

แบบฟอร์มการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ

โรงพยาบาลวาปีปทุม	จังหวัด มหาสารคาม	จำนวน 120 เตียง	ระดับขั้นการพัฒนา ขั้นมาตรฐาน
วันที่รับรอง 25 ก.ค.2566	วันหมดอายุการรับรอง 24 ก.ค.2569		

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร						
I-1 การนำ						
<u>มาตรฐาน</u> 1. การขึ้นองค์กรโดยผู้นำระดับสูง [I-1.1ก (1)(2)(3)] 2. การสื่อสารสร้างความผูกพันโดยผู้นำ [I-1.1ข]** 3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและความสำเร็จขององค์กร [I-1.1ค(1)(2)(3)]** 4. ระบบกำกับดูแลองค์กร การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ [I-1.2ก(1)(2)] 5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก [I-1.2ก(3)]** 6. การปฏิบัติตามกฎหมาย การทำประโยชน์ให้สังคมและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม [I-1.2ข (1)(2)(3),ค(1)(2)]						
คำแนะนำ (Suggestion) 1. ควรส่งเสริมให้ทีมนำกำหนดเป้าหมายของการบรรลุวิสัยทัศน์ในแต่ละประเด็นจากการกำหนดวิสัยทัศน์ใหม่ เพื่อใช้สื่อสาร เสริมพลังให้ทีมต่างๆที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจตรงกัน มุ่งสู่เป้าหมายตามที่กำหนดไว้ได้ตรงประเด็นเพิ่มมากขึ้น 2. ควรส่งเสริมให้เพิ่มความชัดเจนในการกำกับดูแลกิจการ โดยเฉพาะการกำกับดูแลทางคลินิก เพื่อให้การสนับสนุนเชิงนโยบาย ตลอดจนช่วยแก้ไขปัญหาด้วยการจัดสรรทรัพยากรต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากร อุปกรณ์ที่จำเป็น การ	เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล ผู้นำและทีมนำคุณภาพ มีแผนการดำเนินงานดังนี้ 1. ทบทวน กำหนดทิศทาง พันธกิจ ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการที่ชัดเจน และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย 2. สื่อสาร เชื่อมโยงระบบงานต่างๆ เกี่ยวกับเป้าหมายของการบรรลุตามวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลให้ทุกทีม นำได้เข้าใจตรงกัน 3. ทุกทีมนำกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินการติดตามตัวชี้วัด	ต.ค. 66 - ก.ย. 67	1. จำนวนครั้งของการส่งรายงานผลการดำเนินงานต่อทีมประสานงานคุณภาพ โรงพยาบาล 2. จำนวนครั้งของการนำเสนอผลการดำเนินการ	1 ครั้ง/ เดือน 1 ครั้ง/ เดือน	ทีมประสานงาน คุณภาพ (FA) ทีมประสานงาน คุณภาพ (FA)	ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้อย่าง เหมาะสม	ส่งรายงานผลการดำเนินงานต่อทีม ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล 4. ทีมประสานงานคุณภาพ โรงพยาบาล นำเสนอผลการ ดำเนินการติดตามตัวชี้วัดเสนอต่อ คณะกรรมการบริหาร 5. ทีมนำพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จัดกิจกรรมเสริมพลัง โดยการ Internal survey ทุกหน่วยงาน		ติดตามตัวชี้วัด เสนอต่อ คณะกรรมการ บริหาร 3. จำนวนครั้งของ การประชุมทีม ประสานงาน คุณภาพ โรงพยาบาล (3 เดือน/ครั้ง) 4. จำนวนครั้งที่ หน่วยงานได้รับ การ Internal survey (3 เดือน/ครั้ง/ หน่วยงาน) 5. ร้อยละตัวชี้วัดใน ผลการดำเนินการ ตอนที่ 4 ที่บรรลุ เป้าหมาย	4 ครั้ง/ ปี 4 ครั้ง/ ปี > ร้อยละ 80	ทีมประสานงาน คุณภาพ (FA) ทีมประสานงาน คุณภาพ (FA) ทีมประสานงาน คุณภาพ (FA)	ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 6 เดือน

[illegible]

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
			4. อัตรา refer out 5 สาขาหลัก	ลดลง 10 %	PCT ทุกสาขา	ทุก 3 เดือน

I-3 ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

มาตรฐาน 11. การรับฟัง/ เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม **[I-3.1ก(1)]**** 12. การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยและบริการสุขภาพ **[I-3.1ข(1)(2)]**

13. การสร้างความสัมพันธ์และจัดการข้อร้องเรียน **[I-3.2ก(1)(2)(3)]** 14. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน **[I-3.2ข(1)(2)]** 15. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย **[I-3.3]**

คำแนะนำ (Suggestion) เพื่อให้ได้ความต้องการของกลุ่มมุ่งเน้น เพื่อการตอบสนองที่จำเพาะควรส่งเสริม การหาความต้องการและความคาดหวัง เฉพาะ เช่น กลุ่มผู้รับบริการตามจุดเน้น ของโรงพยาบาลกลุ่มที่เป็นปัญหาสำคัญ ในพื้นที่บริการ เป็นต้น เพื่อออกแบบ บริการให้จำเพาะและเหมาะสมกับกลุ่ม ดังกล่าวให้เพิ่มมากขึ้น	เพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่ม ผู้รับบริการได้ครอบคลุมทุกกลุ่ม มีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. ทบทวนกลุ่มผู้ป่วย/ ผู้รับผลงานให้ ครอบคลุมและกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ สำคัญเพื่อให้ได้ข้อมูลการสะท้อน การให้บริการที่สำคัญต่อการวางแผนการตอบสนองความต้องการ 2. รับฟังเสียงสะท้อน/ ข้อเสนอของ ผู้รับบริการโดยสำรวจความพึง พอใจของผู้รับบริการทั่วไปทั้ง OPD และ IPD โดยใช้โปรแกรม PEP เพิ่ม การสำรวจในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ Stroke, STEMI, Sepsis, กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, ผู้ป่วยที่มารับ บริการ ODS, ผู้ป่วยต่างด้าว, ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยทุกสิทธิบัตรและกลุ่มผู้มี ส่วนได้เสีย 3. เพิ่มช่องทางการรับฟังข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็น	ต.ค. 66 - ก.ย. 67	1. อัตราความ พึงพอใจผู้ป่วย นอก (OPD) 2. อัตราความ พึงพอใจผู้ป่วยใน (IPD) 3. อัตราความ พึงพอใจผู้ป่วย กลุ่มโรคสำคัญ 4. อัตราความ พึงพอใจของ ชุมชน	≥ 95 % ≥ 95 % ≥ 95 % > 95 %	ทีมประสานงาน คุณภาพ (FA) ทีมประสานงาน คุณภาพ (FA) ทีมประสานงาน คุณภาพ (FA) ทีมนำชุมชน เชิงรุก	ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน
---	--	------------------------------	--	--	---	---

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	4. วิเคราะห์ ประเมินผลและจัดทำ แผนปฏิบัติการเพื่อวางแผนแก้ไข ติดตามสรุปผลการสำรวจความ พึงพอใจ 5. นำผลสำรวจความพึงพอใจเสนอต่อ คณะกรรมการบริหาร เพื่อดำเนิน การปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ 6. คืบข้อมูลผลการดำเนินงานแก่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้มารับ บริการ		5. อัตราความพึง พอใจผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	> 95 %	ทีมประสานงาน คุณภาพ (FA)	ทุก 3 เดือน

I-4 การวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้

มาตรฐาน 16. การวัดผลการดำเนินการ [I-4.1ก] ** 17. การวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินผลการดำเนินการและนำไปใช้ปรับปรุง [I-4.1ข, ค] 18. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ [I-4.2ก] 19. ความรู้ขององค์กร [I-4.2ข] **

ข้อเสนอแนะ (Recommendation) 1. ควรทบทวนตัวชี้วัดทางคลินิกให้ครอบคลุมทั้งด้านการดูแลรักษา สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ปั่นฟู รวมถึงเครือข่ายของโรงพยาบาล และสามารถเทียบเคียง (benchmark) กับกลุ่มโรงพยาบาลระดับ M2 รวมถึงการเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามแต่ละระดับ (ระดับที่มนำ ทีมคร่อมสายงาน และทีมปฏิบัติการ) 2. ควรส่งเสริมให้ทีมพัฒนาคุณภาพและหน่วยงานต่างๆ ได้ติดตามวิเคราะห์	เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม 4 มิติ ทั้งด้านการดูแลรักษา สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ปั่นฟูตามสมรรถนะโรงพยาบาล M2 มีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. PCT ทุกสาขาและทีมนำพัฒนาคุณภาพร่วมกันทบทวนและกำหนดตัวชี้วัดทางคลินิกให้ครอบคลุมการดูแล 4 มิติ ทุกหน่วยงาน/ ทุกทีมนำทบทวน และวิเคราะห์ตัวชี้วัดไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงการติดตาม	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. อัตราความสำเร็จ ตัวชี้วัดที่เป็นไป ตามเป้าหมาย	≥ 80 %	ทีมประสานงาน คุณภาพ (FA)	ทุก 3 เดือน
---	--	----------------------	---	--------	-----------------------------	-------------

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
ข้อมูลสถิติและตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการเรียนรู้และหาโอกาสพัฒนาซึ่งเป็น พื้นฐานสำคัญของการพัฒนา คุณภาพให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ในทุกระดับ	วิเคราะห์ผลการดำเนินงานให้ ครอบคลุมทุกระดับ 2. ทิมนำประสานงานคุณภาพนำ ข้อมูลผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่มี แนวโน้มไม่บรรลุเป้าหมาย นำเสนอ ผลการดำเนินงานต่อคณะ กรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อหา แนวทางแก้ไข 3. กำหนดตัวชี้วัดและผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัดที่เทียบเคียง (benchmark) กับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ ใกล้เคียงกันภายในจังหวัด มหาสารคาม พร้อมทั้งนำตัวชี้วัดไป เทียบเคียง วิเคราะห์ สรุปผลการ ดำเนินงาน และนำเสนอผลการ ดำเนินงานต่อคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลเพื่อหาแนวทาง ปรับปรุงแก้ไขแนวทางการ ดำเนินงาน					
คำแนะนำ (Suggestion) 1. ควรส่งเสริมการจัดทำศูนย์รวบรวม ข้อมูลหรือผู้รับผิดชอบในการเก็บ รวบรวมข้อมูลในส่วนกลางให้ชัดเจน เพื่อให้เกิดความสะดวกในการค้นหา การวิเคราะห์หรือการใช้งานด้านอื่นๆ ได้อย่างรวดเร็วเมื่อต้องการ	เพื่อให้สามารถจัดการความรู้ที่มี ประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. จัดตั้งศูนย์รวบรวมข้อมูลและ กำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อรวบรวม ข้อมูลในรูปแบบ dashboard นำสู่	ต.ค. 66 – ก.ย.67	1. มีศูนย์รวบรวม ข้อมูล	ภายในเดือน เมษายน 2567	ทีมสารสนเทศ (IM)	ทุก 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
2. ควรกำหนดความรู้ที่จำเป็นขององค์กร ที่ตอบโจทย์ตามบริบท เช่น การเป็น โรงพยาบาลแม่ข่ายขนาด M2 การดูแล ผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรคที่สำคัญ อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย นำความรู้ที่จำเป็นดังกล่าว (explicit knowledge) มาร่วมกับความรู้ที่มีอยู่ ในบุคลากร (tacit knowledge) เพื่อให้ เกิดความรู้ใหม่ๆ นำไปถ่ายทอดให้ บุคลากรใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้เพิ่มมาก ขึ้น จากการจัดการความรู้ที่มี ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล	การเผยแพร่ข้อมูลใน website ของ โรงพยาบาล เช่น - จัดทำ dashboard 10 อันดับโรค แยก OPD/ IPD - จัดทำข้อมูลระบบจากทีม SRRT - Refer in/ Refer out - Organization Knowledge ได้แก่ Critical Knowledge, explicit knowledge, tacit knowledge 2. กำหนดให้ทีมนำด้านคลินิก (PCT) ทุกทีมทบทวนเคส นำข้อมูลที่ได้ จากการทบทวนมาปรับปรุงแนว ปฏิบัติ แล้วนำเสนอผลการปรับปรุงต่อ ทีมสารสนเทศ (IM) เพื่อเผยแพร่คืน ข้อมูลสู่การปฏิบัติ 3. ติดตามผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 4. ทีมนำสร้างและจัดการองค์ความรู้ ของโรงพยาบาล (Organization Knowledge) โดย - ร่วมกันกำหนดความรู้ที่ สำคัญอย่างยิ่งต่อการ ปฏิบัติงาน (Critical Knowledge)		2. ร้อยละของข้อมูล Dashboard มีการ update ทุก 1 เดือน 3. จำนวนครั้งของการ จัดประชุมวิชาการ 4. ร้อยละของการคืน ข้อมูลสู่การปฏิบัติ	≥ ร้อยละ 80 2 ครั้ง/ ปี ร้อยละ 100	ทีมสารสนเทศ (IM) ทีมวิจัยและ พัฒนา ทีมสารสนเทศ (IM)	ทุก 3 เดือน ทุก 6 เดือน ทุก 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	- ร่วมกันวิเคราะห์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับบุคลากร แหล่งที่มาของความรู้ให้ครอบคลุมทั้ง explicit knowledge and tacit knowledge - หาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ใหม่ นำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการดูแลรักษามาประยุกต์ใช้ โดยใช้ GAP Analysis วิเคราะห์โอกาสพัฒนา, จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ, การตามรอยการปฏิบัติในสถานการณ์จริง เน้นครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยโรคสำคัญ - ประเมินประสิทธิภาพของการจัดการความรู้ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบการจัดการความรู้อย่างต่อเนื่อง					

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
I-5 บุคลากร						
มาตรฐาน 20. ชีตความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร [I-5.1ก] ** 21. การสนับสนุนการทำงานและสวัสดิภาพของบุคลากร [I-5.1ข] 22. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร [I-5.1 ค] ** 23. ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร [I-5.1ง] 24. ความผูกพันและวัฒนธรรมองค์กร [I-5.2ก, ข] 25. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร [I-5.2ค] **						
ข้อเสนอแนะ (Recommendation) 1. โรงพยาบาลควรมีการจัดทำแผนบุคลากร ทั้งระยะสั้นและระยะยาวที่ตอบสนองต่อแผนกลยุทธ์และความต้องการบุคลากรที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบท โดยพิจารณาให้เป็นไปตามข้อเสนอแนะขององค์กรวิชาชีพ ครอบคลุมทั้งในด้านความเพียงพอและขีดความสามารถของบุคลากรในแต่ละวิชาชีพ แต่ละระดับ	1. พัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนให้เพียงพอทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยมีกิจกรรมที่ดำเนินการต่อเนื่อง ปี 2567- 2569 ดังนี้ 1.1 แผนฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ - สาขากุมารเวชศาสตร์ - สาขาอายุรศาสตร์ - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว - สาขาศัลยกรรมกระดูกและข้อ - สาขาวิสัญญีวิทยา - สาขาศัลยศาสตร์ 1.2 แผนสรรหาดำเนินการพยาบาลวิชาชีพ โดยให้ทุนสนับสนุนและกำหนดโควตาไว้เรียบร้อยแล้ว ระยะเวลาการศึกษา 4 ปี	จบปี 2567 - สาขากุมารเวชศาสตร์ - สาขาอายุรศาสตร์ จบปี 2568 - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จบปี 2569 - สาขาศัลยกรรมกระดูกและข้อ - สาขาวิสัญญีวิทยา - สาขาศัลยศาสตร์ จบปี 2567 2 อัตรา จบปี 2569 4 อัตรา	1. อัตราความคงอยู่ของบุคลากร (Retention rate)	> 95%	HRD	ทุก 1 ปี

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	1.3 แผนสรรหาคำแหน่งนักรังสีการแพทย์ โดยให้ทุนสนับสนุนและกำหนดโควตาไว้เรียบร้อยแล้ว ระยะเวลาการศึกษา 4 ปี 1.4 แผนสำรวจความต้องการแต่ละหน่วยงานทุกปี และนำเข้าคณะกรรมการบริหาร เพื่อพิจารณาถ่วงดุลการจ้างต่อไป 2. พัฒนาศักยภาพให้มีสมรรถนะขีดความสามารถตามสายงานวิชาชีพ โดยมีกิจกรรมที่ดำเนินการต่อเนื่องปี 2567- 2569 ดังนี้ 2.1 อบรมหลักสูตรระยะสั้น - อบรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิด 2 คน (1 เดือน) - อบรมการพยาบาลเฉพาะทางทารกวิกฤต 1 คน (4 เดือน) - อบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาล (1 ปี) - อบรมการพยาบาลผดุงครรภ์เสี่ยงสูงและวิกฤติ (4 เดือน) - อบรมพยาบาลเฉพาะทางสาขาปริศลยกรรม (4 เดือน)	ปี 2570 ขอสนับสนุน ทุนจำนวน 4 อัตรา ต.ค. 66 – ก.ย. 67 ต.ค. 66 – ก.ย. 67	2. อัตราบุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพเพิ่มขีดความสามารถตามแผน	> 80 %	HRD	ทุก 1 ปี

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	- อบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน (4 เดือน) - อบรม palliative care 1 คน (1 เดือน) - อบรมพยาบาลเฉพาะทางด้านอายุรกรรม - อบรมหลักสูตรการจัดการดูแลผู้สูงอายุ - อบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับต้น (ผบต.) - อบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับกลาง (ผบก.) 2.2 สนับสนุนบุคลากรเข้าร่วมประชุมวิชาการภายนอก/ภายใน ตามความต้องการ และตามนโยบาย 2.3 พัฒนาความรู้ ทักษะสมรรถนะหลักและสมรรถ ประจำหน้าที่ - ศึกษาดูงาน ICU ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 6 คน - ศึกษาดูงาน NICU ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 4 คน - จัดให้มีการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกระดับ					

