

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน
โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ตามประกาศโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ
เรื่องแนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานพ.ศ. ๒๕๖๗
สำหรับหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ

ชื่อหน่วยงาน : งานนิติการ กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ

วัน/เดือน/ปี : ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๖

หัวข้อ : เผยแพร่ข้อมูล ITA

รายละเอียดข้อมูล : MOIT 

MOIT๑ หน่วยงานมีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๑. ข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน ประกอบด้วย

๑.๑ ข้อมูลผู้บริหาร แสดงรายนามของผู้บริหารของหน่วยงาน ประกอบด้วย (๑) รูปถ่าย (๒) ชื่อ-นามสกุล (๓) ตำแหน่ง และ (๔) หมายเลขโทรศัพท์ (ต้องมีครบทั้ง ๔ รายการ)

๑.๒ นโยบายของผู้บริหาร

๑.๓ โครงสร้างหน่วยงาน

๑.๔ หน้าที่และอำนาจของหน่วยงานตามกฎหมายจัดตั้ง หรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

๑.๕ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน หรือการปฏิบัติงานของหน่วยงาน

๑.๖ ข่าวประชาสัมพันธ์ ที่แสดงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานตามหน้าที่และอำนาจ และภารกิจของหน่วยงาน และเป็นข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๑.๗ ข้อมูลการติดต่อหน่วยงาน ประกอบด้วย (๑) ที่อยู่หน่วยงาน (๒) หมายเลขโทรศัพท์ของหน่วยงาน (๓) หมายเลขโทรสารของหน่วยงาน (๔) ที่อยู่ประชณีย์อิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยงาน และ (๕) แผนที่ที่ตั้งหน่วยงาน (ต้องมีครบทั้ง ๕ รายการ)

๑.๘ ช่องทางการรับฟังความคิดเห็นที่บุคคลภายนอกสามารถแสดงความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามหน้าที่และอำนาจและตามภารกิจของหน่วยงาน

๒. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม MOPH

๓. พระราชบัญญัติมาตรฐานทางจริยธรรม พ.ศ. ๒๕๖๒

๔. ประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๖๔

๕. ข้อกำหนดจริยธรรมเจ้าหน้าที่ของรัฐ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๔

๖. อินโฟกราฟฟิกคณะกรรมการจริยธรรม ประจำปีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ชุดปัจจุบัน ที่มีนายวินัย วิริยกิจจา เป็นประธานกรรมการ

๗. ยุทธศาสตร์ฯ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติฯ แผนการปฏิรูปประเทศฯ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ของประเทศ

๘. นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

๙. แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน (แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานทุกแผน)

๑๐. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน (เป็นไปตามข้อ ๙.)
๑๑. แผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีของหน่วยงาน และผลการใช้จ่ายงบประมาณ ประจำปีของหน่วยงาน ตามแผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีของหน่วยงาน
๑๒. คู่มือการปฏิบัติงานการร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือให้บริการของเจ้าหน้าที่
๑๓. คู่มือการปฏิบัติงานการร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ
๑๔. คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน
๑๕. คู่มือขั้นตอนการให้บริการ (ภารกิจให้บริการประชาชนตามพระราชบัญญัติ การอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘) (เฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ)
๑๖. รายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
๑๗. รายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
๑๘. ข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้าง ประกอบด้วย
- ๑๘.๑ การวิเคราะห์ผลการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
- ๑๘.๒ แผนการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗
- ๑๘.๓ ผลการดำเนินการตามแผนการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ตามรอบระยะเวลาที่กำหนดในกรอบแนวทางของหน่วยงาน
- ๑๘.๔ ประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงาน เพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐ และแบบแสดง ความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงานในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้ง ทางผลประโยชน์ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

ฉาภิธมา พิภูลศรี
 นางสาวอาทิตยา พิภูลศรี
 นิตกร
 27 ธ.ค. 2566

ผู้อนุมัติรับรอง

นายณัฐพงษ์ พิมพิโคตร
 (นายณัฐพงษ์ พิมพิโคตร)
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
 รักษาการในตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ
 27 ธ.ค. 2566

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

ฉาภิธมา พิภูลศรี
 นางสาวอาทิตยา พิภูลศรี
 นิตกร
 27 ธ.ค. 2566

**คู่มือการปฏิบัติตามภารกิจหลัก
ของหน่วยงาน
คือ การดูแลพระสงฆ์อาพาธ**



โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

คำนำ

คู่มือการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้บุคลากรใช้เป็นเครื่องมือช่วยเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน โดยได้จัดทำรายละเอียดของงานแต่ละกลุ่มงานแยกเป็นแต่ละกิจกรรมอย่าง ละเอียดและครบถ้วน โดยแสดงถึงขั้นตอนต่างๆ ของการปฏิบัติงาน การเดินของเอกสาร ตลอดจนผัง ระบบงาน (Flow Chart) เพื่อให้เข้าใจง่ายและใช้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานให้บรรลุตามข้อกำหนดสำคัญๆ ของแต่ละกระบวนการ ให้ได้ตามเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ และเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการ บริหารจัดการ

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานทุกระดับทั้งผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้างาน จะสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานให้ถูกต้องมีประสิทธิภาพเป็นมาตรฐานเดียวกัน และเป็นประโยชน์ต่อผู้บังคับบัญชาในการติดตาม กำกับ เร่งรัดให้งานบรรลุผลสัมฤทธิ์ เกิดความคล่องตัวมาก ยิ่งขึ้น และบรรลุตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ทุกประการ

งานนิติการ

ผู้จัดทำ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
การดูแลพระสงฆ์อาพาธ	๔
แนวทางปฏิบัติภายใต้หลักพระธรรมวินัย	๒๕
บรรณานุกรม	

กลุ่มงาน/หน่วยงาน

สงฆ์อาพาธ

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

หน่วยงาน :สงฆ์อาพาธ

1. บริบท (Context)

ก. ความมุ่งหมาย (Purpose):

ให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พิ้นฟูสภาพ พระภิกษุ - สามเณรอาพาธ และประชาชนทั่วไปที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลตามแนวทางมาตรฐานวิชาชีพและหลักพระธรรมวินัย อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและผู้รับบริการพึงพอใจ

ข. ขอบเขตบริการ (Scope of Service):

ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในตามกลุ่มโรคดังนี้

1. พระภิกษุสงฆ์-สามเณรอาพาธทุกกลุ่มโรค
2. พระภิกษุโครงการพุทธอุปถัมภ์
3. ผู้ป่วย case Palliative care PPS score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10
4. case TB รายใหม่ หรือแพทย์วินิจฉัย R/O TB ตามดุลยพินิจของแพทย์
5. ผู้ป่วยชาย/หญิง ที่ประสงค์ห้องพิเศษ ในกรณีห้องพิเศษ ชั้น 7 เต็ม
6. ผู้ป่วย stroke แพทย์ชาย กลุ่ม non rt-PA
7. รับช่วยผู้ป่วยชายจากward อายุรกรรมชาย ในรายที่ไม่ซับซ้อนและอายุรแพทย์อนุญาต

ศักยภาพ มีจำนวนเตียงในหอผู้ป่วย 30 เตียง เตียงสามัญญ 25 เตียง ห้องพิเศษ 2 เตียง ห้องแยกโร 3 เตียง

ข้อจำกัด ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่รุนแรง ที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการสำคัญ:

ลูกค้าภายใน

ฝ่าย / หน่วยงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
- พระภิกษุ-สามเณร - ประชาชน	- ต้องการได้รับการดูแลภายใต้หลักพระธรรมวินัย มีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ต้องการได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ได้รับความพึงพอใจใน บริการ ได้รับข้อมูลและความเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่
ฝ่ายเภสัชกรรม	- ส่งเบิกยาตามคำสั่งแพทย์ตามแนวทางที่วางไว้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษาที่ถูกต้อง - เฝ้าระวังอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำตามแนวทางปฏิบัติ

	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการให้ยา High Alert Drug - ตรวจสอบ Stock ยา และเบิกทุกครั้งที่มีการใช้
ฝ่าย / หน่วยงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
กายภาพบำบัด	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ส่งผู้ป่วยตามเวลานัดหมาย - ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ให้ชัดเจน เช่นส่ง Rehab ,PT,ส่งกายภาพ
ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	<ul style="list-style-type: none"> - ให้เจ้าหน้าที่เพิ่มความกระตือรือร้นในการรับใหม่ผู้ป่วย
X-ray	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ส่งข้อมูลทุกครั้งในคอมพิวเตอร์ก่อนส่งผู้ป่วยจะไม่เสียเวลา - โทรประสานในกรณีส่ง portable chest
Lab	<ul style="list-style-type: none"> - ลงข้อมูลทุกครั้งในคอมพิวเตอร์เมื่อมีการส่งตรวจให้ถูกต้องและครบถ้วน - เก็บส่งตรวจให้ถูกต้องกับชนิดของการส่งตรวจ - ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ให้ถูกต้อง

ลูกค้าภายนอก

กลุ่มผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วยและญาติ - พระภิกษุ-สามเณร - ประชาชน	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องการได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพและหลักพระธรรมวินัย มีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ต้องการได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ได้รับความพึงพอใจในบริการ ได้รับข้อมูลและความเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่
หน่วยงานภายนอก	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องการการประสานงานที่ดี ได้รับข้อมูลเพียงพอ สะดวกรวดเร็วถูกต้อง
รพสต.ต่างๆ	<ul style="list-style-type: none"> - การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนการจำหน่าย - ปัญหาที่ต้องการให้ติดตามและดูแลต่อเนื่อง

ง.ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues)

ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง ถูกต้อง ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ และหลักพระธรรมวินัย รวมทั้งได้รับการฟื้นฟูสภาพ ผู้รับบริการพึงพอใจ

จ.ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ความท้าทาย:

1. ระบบการดูแลพระภิกษุภายใต้หลักพระธรรมวินัย
2. ระบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เชื่อมโยงกับทีม HHC
3. ลดความเสี่ยงทางการพยาบาลที่สำคัญ เช่น bed sore, fall เป็นต้น
4. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินระบบต่างๆ

5. การดูแลผู้ป่วย Stroke ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) ที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ (เรียงตามลำดับความสำคัญ)

- 1.1 การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ(UTI ,CA-UTI)
- 1.2 การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ(HAP)
- 1.3 การเกิดแผลกดทับ (Bed sore)
- 1.4 การเกิดภาวะฉุกละหุกกับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรค

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ความท้าทาย:

1. ระบบการดูแลพระภิกษุภายใต้หลักพระธรรมวินัย
2. ระบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เชื่อมโยงกับทีม HHC
- 3 . ลดความเสี่ยงทางการพยาบาลที่สำคัญ เช่น bed sore, fall เป็นต้น
4. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกละหุกระบบต่างๆ
5. การดูแลผู้ป่วย Stroke ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) ที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ (เรียงตามลำดับความสำคัญ)

- 1.1 การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ(UTI ,CA-UTI)
- 1.2 การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ(HAP)
- 1.3 การเกิดแผลกดทับ (Bed sore)
- 1.4 การเกิดภาวะฉุกละหุกกับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรค

2. ความเสี่ยงทั่วไป ที่อาจเกิดขึ้น (Non-Clinical Risk) ได้แก่ (เรียงตามลำดับความสำคัญ)

- 2.1 ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม (fall)

. ความเสี่ยงทั่วไป ที่อาจเกิดขึ้น (Non-Clinical Risk) ได้แก่ (เรียงตามลำดับความสำคัญ)

- 2.1 ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม (fall)

ฉ. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน: (เช่น จำนวนผู้รับบริการ สถิติต่างๆ ไม่รวมตัวชีวิต)ปริมาณงาน (ปรับเป็นหอผู้ป่วยในสงฆ์อาพาธ มีนาคม 2556 จำนวน 30 เตียง)

ลำดับ	รายการ	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564
1	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด / คน	1,360	1,172	1,257	1,282	1,085
	- พระภิกษุ	375	522	479	469	469
	- เพศชาย	934	589	687	806	806
	- เพศหญิง	32	44	25	27	27
	- เด็ก	0	0	0	0	0
2	ยอดผู้ป่วยเฉลี่ย / วัน	19	19	21.87	20.42	18.47
3	อัตราการครองเตียง (%)	60.34	58.50	74.14	70.42	63.72
ลำดับ	รายการ	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564
4	อัตราผู้ป่วยรับใหม่ (คน/วัน)	3.33	3.10	3.14	3.47	3.08
5	ยอดผู้ป่วยจำหน่ายเฉลี่ย/วัน	3.37	3.31	3.32	3.61	3.07
6	จำนวนวันอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย	4.92	4.47	5.23	5.86	6.29
7	จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	4,692	6,161	7476	7,476	6757
8	จำนวนผู้ป่วยส่งต่อ (คน)	59	47	75	134	176
9	จำนวนผู้ป่วยส่งต่อภายใน 2 ชั่วโมงหลัง Admit	1	0	0	1	0
10	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต (คน)	24	12	29	18	26
	- โดยไม่คาดฝัน	1	0	3	0	1
	- ระยะเวลาสุดท้าย	23	12	26	18	25

จากตารางที่ 1 พบว่า จำนวนผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากทางหน่วยงานได้ปรับเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยเพิ่มจากเดิม ในปี2562 โดยรับในกลุ่มผู้ป่วยชาย case stroke non r-TPA และ กลุ่มผู้ป่วยของอายุรกรรมชายกรณียอดเกิน (2560-2563) จึงทำให้ยอดผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้น ทำให้อัตราการครองเตียงเพิ่มขึ้นตามลำดับ ในปี 2564 จำนวนผู้ป่วยลดลง เนื่องจากการปรับระบบการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมชายของอายุรแพทย์ จะให้ช่วยรับได้ในกรณี caseผู้ป่วยชายไม่ซับซ้อนและแพทย์เห็นสมควรให้รับได้ ส่งผลให้ยอดผู้ป่วยต่อ

