี 2562 มีการระบาดเพิ่มขึ้นจากปี 2561 เนื่องจากฝนตกไม่เป็นไปตามฤดูกาล ทำให้มีการระบาดของยุงลายได้ดี แต่ยังไม่ผู้ป่วยเสียชีวิตในไข้เลือดออก และอัตราการเกิดภาวะน้ำเกินลดลง เนื่องจาก ได้มีการพัฒนาแนวทางการรักษา พัฒนาสมรรถนะ/อบรมวิชาการบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้ อัตราการเกิดภาวะน้ำเกินมีแนวโน้มลดลง ร่วมกับการความรู้เกี่ยวกับตัวโรคแก่ประชาชนทำให้ประชาชนรู้วิธีการป้องกันโรคและการเฝ้าระวังอาการเตือนที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล รวมทั้งมี

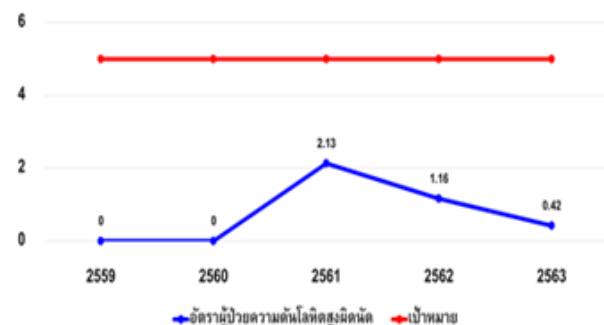
การประสานงานเครือข่ายในการตรวจสอบ (SRRT) ในการกำจัดและเฝ้าระวัง/ควบคุมการระบาดในพื้นที่ โดยใช้มาตรการ 3:3:1 3 ที่ 1 คือ ภายใน 3 ชม. แรก พยาบาลที่เจอเคส รายงานทีม SRRT เครือข่าย 3 ที่ 2 คือ พื้นที่ลงสอบสวนโรคภายใน 3 ชม. 1 คือ การพ่นหมอกควันภายใน 24 ชม. ทำให้ในปี 2563 ผลลัพธ์ลดลง



อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง



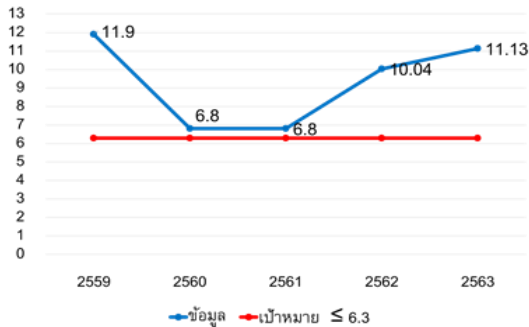
ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด มีระบบการติดตามนัดโดยการโทรติดตามทุกวัน กรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถโทรติดต่อได้ จะประสาน รพ.สต.ในเขตรับผิดชอบที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ช่วยติดตาม ทำให้อัตราการขาดนัดเป็นไปตามเป้าหมาย



รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

85 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติความปลอดภัยในการดูแล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต่อแสนประชากร)	≤ 6.3	11.9	6.8	6.8	10.04	11.13
จำนวนการเสียชีวิตในโรงพยาบาล		289	109	113	89	99
ร้อยละผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ที่ OPD	< 0.01	NA	NA	0	0.003	0.003

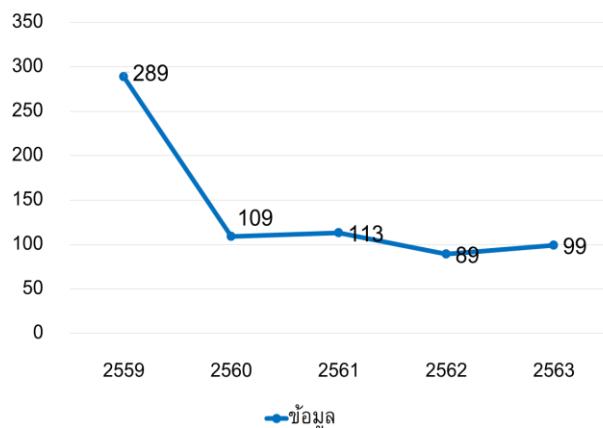


อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต่อแสนประชากร)

จากสถิติ พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีสาเหตุมาจาก ผู้ป่วย เสพติดสุราและสารเสพติด ความสัมพันธ์ ของบุคคลเช่น ทะเลาะกัน ถูกตำหนิ ดุด่า ครอบครัวมีปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังปัญหา และโรคทางจิต (โรค ซึมเศร้า โรคทางอารมณ์) จึงได้ เน้นการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยเรื้อรังและตรวจโรคทั่วไป ,พัฒนาแนวทางการส่งต่อ

คลินิกสุขภาพจิต เพื่อประเมินซ้ำในรายที่ 2Q Positive, โครงการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน, ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางจิต

จำนวนการเสียชีวิตในโรงพยาบาล



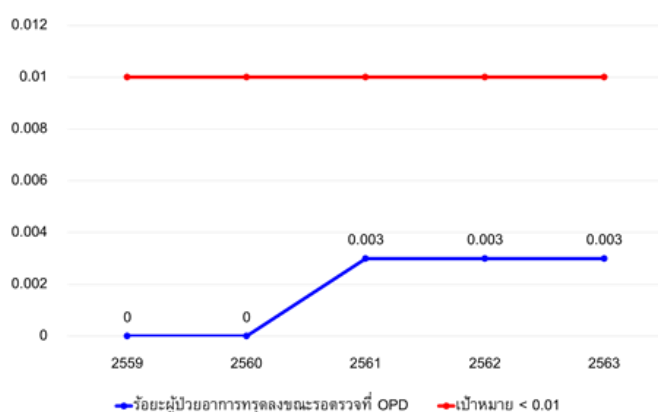
มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากทางโรงพยาบาล ได้มีการนำผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยไม่ได้อาการ ใน กลุ่มโรคที่สำคัญ เช่น กลุ่มโรค ACS, Stroke และ Sepsis มาทบทวน จึงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โดยการทำ early warning signs, Pre arrest signs

การประเมินอาการ/เฝ้าระวังผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ให้ความสำคัญในการคัดกรอง และการเข้าถึงบริการในกลุ่มโรคที่สำคัญๆ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงผู้ป่วยติดเชื้อในชุมชน ร่วมกับสหวิชาชีพและเครือข่าย สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ถังออกซิเจน เครื่อง Suction เป็นต้น



รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

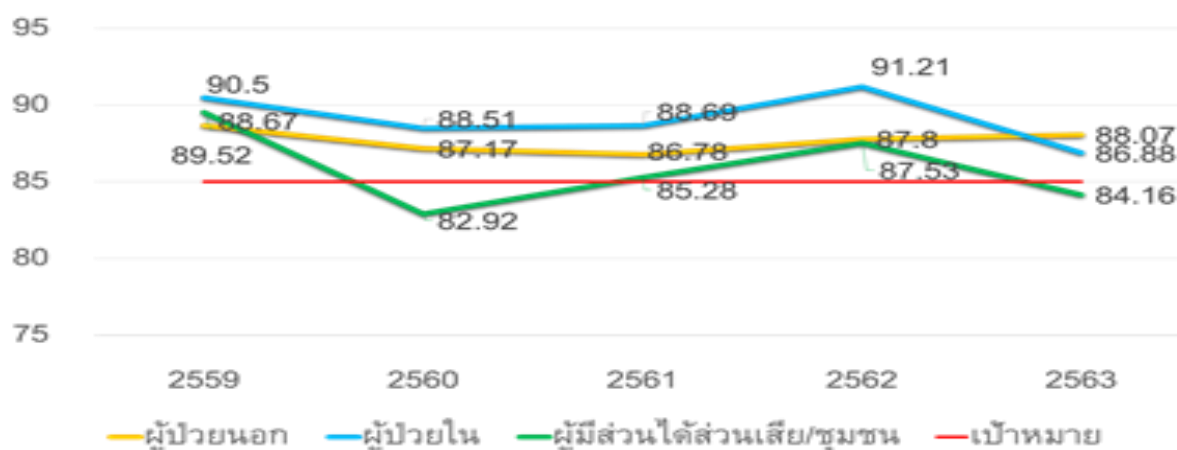
ร้อยละผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ที่ OPD