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
2. โรงพยาบาลควรมีการกำหนดระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน Performance Management System: PMS) รวมถึงส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานนำผลการประเมิน PMS ลงสู่การปฏิบัติ และใช้ประโยชน์จากผลการประเมิน ไปพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรแต่ละคนในหน่วยงาน	2.4 พัฒนาความรู้งานด้านการพัฒนาคุณภาพ (งานวิจัย/CQI/นวัตกรรม) 2.5 พัฒนาความรู้ด้านกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน พัฒนาระบบการจัดการประเมินผลการปฏิบัติงาน (PMS) โดยมีกิจกรรมที่ดำเนินการ ดังนี้ 1. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งผู้ประเมินผลการปฏิบัติงานตามสายงานทุกระดับ 2. ทบทวน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เข้มมุ่งของโรงพยาบาล และการวิเคราะห์ส่วนขาดของระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน รวมทั้งการให้รางวัลและผลตอบแทนแก่บุคลากร 3. ประชุมบุคลากรเพื่อทบทวนและจัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจและเข้มมุ่งของโรงพยาบาล 4. หัวหน้าฝ่าย/ หัวหน้างานและบุคลากรร่วมกันกำหนด KPI รายบุคคลของบุคลากรทุกคน 5. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร 6. ประเมินผลการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ และตาม KPI ทุก 6 เดือน	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. จำนวนครั้งของการประเมินผลการปฏิบัติงานตามระบบ 2. อัตราบุคลากรที่มีผลการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ได้รับการพัฒนาสมรรถนะ ตามแผนพัฒนาบุคลากร	2 ครั้ง/ ปี 100 %	HRD HRD	ทุก 6 เดือน - ประเมินครั้งที่ 1 (มี.ค. 67) - ประเมินครั้งที่ 2 (ก.ย. 67) ทุก 1 ปี

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นและทำให้องค์กร ประสบความสำเร็จ	3. ติดตามผลการดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง		3. จำนวนผลงาน CQI (เจ้าหน้าที่ 5 คน/ 1 เรื่อง/หน่วยงาน)	≥ 80 %	งานวิจัยและ พัฒนา	ทุก 1 ปี
คำแนะนำ (Suggestion) 1. ควรทำการประเมินผู้ส่งมอบผลิตภัณฑ์ ต่างๆที่นำมาใช้ในองค์กรเช่น ยา วัสดุ การแพทย์ น้ำยาตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ เป็นต้น รวมถึงการควบคุม กำกับกับการดำเนินงานของหน่วย outsource ต่างๆ ที่ให้บริการใน โรงพยาบาล นำข้อมูลที่ได้มาใช้ ในการประกอบการคัดเลือก ปรับปรุง กระบวนการต่างๆที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ องค์กรมีความมั่นใจในการส่งมอบ คุณภาพบริการ/ ผลิตภัณฑ์ที่จะนำไป ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น	เพื่อให้องค์กรมีความมั่นใจในการส่งมอบ คุณภาพบริการ/ ผลิตภัณฑ์ที่จะนำไปใช้ ในการดูแลผู้ป่วย มีแผนการดำเนินงาน ประเมินผู้ส่งมอบผลิตภัณฑ์ต่างๆ ดังนี้ 1. กำหนดหลักเกณฑ์ แนวทางปฏิบัติ ความถี่ในการประเมินผู้ส่งมอบ ผลิตภัณฑ์ต่างๆ 2. กำหนดผู้รับผิดชอบในการประเมินผู้ ส่งมอบผลิตภัณฑ์ ได้แก่ - โรงครัว - ไตเทียม - ชักฟอก - ENV (การดูแลและการกำจัด ขยะติดเชื้อ, O2) - Lab - X-ray 3. ดำเนินการประเมินและติดตามผล การดำเนินงานของผู้ส่งมอบ 4. สรุปผล วิเคราะห์ผลการประเมิน และรายงานผลการประเมินให้ทีม ประสานงานคุณภาพ ทุก 3 เดือน	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. ร้อยละผู้ส่งมอบ ผลิตภัณฑ์ที่ผ่าน การประเมิน	100 %	คณะกรรมการ กำหนดSpec คณะกรรมการ ตรวจรับ	ทุก 6 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
2. ควรส่งเสริมให้มีการนำมาตรฐาน HAIT มาเป็นแนวทางในการพัฒนาให้ระบบสารสนเทศมีความมั่นคงปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนสามารถตอบสนองแผนกลยุทธ์ขององค์กรได้อย่างครอบคลุม ด้วยการกำหนดแผนแม่บทด้าน IT (IT master plan) เพื่อให้มีระบบสารสนเทศที่ตอบสนององค์กรในแต่ละระดับทั้งในระดับทีมงาน ทีมระบบงานสำคัญและระดับหน่วยงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมี smart outcome จากองค์กรที่มุ่งสู่ digital transformation ตามเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น	เพื่อให้ระบบสารสนเทศมีความมั่นคงปลอดภัยและตอบสนองต่อการพัฒนาองค์กร มีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. กำหนดนโยบายด้านความมั่นคงปลอดภัยของสารสนเทศ เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน 2. ทุกหน่วยงานนำนโยบายความมั่นคงปลอดภัยไปปฏิบัติและเฝ้าติดตามการปฏิบัติตามนโยบาย 3. เพิ่มระบบเฝ้าระวัง รักษาความปลอดภัยบนไซเบอร์ ป้องกันการสูญหายของข้อมูล 4. ระบุและจัดลำดับความสำคัญของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและประเภทของข้อมูลสารสนเทศเพื่อรักษาความมั่นคงปลอดภัย/ป้องกันภัยจากการโจมตีบนไซเบอร์	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. อัตราการแก้ไข HosXP.ล่ม ให้แล้วเสร็จภายใน 10 นาที 2. ผลการประเมิน HAIT 3. จำนวนครั้งการซ้อมแผนอัคคีภัยร่วมกับองค์กรภายนอก 4. จำนวนครั้งการซ้อมแผนอุบัติเหตุน้ำท่วมร่วมกับองค์กรภายนอก	≥ 80 % ผ่านระดับ 1 1 ครั้ง/ปี 1ครั้ง/ปี	ทีม IM ทีม IM ทีม FA ทีม ENV ทีม HRD ทีม ENV ทีม HRD	ทุก 3 เดือน ทุก 1 ปี ทุก 1 ปี ทุก 1 ปี
3. ควรส่งเสริมการทำแผนและซ้อมแผนอัคคีภัย แผนอุบัติเหตุน้ำท่วมร่วมกับองค์กรภายนอก มีการวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อนำมาปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง	5. กำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยด้านภัยพิบัติฉุกเฉิน โดยการซ้อมแผนอุบัติเหตุน้ำท่วมแผนอัคคีภัยโรคระบาดร่วมกับองค์กรภายนอก					

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล						
II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยงและความปลอดภัย						
<u>มาตรฐาน 32.</u> ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการการทำงานเป็นทีม [II-1.1ก (1)(2)(3)(9)]** 33. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ [II-1.1ก(4)(5)(6)(7)(8)] 34. การทบทวนและพัฒนาคุณภาพการให้บริการ และการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข(1) (2)(3)(4)]** 35. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย [II-1.2ก(1) (3) (5)]*,** 36. กระบวนการบริหารความเสี่ยง [II-1.2ก(2)] 37. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ [II-1.2ก(4)]*						
ข้อเสนอแนะ (Recommendation) 1. ทีมคุณภาพควรเพิ่มเติมบทบาทด้านการมองภาพรวมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินตนเอง การติดตามวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดต่างๆ แล้วนำมาจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายของโรงพยาบาล 2. ควรส่งเสริมความเข้าใจเครื่องมือพัฒนาคุณภาพสำคัญ เช่น 3P เพื่อสามารถให้คำแนะนำและกระตุ้นการพัฒนางานคุณภาพให้แก่หน่วยงานต่างๆต่อไป	เพื่อให้แผนพัฒนาคุณภาพมีความสอดคล้องกับเป้าหมายของโรงพยาบาล ทีมคุณภาพมีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. ทีมนำพัฒนาคุณภาพจัดเวทีแลกเปลี่ยนในระดับทีมนำระบบงานสำคัญ ทีมนำทางคลินิก และหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อทบทวนตัวชี้วัด การติดตามวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัด แล้วนำข้อมูลมาจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพร่วมกันให้สอดคล้องกับเป้าหมายของโรงพยาบาล 2. นำเสนอแผนพัฒนาคุณภาพสู่การปฏิบัติ 3. ส่งเสริมและติดตามหน่วยงานต่างๆ ในการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน โดยใช้รูปแบบ 3P 4. กำกับติดตามโดยให้มีการนำเสนอในที่ประชุม/ การตามรอยหน้างานผ่านกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน (Internal Survey)	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. อัตราความสำเร็จ ตัวชี้วัดที่เป็นไปตามเป้าหมาย	> 80 %	ทีมประสานงาน คุณภาพ (FA)	ทุก 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
คำแนะนำ (Suggestion) <u>ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย:</u> 1. ควรทบทวนความหมายของระดับความรุนแรง (Effect) ของความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น สื่อสารให้แต่ละหน่วยงานรับทราบรวมทั้งติดตามตรวจสอบ เพื่อให้มั่นใจว่าความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ที่รายงานเข้ามานั้นมีความถูกต้อง	เพื่อให้มั่นใจว่าการรายงานความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์มีความถูกต้องที่มำ RM มีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับความหมายของแต่ละระดับความรุนแรง โดยแบ่งเป็นหน่วยงานด้านคลินิกและหน่วยงานทั่วไป 2. กำหนดผู้รับผิดชอบตรวจสอบการให้ระดับความรุนแรงใน HRMS โดยมีหน้าที่แก้ไขและส่งกลับข้อมูลไปยังผู้ที่รายงานระดับรุนแรงผิด	ก.พ.- มี.ค. 67	1. ร้อยละการเข้าร่วมอบรมของหน่วยงาน 2. อัตราการให้ระดับความรุนแรงถูกต้อง (อุบัติการณ์ที่ให้ระดับถูกต้อง/อุบัติการณ์ที่รายงานทั้งหมด)	ร้อยละ 100 > 90 %	RM RM - หัวหน้าหน่วยงาน - คณะกรรมการ RM ของหน่วยงาน	ทุก 1 ปี - รายงานทุก 1 เดือน - ติดตามทุก 3 เดือน
2. ควรมีการกำหนดความเสี่ยงที่สำคัญในภาพรวมของโรงพยาบาล เพื่อออกแบบการเฝ้าระวังติดตามเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในโรงพยาบาล รวมทั้งทบทวนอุบัติการณ์ที่รุนแรงสูง ให้ได้สาเหตุปัญหาที่แท้จริง เพื่อนำมาสู่การปรับปรุงปัจจัยของโรงพยาบาล และทบทวนมาตรการป้องกัน ออกแบบระบบความปลอดภัย เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของอุบัติการณ์ที่รุนแรงสูง	เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของอุบัติการณ์ที่รุนแรงสูง ที่มำ RM ได้พัฒนาออกแบบระบบความปลอดภัย โดยมีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. ประชุมทบทวนหาความเสี่ยงที่สำคัญของโรงพยาบาล 2. จัดทำ risk matrix เพื่อนำมาประกอบการกำหนดความเสี่ยงที่สำคัญของโรงพยาบาล นอกเหนือจากมาตรฐานสำคัญ จำเป็น 9 ข้อ และนำความเสี่ยงนั้นมาจัดทำ risk register	เม.ย.- ก.ย. 67	1. จัดทำ risk register ระดับโรงพยาบาลให้แล้วเสร็จ 2. อัตราอุบัติการณ์ระดับ E-I ได้รับการจัดการ/ ทบทวน	ภายในเดือน เม.ย. 67 100 %	RM RM	ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองรับ	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน
	3. กำหนด risk owner จาก risk register ระดับโรงพยาบาล ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานโดยตรง กำหนดเป้าหมายลดการเกิดซ้ำเพื่อสร้างระบบการจัดการ ปัญหา ติดตาม ประเมินผลการแก้ไข และการป้องกันในแต่ละความเสี่ยงให้ชัดเจน		3. อัตราการเกิดอุบัติเหตุระดับ E-I ซ้ำ	ลดลง 10 %	RM	ทุก 3 เดือน

II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ

มาตรฐาน 38. ระบบบริหารการพยาบาล [II-2.1ก] 39. ปฏิบัติการทางการพยาบาล [II-2.1ข] 40. องค์การแพทย์ [II-2.2]

ข้อเสนอแนะ (Recommendation) <u>ระบบบริหารการพยาบาล</u>	เพื่อให้มีอัตราการกำลังพยาบาลเพียงพอทั้งด้านปริมาณและขีดความสามารถ ทีมบริหารการพยาบาล มีแผนการดำเนินงาน ดังนี้					
1. ควรมีการวิเคราะห์ความเพียงพอและส่วนขาดของอัตราากำลังพยาบาล โดยพิจารณาข้อมูลให้รอบด้านที่นอกเหนือจากข้อมูล Productivity เช่น ข้อมูลความเสี่ยงทางการพยาบาล, การขยายบริการ และเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาล เพื่อนำมาวางแผนบริหารอัตราากำลังพยาบาล ให้เพียงพอทั้งด้านปริมาณและขีดความสามารถ	1. จัดทำแนวทางบริหารจัดการอัตรากำลังในภาวะฉุกเฉิน จัดสรรและกระจายอัตรากำลังคนให้เหมาะสมกับงาน 2. จัดทำแผนส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมเฉพาะทาง/ อบรมภายนอก และภายในหน่วยงาน ได้แก่ - การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลปริศัลยกรรม 1 คน - สาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน	ต.ค 66 – ก.ย. 67	1. ร้อยละการจัดการอัตรากำลังในภาวะฉุกเฉิน	ร้อยละ 100	ทีมบริหารการพยาบาล	ทุก 1 เดือน
	2. จัดทำแผนส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมเฉพาะทาง/ อบรมภายนอก และภายในหน่วยงาน ได้แก่ - การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลปริศัลยกรรม 1 คน - สาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน	ต.ค 66 – ก.ย. 67	2. ร้อยละของบุคลากรได้รับการอบรมเฉพาะด้าน	≥ ร้อยละ 80	ทีมบริหารการพยาบาล	ทุก 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
2. ควรมีการกำหนดแผนการนิเทศทางคลินิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มโรคที่โรงพยาบาลให้ความสำคัญและเป็นจุดเน้นขององค์กร เพื่อนำโอกาสพัฒนาที่พบมากำหนดเป็น training need และแผนการพัฒนา competency ของพยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถและทักษะการ	- วิสัญญีพยาบาล 1 คน - ศึกษาดูงาน ICU ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 6 คน - ศึกษาดูงาน NICU โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 4 คน - การพยาบาลเฉพาะทางทารกวิกฤต 1 คน (4 เดือน) - อบรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิด 2 คน (1เดือน) - อบรม palliative care 1 คน (1เดือน) - อบรมการพยาบาลผดุงครรภ์เสี่ยงสูงและวิกฤติ 3. ทบทวนเวชระเบียนที่มีความเสี่ยงทางการพยาบาลร่วมกับทีม PCT เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถและทักษะการปฏิบัติในเชิงวิชาชีพที่สำคัญ ทีมบริหารการพยาบาลมีการพัฒนา competency โดยมีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. ทบทวนแผนนิเทศทางการพยาบาลในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง/ กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปัญหาของพื้นที่ (7โรค)					

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
ปฏิบัติในเชิงวิชาชีพที่สำคัญ เช่น การประเมิน การประเมินซ้ำ การแก้ไข ปัญหาและภาวะฉุกเฉินได้อย่างทัน การณ์ คำแนะนำ (Suggestion) การปฏิบัติการทางการแพทย์ ควร ส่งเสริมการบันทึกทางการแพทย์ ให้สอดคล้องกับประเด็นความเสี่ยง ทางทางการแพทย์ ความเสี่ยงตามกลุ่ม โรคของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตาม แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่กำหนด เพื่อ นำไปวางแผนพัฒนาและปรับปรุง แผนการพยาบาลได้อย่างทันทั่วทั้งที่ เกิดความครอบคลุมและต่อเนื่อง	- Stroke - STEMI - Sepsis - Pneumonia ในเด็ก - Traumatic brain injury - Birth asphyxia - PPH 2. สอนและฝึกทักษะการเขียนบันทึก ทางทางการแพทย์/ การวางแผนการ จำหน่ายให้เชื่อมโยงกับการรักษา ของแพทย์และทีมสหวิชาชีพ โดย นิเทศติดตามการบันทึกทางการแพทย์ พยาบาล (One chart one Audit) รายโรคกลุ่มโรคเสี่ยงสูง/ กลุ่มผู้ป่วย ที่เป็นปัญหาของพื้นที่ 3. จัดประกวดผลงานคุณภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	ต.ค 66 – ก.ย. 67 ต.ค 66 – ก.ย. 67	3. ร้อยละการเกิด ความเสี่ยงทางการแพทย์ พยาบาลระดับ E up 4. ร้อยละบุคลากรที่ ผ่านเกณฑ์การ ประเมินการใช้ กระบวนการ พยาบาล 5. ร้อยละของหน่วย งานมีผลงาน นวัตกรรม CQI หรือผลงานเด่น	≤ ร้อยละ 10 ≥ ร้อยละ 80 ร้อยละ 100	ทีมบริหารการ พยาบาล ทีมบริหารการ พยาบาล/ PCT - ทีมบริหารการ พยาบาล - งานวิจัยและ พัฒนา	ทุก 1 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 1 ปี

