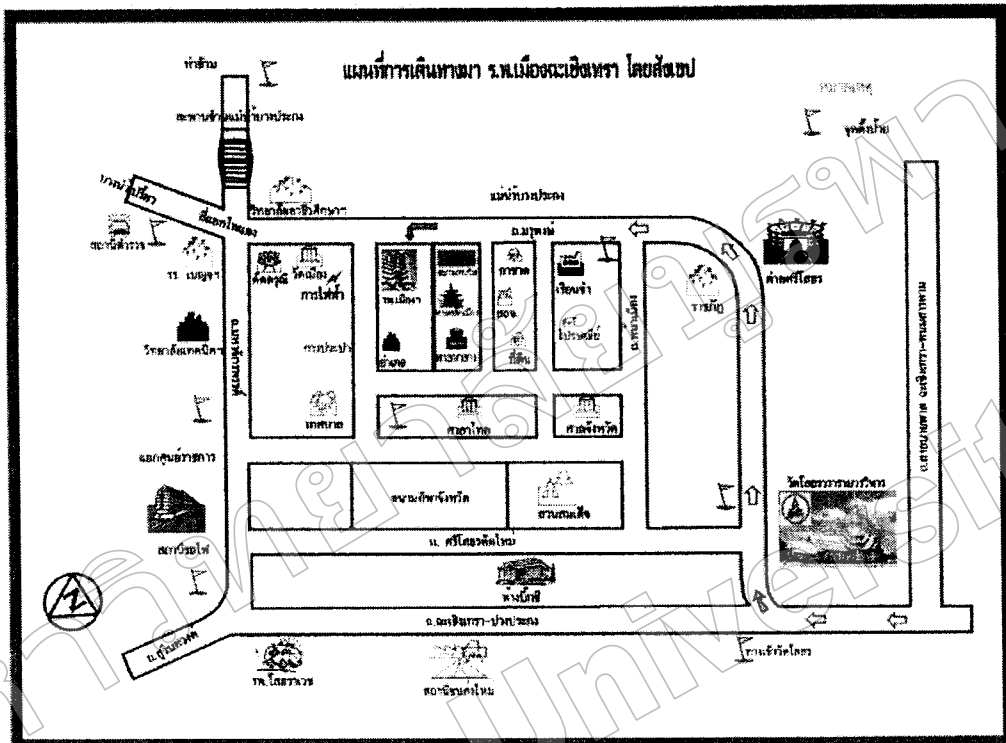


โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา



ภาพที่ 1 แผนทางการเดินทางมาร.พ.เมืองยะเชิงเทรา

ข้อมูลทั่วไป

โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ประจำจังหวัดฉะเชิงเทรา นับว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในจังหวัดฉะเชิงเทรา มีขนาด 503 เตียง ตั้งอยู่ริมฝั่งขวาของแม่น้ำบางปะกง ติดกับถนนมรุพงษ์ ห่างจากตัวเมืองหรือศาลากลางปัจจุบันประมาณ 1 กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ 27 ไร่ 3 งาน 16 ตารางวา เพิ่มอีก 4 ไร่ 2 งาน 70 ตารางวา แต่เดิมมีฐานะเป็นสุขศาลาชั้นหนึ่ง ซึ่งสร้างเมื่อ พ.ศ. 2478 ในสมัยที่พระยาพิพัทธ์ภูมิเศษเป็นนายกเทศมนตรี โดยได้รับความร่วมมือจากคณะกรรมการจังหวัดและกรรมการอำเภอได้พร้อมใจกันชักชวนคหบดี และผู้มีจิตศรัทธาร่วมกันบริจาคทรัพย์ก่อสร้างขึ้นเป็นสุขศาลาชั้นหนึ่งสังกัดอยู่กับเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา เมื่อ พ.ศ. 2482 ได้เปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา แต่ยังสังกัดอยู่กับเทศบาลตามเดิม ต่อมาในปี พ.ศ. 2493กรมการแพทย์ได้รับโอนกิจการของโรงพยาบาลแห่งนี้มาดำเนินการเอง ในปี พ.ศ. 2517 ก็ได้โอนมาสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจนถึงปัจจุบัน

ในปัจจุบันโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราได้เป็นสถานบริการ ระดับ 3.1 ตามผลการปรับปรุงการจัดทำแผนอัตรากำลังคนด้วยระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ (GIS)

อาณาเขต

ทิศเหนือ

ติดสำนักงานการไฟฟ้า ส่วนภูมิภาค

ทิศใต้

ติดศาลเจ้าพ่อหลักเมือง

ทิศตะวันออก

ขนานไปตามถนนมรุพงษ์ และแม่น้ำบางปะกง

ทิศตะวันตก

ติดส่วนราชการ จังหวัดฉะเชิงเทรา

นับว่าเป็นโรงพยาบาลที่เก่าแก่แห่งหนึ่งของประเทศไทย โรงพยาบาลได้รับการพัฒนาและขยายตัวไปอย่างต่อเนื่องตลอดมาตามความต้องการของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบัน มีผู้ป่วยนอกที่มารับการตรวจรักษาเฉลี่ย 1,079 ราย / วัน ผู้ป่วยในเฉลี่ย 570 ราย / วัน ผ่าตัดใหญ่ 30 ราย / วัน ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 153 ราย / วัน ผู้ป่วยอุบัติเหตุทั่วไป 45 ราย / วัน ต้องรับผิชอบประชาชนในเขต 140,000 คน และทั้งจังหวัด 640,000 คน

ซึ่งทำให้เกิดปัญหาที่ทางโรงพยาบาลไม่สามารถจะขยายการบริการ ให้ทันกับความต้องการของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นได้ โดยเฉพาะในอาคารสถานที่ไม่เพียงพอที่จะรับผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยล้นเตียงอยู่เสมอ การก่อสร้างเพิ่มเติมอาคารต่าง ๆ ของโรงพยาบาล จำเป็นจะต้องทำต่อเนื่องไปอีกเพื่อรองรับประชากรที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่ธุรกิจทางอุตสาหกรรมได้เจริญรุดหน้าไปอย่างรวดเร็ว แต่มีปัญหาเกี่ยวกับพื้นที่ที่จะก่อสร้างอาคารเพิ่มเติมมีจำกัด ทำให้ต้องแก้ไขโดยการรื้ออาคารเก่าออกเพื่อสร้างอาคารใหม่ เป็นอาคารเชิงสูง เพราะพื้นที่มีน้อยจึงจะเพียงพอกับการบริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา มีอาคารพักรักษาตัวผู้ป่วย จำนวน 9 อาคาร ประกอบด้วย 19 หอผู้ป่วย 7 งาน และอาคารสนับสนุนบริการ จำนวน 8 อาคาร อาคารบ้านพักเจ้าหน้าที่ จำนวน 15 อาคาร

ยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลเมืองพะเยา พ.ศ.2550-2554

เป็นโรงพยาบาลที่บริการด้วยคุณภาพ บริหารแบบธรรมาภิบาล ก้าวไกลเทคโนโลยี				
ให้บริการรักษาพยาบาล ในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ รวมถึงให้บริการด้านส่งเสริม ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ เป็นแหล่งผลิตและฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข				
1. จัดบริการสุขภาพที่ปลอดภัย เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ		2. มีการให้บริการด้านการแพทย์เฉพาะทางที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง	3. สร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายบริการสุขภาพ	4. เป็นแหล่งผลิตและฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
1. การพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง		4. ให้มีบริการรักษาพยาบาลทางการแพทย์เฉพาะสาขาขั้นสูง	6. พัฒนาระบบภาคีเครือข่ายสุขภาพ ระดับพื้นที่	8. พัฒนาระบบการเรียนการสอน และการวิจัย
2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านความรู้ความสามารถทักษะในการปฏิบัติงาน		5. พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	7. พัฒนาระบบภาคีเครือข่ายสุขภาพ ระดับจังหวัด	9. พัฒนาเทคโนโลยีทางการศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข
3. มีการบริหารจัดการเครื่องมือทางการแพทย์ อาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อม				10. สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง สหสาขาวิชาชีพ
				11. การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม โปร่งใส ตรวจสอบได้
				12. สร้างภาวะผู้นำในผู้บริหารทุกระดับ
				13. การบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์

ภาพที่ 2 แสดงยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลเมืองพะเยา

ตารางที่ 1 อัตรากำลังปีงบประมาณ 2549 (ตามจำนวนปฏิบัติงานจริง)

จำนวนแพทย์แยกแผนก			
แผนก	จำนวน	แผนก	จำนวน
อายุรกรรมทั่วไป	3	สูติ-นรีเวชศาสตร์	7
เวชปฏิบัติทั่วไป	4	กุมารเวชศาสตร์	9
อายุรศาสตร์โรคเลือด	1	จักษุวิทยา	3
เวชบำบัดวิกฤต	1	จิตวิทยา	2
จิตวิทยา	2	เวชศาสตร์ฟื้นฟู	1
ศัลยศาสตร์ทั่วไป	7	เวชศาสตร์ครอบครัว	1
ศัลยศาสตร์ยูโร	1	รังสีวินิจฉัย	2
ประสาทศัลยศาสตร์	2	วิสัญญีวิทยา	3
ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	5	ทันตแพทย์	8

ตารางที่ 2 จำนวนบุคลากรปฏิบัติงานจริง จำแนกตามตำแหน่ง ณ 30 กันยายน 2549

ชื่อตำแหน่ง	จำนวน	ชื่อตำแหน่ง	จำนวน
1. นายแพทย์	54	21. จนท.เวชสถิติ	5
2. ทันตแพทย์	8	22. นักวิชาการสาธารณสุข	7
3. ผู้ช่วยทันตแพทย์	4	23.จพง.สธ.ชุมชน/ควบคุมโรค	10
4. ช่างทันตกรรม	1	24. ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย	1
5. จพง.ทันตสาธารณสุข	1	25. จนท.บริหารงานทั่วไป	2
6. เกสัชกรรม	15	26. จพง.ธุรการ	18
7. ผช.เภสัชกร/จพง.เภสัชกรรม	12	27. นักวิชาการเงินและบัญชี	5
8. พยาบาลวิชาชีพ	359	28. จพง.การเงินและบัญชี	7
9. พยาบาลเทคนิค	41	29.จพง.โสตทัศนศึกษา	3
10. วิสัญญีพยาบาล	13	30 จพง.เวชกรรมฟื้นฟู	2
11. เจ้าหน้าที่/ผู้ช่วยพยาบาล	11	31. นักเทคนิคการแพทย์	8
12. นักกายภาพบำบัด	4	32. นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	1
13. จพง.วิทยาศาสตร์การแพทย์	12	33. จนท.บริหารงานการเงินและบัญชี	1
14. นักรังสีการแพทย์	1	34. บุคลากร	1
15. จนท./จพง.รังสีการแพทย์	8	35. จพง.พัสดุ	6
16. นักโภชนาการ	2	36. นายช่างเทคนิค	4
17. โภชนากร	1	37. นายช่างศิลป์	1
18. นักจิตวิทยา	2	38. จนท.เอ็กซเรย์	1
19. นักสังคมสงเคราะห์	2	39. ช่างกายอุปกรณ์	1
20. นักสถิติ	1	40. จนท.ประชาสัมพันธ์	2
รวมเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 1,236 คน			
ข้าราชการ 592 คน/ ลูกจ้างประจำ 176 คน/ ลูกจ้างชั่วคราว 468 คน			