วันและอัตราการครองเตียงลดลงไปด้วย ในส่วนวันนอนลดลงเพราะมีแนวทางชัดเจนการดูแลผู้ป่วย Stroke nonRT-PAซึ่ง จะ refer back รพช. การส่งต่อเพราะเกินศักยภาพ เช่นส่งปรึกษา cardio หรือ neuro ส่วนผู้ป่วยที่เสียชีวิตพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ (plan dead) แพทย์ femmed และ PCN ได้รับ ปรึกษาร่วมดูแล

5 อันดับโรคที่พบบ่อยหผู้ป่วยในสงฆ์อาหาร

ลำดับ	ปี2560	จำนวน	ปี2561	จำนวน	ปี2562	จำนวน	ปี2563	จำนวน	ปี2564	จำนวน
1	Caculus of kidney	472	Caculus of kidney	431	Stroke	257	Stroke	377	Stroke	327
2	TB lung	48	TB lung	59	Caculus of kidney	67	UTI	36	TB lung	38
3	UTI	26	Senile cataract	31	TB lung	64	FEVER	36	UTI	27
4	COPD	24	COPD	18	UTI	33	Dyspepsia	26	TIA	26
5	Calculus of ureter	23	Pneumonia	17	Fever	31	AGB/TB	25	Senile cataract	22

จากตาราง จะเห็นว่า 5 อันดับโรคที่พบบ่อย ในปีงบประมาณ 2562-2564 อันดับแรกยังคงเป็นกลุ่ม Stroke ซึ่งเป็นไปตามข้อบ่งชี้ในการรับcase ช่วยward อายุกรรมชายที่มีอัตราการครองเตียงสูง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่ม strokeและอายุกรรม เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการขยายบริการของโรงพยาบาลเรื่องการทำให้ CT และรับrefer จากเครือข่ายเขตโซน1 และ 2 ทำให้มีกลุ่มผู้ป่วยนี้เพิ่มขึ้น

5 อันดับโรคในกลุ่มพระสงฆ์ที่อาหารที่หผู้ป่วยสงฆ์อาหาร

ลำดับ	ปี2561	จำนวน	ปี2562	จำนวน	ปี2563	จำนวน	ปี2564	จำนวน
1	Senile cataract	27	Senile cataract	20	Calculus of kidney	15	Stroke	21
2	Caculus of kidney	16	Dyspepsia	17	Hernia	14	Senile cataract	20
3	Hernia	16	Pneumonia	15	Wound infected	12	CHF	17
4	COPD	16	Hernia	15	Senile cataract/ HT/ Pneumonia	11	Hernia	16
5	Dm	14	Stroke	15	COPD	9	UTI	13

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มโรคที่เกิดกับพระภิกษุ ด้านอายุรกรรม โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังการดูแลตนเองลดลงทำให้เกิด Stroke และมีภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งการดูแลโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์อาจจะทำยากเพราะไม่มีผู้ดูแล บางครั้งขัดกับหลักพระธรรมวินัยของพระภิกษุสงฆ์ทางหน่วยงานได้มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโดย การวางแผนจำหน่ายในกลุ่มพระภิกษุร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่นการถวายความรู้แก่พระภิกษุสงฆ์และให้ความรู้แก่โยมอุปัฏฐาก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา และด้านศัลยกรรม จะเป็น Indirect Inguinal Hernia และ senile cataract หลังการผ่าตัดสามารถดูแลตนเองได้ไม่พบภาวะแทรกซ้อน

2.1 บุคลากร

ลำดับ	ตำแหน่ง	จำนวน	หมายเหตุ
1	พยาบาลวิชาชีพ	13 คน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 3 คน (Expert3) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 10 คน (Expert1,Component3,Beginner1,Novice5) (ข้าราชการ 7 , ลูกจ้างชั่วคราวนักเรียนทุน 1 คน ,รายคาบ 5 คน)
2	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	6 คน	พกส. 4 คน ,รายคาบ 2 คน

อัตรากำลัง :

บุคลากร	เวรเช้า (วันราชการ)	เวรเช้า (นอกเวลาราชการ)	เวรบ่าย	เวรดึก
พยาบาลวิชาชีพ	3 (ไม่รวมหัวหน้าและ PCN)	3	3	3
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	2	2	2	2

ปีงบประมาณ	เกณฑ์/ ค่าเป้าหมาย	ปี 2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564
จำนวนชั่วโมงการพยาบาลที่ ผู้ป่วยต้องการ	2.6-5.6	150.29	167.33	165.42	143.50	134.7
Nursing productivity	90-110	4.68	4.32	5.8	4.03	4.27

2.2 เครื่องมือทางการแพทย์ ที่สำคัญ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2564

ลำดับที่	เครื่องมือ	จำนวน	หมายเหตุ
1	รถ Emergency	1 คัน	
2	Defibrillator	1 เครื่อง	
4	Patient Monitor EKG	5 เครื่อง	
5	เครื่อง Run EKG 12 Lead	1 เครื่อง	
6	เครื่องปั่น Hematocrit	1 เครื่อง	
7	เครื่องวัดความดันแบบ Digital	9 เครื่อง	
8	Infusion pump	6 เครื่อง	

ประเด็นการส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง: (เน้นส่วนที่ทำไปแล้วผลเป็นอย่างไร หรือกำลังจะทำต่อไป ตอบเฉพาะที่เกี่ยวข้อง ควรยกตัวอย่างให้เห็นเป็นรูปธรรม)

1. การส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่

- ส่งเสริมให้ได้รับการตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้ง และให้ได้รับวัคซีนคุ้มกันเช่น Hep. B , influenza ตามกลุ่มเสี่ยง เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง ได้รับการฉีด 100 %
- ส่งเสริมให้ได้รับวัคซีน Covid-19 ตามเกณฑ์
- เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการตรวจสุขภาพ ให้เจ้าหน้าที่ได้มีความตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง

2. การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

ด้านร่างกาย

- จัดให้มีอาหารเฉพาะโรค
- จัดให้มีการทำ passive exercise ในผู้ป่วยติดเตียง
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำกิจกรรมในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- การทำ d/c plan เรื่องการดูแลตนเองก่อนกลับบ้าน
- จัดหาแผ่นพับ/เอกสารการให้ความรู้ เรื่องการปฏิบัติตัวรายโรคสำหรับผู้ป่วยและญาติ
- จัดสิ่งแวดล้อม แยกโซนให้ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ เช่น TB รายใหม่/ TB MDR , เชื้อดื้อยา

ด้านจิตใจ

- มีการประเมิน ด้านจิตใจในผู้ป่วยที่นอนนานๆ
- จัดให้มีห้องสวดมนต์ ทำกิจกรรมสวดมนต์ไหว้พระทุกวันพระ
- จัดให้มีห้องอุปัฏฐากสำหรับพระที่มาดูแล
- จัดหาเทพธรรมะ สำหรับผู้ป่วยและญาติ

2.วิเคราะห์กระบวนการทำงาน (เฉพาะที่เป็นกระบวนการหลักของเรา รวมทั้งความเสี่ยงและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอน อาจจะเป็น Top down flow chart หรือ Process flow chart)

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
1.การเข้าถึงและการรับบริการ 1.1การรับผู้ป่วย -การประเมินแรกรับจำแนกประเภทผู้ป่วย -Inform consent -patient identification -การช่วยเหลือฉุกเฉิน -การเตรียมอุปกรณ์/สถานที่/เจ้าหน้าที่	-ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำแรกรับจากพยาบาล -ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว -ปลอดภัยมีความพร้อมทั้งด้านอุปกรณ์ สถานที่บุคลากร -ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลเบื้องต้นในการรักษาพยาบาลก่อนการลงนามยินยอมการรักษาและผ่าตัด	-การประเมินผู้ป่วยถูกคนถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย -จำนวนผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลก่อนลงนามยินยอมการรักษา -อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงใน 2ชม.หลัง admit
2.การประเมินผู้ป่วย -ซักประวัติ -ตรวจร่างกาย -ส่งตรวจ/investigation -การวินิจฉัยปัญหาแรกรับ	-ผู้ป่วยได้รับการประเมินความต้องการปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเหมาะสม -ผู้ป่วยได้รับการรักษาสอดคล้องกับอาการผู้ป่วย -เฝ้าระวังปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของการเจ็บป่วย -ติดตามความก้าวหน้าของโรค	-ผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ -เสี่ยงต่ออาการรุนแรง -เฉียบพลันได้รับการประเมินสภาพแรกรับถูกต้องและดูแลอย่างท่วงที
-การช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน		-อุบัติการณ์การเกิด unexpected dead
กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
3.การวางแผนการดูแลรักษา -กำหนดแผนการรักษาพยาบาล -ประสานการดูแล -มอบหมายงาน -เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเวชภัณฑ์	-ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพปัญหาสุขภาพมีการเชื่อมโยงและประสานงานที่ดีระหว่างวิชาชีพ แผนกและหน่วยบริการเพื่อตอบสนองต่อ ปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ตามมาตรฐานวิชาชีพ	-จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลผิดคน ผิดข้าง (การระบุผู้ป่วยผิด /ระบุหัตถการผิดข้าง) -อุบัติการณ์ความพร้อมใช้ของเครื่องมือฉุกเฉิน
4.การดูแลรักษาพยาบาล -แก้ปัญหาฉุกเฉิน -การดูแลความสบายบรรเทาอาการ	-ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานของวิชาชีพ -ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ	-ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อน -อุบัติการณ์การทำหัตถการ

ปวด -การส่งผ่าตัด/หัตถการ	-ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาปวด	ผิดข้าง/ผิดคน -อุบัติเหตุการทำให้เลือดผิด
-การให้ยา/เลือด/อาหาร -การดูแลอื่นๆ		อัตราการเกิดแผลกดทับ -จำนวนครั้งการเกิดการ พลัดตกหกล้ม -ร้อยละความพึงพอใจ
5.การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	-ทีมให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและ ข้อมูลที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมดูแลตนเองได้เหมาะสม	-อัตราผู้ป่วยขาดนัด/ผิดวัน -อัตราการre-admitted
6.การจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง	-ผู้ป่วยและญาติได้รับการวางแผนจำหน่าย ครอบคลุม -ประสานกับทีมเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง	-ผู้ป่วยเรื้อรังตามกลุ่มที่มีข้อ บ่งชี้ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ บ้าน

.สรุปประเด็นตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่ปฏิบัติ(5ปีย้อนหลัง)				
			ปี2560	ปี2561	ปี2562	2563	2564
ด้านคุณภาพบริการ และความปลอดภัยของผู้ป่วย							
1	จำนวนครั้ง/อัตราการเกิดแผลกดทับของ ผู้ป่วย (ครั้ง/1000 วันนอน)	0	2/0.34	1/0.16	6/0.80	5/0.75	4/1.84
2	จำนวนผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม	0	2	7	1	8	4
ลำดับ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่ปฏิบัติ(5ปีย้อนหลัง)				
			ปี2560	ปี2561	ปี2562	2563	2564
3	จำนวนครั้งการเกิดบาดเจ็บจากการผูกยึด	0	0	0	0	2	2
4	จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุจากการให้ เลือด	0	0	0	0	0	0
5	อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา	<10%	4.65	7.13	8.10	1.33	56/8.28
	-อัตรา การเกิด admin error	≤2 %	0.16	0.37	0.26	0.55	4/0.59
	- อัตราการเกิด near miss	≤10%	6.97	7.72	1.07	2.06	52/7.69
6	อัตราการRe-admit pt.ภายใน 28 วัน	<2%	16/1.64	7/1.19	12/1.23	11/0.92	6/1.55
7	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดฝัน (unexpected dead)	0	1	0	2	0	1

8	จำนวนผู้ป่วยที่ refer ใน 2 ชม. หลัง admit	0	1	0	0	1	0
---	---	---	---	---	---	---	---

ลำดับ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์ที่ปฏิบัติ(5ปีย้อนหลัง)				
			2560	2561	2562	2563	2564
9	จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุการเคลื่อน ผ่าตัดจากการไม่ได้เตรียมความพร้อม	0	1	2	0	0	0
10	จำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลัง ผ่าตัด	0	0	1	0	0	0
11	อัตราความพึงพอใจผู้ใช้บริการ	≥85%	88.75	85.56	86.56	87.62	88.06
12	จำนวนข้อร้องเรียน	0	2	1	0	0	2
13	จำนวนผู้ป่วยไม่สมัครอยู่รักษา	0	2	0	2	3	1

ลำดับ	ตัวชี้วัด ด้านการพัฒนาองค์กร	เกณฑ์	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564
12	Nursing productivity (PHN)	90-110%	150.29	167.33	165.42	143.50	134.7
13	จำนวนชั่วโมงการพยาบาลที่ผู้ป่วย ต้องการ (PHN)	2.6-5.6	4.68	4.32	5.8	4.03	4.27
14	อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	>80%	90.73	90.83	83.91	86.6	87.57
15	ร้อยละการปฏิบัติโดยการใช้กระบวนการพยาบาล	>80 %	66.69	84.82	82.22	83.57	87.59
16	ร้อยละของบุคลากรมีสมรรถนะตาม เกณฑ์ที่กำหนด	≥80	90%	90%	88.8	91.66	100
17	ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาล ได้รับการอบรมในงานที่เกี่ยวข้อง 10 วัน/คน/ปี (รวมในและนอก)	100%	56.66%	22.22%	54.54	NA	NA
18	ร้อยละเจ้าหน้าที่ได้รับการอบรม CPR ขั้นพื้นฐาน	100%	55.55%	61.11	72.72	NA	NA
19	จำนวนอุบัติเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน	0	1	0	0	0	2

20	ร้อยละความพึงพอใจในงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน	≥80 %	71.38	73.01	61.56	65.25	71.62
----	--	-------	-------	-------	-------	-------	-------