ในปี 2562 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจ ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้อง จำนวน 1 ราย จึงได้เพิ่มระบบ Quick Round ทุก 1 ชั่วโมง พยาบาลคัดกรอง ประเมินอาการแรกรับ และคัดแยกประเภทผู้ป่วย และมี chart เพื่อประเมินอาการทุก 15 นาที ถ้ามีอาการเพิ่มมากขึ้น ส่งเข้า ER หรือพบแพทย์ทางด่วน

86 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติคนเป็นศูนย์กลาง (รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วย)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	≥85%	88.67	87.17	86.78	89.35	88.07
อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยใน	≥85%	90.5	88.51	88.69	91.21	86.88
อัตราความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย/ชุมชน	≥85%	89.52	82.92	85.28	87.53	84.16
อัตราข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองในเวลาที่กำหนด	100	100	100	100	100	100



จากการใช้แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ พบปัญหาพฤติกรรมบริการ ระบบบริการโครงสร้างสิ่งแวดล้อม ได้มีการอบรมจริยธรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการที่ดี (service mild), ปรับลดขั้นตอนการรับบริการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงทุกจุดบริการ เช่น บัตรคิวด่วน ในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่ใช้บริการเปลนั่ง/นอน พระภิกษุสงฆ์ ผู้พิการ ผู้ติดเชื้อทางเดินหายใจ เป็นต้น, ประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการรับบริการ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง, ใช้แนวคิด Lean ในการปรับระบบบริการโดยแพทย์เริ่มตรวจ เวลา 08.00 น., การขึ้นปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยพยาบาลคัดกรองและพยาบาลซักประวัติขึ้นปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 07.00 น. และระบบนัดตรวจสุขภาพ, ปรับระบบการเยี่ยมของญาติที่ชัดเจนในหอผู้ป่วยใน, สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล, ปรับปรุงห้องน้ำให้มีความสะอาด สบาย สะอาด ติดตามนิเทศการปฏิบัติงานของพนักงานทำความสะอาด, นำข้อร้องเรียน/ความคิดเห็นของผู้รับบริการมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ระดับความพึงพอใจผู้รับบริการอยู่ในเกณฑ์ที่ดีโดยเสมอมา

อัตราข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองในเวลาที่กำหนด

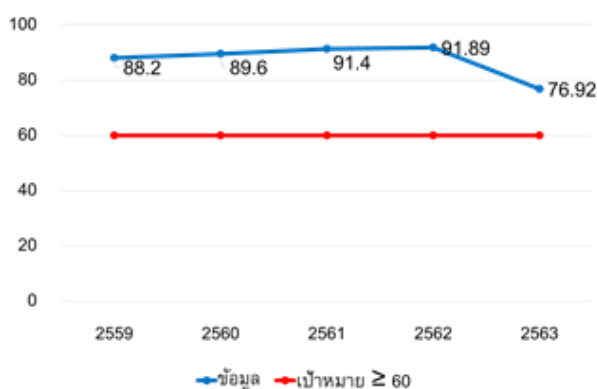


มีการวางแผนการจัดการเรื่องร้องเรียนที่เป็นระบบมากขึ้น ปี 2562 แต่งตั้งคณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียนขึ้นใหม่ โดยแบ่งเป็นทีมต่างๆ ดังนี้ คณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียน ทีม RRT และ คณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ยปัญหาของผู้รับบริการ จึงทำให้อัตราการตอบสนองข้อร้องเรียนในเวลาที่กำหนดเท่ากับ 100%

87 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ [IV-1(2)]

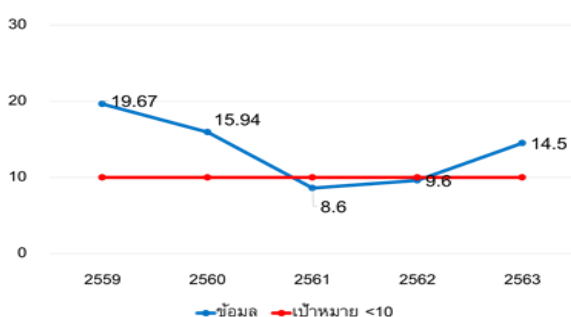
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
ร้อยละของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น	≥ 60	88.2	89.6	91.4	91.89	76.92
อัตราการตั้งครุฑซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	<10	19.67	15.94	8.6	15.57	14.50

ร้อยละของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น



มีการกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ พชอ. อำเภอปากพนัง โดยภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแล และฝึกอบรม Care Giver (CG) ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง ร่วมกับการดูแลผู้ป่วย Long term care (LTC) ส่งผลให้ร้อยละของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น ผ่านเกณฑ์มาโดยตลอด

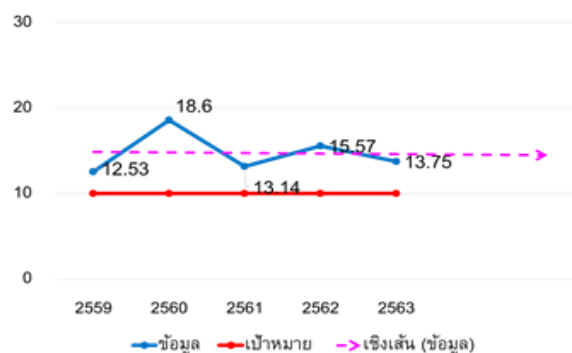
อัตราการตั้งครุฑซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี



จากการวิเคราะห์อัตราหญิงตั้งครุฑที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากไม่ได้ป้องกัน เข้าใจผิดว่ามีเพศสัมพันธ์ครั้งเดียวไม่ตั้งครุฑ ขาดความรู้ในการคุมกำเนิด นอกจากนี้ วัยรุ่นยังไม่กล้าเข้าพบเจ้าหน้าที่เพื่อขอรับบริการคุมกำเนิด จึงได้จัดให้มีการให้ความรู้เพศศึกษาในโรงเรียน โครงการ 1 รพ.สต. All scholl ร่วมกับ อบต. มีสภาเด็กและเยาวชนในพื้นที่ เพื่อ

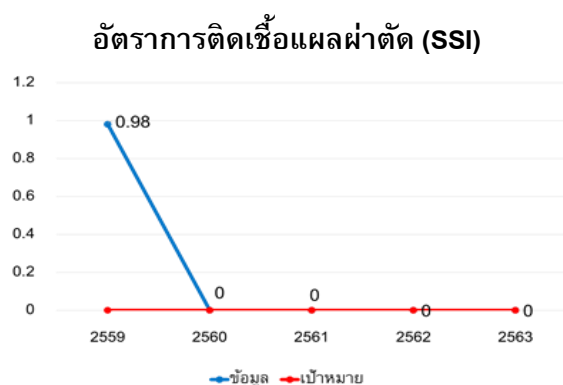
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

ขับเคลื่อนโครงการ stop teen mom มีการการประชาสัมพันธ์สายด่วน 1663, การคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร(ฝังยาแบบ 1 หลอด ฟรี)และการคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นๆ ในมารดาคลอดที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ส่งผลให้อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มลดลงและอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีลดลงแต่ในปี 2563 มีอัตราการท้องซ้ำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการฝังยาคุมกำเนิดทำให้ประจำไม่มา มีการส่งต่อข้อมูลระหว่างผู้ป่วย ทำให้จำนวนการฝังยาคุมกำเนิดลดลง มีแผนรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจ เรื่องการคุมกำเนิดโดยใช้ยาฝังคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นทั้งในคลินิกและในชุมชน

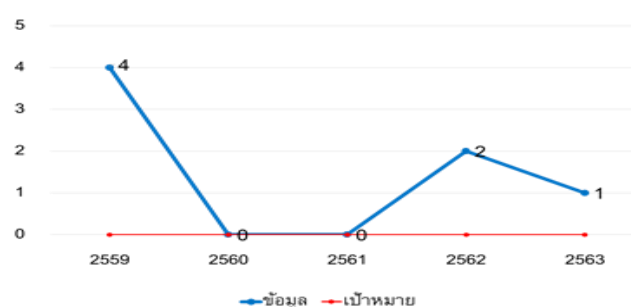


88 ผลลัพธ์ของ PSG:S (การผ่าตัดที่ปลอดภัย)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI)	0	0.98	0	0	0	0
จำนวนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	0	4	0	0	2	1



จำนวนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด



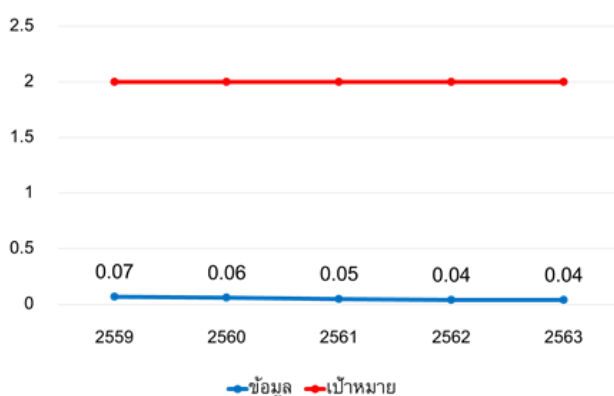
สถิติในปี 2559 ผู้ป่วยมีเกิด Hematoma หลังผ่าตัด จำนวน 4 ราย ในปี 2562 จำนวน 2 รายและติดเชื้อแผลผ่าตัด 1 ราย จากการทบทวนพบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติความดันโลหิตสูง ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ตำแหน่งที่ผ่ามีการยืดเหยียดบ่อย และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด จึงเน้นการซักประวัติ โรคประจำตัวและการใช้ยาละลายลิ่มเลือด แนะนำการปฏิบัติตัวใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด, นัดทำแผลทุกวัน เพื่อประเมิน Hematoma และการติดเชื้อ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

89 ผลลัพธ์ของ PSG:I (การป้องกันการติดเชื้อ, ระบบป้องกันและความคุ้มครองการติดเชื้อ)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (per 1,000 bedday)	2:1,000 วันนอน	0.07	0.06	0.05	0.04	0.04
อัตราการล้างมือครบ 7 ขั้นตอน	80	90.90	89.54	90.19	86.7	88.7
อัตราเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงมีภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี	100	100	100	100	100	100
อัตราการเก็บส่งตรวจบวกร่อง	<5/1000 specimen	0.62	0.43	0.42	0.45	0.72

อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (per 1,000 bedday)



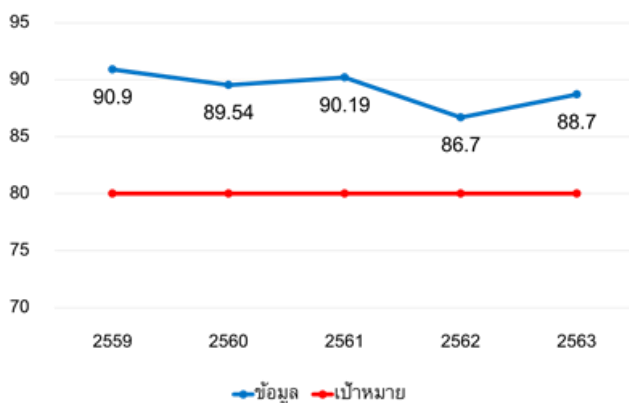
จากข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบการติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่เกินเกณฑ์ (2: 1000 วันนอน) ในแต่ละปีพบการติดเชื้อปีละ 1 ครั้ง ปี 2559 พบติดเชื้อที่สะดือทารก เนื่องจาก มีการเปลี่ยนแปลงแผนในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด พบเกิดจากทักษะการดูแลทารกหลังคลอด จึงพัฒนาทักษะการดูแลมารดา ทารกหลังคลอด ในปี 2562 มีการเปลี่ยนการใช้ Chlorhexidine 2% แทน Alcohol 70% หลังปรับเปลี่ยน ไม่พบอุบัติการณ์

การติดเชื้อสะดือทารก

ในปี 2560 และ 2561 พบติดเชื้อแผลฝีเย็บ เกิดจากทักษะการเย็บแผลในเจ้าหน้าที่ใหม่, การปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอดไม่เหมาะสม, การติดตามดูแลและการประเมินก่อนจำหน่าย จึงได้ พัฒนาสมรรถนะการเย็บแผลฝีเย็บ, จัดทำโฟมบอร์ดขั้นตอนการเย็บแผลฝีเย็บ, แจกเอกสารแผ่นพับการปฏิบัติตัวหลังคลอด, นัดติดตามหลังคลอด 7 วัน ปี 2562 ไม่พบการติดเชื้อแผลฝีเย็บ

ปี 2562 พบ การติดเชื้อ HAP 1 ครั้ง ทบทวนพบว่าการนำชุด humidifier ไม่ได้ทำให้ปราศจากเชื้อก่อนนำมาใช้ซ้ำ จึงปรับเปลี่ยนโดยการนำชุด humidifier มาทำให้ปราศจากเชื้อโดยการอบแก๊ส และใช้กระป๋องน้ำออกซิเจนแบบ single use หลังปรับเปลี่ยน ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อ HAP

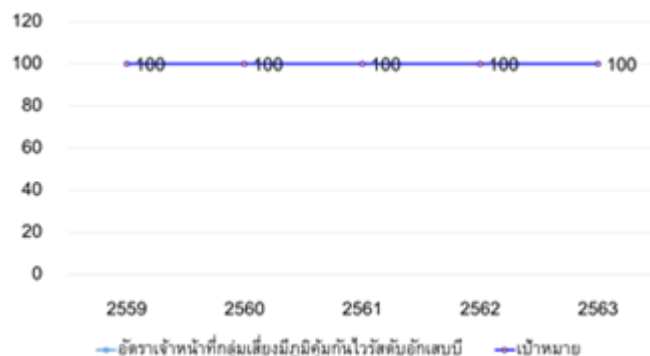
อัตราการล้างมือครบ 7 ขั้นตอน



จากการดำเนินงาน ได้จัดให้มี Alcohol-base handrubs ที่เข้าถึงได้ง่าย ณ จุดที่ให้บริการผู้ป่วย มีอ่างล้างมือพร้อม ผ้า/กระดาษเช็ดมือ ไว้ในจุดที่จำเป็น, อบรมฟื้นฟู IC ในเจ้าหน้าที่เครือข่าย ปีละ 1 ครั้ง, จัดทำสื่อเตือนใจ/ป้ายประชาสัมพันธ์ วรรณกรรมการล้างมือ, ติดตามประเมินการล้างมือโดยใช้ 2 tick, สร้างวัฒนธรรมการล้างมือ ส่งผลอัตราการล้างมือครบ 7 ขั้นตอน ผ่านเกณฑ์มาโดยตลอด

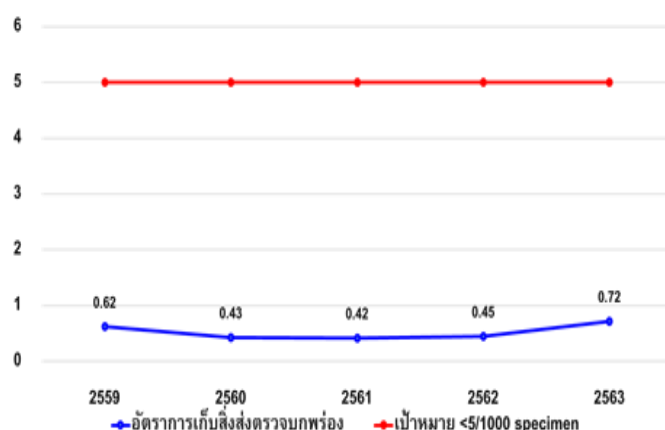
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

อัตราเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงมีภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี



กำหนดให้เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจไวรัสตับอักเสบบี (HbsAg) ทุกปี กรณีเจ้าหน้าที่ที่มีผล HbsAg negative จะให้ฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีทุกราย และติดตาม HbsAg ซ้ำ หลังจากได้รับเข็ม 3 ภายใน 3 ถึง 6 เดือน กรณีผล HbsAg หลังการฉีดวัคซีน เป็น negative เน้นการปฏิบัติตัว universal precaution

อัตราการเก็บส่งส่งตรวจบกพร่อง



จากการวิเคราะห์พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากการเลือกกรายการ Lab ไม่ครบ, การนำส่งสิ่งส่งตรวจไม่ครบถ้วน, เจ้าหน้าที่ใหม่ยังขาดความรู้ในการเก็บส่งส่งตรวจ จึงได้จัดทำคู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ แจกจ่ายแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง, จัดบอร์ดวิธีการเก็บส่งส่งตรวจ, ประชุมชี้แจง ให้ความรู้บุคลากรร่วมกับกลุ่มการพยาบาล และปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ ส่งผลให้อัตราการเก็บส่งส่งตรวจบกพร่อง ผ่านเกณฑ์