เทคโนโลยีและสิ่งอำนวยความสะดวกที่สำคัญ

มีเทคโนโลยี อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่สำคัญ ตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ในระดับปฐมภูมิ ตติยภูมิ และสามารถให้บริการด้านการแพทย์เฉพาะทางที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ตามมาตรฐานสถานบริการตติยภูมิ (ระดับ 3.1)

ข้อกำหนดเกี่ยวกับการได้รับการรับรอง

1. การรับรองจากสถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)
2. การรับรองจากกองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม
1. การรับรองจากสถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

เนื่องจากโรงพยาบาลเมืองจะเชิงเทรา เป็นโรงพยาบาลของรัฐบาล จึงเลือกใช้ มาตรฐานที่เรียกว่า “HA” (Hospital Accreditation) เป็นมาตรฐานที่รองรับกระบวนการคุณภาพของ โรงพยาบาล

ข้อกำหนดเกี่ยวกับการได้รับการรับรอง “HA”

โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพตามมาตรฐาน โรงพยาบาลจะต้องผ่านลำดับขั้นของการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลดังนี้

- 1.1 การดำเนินการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล
- พรพ. (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล) แบ่งลำดับขั้นของการพัฒนา

เป็น 4 ช่วง

ช่วงที่ 1 การเตรียมการ

ช่วงที่ 2 การพัฒนาและการเรียนรู้

ช่วงที่ 3 การดำเนินการ

ช่วงที่ 4 บำรุงการ และวางรากฐานเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

- 1.2 การประเมินความสำเร็จในการพัฒนา

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แบ่งลำดับขั้นของการประเมินและ รับรองเป็น 3 ขั้นดังนี้

บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA การทบทวน แก้ไข ป้องกัน

- เป็นการดำเนินการที่เน้นการมีเป้าหมายของงาน
- ทบทวนปัญหา ความเสี่ยงต่าง ๆ นำมาแก้ไข ป้องกันการเกิดเหตุ กรณีที่ไม่พึงประสงค์ ซ้ำ
- มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA การประกันคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

- เป็นการบูรณาการแนวทางการบริหารความเสี่ยง
- การประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เข้าด้วยกันในทุกระดับ
- นำข้อมูลวิชาการ และมาตรฐานวิชาชีพมาสู่การปฏิบัติ
- การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ (โดยเฉพาะเครื่องชี้วัดทางคลินิก)
- การแสดงให้เห็นรูปธรรมของการให้บริการ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- การทำงานเป็นทีมระหว่างวิชาชีพ

บันไดขั้นที่ 3 สู่ HA การปฏิบัติตามมาตรฐาน HA อย่างครบถ้วน

- การปฏิบัติตามระบบและกระบวนการที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน HA อย่างครบถ้วน
- การเชื่อมโยงระบบงาน ข้อมูลข่าวสาร และความพยายามในการพัฒนาอย่างชัดเจน จน

เกิดวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร

การที่โรงพยาบาลใด ๆ ก็ตาม จะผ่านการรองรับกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลได้นั้น สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) จะส่งทีมมาเข้าเยี่ยมชมโรงพยาบาลก่อน เพื่อให้คำปรึกษาเข้ามา (Intensive Consultation Visit) โดยทีมที่ปรึกษานี้จะเข้ามาเพื่อรับฟังการนำเสนอของทีมงาน สัมภาษณ์ทีมงาน เชื่อมสังเกตในสถานที่ สันทนากับผู้ป่วยและญาติ ทีมงานและหน่วยงานที่เข้าเยี่ยมได้แก่

- คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
- องค์กรแพทย์ (MSO)
- องค์กรพยาบาล (NSO)
- คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (EVN)
- คณะกรรมการสารสนเทศ (MIS)
- คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC)
- คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)

การดำเนินการของทีมที่ปรึกษาชั้นนี้ จะเข้าเยี่ยมโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ พร้อมประเมินความสำเร็จในการพัฒนาของโรงพยาบาลไปด้วย จนกว่าโรงพยาบาลนั้น ๆ จะผ่านการรับรองบันไดขั้นที่ 1-3 จึงจะสรุปได้ว่าโรงพยาบาลได้ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานตามโรงพยาบาล HA

ขณะนี้โรงพยาบาลเมืองจะเชิงเทรา ได้ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลบันไดขั้นที่ 2 แล้ว และเตรียมความพร้อมเพื่อการการเยี่ยมชมสำรวจให้คำปรึกษาชั้น ครั้งที่ 3 เพื่อประเมินการพัฒนาคุณภาพในขั้นที่ 2 ในวันที่ 9 พฤษภาคม 2550 นี้

2. การรับรองจากกองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม

หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการทางการแพทย์ของ

สถานพยาบาลหลักในโครงการประกันสังคม โดยกองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม นั้น จะประเมินเครื่องชี้วัดคุณภาพสถานพยาบาล (Key Performance Indicator) โดยเฉพาะเครื่องชี้วัดทางคลินิกในหน่วยงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ของผู้ป่วยประกันสังคม มาตรฐานที่ประเมินมีดังนี้

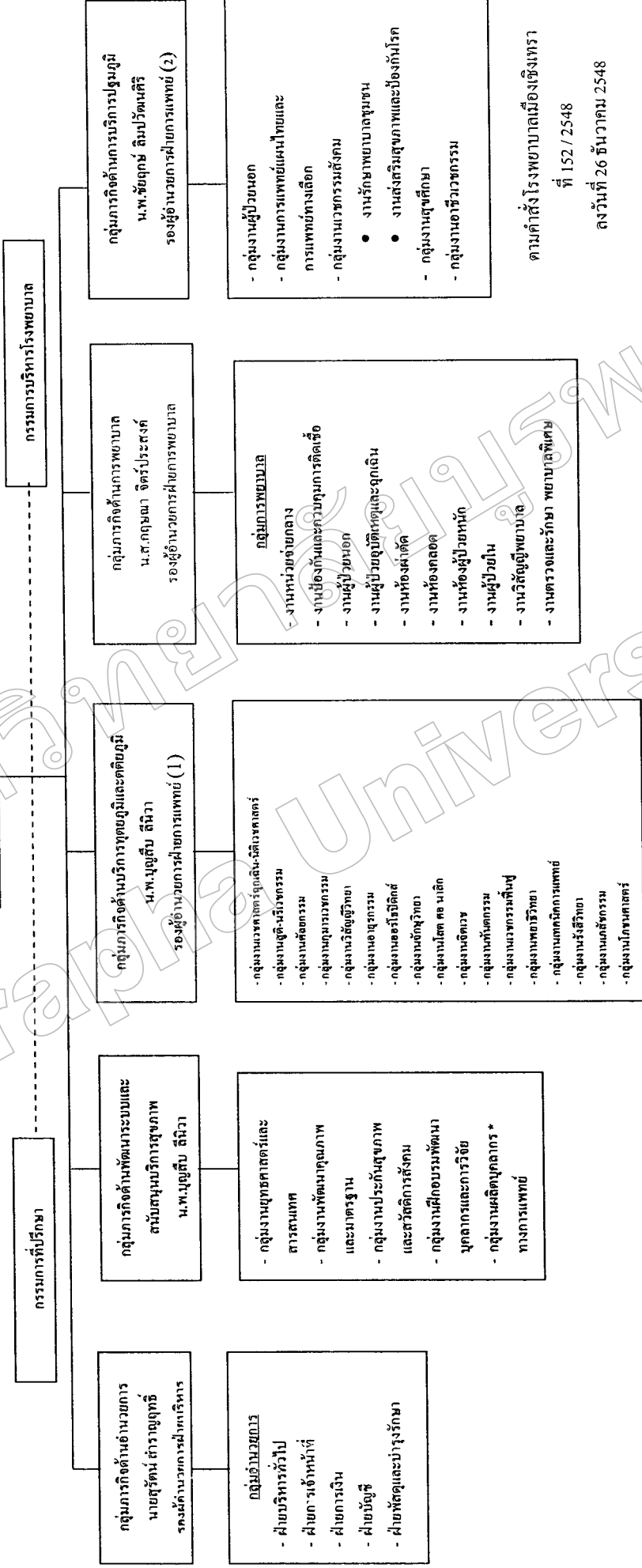
1. มาตรฐานเวชระเบียน
2. มาตรฐานพยาธิวิทยา
3. มาตรฐานบริการเภสัชกรรม
4. มาตรฐานบริการรังสีวิทยา
5. มาตรฐานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
6. มาตรฐานผู้ป่วยนอก
7. มาตรฐานผู้ป่วยใน
8. มาตรฐานผู้ป่วยหนัก
9. มาตรฐานบริการศัลยกรรมและห้องผ่าตัด
10. มาตรฐานบริการวิสัญญี

กองประสานการแพทย์ฯ สำนักงานประกันสังคม ได้เริ่มเข้ามาประเมินโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 จนถึงปัจจุบัน ผลการประเมินผ่านการรับรองตามมาตรฐานบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหลักในโครงการประกันสังคม

ตารางที่ 3 สรุปผลการประเมินสถานพยาบาลโครงการประกันสังคมย้อนหลัง 3 ปี

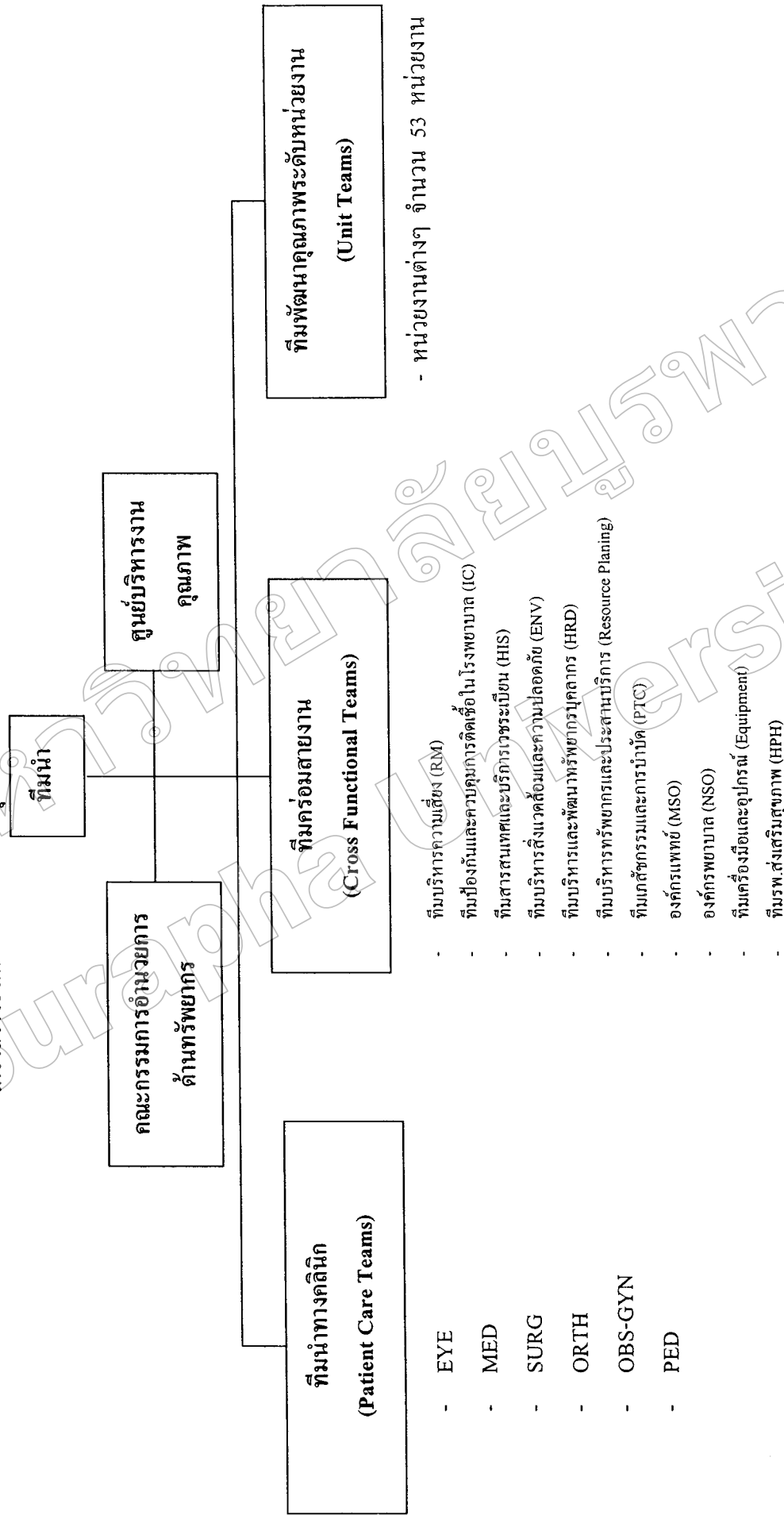
บท ที่	มาตรฐาน	ปี 2547			ปี 2548			ปี 2549		
		คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
1	ทั่วไป	109	94	86.20	109	96	88.10	89	88	98.90
2	อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	175	124	70.90	175	141	80.60	55	55	100
3	ผู้ป่วยนอก	156	121	77.60	156	113	72.40	38	38	100
4	เวชระเบียน	111	86	77.50	111	65	58.60	47	47	76.60
5	ผู้ป่วยใน	173	146	84.40	173	122	70.50	48	48	100
6	ผู้ป่วยหนัก	171	116	67.80	171	129	75.40	47	47	100
7	ศัลยกรรม	168	96	57.10	168	113	67.30	44	44	100
8	วิสัญญี	160	120	75.00	160	114	71.30	22	22	100
9	รังสีวิทยา	170	143	84.10	170	115	67.60	40	36	90
10	พยาธิวิทยา	192	140	72.90	191	156	81.70	57	52	91.20
11	เภสัชกรรม	172	135	78.50	172	106	61.60	46	44	95.70
รวม		1,757	1,321	75.20	1,756	1,270	72.30	533	510	95.70

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา
นพ. วีระพงษ์ เพ็งวาณิชย์



ตามคำสั่งโรงพยาบาลมืองเชิงหวา
ที่ 152 / 2548
ตั้งวันที่ 26 ธันวาคม 2548

โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา



ภาพที่ 4 โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

โรงพยาบาลเมืองจะเข้เทรามีวิสัยทัศน์ในการบริหารจัดการโดยใช้หลักธรรมาภิบาลดังนี้

ตารางที่ 4 ระบบธรรมาภิบาลขององค์กร

หลักธรรมาภิบาล	รายละเอียดและหลักเกณฑ์
1. หลักนิติธรรม (The Rule of Law)	- การปฏิบัติตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ปิัจจยัยต่าง ๆ การปกครองจะต้องค้ำนึ่งถึงความเป็นธรรม และความ ยุติธรรม รวมทั้งมีความรัดกุมและรวดเร็ว
2. หลักคุณธรรมตนเอง (Morality)	- การยึดมั่นในความถูกต้อง ดีงาม การส่งเสริมให้ บุคลากรพัฒนา มีความซื่อสัตย์ จริ่งใจ ขยัน อดทน มี ระเบียบ วินัย ประกอบอาชีพสุจริต
3. หลักความโปรงใส (Accountability)	- ให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร ได้สะดวกและเข้าใจ ง่าย มีกระบวนการให้ประชาชนตรวจสอบ ความถูกต้อง อย่างชัดเจน
4. หลักการมีส่วนร่วม (Participation)	- การให้โอกาสให้บุคลากร หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามา มีส่วนร่วมทางการบริหารจัดการ เกี่ยวกับการตัดสินใจใน เรื่องต่างๆ
5. หลักความรับผิดชอบ (Responsibility)	- การตระหนักในสิทธิ และหน้าที่ ความสำนึกในความ รับผิดชอบต่อสังคมการกระตือรือร้นในการแก้ปัญหา และเคารพในความคิดที่แตกต่าง รวมทั้งความกล้าที่จะ ยอมรับผลดี และผลเสียจากการกระทำของตนเอง
6. หลักความคุ้มค่า (Cost effectiveness or Economy)	- การบริหารจัดการ และใช้ทรัพยากรที่มีจำกัด เพื่อให้เกิด ประโยชน์สูงสุด แก่ส่วนรวม และรักษาธรรมชาติให้สมบูรณ์ ยั่งยืน

กลุ่มลูกค้า หรือผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา

ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา สามารถจำแนกได้ดังนี้

จำแนกตามประเภทสิทธิ

1. ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ เบิกต้นสังกัด หมายถึง ผู้มาใช้บริการที่มีสิทธิสวัสดิการ ค่ารักษาค่ารักษาพยาบาลที่มีลักษณะของการเบิกจ่ายจากต้นสังกัด เช่น ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ลูกจ้างประจำ พนักงานของรัฐ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร รวมทั้งที่มีสิทธิตามความครอบคลุมของสวัสดิการแต่ละระบบ
2. ประกันสังคม หมายถึง ผู้มาใช้บริการที่มีสิทธิตาม พรบ.ประกันสังคม และ ผู้ใช้สิทธิ พรบ. กองทุนเงินทดแทน ฯ
3. UC (บัตรทองไม่มี ท) หมายถึง ผู้มาใช้บริการที่สิทธิตามโครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และต้องเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนตาม โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทบัตรทองไม่มี ท.
4. UC (บัตรทองมี ท) หมายถึง ผู้มาใช้บริการที่สิทธิตามโครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และต้องเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนตาม โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทบัตรทองมี ท.
5. แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียน หมายถึง ผู้มาใช้บริการที่เป็นแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการขึ้นทะเบียนใบอนุญาตทำงาน (Work Permit) จากกระทรวงแรงงาน
6. อื่น ๆ หมายถึง ผู้มาใช้บริการที่ไม่ทราบสิทธิที่ชัดเจน เช่น ผู้มารับบริการที่ไม่มีบัตรประชาชน (ชาวไทยบนพื้นที่ราบสูง) หรือแรงงานต่างด้าวที่ไม่ขึ้นทะเบียน รวมถึงผู้ป่วยที่ปฏิเสธการใช้สิทธิ

จำแนกตามประเภทของหน่วยงานให้บริการ

ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วย และได้ลงทะเบียนไว้ทำแผนกผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ให้นับรวมผู้มารับบริการด้านการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง เช่น ฉีดยาต่อเนื่อง ทำแผลต่อเนื่อง ผู้ติดตามเสด็จมารับการบำบัดต่อเนื่อง ผู้มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ไม่นับรวมผู้ที่มารับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ

ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในสถานบริการหลัก และมีการจำหน่าย (Discharge) ในเดือนที่รายงานทั้งนี้ไม่นับเด็กแรกคลอด (Newborn) ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเด็กแรกคลอดจะนับในคลอดปกติ และคลอดผิดปกติ แล้วแต่กรณี

การแบ่งเครือข่าย

ในเครือข่าย หมายถึง ผู้ป่วยในที่ขึ้นทะเบียนอยู่ในความรับผิดชอบการให้บริการด้านสุขภาพของสถานบริการฯ คู่สัญญาที่จะทำรายงาน ทั้งนี้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสิทธิประกันสังคมอาจเป็นคนละพื้นที่กันได้

นอกเครือข่าย หมายถึง ผู้ป่วยในที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนอยู่ในความรับผิดชอบการให้บริการด้านสุขภาพของสถานบริการฯ คู่สัญญา ที่จะทำรายงาน

ระบบรับ-ส่งผู้ป่วยรักษาต่อ

ส่ง หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการรักษาพยาบาล เกินกว่าสถานบริการฯ ที่รายงานจะให้การรักษาได้ จึงส่งรักษาต่อยังสถานบริการฯ อื่นๆ ที่มีขีดความสามารถสูงกว่า โดยนับจากแบบฟอร์มใบส่งต่อ ที่เป็นมาตรฐานของสถานบริการแต่ละแห่ง

รับ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่สถานบริการฯ ได้รับไว้รักษาต่อสถานบริการฯ อื่นๆ เนื่องจากมีศักยภาพในการให้การรักษาส่งต่อ โดยนับจากแบบฟอร์มใบส่งต่อที่เป็นมาตรฐานของสถานบริการฯ แต่ละแห่ง

สภาพแวดล้อมด้านการแข่งขัน

จากประเภทของกลุ่มลูกค้าที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเมืองจะเชิengเทรานั้น ลูกค้าที่ใช้สิทธิประกันสังคม นับว่าเป็นลูกค้ากลุ่มที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสถานการณ์ทางการเงินขององค์กรดีที่สุด เนื่องจากเมื่อลูกค้ากลุ่มนี้เลือกโรงพยาบาลเมืองจะเชิengเทรานั้นเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญา โรงพยาบาลจะได้เงินทันทีทั้ง ๆ ที่ลูกค้ากลุ่มนี้ยังไม่ได้มาใช้บริการ โดยได้เป็นจำนวนรายหัวคูณกับมาตรฐานการจ่ายเงินต่อคนของสำนักงานประกันสังคม เงินที่ได้จากลูกค้ากลุ่มนี้โรงพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานขององค์กรได้ตามหลักเกณฑ์การใช้เงินประกันสังคม

ฉะนั้น โรงพยาบาลใดที่มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการสร้างกระบวนการ (Process) ที่สร้างคุณค่าให้ลูกค้า เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ความปลอดภัย (Security) เมื่อมาใช้บริการ และตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลนั้น ๆ เป็นสถานบริการคู่สัญญาเป็นจำนวนมาก ก็จะนำมาซึ่งความสำเร็จและ

การเติบโตของการให้บริการของโรงพยาบาลนั้น

ปัจจุบันนี้ โรงพยาบาลเมืองจะเชิengเทรามีลูกค้ากลุ่มนี้ 77,177 คน จากจำนวน 163,477 คน (ทั้งจังหวัด) เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2537 ประมาณ 50,000 คน

นับว่าเป็นสภาพแวดล้อมด้านการแข่งขัน ที่ท้าทายองค์กรเพื่อจะรักษาจำนวนลูกค้ากลุ่มนี้ไว้ และคิดค้นกระบวนการที่สร้างคุณค่าให้ลูกค้า เพื่อจูงใจให้เลือกโรงพยาบาลเมืองจะเชิงเทราเป็นสถานบริการคู่สัญญาเพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ 5 ปัจจัยหลักที่ผู้รับบริการที่ใช้สิทธิประกันสังคม เลือกโรงพยาบาลจะเชิงเทราเป็นคู่สัญญา