ลำดับ	ตัวชี้วัดคุณภาพ	เกณฑ์	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี 2563	ปี2564
2	ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ						
	2.1 อัตราการติดเชื้อในหอผู้ป่วย (NI) ครั้ง/1000 วันนอน	< 3 ครั้งต่อ 1000 วันนอน	7/1.15	17/3.20	13/2.13	7/0.9	10/1.51
	2.2 จำนวนครั้ง/อัตราการติดเชื้อ UTI	< 0.5	3/0.56	1/0.18	1/0.39	3/0.39	3/0.45
	2.3 จำนวนครั้ง/อัตราการติดเชื้อ CA-UTI	< 0.5	2/4.42	8/5.79	9/5.52	1/0.7	1/0.94
	2.4 จำนวนครั้ง/อัตราการติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจ(HAP)	<0.5	2/1.9	8/1.86	2/0.39	3/0.64	5/0.76
	2.5 จำนวนครั้งการเกิด Phlebitis gr 1-2 phlebitis gr 3-4	<0.5	Na	37/0	14/0	18/0	1/0.25
	2.6 จำนวนครั้ง/อัตราการติดเชื้อแผล ผ่าตัด (SSI)	<0.5	0	0	0	0	0
	2.7 จำนวนครั้ง/อัตราการติดเชื้อ skin soft tissue infection	<0.5	0	0	1	0	0
	2.8 จำนวนครั้ง/อัตราการติดเชื้อ CLABSI	<0.5	0	0	0	0	1/0.30

5. การดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

5.1 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้น ผลลัพธ์ การปรับเปลี่ยนที่ดี

	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ระบบการมอบหมายงานแบบ Functional โดยใส่สัญลักษณ์ลงในตารางประจำเดือนและมีหน้าที่ของแต่ละคนในแฟ้มตารางเวร - เน้นให้เจ้าหน้าที่รายงานความเสี่ยงที่เกิดและยังไม่เกิดเพื่อหาโอกาสพัฒนา - สวดมนต์ทุกวันพระ.กล่าวคำนิยม และคำปฏิญาณตนก่อนทำงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - ลดขั้นตอนการมอบหมายงานในสมุดมอบหมายงาน ทุกคนรู้หน้าที่ของตัวเอง ล่วงหน้า - ความเสี่ยง อุบัติการณ์ลดลง
กระบวนการสำคัญ	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและญาติ	<ul style="list-style-type: none"> - ทำ D/C Plan ในผู้ป่วย Bed ridden, DM , COPD และ stroke โดยจะประเมินความพร้อมของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายเพื่อลดการ Re – admit 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยและญาติเข้าใจสามารถดูแลผู้ต่อบ้าน - อัตราการ Re – admit ของผู้ป่วย Bed ridden , DM , COPD = 0 % เกณฑ์ < 2%
การดูแลรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - เน้นการปฏิบัติตาม CPG ตามคู่มือของ CLT - การเฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆโดยยึดหลัก Patient safety goal - ทบทวนความเสี่ยง เมื่อเกิดอุบัติการณ์ และหาแนวทางป้องกัน - ใช้หลักในการดูแลแบบ Palliative care ในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย 	<ul style="list-style-type: none"> - การเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการดูแลระดับ E ขึ้นไป ลดลง - อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา ลดลง - ไม่พบอุบัติการณ์ Identification ผิดพลาด - อัตราความพึงพอใจ ของผู้ป่วยต่อการบริการ - ผู้ป่วยใน แนวนอนเพิ่มมากขึ้น - ปี 64 มีข้อร้องเรียน 2 ครั้ง
การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ทำ D/C Plan ผู้ป่วย Bed ridden , DM , COPD และ stroke เพื่อลดการ Re – admit - ประสานข้อมูลกับ HHC เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจำหน่ายกรณีที่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องการการดูแลต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการ Re – admit ภายใน 28 วัน ลดลง - ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยม 100% ใน Case ที่ส่ง HHC

การบันทึก ข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - เน้นการบันทึกทางการพยาบาลโดยยึดหลัก APIE - ปรับแบบฟอร์มของบันทึกทางการพยาบาลใหม่ให้สอดคล้องกับ APIE และมี standing nurse note เพื่อลดขั้นตอนการทำงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการบันทึกเวชระเบียนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนตามเกณฑ์ สปสช ปี 2563 = 87.57 % ร้อยละการปฏิบัติโดยใช้กระบวนการพยาบาลร้อยละ 87.59 %
---------------------	---	--

5.2 การพัฒนาคุณภาพระหว่างการทำงาน

ที่มาและความสำคัญ	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1.การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย intermediate care กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง	<ol style="list-style-type: none"> 1.จัดทำ Flow chart ในการดำเนินงาน 2.สร้างแบบการ บันทึกผู้ป่วย โดยปรับมาจากของเขต10 3.ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้คณะกรรมการรับทราบ 4.สื่อสาร แนวทางให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน 5.เพื่อนร่วมงานให้ข้อเสนอแนะ และสรุปประเด็นที่ได้จากการพูดคุย และนำมาวางแผนในการพัฒนาหน่วยงานต่อไป ในรูปแบบของ การประชุมวิชาการ , morning talk หรือ case conference เป็นต้น 6.รวบรวมข้อมูล และส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายรับทราบละติดตามเยี่ยม 7.วางแผนส่งเจ้าหน้าที่ เรียนพื้นฟูระยะสั้นปีละ1-2คน 	<ol style="list-style-type: none"> 1.มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ชัดเจนขึ้น 2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลและติดตามฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมในรอบปีที่ผ่านมา

1. การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย Stroke
2. การพัฒนางานเรื่อง การนิเทศทางคลินิกโดยใช้ 7 Aspect
3. การพัฒนาแนวทางการอุปัฏฐากพระภิกษุสงฆ์ตามพระธรรมวินัย
4. การทำ CQI ในการป้องกัน Fall

ปัญหา-อุปสรรค

1. จำนวนผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถ d/c ได้ เนื่องจาก ไม่มีญาติ /มีญาติแต่ไม่รับดูแล ประสานหน่วยงานที่รับผิดชอบ ค่อนข้างใช้ระยะเวลานาน ขั้นตอนยุ่งยาก
2. ระบบงานที่ไม่ชัดเจน เช่น ward สงฆ์ และการรับcase ช่วยยังพบปัญหายังมีฆราวาสปะปน

รับดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายกลุ่มโรค ความรู้และสรรณะที่ต้องพัฒนา ต้องพัฒนาหลายอย่างโดยเฉพาะด้าน ศัลยกรรมทั่วไป

3. .เจ้าหน้าที่ใหม่มีประสบการณ์การทำงาน1-2ปี (50% ของหน่วยงาน)และเป็นลูกจ้างรายคาบ ลาออก
4. เจ้าหน้าที่ยังไม่ตระหนักในการเก็บข้อมูลคุณภาพเช่นการรายงานความเสี่ยงต่างๆ
5. การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไม่ครบถ้วนโดยเฉพาะการบันทึกทางการพยาบาล
6. เจ้าหน้าที่ยังไม่ตระหนักในการปฏิบัติตามหลักIC เช่นการ

โอกาสพัฒนา/ แผนพัฒนาต่อเนื่อง

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย IMC กลุ่ม Stroke
2. การพัฒนาการทำ CQI และต่อยอดในการป้องกันfall ,R2R
3. พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ แผนส่งอบรมพยาบาลฟื้นฟู และ stroke
4. พัฒนาคูลากรให้มีสมรรถนะตามเกณฑ์
5. พัฒนาคูลากรให้รายงานความเสี่ยงเพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงและพัฒนางาน
6. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยStroke เพื่อป้องกันและลดการเกิดปอดติดเชื้อ
7. พัฒนาการการตรวจสอบและความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

สรุปผล จากการทบทวน 12 กิจกรรม ปี 2564

กิจกรรม	ประเด็นที่ในการทบทวน	โอกาสพัฒนา	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่1 ทบทวนการ ดูแลผู้ป่วย	การทบทวนการดูแลผู้ป่วยในcase PU perforace P/O แพทย์ให้ NPO แต่ พยาบาลให้ทายยาแก้ปวดทำให้ผู้ป่วย ท้องอืดตึง	1.การวางแผนการระบบการTrainingด้าน ศัลยกรรม 2.การสื่อสารภายนอกองค์กร 3.การสื่อสารภายในทีม ม วิชาการต่าง การเดินราวน์ รับเวร- ส่งเวร 4.ระบบการรายงาน case ศัลย์ ทบทวน การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม	คุณประภาพรพรณ คุณพนารัตน์
	ทบทวนการดูแลผู้ป่วย sepsis	1.ควรมีการทบทวนการใช้เครื่องมือการ ประเมิน ผู้ป่วย sepsis อย่างสม่ำเสมอ เพราะนานๆมีcase จะจำไม่ได้ กำหนด นำมาพูดคุยกันทุกเช้าที่ morning talk 2.มีการสอนการใช้ยา HAD และทบทวน การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนในยา กลุ่มนี้ และการรายงานอุบัติการณ์ 3.พัฒนาCompetency ของเจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคที่ มีความเสี่ยงสูง	คุณอัจฉรา
กิจกรรมที่ 2 ทบทวนข้อ ร้องเรียน	พบข้อร้องเรียน 2 ครั้ง -พฤติกรรมบริการ 1ครั้ง -สิทธิผู้ป่วย 1ครั้ง -ความพึงพอใจเฉลี่ย ร้อยละ88.06	การพัฒนาพฤติกรรมบริการ และพัฒนา ระบบการอุทธรณ์การสงฆ์ให้ได้ตามหลักพระ ธรรมวินัย	คุณวรรณิภา
กิจกรรมที่3 ทบทวนการส่ง ต่อ/ปฏิเสธการ รักษา	ปี2564 มีจำนวนผู้ป่วยส่งต่อจำนวน 176ราย refer กลับ รพช. ส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นเคส Stroke 120 รายรพ.สสส 56 ราย คิดเป็น 31.81% เพราะ ICU เตียงเต็ม ไบพบแพทย์เฉพาะทางที่ สสส 14 ราย ร้อยละ 7.95 เช่นการไป	ควรมีการทบทวน case ทุกราย เพื่อนำมา วิเคราะห์หาสาเหตุ และเป็นข้อมูลในการ เปิดบริการเฉพาะทางที่จำเป็น	คุณธนาภรณ์

	ฝึกกลืน , Neurologist, Orthro spine		
กิจกรรม	ประเด็นที่ในการทบทวน	โอกาสพัฒนา	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่4 ทบทวนการ ตรวจรักษาโดย ผู้ที่ชำนาญกว่า	กพ .64 เนื่องจากมีผป.เกิด Aspirate pneumonia จากการทบทวนพบว่า อาจเกิดจาก การfeed อาหารไม่ ถูกต้อง มีการทบทวนการ feed อาหารให้ ผู้ป่วยสำหรับกลุ่ม NA และทบทวนแนวทางการดูแลสายสวน เพื่อป้องกันการเกิด CA-UTI	-ควรมีการทบทวนเรื่องที่ทำให้NAปฏิบัติงาน แทน เพื่อเป็นการเพิ่มทักษะและความรู้ใน การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และมีการนิเทศ ติดตามอย่างสม่ำเสมอ	คุณพนารัตน์/คุณ ศิริชัช
กิจกรรมที่5 ทบทวนความ เสี่ยงหรือ อุบัติการณ์ที่ เกิดขึ้น	2 ก.พ. 64 เวลาทบทวน case oldCVA/HT ช่วยเหลือตัวเองได้เดิน เข้าห้องน้ำ02.00 ถึงปัสสาวะไปเข้า ห้องน้ำโดยใช้ walker เกิดอุบัติการณ์ ลื่นล้ม ประเด็นที่พบ 1.ผู้ป่วยคิดว่าตนเองทำได้ดีขึ้นกว่า ทุกวัน 2.จนท ไม่ได้เทปัสสาวะให้ เนื่องจากผู้ ป่วยสามารถช่วยตนเองได้ 3. สิ่งแวดล้อม พื้นเปียกชื้น	1.จัดทำป้ายสื่อสารกรณีพื้นเปียกชื้น 2.ปรับระบบการเทปัสสาวะให้ ผู้ป่วยทุก รายทุกเวร 3.ให้คำแนะนำแรกรับแก่ ผู้ป่วยในเรื่อง การป้องกันการลื่นล้ม 4.การเดินเยี่ยมผู้ป่วยทุก 2ชม	คุณประภาพรธณ พนารัตน์ +จนท ทุกคน
	ทบทวน case fall ทั้งหมด 4 case Case stroke 3 ราย - Case stroke + Delirium 1 ราย -	1.กำหนดระบบปฐมนิเทศผู้ป่วย สิ่งที่ต้อง ย้ำผู้ป่วยและญาติเสมอคือการกดกริ่ง สัญญาณขอความช่วยเหลือกรณีญาติไม่ อยู่และการเข้าห้องน้ำ หากไม่มีญาติ ไม่ ควรเข้าโดยลำพัง 2.กำชับญาติ และผู้ป่วย หาก จะทิ้งผู้ป่วย ไว้เพียงลำพัง ควรนำเหล็กกั้นเตียงขึ้นทุก ครั้ง และกรณีผู้ป่วยสับสน ควรผูกมัดไว้ และคลายปมเมื่อญาติอยู่เฝ้า 3 การติดป้ายสัญลักษณ์ ที่หัวเตียง ให้ติด	

		เฉพาะสีแดง ที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และติดที่ chart เพื่อสื่อสารบอกทีม 4.ช่วงส่งเวร กำหนดให้ member เดิน รวามผู้ป่วย ก่อนลงเวร 5.ช่วงเช้า มีการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูล กับญาติให้เฝ้าระวังร่วมกัน 1 คน 6.ทำCQI เรื่องfall prevention	
กิจกรรม	ประเด็นที่ในการทบทวน	โอกาสพัฒนา	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่5 ทบทวนความ เสี่ยงหรือ อุบัติการณ์ที่ เกิดขึ้น	Case HT/Old CVA acute MI/CHF Case นี้ ใช้ตั้งแต่แรก เกณฑ์เข้าตาม Sir แต่ไม่มีการให้ ATB ตั้งแต่แรก -การobs.pain ตั้งแต่ให้ยา tramal รอบแรก ควรมีการประเมิน PS ซ้ำเพื่อ รายงานแพทย์	1.ทบทวนการนำแบบประเมิน sepsis มา ใช้เพื่อการวินิจฉัย 2.ทบทวนการประเมิน pain และการตาม รอยการปฏิบัติตามแนวทางการประเมิน pain ทั้ง acute และ chronic	
	ทบทวน case fall ทั้งหมด 9 case Case stroke 8 ราย -ภาวะสับสน 2 ราย -ไม่มีญาติ 5 ราย -ลงปัสสาวะข้างเตียงแล้วลื่น 1 ราย -อยู่ระหว่างเจ้าหน้าที่ส่งเวร	1.กำหนดระบบปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย สิ่งที่ต้อง ย้ำผู้ป่วยและญาติเสมอคือการกดกริ่ง สัญญาณขอความช่วยเหลือกรณีญาติไม่ อยู่และการเข้าห้องน้ำ หากไม่มีญาติ ไม่ ควรเข้าโดยลำพัง 2.กำชับญาติ และผู้ป่วย หาก จะทิ้งผู้ป่วย ไว้เพียงลำพัง ควรนำเหล็กกั้นเตียงขึ้นทุก ครั้ง และกรณีผู้ป่วยสับสน ควรผูกมัดไว้ และคลายปมเมื่อญาติอยู่เฝ้า 3 การติดป้ายสัญลักษณ์ ที่หัวเตียง ให้ติด เฉพาะสีแดง ที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และติดที่ chart เพื่อสื่อสารบอกทีม 4.ช่วงส่งเวร กำหนดให้ member เดิน รวามผู้ป่วย ก่อนลงเวร 5.ช่วงเช้า มีการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูล กับญาติให้เฝ้าระวังร่วมกัน	