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

มาตรฐาน 41. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย **[II-3.1ก, ข] ** 42.** ความปลอดภัยจาก ทัศนียภาพ **[II-3.1ค] ** 43.** เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค **[II-3.2ก, ข]** **44.** สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ **[II-3.3ก]** **45.** การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม **[II-3.3ข]**

ข้อเสนอแนะ (Recommendation) ควรส่งเสริมให้มีการบริหารความเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุกเพิ่มมากขึ้น วางแผนการบริหารด้านสิ่งแวดล้อมใน	เพื่อรองรับการเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ระดับ M2 และการดูแลผู้ป่วยที่มีความ ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทิมนำ					
--	--	--	--	--	--	--

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
เชิงกลยุทธ์ร่วมกับทีมนำ ทีม IC เพื่อให้ เกิดการวางแผนด้านอาคารตาม master plan ที่ดี มีเครื่องมือตลอดจน สิ่งแวดล้อมต่างๆที่เกี่ยวข้อง สามารถ รองรับการเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ระดับ M2 และการดูแลผู้ป่วยที่มีความ ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ	มีการแผนการดำเนินการด้าน สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับ ผลงาน ดังนี้ 1. จัดทำแผนตรวจสอบ ประเมิน อาคารและสภาพแวดล้อม ตรวจสอบจากหน่วยงานภายในและ ภายนอก 2. ENV round ค้นหาความเสี่ยงด้าน สิ่งแวดล้อมเชิงรุกอาคารและสิ่ง ก่อสร้างเป็นไปตามแบบแผนตาม มาตรฐาน IC 3. นิเทศติดตามการดำเนินงานควบคุม คุณภาพระบบการกำจัดมูลฝอยให้ เป็นไปตามแนวทางการจัดการมูล ฝอย และของเสียอันตราย	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. ผ่านการประเมิน อาคารและ สภาพแวดล้อม จากหน่วยงาน ภายใน (4 ครั้ง/ ปี)	100 %	ทีม ENV	ทุก 3 เดือน
			2. ผ่านการประเมิน อาคารและ สภาพแวดล้อม จากหน่วยงาน ภายนอก (1 ครั้ง/ ปี)	100 %	ทีม ENV	ทุก 3 เดือน
			3. อัตราการเกิดเหตุ จากโครงสร้าง อาคารและ สิ่งแวดล้อมระดับ E-up ได้รับการ ทบทวน	100 %	ทีม ENV	ทุก 1 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
<u>ความปลอดภัยจากอัคคีภัย</u> 1. ควรทบทวนการติดตั้งอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบอัคคีภัย ให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น เช่น smoke/ heat detector, emergency light วางระบบกำกับติดตามในการตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำการซ้อมแผนอัคคีภัยกับหน่วยงานภายนอกเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เพื่อหาโอกาสพัฒนาให้องค์กรมีความมั่นใจในการรับมือกับอัคคีภัยที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา	เพื่อให้องค์กรสามารถรับมือกับอัคคีภัยที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ทีมนำมีการดำเนินงาน ดังนี้ 1. จัดทำแผนรองรับอัคคีภัยพร้อมอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็น 2. ซ้อมแผนรองรับภาวะฉุกเฉินและอัคคีภัยครอบคลุมทุกสถานการณ์และผู้เกี่ยวข้องทั้งในและนอกพร. และทั้งในและนอกเวลาราชการ 3. ติดตั้งอุปกรณ์เตือนระบบอัคคีภัยที่คลังกยา คลังเวชภัณฑ์ไม่ไผ่ยาและคลังพัสดุ	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	4. อัตราการกำจัดขยะติดเชื้อภายในเวลาที่กำหนด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 5. จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการกำจัดขยะติดเชื้อจากชุมชน	100 % 0 เรื่อง	ทีม ENV ทีม ENV ทีม RM	ทุก 1 เดือน ทุก 1 เดือน
			1. ร้อยละความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ดับเพลิง 2. จำนวนครั้งการซ้อมแผนอัคคีภัยร่วมกับองค์กรภายนอก 3. ร้อยละบุคลากรมีความรู้ในการป้องกันและระงับ	ร้อยละ 100 1 ครั้ง /ปี ร้อยละ 80	ทีม ENV ทีม ENV ทีม ENV	ทุก 6 เดือน ทุก 1 ปี ทุก 1 ปี

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
2. ควรกำกับติดตามการตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือ โดยเฉพาะเครื่องมือที่มีความเสี่ยงสูงให้มีความครอบคลุม พร้อมทั้งจัดทำบัญชีเครื่องมือของโรงพยาบาล เพื่อใช้ในการบริหารจัดการเครื่องมือให้มีความเพียงพอ พร้อมใช้สามารถตอบโจทย์การเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ	เพื่อให้มีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ทำหน้าที่ได้เป็นปกติ ทีมนำด้านเครื่องมือได้จัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัยและเชื่อถือได้ โดยมีแผนการดำเนินการ ดังนี้ 1. สำรวจความพอเพียงของเครื่องมือครอบคลุมเครื่องมือช่วยชีวิต และเครื่องมือทั่วไปตามบริบทของโรงพยาบาล 2. จัดทำบัญชีรายการเครื่องมือ (Inventory of equipment) เพื่อใช้ในการบริหารจัดการเครื่องมือตามแผน ครอบคลุมเครื่องมือทุกชิ้น และเครื่องมือที่มีความเสี่ยงสูง 3. มีการสอบเทียบเครื่องมือ 1 ครั้ง/ปี 4. จัดทำแนวทางปฏิบัติเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับเครื่องมือ ได้แก่ - แนวทางปฏิบัติเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	อัคคีภัยใน หน่วยงาน	ร้อยละ 100	ทีม ENV	ทุก 6 เดือน
			4. ร้อยละของจุดเสี่ยงที่มีอุปกรณ์เตือนระบบป้องกันอัคคีภัย			
			1. ร้อยละของเครื่องมือที่ได้รับ การสอบเทียบผ่านเกณฑ์การสอบเทียบ	≥ ร้อยละ 80	ทีม EQ	ทุก 1 ปี
			2. ร้อยละของเครื่องมือความ เสี่ยงสูงผ่านเกณฑ์ การสอบเทียบ	ร้อยละ 100	ทีม EQ	ทุก 1 ปี

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
คำแนะนำ (Suggestion) 1. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ควรส่งเสริมการใช้แนวคิดด้าน สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา (healing environment) มาใช้ในการ ปรับปรุงและพัฒนาสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ มีสิ่งแวดล้อมที่ดูสบายตา สบายใจ เป็นที่พักผ่อนหย่อนใจได้ทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้มาเยือน	- การแก้ไขปัญหาทางคลินิกเมื่อ เครื่องมือแพทย์ไม่สามารถใช้ การได้ - การมีเครื่องมือสำรอง - การดำเนินการเพื่อให้มีการ ซ่อมเครื่องมือ 5. ผู้รับผิดชอบนำแผนไปสู่การปฏิบัติ และติดตามประเมินผล รวบรวม ข้อมูลความไม่พร้อมใช้งาน ไม่ พอเพียง การชำรุดขณะใช้งาน 6. ผู้รับผิดชอบนำข้อมูลที่ได้มา วางแผนปรับปรุงระบบบริหาร เครื่องมือและจัดหาเครื่องมือ ทดแทนในระยะยาว		3. ร้อยละเครื่องมือ ได้รับการ บำรุงรักษาเชิง ป้องกัน 4. อัตราความพร้อม ใช้ของเครื่องมือ ความเสี่ยงสูง	ร้อยละ 100 100 %	ทีม EQ ทีม EQ	ทุก 6 เดือน ทุก 3 เดือน
	เพื่อให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ ปลอดภัยเอื้อต่อการมีสุขภาพดีทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว และบุคลากร รวมถึงการสร้างเสริม สุขภาพ การเรียนรู้ การสร้าง ความสัมพันธ์และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ทีม นำมีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. สอบถามรับฟังข้อคิดเห็นและความ ต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ในประเด็น ความสะดวกสบาย อุณหภูมิและ		1. ผ่านเกณฑ์ Green and Clean Hospital	ระดับ Challenge	ทีม ENV	ทุก 6 เดือน
		ต.ค. 66 – ก.ย. 67				

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	การระบายอากาศ แสง เสียง ความเป็นธรรมชาติ นำข้อคิดเห็น มาวางแผนการพัฒนา 2. ร่วมกันจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการเยียวยา ได้แก่ - จัดห้องปลอดฝุ่นจำนวน 3 ห้อง ที่ตึกพิเศษสงฆ์ ตึกผู้ป่วยในชาย และตึกผู้ป่วยผ่นหญิง - จัด Positive Distractions ได้แก่ จัดให้มีบริการ Internet Connection สำหรับผู้ป่วย/ ญาติ และบุคลากร - ปรับปรุงศาลพระภูมิ สร้าง ศาลาประดิษฐานพระพุทธรูป เพื่อสร้างความรู้สึกลงบ มี ความหวังและผ่อนคลาย - ปรับปรุงภูมิสถาปัตย์ จัด สวนหย่อม ปรับปรุงที่นั่งรอรับ บริการ เพิ่มพื้นที่สีเขียว ตัดแต่ง กิ่งต้นไม้สูง 3. ขับเคลื่อน GREEN & CLEAN Hospital และพัฒนานวัตกรรม ต้นแบบอนามัยสิ่งแวดล้อมรองรับ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เป็นโรงพยาบาลปลอดฝุ่น		2. อัตราความพึง พอใจของผู้ป่วย และญาติ (ประเด็น สิ่งแวดล้อมภายใน โรงพยาบาล)	≥ 80 %	ทีมประสานงาน คุณภาพ (FA)	ทุก 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
2. ควรส่งเสริมให้มีการติดตามกำกับ แผนการปรับปรุงและพัฒนาระบบ บำบัดน้ำเสียอย่างใกล้ชิด นำผลการ ตรวจคุณภาพน้ำเสียประจำวัน หน่วยงานภายนอกมาเรียนรู้เพื่อส่งผล ให้คุณภาพน้ำเสียที่ผ่านการบำบัด เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง	เพื่อให้โรงพยาบาลมีระบบน้ำเสียที่มี ประสิทธิภาพ มีแผนการดำเนินการ ดังนี้ 1. ทิมนำศึกษาระบบบำบัดน้ำเสียของ โรงพยาบาล ในประเด็น ประเภท ของการบำบัด ศักยภาพในการ บำบัด ปริมาณน้ำเข้ามากที่สุด/น้ำ ออกมากที่สุดในแต่ละวัน การดูแล บำรุงรักษา และการตรวจคุณภาพ น้ำที่ผ่านการบำบัด 2. กำหนดผู้รับผิดชอบในการดูแลระบบ บำบัดน้ำเสียตลอด 24 ชั่วโมง ผู้รับผิดชอบผ่านการอบรมในการ ดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย และได้รับ การทบทวนความรู้ความเข้าใจใน การดูแลระบบทุก 1 ปี 3. กำหนดให้มีการตรวจคุณภาพน้ำที่ ผ่านการบำบัดโดยเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ระบบประจำทุกวัน และตรวจโดย หน่วยงานภายนอกปีละ 4 ครั้ง (ทุก 3 เดือน) 4. กำกับติดตาม ประเมินผลการ ดำเนินงาน รายงานผลการตรวจ ประเมินคุณภาพน้ำตาม พารา มิเตอร์เป็นประจำเดือน (อาทิ เช่น ปริมาณคลอรีนคงเหลือในน้ำทิ้ง, DO, TDS, pH, SV30) เพื่อใช้ใน	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. ผลการตรวจ คุณภาพน้ำทิ้งผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน (ENV) 11 พารามิเตอร์ทุก 3 เดือน (4 ครั้ง/ปี)	100 % (ผ่าน 4 ครั้ง)	ทีม ENV	ทุก 3 เดือน
			2. ผลการตรวจ ประเมินคุณภาพน้ำ ตามพารามิเตอร์ เป็นประจำเดือน	ผ่าน 100 %	ทีม ENV	ทุก 1 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	การติดตาม วิเคราะห์ และแก้ไข ปัญหาที่อาจทำให้ระบบบำบัดน้ำ เสียไม่มีประสิทธิภาพ					
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ						
46. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention & Control-IPC) [II-4.1ก] 47. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ [II-4.1ข] ** 48. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป [II-4.2ก] 49. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ [II-4.2ข] *						
ข้อเสนอแนะ (Recommendation) <u>คณะกรรมการ IC ควรดำเนินการ</u> 1. ควรมีการทบทวนการออกแบบระบบ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและการ เฝ้าระวังการติดเชื้อ รวมถึงกำหนด มาตรการป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญ ให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยง การบริการที่มีความเสี่ยง พื้นที่เสี่ยงต่อ การติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อ เช่น การป้องกันการติดเชื้อในแต่ละ operation, การเฝ้าระวังการติดเชื้อ post discharge surveillance เป็นต้น	เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงจากการ ติดเชื้อ ทีมนำ IC ได้พัฒนาออกแบบ ระบบป้องกันควบคุมการติดเชื้อและการ เฝ้าระวังการติดเชื้อ โดยมีแผนการ ดำเนินงาน ดังนี้ 1. มีการทำ Internal survey โดย IC เพื่อสำรวจและวิเคราะห์ความเสี่ยง ในการติดเชื้อของแต่ละหน่วยงาน 2. ออกแบบระบบควบคุมและป้องกัน การติดเชื้อของแต่ละหน่วยงาน 3. จัดทำนโยบายและแนวปฏิบัติเพื่อ ป้องกันการติดเชื้อ ทำระบบการคัด แยกผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทั้ง ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่สงสัย โรคติดต่อ และผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา ไปยังพื้นที่แยกโรค/ห้องแยกโรคตาม ประเภทของการแพร่กระจายเชื้อ	ต.ค. 66 - ก.ย. 67	1. ออกแบบมาตรการ และแผนการคัด แยกผู้ป่วยที่เข้า ข่ายสงสัย โรคติดต่อ/ติดเชื้อ ดื้อยาไปยังพื้นที่ แยกโรค/ห้องแยก โรคให้แล้วเสร็จ 2. อุบัติการณ์บุคลากร ติดเชื้อจากการ ทำงานในกลุ่มโรค TB, Measles,	ภายในเดือน มิถุนายน 2567 0	ทีมนำ IPC ทีมนำ IPC	ทุก 4 เดือน ทุก 1 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
2. ควรมีการกำกับติดตามการปฏิบัติตามนโยบายสำคัญที่กำหนด เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การกำกัติดตามการปฏิบัติตาม Bundle ต่างๆ การปฏิบัติตามหลัก Standard precaution and transmission base precaution การจัดการพื้นที่เสี่ยง ได้แก่ งานบริการเครื่องมือปราศจากเชื้อกลาง งานทันตกรรม ไตเทียม ห้องผ่าตัด OPD โดยค้นหาโอกาสพัฒนาและกิจกรรมที่อาจจะถูกละเมิดการปฏิบัติ นำมาทบทวน แก้ไขเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	4. นำอุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อจากการทำงานมาทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติ	ต.ค. 66 - ก.ย. 67	Chicken pox, COVID-19			
	เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทีมนำ IC มีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. เผยแพร่มาตรการเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อทั่วไป ได้แก่ hand hygiene, airborne/droplet/contact precaution ,การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ Bundle of care ในกลุ่มโรค SSI, CAUTI, CLABSI และมีแนวปฏิบัติและควบคุมคุณภาพของจุดให้บริการที่เป็นพื้นที่เสี่ยง เช่น หน่วยจ่ายกลาง การจัดการผ้า และการจัดการขยะติดเชื้อของหน่วยงานต่างๆ 2. ให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง และการป้องกันการติดเชื้อ 3. ใช้ Internal survey ในการติดตามการปฏิบัติตาม Bundle ต่างๆแล้วนำอุบัติการณ์มาทบทวนเพื่อวางมาตรการแนวทางป้องกันแก้ไข		1. Surveillance บุคลากรล้างมือตาม 5 moments ได้อย่างถูกต้อง	100 %	ทีมนำ IPC	ทุก 6 เดือน
			2. Surveillance การปฏิบัติตาม transmission-based precaution ของแต่ละวอร์ด ทำได้อย่างถูกต้อง	80 %	ทีมนำ IPC	ทุก 6 เดือน
			3. Surveillance การปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานของหน่วยจ่ายกลาง การจัดการผ้า และการจัดการขยะติด	80 %	ทีมนำ IPC	ทุก 6 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	4. รายงานการติดเชื้อและ แพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลต่อ คณะกรรมการบริหารทุก 1 เดือน		เชื้อของหน่วยงาน ต่างๆ 4. อัตราการปฏิบัติ ตาม Bundle of care (SSI, CAUTI, CLABSI) 5. อัตราการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล (HAI: 1000 วัน นอน) 6. อัตราการติดเชื้อ ในกระแสเลือด จากการคาสาย สวนหลอดเลือด ส่วนกลาง (CLABSI/1,000 Cath Day) 7. อัตราแผลผ่าตัด ติดเชื้อ (SSI/ 100 ราย)	80 % 0 0 0	ทีมนำ IPC ทีมนำ IPC ทีมนำ IPC ทีมนำ IPC	ทุก 6 เดือน ทุก 1 เดือน ทุก 1 เดือน ทุก 1 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
			8. อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI/1,000 Cath Day)	0	ทีมนำ IPC	ทุก 1 เดือน