ปัจจัยหลัก	ความหมาย	รายละเอียด
Service	มีคุณภาพได้มาตรฐาน	- มีกระบวนการตรวจสอบทั้งภายใน และภายนอก มีเครื่องมือทันสมัยบุคลากรมีความเชี่ยวชาญ เป็นสถานที่ผลิตบัณฑิตแพทย์
Value	ค่าบริการ	- เป็น รพ.รัฐบาล ราคาต่ำยา และค่าบริการตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการคลัง (กรมบัญชีกลาง)
Promotion	การส่งเสริมด้านการตลาด	- ใช้สิทธิประกันสังคมได้ทันที เมื่อเลือก รพ.จช. - work in เข้าไปมีสถานประกอบการให้ความรู้ - ลดค่าห้องพิเศษ 30 % จากราคาค่าห้อง
Environment	อาคารสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก	- ผู้ป่วยนอก มีคลินิกประกันสังคม ในเวลาราชการทุกวัน และคลินิกนอกเวลาราชการ - ผู้ป่วยใน มีหอผู้ป่วยพิเศษ รวมไปถึงปรับอากาศ พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวก

ผลการดำเนินการขององค์กร

ตารางที่ 6 สถิติข้อมูลโรงพยาบาล เมืองฉะเชิงเทรา

สถิติข้อมูลโรงพยาบาล เมืองฉะเชิงเทรา				
รายการ	หน่วย	ปี2547	ปี2548	ปี2549
ผู้รับบริการทั้งหมดของโรงพยาบาล *	ราย	333,679	353,248	372,113
ผู้ป่วยนอก *	ราย	278,975	297,434	316,421
กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ *	ราย	22,925	24,086	22,280
ผู้ป่วยใน	คน	31,779	31,728	33,412
: จำนวนวันนอน	วัน	168,168	159,348	174,815
ผู้รับบริการคนใหม่ในปี *	คน	114,144	178,310	124,476
เฉลี่ย				
:ผู้รับบริการทั้งหมด	ราย/วัน	1,167	1,235	1,301
:ผู้ป่วยนอก	ราย/วัน	975	1,040	1,106
:ผู้ป่วยใน	ราย/วัน	461	437	479
อยู่โรงพยาบาล	วัน/ราย	5.29	5.02	5.23
อัตราครองเตียง	เปอร์เซ็นต์	91.60	86.79	95.22
อัตราส่วนผู้ป่วยใน:ผู้ป่วยนอก	-	11.39	10.67	10.56
จำนวนผู้ป่วนในตาย	คน	1,518	1,589	1,549
อัตราการตาย/ผู้ป่วยจำหน่าย	ราย:1000คน	47.77	50.08	46.36
จำนวนการคลอด	ราย	3,474	3,336	3,156
อัตราการคลอดผิดปกติ	ราย:100คน	24.35	23.41	24.59
อัตราการผ่าตัดคลอด	ราย:100คน	19.95	19.18	20.41
อัตราทารกน้ำหนักต่ำกว่า2500กรัม	ราย:100คน	10.82	11.04	12.12
การเสียชีวิตของมารดา	คน	-	1	-
การเสียชีวิตของทารกแรกเกิด	คน	23	19	16
อัตราการตายแรกคลอด/เด็กเกิดมีชีพ	ราย:1000 คน	8.37	5.38	5.70
ผ่าตัดเล็ก	ราย	4,378	5,347	4,246
ผ่าตัดใหญ่	ราย	6,569	6,207	6,124
ผู้ป่วยอุบัติเหตุ	ราย	19,612	19,967	20,106

- หมายเหตุ * คนใหม่ในปี หมายถึง ผู้มารับบริการครั้งแรกของปีปฏิทินปัจจุบัน
- * กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ผู้มารับบริการ ANC, well baby, วางแผนครอบครัว, ตรวจหลังคลอด
- * ผู้มารับบริการทั้งหมดของโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยนอก + กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ + ผู้ป่วยใน
- * ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาแล้วกลับบ้าน
(ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขให้นับ 1 ราย ในกรณีที่มาตรวจรักษาหลายแผนกในวันเดียวกัน)

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ย้อนหลัง 3 ปี

การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ย้อนหลัง 3 ปี			
จำนวนผู้ป่วยนอก	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2549
- อายุรกรรม+จิตเวช	120,118	130,154	132,057
- ศัลยกรรม	46,482	46,624	48,980
- สูติกรรม-นรีเวชกรรม	15,917	9,444	9,087
- กุมารเวชกรรม	28,008	22,580	26,031
- ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	26,394	35,181	43,596
- จักษุวิทยา	20,658	20,992	20,948
- โสตศอนาสิก	13,139	10,517	5,093
- ทันตกรรม(ข้อมูลจากทันตกรรม)	19,256	20,257	21,558
รวมทุกแผนก (ข้อมูลจากสถิติ) ครั้ง	289,972	295,749	307,350
- เวชกรรมฟื้นฟู(ข้อมูลจากเวชกรรมฟื้นฟู)(ครั้ง)	6,679	8,138	15,668
- อุบัติเหตุฉุกเฉิน(ข้อมูลจากงานอุบัติเหตุ)	69,011	72,971	78,765
- OPD นอกเวลาราชการ (ข้อมูลจาก OPD)	42,947	49,591	54,293

ตารางที่ 7 (ต่อ)

จำนวนผู้ป่วยใน			
	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2549
- อายุรกรรม	8,716	9,776	10,500
- ศัลยกรรม	9,828	6,509	7,201
- สูติกรรม-นรีเวชกรรม	5,373	4,692	4,558
- กุมารเวชกรรม	5,608	5,661	6,458
- ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	2,177	3,212	3,305
- จักษุวิทยา	1,539	1,648	1,541
- โสตศอนาสิก	596	335	-
รวมทุกแผนก	33,837	31,833	33,563

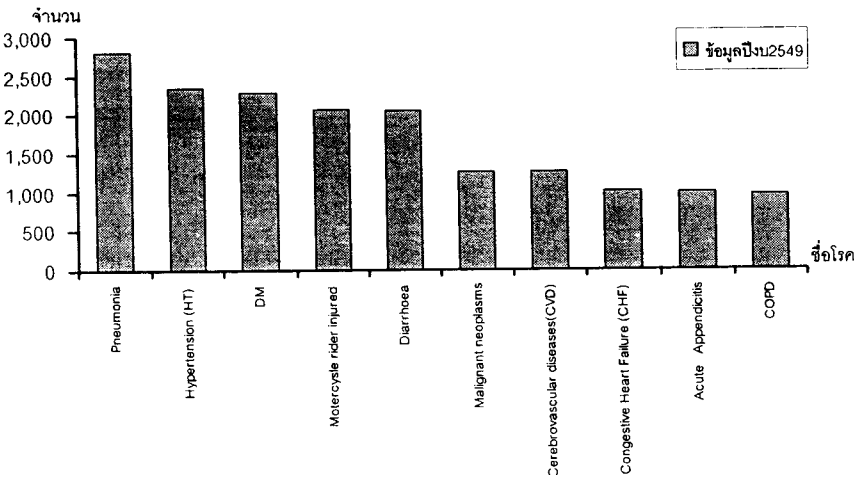
ตารางที่ 8 สาเหตุการป่วย 10 อันดับโรคผู้ป่วยนอกเปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2548-2549

สาเหตุการป่วย 10 อันดับโรคผู้ป่วยนอกเปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2548-2549					
ปีงบประมาณ 2548			ปีงบประมาณ 2549		
อันดับ	โรค	จำนวน	อันดับ	โรค	จำนวน
1	URI	19,188	1	URI	18,498
2	HT	10,967	2	HT	13,029
3	DM	8,486	3	DM	12,241
4	Low back pain	6,998	4	Low back pain	10,774
5	Diarrhoea	6,448	5	Diarrhoea	7,214
6	Dyspepsia	5,877	6	Acute pharyngitis	7,008
7	Dizziness	5,411	7	Dyspepsia	6,257
8	Acute pharyngitis	5,075	8	Gonarthrosis	5,372
9	Asthma	4,139	9	Asthma	5,329
10	Gonarthrosis	3,779	10	Tension headache	3,920

ตารางที่ 9 สาเหตุการป่วย 10 อันดับโรคผู้ป่วยในเปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2548-2549

สาเหตุการป่วย 10 อันดับโรคผู้ป่วยในเปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2548-2549					
ปีงบประมาณ 2548			ปีงบประมาณ 2549		
อันดับ	โรค	จำนวน	อันดับ	โรค	จำนวน
1	Pneumonia	2,809	1	Pneumonia	2,803
2	Diarrhoea	2,629	2	Hypertension (HT)	2,351
3	DM	2,584	3	DM	2,292
4	Hypertension (HT)	2,172	4	Motercysle rider injured	2,072
5	Senile nuclear cataract	1,199	5	Diarrhoea	2,058
6	Motercysle rider injured	1,147	6	Malignant neoplasms	1,271
7	Acute Appendicitis	1,026	7	Cerebrovascular diseases (CVD)	1,257
8	Congestive Heart Failure (CHF)	1,007	8	Congestive Heart Failure (CHF)	1,004
9	Ischaemic Heart Disease (IHD)	963	9	Acute Appendicitis	999
10	COPD	736	10	COPD	956

แสดงสาเหตุการป่วย 10 อันดับ โรคผู้ป่วยในปีงบ 2549

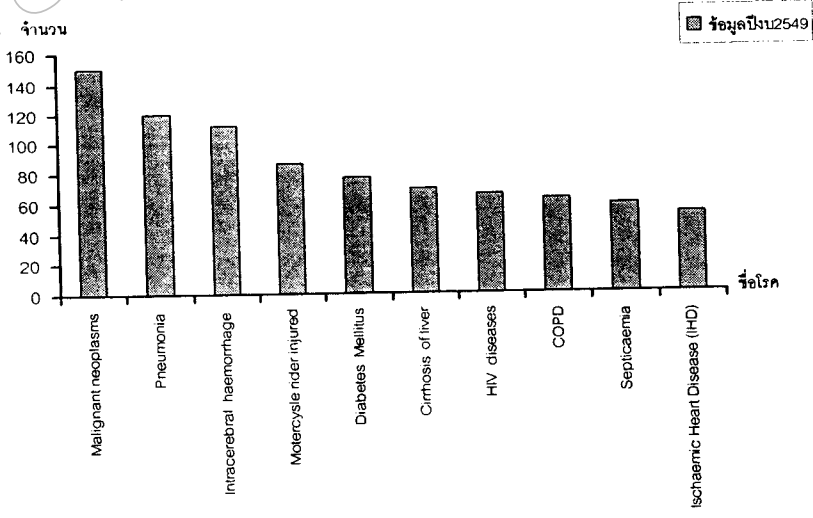


ภาพที่ 5 สาเหตุการป่วย 10 อันดับ

ตารางที่ 10 สาเหตุการตาย 10 อันดับ เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2548 - 2549

สาเหตุการตาย 10 อันดับ เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2548 - 2549					
ปีงบประมาณ 2548			ปีงบประมาณ 2549		
อันดับ	โรค	จำนวน	อันดับ	โรค	จำนวน
1	Cerebrovascular diseases	134	1	Malignant neoplasms	150
2	Malignant neoplasms	123	2	Pneumonia	120
3	Transpost accidents	106	3	Intracerebral haemorrhage	112
4	Pneumonia	65	4	Motercysle rider injured	86
5	Diseases of liver	56	5	Diabetes Mellitus	77
6	Renal Failure	54	6	Cirrhosis of liver	69
7	Ischaemic Heart Disease (IHD)	51	7	HIV diseases	65
8	HIV diseases	47	8	COPD	62
9	COPD	39	9	Septicaemia	58
10	Congestive Heart Failure (CHF)	34	10	Ischaemic Heart Disease (IHD)	52