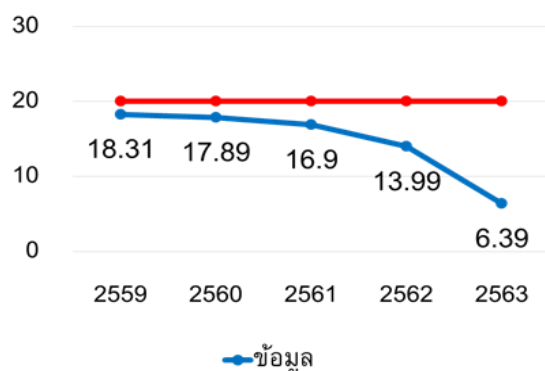
90 ผลลัพธ์ของ PSG:M (ความปลอดภัยในการใช้ยา การจัดการระบบยา การให้เลือดและองค์ประกอบของเลือด)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อัตรา Prescribing error ต่อ 1000 ใบสั่งยา	<20:1,000	18.31	17.89	16.9	13.99	6.39
อัตรา Dispensing error ต่อ 1000 ใบสั่งยา	<1:1,000	0.04	0	0	0.02	0.34
อัตรา Admin error ต่อ 1000 ใบสั่งยา	<1:1,000	0	0	0	0	0
อัตรา Prescribing error ต่อ 1000 วันนอน	<30:1,000	29.5	21.82	5.75	1.04	1.98
อัตรา Dispensing error ต่อ 1000 วันนอน	<10:1,000	1.79	0.82	0.82	0.68	0.51
อัตรา Admin error ต่อ 1000 วันนอน	<5:1,000	0.77	2.35	0.58	0.64	0.76
จำนวนครั้งของการแพ้ยาซ้ำ	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
อัตราการตรวจสอบการจ่ายเลือดให้เจ้าหน้าที่ประจำตึกผู้ป่วยผิวดำ	0%	0.23	0.11	0.18	0.14	0.12

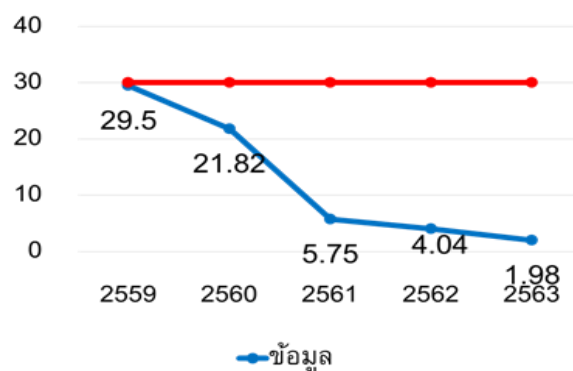
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

Prescribing error

OPD



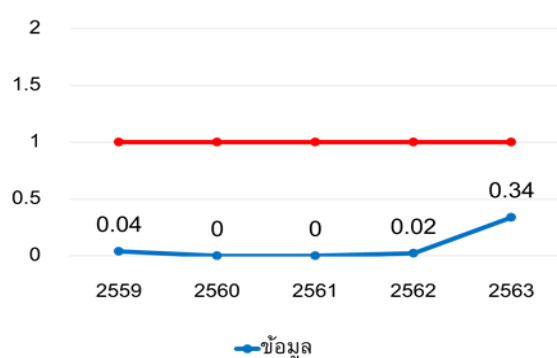
IPD



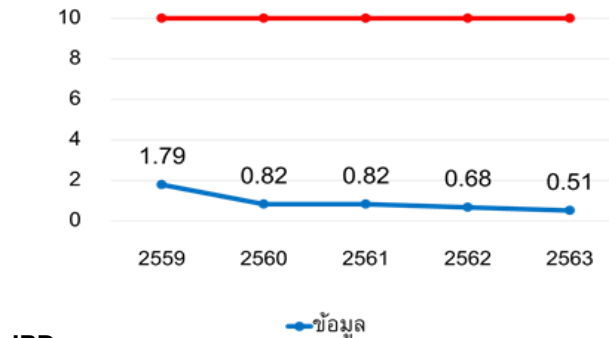
จากสถิติ ในปี 2559 พบอัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายสูงถึง ร้อยละ 18.31 ผู้ป่วยนอก และ 29.5 ในผู้ป่วยใน เนื่องจาก มีการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ตรวจสอบปฏิกริยาระหว่างกันของยา ทำให้สามารถตรวจจับปัญหาการสั่งจ่ายที่เกิดปฏิกริยาระหว่างกันได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาการสั่งจ่ายที่พบบ่อยเป็นอันดับต้น ๆ คือ การไม่สั่งพิมพ์ sticker รายการยาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งจ่าย และการใช้คำย่อ ที่ไม่อยู่ในมาตรฐานในการสั่งจ่าย จึงได้ ประสานขอความร่วมมือจากองค์กรแพทย์ การประชุมพิเศษแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ใหม่ ส่งผลให้อัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง

Dispensing error

OPD



IPD

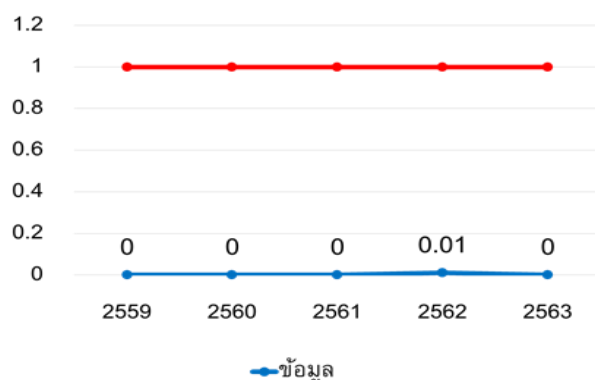


ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา(Dispensing error)ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจาก มีการรณรงค์ให้เภสัชกรปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งได้แก่ การให้เภสัชกรรับคำสั่งจ่ายยาจากแพทย์โดยตรงในหอผู้ป่วย การจ่ายยาตาม prime question การ double check ยาโดยเภสัชกร การใช้ copy order ประกอบการจ่ายยา การให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมจัดยาตาม copy order โดยตรง เพื่อเป็นการ double check กับการพิมพ์รายการยาโดยเภสัชกร ในปี 2562 ได้พัฒนาระบบการพิมพ์ใบ PMP จากโปรแกรม HOSXP เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการคัดลอกรายการยา Drug Profile ในหอผู้ป่วยใน และช่วยสามารถปฏิบัติงานได้เร็วขึ้น

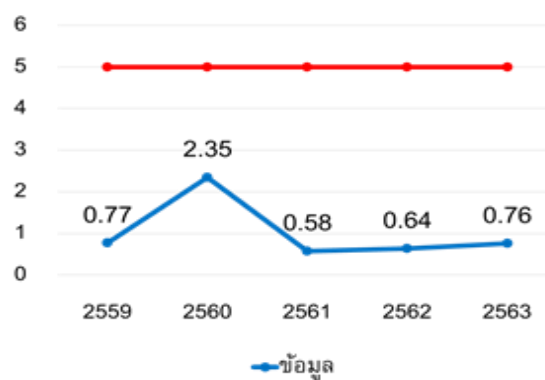
รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

Administration error

OPD



IPD



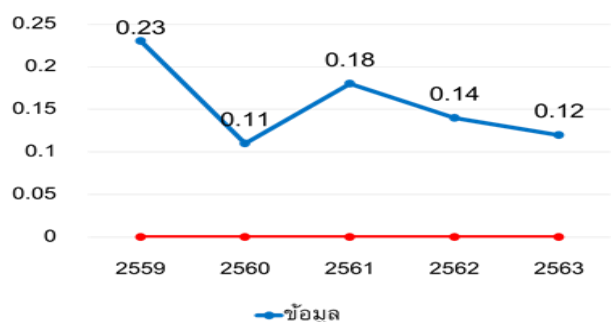
ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยา(Administration error) พบว่า เกิดจากการฉีดผิดวิธีไม่ตรงกับที่คำสั่งแพทย์ จึงได้ กำหนดให้มีการส่งยาผ่านระบบ Hosxp (OPD), ปรับระบบบริหารยา โดยยึดหลัก 10 R, เพิ่มการ double check และการ cros check ระหว่างหน่วยงานกับห้องยา, ปรับปรุงฉลากยาฉีดและสารน้ำ โดย ฉลากยาฉีดระบุวิธีและขนาดยาที่ฉีด และฉลากสารน้ำระบุชนิดและปริมาณของสารน้ำที่ให้ออกมากับฉลากยา, จัดทำแนวทางการผสมยาฉีด สำหรับยาฉีดที่เป็น small dose ส่งผลให้ อัตรา Administration error ในแผนกผู้ป่วยในมีแนวโน้มลดลง และไม่พบ Administration error ในแผนกผู้ป่วยนอก