II-5 ระบบเวชระเบียน

50. ระบบบริหารเวชระเบียน [II-5.1ก,ข] 51. เวชระเบียนผู้ป่วย [II-5.2]

ข้อเสนอแนะ (Recommendation) 1. ควรส่งเสริมให้มีการจัดระบบตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียน เช่น การบันทึกผลการวินิจฉัย การบันทึก nurse's note ที่สอดคล้องกับกระบวนการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อให้เวชระเบียนมีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น สามารถใช้ในการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง และเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ และควรทบทวนการรักษาความลับของเวชระเบียน เช่น การจำกัดการเข้าถึงเวชระเบียนที่มีความอ่อนไหวต่อการเปิดเผยข้อมูล, การทบทวนสิทธิในการพิมพ์เวชระเบียน เป็นต้น เพื่อให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่สามารถรักษาความลับได้อย่างมีประสิทธิภาพ	เพื่อให้เวชระเบียนมีคุณภาพ สามารถใช้ในการสื่อสารและการดูแลต่อเนื่อง ทีมนำมีการพัฒนาระบบบริหารเวชระเบียน โดยมีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. จัดให้มีระบบตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียนทั้ง OPD และ IPD 2. จัดตั้งทีมตรวจสอบเวชระเบียน OPD - สุ่มตรวจเวชระเบียน 3% ของเวชระเบียนทั้งหมด - ทบทวนความสอดคล้องของคำวินิจฉัยกับการรักษา 3. จัดตั้งทีมตรวจสอบเวชระเบียน IPD - ตรวจเวชระเบียนทุกแฟ้มและทุกวัน	ต.ค. 66 - ก.ย. 67	1. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน OPD 2. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน IPD 3. อัตราความสอดคล้องของคำวินิจฉัยกับการรักษา	100 % 100 % 80 %	ทีมนำ IM ทีมนำ IM ทีมนำ IM	ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 1 เดือน
--	---	--------------------------	--	---------------------------------------	---	--

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
2. ควรทบทวนกระบวนการสรุป เวชระเบียนผู้ป่วยหลังจำหน่าย เพื่อให้สามารถสรุปเวชระเบียน หลังจำหน่ายได้เสร็จทันตามเป้าหมาย	- ทบทวนความสอดคล้อง progress note กับ nurse's note - สรุปผลการดำเนินงานทุกเดือน	ต.ค. 66 - ก.ย. 67	4. ความสอดคล้อง สอดคล้อง progress note กับ nurse's note	80 %	ทีมนำ IM	ทุก 1 เดือน
	<u>การรักษาความลับของผู้ป่วย</u> 1. พัฒนาระบบรักษาความลับของเวช ระเบียน 2. ทบทวนและกำหนดสิทธิ์การเข้าถึง เวชระเบียนและการพิมพ์เวช ระเบียน		1. มีการกำหนดสิทธิ์ การเข้าถึงเวช ระเบียนใน HosXp	ภายในเดือน มิถุนายน 2567	ทีมนำ IM	ทุก 3 เดือน
			2. มีแนวทางการ รักษาความลับ ของเวชระเบียน ในระบบ electronic	ภายในเดือน มิถุนายน 2567	ทีมนำ IM	ทุก 3 เดือน
	เพื่อให้สามารถสรุปเวชระเบียน หลังจำหน่ายได้เสร็จทันตามเป้าหมาย ทีมนำได้พัฒนากระบวนการสรุป เวชระเบียนผู้ป่วยหลังจำหน่าย โดยมี แผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. การพัฒนาระบบสรุปเวชระเบียน ผู้ป่วยหลังจำหน่าย 2. จัดทำ Flow chart		1. ร้อยละ เวชระเบียนที่สรุป ทันเวลา	≥ ร้อยละ 80	ทีมนำ IM	ทุก 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
II-6 ระบบการจัดการด้านยา						
52. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา [II-6.1 ก] **, ** 53. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษา ยา [II-6.1 ข,ค] 54. การสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง [II-6.2 ก] 55. การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา [II-6.2 ข] 56. การบริหารยาและติดตามผล [II-6.2 ค]						
ข้อเสนอแนะ (Recommendation) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ควรนำกรอบพื้นฐานของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) และโอกาสพัฒนาตามมาตรฐาน HA มาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบยาให้เกิดความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในประเด็น 1. การส่งเสริมการรายงาน/ การค้นหา ME/ ADE ให้เข้าสู่ระบบทั้งหมด เพื่อนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทได้เพิ่มมากขึ้น	เพื่อพัฒนาระบบยาให้เกิดความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น ทีมนำ PTC มีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. สำรวจปัญหาอุปสรรคและการเข้าถึงโปรแกรมการรายงาน ความเสี่ยง 2. เพิ่มช่องทางการรายงานความเสี่ยง โดยเฉพาะ Administration errors โดยใช้แบบฟอร์ม และ application ใช้ line official และมีผู้รับผิดชอบนำเข้าสู่ระบบ 3. อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการรายงาน ME/ADE	ก.พ - มี.ค. 67 ม.ค.- ก.ย. 67	1. จำนวนการรายงาน ME/ADE เพิ่มขึ้น 2. ร้อยละรายงานที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และถูกต้อง	เพิ่มขึ้น > ร้อยละ 80 > ร้อยละ 90	PTC PTC	ทุก 1 เดือน ทุก 1 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
2. การทบทวนคำสั่งการใช้ยาโดยเภสัชกร ตั้งแต่แรกก่อนจัด/ จ่ายยา และกำหนด นโยบายให้มีการ double check โดยเฉพาะในแผนกผู้ป่วยนอก และควร ทบทวนกิจกรรมการรับคำสั่งของเภสัชกรที่หอผู้ป่วย เพื่อให้เป็นการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน พร้อมกับวางระบบให้ห้องยาผู้ป่วยใน เห็นคำสั่งแพทย์โดยตรง ก่อนที่จะจัด จ่ายยา	1. เพิ่มกระบวนการ double check ในจุดบริการ OPD และ NCD โดยการเพิ่มอัตรากำลังเภสัชกรประจำ 2. เปลี่ยนใช้ระบบ IPD paperless แทนระบบเดิม เพื่อให้เห็นคำสั่งการใช้ยาแพทย์โดยตรงและเพิ่มบทบาทเภสัชกรในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	ต.ค. 66 – ก.ย. 67 ก.ค. 67 เป็นต้นไป	1. อุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่ OPD/NCD 2. อุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยใน	0 ลดลง > ร้อยละ 50	PTC PTC	ทุก 1 เดือน ทุก 1 เดือน
3. การสำรองยา โดยเฉพาะการสำรองยา เสพติด, การสำรองยาที่หอผู้ป่วยตาม ความเร่งด่วนจำเป็น	- จัดประชุมทบทวนแนวทางการสำรองยาที่หอผู้ป่วยตามความจำเป็น	เม.ย. 67	1. ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด	ร้อยละ 100	PTC	ทุก 1 เดือน
4. การทบทวนรายการ HAD ให้มีความครอบคลุมตามบริบทและจัดการ HAD ให้ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น	- จัดประชุมทบทวนรายการยา HAD ให้ครอบคลุม โดยดูตามคำแนะนำของ ISMP สมาคมเภสัชกรรมและอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และกำหนดแนวทางในการบริหารจัดการให้มีความปลอดภัยสูงสุด	เม.ย. 67	1. อุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนทางยาของยาความเสี่ยงสูงที่รุนแรงตั้งแต่ระดับ C ขึ้นไป	0 ครั้ง	PTC	ทุก 1 เดือน
5. การดำเนินงาน medication reconciliation เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ต่อเนื่อง ไม่ซ้ำซ้อน มีความปลอดภัย	- ปรับขั้นตอน verification ให้ทำตั้งแต่จุดแรกที่พบและซักถามคนไข้ และใช้ระบบ IPD paperless	ก.ค. 67 เป็นต้นไป	1. อุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากกระบวนการ	0 ครั้ง	PTC	ทุก 1 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
6. การใช้ IT มาช่วยให้ระบบยาเกิดความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น เช่น drug-lab interaction, drug-disease interaction, drug duplication, การเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลยาและข้อมูลผู้ป่วยได้โดยง่าย เป็นต้น	- นำโปรแกรมอื่นเช่น neo hos มาใช้ร่วมกับโปรแกรมเดิม เพื่อให้สามารถพัฒนาระบบยาให้เกิดความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น	ก.ค. 67 เป็นต้นไป	medication reconciliation ระดับ c ขึ้นไป 1. อุบัติการณ์ ความคลาด เคลื่อนทางยา ของยา	ลดลง >ร้อยละ 20	PTC	ทุก 1 เดือน

II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง

57. บริการรังสีวิทยา/ ภาพทางการแพทย์ [II-7.1] 58. บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก [II-7.2] * 59. ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต [II-7.4] *
60. พยาธิวิทยากายวิภาค เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก [II-7.3 / 7.5]

ข้อเสนอแนะ (Recommendation) จากการตรวจเยี่ยมหน่วยงาน พบว่า หน่วยงานขาดการต่ออายุ LA มาเป็นระยะเวลา 6 ปีแล้ว ด้วยเหตุนี้องค์กรควรดำเนินการขอการประเมินจากหน่วยงานภายนอกเพื่อการรับรองมาตรฐานของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของสถานประกอบการแพทย์และมีการต่ออายุการรับรองอย่างต่อเนื่อง	เพื่อให้ผ่านการรับรองมาตรฐานของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของสถานประกอบการแพทย์ มีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. ดำเนินการขอประเมินการรับรองมาตรฐาน MOPH และหรือ LA ภายในปี 2567 2. กระตุ้นให้ผู้รับผิดชอบเตรียมตัวต่ออายุก่อนขาดการรับรอง 1 ปี 3. ส่งเจ้าหน้าที่อบรมเพื่อรองรับการประเมิน LA	ต.ค. 66 - ก.ย. 67	1. โรงพยาบาลได้รับมาตรฐาน MOPH 2. โรงพยาบาลได้รับการประเมิน LA	ภายในปี 67 ภายในปี 68	Lab Lab	ทุก 1 ปี ทุก 1 ปี
---	---	----------------------	---	------------------------------	----------------	--------------------------

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
คำแนะนำ (Suggestion) บริการรังสีวิทยา: ควรส่งเสริมการจัดทำระบบการตรวจคุณภาพโดย ผู้ชำนาญกว่าจากนักรังสีเทคนิค เมื่อการถ่ายภาพจากเจ้าหน้าที่รังสี รวมทั้งจัดระบบข้อมูลเชิงคุณภาพเมื่อ มีการถ่ายรังสีซ้ำให้สามารถวิเคราะห์เหตุการณ์/ สถานการณ์ที่ต้องถ่ายรังสีใหม่ เพื่อนำมาปรับปรุงและเฝ้าระวังการเกิดความผิดพลาดซ้ำ	โครงการพัฒนาระบบการตรวจคุณภาพการถ่ายภาพรังสี 1. มีระบบตรวจคุณภาพการถ่ายภาพรังสี นักรังสีการแพทย์จะต้องทำการตรวจสอบความถูกต้อง และคุณภาพของภาพทุกครั้งหลังจากที่มีการให้ผู้ที่ไม่ใช่วิชาชีพมาปฏิบัติหน้าที่แทน 2. ทบทวนอุบัติการณ์ และเพิ่มทักษะการ x-ray	ต.ค. 66 - ก.ย. 67	1. อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ	< 3 %	X- ray	ทุก 3 เดือน

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

61. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ [II-8]

คำแนะนำ (Suggestion) ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลภัยสุขภาพในพื้นที่ เนื่องจากโรงพยาบาลตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีโรงสีข้าวและมีข้อมูลว่าประชาชนในพื้นที่เจ็บป่วยด้วยโรค asthma และ COPD ค่อนข้างสูง นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการคาดการณ์ปัญหาและภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และวางแผนในการป้องกันโรค โดยเฉพาะในกลุ่มโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ	เพื่อให้มีระบบเฝ้าระวังติดตาม ค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาด ที่มำนาได้พัฒนาระบบโดยมีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม 1. จัดเก็บข้อมูลโรคจากการประกอบอาชีพ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลภัยสุขภาพ หาสาเหตุและวางแผนหา	ต.ค. 66 - ก.ย. 67	1. ร้อยละความทันเวลาในการส่งรายงาน D506	> ร้อยละ 90	- SRRT - อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม	ทุก 3 เดือน
---	---	----------------------	---	-------------	---------------------------------------	-------------

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	แนวทางการแก้ไขปัญหาและควบคุมโรคประจําภาคีเครือข่ายทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลซึ่งในโรงพยาบาลประกอบด้วย - จุดซักประวัติผู้ป่วยนอก - องค์กรแพทย์ - งานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม - งานควบคุมโรค - สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง นอกโรงพยาบาลประกอบด้วย - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - สถานประกอบการฯ เป็นต้น 2. ออกตรวจสุขภาพของบุคลากรและตรวจสอบระบบความปลอดภัยในสถานประกอบการที่มีความเสี่ยงทำให้โรคจากการประกอบอาชีพ เช่น โรงสีข้าว โรงงานผลิตเฟอร์นิเจอร์ ่อซ่อมรถฯ เป็นต้น พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อจาก R 506 เปลี่ยนเป็นระบบ DDS หรือ D 506 เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ หาสาเหตุและวางแผนหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและควบคุมโรคติดต่อ		2. ร้อยละความครบถ้วนในการส่งรายงาน D506	> ร้อยละ 90	SRRT	ทุก 3 เดือน
			3. ร้อยละการส่งรายงานสอบสวนโรคตามเกณฑ์ DCIR	> ร้อยละ 90	SRRT	ทุก 3 เดือน
			4. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก	≤ 60: แส่น ปชก.	SRRT	ทุก 3 เดือน
			5. อัตราป่วยเลปโตสไปโรซิส	≤ 60: แส่น ปชก.	SRRT	ทุก 3 เดือน
			6. อัตราป่วยโรคมือเท้าปาก	≤ 60: แส่น ปชก.	SRRT	ทุก 3 เดือน
			7. อัตราการเสียชีวิตของเด็กจมน้ำ	≤ 6.5: แส่น ปชก.อายุไม่เกิน 15 ปี	SRRT	ทุก 3 เดือน
			8. อัตราการเสียชีวิตอุบัติเหตุทางถนน	≤ 6.5: แส่น ปชก.อายุไม่เกิน 15 ปี	SRRT	ทุก 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	1. มีการตรวจสอบข้อมูลโรคและรายงานสถานการณ์โรคติดต่อที่มีคุณภาพ 1.1 การเฝ้าระวังโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในพื้นที่ - โรคไข้เลือดออก - โรคเลปโตสไปโรซิส - โรคมือเท้าปาก 1.2 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ - เด็กจมน้ำเสียชีวิต - อุบัติเหตุทางถนนเสียชีวิต 2. มีศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Operation Center : EOC) และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ 2.1 มีแผนและผังระบบบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข เช่น - ผัง EOC โรคไข้เลือดออก - ผัง EOC เหตุสารเคมีรั่วไหลไหล	ต.ค. 66 - ก.ย. 67				

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	- พัง EOC กรณีภัย ธรรมชาติและสาธารณภัย อื่นๆ เป็นต้น โดยการมีแผนซ้อมปฏิบัติการ ดังนี้ 1. ซ้อมแผนอุบัติเหตุ 2. ซ้อมแผนอัคคีภัย เป็นต้น					
II-9 การทำงานกับชุมชน						
62. การทำงานกับชุมชน [II-9]						
-						
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย						
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ						
63. การเข้าถึงบริการ [III-1 ก, ข] ** 64. กระบวนการรับผู้ป่วยการให้ข้อมูล และ informed consent [III-1 ค]						
-						
III-2 การประเมินผู้ป่วย						
65. การประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค [III-2 ก, ข] ** 66. การวินิจฉัยโรค [III-2 ค] *						
คำแนะนำ (Suggestion) จากการตรวจประเมินเวชระเบียนและ จุดบริการ พบโอกาสพัฒนา ดังนี้ 1. ทีมควรทบทวนความเหมาะสมในการ Resuscitation ผู้ป่วย Trauma ตาม หลัก ATLS เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพใน การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา ผู้ป่วย Trauma ทีมนำดูแลทางคลินิกมี การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยมี แผนการดำเนินงาน ดังนี้					