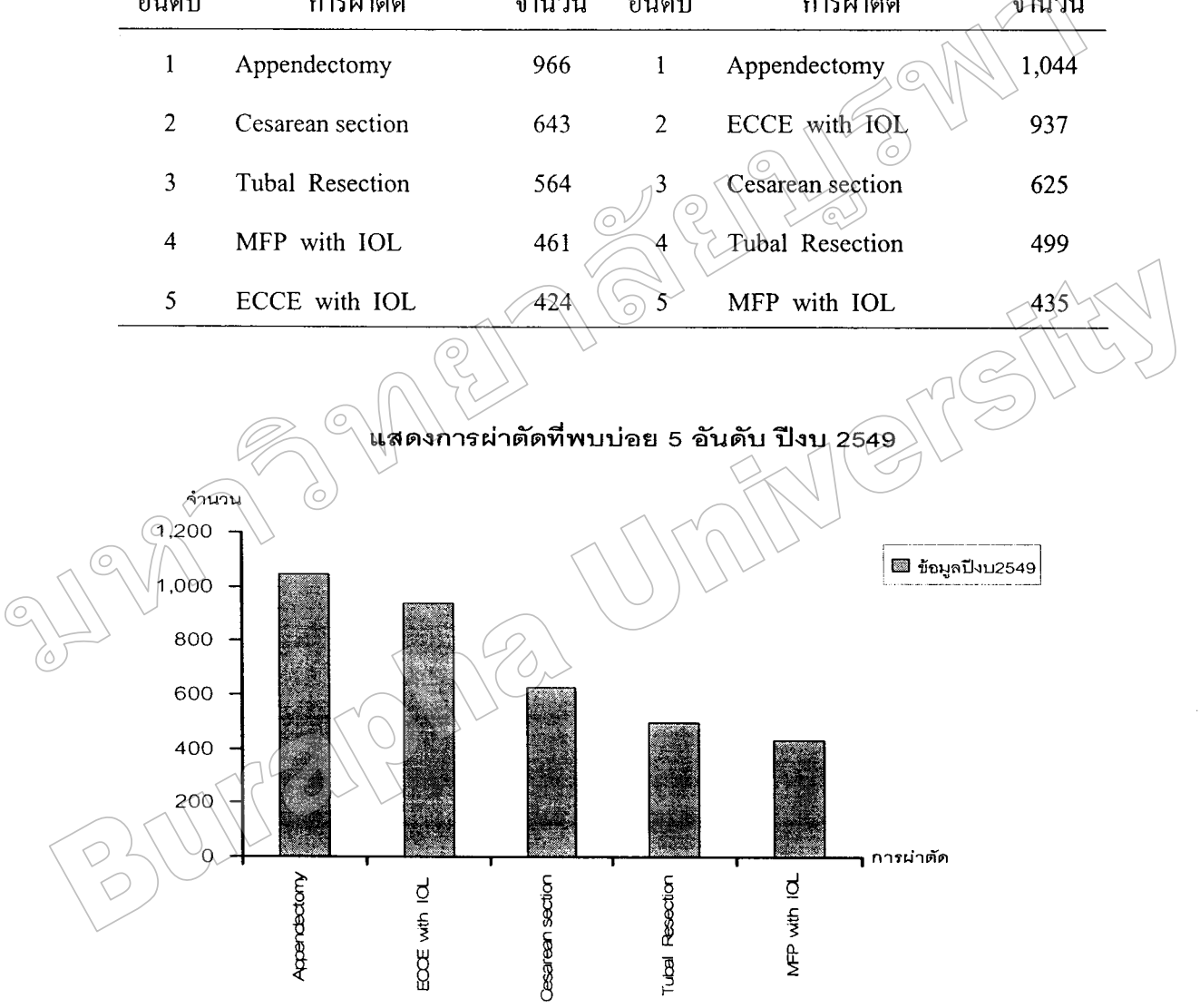
แสดงสาเหตุการตาย 10 อันดับโรค ปีงบประมาณ 2549



ภาพที่ 6 สาเหตุการตาย 10 อันดับโรค ปีงบประมาณ 2549

ตารางที่ 11 การผ่าตัดที่ทำบ่อย 5 อันดับ เปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2548-2549

แสดงการผ่าตัดที่ทำบ่อย 5 อันดับ เปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2548-2549					
ปีงบประมาณ 2548			ปีงบประมาณ 2549		
อันดับ	การผ่าตัด	จำนวน	อันดับ	การผ่าตัด	จำนวน
1	Appendectomy	966	1	Appendectomy	1,044
2	Cesarean section	643	2	ECCE with IOL	937
3	Tubal Resection	564	3	Cesarean section	625
4	MFP with IOL	461	4	Tubal Resection	499
5	ECCE with IOL	424	5	MFP with IOL	435



ภาพที่ 7 การผ่าตัดที่พบบ่อย 5 อันดับ ปีงบประมาณ 2549

ตารางที่ 12 ดัชนีวัดในกระบวนการให้บริการ (Performance Measurement Index)

ดัชนีวัดในกระบวนการให้บริการ (Performance Measurement Index)				
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2547	2548	2549
ด้านคลินิก				
1. อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	20 ครั้ง:1,000วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	22.50	12.38	12.43
2. อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดสะอาด	0.5%	0.32%	0.06%	0.12%
3. อัตราการเกิดผลพลจากการให้ยา/สารน้ำ	0.5%	0.135%	0.504%	0.352%
4. อัตราการเกิดผลพลจากการให้เลือด	0%	0%	0%	0%
5. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการวินิจฉัยและรักษาโรคที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน	0.05%	0%	0.006%	0.0003%
6. อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนไว้ก่อน	2%	0.15%	0.88%	0.56%
7. อัตราการตายปริกำเนิด/1,000 ราย	≤ 9:1,000	13.43	10.71	10.70
8. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2500 กรัม/เด็กเกิดมีชีพ 100 ราย	≤ 7:100	11	11.13	12.09
9. อัตราการเกิดการขาดออกซิเจนในทารกขณะเกิด/ 1,000 รายการเกิดมีชีพ	≤ 30:1,000	36.89	35.30	43.68
10. อัตราการตายของมารดาจากการคลอด/ 100,000 รายการเกิดมีชีพ	≤ 18:แสน	0	59.84	0
ด้านบริการ				
11. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	83%	87.84%	81.57%	87.00%
12. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยใน	87%	83.69%	83.90%	83.86%
13. อัตราข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ	0.5%	0.001%	0.002%	0.010%
14. อัตราการเพิ่มของค่าเฉลี่ย Relative Weight (RW)	1%	2%	0%	0%
ด้านบริหารจัดการ				
15. อัตราการร้องเรียนเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้าง	0%	0%	0%	0%
16. อัตราการเกิดความเสี่ยงต่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	0.5%	0.011%	0.003%	0.013%
17. อัตราความพึงพอใจของบุคลากรในการปฏิบัติงาน	80%	76.77%	-	72.76%
18. อัตราสภาพคล่องทางการเงิน	1.0	0.96	-	2.08
19. อัตราต้นทุนเฉลี่ยต่อบริการผู้ป่วยนอก	385 บาท	385	598.75	568.37
20. อัตราต้นทุนเฉลี่ยต่อวันนอนผู้ป่วยใน	1,386 บาท	1,386	2,072.58	1,937.50

สรุปสถิติผู้ป่วยนอก ใช้สิทธิประกันสังคมย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ)

ปี 2547 13,928 คน
ปี 2548 16,500 คน
ปี 2549 19,264 คน

ตารางที่ 13 สรุปสถิติผู้ป่วยใน ใช้สิทธิประกันสังคมย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ)

รายการ	ปี 2547	ปี 2548	ปี 2549
1.จำนวนผู้ป่วยที่รับใหม่ในหอผู้ป่วย/คน (รับใหม่+รับย้าย+รับ Refer)	2,783	2,753	3,567
2. จำนวนผู้ป่วยที่รับบริการในหอผู้ป่วย (/คน) ยอดยกมา+รับใหม่+รับย้าย+รับRefer (ราย)	3,201	3,143	3,423
	38,504	32,942	40,378
3. จำนวนผู้ป่วยจำหน่าย (/คน)	2,704	2,979	3,205
4. จำนวนผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรม (/คน)	56	39	60
5. จำนวนวันนอน (/วัน)	15,051	1,504	16,430
6. จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน ราย/วัน	35.56	34.06	39.63
7. จำนวนวันที่ผู้ป่วยนอน รพ. เฉลี่ย (วัน/คน)	6.4	8.51	4.6
8. อัตราครองเตียง (ร้อยละ)	127	137.11	125.03
9. อัตราตาย (ร้อยละ)	2.05	1.3	1.87
10. อัตราหมุนเวียนเตียง (ร้อยละ)	75.11	82.75	89.02

ตารางที่ 14 10 อันดับโรค ด้านอายุรกรรม ปีงบประมาณ 2547

แสดง 10 อันดับโรค ด้านอายุรกรรม ปีงบประมาณ 2547		
ลำดับที่	โรค	จำนวน (ราย)
1	Diarrhea	90
2	URI	75
3	AGE	67
4	Pneumonia	63
5	Asthma	45
6	Pu	42
7	Pyelonephritis	36
8	Gastritis	30
9	UTI	29
10	Headache	22

ตารางที่ 15 10 อันดับโรค ด้านศัลยกรรม ปีงบประมาณ 2547

แสดง 10 อันดับโรค ด้านศัลยกรรม ปีงบประมาณ 2547		
ลำดับที่	โรค	จำนวน (ราย)
1	Appendictis	188
2	HI	96
3	LW	71
4	UC	32
5	Tear Tendon	29
6	Hernia	27
7	Fx. Tibia	24
8	CA	17
9	Ex. Femur	13
10	Cellulitis	13

ตารางที่ 16 สาเหตุการตาย ปีงบประมาณ 2547 หอผู้ป่วยประกันสังคม

แสดงสาเหตุการตาย ปีงบประมาณ 2547 หอผู้ป่วยประกันสังคม		
ลำดับที่	โรค	จำนวน (ราย)
1	Head Injury	20
2	Aids	14
3	CA	4
4	Pneumonia	3
5	Hepatoma, Cirrhosis	3,3
6	CVA	2
7	CRF	2
8	TB	2
9	Sepsis	1
10	Asthma	1

ตารางที่ 17 10 อันดับโรค ด้านอายุรกรรม ปีงบประมาณ 2548

แสดง 10 อันดับโรค ด้านอายุรกรรม ปีงบประมาณ 2548		
ลำดับที่	โรค	จำนวน (ราย)
1	Diarrhea	88
2	Pneumonia	70
3	AGE	47
4	Pyelonephritis	46
5	URI	45
6	UP	39
7	Asthma	32
8	DHF	29
9	Fever	23
10	UGIH	19

ตารางที่ 18 10 อันดับโรค ด้านศัลยกรรม ปีงบประมาณ 2548

แสดง 10 อันดับโรค ด้านศัลยกรรม ปีงบประมาณ 2548		
ลำดับที่	โรค	จำนวน (ราย)
1	Appendicitis	213
2	HI	140
3	Lacerated wound	59
4	MCA	50
5	IIH	11
6	Fracture mandible	11
7	Cellulitis	11
8	RC , UC	9
9	Avulsion wd.	9
10	Fracture Femur	4