จำนวนครั้งของการแพ้ยาซ้ำ



พัฒนาระบบการแจ้งเตือนผู้ป่วยแพ้ยาใน HOSXP. (Pop Up) ผู้ป่วยนอก: แสดงชื่อยาที่แพ้ในใบสั่งยา, ผู้ป่วยใน: ประทับตรา “แพ้ยา” พร้อมระบุชื่อยา ในกรณีผู้ป่วย ไม่รู้สึกตัวไม่สามารถซักประวัติได้ มีแนวทางให้ผู้ปฏิบัติ ตรวจสอบข้อมูลการแพ้ยาในระบบ HOSXP ก่อนสั่งจ่ายยาทุกราย และให้ทุกหน่วยงานสอบถามประวัติแพ้ยาของผู้ป่วยทุกครั้ง ก่อนให้บริการ จึงไม่พบการแพ้ยาซ้ำ

อัตราการตรวจสอบการจ่ายเลือดให้เจ้าหน้าที่ประจำตึกผู้ป่วยผิตพลาด



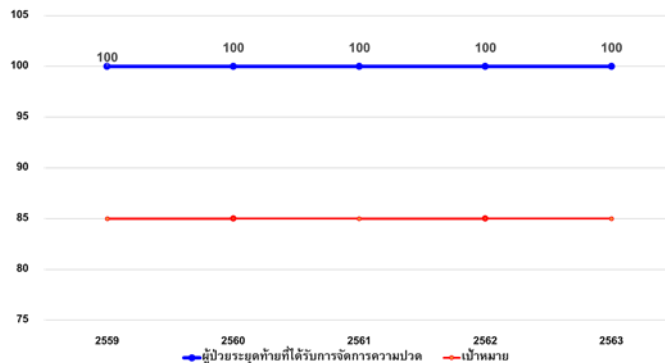
การจ่ายเลือดให้แก่เจ้าหน้าที่ประจำตึกผู้ป่วยที่มารับเลือดพบว่ายังมีความผิดพลาด เกี่ยวกับการระบุหมายเลขถุงเลือดในใบคล้องเลือด หรือจ่ายเลือดให้ผิดคน แต่ความผิดพลาดนี้ยังไม่ถึงผู้ป่วยพยาบาลประจำตึก สามารถตรวจสอบและดักจับได้ก่อนมีการให้เลือดแก่ผู้ป่วย มีการรับเลือดโดยใช้ใบรับเลือดจากหน่วยงานอย่างเดียว บันทึกควบคุมการเบิกจ่าย มี

การปรับให้มีการบันทึกการจ่ายเลือดในระบบ Hosxp เพื่อให้มีการตรวจสอบซ้ำหลายขั้นตอน ทำให้ในปี 2563 ยังไม่มีอุบัติการณ์การตรวจสอบการจ่ายเลือดผิดพลาด

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

91 ผลลัพธ์ของ PSG:P (กระบวนการวินิจฉัยและการดูแล)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการจัดการความปวด	>85%	100	100	100	100	100
อัตราการรายงานผล Trop T ทันภายในเวลาที่กำหนด (≤ 20 นาที)	≥50 %	79.25	53.56	61.77	53.37	51.58

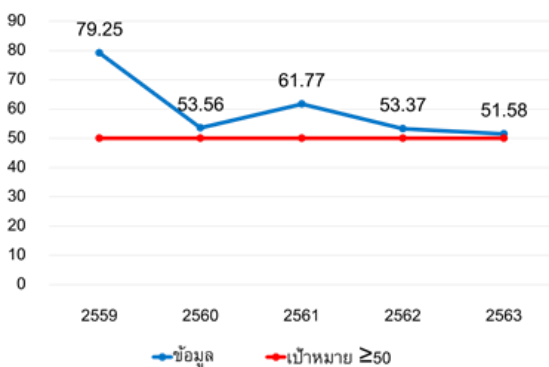
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการจัดการความปวด



การดูแลกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทางโรงพยาบาลนำเครื่องมือ Performance Scale (PPSV2), Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), Pain score ในการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้าย และให้การช่วยเหลือให้มีความสุขสบาย ลดอาการรบกวนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้าย ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วม (Family Meeting) และมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

(Advance Care Plan), พัฒนาสมรรถนะทีมในการดูแลผู้ป่วย โดยส่งอบรมหลักสูตร palliative care ระยะกลาง 1 คน เป็น case manager อบรม 5 วัน 3 คน และ เกสซ์กร อบรมระยะ 3 วัน 1 คน, ติดตามอาการต่างๆในผู้ป่วยระยะสุดท้าย, พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรวมถึงผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ร่วมกับสหวิชาชีพและเครือข่าย สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ถังออกซิเจน เครื่อง Suction เป็นต้น ส่งผลให้ความพึงพอใจต่อการดูแลระยะสุดท้าย อยู่ในระดับดีมาโดยตลอด

อัตราการรายงานผล Trop T ทันภายในเวลาที่กำหนด (≤ 20 นาที)



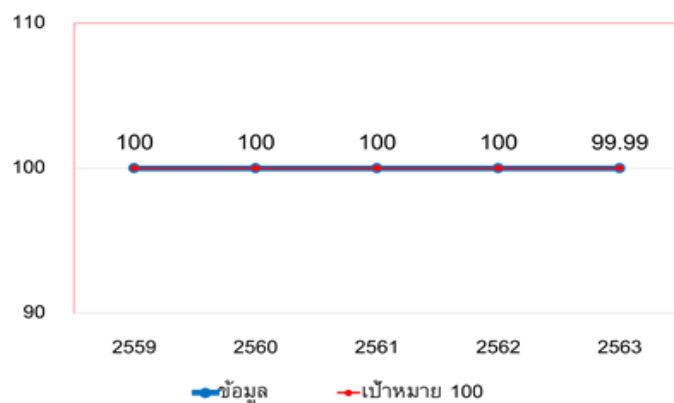
ปี 2560 การรายงานผล Trop T ที่ช้ากว่าเวลาที่กำหนด ทั้งนี้เนื่องจาก มีการ Repeat เครื่องมือไม่พร้อมใช้อัตรากำลังในช่วงเวลา 7.00 -8.00 น. จึงได้ มีการกำหนด ผิดรับผิดชอบการตรวจ Trop T การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือเมื่อมี Order การปรับตั้งค่า ใน LIS ให้มีการตรวจสอบการส่งผลมายัง Hosxp มีการระบุความเร่งด่วนในขั้นตอนการบันทึก และใช้นาฬิกาจับเวลา ขณะ run Test เพื่อประกันเวลา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

92 ผลลัพธ์ของ PSG:L (line, tube, catheter, lab)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราการรายงานค่า Lab วิฤตทันเวลา	100 %	100	100	100	100	99.99
อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1000 cath day	< 20	0	0	0	0	0

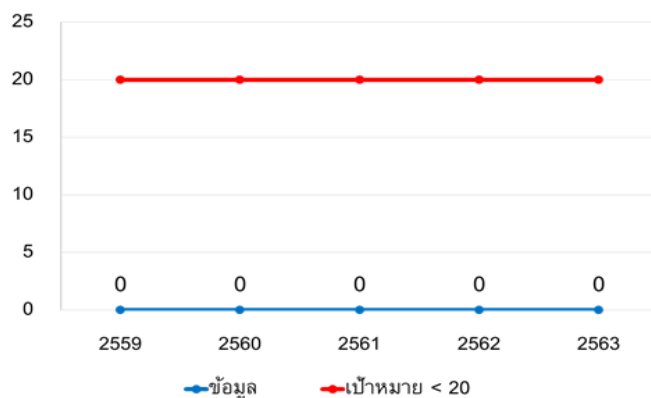
อัตราการรายงานค่า Lab วิฤตทันเวลา



ห้องปฏิบัติการได้นำโปรแกรม LIS ที่มีอยู่ในห้องปฏิบัติการมาใช้ในการเก็บข้อมูล การรายงานผล การแจ้งเตือนข้อมูลทุกครั้ง (Pop up) เมื่อพบค่า วิฤต โปรแกรมจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลการทำรายงานค่า วิฤตเป็นสถิติที่จะนำไปใช้พัฒนาหน่วยงาน โดยมี แนวทาง การรายงานผลการทดสอบ เมื่อพบค่าวิฤตทางห้องปฏิบัติการ LAB จะมีการแจ้งค่าวิฤตแก่เจ้าหน้าที่ประจำตึกผู้ป่วย