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
2. ควรทบทวนแนวทางปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจ OPD และต้องการการประเมินซ้ำ เช่น ผู้ป่วยที่มีความดันสูง ความดันต่ำ ผู้ป่วยปวดท้อง เป็นต้น เพื่อให้มีความชัดเจนในการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่หน่วยงาน	1. จัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วย Trauma ตามหลัก ATLS 2. จัดทำ CPG รายโรคสำคัญ ได้แก่ - Head injury guideline - Abdominal injury guideline - Vascular injury guideline 3. ชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ 4. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ และติดตามประเมินผลอุบัติการณ์ความเสี่ยง นำอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาทบทวน วางมาตรการแก้ไข รายงานผลต่อทีมพัฒนาคุณภาพและคณะกรรมการบริหาร	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. จัดทำแบบประเมิน/ CPG ให้แล้วเสร็จภายใน มิ.ย. 67 2. อัตราการปฏิบัติตาม CPG 3. อัตราผู้ป่วย Trauma เสียชีวิตขณะส่งต่อ	ภายในเดือนมิถุนายน 2567 100 % 0 %	- PCT Sx. - ER - PCT Sx. - ER - PCT Sx. - ER	ทุก 1 เดือน ทุก 1 เดือน ทุก 1 เดือน
	เพื่อให้มีความชัดเจนในการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่หน่วยงานในการประเมินซ้ำผู้ป่วยที่มาตรวจ OPD ทีมดูแลผู้ป่วยได้พัฒนาแนวทางการประเมินซ้ำสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค โดยมีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. PCT ร่วมกันกำหนดโรคหรือสภาวะการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการประเมินซ้ำ แล้วนำมาออกแบบ/ จัดทำระบบการประเมินซ้ำสำหรับผู้ป่วยที่มาตรวจ OPD โดยพิจารณาถึงสภาวะ	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. อัตราผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำในช่วงเวลาที่เหมาะสม	> 80 %	- PCT - OPD	ทุก 1 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
3. ทีมดูแลผู้ป่วยควรส่งเสริมให้มีการดูแลรักษาถูกต้องตามแนวทางการรักษา (CPG) และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องการส่งต่อข้อมูลการรักษาระหว่างหน่วยงาน การบันทึกข้อมูลหลักฐานการรักษาทั้งทาง การแพทย์และการพยาบาล	ผู้ป่วย แผนการรักษา ความถี่ วิธีการ ประเมินรวมถึงการบันทึก 2. นำแนวทางที่กำหนดชี้แจงต่อผู้ปฏิบัติหน้างานให้เข้าใจและปฏิบัติตรงกัน 3. ติดตามผลการปฏิบัติโดยตรวจสอบจากแบบฟอร์มการประเมินซ้ำเพื่อดูว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสมหรือไม่ 4. นำโอกาสพัฒนาจากการทบทวนที่พบ มาดำเนินการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง		2. อัตราการปฏิบัติตาม CPG การประเมินซ้ำ	100 %	- PCT - OPD	ทุก 1 เดือน
			3. อัตราผู้ป่วยได้รับการ Under triage	< 3 %	- PCT - OPD	ทุก 1 เดือน
	เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการดูแลรักษาถูกต้องตามแนวทางการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ ทีมดูแลผู้ป่วยได้พัฒนาแนวทางการดูแลรักษา โดยมีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. ทบทวนและปรับปรุง CPG ในประเด็นการส่งต่อข้อมูลการรักษา ระหว่างหน่วยงาน การบันทึกข้อมูลหลักฐานการรักษาทั้งทาง การแพทย์และการพยาบาล 2. ออกแบบการบันทึกเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ สามารถค้นหาจากเวช		1. อัตราความเหมาะสมครบถ้วนของการบันทึกข้อมูล SOAP	≥ 80 %	PCT ทุกสาขา	ทุก 1 เดือน
			2. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	≥ 80 %	PCT ทุกสาขา	ทุก 1 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	ระเบียนและเข้าถึงได้ กำหนด ข้อมูลที่ต้องบันทึกให้ครบถ้วน 3. monitor การปฏิบัติตาม CPG และ การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน รวมถึง การบันทึกการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ SOAP					

III-3 การวางแผน

67. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย [III-3.1] 68. การวางแผนจำหน่าย [III-3.2]

คำแนะนำ (Suggestion)						
1. การวางแผนการดูแลผู้ป่วยควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลการประเมินจากสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการเฉพาะและการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยแต่ละราย และควรมีการทบทวนปรับปรุงแผนการดูแลเมื่ออาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้แผนการดูแลมีความสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น	เพื่อให้แผนการดูแลมีความสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ตอบสนองปัญหาและความต้องการ ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทีมดูแลผู้ป่วยได้พัฒนาแนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยมีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. ออกแบบ/ จัดทำแบบฟอร์มการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยร่วมกันทั้งแพทย์ พยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ 2. ชี้แจงการใช้แบบฟอร์มร่วมกัน 3. ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนและต้องดูแลหลายสาขา ร่วมกันโดย ประชุมร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ผู้ป่วยและครอบครัว (case conference)	ต.ค. 66 - ก.ย. 67	1. อัตราการบันทึกทางการแพทย์สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ 2. อัตราผู้ป่วย Refer ในผู้ป่วยที่เกิด adverse event	100 % < 5 %	- PCT ทุกสาขา - IPD - PCT ทุกสาขา - IPD	ทุก 3 เดือน ทุก 1 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
2. การวางแผนจำหน่าย โรงพยาบาลควรมีการกำหนดกลุ่มโรคที่มีความจำเป็นต้องวางแผนจำหน่ายให้ชัดเจนในแต่ละสาขา และส่งเสริมให้แพทย์ พยาบาล รวมถึงสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังจำหน่ายอย่างเหมาะสมและตรงกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยส่งเสริมให้ญาติและ	4. ร่วมกันวางแผนป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดย บันทึกในแผนการดูแลผู้ป่วยและสื่อสารในทีมผู้ให้บริการรับรู้ทั่วกันและร่วมปฏิบัติตามแผน 5. ร่วมกันทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปตามข้อบ่งชี้ที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้ได้แก่ - ทบทวนเคสเมื่อผู้ป่วยนอนนาน - ทบทวนเคสหลังจากเกิดเหตุการณ์วิกฤติหรือไม่คาดฝัน - ทบทวนเคสเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหน่วยดูแล เช่น ผู้ป่วย refer หรือย้ายจากตึกสามัญเข้ารับรักษาใน ICU เพื่อให้แผนการจำหน่ายมีประสิทธิภาพ ทีมดูแลผู้ป่วยได้พัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่าย มีแผนการดำเนินงานดังนี้ 1. ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญและแนวทางข้อบ่งชี้สำหรับการวางแผนจำหน่ายดังนี้	ต.ค. 66 - ก.ย. 67	3. อัตราการเสียชีวิต Un expected dead ผู้ป่วยใน 1. PCT ทุกสาขา กำหนดโรคที่เป็น กลุ่มเป้าหมาย สำคัญและตัวชี้วัด	0 %	- PCT ทุกสาขา - IPD PCT ทุกสาขา	ทุก 1 เดือน ทุก 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย รวมถึงควรมีการติดตามประเมินผลประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่าย เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่ายให้ดียิ่งขึ้น	1.1 กำหนดโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับ PCT 4 สาขา ได้แก่ - <u>PCT สูติ-นรีเวชกรรม</u>: Preterm labor without delivery, GDM, overt DM, PIH, ภาวะติดเชื้ออุ้งเชิงกราน (PID) - <u>PCT ศัลยกรรม</u>: UGIB with shock, Trauma - <u>PCT อายุรกรรม</u>: Stroke, STEMI, DM, HT, Pneumonia, HF - <u>PCT กุมารเวชกรรม</u>: Asthma, pneumonia 1.2 กำหนดใช้ D-METHOD-P เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่าย 2. กำหนดให้มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรกหรือเร็วที่สุดหลังจากรับไว้เป็นผู้ป่วยใน 3. แพทย์ พยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายตามลักษณะปัญหา/ ความต้องการของผู้ป่วย		ที่สอดคล้องให้แล้วเสร็จ 2. อัตราการปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย 3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หลังจำหน่าย 4. อัตราการ Re-admit 5. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ	≥ 80 % 0 % < 5 % > 95 %	- PCT ทุกสาขา - HHC - IPD - PCT ทุกสาขา - HHC - IPD - PCT ทุกสาขา - HHC - IPD - PCT ทุกสาขา - HHC - IPD	ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	4. ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายด้วยการเสนอปัญหา/ ความต้องการ/ ข้อจำกัด/ ความคาดหวัง กำหนดเป้าหมายร่วมกันและรับทราบบทบาทในการดูแลผู้ป่วย 5. ทีมดูแลผู้ป่วยประเมินและปรับปรุงกระบวนการวางแผนการจำหน่าย โดยทำ Rapid Assessment สำหรับกระบวนการวางแผนจำหน่าย และใช้ข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินกระบวนการวางแผนจำหน่าย					
III-4 การดูแลผู้ป่วย						
69. การดูแลทั่วไป [III-4.1]						
คำแนะนำ (Suggestion) ควรติดตามการปฏิบัติตามแนวทางต่างๆที่ได้ออกแบบไว้ เช่น การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์พลัดตกหกล้มในผู้ป่วยแต่ละราย การปฏิบัติตาม standing order ต่างๆ เพื่อให้มั่นใจว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม	เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทันท่วงทีปลอดภัยเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ ทีมนำดูแลผู้ป่วยได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยทั่วไป โดยมีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. ทบทวนแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกันทุกหน่วยงาน 2. ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ทบทวนและปรับปรุง	ต.ค. 66 - ก.ย. 67	1. อัตราการปฏิบัติตาม CPG	100 %	PCT ทุกสาขา	ทุก 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	แนวทาง ติดตามกำกับกับการปฏิบัติ ตามแนวทาง		2. อัตราการเกิด อุบัติการณ์ที่ไม่ ปฏิบัติตาม CPG	0 %	PCT ทุกสาขา	ทุก 3 เดือน
70. การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง [III-4.2] **						
ข้อเสนอแนะ (Recommendation) ทีมนำทางคลินิกแต่ละสาขาควรทบทวน การบ่งชี้ผู้ป่วยและการบริการที่เสี่ยงสูง ตามศักยภาพของโรงพยาบาล ที่มีความ เชี่ยวชาญของแพทย์ มีการติดตามการ ปฏิบัติตามแนวทาง/ W-S NEWS (Wapipathum- Sarakham National Early Warning score) ที่กำหนดไว้ เพื่อให้มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง อย่างเหมาะสมทันกับสถานการณ์ / ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือ รายงานแพทย์ตามเกณฑ์ นำไปสู่การ ปรับแผนการรักษาที่ทันทั่วทั้งที่	เพื่อพัฒนาทักษะทีมผู้ให้บริการในการ ประเมินและเฝ้าระวังอาการทางคลินิก เฉพาะโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ทีมนำทางคลินิกแต่ละสาขาได้พัฒนา แนวทางการดูแลและบริการที่มีความ เสี่ยงสูง โดยมีแผนการดำเนินการ ดังนี้ 1. กำหนดการประเมินและเฝ้าระวัง อาการทางคลินิกเฉพาะโรค 5 สาขา หลัก (specific clinical risk) กลุ่ม ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงและการ บริการเสี่ยงสูงของคลินิกแต่ละสาขา ได้แก่ 1.1 สาขาสูติ-นรีเวชกรรม: ภาวะตก เลือดหลังคลอด, คลอดติดไหล่ 1.2 สาขาศัลยกรรม: Trauma, UGIB with shock, Pulmonary embolism 1.3 สาขาอายุรกรรม: Stroke, STEMI, Sepsis, Pneumonia	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. PCT ทุกสาขา กำหนดและจัดทำ Early warning signs และตัวชี้วัด ที่สอดคล้องให้แล้ว เสร็จ 2. อัตราการปฏิบัติ ตาม CPG 3. อัตราการเกิด อุบัติการณ์ที่ไม่ ปฏิบัติตาม CPG	ภายในเดือน มิถุนายน 2567 100 % 0	PCT ทุกสาขา PCT ทุกสาขา PCT ทุกสาขา	ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	1.4 สาขากุมารเวชกรรม: Sepsis, Pneumonia 1.5 สาขาทันตกรรม กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงได้แก่ - ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด - ผู้ป่วยเด็กที่ต้องได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวระหว่างทำหัตถการทันตกรรม - ผู้ป่วยติดเชื้อในช่องปากที่ลุกลามเข้าเนื้อเยื่อคอชั้นลึก (Deep neck infection) 2. จัดทำ Early warning signs ของ specific clinical risk กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงและการบริการเสี่ยงสูงโดยใช้หลักฐานทางวิชาการ 3. กำหนดแนวทางการรายงานแพทย์ โดยใช้ ISBAR และสื่อสารสู่การปฏิบัติที่หน้างาน 4. นิเทศติดตามกำกับการใช้ Early warning signs 5. นำผลการทบทวนมาปรับปรุง/ออกแบบกระบวนการใหม่เพื่อปรับปรุงการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงและการบริการที่มีความเสี่ยงสูง					

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
71. การระงับความรู้สึก [III-4.3 ก]						
คำแนะนำ (Suggestion) ข้อมูลจากการตรวจเยี่ยม โรงพยาบาล ไม่มีวิสัญญีแพทย์ แต่มีการทำหัตถการที่ มีความซับซ้อนสูง เช่น Laparoscopy, Colorectal surgery เป็นต้น ควร ส่งเสริมให้มีการประเมินก่อนการผ่าตัด รอบด้าน โดยเฉพาะความเสี่ยงที่อาจ เกิดขึ้นจากการทำหัตถการระหว่าง ผ่าตัด และมีระบบการปรึกษาวิสัญญี แพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ชัดเจน	เนื่องจากปัจจุบันมีวิสัญญีแพทย์ประจำ โรงพยาบาล 1 คนจึงได้มีการปรับปรุง แนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับ ความรู้สึกให้ครอบคลุมการเจ็บป่วยทุก ระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้าน การระงับความรู้สึกอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสมตามมาตรฐาน วิชาชีพ โดยมีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. จัดทำแนวทางการให้ยาระงับ ความรู้สึกในกลุ่มผู้ป่วย - ผู้ป่วยผ่าตัดแบบส่องกล้อง - ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้า ท้องที่มีภาวะเสี่ยงสูง - แนวทางปรึกษาอายุรแพทย์ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอายุ- รกรรมที่มีความเสี่ยงสูงต่อ การระงับความรู้สึก 2. ชี้แจงแนวทางการปฏิบัติสื่อสารสู่ การปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3. ติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทาง 4. ทบทวนผลลัพธ์รวมถึงทบทวน อุบัติการณ์เพื่อปรับปรุงและพัฒนา แนวทางให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. ร้อยละของการ เลื่อนหรืองดผ่าตัด เนื่องจากความไม่ พร้อมของผู้ป่วย ทางวิสัญญี 2. อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อน จากการระงับ ความรู้สึก	≤ ร้อยละ 1 0 % 0 ครั้ง	วิสัญญี วิสัญญี วิสัญญี	ทุก 1 เดือน ทุก 1 เดือน ทุก 1 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
72. การผ่าตัด [III-4.3 ข] *						
คำแนะนำ (Suggestion) ควรส่งเสริมทีมมีการติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่สำคัญในการผ่าตัด เช่น การให้ Pre-op antibiotic, surgical check list การเตรียมตัวพิเศษในการทำหัตถการของทีมพยาบาลตึกผู้ป่วยทั้งเรื่องความรู้และการปฏิบัติจริง	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลการผ่าตัดอย่างปลอดภัยและเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ ทีมห้องผ่าตัดได้พัฒนาแนวทางที่สำคัญในการผ่าตัด โดยมีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ - ชี้แจงแนวทางปฏิบัติต่างๆต่อทีมพยาบาลตึกผู้ป่วยให้เข้าใจตรงกัน - ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดในด้านความถูกต้องและความครบถ้วน การเตรียมตัวและ surgical safety checklist ก่อนเข้าห้องผ่าตัด - นำผลการวิเคราะห์มาพัฒนา/ปรับปรุงแนวทาง แล้วถ่ายทอดคืนสู่การปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. อัตราการปฏิบัติตาม CPG 2. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ที่ไม่ปฏิบัติตาม CPG 3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด	100 % 0 % 0 %	- PCT Sx. - IPD - OR - PCT Sx. - IPD - OR - PCT Sx. - IPD - OR	ทุก 1 เดือน ทุก 1 เดือน ทุก 1 เดือน
73. อาหารและโภชนาบำบัด [III-4.3 ค]						
คำแนะนำ (Suggestion) ควรส่งเสริมการประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาล ประสานกับงาน IT ในการเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลต่างๆ เช่น BMI, โรคประจำตัว, การวินิจฉัย, ผลตรวจ	เพื่อวางแผนโภชนาบำบัดให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น ได้พัฒนาการจัดการอาหารและโภชนาบำบัดในโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1. PCT ทุกสาขาร่วมกันกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องประเมินภาวะ					

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
ทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น เพื่อใช้ในการจัดบริการอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น และควรกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ ต้องดำเนินงานโภชน-บำบัดร่วมกับ PCT เพื่อวางแผนโภชน-บำบัดให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น	1. โภชนาการเพื่อวางแผนโภชนบำบัดให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น 2. IT เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสำคัญ เช่น BMI, โรคประจำตัว, การวินิจฉัย, และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในหน้าต่างของงานโภชนาการ 3. จัดทำแบบประเมินภาวะโภชนาการในกลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการประเมินภาวะโภชนาการและจัดบริการด้านโภชนาการที่เหมาะสม ครบถ้วนตามแผนที่กำหนด 4. ติดตามการดำเนินงาน 5. วิเคราะห์และประเมินผล	ต.ค. 66 – ก.ย.67	1. PCT ทุกสาขา กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องประเมินภาวะโภชนาการและตัวชี้วัดที่สอดคล้องให้แล้วเสร็จ	ภายในเดือน มิถุนายน 2567	โภชนาการ	ทุก 3 เดือน
			2. IT เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสำคัญในหน้าต่างของงานโภชนาการให้แล้วเสร็จ	ภายในเดือน มิถุนายน 2567	IM	ทุก 3 เดือน
74. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง [III-4.3 ง] -						
75. การจัดการความปวด [III-4.3 จ]						
คำแนะนำ (Suggestion) ทีมควรทบทวนกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องจัดการความปวดให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเฉียบพลัน เช่น กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัด กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุ เป็นต้น และนำมาออกแบบการประเมินความปวด การจัดการความปวด การติดตามประเมินซ้ำและปรับการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย	เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวด ได้รับการจัดการความปวดอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่มด้วยความเหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาล ทีมนำด้านคลินิก มีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. วิสัญญีแพทย์กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการจัดการความปวดใน					