ตารางที่ 19 สาเหตุการตาย ปีงบประมาณ 2548 หอผู้ป่วยประกันสังคม

แสดงสาเหตุการตาย ปีงบประมาณ 2548 หอผู้ป่วยประกันสังคม		
ลำดับที่	โรค	จำนวน (ราย)
1	Sevear Head Injury	11
2	UP	10
3	CA	3
4	Sepsis	2
5	DM	1

ตารางที่ 20 10 อันดับโรค ด้านอายุรกรรม ปีงบประมาณ 2549

แสดง 10 อันดับโรค ด้านอายุรกรรม ปีงบประมาณ 2549		
ลำดับที่	โรค	จำนวน (ราย)
1	Diarrhea	69
2	Pneumonia	61
3	AGE	56
4	DHF	42
5	Pyeionephritis	31
6	UP	30
7	Cirrhosis	18
8	Asthma	17
9	PU	11
10	Tonsillitis	10

ตารางที่ 21 แสดง 10 อันดับโรค ด้านศัลยกรรม ปีงบประมาณ 2549

แสดง 10 อันดับโรค ด้านศัลยกรรม ปีงบประมาณ 2549		
ลำดับที่	โรค	จำนวน (ราย)
1	Appendicitis	164
2	HI	106
3	LW	48
4	Mild head injury	44
5	Abd Pain	23
6	CA breast	22
7	Gall stone	14
8	GSW	13
9	FX. . Mandible	12
10	IIH	5

ตารางที่ 22 สาเหตุการตาย ปีงบประมาณ 2549 หอผู้ป่วยประกันสังคม

สาเหตุการตาย ปีงบประมาณ 2549 หอผู้ป่วยประกันสังคม		
ลำดับที่	โรค	จำนวน (ราย)
1	Head Injury	21
2	Aids	16
3	CA	5
4	Pneumonia	3
5	CVA	2
6	Sepsis	1
7	Hepatoma, Cirrhosis	3, 3
8	TB	2
9	CRF	2
10	Asthma	1

วิธีการบริหารจัดการที่ดี (Good Practices)

วิธีการบริหารจัดการที่ดี ในกระบวนการสร้างคุณค่าให้ลูกค้า โดยการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

เพื่อเป็นการสร้างคุณค่าในภารกิจที่องค์กรรับผิดชอบให้เกิดผลดีต่อลูกค้า โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราเล็งเห็นว่า ภารกิจที่องค์กรรับผิดชอบอยู่ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการต่าง ๆ นั้น อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือเหตุการณ์ที่ไม่ควรเกิดซึ่งมีผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และสิ่งแวดล้อม ที่เรียกว่า ความเสี่ยง (Risk) ขึ้นได้ องค์กรจึงร่วมกันคิดกระบวนการการป้องกันและจัดการความเสี่ยงขึ้นโดยเรียกว่า การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) ซึ่งหมายถึง การบริหารจัดการเหตุการณ์ หรืออุบัติการณ์ที่ทำให้เกิดอันตราย หรือสูญเสียต่อผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล หรือทรัพย์สินของโรงพยาบาล ทั้งที่เกิดขึ้นแล้ว และมีแนวโน้มว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

- 1. ทบทวนการบริหารความเสี่ยงโดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล
- 2. คำจำกัดความ

ความเสี่ยง หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ถูกระบุในรายการความเสี่ยง หรือ เหตุการณ์ที่ไม่ควรเกิด โดยมาผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้บริการ ผู้ให้บริการ และสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ต้องทบทวน (Sentinel event) เป็นอุบัติการณ์ที่ไม่คาดคิด ซึ่งนำไปสู่การตาย หรือบาดเจ็บรุนแรงต่อร่างกายหรือจิตใจ หรือความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าว

เหตุเกิดสูญเสียบ (Near miss) เป็นการปฏิบัติที่กระทำต่อหรือยังไม่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่อันตรายดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้น อันเป็นจากโอกาส/ โชค หรือเป็นผล จากการป้องกัน หรือเป็นผลจากการบรรเทา

3. โปรแกรมความเสี่ยงสำคัญ

ตารางที่ 23 โปรแกรมความเสี่ยงสำคัญ

โปรแกรมความเสี่ยงสำคัญ	เจ้าภาพปรับปรุงแก้ไข
1. สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	คณะกรรมการ ENV
- โครงสร้างกายภาพ	
- น้ำเสีย / ขยะ	
- อัคคีภัย	
2. ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	ฝ่ายธุรการ
3. การเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ	คณะกรรมการ IC
- การติดเชื้อในผู้ป่วย	
- อาชีวอนามัย	
4. เครื่องมือและอุปกรณ์	คณะกรรมการเครื่องมือและอุปกรณ์
5. ข้อร้องเรียน / ข้อเสนอแนะ / พฤติกรรมบริการ	ศูนย์บริหารงานคุณภาพ
6. สิทธิ / จริยธรรมวิชาชีพ	MSO / NSO
7. ความเสี่ยงทางคลินิก	PCT
- การตรวจวินิจฉัย	
- การให้สารน้ำ / ส่วนประกอบของเลือด	
- ผ่าตัด / วิสัญญี	
- การคลอด	
- ระบบยา	

4. เกณฑ์การประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ 9 ระดับ

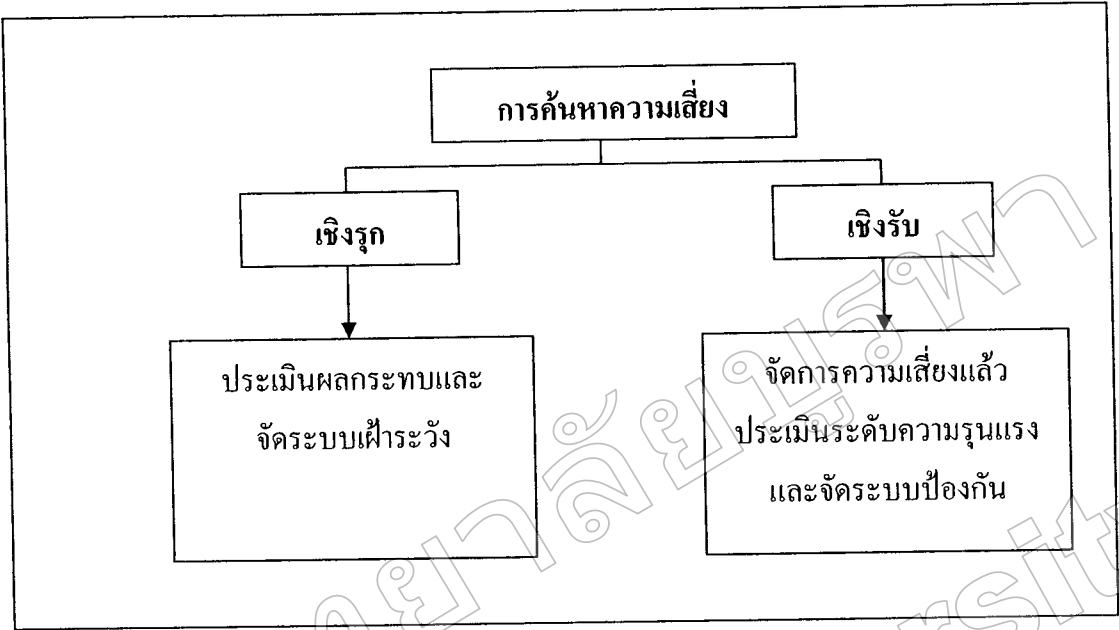
ตารางที่ 24 เกณฑ์การประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ 9 ระดับ

ระดับความรุนแรง	การเกิดความเสี่ยง	ผลกระทบ	การรายงาน	การจัดการ	การติดตามประเมินผล
ยังไม่เกิด					
อันตราย					
ระดับ A	มีเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุการณ์	ยังไม่ถึงผู้รับบริการหรือสิ่งของ	RMC (ทุกเดือน)	Near miss (ทบทวนระบบงาน)	ทุก 6 เดือน
ไม่เป็นอันตราย					
ระดับ B	เกิดอุบัติเหตุการณ์แล้ว	ยังไม่ถึงผู้รับบริการหรือสิ่งของ	RMC (ภายใน 7 วัน)	Near miss (ทบทวนระบบงาน)	ทุก 3 เดือน
ระดับ C	เกิดอุบัติเหตุการณ์แล้ว	ถึงผู้รับบริการหรือสิ่งของแล้ว แต่ไม่เป็นอันตรายหรือสิ่งของเสียหาย	RMC (ภายใน 7 วัน)	Near miss (ทบทวนระบบงาน)	ทุก 3 เดือน
ระดับ D	เกิดอุบัติเหตุการณ์แล้ว	ถึงผู้รับบริการหรือสิ่งของแล้ว ต้องมีการเฝ้าระวังให้มั่นใจว่าปลอดภัยไม่ต้องการรักษาหรือซ่อมแซม	RMC (ภายใน 7 วัน)	Near miss (ทบทวนระบบงาน)	ทุก 3 เดือน

ตารางที่ 24 (ต่อ)

ระดับความรุนแรง	การเกิดความเสี่ยง	ผลกระทบ	การรายงาน	การจัดการ	การติดตามประเมินผล
เป็นอันตราย					
ระดับ E	เกิดอุบัติการณ์แล้ว	ถึงผู้รับบริการหรือสิ่งของแล้ว เกิดอันตรายหรือเสียหายชั่วคราวต้องได้รับการรักษาหรือซ่อมแซม	RMC (ทันที)	Near miss (ทบทวนระบบงาน)	ทุก 2 เดือน
			RMC / ผอก. (ทันที)	Sentinel Event (ทำ RCA)	ทุก 2 เดือน
ระดับ F	เกิดอุบัติการณ์แล้ว	ถึงผู้รับบริการหรือสิ่งของแล้ว เกิดอันตรายหรือเสียหายชั่วคราวต้องได้รับการรักษาหรือซ่อมแซม	RMC / ผอก. (ทันที)		
ระดับ G	เกิดอุบัติการณ์แล้ว	นานขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้น ถึงผู้รับบริการหรือสิ่งของแล้ว เป็นอันตรายถาวร แต่ไม่ถึงกับชีวิต	RMC / ผอก. (ทันที)	Sentinel Event (ทำ RCA)	ทุก 1 เดือน
ระดับ H	เกิดอุบัติการณ์แล้ว	ถึงผู้รับบริการหรือสิ่งของแล้ว ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต / สิ่งของเสียหายมาก อาจก่อให้เกิดการฟ้องร้องโรงพยาบาล	RMC / ผอก. (ทันที)	Sentinel Event (ทำ RCA)	ทุก 1 เดือน
ระดับ I	เกิดอุบัติการณ์แล้ว	ถึงผู้รับบริการหรือสิ่งของแล้ว อาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต / ทรัพย์สินเสียหายมาก เกิดการสูญเสียร้ายแรง		Sentinel Event (ทำ RCA)	ทุก 7 วัน