กิจกรรม	ประเด็นที่ในการทบทวน	โอกาสพัฒนา	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 6 ทบทวนการ ป้องกันการติดเชื้อใน โรงพยาบาล	ก.ค.-ส.ค. 2564 พบการติดเชื้อปอด อักเสบ(HAP) จากภาวะ Aspiration ในผู้ป่วย Stroke สาเหตุเกิดจาก การ ที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการกลืนจากภาวะ เส้นเลือดสมองตีบ แต่ผู้ป่วยไม่เข้าใจเรื่องโรคและการ ปฏิบัติตัว	1.การปรับเปลี่ยนหน้าที่ ให้คนที่ทำหน้าที่ วัดไข้ เป็นคนเทพัสสภาวะแทน 2.จัดหา ถังเก็บปัสสาวะให้เพียงพอ	ICWN
	ส.ค.64 อุบัติการณ์ น้องผู้ช่วย น้อง ใหม่ เข้าห้องTB ไปวัดความดันผู้ป่วย โดนเข็มทิ่มตำ สาเหตุ พยาบาลให้ ATB ต่อเป็น sideline กับ IVF	1.การทบทวนแนวทางการให้ยา ATB ทุก รายที่ให้ยา ต้องต่อ 3-way 2.มีการนิเทศ กำกับติดตามทุกสัปดาห์	ICWN
กิจกรรมที่7 ทบทวนเรื่อง Med error	18 พค63 อุบัติการณ์ กล่องยา emergency ถูกเปิดใช้งาน แต่ไม่มี การนำส่งแลกจากห้องยา สาเหตุ 1.ขาดการตรวจสอบ ให้เป็นปัจจุบัน 2.เป็นหน้าที่ ของ Incharge เวย์	1.Incharge ทุกเวย์ ต้องมีการตรวจสอบ ทุกครั้ง ก่อนรับเวย์ 2.หากเวย์ใดใช้ไป ต้อง นำไปแลกที่ห้องยา ทันทีในเวย์นั้นๆ 3.คนที่ขึ้นปฏิบัติงานเวย์ ต้องรับผิดชอบ ร่วมกัน	คุณศิริรัช

กิจกรรม	ประเด็นที่ในการทบทวน	โอกาสพัฒนา	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่8 ทบทวน เหตุการณ์สำคัญ เช่น unexpected dead			คุณธนาภรณ์
กิจกรรมที่9 ทบทวนเวช ระเบียน	มีการทบทวนเวชระเบียน ปีละ2ครั้ง ครั้งที่1 89.61 ครั้งที่2 87.77 ลดลง เป็นเคสที่นอนนานไม่สามารถ D/C ได้ re- admit บ่อยครั้ง จนท ยัง ไม่ทราบแนวทางการตรวจสอบของเวช ระเบียน	1.ประวัติการเจ็บป่วยลงไม่ครบถ้วน 2.การตรวจร่างกาย ไม่ครบถ้วน ไม่มีการ ลงวินิจฉัย ขาดการลงนามโดยแพทย์ ส่วนมากพบในcase นอนนาน re- admitted 3.ใบบินยอม ไม่มีการลงข้อมูล ระยะเวลาความเสียงที่เกิดขึ้น ขาดการ ลงมือชื่อพยาน 4 มีชื่อ-เบอร์โทรญาติที่จะติดต่อ 5.การประเมิน SOAP	คุณพนารัตน์/คุณ ธนาภรณ์
	ทบทวนการใช้กระบวนการพยาบาล ครั้งที่1 ร้อยละ 91.25 ครั้งที่2 ร้อยละ 87.25 ลดลง เนื่องจากมีการรับบุคลากรใหม่ อายุงาน จบใหม่-2 ปี	ส่วนกระบวนการพยาบาล 1.ขาดการประเมินสภาพจิตใจ 2.ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่ครอบคลุม กับปัญหาของผู้ป่วย 3.ขาดการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านคลินิก 4.ขาดการวางแผนการจำหน่าย 5.การสรุปปัญหา (Evaluation)	IM หน่วยงาน
กิจกรรมที่10 ทบทวนการใช้ ความรู้ทาง วิชาการ	มีการทำ Morning talk ทุกวัน อังคาร-พฤหัส	1.การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย stroke กำหนด บทบาทหน้าที่ในการสอน 2.การส่งต่อข้อมูลไปยังเครือข่าย 3.การทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย 3S 4.การทบทวน Bundle ของ IC 5.ทบทวนการใช้ยา HAD 6.การนำ 7 –Aspected มาใช้ 7.ทบทวน CPG ต่างๆ 8.แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ Up date	ทุกคน

กิจกรรม	ประเด็นที่ในการทบทวน	โอกาสพัฒนา	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 11 ทบทวนการใช้ ทรัพยากรที่ จำเป็น	1.การทบทวนการประหยัดพลังงาน ตามนโยบายของโรงพยาบาล 2.การใช้กระดาษ Reuse 3.การre-admit ผู้ป่วย ให้ตรงตามรอบ 4.การเบิกพัสดุต่างๆ ให้เบิกเท่าที่ จำเป็น	1.กำหนดการเปิด ปิด แอร์ ตามรอบเวลา ที่กำหนด 2.สู่มนิเทศ ติดตามโดย หัวหน้างาน 3.ทำ5 ส อย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาและยืด อายุการใช้งาน	คุณประภาพรพรณ
กิจกรรมที่12 ทบทวนตัวชี้วัด	มีการทบทวนตัวชี้วัด ทุก 3 เดือน	ตัวชี้วัดยังพบปัญหา คือ 1.การเกิด Fall 2.การเกิด HAP 3. การเกิด bed sore มีการทบทวนแนวปฏิบัติอย่างเข้มข้น ร่วมกันในหน่วยงาน และนิเทศติดตาม กำกับอย่างต่อเนื่อง 4.ทบทวนทุกครั้งเมื่อเกิดเหตุการณ์ 5.การทำ CQI เพื่อพัฒนาระบบงาน	คุณประภาพรพรณ เจ้าหน้าที่ทุกคน

.....

แนวทางปฏิบัติภายใต้หลักพระธรรมวินัย เรื่อง การดูแลสิริสังขารหลังมรณภาพ

นโยบาย

พระสงฆ์อาพาธที่มรณภาพในโรงพยาบาลทุกราย ได้รับการดูแลสิริสังขารตามมาตรฐานที่กำหนด ภายใต้หลักพระธรรมวินัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การดูแลสิริสังขารพระสงฆ์อาพาธที่มรณภาพเป็นไปตามหลักพระธรรมวินัย
2. เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาล ในการดูแลสิริสังขารพระสงฆ์อาพาธที่มรณภาพในโรงพยาบาล

ขอบเขต

สำหรับบุคลากรที่ให้การดูแลสิริสังขารพระสงฆ์อาพาธที่มรณภาพในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

เครื่องชี้วัดคุณภาพ/ ตัวชี้วัด

อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสิริสังขารหลังมรณภาพ \geq ร้อยละ ๘๕

คำจำกัดความ

“ สิริสังขาร ” ประกอบด้วยคำว่า สิริ + สังขาร

สิริ(สะ-รี-ระ) มาจาก สรุ (ธาตุ = เป็นไป, เปียดเปียน) + อีร ปัจจัยสรุ + อีรหมายถึง

(๑) ร่างกาย, โครงร่างของสิ่งใดๆ ที่เป็นวัตถุ

(๒) ร่างกายคนตาย, ซากศพ

(๓) กระดูก

(๔) ส่วนของร่างกายของผู้ที่ถึงแก่กรรมไปแล้ว

สังขาร ในบาลีเป็น “ สงฺขาร ” (สัง-ขา-ระ) หมายถึง

(คำนาม) ร่างกาย, ตัวตน, สิ่งประกอบและปรุงแต่งขึ้นทั้งวัตถุและนามธรรม เป็นร่างกายและจิตใจ รวมกัน เช่น สังขารร่วงโรย

สังขารไม่เที่ยง; ความคิด เป็นขั้นที่ ๑ ในขั้นที่ ๕ คือ รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ. (ป.; ส. สัสการ).

(คำกริยา) ตาย เช่น ถึงซึ่งสังขาร, ในบทกลอนใช้ว่า สังขาร ก็มี.”

ในบาลีมีคำว่า “สรีร” และมีคำว่า “สังขาร” แต่ยังไม่พบคำที่ใช้รวมกันเป็น “สรีรสังขาร”

ในภาษาไทย ถ้าหมายถึง “ร่างกาย ” พูดว่า “ สรีระ ” หรือ “ สังขาร ” คำใดคำหนึ่งก็ได้ความสมบูรณ์

แนวทางปฏิบัติภายใต้หลักพระธรรมวินัย เรื่อง การเตรียมพระสงฆ์อาพาธเข้าห้องผ่าตัด

นโยบาย

พระสงฆ์อาพาธทุกรายที่รับบริการในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ได้รับการเตรียมผ่าตัดภายใต้หลักพระธรรมวินัย

วัตถุประสงค์

๑. พระสงฆ์อาพาธได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ได้มาตรฐานภายใต้หลักพระธรรมวินัย
๒. เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อเตรียมพระสงฆ์อาพาธก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

ขอบเขต

สำหรับบุคลากรใช้เป็นแนวทางปฏิบัติกรเตรียมผ่าตัดพระสงฆ์อาพาธที่รับบริการในโรงพยาบาล

เครื่องชี้วัดคุณภาพ/ ตัวชี้วัด

บุคลากรสามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางการเตรียมพระสงฆ์อาพาธผ่าตัดภายใต้หลักพระธรรมวินัย $\geq ๘๕\%$

คำจำกัดความ

การผ่าตัด เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการรักษาโรคและความผิดปกติบางอย่างที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือทุเลาอาการลงได้ด้วยวิธีอื่น

พระธรรมวินัย หมายถึง คำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า แยกเป็นธรรมกับวินัย (ธรรม คือ คำสั่งสอนที่เนื่องด้วยการปฏิบัติ ส่วนวินัย คือ คำสั่งสอนที่เนื่องด้วยข้อบัญญัติ)

ขั้นตอนการปฏิบัติ/วิธีปฏิบัติ

อุปกรณ์

๑. ชุดปลงผม ๑ ชุด
๒. Hibiscrub สำหรับทำความสะอาดบริเวณทำผ่าตัด
- ๓ . S.M.W. ๖๐ ml

ก่อนผ่าตัด

๑. สระน้ำและทำความสะอาดร่างกาย ปาก ฟัน รวมทั้งบริเวณผ่าตัด หากพระสงฆ์อาพาธมีเส้นผมยาว ให้ปลงผม หนวดเครา
๒. ตรวจสอบเรื่อง ถอดฟันปลอม

ก่อนผ่าตัด (ต่อ)

๓. การแต่งกายของพระสงฆ์อาพาธเพื่อเตรียมผ่าตัด โดยมีการเปลี่ยนชุดใส่สบงตัวใหม่พร้อมสวมเสื้อคลุมไปห้องผ่าตัด (การสวมสบงไปห้องผ่าตัดสืบเนื่องจากพระภิกษุสงฆ์จะต้องมีไตรจีวรหนึ่งชิ้นที่ติดกาย หากไม่มีจะทำให้ผิดพระธรรมวินัย ผ้า ๓ ชิ้นประกอบด้วย จีวร สบง สังฆาฏิ)

๔. การประเคนยา Pre-med

๕. ประเมินพระสงฆ์อาพาธก่อนส่งห้องผ่าตัดโดยวัด Vital signs ถ้าเจ้าหน้าที่ชายเป็นผู้วัด Vital signs สามารถสัมผัสพระสงฆ์อาพาธได้ หากเป็นเจ้าหน้าที่หญิงให้สวมถุงมือก่อนวัด Vital signs เพื่อลดการสัมผัสพระสงฆ์อาพาธโดยตรง จะทำให้ผิดพระธรรมวินัย

๖. เมื่อถึงห้องผ่าตัดเจ้าหน้าที่กล่าวคำปวารณาพร้อมมีการเปลี่ยนเสื้อคลุมตัวใหม่อีกครั้งก่อนเข้าไปในห้องผ่าตัด

ขณะผ่าตัด

๑. จัดทำที่เหมาะสมกับหัตถการในการผ่าตัด กรณีที่มีการโกนขนในที่ลับ เช่นทวารหนัก หรืออวัยวะเพศ ให้มีการแจ้งขออนุญาตพระสงฆ์อาพาธผ่าตัดทราบก่อน โดยให้บุรุษพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว

๒. กรณีที่มีการผ่าตัดในตำแหน่งที่ใส่สบง (หรือบริเวณใกล้เคียง) ให้เลื่อนสบงมาบริเวณหัวเข่าหรือข้อเท้า ในกรณีที่ผ่าตัดบริเวณส่วนล่างให้เลื่อนสบงไว้บริเวณหน้าอกพระสงฆ์อาพาธเพื่อไม่ให้กีดขวางบริเวณผ่าตัด