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด เฉียบพลัน 2. จัดทำ CPG ชี้แจงประกาศใช้ CPG และนำ CPG ลงสู่การปฏิบัติใน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3. ติดตามผลลัพธ์การปฏิบัติตาม CPG และนำผลลัพธ์มาวิเคราะห์ เพื่อ ปรับปรุงแก้ไข	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. วิสัยทัศน์แพทย์จัดทำ CPG การจัดการ ความปวดในกลุ่ม ผู้ป่วยที่มีความ เจ็บปวดเฉียบพลัน ให้แล้วเสร็จ	ภายในเดือน มิถุนายน 2567	วิสัยทัศน์	ทุก 3 เดือน
			2. ร้อยละการปฏิบัติ ตาม CPG	ร้อยละ 100	วิสัยทัศน์ IPD	ทุก 3 เดือน
			3. ร้อยละของผลการ ประเมินผลลัพธ์ การจัดการความ ปวด	ดีขึ้นมากกว่า ร้อยละ 80	วิสัยทัศน์ IPD	ทุก 3 เดือน

76. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ [III-4.3 ฉ] -

77. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง [III-4.3 ช]

คำแนะนำ (Suggestion) 1. ทีมควรทบทวนร่วมกับทีมควบคุมการ ติดเชื้อ และทีมสิ่งแวดล้อมในการ จัดการแยกพื้นที่ ระหว่างจุดเก็บตัว กรองและจุดพัก/ ทิ้งขยะให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการปนเปื้อนที่อาจนำไปสู่ การติดเชื้อในผู้มารับบริการ	เพื่อป้องกันการปนเปื้อนที่อาจนำไปสู่ การติดเชื้อในผู้มารับบริการ ทีมนำ IC ร่วมกับ ENV ได้ร่วมกันทบทวนจัดการ แยกพื้นที่ ระหว่างจุดเก็บตัวกรองและ จุดพัก/ ทิ้งขยะ โดยมีแผนการ ดำเนินงาน ดังนี้ 1. ทีม IC ร่วมกับ ENV ร่วมกันทบทวน การจัดการแยกพื้นที่ ระหว่างจุดเก็บ ตัวกรองและจุดพัก/ ทิ้งขยะให้ เหมาะสม	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. อัตราการติดเชื้อใน กระแสเลือดจาก การคาสายสวน หลอดเลือด	0	- IC - ENV	ทุก 1 เดือน
--	--	----------------------	--	---	---------------	-------------

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
2. ควรส่งเสริมให้มีการทบทวนตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เช่น การคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ในกลุ่มเสี่ยง (DM, HT), การชะลอความเสื่อมของไต, ประสิทธิภาพการฟอกไตในผู้ที่ฟอกเลือด 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นต้น และนำผลการทบทวนดังกล่าวมาปรับปรุงกระบวนการดูแลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	2. ติดตามผลการดำเนินงาน 3. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการบริหาร	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	ส่วนกลาง (CLABSI/1,000 Cath Day)			
	เพื่อให้ตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด ทีมฯ ได้พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยมีแผนการดำเนินการดังนี้ 1. ทบทวนตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย 2. นำผลการทบทวนมาปรับปรุงกระบวนการดูแลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยมีกระบวนการ ดังนี้ 2.1 ยกระดับการดำเนินงานตามแนวทาง NCD/CKD Clinic Plus ให้ผ่านเกณฑ์ 2.2 จัดรูปแบบการบริการป้องกันควบคุมระดับHbA1C/ความดันโลหิตในคลินิก 2.3 พัฒนาปรับปรุง CPG โดย ทีมอายุรแพทย์/FM 2.4 มีการจัดทีมแพทย์ออกให้บริการทุก รพ.สต/เยี่ยมบ้าน โดยแบ่งตามภาวะแทรกซ้อน/ปัญหาที่พบ		1. ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	≥ ร้อยละ 80	NCD	ทุก 3 เดือน
			2. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m ² /yr	≥ ร้อยละ 66	NCD	ทุก 3 เดือน
			3. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของ Kt/V > 1.8	≥ ร้อยละ 80	ไตเทียม	ทุก 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	2.5 จัดทีมออกคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อน (เจาะเลือด ประจำปี) 2.6 ติดตามผู้ป่วยDM/HTที่ไม่เข้าถึง การให้บริการ/ขาดนัด 2.7 มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีคุณภาพ/ มีLine group ในการ ประสานงาน /consult 2.8 มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอบริการบ้าน/โครงการ หมู่บ้านจัดสุขภาพ/ศาลา สุขภาพเพื่อให้บริการผู้ป่วยโรค เรื้อรัง 2.9 มีการประชุม/KM เจ้าหน้าที่ รับผิดชอบงาน NCD ทุก ไตรมาส 2.10 เพิ่มการฟอกไตในผู้ป่วยที่มีค่า Kt/V ไม่ผ่านเกณฑ์จาก 2 ครั้ง เป็น 3 ครั้ง 3. ติดตามผลลัพธ์ นำผลลัพธ์มา วิเคราะห์ เพื่อปรับปรุงกระบวนการ ดูแลมีประสิทธิภาพ นำเสนอข้อมูล ต่อคณะกรรมการบริหารเพื่อหาแนว ทางแก้ไขร่วมกัน					

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
78. การแพทย์แผนไทย [III-4.3 ซ] -						
79. การแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine) [III-4.3 ฉ]						
คำแนะนำ (Suggestion) ควรติดตามประเมินการปฏิบัติตาม แนวทางที่ได้ออกแบบไว้ นำผลที่ได้มา ทบทวนและปรับปรุง กระบวนการการ ดูแลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	เพื่อให้กระบวนการการดูแลการแพทย์ ทางไกลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ทีมงาน ได้พัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล โดยมี แผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. ติดตามประเมินการปฏิบัติตาม แนวทางที่ได้ออกแบบไว้ นำผลการ ติดตามมาพัฒนา/ปรับปรุง กระบวนการดูแลใหม่ในการ ให้บริการการแพทย์ทางไกล 2. ชี้แจงแนวทางให้ทีมดูแลผู้ป่วย รับทราบ นำสู่การปฏิบัติตาม แนวทางที่กำหนดไว้ 3. ติดตามผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ที่ได้พัฒนา/ปรับปรุงแล้วนำเสนอผล การปฏิบัติต่อทีมพัฒนาคุณภาพเพื่อ หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน	ก.พ. 67 – ก.ย. 67	1. ร้อยละการปฏิบัติ ตาม CPG 2. อัตราผู้ป่วยความ ดันโลหิตสูงที่ สามารถควบคุม ระดับความดัน โลหิตได้ดีได้รับ บริการ Tele- Medicine	ร้อยละ 100 เพิ่ม $\geq 10\%$	ทีมนำชุมชน เชิงรุก ทีมนำชุมชน เชิงรุก	ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน
80. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน [III-4.3 ญ]						
คำแนะนำ (Suggestion) ทีมควรทบทวนนิยามและเป้าหมายของ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home based care) และร่วมกันวิเคราะห์กลุ่ม ผู้ป่วยที่สามารถให้การดูแลสุขภาพที่ บ้านได้ตามบริบทของโรงพยาบาล	เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแล ตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ทีมงานได้ พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ บ้าน โดยมีแผนการดำเนินงาน ดังนี้					

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
นำมาออกแบบกระบวนการดูแลสุขภาพ รวมทั้งการกำกับติดตามและปรับปรุง กระบวนการดูแลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น	1. ทบทวนนิยามและเป้าหมายการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ 2. จัดทำแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนที่บ้าน โดยการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการดูแลที่บ้านได้แก่ DM, HT, Asthma/COPD, CKD-V, Stroke, โรคหัวใจที่มีภาวะแทรกซ้อน, TB, จิตเวชตามระดับความรุนแรงของโรคและความต้องการการช่วยเหลือที่บ้าน 3. จัดทำ Flow chart กระบวนการทำงาน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ	> ร้อยละ 90	HHC	ทุก 3 เดือน
			2. อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่ ป้องกันได้	0 %	HHC	ทุก 3 เดือน

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

81. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง [III-5]

คำแนะนำ (Suggestion) โรงพยาบาลควรมีการประเมินปัญหา ความต้องการ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ที่มี ความเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยแต่ละราย และนำผลการประเมินที่ได้มาวางแผนการดูแล การให้ความรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นเมื่อต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้านร่วมกันกับผู้ป่วยและ	เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทีมฯได้พัฒนาการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีแผนการดำเนินงานดังนี้ 1. แผนประเมินปัญหา, ความต้องการ, และความสามารถในการดูแลตนเอง	ต.ค.66 – ก.ย. 67				
---	--	------------------	--	--	--	--

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
ครอบครัว รวมถึงควรมีการติดตาม ผลลัพธ์ของการจัดกิจกรรมเรียนรู้และ กิจกรรมเสริมทักษะ แล้วนำมาปรับปรุง กระบวนการเรียนรู้ การเสริมพลัง และ ให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยและ ครอบครัว สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน	ของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละ ราย 2. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสริม พลังผู้ป่วยและครอบครัว โดยการ ให้ความรู้, และฝึกทักษะการดูแลที่ บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ 3. คัดเลือกบุคคลต้นแบบ มอบรางวัล เพื่อเป็นกำลังใจ		1. ร้อยละของผู้ป่วย และญาติเข้าร่วม กิจกรรมเสริมพลัง	ร้อยละ 100	HHC	ทุก 3 เดือน
			2. มีบุคคลต้นแบบใน การดูแลสุขภาพ ตนเองที่บ้าน	มีบุคคล ต้นแบบ	HHC	ทุก 6 เดือน
			3. ลดภาวะแทรกซ้อน ที่สามารถป้องกัน ได้	ร้อยละ 80	HHC	ทุก 3 เดือน

III-6 การดูแลต่อเนื่อง

82. การดูแลต่อเนื่อง [III-6] **

ข้อเสนอแนะ (Recommendation) ควรทบทวนระบบนัดหมายและติดตาม ผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัด กรณีที่ผู้ป่วย ขาดนัด โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มผู้ป่วยที่พบว่ายังไม่สามารถ ควบคุมอาการของโรคได้ของแต่ละสาขา นอกจากนี้ควรมีการติดตามผลลัพธ์ของ การดูแลต่อเนื่อง สื่อสารส่งต่อข้อมูล ให้กับผู้เกี่ยวข้องทั้งในและนอก โรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง เหมาะสมกับสถานะสุขภาพของผู้ป่วย	เพื่อให้เกิดความร่วมมือและการ ประสานงาน มีการติดตามดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่องที่ให้ผลดี ผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษาต่อเนื่องเหมาะสมกับสภาวะ สุขภาพของผู้ป่วย ไม่เกิดภาวะ แทรกซ้อน ทีมนำดูแลผู้ป่วยได้พัฒนา แนวทางการดูแลต่อเนื่อง โดยมีแผนการ ดำเนินงาน ดังนี้					
--	---	--	--	--	--	--

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงควรมีการนำข้อมูลผลลัพธ์ของการดูแลต่อเนื้อที่ประเมินได้ มาปรับปรุงกระบวนการดูแลต่อเนื้อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	1. PCT ทุกสาขากำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องติดตามให้มาตรวจตามนัด 2. ทบทวนระบบนัดหมาย จัดทำระบบนัดหมายและติดตามผู้ป่วยกลับมารักษาต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยขาดนัด 3. ประสานงานกับ HHC รพสต. ชุมชน อสม. หรือภาคส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยและให้บริการต่อเนื่อง 4. ทบทวนหาโอกาสพัฒนาเพื่อนำมาปรับปรุงระบบงานและแก้ไขปัญหาเฉพาะราย	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. PCT ทุกสาขา กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องติดตามให้มาตรวจตามนัดให้แล้วเสร็จ	ภายในเดือน มิถุนายน 2567	- PCT ทุกสาขา	ทุก 3 เดือน
			2. อัตราผู้ป่วยขาดนัด ได้รับการติดตาม ให้มารับการตรวจตามนัด	> 80 %	- PCT ทุกสาขา	ทุก 3 เดือน

ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ

IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ (1) ตัววัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย

83. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในภาพรวม [IV-1, III] **

คำแนะนำ (Suggestion) ทีมควรพิจารณากำหนดตัวชี้วัดเพิ่มเติมให้ครอบคลุมบริบทของโรงพยาบาล M2 เช่น อัตราการ refer ผลการรักษาในกลุ่มโรคสำคัญที่มุ่งเน้น หรือที่ยังเป็นปัญหาเพื่อสะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา	เพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในภาพรวมครอบคลุมบริบทของโรงพยาบาล M2 ทีมประสานงานคุณภาพได้พิจารณา กำหนดตัวชี้วัดเพิ่มเติม โดยมีแผนการดำเนินการ ดังนี้ 1. ทีมประสานงานคุณภาพประชุมชี้แจงการกำหนดตัวชี้วัดให้แต่ละ PCT ทราบและให้แต่ละ PCT ทบทวนตัวชี้วัดเพิ่มเติมให้ครอบคลุม	มี.ค. 67 – มิ.ย. 67	1. PCT ทุกสาขา กำหนดตัวชี้วัดเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยใน	ภายในเดือน มิถุนายน 2567	- ทีม ประสานงาน คุณภาพ - PCT ทุกสาขา	ทุก 3 เดือน
---	---	------------------------	---	--------------------------	---	-------------

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	บริบทของโรงพยาบาล M2 ใน ประเด็น - อัตราการ refer out - ผลการรักษาในกลุ่มโรค สำคัญที่มุ่งเน้น - กลุ่มโรคสำคัญที่ยังเป็น ปัญหา 2. ให้แต่ละ PCT สรุปรายตัวชี้วัด เพื่อให้ทีม ประสานงานคุณภาพรวบรวม ทบทวนและสรุปรายตัวชี้วัดที่ชัดเจนใน การติดตาม 3. ทีมประสานงานคุณภาพนำตัวชี้วัดที่ สรุปชัดเจนแล้วคืนสู่แต่ละ PCT เพื่อให้แต่ละ PCT กำหนดกิจกรรม การดำเนินงาน/แนวปฏิบัติและนำสู่ การปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4. ทีมประสานงานคุณภาพติดตามผล การดำเนินงาน ร่วมกันวิเคราะห์ ผลลัพธ์การดำเนินงานกับ ผู้รับผิดชอบแต่ละตัวชี้วัด และหา แนวทางแก้ไขในตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไป ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้		ภาพรวมที่ชัดเจน ให้แล้วเสร็จ			

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
84. ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ [IV-1, III-1]						
คำแนะนำ (Suggestion) เนื่องจากตัวชี้วัดส่วนใหญ่เป็นการวัด การเข้าถึงโรค ทีมควรทบทวนเพื่อ กำหนดตัวชี้วัดเพิ่มเติมที่สะท้อนการ เข้าถึงในภาพรวมตามบริบทของ โรงพยาบาลในระดับ M2 เช่น การ เข้าถึงการผ่าตัด การเข้าถึงการฟอก เลือดด้วยเครื่องไตเทียม การรักษาโรค ด้านทันตกรรม การเข้าถึง ICU ความสามารถในการรับ refer (refer in, refer back) เป็นต้น	เพื่อให้มีการเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ครอบคลุมบริบทของโรงพยาบาล M2 มี แผนการดำเนินการ ดังนี้ 1. ทีมประสานงานคุณภาพประชุม ชี้แจงการกำหนดตัวชี้วัดเพิ่มเติมที่ สะท้อนการเข้าถึงในภาพรวมตาม บริบทของโรงพยาบาลในระดับ M2 ให้แต่ละ PCT ทราบและให้แต่ละ PCT ทบทวนตัวชี้วัดในประเด็นที่ เกี่ยวข้อง ได้แก่ - การเข้าถึงการผ่าตัด - การเข้าถึงการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม - การรักษาโรคด้านทันต กรรม - การเข้าถึง ICU - ความสามารถในการรับ refer (refer in, refer back) 2. ให้แต่ละ PCT สรุปลักษณะ เพื่อให้ ทีมประสานงานคุณภาพรวบรวม ทบทวนและสรุปลักษณะที่ชัดเจนใน การติดตาม 3. ทีมประสานงานคุณภาพนำตัวชี้วัดที่ สรุปลักษณะแล้วคืนสู่แต่ละ PCT	มี.ค. 67– มิ.ย. 67	1. PCT ทุกสาขา กำหนดตัวชี้วัด เพิ่มเติมที่สะท้อน การเข้าถึงใน ภาพรวมตาม บริบทของ โรงพยาบาลใน ระดับ M2 ให้แล้ว เสร็จ	ภายในเดือน มิถุนายน 2567	- ทีม ประสานงาน คุณภาพ - PCT ทุกสาขา	ทุก 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	เพื่อให้แต่ละ PCT กำหนดกิจกรรม การดำเนินงาน/แนวปฏิบัติและนำสู่ การปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4. ทีมประสานงานคุณภาพติดตามผล การดำเนินงาน ร่วมกันวิเคราะห์ ผลลัพธ์การดำเนินงานกับ ผู้รับผิดชอบแต่ละตัวชี้วัด และหา แนวทางแก้ไขในตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไป ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้					

85. ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1, III-5, 6]