ทราบทุกรายทันที และมีการแจ้งค่าวิฤตทางไลน์ในกลุ่มแพทย์โดยตรง บ้างก็ทางโทรศัพท์ หรือการส่งข้อความ ใน Hosxp แก่แพทย์ประจำตัวผู้ป่วย พร้อมมีหลักฐานการบันทึกทุกครั้งที่แจ้ง, เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างปลอดภัยและทันเวลาที่ ซึ่งยังมีโอกาสพัฒนาในเรื่องการกำหนดระยะเวลา การรายงานผล (Turn around time) และประกันเวลา เพื่อจะได้มีการทบทวนถึงกระบวนการและ ค่าวิฤต LAB รายการใดบ้างที่มีความสำคัญและมีผลต่อการวินิจฉัยของแพทย์

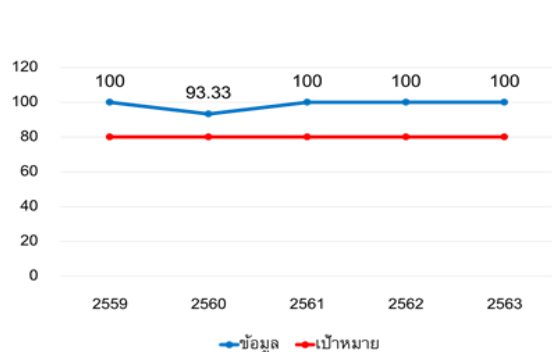
อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1000 cath day



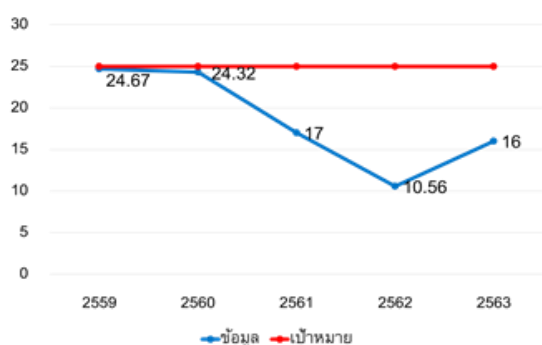
การเกิด CaUTI ไม่พบนานเกิน 5 ปี เนื่องจากมีระเบียบปฏิบัติในการป้องกัน และ ใช้ CaUTI Bundle มาใช้ในการป้องกันการติดเชื้อ CaUTI, มีการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

93 ผลลัพธ์ของ PSG: E (การตอบสนองต่อสถานการณ์เร่งด่วน)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราการได้รับ antibiotic ภายใน 1 ชม. หลังวินิจฉัย Sepsis	>80	100	93.33	100	100	100
อัตราการเกิด Birth asphyxia	< 25/1,000 NB	24.67	24.32	17	10.56	16

อัตราการได้รับ antibiotic ภายใน 1 ชม. หลังวินิจฉัย Sepsis

จากการทบทวนเวชระเบียนในผู้ป่วย Sepsis พบปัญหา miss diagnosis/delay diagnosis จึงได้กำหนดแนวทางในการคัดกรอง SIRS Fast Track ร่วมกับ organ dysfunction or tissue hypo perfusion ในการวินิจฉัย, พัฒนาระบบการประเมินโดย SOS score ในและ Pre warning signs sepsis เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง, จัดทำ CPG sepsis ครอบคลุมทั้งเครือข่าย, เพิ่มสมรรถนะบุคลากรโดยอบรมเจ้าหน้าที่ทั้งเครือข่าย

อัตราการเกิด Birth asphyxia

พบทารกมีภาวะ Birth asphyxia จากการคลอดติดไหล่ และมารดาเบ่งคลอดนาน เนื่องจากส่วนหน้าผิดปกติ 1 ราย เกิดจากทักษะในการประเมิน จึงพัฒนาระบบการดูแล Early warning sign เบ่งคลอดครั้งแรก 1 ชม. ครรภ์หลัง 30 นาที เพื่อรายงานแพทย์ประเมินการคลอด และการประเมินแรกรับด้วย NST และ Ultrasound ดูท่าและส่วนหน้าของทารก พัฒนาสมรรถนะผู้ทำคลอดในการช่วยคลอดติดไหล่ ช่อมแผนการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ และ

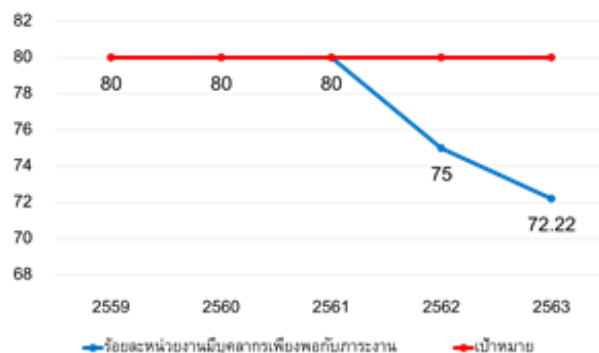
ฟื้นฟูทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด (NCPR) ปี 2563 พบปัญหาจาก Delay treatment จึงร่วมกับกุมารแพทย์ปรับเกณฑ์การตามแพทย์รับเด็ก

IV-3 ผลด้านกำลังคน**94 ผลลัพธ์ด้านกำลังคน (IV-3)**

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
ร้อยละของหน่วยงานมีบุคลากรเพียงพอกับภาระงาน	80%	80	80	80	75	72.22
อัตราความพึงพอใจของบุคลากร (Happinometer)	70	NA	NA	60.34	74	83.75
อัตราเจ้าหน้าที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ประจำปี	90	53.57	41.42	40.74	60.37	84

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

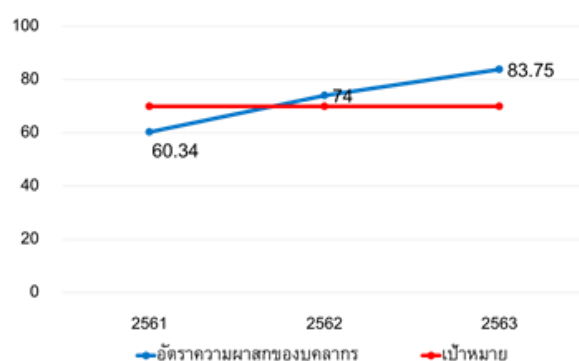
ร้อยละของหน่วยงานมีบุคลากรเพียงพอกับการทำงาน



โรงพยาบาลมีทั้ง 12 กลุ่มงาน จากข้อมูลปี 2559-2561 หน่วยงานมีบุคลากรเพียงพอ ได้แก่ แพทย์ เภสัช เทคนิคการแพทย์ รังสี นักกายภาพ ทันตแพทย์และกลุ่มงานสนับสนุน แต่ในปี 2562 ถึง 2563 มีบุคลากรขาดแคลน จึงได้มีการวิเคราะห์ภาระงานและความต้องการในการดูแลช่วยเหลือ เพื่อวางแผนความต้องการการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอเหมาะสม วางแผนการจัดอัตรากำลังทั้งใน

ภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน จัดอัตรากำลังทดแทนบุคลากรที่ขาด มีแผนเสริมอัตรากำลังในกรณีฉุกเฉินหรือเพิ่มในหน่วยงานที่มีภาระงานเกินความจำเป็น รวมทั้งพิจารณาเฉลี่ยอัตรากำลังในแต่ละเวร แต่ละหน่วยงาน การจัดอัตรากำลังเวรผลัด ในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มงานพยาบาลทุกแผนก มีการวางแผนและจัดอัตรากำลังเวรผลัดเพื่อเตรียมความพร้อมด้านการให้บริการและช่วยเหลือผู้ป่วย และกำหนดเกณฑ์การจัดอัตรากำลังเสริมกรณีที่มีภาระงานเกินเกณฑ์ที่กำหนดและมีแผนจัดอัตรากำลังสำรองในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง

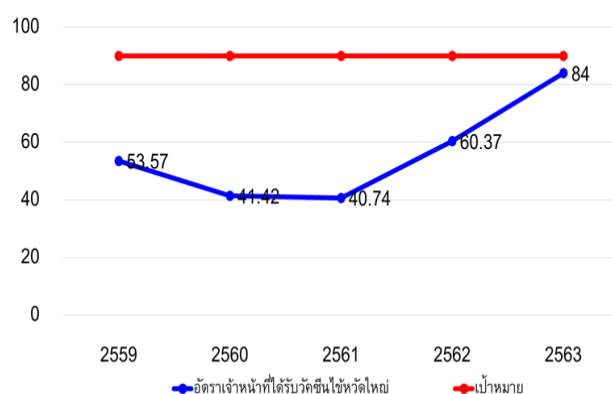
อัตราความผาสุกของบุคลากร (Happinometer)



ในปี 2561 พบปัญหา โครงสร้างอาคารสถานที่อยู่ระหว่างปรับปรุง การติดต่อสื่อสารลำบาก ส่งผลให้การบริการไม่เป็นไปตามเป้าหมายขององค์กร มีผลให้อัตราความผาสุกของบุคลากร (Happinometer) ต่ำกว่าเกณฑ์ ได้ทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข โครงการแข่งขันกีฬาปากพั่นเกมส์ ในเดือนกันยายน 2562 เพื่อสร้างความรัก ความผูกพัน ความสามัคคีในองค์กรและแก้ไขปัญหาบุคลากรด้าน Happy Relax ที่มีค่าคะแนน

ต่ำเป็นลำดับที่ 2, เพิ่มการสื่อสาร ผู้บริหาร/ทีมนำองค์กร มีการเยี่ยมให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงานตามหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง สร้างวัฒนธรรมการชื่นชมผู้ที่มีผลงานดี/ทำงานดี ส่งผลให้อัตราความผาสุกของบุคลากร (Happinometer) มีแนวโน้มดีขึ้น

อัตราเจ้าหน้าที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ประจำปี



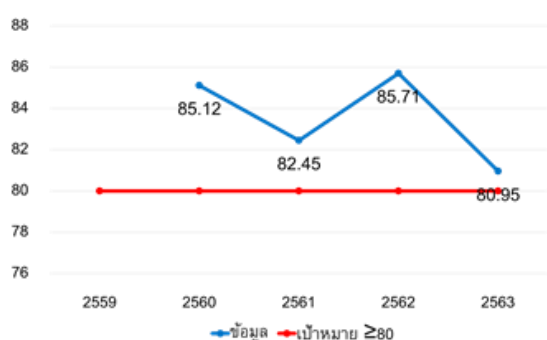
โรงพยาบาลปากพั่นมีนโยบายให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ ซึ่งจากรณรงศ์ที่ผ่านมา พบว่าอัตราการได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ในปี 2563 จึงได้ปรับเปลี่ยนให้บริการเชิงรุก one stop service “ หิ้วกระติก เก็บตก” ทำให้อัตราการได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ประจำปี 2563 เพิ่มขึ้น

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

IV-4 ผลด้านการนำ

95 ผลลัพธ์ด้านการนำ (IV-4)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
ร้อยละของตัวชี้วัดของโรงพยาบาลที่สำคัญผ่านเกณฑ์	≥ 80	NA	85.12	82.45	85.71	80.95
CMI (ค่าเฉลี่ยระดับประเทศ โรงพยาบาล M2 = 0.8)	≥ 0.80	0.62	0.62	0.56	0.56	0.61
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA	ผ่านเกณฑ์	NA	NA	7	100	100
ผ่านเกณฑ์ Green and Clean Hospital	ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน				ระดับดี

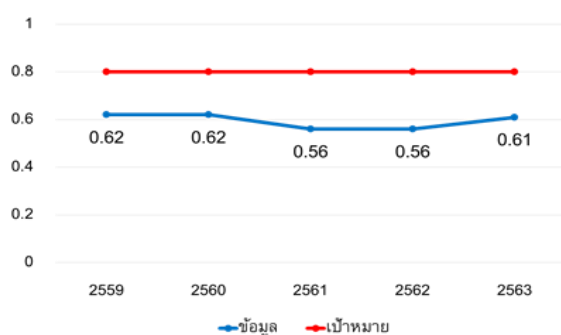


ร้อยละของตัวชี้วัดของโรงพยาบาลที่สำคัญผ่านเกณฑ์

ผู้นำระดับสูงมีการปรับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลเมื่อปี 2559 ให้มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากร มอบหมายให้ทีมนำระบบงานสำคัญรับผิดชอบและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อขับเคลื่อนประเด็นสำคัญตามนโยบาย วิสัยทัศน์ และแผนยุทธศาสตร์ เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน ทำให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและทีมนำทบทวนความท้าทาย จุดแข็ง จุดอ่อนสู่

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลและร่วมกันกำหนดเป็นจุดเน้น เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานให้กับคณะกรรมการต่าง ๆ ทีมคร่อมสายงาน กลุ่มงาน หน่วยงาน และบุคลากรทุกระดับ กำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ จัดลำดับการพัฒนาระบบบริการขององค์กรและอาศัยความร่วมมือของชุมชนผลักดันให้ KPI ตามแผนยุทธศาสตร์ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย และมีการวางแผนการจัดระบบติดตามตัวชี้วัด รายงานผลการติดตาม ทุก 3 เดือน

CMI (ค่าเฉลี่ยระดับประเทศ โรงพยาบาล M2=0.8)



จากการดำเนินงาน ค่า CMI อยู่ในเกณฑ์คงที่ จึงได้มีแผนปรับบริการ โดย การเพิ่มแพทย์เฉพาะทางให้ครบ 5 สาขาหลัก และกำหนดให้มีระบบ consult ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน ปรับปรุงโครงสร้างอาคาร OPD ให้แล้วเสร็จ เพื่อขยายบริการให้ครอบคลุมโรคที่มีความซับซ้อน, พัฒนาระบบ Audit เวชระเบียน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA	ผ่านเกณฑ์	NA	NA	7	100	100

โรงพยาบาลปากพนังได้วางระบบคุณภาพและความโปร่งใสการดำเนินงานของหน่วยงาน (ITA) เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์องค์กร โดยจัดประชุมชี้แจงที่มนำและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล กำหนดผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดที่ชัดเจน ศึกษาตัวชี้วัดและดำเนินงานตามข้อกำหนดกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และปรับปรุงระบบการรายงานให้ครอบคลุมและทันเวลา ทำให้ผลการดำเนินงานในปี 2563 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 100 % ในไตรมาสที่ 4

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
ผ่านเกณฑ์ Green and Clean Hospital	ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน				ระดับดี

โรงพยาบาลปากพนัง ได้ผ่านเกณฑ์การประเมินจากคณะกรรมการระดับจังหวัดในขั้นพื้นฐาน และที่มนำได้กำหนดแนวทางในการพัฒนาเพื่อให้บรรลุการประเมินระดับดีมาก โดยมีการพัฒนาระบบการจัดการขยะมูลฝอยให้ครอบคลุมทุกประเภทโดยเฉพาะขยะเปียกจากเศษอาหาร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เติบโต การส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN ในโรงพยาบาลและเครือข่ายชุมชน การพัฒนาชุมชนสู่ GREEN COMMUNITY

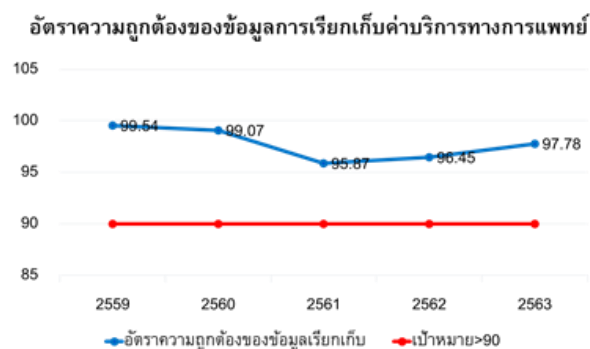
IV-6 ผลด้านการเงิน

96 ผลลัพธ์ด้านการเงิน (IV-6)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราการส่งข้อมูลและรายงานเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ทันเวลา	100	100	99.99	95.02	87.33	100
อัตราความถูกต้องของข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์	> 90	99.54	99.07	95.87	96.45	97.78
อัตราส่วนเงินสด/หนี้สินที่ต้องชำระ (Cash Ratio)	>0.8	0.45	0.35	0.48	0.77	1.52
อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว (Quick Ratio)	>1.00	0.72	0.55	0.77	1.03	1.41
อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio)	>1.5	0.96	0.68	0.86	1.14	1.03
ระยะเวลาการชำระหนี้	< 90 วัน	1,135.51	326.36	430.03	337.7	394.72
ระดับวิกฤตทางการเงินระดับ 7 (Risk Scoring)	< 4	4	6	6	2	0

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.