๓. ในกรณีสวนปัสสาวะให้บุรุษพยาบาลเป็นผู้สวนปัสสาวะ

๔. กรณีฟอกผิวหนังเพื่อทำผ่าตัดบริเวณที่ลับให้บุรุษพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติ

หลังผ่าตัด

๑. เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดให้แต่งกายให้กับพระสงฆ์อาพาธตามเดิม

๒. เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดกล่าวคำขอขมา / อโหสิกรรมกับพระสงฆ์อาพาธ ก่อนนำส่งกลับหอผู้ป่วย

แนวทางปฏิบัติภายใต้หลักพระธรรมวินัย เรื่อง การทำพิธีขอขมา และอโหสิกรรม

นโยบาย

พระสงฆ์อาพาธทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการขอขมาและอโหสิกรรมตามแนวทางปฏิบัติภายใต้หลักพระธรรมวินัย

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาล ในการขอขมา และเป็นผู้นำการทำพิธีขอขมาและอโหสิกรรมได้อย่างเหมาะสม

ขอบเขต

สำหรับบุคลากรที่ให้การดูแลพระสงฆ์อาพาธในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

เครื่องชี้วัดคุณภาพ/ ตัวชี้วัด

บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ได้ทำพิธีขอขมา/ อโหสิกรรมต่อพระสงฆ์อาพาธ $\geq ๘๕\%$

คำจำกัดความ

ขอขมา หมายถึง ขอให้คนอื่นยกโทษให้ เป็นข้อปฏิบัติอย่างหนึ่งในศาสนา คือ เมื่อตนทำล่วงเกินแก่ผู้อื่นแล้ว เมื่อรู้สึกตัวก็ควรจะขอให้ผู้ที่ตนล่วงเกินยกโทษให้ ขอขมาก็ใช้ การขอขมา ในความหมายเดิมนั้น หมายถึง การขอให้ยกโทษหรือเลิกความผิดที่เคยล่วงเกินแล้วต่อกันไป ไม่ถือสาหาความกันอีก ทั้งฝ่ายที่ขอขมาและฝ่ายที่ถูกขมา ความหมายอาจแตกต่างจากคำว่า “ขอโทษ” ที่มักใช้กันอยู่ทั่วไป สำหรับผู้ที่ทำผิดฝ่ายเดียว การขอขมา มักทำกันทั้งสองฝ่าย ทั้งฝ่ายที่ทำผิดและฝ่ายที่ไม่ได้ทำผิด ทั้งที่เป็นผู้น้อยและที่เป็นผู้ใหญ่ เมื่อทำเช่นนี้แล้วกรรมที่ตนล่วงเกินเขานั้น ก็จะกลายเป็น อโหสิกรรม ไม่ตามไปให้ผลอีก

อโหสิกรรม มาจาก อโหสิ เป็นคำภาษาบาลีแปลว่า ได้มีแล้ว หมายความว่า ได้ให้ผลเสร็จสิ้นแล้ว และคำว่า กรรม ซึ่งเป็นคำภาษาสันสกฤต หมายถึง การกระทำที่มีเจตนา แปลรวมกันว่า กรรมที่ไม่ส่งผลแก่ผู้กระทำการกรรมอีกต่อไป หรือหมายความว่า การเลิกแล้วต่อกัน การไม่เอาโทษกัน การเลิกจองเวรกัน

ขั้นตอนการปฏิบัติ/ วิธีปฏิบัติ

๑. การเตรียมพระสงฆ์อาพาธ

ในการทำพิธีขอขมา/ อโหสิกรรม พระสงฆ์อาพาธต้องอยู่ในภาวะพร้อมที่จะทำพิธี

ขั้นตอนการปฏิบัติ/ วิธีปฏิบัติ (ต่อ)

๑.๑ กรณีที่พระสงฆ์อาพาธรู้สึกตัวดี ต้องได้รับความยินยอมจากพระอาพาธ

๑.๒ กรณีที่เป็นการขอขมา/อโหสิกรรมศพ เจ้าหน้าที่ สามารถทำพิธีได้เลย

๑.๓ กรณีพระสงฆ์อาพาธจำหน่ายกลับวัด ควรพาทีมขอขมา ผู้นำกล่าวอาจเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือ พยาบาลวิชาชีพ อาจใช้รูปเทียนแพหรือไม้ใช้ก็ได้

๒. การเตรียมอุปกรณ์

๒.๑ รูปเทียนแพ ๑ ชุด

๒.๒ พวงมาลัย ๑ พวง

๒.๓ พานทอง ๑ ใบ

๒.๔ กรณีขอขมาพระมรณภาพ สถานที่ควรเป็นสัดส่วน และสงบ หากเป็นห้องรวมที่มีพระอาพาธอื่นอยู่ด้วยควรกั้นม่าน เพื่อความเป็นสัดส่วน หากมีญาติอยู่เชิญญาติร่วมขอขมาด้วย

การขอขมาเมื่อจำหน่ายพระสงฆ์อาพาธ

ตัวอย่างคำขอขมา/ อโหสิกรรม เมื่อจำหน่ายพระสงฆ์อาพาธ

กราบนมัสการเจ้าคะ/ครับ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เคยให้การพยาบาลพระคุณเจ้า มาขอขมาและขออโหสิกรรมต่อท่านเจ้าคะ/ครับ บาปกรรมอันใดที่พวกข้าพเจ้าได้ล่วงเกินพระคุณเจ้าแล้วทั้ง กายกรรม วจีกรรม มโนกรรม ทั้งตั้งใจและไม่ได้ตั้งใจ ทั้งต่อหน้าและลับหลัง ขอให้ท่านอโหสิกรรมให้แก่พวกข้าพเจ้า ด้วยนะเจ้าคะ/ ครับ กราบนมัสการเจ้าคะ/ครับ

๓. ขั้นตอนการทำพิธี

๓.๑ จัดวางพวงมาลัยและรูปเทียนแพบนพานทอง

๓.๒ ลูก/ หลาน หรือญาติใกล้ชิดพระสงฆ์อาพาธเป็นผู้ถือพานรูปเทียนแพ

๓.๓ ถือพานโดยหันหน้าไปทางหิ้งพระ เจ้าหน้าที่นำสวดมนต์ โดยเริ่มด้วยคาบुชาพระรัตนตรัย

๓.๓.๑ กล่าวคาบुชาพระรัตนตรัย

อะระหังสัมมา สัมพุทโธกะคะวา พุทธังกะคะวันตัง อะภิวาเทมิ (กราบ)

สวากขาโตกะคะวะตาธัมโม ธัมมังนะมัสสามิ (กราบ)

สุปะฏิปันโนกะคะวะโตสวาระกะสังโฆ สังฆัง นะมามิ (กราบ)

๓.๓.๒ ตั้งนะโม ๓ จบ

นะโม ตัสสะ กะคะวะโต อะระหะโต สัมมา สัมพุทธัสสะ

นะโม ตัสสะ กะคะวะโต อะระหะโต สัมมา สัมพุทธัสสะ

นะโม ตัสสะ กะคะวะโต อะระหะโต สัมมา สัมพุทธัสสะ

๓.๓.๓ กล่าวคำขอขมาและอโหสิกรรม

“ กายกัมมัง วจิกัมมัง มโนกัมมัง โยโทโส ”

บาปกรรมอันใด ที่ข้าพเจ้า..... (กล่าวชื่อของตน และความสัมพันธ์ที่มีต่อพระสงฆ์อาพาธ) ได้ประมาทพลาดพลั้งทำผิด และได้ล่วงเกินแล้วต่อท่าน ทั้งกายกรรม วจกรรม มโนกรรม ทั้งตั้งใจ และไม่ได้ตั้งใจ ทั้งต่อหน้าและลับหลัง ข้าพเจ้าได้สำนึกแล้วในกรรมนั้น ขอให้ท่านอโหสิกรรมให้กับข้าพเจ้าด้วยเถิด

ในทางกลับกัน หากว่าท่านได้ล่วงเกินข้าพเจ้าแล้ว ทั้งกายกรรม วจกรรม มโนกรรม ทั้งตั้งใจและไม่ได้ตั้งใจ ทั้งต่อหน้าและลับหลัง ข้าพเจ้าขอโทษ และอโหสิกรรมให้แก่ท่าน

๓.๔ เมื่อกล่าวคำขอขมาและอโหสิกรรมจบแล้ว ญาติวางรูปเทียนแพที่มือของพระสงฆ์อาพาธ และกราบพระสงฆ์อาพาธแบบแบ่มือ ๓ ครั้ง พร้อมเพรียงกัน เป็นอันเสร็จพิธี

แนวทางปฏิบัติภายใต้หลักพระธรรมวินัย เรื่อง การประเคน

นโยบาย

โรงพยาบาลโรงพยาบาล๕๐พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ มีแนวทางปฏิบัติภายใต้หลักพระธรรมวินัย เรื่อง การประเคน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้พระสงฆ์อาพาธได้รับการประเคนอย่างถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัยการประเคน
๒. เพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาล มีองค์ความรู้เรื่องการประเคนที่ถูกต้อง

ขอบเขต

บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานในโรงพยาบาล๕๐พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ

ตัวชี้วัด

บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีการประเคนได้ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย $\geq ๘๕\%$

คำจำกัดความ

การประเคน หมายถึง การถวายของ การส่งของให้ถึงมือ ของที่ประเคนนั้นต้องไม่ใหญ่หรือหนักจน

คนเดียวยกไม่ได้ ถ้าเป็นของเคี้ยวของฉันทันจะต้องประเคนในกาลคือตั้งแต่เช้าถึงเที่ยงวันเท่านั้น หลังจากนั้นเป็นวิกาลไม่ควรประเคน

หัตถบาส หมายถึง ระยะเวลาห่างพระสงฆ์ที่นั่งทำสังฆกรรมหรือระหว่างพระภิกษุ สามเณร กับคฤหัสถ์

ผู้ถวายของ ช่วงสองศอกคืบ (สองศอกกับหนึ่งคืบหรือสองศอกครึ่ง)

ขั้นตอนการปฏิบัติ/วิธีปฏิบัติ

๑. สิ่งของที่ประเคนต้องไม่ใหญ่จนเกินไป หรือหนักเกินไป ขนาดพอมีกำลังปานกลาง พอยกขึ้นได้ ถ้านักหรือใหญ่เกินไปไม่ต้องประเคน
๒. ยืนหรือนั่งในระยะห่างจากพระสงฆ์ประมาณ ๑ ศอก หรือระยะเอื้อมมือที่จะส่งถวายให้พระรับได้ โดยศอก (หัตถบาส)
๓. ผู้ประเคนน้อมสิ่งนั้นส่งให้พระสงฆ์ด้วยกิริยาอ่อนน้อม แสดงความเคารพ

ขั้นตอนการปฏิบัติ/วิธีปฏิบัติ (ต่อ)

๔. ในกรณีผู้ประเคนชาย พระสงฆ์สามารถรับด้วยมือได้ ส่วนผู้ประเคนเป็นหญิงให้ประเคนผ่านผ้าประเคน

๕. แสดงความเคารพโดยการไหว้ / กราบ

หมายเหตุ: กรณีพระสงฆ์อาพาธไม่รู้สีกตัวและจำเป็นต้องได้รับอาหาร ไม่จำเป็นต้องประเคน

การประเคน

๑. สิ่งของที่ไม่สมควรประเคนถวายแก่พระภิกษุสงฆ์

คือ เงิน และวัตถุที่ใช้แทนเงิน เช่น ธนบัตร ไม่สมควรประเคนพระภิกษุสงฆ์โดยตรง แต่นิยมใช้ใบ ปวารณาแทนตัวเงิน

ส่วนตัวเงินนิยมมอบไว้กับไวยาวัจกรของพระภิกษุสงฆ์รูปนั้น

ใบปวารณานี้ นิยมใส่ซองร่วมถวายไปกับเครื่องไทยธรรม ส่วนเงินค่าจตุปัจจัยนั้นมอบไปกับศิษย์หรือ ไวยาวัจกรของ

พระภิกษุสงฆ์นั้นๆ

แนวทางปฏิบัติภายใต้หลักพระธรรมวินัย เรื่อง การปลงผม

นโยบาย

พระสงฆ์อาพาธที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ ได้รับการปลงผม ที่ถูกต้องภายใต้หลักพระธรรมวินัย

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้พระสงฆ์อาพาธได้รับการปลงผมอย่างถูกต้อง และเหมาะสมภายใต้หลักพระธรรมวินัย

๒. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลเป็นไปในทางเดียวกัน

ขอบเขต

สำหรับบุคลากรที่ให้การดูแลพระสงฆ์อาพาธในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

เครื่องชี้วัดคุณภาพ/ ตัวชี้วัด

เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางการปลงผมพระสงฆ์อาพาธในหอผู้ป่วย ≥ ๘๕ %

คำจำกัดความ

การปลงผม (Tonsure) หมายถึง การโกนผมของพระสงฆ์ ซึ่งเป็นเครื่องหมายของเพศบรรพชิตและตัด ความกังวลในเรื่องการทำมาหากิน และดูแลรักษา คือ ไม่ต้องเกล้าผม ไม่ต้องแต่งผม เป็นต้น

วันโกน (Shaving Day) คือ วันที่พระสงฆ์ปลงผมก่อนวันอุโบสถหรือวันพระใหญ่ หนึ่งวัน

อุปกรณ์สำหรับปลงผมประกอบด้วย

๑. ผ้าคลุมไหล่ ๑ ผืน
๒. ด้ามและใบมีดโกน
๓. กรรไกรตัดขนจุก (ใช้ตัดในรายที่ขนจุกยาวเพื่อช่วยต่อการดูแลรักษาความสะอาด)
๔. สบู่ หรือแชมพู
๕. ขมิ้นผง (ผสมน้ำลูบศีรษะ หลังทำความสะอาดศีรษะเพื่อสมานแผล)
๖. ผ้าขนหนูผืนเล็ก ๑-๒ ผืน
๗. ปัดตาเลียน (Professional Hair Clipper Set) เช่น ใช้ในรูปที่มีปัญหาที่หนังศีรษะ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นต้น