คำแนะนำ (Suggestion) ทีมควรมีการกำหนดตัวชี้วัดให้ ครอบคลุมตามกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้อง ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามที่ โรงพยาบาลกำหนด รวมถึงกำหนด ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการติดตามอัตราการ ขาดนัดในกลุ่มโรคสำคัญ อัตราการขาด นัดในภาพรวม อัตราการมาตรวจก่อน วันนัด อัตราการติดตามการขาดนัด การ ส่งต่อการเยี่ยมบ้าน การรับส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น รวมถึงควรมีการวิเคราะห์และ ใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด ที่สะท้อน ผลลัพธ์ของการดูแลต่อเนื่องแล้วนำ ผลลัพธ์ที่ติดตามได้ไปปรับปรุง	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตาม แนวทางการติดตาม การดูแลตามนัดที่ สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และความต้องการในการดูแลต่อเนื่อง ของผู้ป่วย มีแผนการดำเนินการ ดังนี้ 1. ทีมประสานงานคุณภาพประชุม ชี้แจง PCT แต่ละสาขาเพื่อกำหนด ตัวชี้วัดให้ครอบคลุมในประเด็น - กลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการ ดูแลต่อเนื่อง - อัตราการขาดนัดในกลุ่มโรค สำคัญ - อัตราการขาดนัดในภาพรวม - อัตราการมาตรวจก่อนวันนัด - อัตราการติดตามการขาดนัด	มี.ค. 67– มิ.ย. 67	1. PCT ทุกสาขา กำหนดตัวชี้วัดให้ ครอบคลุมตาม กลุ่มโรคเรื้อรังที่ ต้องได้รับการดูแล ต่อเนื่องตามที่ โรงพยาบาล กำหนดให้แล้ว เสร็จ	ภายในเดือน มิถุนายน 2567	- ทีม ประสานงาน คุณภาพ - PCT ทุกสาขา	ทุก 3 เดือน
---	---	-----------------------	---	--------------------------------	---	-------------

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
กระบวนการดูแลต่อเนื่องให้มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	- การส่งต่อการเยี่ยมบ้าน - การรับส่งต่อผู้ป่วย 2. ให้แต่ละ PCT สรุปตัวชี้วัด เพื่อให้ ทีมประสานงานคุณภาพรวบรวม ทบทวนและสรุปตัวชี้วัดที่ชัดเจนใน การติดตาม 3. ทีมประสานงานคุณภาพนำตัวชี้วัดที่ สรุปชัดเจนแล้วคืนสู่แต่ละ PCT เพื่อให้แต่ละ PCT กำหนดกิจกรรม การดำเนินงาน/แนวปฏิบัติและนำสู่ การปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4. ทีมประสานงานคุณภาพติดตามผล การดำเนินงาน ร่วมกันวิเคราะห์ ผลลัพธ์การดำเนินงานกับ ผู้รับผิดชอบแต่ละตัวชี้วัด และหา แนวทางแก้ไขในตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไป ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้		2. PCT ทุกสาขา กำหนดตัวชี้วัดที่ เกี่ยวกับ อัตราการ ขาดนัดในกลุ่มโรค สำคัญ, อัตราการ ขาดนัดในภาพรวม , อัตราการมาตรวจ ก่อนวันนัด, อัตรา การติดตามการ ขาดนัด, การส่งต่อ การเยี่ยมบ้าน, การ รับส่งต่อผู้ป่วย ให้ แล้วเสร็จ	ภายในเดือน มิถุนายน 2567	- ทีม ประสานงาน คุณภาพ - PCT ทุกสาขา	ทุก 3 เดือน
86. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (มิติความเหมาะสมและประสิทธิภาพ) [IV-1, III-2, 3, 4] **						
คำแนะนำ (Suggestion) 1. ควรทบทวนตัวชี้วัดด้านกระบวนการ มิติความเหมาะสมและประสิทธิภาพ ให้ครอบคลุมกลุ่มโรคสำคัญของ โรงพยาบาล เช่น STEMI, Sepsis, Stroke, Multiple trauma ในประเด็น อัตราการเสียชีวิต อัตราความสำเร็จใน	เพื่อให้ผลลัพธ์ด้านกระบวนการการดูแล ผู้ป่วยโรคสำคัญครอบคลุมทั้งมิติความ เหมาะสมและประสิทธิภาพ มีแผนการ ดำเนินการ ดังนี้					

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
การรักษา ความถูกต้องเหมาะสมของ การวินิจฉัยโรค ความรวดเร็วในการ รักษา เป็นต้น 2. ควรเพิ่มความท้าทายในมิติของการวัด ใหม่ในผลการดำเนินงานที่บรรลุ เป้าหมายแล้ว เพื่อให้เกิดบริการใหม่ๆ และมีการพัฒนาการบริการอย่าง ต่อเนื่อง 3. ในผลการดำเนินงานที่ยังไม่บรรลุ เป้าหมาย เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน หรือผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดิน หายใจ ควรส่งเสริมการวิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแผนปฏิบัติการเพื่อเพิ่ม ความชัดเจนในการดำเนินงาน	1. ทีมประสานงานคุณภาพประชุม ชี้แจง PCT แต่ละสาขาเพื่อทบทวน ตัวชี้วัดในประเด็นดังต่อไปนี้ 1.1 ด้านกระบวนการมิติความ เหมาะสมและประสิทธิผลให้ ครอบคลุมกลุ่มโรคสำคัญของ โรงพยาบาล ได้แก่ STEMI, Sepsis, Stroke, Multiple trauma ในประเด็น - อัตราการเสียชีวิต - อัตราความสำเร็จในการ รักษา - ความถูกต้องเหมาะสมของ การวินิจฉัยโรค - ความรวดเร็วในการรักษา 1.2 เพิ่มความท้าทายในมิติของการ วัดใหม่ในผลการดำเนินงานที่ บรรลุเป้าหมายแล้ว เพื่อให้เกิด บริการใหม่ๆ และมีการ พัฒนาการบริการอย่าง ต่อเนื่อง 1.3 ทบทวนตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุ เป้าหมาย 2. ให้แต่ละ PCT กำหนดและสรุป ตัวชี้วัดในประเด็นที่กำหนด เพื่อให้ ทีมประสานงานคุณภาพได้รวบรวม	มี.ค. 67– มิ.ย. 67	1. PCT ทุกสาขา ทบทวนและ กำหนดตัวชี้วัดด้าน กระบวนการ มิติ ความเหมาะสม และประสิทธิผล ให้ครอบคลุมโรค STEMI, Sepsis, Stroke, Multiple trauma ใน ประเด็น อัตราการ เสียชีวิต, อัตรา ความสำเร็จในการ รักษา, ความ ถูกต้องเหมาะสม ของการวินิจฉัยโรค และความรวดเร็ว ในการรักษาให้แล้ว เสร็จ 2. PCT ทุกสาขา ทบทวนและ กำหนดตัวชี้วัดที่ เพิ่มความท้าทาย ในมิติของการวัด ใหม่ในผลการ ดำเนินงานที่บรรลุ	ภายในเดือน มิถุนายน 2567 ภายในเดือน มิถุนายน 2567	- ทีม ประสานงาน คุณภาพ - PCT ทุกสาขา - ทีม ประสานงาน คุณภาพ - PCT ทุกสาขา	ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
โอกาสพัฒนาในการใช้ทรัพยากรทาง การแพทย์ให้เกิดประโยชน์สูงสุด	- LOS ในภาพรวม - LOS กลุ่มโรคสำคัญ - ประสิทธิภาพการใช้จ่ายยารักษา - ประสิทธิภาพในการใช้อุปกรณ์ การแพทย์ 2. กำหนดตัวชี้วัดเพื่อวัดประสิทธิผล ของการใช้ทรัพยากรอย่างมี ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย 3. PCT ทุกสาขากำหนดแนวทาง มาตรการป้องกันในประเด็นที่ กำหนด แล้วนำสู่การปฏิบัติใน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4. ทีมประสานงานคุณภาพติดตาม ผลลัพธ์การดำเนินงาน ร่วมกัน วิเคราะห์ผลลัพธ์กับผู้รับผิดชอบแต่ ละตัวชี้วัด ปรับปรุงแนวทางการ ดำเนินงานเพื่อหาโอกาสพัฒนาใน การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ให้ เกิดประโยชน์สูงสุด		2. ต้นทุนบริการผู้ป่วย ในต่อวัน เปรียบเทียบกับค่า กลาง 3. LOS ในภาพรวม ของโรงพยาบาล	ลดลง ลดลง		

88. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S) * [IV-1, III-4.3 ก, ข]

คำแนะนำ (Suggestion) เนื่องจากความปลอดภัยในห้องผ่าตัด เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็น แม้ผลลัพธ์ สุดท้ายจะไม่พบความผิดพลาดที่เกิดขึ้น แต่เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ควรส่งเสริม	เพื่อให้เกิดความมั่นใจและปลอดภัยใน การดูแลผู้ป่วยผ่าตัด มีแผนการ ดำเนินการ ดังนี้ 1. จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็น มาตรฐานด้านการระงับความรู้สึก					
---	---	--	--	--	--	--

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
การวัดประสิทธิภาพและความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทาง เช่น ความถูกต้องและความครบถ้วน ทำการเตรียมตัวและ surgical safety checklist ก่อนเข้าห้องผ่าตัด เป็นต้น	- จัดทำแนวทางการประเมินและวางแผนระงับความรู้สึกทั้งในกรณีผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง - จัดทำแนวทางการติดตามผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึก/ ชั่วรอฟื้น และการจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้น	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก	0 %	- วิสัณฐี	ทุก 1 เดือน
	2. ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด วิเคราะห์ผลลัพธ์ทั้งด้านประสิทธิภาพและความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทาง นำผลการวิเคราะห์มาพัฒนา/ปรับปรุงแนวทาง แล้วถ่ายทอดคืนสู่การปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด	0 %	- OR	ทุก 1 เดือน
	3. การผ่าตัด จัดทำแนวทางปฏิบัติผู้ป่วยผ่าตัด ได้แก่ - แนวทางการประเมินและวางแผนดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในกรณีฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง และการผ่าตัดที่ซับซ้อน		3. อัตราการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	0 %	- OR	ทุก 1 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	- แนวทางการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด - แนวทางการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และผิดหัตถการ - แนวทางการติดตามดูแลหลังผ่าตัด - ชี้แจงแนวทางปฏิบัติต่างๆ ต่อทีมพยาบาลที่ผู้ป่วยให้เข้าใจตรงกัน - ติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง ที่กำหนดในด้านความถูกต้องและความครบถ้วน การเตรียมตัวและ surgical safety checklist ก่อนเข้าห้องผ่าตัด นำผลวิเคราะห์มาพัฒนา/ปรับปรุงแนวทาง แล้วถ่ายทอดคืนสู่การปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					
89. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I) * [IV-1, II-4]						
คำแนะนำ (Suggestion) ทีมควรมีการทบทวนตัวชี้วัดให้เหมาะสม และครอบคลุมตามบริบท	เพื่อลดอัตราการติดเชื้อให้เหลือน้อยที่สุด ทีมนำด้านการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีม IC ได้ทบทวนตัวชี้วัดครอบคลุมตาม					

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
เพิ่มเติม เช่น อัตราการติดเชื้อ SSI และ อัตราการเฝ้าระวัง Post discharge surveillance แยกตาม operation เป็นต้น โดยวิเคราะห์ให้เห็นถึงแนวโน้มของตัวชี้วัดแต่ละตัวชี้วัด สาเหตุที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ดีหรือไม่ดี แล้วนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปพัฒนา โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการติดเชื้อให้เหลือน้อยที่สุด	ปรับปรุงเพิ่มเติม โดยมีแผนการดำเนินการดังนี้ - กำหนดใช้การเฝ้าระวังแบบจำเพาะเจาะจง (Targeted surveillance) โดยให้ PCT ทุกสาขาทบทวนตัวชี้วัดเพิ่มเติมในการเฝ้าระวัง Post discharge surveillance แยกตาม operation และเฝ้าระวัง SSI ตามประเภทของการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง แล้วร่วมกันกำหนดตัวชี้วัดเพิ่มเติมให้ครอบคลุม - ทึมนำ IC ร่วมกับ ทีม PCT ทุกสาขา ร่วมกันทบทวน/ปรับปรุงแนวปฏิบัติ ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - ทีมประสานงานคุณภาพติดตามผลการดำเนินงานทุก 1 เดือน ในส่วนของการเฝ้าระวัง SSI ให้ผู้รับผิดชอบรายงานการติดเชื้อเป็นรายกรณี สำหรับการผ่าตัดที่ไม่ได้มีการเฝ้าระวัง - ทีมประสานงานคุณภาพติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยร่วมกันกับทึมนำ IC และทึมนำ PCT ทุกสาขาวิเคราะห์แนวโน้มของตัวชี้วัดแต่ละตัวชี้วัด หาสาเหตุที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ดีหรือไม่ดี แล้วนำผลการ	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. PCT ทุกสาขา กำหนดตัวชี้วัดเพิ่มเติมในการเฝ้าระวัง Post discharge surveillance แยกตาม operation และเฝ้าระวัง SSI ตามประเภทของการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงให้แล้วเสร็จ	ภายในเดือน มิถุนายน 2567	- IC - PCT ทุกสาขา - ทีมประสานงานคุณภาพ	ทุก 1 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	วิเคราะห์ที่ได้ไปพัฒนา เพื่อลดอัตรา การติดเชื้อให้เหลือน้อยที่สุด 5. รายงานผลการดำเนินงานด้านความ ปลอดภัยในการควบคุมและป้องกัน การติดเชื้อต่อคณะกรรมการบริหาร ทุก 1 เดือน					
90. ผลลัพธ์ระบบบริหารจัดการด้านยาและด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/ เลือด (M) * [IV-1, II-6, II-7.4]						
คำแนะนำ (Suggestion) ควรเพิ่มตัวชี้วัดให้ครอบคลุม เช่น HAD, medication reconciliation, ADR type A ที่สำคัญ เป็นต้น นำมาวิเคราะห์ เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์การดำเนินงานให้มีความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น	เพื่อให้การดำเนินงานระบบบริหาร จัดการด้านยามีความปลอดภัยเพิ่มมาก ขึ้น มีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. ประชุมคณะกรรมการ PTC เพื่อ ทบทวนตัวชี้วัดให้ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งได้ดำเนินการแล้ว ผลการประชุม ได้เพิ่มตัวชี้วัดดังนี้ - อุบัติการณ์ความคลาด เคลื่อนทางยาของยาความ เสี่ยงสูง - อุบัติการณ์การเกิด preventable ADR - อุบัติการณ์ความคลาด เคลื่อนทางยาที่เกิดจาก กระบวนการ medication reconciliation 2. วิเคราะห์ผลลัพธ์แล้วนำมาพัฒนา/ ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ เพื่อ	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. อุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อน ทางยาของยาความ เสี่ยงสูงที่รุนแรง ตั้งแต่ระดับ C ขึ้น ไป 2. อุบัติการณ์การเกิด preventable ADR 3. อุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อน ทางยาที่เกิดจาก กระบวนการ	0 ครั้ง 0 ครั้ง 0 ครั้ง	ทีมนำ PTC ทีมนำ PTC ทีมนำ PTC	ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	ปรับปรุงผลลัพธ์การดำเนินงานให้มีความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น 3. นำเสนอผลการวิเคราะห์และแนวทางปฏิบัติที่ได้พัฒนา/ปรับปรุงแล้วต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำสู่การปฏิบัติต่อไป 4. ติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทาง		medication reconciliation ระดับ c ขึ้นไป			
91. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P) * [IV-1, III] *						
คำแนะนำ (Suggestion) 1. ทีมควรร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าวแม้ว่าจะยังไม่พบว่ามีอุบัติการณ์ใดที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป เนื่องจากยังมีอุบัติการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นเป็นระยะและมีแนวโน้มเกิดมากขึ้น 2. ควรพิจารณาเพิ่มเติมตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล M2 โดยอ้างอิงจาก Thailand patient safety goals	เพื่อลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค และป้องกันการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด มีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. กำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค (Reduction of Diagnostic error) และการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดเป็นเป้าหมายความปลอดภัยขององค์กร 2. ทีมนำดูแลผู้ป่วยนำแนวทางใน Patient Safety Goals (SIMPLE) เรื่อง Reduction of Diagnostic error และการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด มาสู่การปฏิบัติ ทบทวนความหมายของ Diagnostic error และการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด 3. ทบทวนภาพรวมของ Diagnostic error และการระบุตัวผู้ป่วย	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. อัตราการทบทวนความเสี่ยงทุกระดับ 2. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงซ้ำในกรณีเหตุการณ์ซ้ำเดิม	> 90 % < 5 %	ทีมนำ PCT ทีมนำ PCT	ทุก 1 เดือน ทุก 1 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	ผิดพลาด โดย ทบทวนจากการ รายงานอุบัติการณ์ การใช้ Trigger Tool เพื่อทบทวนเวชระเบียน และ สุ่มเวชระเบียนมาทบทวน 4. ทิมนำดูแลผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ สาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์การ วินิจฉัยคลาดเคลื่อน (Diagnostic error) และอุบัติการณ์การระบุตัว ผู้ป่วยผิดพลาดทุกระดับ เพื่อค้นหา กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ ดังกล่าว 5. ทบทวนความเสี่ยงในทุกระดับ อย่างต่อเนื่องและออกแบบ กระบวนการใหม่เพื่อปรับปรุง กระบวนการวินิจฉัยให้เกิดความ แม่นยำ เกิดความปลอดภัยและ ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์ซ้ำเดิม 6. ทบทวนแนวปฏิบัติในการวินิจฉัย และการระบุตัวผู้ป่วย ร่วมกัน พัฒนา/ปรับปรุงมาตรการป้องกัน การเกิดอุบัติการณ์การวินิจฉัย คลาดเคลื่อน (Diagnostic error) และอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วย ผิดพลาด 7. ทิมนำ RM ทบทวนและกำหนด ตัวชี้วัดเพิ่มเติมในประเด็น Patient					