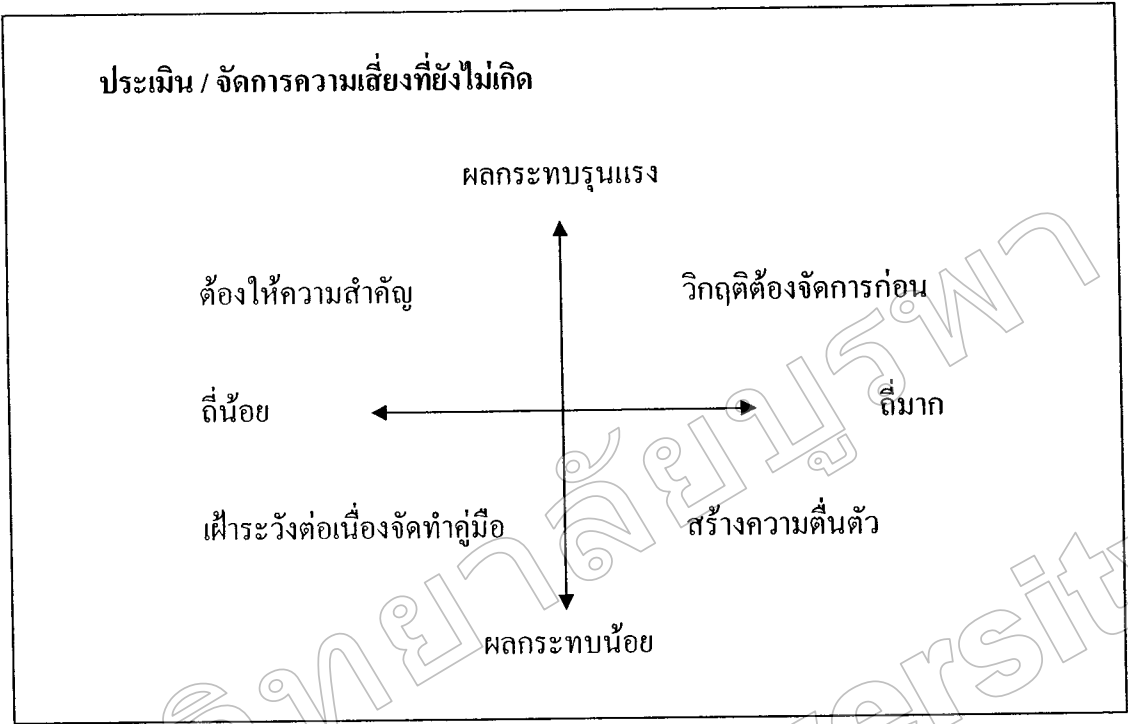
5. การค้นหาความเสี่ยง



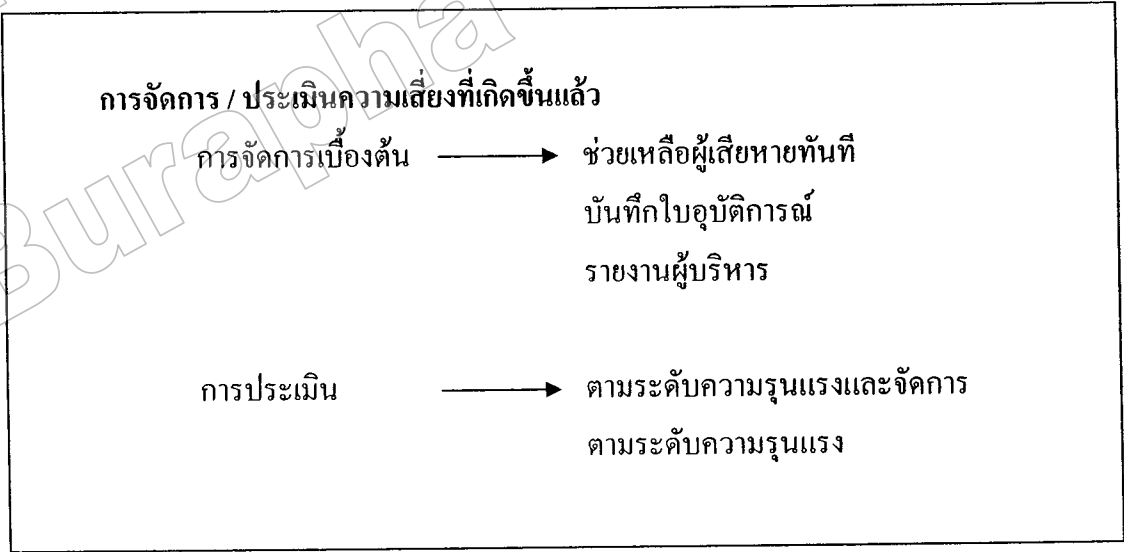
ภาพที่ 8 การค้นหาความเสี่ยง

ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก	บันทึกที่มีอยู่แล้ว / เชิงรับ
- จากกระบวนการหลัก - การดูแลผู้ป่วย (round, สุ่มเวชระเบียน) - ประสบการณ์ในอดีตของเราหรือของผู้อื่น - ข่าวหนังสือพิมพ์ / สื่อต่าง ๆ - รายงานอุบัติการณ์ - ผลงานทางวิชาการ - จากการสำรวจ เช่น ENV round	- บันทึกการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน - รายงานของหน่วยรักษาความปลอดภัย - รายงานการตรวจสอบอัคคีภัย - บันทึกการควบคุมคุณภาพอาหาร - รายงานด้านอาชีวอนามัย - รายงานอุบัติการณ์ - บันทึกประจำวันของหน่วยงาน - รายงานความปลอดภัยในการทำงาน

ภาพที่ 9 การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและเชิงรับ



ภาพที่ 10 การประเมิน/จัดการความเสี่ยงที่ยังไม่เกิด



ภาพที่ 11 การจัดการ / ประเมินความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว

6. บัญชีความเสี่ยง

ตารางที่ 25 บัญชีความเสี่ยง

ที่มา / ทบทวน	จัดระดับความรุนแรง	กำหนดแนวทางป้องกัน	ความต่อเนื่อง
1. วิเคราะห์กระบวนการหลัก	ความเสี่ยงที่เกิดให้จัด	- ระดับ A-D ต้องมีการเฝ้า	ให้มีการทบทวน
2. ทบทวน 12 กิจกรรม	ระดับความรุนแรง	ระวังความเสี่ยง	Risk Profile ทุก
3. ทบทวนเวชระเบียน	A ถึง I	- ระดับ E-I ต้องมีการวาง	6 เดือน
4. จากหนังสือพิมพ์/ วิทยุ/ โทรทัศน์/ โรงพยาบาลอื่น ๆ ที่พบ		ระบบ และต้องมีวิธีปฏิบัติ (WI) ที่ชัดเจนเป็น	
5. Service round ของ IC/ ENV/ RM/ PCT ฯลฯ		ลายลักษณ์อักษร	
6. ใบปฏิบัติการ/ ข้อร้องเรียน			
7. การนิเทศทางโรงพยาบาล			
8. เว็บไซต์โรงพยาบาล			
ฯลฯ			

Patient Safety Goals โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

1. การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification)
2. การผ่าตัด (Operation Safety)
3. การใช้ยา (Medication Safety)
4. การติดเชื้อจากการดูแลรักษา (Health Care-Associated Infection)
5. ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก (Maternal & Neonatal Morbidity)
6. การดูแลรักษาที่ล่าช้า (Delayed Rescue)
7. กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome)
8. การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน (Communication Failure)

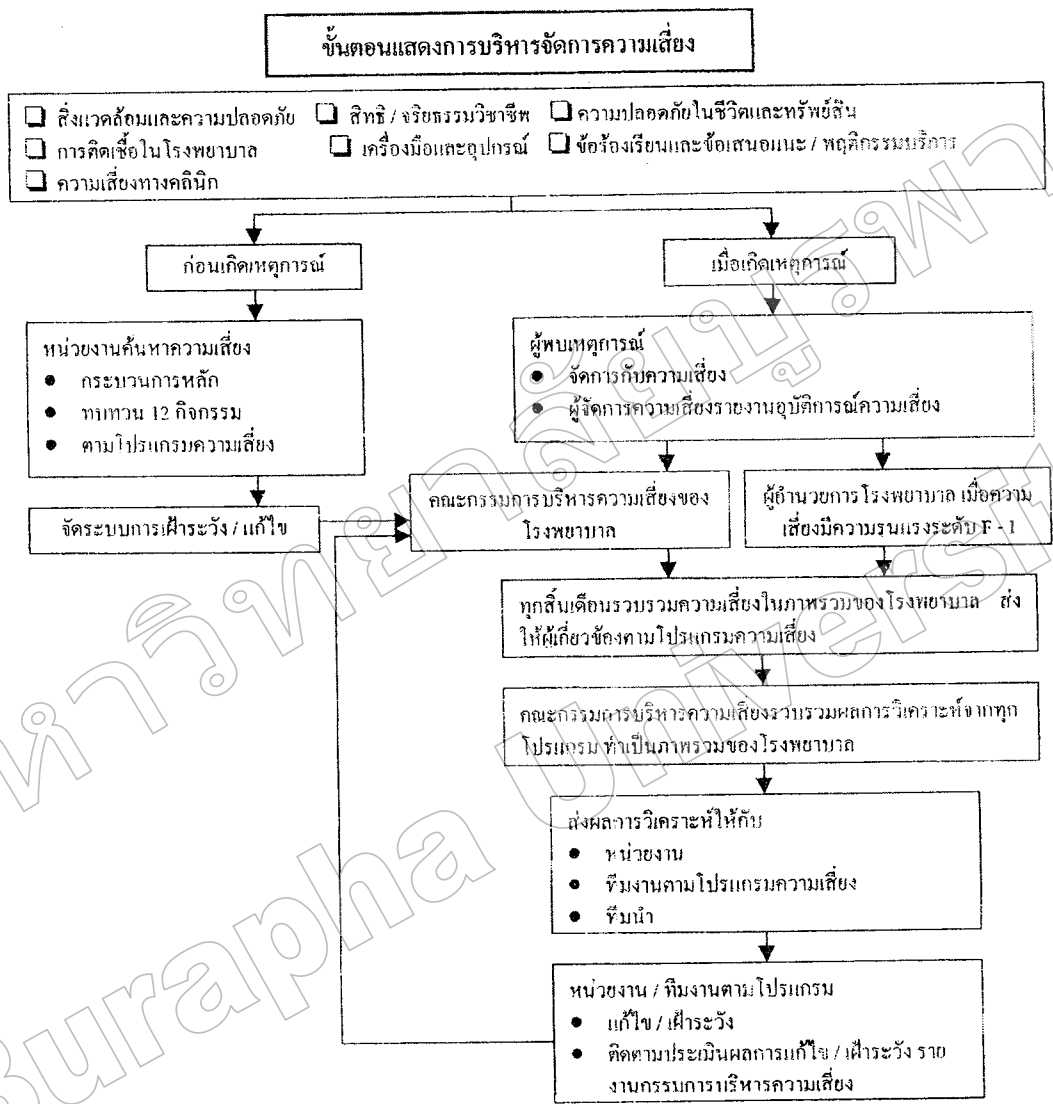
7. เป้าหมาย

- ลดความเสี่ยง / อุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง
- มีการค้นหาความเสี่ยงทุกพื้นที่ของโรงพยาบาล
- มีผู้จัดการความเสี่ยงที่มีความรู้ ความเข้าใจ ช่วยบรรณรงค์ เรื่องความเสี่ยงให้กับเจ้าหน้าที่ตลอดเวลา
- มีการประสานเชื่อมโยงกับระบบงานหลัก

8. ตัวชี้วัดคุณภาพ

- อัตราการค้นหาความเสี่ยงในการทำ Risk Profile > 90%
- อัตราการเขียนรายงานอุบัติการณ์ > 50% จากปีที่แล้ว
- อุบัติการณ์ของระดับความรุนแรง ระดับ E-I มีแนวโน้มลดลง