อัตราความถูกต้องของข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์

ในปี 2561 อัตราความถูกต้องของข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ลดลงเหลือ ร้อยละ 95.87 เกิดจากการปรับระบบการให้บริการสิทธิเบิกได้จ่ายตรงกรมบัญชีกลาง โดยใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ (KTB Corporate Online)

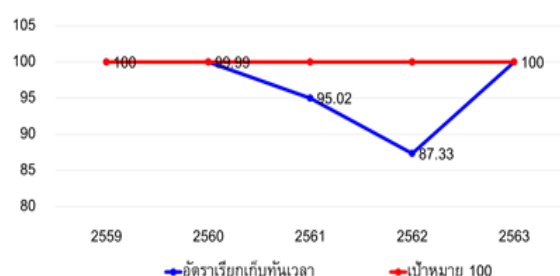


ผ่านเครื่อง EDC ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ เกิดจากไม่บันทึกเลข Approve Code หรือ เลข Approve Code ที่บันทึกในโปรแกรม e-Claim ไม่พบในฐานข้อมูล EDC ของหน่วยบริการ ร้อยละ 62.27 รองลงมา คือ ค่าใช้จ่ายที่บันทึกเบิกใน e-Claim ไม่ตรงกับ ค่าใช้จ่ายในฐานข้อมูล EDC ของหน่วยบริการ ร้อยละ 25.29 และเลือกเงื่อนไขสิทธิประโยชน์ ไม่ตรงตามสิทธิที่พึงเบิกได้ ร้อยละ 2.57

ยาที่บันทึกเบิกไม่พบใน Drug Catalog ของหน่วยบริการระบบการบันทึกการยา ประเภทยาในบัญชียาหลัก (ED) หรือยานอกบัญชียาหลัก (NED) ในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ไม่ระบุเหตุผลการใช้ยา EA-EF โดยเฉพาะสิทธิ OFC และ LGO โดยเฉพาะยาสมุนไพรที่นำเข้าใหม่ รวมถึงประเภทยาในบัญชียาหลัก (ED)/ยานอกบัญชียาหลัก (NED) ที่บันทึกการยา TMT ไม่ตรงกับ Drug Catalog ที่ สปสช.กำหนด ร้อยละ 2.48 จึงได้จัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ ในช่วงเดือน มีนาคม 2562 จัดทำแนวทางการเรียกเก็บที่ชัดเจน ประสานและกำกับติดตามการระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลัก (NED) ของแพทย์โดยเภสัชกร กรณีไม่มี Approve Code ประสานขอเลข Approve Code ภายใน 30 วัน หลังให้บริการ ตรวจสอบยาที่ไม่มีเลข 24 หลัก ให้จัดเลขรายการ แจ้งเภสัช เพื่อค้นหาเลข 24 หลักและบันทึก/แก้ไขในโปรแกรม Drug Catalog และรหัสยามาตรฐานไทย (TMT) หลังการดำเนินงาน พบว่า ปี 2563 อัตราความถูกต้องของข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 97.78

อัตราการส่งข้อมูลและรายงานเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ทันเวลา

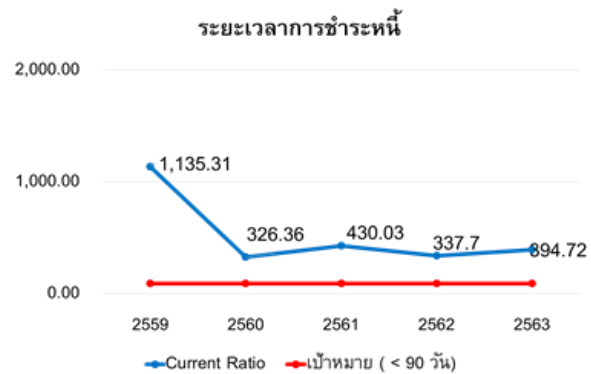
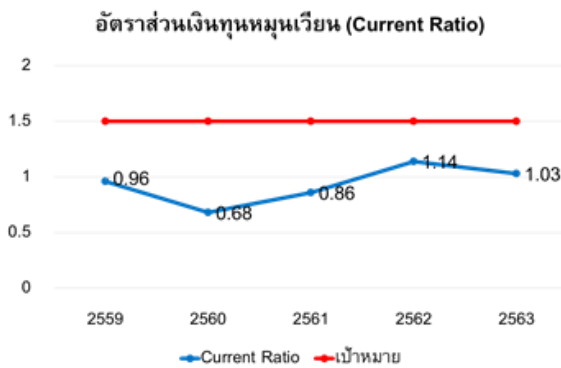
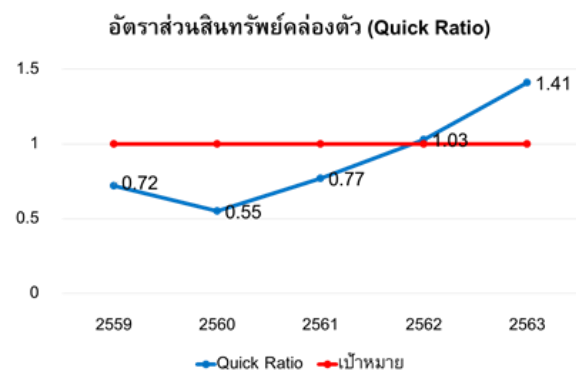
อัตราการส่งข้อมูลและรายงานเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ทันเวลา



ในปี 2561 – 2562 อัตราความทันเวลาในการเรียกเก็บลดลงอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากขาดอัตรากำลัง และขาดการกำกับติดตาม จึงได้กำหนดให้ส่งข้อมูลที่ค้าง ตั้งแต่ 2561 – 31 ม.ค. 62 ให้เสร็จสิ้นภายใน 28 ก.พ.62 ดำเนินการจัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ ในช่วงเดือน มีนาคม 2562 กำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน, รวมถึงจัดทำ Flow chat การเรียกเก็บ, กำหนดระยะเวลาการสรุปเวชระเบียนหลังจำหน่าย,

กระบวนการเร่งรัดติดตามการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล และกระบวนการเคลมแต่ละประเภท โดยศูนย์จัดเก็บรายได้เป็นผู้ส่งเคลมทั้งหมด มีผลให้อัตราการส่งข้อมูลและรายงานเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ทันเวลา ในปี 2563 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) รพ.



ในปี 2561 ได้มีการทำแผนเพื่อเพิ่มรายได้ โดยการออกตรวจสุขภาพเชิงรุก ตรวจสอบฐานข้อมูลประชากร รณรงค์การขึ้นทะเบียนสิทธิให้มีความครอบคลุม ถูกต้อง พัฒนาศักยภาพด้านการรักษา โดยมีแพทย์เฉพาะทางด้าน อายุรเวช สูตินรีเวช และกุมารเวช และเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียกเก็บรายได้ให้ครอบคลุมและทันเวลา มีนโยบาย การจัดซื้อพร้อมของคลังเวชภัณฑ์เพื่อลดต้นทุนการซื้อ และมีการแลกเปลี่ยนเวชภัณฑ์ใกล้เคียงกับโรงพยาบาล ใกล้เคียง และการเปลี่ยนคืนบริษัท รวมทั้งการลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น รณรงค์การใช้กระดาษอย่างคุ้มค่า รณรงค์การ แยกขยะให้ถูกประเภท ลดการจัดซื้อวัสดุที่ไม่จำเป็น เช่น กระดาษชำระ ลดการใช้เครื่องฟรอนเตอร์ชนิดหมึกสี เป็นต้น การประหยัดพลังงาน ส่งผลให้สภาพคล่องทางการเงินดีขึ้นสามารถชำระหนี้ได้เพิ่มขึ้น