ขั้นตอนการเตรียมและการดำเนินการ

๑. กำหนดวันที่จะปลงผมให้กับพระสงฆ์อาพาธ และเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ปลงผมเป็นผู้ชาย
๒. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม
๓. เตรียมสถานที่ให้เหมาะสม เช่น ที่เตียง ระเบียงหอผู้ป่วย ลมไม่โกรก มีแสงสว่างเพียงพอ
๔. เตรียมพระสงฆ์อาพาธ
 - ๔.๑ พระสงฆ์อาพาธที่ช่วยเหลือตนเองได้ สอบถามความสมัครใจที่จะปลงผม เพราะอยู่ที่วัดท่านจะปลงผมกันเอง
 - ๔.๒ พระสงฆ์อาพาธที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กราบบังคมทูลพระสงฆ์อาพาธ ขออนุญาต กล่าวคำขอขมาขอโหสิกรรมขอปลงผม
๕. จัดทำให้เหมาะสม เช่น จัดรถเข็นหรือจัดท่านอนศีรษะสูงในรายที่ไม่สามารถจัดรถเข็นได้
๖. ขั้นตอนลงมือปฏิบัติ
 - ๖.๑ คลุมผ้าที่ไหล่
 - ๖.๒ เตรียมหนังศีรษะ สระผมด้วยแชมพูหรือน้ำสบู่อ่อนๆ พอหมาดๆ เพื่อช่วยในการปลงผม

๖.๓ ปลงผมตามเส้นนอนของเส้นผมโกนด้วยใบมีดโกน ดึงหนังศีรษะให้ตึงเพื่อป้องกันการเกิดแผล

๖.๔ ปลงคิ้ว (เป็นประเพณีของพระไทย ในพุทธบัญญัติไม่มีบังคับไว้) และใช้กรรไกรตัดขนจมูกที่ยาวเกินไปที่
ขีดขวางต่อการพยาบาลเพื่อง่ายต่อการดูแลรักษาพยาบาลได้ง่ายและสะดวก

๖.๕ ใช้ขมิ้นผง ผสมน้ำทาหรือลูบให้ทั่วศีรษะเพื่อลดอาการระคายเคืองจากการปลงผมหรืออาจมีบาดแผล

๗. ใช้ผ้าสะอาดซับหนังศีรษะให้แห้ง

๘. ใบมีดโกนที่ใช้แล้วทิ้งขยะติดเชื้อของมีคม

๙. เส้นผม ห่อด้วยกระดาษ และทิ้งขยะติดเชื้อ ๑๐. ล้างทำความสะอาดอุปกรณ์ เช็ดให้แห้ง ใส่กล่อง และเก็บเข้าที่ให้เรียบร้อย

แนวทางปฏิบัติภายใต้หลักพระธรรมวินัย เรื่อง การปวารณา

นโยบาย

พระสงฆ์อาพาธทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการปวารณาตามแนวทางปฏิบัติภายใต้หลักพระธรรมวินัย

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้บุคลากรปวารณาตัวต่อพระสงฆ์อาพาธ ในการดูแลรักษาพยาบาลภายใต้หลักพระธรรมวินัย
๒. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปวารณาของบุคลากรในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ขอบเขต

สำหรับบุคลากรที่ให้การดูแลพระสงฆ์อาพาธในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

เครื่องชี้วัดคุณภาพ/ ตัวชี้วัด

๑. พระสงฆ์อาพาธได้รับการปวารณา ๑๐๐%
๒. หน่วยงานของภารกิจด้านการพยาบาลมีการปวารณาภายใต้หลักพระธรรมวินัย \geq ๘๕%

คำจำกัดความ

การปวารณา หมายถึง ปวารณา (อ่านว่า ปะ-วา-ระ-นา) มีความหมาย ๒ อย่างคือ

๑. ยอมให้ขอ, ยอมรับใช้ คือพูดอนุญาตให้พระสงฆ์-สามเณรขอที่ต้องการได้ หรือยอมทำสิ่งที่ต้องการให้ผู้อยอมให้ขอหรือยอมรับใช้ เรียกว่า ผู้ปวารณา ตามพระธรรมวินัย

๒. ยอมให้ว่ากล่าวตักเตือน เป็นสังฆกรรมที่พระสงฆ์ผู้อยู่จำพรรษา ต้องทำการเปิดโอกาสให้ว่ากล่าวตักเตือนกันได้ กำหนดให้ทำในวันขึ้น ๑๕ ค่ำ เดือน ๑๑ เป็นวันออกพรรษา จึงเรียกว้นออกพรรษาอีกอย่างหนึ่งว่า วันปวารณา หรือวันมหาปวารณา การกล่าวปวารณาเท่ากับเป็นการช่วยระมัดระวังข้อประพฤติปฏิบัติที่ไม่ดีของพระสงฆ์

คำกล่าวปวารณา

ข้าพเจ้าขอปวารณาว่า จะขอดูแลรับใช้ พระสงฆ์ สามเณรอาพาธ ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ด้วยความตั้งใจเต็มใจ จะไม่ขัดข้อง ชุ่ยเคื่อง รำคาญด้วยเหตุใดๆ ก็ตามที่อาจจะเกิดขึ้น ด้วยอานิสงส์แห่ง การปฏิบัตินี้ ขอให้ข้าพเจ้ามีจิตใจผ่องใสอ่อนโยนมีความสุขกับการทำงานทุกวันเทอญ

คำกล่าวพวารณา

กราบนมัสการพระคุณเจ้า พวกข้าพเจ้า/ พวกกระผม/ พวกดิฉัน (หรือตำแหน่งของผู้พวารณา) มาเพื่อขอพวารณาตัวว่า จะขอดูแลรับใช้พระคุณเจ้าด้วยความเต็มใจในการให้การ รักษาพยาบาล การถวายยาและภัตตาหาร สิ่งของเครื่องใช้ ปัจจัยสี่ที่จำเป็น ตลอดระยะเวลาที่พระคุณเจ้าพำนักอยู่ในหอผู้ป่วยนี้ หากพวกข้าพเจ้า/ พวกกระผม/ พวกดิฉัน ปฏิบัติต่อพระคุณเจ้าไม่ถูกต้อง ไม่ควร กราบอาราธนาท่าน ช่วยว่ากล่าวตักเตือนด้วยนะเจ้าคะ/ ครับ

ขั้นตอนปฏิบัติ/วิธีปฏิบัติ

๑. ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก (OPD)

๑.๑ คัดกรองผู้ป่วย

๑.๒ ประเมินความพร้อมผู้ป่วย/ ทีมพยาบาล/ ความเหมาะสมของสถานที่

๑.๓ หัวหน้า/ รองหัวหน้า นำทีมกล่าว โดยนั่งพนมมือ กล่าวคำพวารณา ในช่วงเช้า

๑.๔ เมื่อกล่าวคำพวารณาเสร็จสิ้น ยกมือพนมก้มศีรษะแสดงนอบน้อม หลังจบการพวารณา

๒. ผู้ป่วยใน (IPD) กรณี รับใหม่-รับย้าย

๒.๑ ประเมินความพร้อมผู้ป่วย/ ทีมพยาบาล/ ความเหมาะสมของสถานที่

๒.๒ กล่าวคำพวารณาหลังรับเวร-ส่งเวร ในเวรเช้าทุกวัน (อยู่ในดุลยพินิจ/ ข้อตกลงของหอผู้ป่วย)

๒.๓ หัวหน้า/ รองหัวหน้า นำทีมกล่าว โดยนั่งพนมมือหรือยืน พิจารณาตามความเหมาะสม

๒.๔ เมื่อกล่าวคำพวารณาเสร็จสิ้น ยกมือพนมก้มศีรษะแสดงนอบน้อม หลังจบการพวารณา

หมายเหตุ

- กรณีประเมินผู้ป่วยไม่มีความพร้อม หรือสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม ให้กล่าวในวันถัดไป

- คำกล่าวพวารณา มี ๒ แบบ สามารถเลือกกล่าวได้ ตามความถนัด

ในวันเวลาราชการ ช่วงเวลา ๐๙.๐๐ น. จะเปิดเสียงตามสาย เพื่อกล่าวคำพวารณาพระสงฆ์อาพาธที่มารับบริการทุกเช้า

แนวทางปฏิบัติภายใต้หลักพระธรรมวินัย เรื่อง การสรงน้ำพระสงฆ์อาพาธบนเตียง

นโยบาย

พระสงฆ์อาพาธทุกรายที่รับไว้ในโรงพยาบาล ได้รับการสรงน้ำบนเตียงตามมาตรฐานที่กำหนด ภายใต้หลักพระธรรมวินัย

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้การสรงน้ำพระสงฆ์อาพาธบนเตียงเป็นไปตามหลักพระธรรมวินัย
๒. เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการสรงน้ำพระสงฆ์อาพาธบนเตียงในโรงพยาบาล

ขอบเขต

สำหรับบุคลากรที่ต้องสรงน้ำพระสงฆ์อาพาธบนเตียง

เครื่องชี้วัดคุณภาพ/ ตัวชี้วัด

อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการสรงน้ำพระสงฆ์อาพาธบนเตียง \geq ๘๕ %

คำจำกัดความ

การสรงน้ำ หมายถึง การอาบน้ำ รดน้ำ หรือการชำระล้างร่างกายของพระภิกษุสามเณร

ประเภทของการสรงน้ำบนเตียง

๑. การสรงน้ำบางส่วนจากร่างกาย (Partial bath) หมายถึง การอาบน้ำ/ การเช็ดตัวที่อวัยวะบางส่วนจากร่างกาย ซึ่งถ้าไม่เช็ดแล้วจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย เช่น มือ หน้า รักแร้ ขาหนีบ และบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ พระสงฆ์อาพาธบางรายสามารถทำความสะอาดร่างกายบางส่วนได้เอง และในกรณีที่พระสงฆ์อาพาธทำเองไม่ได้ ผู้ดูแลจะเป็นผู้ช่วยทำให้ เช่น บริเวณหลัง และเท้า

๒. การสรงน้ำบนเตียงแบบสมบูรณ์ (Complete bed bath) หมายถึง การอาบน้ำ/ การเช็ดตัว ในกรณีที่พระสงฆ์อาพาธไม่สามารถทำเองได้ ผู้ดูแลต้องเป็นผู้ทำให้ทั้งหมด เช่น พระสงฆ์อาพาธที่ไม่รู้สึกตัว พระสงฆ์อาพาธที่อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หรือพระสงฆ์อาพาธที่จำกัดการเคลื่อนไหว เป็นต้น

หลักการ

๑. ผู้หญิงไม่ควรอยู่ตามลำพังกับพระสงฆ์อาพาธในที่รโหฐาน (ที่เฉพาะส่วนตัว, ที่ลับ)

หลักการ (ต่อ)

๒. เคารพความเป็นส่วนตัวของพระสงฆ์อาพาธ โดยแจ้งให้ทราบก่อนลงมือปฏิบัติทุกครั้ง จัดสภาพแวดล้อมให้มิดชิด โดยการปิดประตู ปิดหน้าต่าง กั้นม่าน ไม่เปิดเผยร่างกายพระสงฆ์อาพาธเกินจำเป็น

๓. ดำรงไว้ซึ่งความปลอดภัย โดยยกราวกันเตียงด้านที่ไม่มีเจ้าหน้าที่อยู่ขึ้นทุกครั้ง โดยเฉพาะในพระสงฆ์อาพาธสูงอายุ ไม่รู้สึกตัว หรือสับสน
๔. ดูแลให้พระสงฆ์อาพาธได้รับความอบอุ่น โดยสถานที่เข็ดตัวควรอบอุ่น ไม่มีลมโกรก ไม่เปิดพัดลม หรือเครื่องปรับอากาศ
๕. การใช้น้ำอุ่นจะช่วยให้รู้ชุมชนเปิด สามารถกำจัดสิ่งสกปรก คราบเหงื่อไคล ไขมัน กลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ และกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ทั้งนี้อุณหภูมิของน้ำที่ใช้ขึ้นอยู่กับความรู้สึกของพระสงฆ์อาพาธว่าระดับอุณหภูมิเท่าใดที่ทำให้รู้สึกสบาย
๖. ส่งเสริมให้พระสงฆ์อาพาธได้ออกแรง โดยช่วยเหลือในการสร้งน้ำให้เฉพาะในส่วนที่พระสงฆ์อาพาธไม่สามารถปฏิบัติได้เอง
๗. ขณะสร้งน้ำพระสงฆ์อาพาธ สิ่งที่ต้องทำ คือ การสังเกตลักษณะของผิวหนัง เช่น สีผิว อุณหภูมิ ลักษณะที่ผิดปกติ ได้แก่ ผื่นคัน รอยถลอก รอยแดง การพอง และแผล
๘. เตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ไปที่เตียงให้ครบก่อนลงมือปฏิบัติ

อุปกรณ์

๑. ผ้าขนหนูผืนเล็ก สำหรับลูตัวอย่างน้อย ๒ ผืน เพื่อแยกผ้าสำหรับเข็ดหน้า / ร่างกายท่อนบนกับท่อนล่าง
๒. ผ้าเข็ดตัวผืนใหญ่ สำหรับซับแห้ง ๒ ผืน
๓. กะละมัง ๒ ใบ ใส่ น้ำ ๒/๓ ของกะละมัง
๔. ของใช้ส่วนตัว เช่น สบู่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก โลชั่น/ครีมทาตัว (เพื่อการรักษา) เป็นต้น
๕. ผ้าห่มสำหรับคลุมตัว
๖. ไตรจีวรชุดใหม่ พร้อมผ้าสำหรับปูเตียง (ให้ตรวจสอบก่อนว่าจะเปลี่ยนผ้าอะไรบ้าง)

หมายเหตุ

ไตรจีวรที่เตรียมไว้สำหรับพระสงฆ์อาพาธ มีเฉพาะจีวร อังสะ และสบงเป็นหลัก ในทางวินัยถือว่าผ้าเหล่านี้ เป็นของโรงพยาบาล ที่ถวายให้พระสงฆ์อาพาธได้ใช้ร่วมกัน เก็บคืนไปซักทำความสะอาดทุกวัน หรือ ๒ - ๓ วันไม่ถือว่าเป็นอาบัติ หากแต่ละผืนเก็บไว้ นุ่งห่มไม่เกิน ๑๐ วัน หรืออาจอนุโลมว่าเป็นผ้าที่ “วิกัป” แล้ว คือ ผ้าที่ไว้ผลัดกันใช้กับภิกษุอื่น