9. ขั้นตอนแสดงการบริหารจัดการความเสี่ยง



ภาพที่ 12 ขั้นตอนแสดงการบริหารจัดการความเสี่ยง

- 10. แนวทางการรายงานความเสี่ยงโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา (ภาคผนวก)
- 11. ใบรายงานความเสี่ยง (ภาคผนวก)

ภาพรวมการประเมินประสิทธิภาพระบบบริหารความเสี่ยง ปี 2546-2549

1. ด้านความตระหนักของเจ้าหน้าที่ พบว่า

- จำนวนใบอุบัติการณ์มีจำนวนไม่มาก

ปี 2546 48 เรื่อง

ปี 2547 37 เรื่อง

ปี 2548 23 เรื่อง

ปี 2549 412 เรื่อง

- ใบอุบัติการณ์พบเหตุการณ์ near miss น้อย
- โปรแกรมความเสี่ยงไม่ครอบคลุม/ไม่ชัดเจน

2. เหตุการณ์เกิดซ้ำ พบว่า

- ลืมกุญแจไว้ที่รถจักรยานยนต์
- หอผู้ป่วยตามให้ช่วยจับผู้ป่วย
- สายไฟ, เครื่องใช้ไฟฟ้าช็อต
- เอกสารขอเลือด, บันทึกรัก group เลือดผิด
- ท่อน้ำอุดตัน
- ความปลอดภัยในทรัพย์สิน
- ไม่พอใจในพฤติกรรมบริการ/ระบบบริการ
- เครื่องปรับอากาศมีน้ำหยด/ชำรุดใช้งานไม่ได้

ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ 2550)

- ทบทวนบทบาทหน้าที่ เป้าหมาย และนโยบายครอบคลุมผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งได้กำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนประสิทธิภาพของระบบได้
- ปรับปรุงโปรแกรมความเสี่ยง และระดับความรุนแรง
- กำหนดแนวทางการรายงานและการจัดการความเสี่ยงในแต่ละระดับ
- ติดตามประเมินผลทุกเดือนเพื่อทราบสถานการณ์ และทุก 3 เดือน เพื่อทราบแนวโน้ม
- ปรับปรุงระเบียบปฏิบัติ เรื่องการบริหารความเสี่ยง และกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพที่

ชัดเจน ได้แก่

- อัตราการค้นหาความเสี่ยงในการทำ risk profile > 90%
- อัตราการเขียนใบรายงานอุบัติการณ์ > 50% จากปีที่แล้ว
- อุบัติการณ์ระดับความรุนแรง E ถึง I มีแนวโน้มลดลง

สถานการณ์ความเสี่ยง (กันยายน 2549 – มีนาคม 2550) 683 ใบความเสี่ยง

- Program ความเสี่ยงที่พบเป็นเรื่องโครงสร้างทางกายภาพ ความปลอดภัยในชีวิต/ทรัพย์สิน การเฝ้าระวังการติดเชื้อ เครื่องมืออุปกรณ์ ข้อร้องเรียนความเสี่ยงทางคลินิก

- สถานการณ์ความเสี่ยง 3 ลำดับแรก

1. ความเสี่ยงทางคลินิก (ระบบยา)	420	ครั้ง (61.49%)
2. ความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน	88	ครั้ง (12.88%)
3. ข้อร้องเรียน/ ข้อเสนอแนะ	52	ครั้ง (7.61%)

ระดับความรุนแรงของความเสี่ยง

1. ระดับความรุนแรงที่ไม่เป็นอันตราย (A-E) จำนวน 616 ครั้ง (90.19%)

ระดับ C 204 ครั้ง (29.87%) ความคลาดเคลื่อนทางยา

ระดับ B 182 ครั้ง (26.65%)

ระดับ D 104 ครั้ง (15.23%)

ระดับ A 86 ครั้ง (12.59%) ลืมกัญญาแจกจ่ายที่รถจักรยานยนต์

ระดับ E 40 ครั้ง (5.86%)

2. ระดับความรุนแรงที่เป็นอันตราย (F-I) จำนวน 66 ครั้ง (9.66%)

ระดับ F 22 ครั้ง (3.22%) การระบุตัวผู้ป่วย สังกะยาที่มีข้อห้าม

ระดับ I 19 ครั้ง (2.78%) ผู้ป่วยเสียชีวิต/ ทรัพย์สินสูญหาย

ระดับ G 15 ครั้ง (2.20%)

ระดับ H 10 ครั้ง (1.46%)

โอกาสพัฒนา

- กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่เกิดความตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงให้เพิ่มมากขึ้น

- ติดตามผลการดำเนินการ การจัดการความเสี่ยงในระดับ F ถึง I ด้านประสิทธิภาพของการทำ RCA และอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

- ส่งเสริมให้หน่วยงานบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย สามารถทราบถึงความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk) ที่ระบุกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มโรคที่สำคัญ

ประเมินแนวโน้มความเสี่ยง

- ความเสี่ยงทางคลินิกด้านระบบยา มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากคณะทำงานเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยามีความเข้มแข็ง สามารถกำกับและติดตามความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา โดยเฉพาะความคลาดเคลื่อนทางการบริหารยา (Admin error) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ด้านความตระหนักของเจ้าหน้าที่ที่มีแนวโน้มลดลงและจัดการกับความเสี่ยงไม่ชัดเจน
- โปรแกรมความเสี่ยงด้านสิทธิและจริยธรรมวิชาชีพไม่ครอบคลุม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ประสิทธิภาพของทีม

1.1 ทีมนำ มีการสร้างเป้าหมายร่วม อำนวยการ ควบคุมกำกับ ติดตาม ในมาตรฐานทั่วไป และเฉพาะด้าน เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

1.2 ทีมพัฒนาคุณภาพระดับหน่วยงาน (Unit Team) หน่วยงานต่าง ๆ จำนวน 53 หน่วยงาน มีการปฏิบัติกิจกรรมคุณภาพตามมาตรฐาน เพื่อให้งานประจำไม่มีปัญหา

1.3 ทีมคร่อมสายงาน (Cross Functional Teams) เน้นระบบของมาตรฐานเฉพาะด้าน เพื่อประสิทธิภาพของระบบ

2. โครงสร้างองค์กร (Structure Organization)

โครงสร้างองค์กรของโรงพยาบาลฉะเชิงเทรา มี 2 รูปแบบ

2.1 โครงสร้างการบริหารจัดการโรงพยาบาลฉะเชิงเทรา

2.2 โครงสร้างองค์กร เพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

โครงสร้างทั้ง 2 รูปแบบส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพ (Efficiency) และประสิทธิผล (Effective)

ในการบริหารจัดการองค์กร และเกิดการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จนสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรได้

3. บุคลากรของโรงพยาบาล

- บุคลากรของโรงพยาบาลระดับวิชาชีพ (Professional) ต้องมีการฟื้นฟูความรู้ ความสามารถ และทักษะในวิชาชีพของตนอย่างต่อเนื่อง เช่น พยาบาลต้องได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 50 หน่วย/ปี เป็นต้น

- บุคลากรโรงพยาบาลระดับวิชาชีพต้องได้รับการอบรม (Training) อย่างน้อย 10 วัน/คน/ปี และต้องได้รับการอบรมการฟื้นคืนชีพ (Cardiac Pulmonary Resuscitation : CPR) อย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี

- โรงพยาบาลมีบุคลากรระดับวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Specialist) เป็นจำนวนมาก

4. โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา เป็นโรงพยาบาลรัฐบาลที่ใหญ่ที่สุดในจังหวัด

ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับตติยภูมิ (ระดับ 3.1) จึงมีความพร้อมหลายด้าน ในการให้บริการผู้มารับบริการอย่างมีคุณภาพ

5. โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดมีจำนวนน้อย

โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา มีเพียง 2 แห่ง และเนื่องจากโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ จึงมีความพร้อมด้านบุคลากร และเครื่องมือ อุปกรณ์ การแพทย์มากกว่า

6. เงินบริจาค

โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราได้รับเงินบริจาคมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเงินบริจาคจาก วัดโสธรวราราม ปัจจุบันมีอาคาร “พุทธโสธร” ซึ่งเป็นอาคารที่สร้างขึ้นจากเงินบริจาคของวัด เป็นอาคาร 9 ชั้น ทำให้โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา มีสถานที่ให้บริการเพิ่มมากขึ้น เป็นการช่วย แก้ปัญหาสถานที่ให้บริการมีไม่เพียงพอได้อย่างมาก

บทเรียนที่ได้รับ

1. การจัดอัตราค่าจ้างขององค์กร

ควรใช้หลักเกณฑ์ภาระงาน โดยดูจากข้อมูลพื้นฐาน (Database) ของอัตราครองเตียง ผลผลิต (Productivity) และการทำงานล่วงเวลา (Over Time) ของบุคลากร เพื่อจะได้จัดอัตราค่าจ้างให้เหมาะสมกับงาน เป็นการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการทำงาน เนื่องจากภาระงานมากกว่าคน (Overload) ได้

2. การรายงานความเสี่ยง

องค์กรต้องสร้างความมั่นใจไม่ให้เกิดผลกระทบ (Effect) กับบุคลากรหรือหน่วยงาน ที่รายงาน ทำให้เกิดเป็นวัฒนธรรมการรายงาน เนื่องจากคนทำงานเป็นเหยื่อของระบบ

3. องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

ควรมีการพัฒนาองค์กร ให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยสร้างกลไกในการเผยแพร่ สิ่งที่เราเรียนรู้พัฒนา กิจกรรมการเรียนรู้เป็นทีมอย่างต่อเนื่อง (Team Learning) ให้อำนาจแก่คนทำงาน (Empowerment) พัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบ (System Thinking) และความใฝ่ฝันถึงอนาคต ร่วมกัน (Share Vision)

4. การบริการค่าตอบแทน (Compensation Management)

การบริหารค่าตอบแทน ทั้งที่เป็นประโยชน์ทางตรง ซึ่งรวมถึงผลประโยชน์ตอบแทนทางการเงิน และบริการต่างๆที่จัดให้ กับประโยชน์ทางอ้อมที่จัดให้กับบุคลากร ควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างองค์กรกับบุคลากร เพื่อแลกกับผลงานที่บุคลากรได้ทำให้กับองค์กร

แผนงานในอนาคต

1. ทบทวนเวชระเบียนของผู้รับบริการ โดยการทำ Active Survey เพื่อจะได้จำนวน อุบัติเหตุ/ อุบัติการณ์ (Incident) เพิ่มขึ้น
2. การจัดการความรุนแรงของเหตุการณ์ ความรุนแรงระดับ E-I ต้องมาทำ RCA (Root Caused Analysis) ซึ่งเดิมทำ RCA ที่ระดับ F-I
3. จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง โดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงต้องมองภาพรวมว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นไปเกี่ยวข้องกับระบบใดบ้าง การจัดการจึงต้องทำทั้งระบบ
4. การติดตาม คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ต้องมีการติดตามและจัดการในอุบัติเหตุและอุบัติการณ์สูง ๆ อย่างสม่ำเสมอ

รางวัลคุณภาพ

บันไดขั้นที่ 1 เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2548

- กระบวนการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Healthy Thailand) เมื่อ 20 เมษายน 2548
- รางวัลคุณภาพ Claim award ประจำปี 2549 รับ-ส่งข้อมูลดีเด่นระหว่างประเทศ (Electronic claim)

- ส้วมสะอาดได้มาตรฐาน (HAS) กรมอนามัย

บันไดขั้นที่ 2 เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2550