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	Care Processes โดยอ้างอิงจาก Thailand patient safety goals	มี.ค. 67 – มิ.ย. 67	1. ทีมนำ RM ทบทวนและ กำหนดตัวชี้วัด เพิ่มเติมในประเด็น Patient Care Processes ให้แล้ว เสร็จ	ภายในเดือน มิถุนายน 2567	ทีมนำ RM	ทุก 3 เดือน

92. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัววัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L) * [IV-1, II-7.2]

ควรทบทวนการกำหนดเป้าหมายของ การรายงานผลผิดพลาดและทบทวนหา สาเหตุของการรายงานผลผิดพลาดที่ แท้จริง เพื่อนำสู่การปรับปรุงระบบที่ เกี่ยวข้องเพื่อลดการเกิดการรายงานผล ผิดพลาด	เพื่อลดการเกิดการรายงานผลผิดพลาด มีแผนการดำเนินงาน ดังนี้	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. จำนวนอุบัติการณ์ การตรวจวิเคราะห์ และรายงานผล ตรวจวิเคราะห์ ล่าช้า	< 8 ครั้ง	Lab	ทุก 3 เดือน
	1. ประชุมชี้แจงแนวทางการตรวจ วิเคราะห์และรายงานผลตรวจ วิเคราะห์ Lab ผิดพลาด (ล่าช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ ผล คลาดเคลื่อน) แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อ ทำความเข้าใจปฏิบัติเป็นแนวทาง เดียวกันร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุ/ Under report		2. จำนวนอุบัติการณ์ การส่งสิ่งส่งตรวจ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิด วิธีการ	< 2 ครั้ง	Lab	ทุก 3 เดือน
	2. เก็บรวบรวมรายงานสถิติการ รายงานความเสี่ยงของการรายงาน ผลตรวจวิเคราะห์ Lab ผิดพลาด นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ และกำหนดแนวทางในการรายงาน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (WI)		3. จำนวนอุบัติการณ์ การตรวจวิเคราะห์ และรายงานผล	< 2 ครั้ง	Lab	ทุก 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	และกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนของ การรายงานผิดพลาด 3. ทบทวน ติดตาม ประเมินผลการ ดำเนินการ และปัญหาอุปสรรคที่ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทุก 3 เดือน แล้วนำผลที่ได้มาปรับปรุงระบบใน การดำเนินงานการให้มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น		ตรวจวิเคราะห์ คลาดเคลื่อน			

93. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E) * [IV-1, III-4.2 (5)]

ควรส่งเสริมการนำข้อมูลของการ triage ที่วิเคราะห์สาเหตุของ under triage ไว้ ระดับหนึ่งแล้ว มาวิเคราะห์เพิ่มเติมใน ส่วนของกระบวนการปฏิบัติที่ทำให้ไม่ เป็นไปตามคาดหวัง นำมาปรับปรุง กระบวนการปฏิบัติ เพื่อให้การคัดแยก และคัดกรองมีความแม่นยำมากขึ้น	เพื่อให้การคัดแยกและคัดกรองมีความ แม่นยำมากขึ้น มีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. ทีมดูแลผู้ป่วยนำข้อมูลสาเหตุของ under triage มาวิเคราะห์เพิ่มเติม ในส่วนของกระบวนการปฏิบัติที่ทำให้ ไม่เป็นไปตามคาดหวัง 2. กำหนดใช้ W-S NEWS (Wapipathum-Sarakham National Early Warning Score) เป็นเครื่องมือเพื่อให้มีการเฝ้าระวัง การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่าง เหมาะสมทันกับสถานการณ์/ ความ รุนแรงของการเจ็บป่วย สามารถ รายงานแพทย์และนำไปสู่การปรับ แผนการรักษาอย่างทันท่วงที	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. ร้อยละการคัดแยก under triage ที่ ER 2. ร้อยละการคัดแยก over triage ที่ ER	< ร้อยละ 3 < ร้อยละ 3	- ER - PCT ทุกสาขา - ER - PCT ทุกสาขา	ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน
--	---	----------------------	---	------------------------------	--	--------------------------------

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองรพ.	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน
	3. พัฒนาทักษะทีมผู้ให้บริการในการประเมินและเฝ้าระวังอาการทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วย Fast tract ได้แก่ Stroke, STEMI, Sepsis, Trauma 4. ทบทวน/ ปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติ นำผลการทบทวน/ ปรับปรุงมาออกแบบกระบวนการใหม่เพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย นำสู่การปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกันและติดตามการปฏิบัติตามกระบวนการที่กำหนดทุก 3 เดือน					

IV-1 ผลด้านการดแลสุขภาพ (2) ตัววัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

94. ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ 3-7 ตัว [IV-1 (2)]

ทีมควรมีการกำหนดกลุ่มโรค กลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยพิจารณาให้ครอบคลุมกลุ่มโรคสำคัญที่กำหนด เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มโรคที่พบว่าหากผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะทำให้แนวโน้มการเจ็บป่วยดีขึ้น นอกจากนี้ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายที่สะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำความสามารถในการดูแลตนเองของ	เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการให้สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้ ทีมนำดูแลผู้ป่วย มีแผนการดำเนินการดังนี้ - กำหนดให้ PCT ทุกสาขา กำหนดกลุ่มโรค กลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ - กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM, HT, CKD - Stroke	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. อัตราผู้ป่วย HT ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	≥ ร้อยละ 50	- NCD - PCT MED	ทุก 6 เดือน
			2. ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่สามารถควบคุมได้	≥ ร้อยละ 40	- NCD - PCT MED	ทุก 6 เดือน

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผลลัพธ์ของ การสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อ ค้นหาโอกาสพัฒนาแล้วนำมาปรับ กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพให้กับ ผู้ป่วยต่อไป	2. PCT ทุกสาขาจัดทำแนวทางปฏิบัติ ในการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มโรค สำคัญดังกล่าว แล้วถ่ายทอดนำสู่ การปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		3. อัตราผู้ป่วยไตวาย ระดับ 3-4 มีอัตรา การลดลงของ eGFR < 5 mL/ min/1.73m/yr	≥ ร้อยละ 66	- NCD - PCT MED	ทุก 6 เดือน
	3. ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางทุก 6 เดือน วิเคราะห์ผลลัพธ์ เพื่อ ค้นหาโอกาสพัฒนาแล้วนำมาปรับ กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ให้กับผู้ป่วย		4. อัตราผู้ป่วย Stroke เลิกบุหรี่ สำเร็จ	≥ ร้อยละ 35	- NCD - PCT MED	ทุก 6 เดือน

95. ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน [II-8, II-9]

ควรเสริมการติดตามการสร้างเสริม สุขภาพในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับภัย สุขภาพอื่นๆที่พบในชุมชน เพื่อให้ชุมชน เกิดสุขภาวะและลดการเจ็บป่วยที่ สามารถป้องกันได้	เพื่อให้ชุมชนเกิดสุขภาวะและลดการ เจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ มีแผนการ ดำเนินการดังนี้ 1. กำหนดชุมชนที่รับผิดชอบที่จะ จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ 2. ทีมร่วมกับชุมชนวางแผนและ ออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดย ระบุปัญหาที่สอดคล้องกับ ความต้องการด้านสุขภาพ ครอบคลุมกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ 2.1 โรคติดต่อที่เป็นปัญหาในพื้นที่ - โรคไข้เลือดออก - โรคเลปโตสไปโรซิส - โรคมือเท้าปาก	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. อัตราป่วยโรค ไข้เลือดออก 2. อัตราป่วยเลปโตสไปโรซิส 3. อัตราป่วยโรคมือ เท้าปาก 4. อัตราการเสียชีวิต ของเด็กจมน้ำ	≤ 60: แส่น ปชก. ≤ 60: แส่น ปชก. ≤ 60: แส่น ปชก. ≤ 6.5: แส่น ปชก.อายุไม่ เกิน 15 ปี	- SRRT - ชุมชนเชิงรุก - SRRT - ชุมชนเชิงรุก - SRRT - ชุมชนเชิงรุก - SRRT - ชุมชนเชิงรุก	ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน
---	--	----------------------	--	--	--	--

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	2.2 โรคและภัยสุขภาพ - เด็กจมน้ำเสียชีวิต - อุบัติเหตุทางถนนเสียชีวิต 3. จัดทำแผนบริการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ที่ต้องการ และตัวชี้วัดที่เหมาะสม 4. ติดตามประเมินผลการจัดบริการ สร้างเสริมสุขภาพในชุมชน นำผล การประเมินมาจัดลำดับ ความสำคัญ สื่อสารแก่ชุมชนที่มี ส่วนร่วม เพื่อร่วมกันพัฒนาการ จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพใน ชุมชนอย่างต่อเนื่อง		5. อัตราการเสียชีวิต อุบัติเหตุทางถนน	≤ 6.5: แส่น ปชก.อายุไม่ เกิน 15 ปี	- SRRT - ชุมชนเชิงรุก	ทุก 3 เดือน

IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน

96. ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย [IV-2, I-3]

คำแนะนำ (Suggestion) 1. ควรส่งเสริมการวัดความพึงพอใจในระดับหน่วยบริการเพื่อให้ได้ความต้องการที่แท้จริงของผู้มาเข้ารับบริการในหน่วยนั้นๆ 2. ควรทบทวนเป้าหมายของการวัด โดยเฉพาะข้อ 96.3 ร้อยละข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ กำหนดความชัดเจนของเป้าหมายในการเก็บตัวชี้วัด	เพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มผู้รับบริการในหน่วยนั้นๆ มีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. รับฟังเสียงสะท้อน/ ข้อเสนอของผู้รับบริการในระดับหน่วยบริการ โดยสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการทั่วไปทั้ง OPD และ IPD โดยใช้โปรแกรม PEP เพิ่มการสำรวจในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยนอก (OPD)	≥ 95 %	ทีมประสานงานคุณภาพ (FA)	ทุก 1 ปี
---	--	----------------------	-------------------------------------	--------	-------------------------	----------

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
	Stroke, STEMI, Sepsis, กลุ่มผู้ป่วย โรคเรื้อรัง, ผู้ป่วยที่มารับบริการ ODS, ผู้ป่วยต่างด้าว, ผู้ป่วย ญาติ ผู้ป่วยทุกสิทธิบัตรและกลุ่มผู้มีส่วน ได้เสีย 2. เพิ่มช่องทางการรับฟังข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็น 3. วิเคราะห์ ประเมินผลและจัดทำ แผนปฏิบัติการเพื่อวางแผนแก้ไข ติดตามสรุปผลการสำรวจความ พึง พอใจ 4. นำผลสำรวจความพึงพอใจเสนอต่อ คณะกรรมการบริหาร เพื่อดำเนิน การปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ 5. คืบข้อมูลผลการดำเนินงานแก้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้มารับ บริการ		2. อัตราความ พึงพอใจผู้ป่วยใน (IPD) 3. อัตราความ พึงพอใจผู้ป่วย กลุ่มโรคสำคัญ 4. อัตราความ พึงพอใจของ ชุมชน 5. อัตราความพึง พอใจผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	≥ 95 % ≥ 95 % ≥ 95 % ≥ 95 %	ทีมประสานงาน คุณภาพ (FA) ทีมประสานงาน คุณภาพ (FA) ทีมประสานงาน คุณภาพ (FA) ทีมประสานงาน คุณภาพ (FA)	ทุก 1 ปี ทุก 1 ปี ทุก 1 ปี ทุก 1 ปี

IV-3 ผลด้านบุคลากร

97. ผลลัพธ์ด้านกำลังคน [IV-3, I-5] *

ทีมควรกำหนดการวัดผลที่ครอบคลุม ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดหากำลังคน ที่เพียงพอ, การพัฒนาบุคลากร, การ สร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร รวมถึง การวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อ ความพึงพอใจ ความผูกพันของบุคลากร	เพื่อพัฒนาปรับปรุงการบริหาร ทรัพยากรบุคคลให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น มีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. กำหนดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมผลลัพธ์ที่ เกี่ยวข้องกับการจัดหากำลังคน	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. อัตราความคงอยู่ ของบุคลากร (Retention Rate)	> 95 %	- HRD	ทุก 1 ปี
---	--	----------------------	--	--------	-------	----------

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงการบริหาร ทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น	เพียงพอ, การพัฒนาบุคลากร, การ เสริมสร้างสุขภาพบุคลากร - วิเคราะห์อัตรากำลังคนที่ขาดใน แต่ละหน่วยงาน - จัดสรรและกระจายอัตรา กำลังคนให้เหมาะสมกับงาน - จัดทำแผนส่งบุคลากรเข้ารับ การอบรมภายนอกและภายใน หน่วยงาน - มีการจัดประกวดผลงาน คุณภาพประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567 - จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร ในหน่วยงานเกี่ยวกับการ เสริมสร้างและพัฒนาทางด้าน จริยธรรม การรักษาวินัย รวมทั้งการป้องกันผลประโยชน์ ทับซ้อนจากการปฏิบัติงาน - การพัฒนาบุคลากรตาม แผนพัฒนารายบุคคล - แผนปฏิบัติการส่งเสริม คุณธรรมของชมรมจริยธรรม 3. การวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อ ความพึงพอใจ และความผูกพันของ บุคลากร		2. ร้อยละความผูกพัน ของบุคลากร 3. ร้อยละหน่วยงานที่มี ผลค่าเฉลี่ยคะแนน การประเมินดัชนี ความสุขของ คนทำงาน ≥ 65 (Happinometer) 4. อัตราบุคลากรได้รับ การพัฒนาความรู้/ ทักษะด้านการ ปฏิบัติงาน 1 ครั้ง/ปี 5. ร้อยละการจัด อัตรากำลังคนได้ ตามแผน 6. ร้อยละบุคลากรที่มี ผลตรวจสุขภาพ ผิดปกติได้รับการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	> ร้อยละ 90 $\geq$ ร้อยละ 80 (คะแนน 50.00 - 74.99 Happy) > 90 % $\geq$ ร้อยละ 80 ร้อยละ 100	- HRD - HRD - HRD - HRD - HRD - อาชีวอนามัย	ทุก 1 ปี ทุก 1 ปี ทุก 1 ปี ทุก 1 ปี

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
IV-4 ผลด้านการนำและการกำกับดูแล						
98. ผลลัพธ์ด้านการนำ [IV-4, I-I, I-2] -						
IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ						
99. ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV [IV-5, II]						
1. ควรกำหนดตัวชี้วัดให้ครอบคลุมกระบวนการทำงานสำคัญเพิ่มเติม เช่น IM, BCM, supply chain, RM, ENV เป็นต้น เพื่อนำมาวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการทำงานสำคัญขององค์กรให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลที่ดีเพิ่มมากขึ้น	เพื่อให้กระบวนการทำงานสำคัญขององค์กรมีประสิทธิภาพประสิทธิผลที่ดีเพิ่มมากขึ้น มีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1. กำหนดตัวชี้วัดให้ครอบคลุมในกระบวนการทำงานสำคัญเพิ่มเติม ได้แก่ IM, BCM, supply chain, RM, ENV 2. วิเคราะห์ผลลัพธ์และปรับปรุงกระบวนการทำงานสำคัญ	ต.ค. 66 – ก.ย. 67	1. ผ่านการประเมิน HAIT 2. อัตราความพร้อมใช้ของเครื่องมือ ความเสี่ยงสูง 3. ร้อยละผู้ส่งมอบผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการประเมิน 4. จำนวนครั้งของการซ่อมแผนอัคคีภัยร่วมกับองค์กรภายนอก 5. จำนวนครั้งของการซ่อมแผนอุบัติเหตุ	ผ่านการประเมินขั้น 1 100 % ร้อยละ 100 1 ครั้ง/ปี 1 ครั้ง/ปี	- IM - ทีมนำด้านเครื่องมือ - ทีมคณะกรรมการกำหนด Spec - ENV - ENV	ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 1 ปี ทุก 1 ปี

ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา การติดตาม/ รายงาน
2. ในส่วนของการจัดการความเสี่ยง ที่สมควรให้คำจำกัดความของคำว่า การจัดการ การทบทวน เชิงระบบ และ ความทันเวลา เพื่อให้เกิดความชัดเจน ในการเก็บข้อมูล และควรแยกวิเคราะห์ ข้อมูล (การจัดการ, การทบทวนเชิง ระบบ, ความทันเวลา) เพื่อให้สามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้ตรงประเด็นยิ่งขึ้น	เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการเก็บข้อมูล ความเสี่ยง สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ตรงประเด็นยิ่งขึ้น ทีมมีแผนการ ดำเนินงาน ดังนี้ - ประชุมทีมนำความเสี่ยงเพื่อ กำหนดคำจำกัดความของการ จัดการ การทบทวนเชิงระบบ และ ความทันเวลา จัดทำออกมาเป็น ลายลักษณ์อักษรและสื่อสารลงสู่ผู้ ปฏิบัติ - นำอุบัติการณ์มาแยกวิเคราะห์ ข้อมูลรายไตรมาส โดยเริ่มจาก ความทันเวลา แล้วขยายไปสู่การ จัดการและการทบทวนเชิงระบบ	มี.ค.- เม.ย. 67	หมุนร่วมกับองค์กร ภายนอก - อัตราการให้ระดับ ความรุนแรง ถูกต้อง (อุบัติการณ์ที่ให้ ระดับถูกต้อง/ อุบัติการณ์ที่ รายงานทั้งหมด) - อัตราอุบัติการณ์ ระดับ E-I ได้รับ การจัดการ/ ทบทวน - อัตราการเกิด อุบัติการณ์ระดับ E-I ซ้ำ	> 90 % 100 % ลดลง > 10 %	ทีมนำ RM ทีมนำ RM ทีมนำ RM	- รายงานทุก 1 เดือน - ติดตามทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน ทุก 3 เดือน

IV-6 ผลด้านการเงิน

100. ผลลัพธ์ด้านการเงิน [IV-6, I-2.2n (3)] -