ขั้นตอนการปฏิบัติ

๑. แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ และวิธีการสร้งน้ำบนเตียงอย่างง่ายๆ เพื่อลดความวิตกกังวล
๒. เตรียมเครื่องใช้ต่างๆ มาที่เตียงให้ครบถ้วน และวางไว้ในที่หยิบใช้สะดวก ปิดประตู หน้าต่าง พัดลม เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนจากร่างกายขณะสร้งน้ำ กั้นม่านเพื่อให้พระสงฆ์อาพาธมีความรู้สึกเป็นส่วนตัว ในกรณีเจ้าหน้าที่ผู้หญิง ไม่ควรเข้าสร้งน้ำในม่านมิดชิดเพียงลำพัง ควรมีญาติหรือเจ้าหน้าที่คนอื่นอยู่ด้วย และแยม่านไว้ให้พอมองเห็น ในขณะที่สร้งน้ำพระสงฆ์อาพาธ
๓. ล้างมือ ใส่ถุงมือ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ดึงไม้กั้นเตียงลง และเลื่อนตัวพระสงฆ์อาพาธมาใกล้ตัว เพื่อความสะดวก

๔. ทำความสะอาดปากและฟัน โดยคลุมผ้าห่มบนตัวพระสงฆ์อาพาธ และคลุมผ้าเช็ดตัวบนผ้าห่มบริเวณหน้าอก เพื่อป้องกันผ้าห่มเปื้อน
๕. ถอดอંગสะ
๖. ใช้ผ้าถูตัวชุบน้ำบิดพอหมาด พันมือแล้วเหน็บชายผ้าให้เรียบร้อย เพื่อป้องกันชายผ้าลุ่ยออก
๗. ใช้มุมผ้าด้านหนึ่งเช็ดบริเวณเปลือกตาจากด้านหัวตาไปทางหางตา และใช้มุมผ้าอีกด้านเช็ดเปลือกตาดีกข้างเช่นเดียวกันอย่างนุ่มนวล เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากตาข้างหนึ่งไปยังอีกข้างหนึ่ง และป้องกันการระคายเคืองบริเวณตา แล้วซักผ้าบิดพอหมาด
๘. เช็ดบริเวณหน้าผาก แก้ม จมูก รอบปาก คอ ไบหู หลังหู แล้วใช้ผ้าถูตัวอีกผืนชุบน้ำบิดพอหมาด ถูกับสบู่เช็ดบริเวณใบหน้า คอ และหูอย่างนุ่มนวล เพื่อป้องกันการระคายเคืองบริเวณใบหน้า หลังจากนั้นใช้ ผ้าถูตัวผืนแรกชุบน้ำบิดพอหมาดเช็ดให้ทั่วจนสะอาด แล้วจึงใช้ผ้าเช็ดตัวชุบน้ำให้แห้ง
๙. คลุมผ้าห่มบริเวณหน้าอกและท้อง เช็ดตัวบริเวณหน้าอกและท้องด้วยน้ำสะอาด ตามด้วยสบู่ให้ทั่ว เช็ดซ้ำด้วยน้ำจนสะอาด และซับให้แห้ง
๑๐. เปลี่ยนน้ำ ถ้าน้ำสกปรกหรือมีคราบสบู่
๑๑. ใช้ผ้าเช็ดตัวรองใต้แขนด้านไกลตัว เพื่อไม่ให้น้ำหยดถูกบริเวณที่สะอาดแล้ว ให้พระสงฆ์อาพาธช่วยยกแขนขึ้นถ้าทำได้ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้พระสงฆ์อาพาธเคลื่อนไหว หรือช่วยจับข้อมือและยกแขนขึ้น เช็ดแขนถึงรักแร้ด้วยน้ำสะอาดตามด้วยสบู่ให้ทั่ว เช็ดซ้ำด้วยน้ำจนสะอาด และซับให้แห้ง
๑๒. ใช้ผ้าเช็ดตัวรองใต้แขนด้านใกล้ตัวและเช็ดให้สะอาด เช่นเดียวกับแขนด้านไกลตัว เสร็จแล้วแช่มือ ทีละข้างหรือทั้งสองข้างในกะละมังน้ำ ฟอกสบู่ตามซอกนิ้ว ล้างให้สะอาด ซับให้แห้ง เสร็จแล้วเปลี่ยนน้ำ การแช่มือจะทำให้พระสงฆ์อาพาธรู้สึกสะอาดและสบาย
๑๓. เลื่อนผ้าห่มมาคลุม (drape) ปิดรอบต้นขาให้มิดชิด เพื่อป้องกันการเปิดเผยบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ปูผ้าเช็ดตัวใต้ขาด้านไกลตัว ทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาดตามด้วยสบู่ บริเวณขาถึงสะโพกจนสะอาด ซับให้แห้ง เช็ดขาด้านใกล้ตัวเช่นเดียวกัน และแช่เท้าในกะละมังน้ำทีละข้างหรือทั้งสองข้าง ฟอกสบู่ บริเวณเท้า ส้นเท้า และซอกนิ้ว ล้างให้สะอาด ซับให้แห้ง เพื่อให้เท้าสะอาดไม่อับชื้น
๑๔. เดินไปด้านตรงข้าม พลิกตะแคงตัวพระสงฆ์อาพาธเข้าหาตัว ยกไม้กั้นเตียงขึ้น เพื่อป้องกันพระสงฆ์อาพาธตกเตียง กลับมาที่เดิม เปิดผ้าห่มด้านหลังออก วางผ้าเช็ดตัวตามยาวบริเวณคอ หลัง เอว สะโพก และก้นกบ เพื่อป้องกันผ้าปูที่นอนเปียก เช็ดบริเวณหลังทั้งหมดด้วยน้ำสะอาดตามด้วยสบู่ เช็ดซ้ำด้วยน้ำจนสะอาด และซับให้แห้ง ทาโลชั่นและนวดหลัง เพื่อความสุขสบายของพระสงฆ์อาพาธ
๑๕. ให้พระสงฆ์อาพาธนอนหงาย ทาโลชั่นตามขั้นตอนเช่นเดียวกับเวลาเช็ดตัว โดยใช้ผ้าเช็ดตัวปูรองทุกส่วนของร่างกาย เพื่อป้องกันที่นอนเปื้อน
๑๖. เปลี่ยนผ้าปูที่นอนและผ้าอื่นๆ ตามความจำเป็น เพื่อความสะอาดเรียบร้อย
๑๗. จัดทำให้พระสงฆ์อาพาธนอนในท่าที่สบาย
๑๘. นำเครื่องใช้ไปทำความสะอาด และเก็บเข้าที่เดิม เพื่อความสะดวกในการใช้ครั้งต่อไป

บรรณานุกรม

งานศูนย์คุณภาพ (๒๕๖๕). แนวปฏิบัติและดูแลส่งต่ออาหาร. อุบลราชธานี: โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลัก
และภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน



โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ
ตำบลไทรน้อย อำเภอมะเอนก จังหวัดอุบลราชธานี

Service Profile

กลุ่มงาน/หน่วยงาน

งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย
โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ

ปรับปรุงข้อมูล วันที่ 17 พฤศจิกายน 2563

Service Profile

หน่วยงาน : งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย

วันที่ปรับปรุงข้อมูลล่าสุด : 17 พฤศจิกายน 2563

1. บริบท (Context)

พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่าย บริการสุขภาพโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ ตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลติดดาว และคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งมีหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายทั้งหมด 21 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 20 แห่ง และ ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) 1 แห่ง แห่ง ประสานงาน ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี มีพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 1 คน แบ่งพื้นที่รับผิดชอบเป็น 3 โซน ดังนี้

โซนที่ 1 รับผิดชอบ รพ.สต.หนองแก รพ.สต.หนองขอน รพ.สต.ปะอ่าว รพ.สต.หนองบ่อ รพ.สต.ดงบัง รพ.สต.ทัพไทย รพ.สต.หนองไหล

โซนที่ 2 รับผิดชอบ รพ.สต.ด้ามพรำ รพ.สต.ขามใหญ่ รพ.สต.หัวคู รพ.สต.หัวเรือ รพ.สต.หนองแต้

โซนที่ 3 รับผิดชอบ รพ.สต.ปทุม รพ.สต.ดงห้องแห่ รพ.สต.ผาแก้ว รพ.สต.ยางลุ่ม รพ.สต.ดงแสนสุข รพ.สต.กระโสบ รพ.สต.ปากน้ำ รพ.สต.ตำแย pcu รพ.๕๐ พรรษา ฯ

ด้านบริหาร

- ปฏิบัติงานสอดคล้องและสนองตามนโยบายแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัด
- ประสานงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในรูปแบบ คปสอ. ทีมหมอครอบครัว
- ประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในและนอกโรงพยาบาล
- สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ รพ.สต.ติดดาว พชอ. คลินิกหมอครอบครัว
- จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการประกอบ CUP Profile
- นิเทศงานสาธารณสุข ร่วมกับ CUP
- เยี่ยมเสริมพลังตามโครงการ On Health One District Concept
- ร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

-จัดทำแผนงานโครงการเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ด้านบริการ

- ด้านบุคลากรการจัดทีมแพทย์และสหวิชาชีพ ประจำพื้นที่ร่วมให้บริการคลินิก NCD
- ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- ระบบการให้คำปรึกษา โดยมีแพทย์ให้คำปรึกษาประจำ รพ.สต.
- พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเครือข่าย
- การออกประเมิน I.Q. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง
- ออกหน่วยเคลื่อนที่ เช่น งานควบคุมป้องกันโรค ตรวจสอบสุขภาพพระภิกษุ MCATT พอสว.

ด้านวิชาการ

- สนับสนุนและจัดอบรมด้านวิชาการทั้งในและนอกเครือข่าย /วิทยากรเครือข่าย
- ร่วมดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว พขอ. คลินิกหมอครอบครัว
- สนับสนุน CPG ตามเกณฑ์มาตรฐาน
- เป็นพี่เลี้ยงระดับอำเภอพัฒนางาน รพ.สต.ติดดาว (5ดาว5ดี)

อื่นๆ

- จัดทำค่าตอบแทนของสหสาขาวิชาชีพที่ออกปฏิบัติงานใน รพ.สต. / คลินิกหมอครอบครัว
- สรุปวันทำการทีมสหสาขาวิชาชีพที่ออกปฏิบัติใน รพ.สต. /คลินิกหมอครอบครัว ส่งงาน

บุคลากร

-งานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย เช่น โครงการพิเศษ กิจกรรมฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ฯลฯ

ความมุ่งหมาย (Purpose) : (หน้าที่ เป้าหมาย ของหน่วยงาน บอกให้ชัดเจนว่าหน่วยงานมีอยู่เพื่ออะไร ให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง)

- วางแผนงาน ออกแบบการทำงาน ร่วมดำเนินการ ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและนอก รพ. เพื่อขับเคลื่อนงาน พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของเครือข่าย บูรณาการร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้ สอดคล้องกับนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัด / โรงพยาบาลในปัจจุบัน
- พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการใน รพ.สต.เสมือนเป็นแผนกหนึ่งของโรงพยาบาล

ขอบเขตบริการ (Scope of Service) : (ให้บริการแก่ใคร อะไรที่สามารถทำได้ อะไรที่ไม่มีบริการให้ อาจจะเป็นกลุ่มผู้ป่วย ช่วงเวลา ความรุนแรงของผู้ป่วย ฯลฯ)

1. ให้บริการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล ประสานการส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง รพ.สต. ปัจจุบันรพ.สต.มีอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งได้มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้รองรับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น จึงได้งดพยาบาลจากโรงพยาบาลที่ออกร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่ยังคงใช้ระบบการเป็นที่ปรึกษา (Nurse manager) เช่นเดิม

2. การประสานงานและสนับสนุนระบบบริการ ทั้งในและภายนอกเครือข่าย ร่วมวางแผน จัดทำโครงการ พัฒนาระบบบริการเชิงระบบ ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง สนับสนุนข้อมูลและ พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยอาศัยความร่วมมือในรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ รวบรวมข้อมูล ถอดบทเรียนของการทำงาน คืบข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง

ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ:

ลูกค้าภายใน

ฝ่าย/หน่วยงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
1. ฝ่ายต่างๆใน รพ.	1. รวบรวมข้อมูลระดับเครือข่ายอย่างถูกต้องและครบถ้วน ทันเวลา 2. มีการประสานงานและรับส่งข้อมูลให้แก่แต่ละฝ่าย/กลุ่มงาน ระหว่าง สสอ. รพ.สต. รพ. 3. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ในเครือข่าย รพ. ๕๐ พรรษา ฯ 4. ได้รับความร่วมมือในการรับนิเทศจากหน่วยงานภายนอก 5. เบิกค่าตอบแทนออก รพ.สต. ที่ถูกต้อง ทันเวลา 6. ร่วมกิจกรรมต่างๆของทางโรงพยาบาล
ฝ่าย/หน่วยงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
2. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม	1. ประสานงานและรับส่งข้อมูลในกลุ่มงานถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา 2. ประสานงานและรับส่งข้อมูลระหว่าง สสอ. รพ.สต. 3. รายงานการติดตาม และประเมิน ผลการดำเนินงาน 4. รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานอย่างถูกต้องและครบถ้วน

ลูกค้าภายนอก

1. สสอ.เมืองอุบลราชธานี	1. รวบรวมข้อมูลระดับเครือข่ายอย่างถูกต้องและครบถ้วน ทันเวลา 2. ประสานงานและรับส่งข้อมูลให้แก่ละงาน /ฝ่าย 3. รายงานการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน 4. ได้รับความร่วมมือในการออกนิเทศงาน
2. เครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา ฯ -รพ.สต. 20 แห่ง	1. จัดทำแผนดำเนินงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิร่วมกันที่ชัดเจน 2. สนับสนุนการดำเนินงานในคลินิกเรื้อรัง สนับสนุนด้านวิชาการ

-PCU รพ.สต. 1 แห่ง	3.มีแนวทางการปฏิบัติ ด้านบุคลากร ด้านเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ด้านเภสัชกรรม ด้านขอคำปรึกษา 4.มีการติดตามนิเทศผลการดำเนินงานตามนโยบายจังหวัด/ตำบล 5.รวบรวมข้อมูล รายงาน และผลการดำเนินงาน 6.การสรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน 7.การทำแผนงบประมาณร่วมกันที่ชัดเจน ครอบคลุม เป็นปัจจุบัน 8.มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงาน พขอ. รพ.สต.ติดตาม
3.ผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรัง ใน รพ.สต.	บริการประทับใจ ได้มาตรฐานวิชาชีพ
4.ภาคีเครือข่ายภาครัฐ และเอกชน	1.จัดทำแผนงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิร่วมกันที่ชัดเจน ครอบคลุม 2.สนับสนุนความร่วมมือของภาคีเครือข่ายด้านวิชาการ ทรัพยากร ทางทางการแพทย์ ร่วมบูรณาการงานตามนโยบายจังหวัด/อำเภอ เช่น เป็นวิทยากรฝึกอบรม ร่วมออกกรณีศึกษา จัดกิจกรรม /ออกบู๊ท

ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน (เช่น จำนวนผู้รับบริการ สถิติต่างๆไม่รวมตัวชี้วัด)

-

กลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญ (Key Clinical Population)

ไม่มีกลุ่มประชากรทางคลินิก ให้บริการสนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพ และประสานงาน
เครือข่ายบริการ

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues) : (มาจากความมุ่งหมายของหน่วยงาน)

ประสานงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่าย ด้วยเกณฑ์
มาตรฐาน รพ.สต.ติดตาม (5ดาว5ดี) เพื่อนำไปสู่การบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ระบบที่มีมาตรฐาน
ทีมหมอครอบครัวที่เข้มแข็ง บูรณาการกับงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) คลินิกหมอ
ครอบครัวได้มาตรฐาน ดังนี้

1. รับ-ถ่ายทอนโยบายสู่การปฏิบัติครบถ้วน ชัดเจน ถูกต้อง ทันเวลา
2. การวางแผนการทำงานตามมาตรฐานร่วมกับภาคีเครือข่ายครบถ้วน ทันเวลา
3. สนับสนุนการดำเนินงาน (ประสานงานภาคีเครือข่าย ผู้รับผิดชอบ งานวิชาการ บุคลากร วัสดุ-อุปกรณ์ ฯลฯ) พอเพียงตามมาตรฐาน ผู้เกี่ยวข้องพึงพอใจ
4. นิเทศติดตามการดำเนินงาน ถูกต้อง ทันเวลา แก้ปัญหาได้
5. ถอดบทเรียน /สรุปผลการดำเนินงาน ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา
6. ร่วมวางแผนพัฒนาการดำเนินงานต่อเนื่อง ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ความท้าทาย : (อาจจะเป็นปัญหาสำคัญ/โอกาสพัฒนาในปัจจุบัน หรือปัญหา/โอกาสแห่งความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นในอนาคต)

1. พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว ทุกแห่ง
2. บูรณาการงานเครือข่ายร่วมกับ งานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
3. พัฒนาศูนย์หมอครอบครัวให้ได้มาตรฐาน
4. การลดความแออัดของผู้รับบริการใน รพ. และ รพ.สต.

ความเสี่ยงที่สำคัญ : (ควรเน้นความเสี่ยงที่สำคัญเกี่ยวข้องสอดคล้องในประเด็นคุณภาพ ชำรงต้นอย่าลืม Non -Clinical Risk)

1. รับ-ถ่ายทอนโยบายสู่การปฏิบัติไม่ครบถ้วน ไม่ทันเวลา
2. การวางแผนการทำงานตามมาตรฐานร่วมกับภาคีเครือข่ายไม่ครบถ้วน ไม่ทันเวลา
3. สนับสนุนการดำเนินงาน ไม่พอเพียงตามมาตรฐาน ผู้เกี่ยวข้องไม่พึงพอใจ
4. นิเทศติดตามการดำเนินงาน ไม่ถูกต้อง ไม่ทันเวลา แก้ปัญหาไม่ได้
5. ถอดบทเรียน /สรุปผลการดำเนินงาน ไม่ครบถ้วน ไม่ทันเวลา
6. ร่วมวางแผนพัฒนาการดำเนินงานต่อเนื่อง ไม่ครบถ้วน ไม่ทันเวลา

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี (วิเคราะห์ปัญหาที่พบ เมื่อเทียบกับภาระความรับผิดชอบแล้ว ผู้ปฏิบัติงาน/เครื่องมือ/เทคโนโลยี ที่มีอยู่มีความเพียงพอหรือไม่ มีอะไรที่เป็นศักยภาพหรือข้อเด่น และมีอะไรที่เป็นข้อจำกัด)

ด้าน	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
ผู้ปฏิบัติงาน	มีจิตบริการ ทำงานเป็นทีม ใช้อองค์ความรู้ของพยาบาลเวชปฏิบัติทุกมิติ	ไม่มี
เครื่องมือ	เพียงพอ เช่น พาหนะ วัสดุ อุปกรณ์	ไม่มี
เทคโนโลยี	เพียงพอ เหมาะสม ทันเวลา	ไม่มี

ประเด็นการสร้างความเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง : (เน้นส่วนที่ทำไปแล้วผลเป็นอย่างไร หรือกำลังจะทำต่อไป ตอบเฉพาะที่เกี่ยวข้อง ควรยกตัวอย่างให้เห็นเป็นรูปธรรม)

1. การส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่
 - 1.1 เป็นอัตรากำลังในการฉีดวัคซีนใช้ขวดใหญ่ตามฤดูกาล ร่วมกับงานระบาดวิทยา
 - 1.2 ร่วมกิจกรรมกีฬาในระดับหน่วยงาน และระดับโรงพยาบาล
2. การส่งเสริมสุขภาพผู้รับบริการ
 - 2.1 การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันในเด็ก ในคลินิกเด็กดี
 - 2.2 การอบรมให้ความรู้โดยใช้หลัก 3อ 2ส การดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง สำหรับนักบริบาลชุมชน อสค. อสม.

วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด การพัฒนา : (เป็นการแสดงความเชื่อมโยง เขียนเป็นหัวข้อสั้นๆ รายละเอียดจะเชื่อมโยงตัวชี้วัด และกิจกรรมพัฒนา)

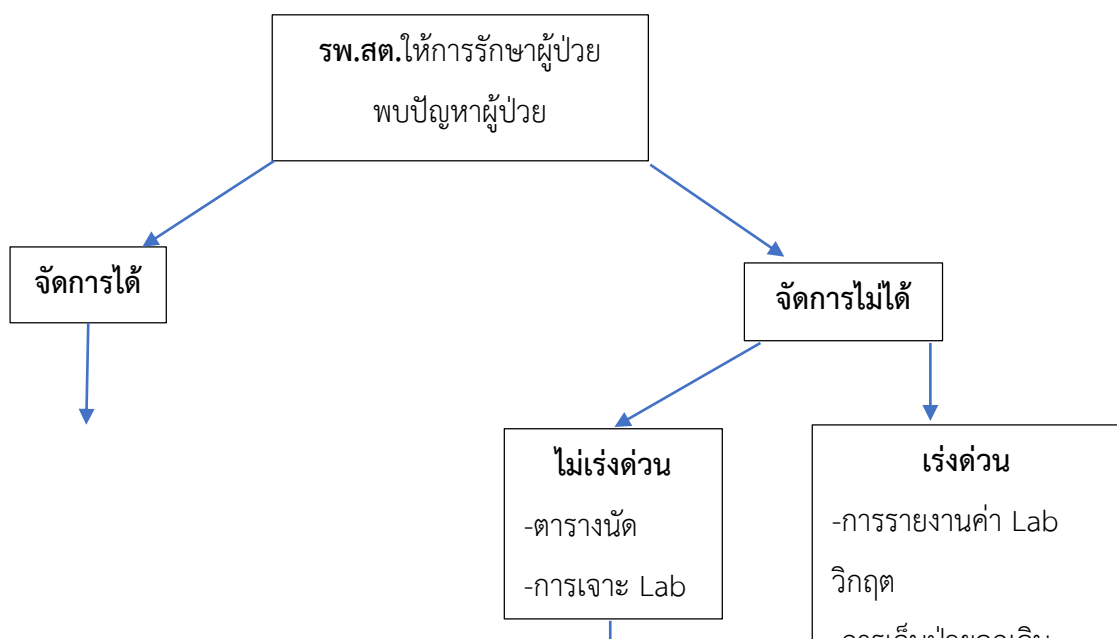
ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การพัฒนา	กิจกรรมการพัฒนา
นำมาจากที่เขียนไว้ข้างต้น	กำหนดวัตถุประสงค์สอดคล้องกับ 1)	กำหนดตัวชี้วัดและผลลัพธ์จาก 1) และ 2)	เขียนเป็นหัวข้อ CQI สั้นๆ รายละเอียดของกิจกรรมพัฒนา สามารถเชื่อมโยงไปด้านหลัง
1.พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว	เพื่อนำไปสู่การบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพระบบบริการที่มีมาตรฐาน	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ติดดาว \geq ร้อยละ85 (ในปี 2564)	ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวตามเกณฑ์มาตรฐานต่อเนื่อง 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) จนครบ 20 แห่ง
2.บูรณาการงานเครือข่ายร่วมกับงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ “ช่วยเหลือ ไม่ทอดทิ้ง แบ่งปัน ห่วงใยกัน”	-ประชาชนมีคุณภาพชีวิตดี สุขภาพดี	แปลงนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม (ประเด็นODOPอำเภอ) -การดูแลกลุ่มเปราะบาง

		-ร้อยละอำเภอผ่าน เกณฑ์การประเมินพขอ. ที่มีคุณภาพ ร้อยละ 80 (ตามเกณฑ์ UCCARE) -พขอ.เมืองประเมินได้ ร้อยละ 60	-COVID -19
3.พัฒนาหน่วยบริการ ปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ให้ได้มาตรฐาน (คลินิกหมอครอบครัว)	-เพื่อประชาชนเข้าถึง ระบบบริการปฐมภูมิเพิ่ม มากขึ้น -มีหมอครอบครัวตาม สัดส่วนที่เหมาะสม	-เปิดPCU/NPCU ร้อยละ 18 ของพื้นที่ (เป้าหมาย 12 แห่ง ในปี 2570) -ปี 2563 เปิด 7 ทีม คิด เป็นร้อยละ 58.33	บริการแบบบูรณาการทั้ง ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูโดยเทคโนโลยี สนับสนุน มีทีมหมอ ครอบครัวรับผิดชอบดูแล ประชาชนในพื้นที่
4.ลดความแออัดใน รพ. (คลินิกโรคเรื้อรัง)	-การเข้าถึงบริการใกล้ บ้าน ใกล้ใจ -ลดค่าใช้จ่าย ลด ระยะเวลารอคอย	สัดส่วนผู้รับบริการที่ รพ. : รพ.สต. 40 : 60 -ปี 2563 สัดส่วน 10.40 : 89.60	-ประเมินผลปีละ 1 ครั้ง -นำผลที่ได้มาพัฒนา ระบบบริการในเครือข่าย

2.แผนภูมิกระบวนการทำงาน (เฉพาะที่เป็นกระบวนการหลักของเรา รวมทั้งความเสี่ยงและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอน อาจจะเป็น Top down flow chart หรือ Process flow chart)

-ประสานงานในการออกปฏิบัติงานใน รพ.สต. 20 แห่ง และ 1 PCU ของทีมสหสาขาวิชาชีพ (ตารางออกปฏิบัติงานรายเดือน รายปี)

แผนการดำเนินการขอคำปรึกษา ใน รพ.สต.



ให้การตรวจรักษา

-นัดประเมินอาการซ้ำ

-นัดพบแพทย์ตามตารางนัด

วิเคราะห์กระบวนการทำงาน

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัด / ความเสี่ยงสำคัญ (Performance Indicator)
1. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งบุคลากรสหสาขาวิชาชีพมอบหมายให้ทำหน้าที่ต่างๆใน คปสอ. เครือข่าย ๕๐ พรรษา 2. ดำเนินงานตามคำสั่ง	มีทีมแพทย์/สหวิชาชีพปฏิบัติงานในการให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรัง และให้คำปรึกษาครอบคลุมทุก รพ.สต. ในเครือข่ายบริการรพ.๕๐ พรรษา ฯ	สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังรักษาใน รพ.สต.: รพ.
2. การจัดทำแผนปฏิบัติงาน ใน รพ.สต. เครือข่าย รพ.๕๐ พรรษา ฯทุกเดือน	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลตามมาตรฐาน	ตารางนัดหมายครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา
3. พัฒนาระบบงานคุณภาพ NCD	มีแนวทางการปฏิบัติในคลินิก NCD	
4. สนับสนุนประสานงานให้บุคลากรในรพ.สต. เข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการในโครงการต่างๆ เช่น CPR,IC,Lab,ยา, พขอ., การซ้อมแผนในโรคอุบัติใหม่ , การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ	เพิ่มทักษะ ฟื้นฟูความรู้ที่จำเป็นแก่บุคลากร ใน รพ.สต.	2.รพ.สต.ในเครือข่ายผ่านมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว
5. สนับสนุนจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเข้ารับการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติฯ ,พยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัว	บุคลากรมีความรู้ทักษะ ความมั่นใจในการรักษาเบื้องต้น รวมทั้งการดูแลโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว	

	ประชาชนได้รับการดูแลรักษา ตามมาตรฐานวิชาชีพ	
6.สนับสนุนให้คำปรึกษาใน กระบวนการประเมินตนเองของ แต่ละ รพ.สต.ในเครือข่าย	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์มาตรฐานรพ. สต.ติดดาว (5ดาว)	
7.ร่วมวิเคราะห์ส่วนขาดในระบบ บริการปฐมภูมิในเครือข่าย	สนับสนุน และพัฒนาส่วนที่ขาด ให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ พร้อม ให้บริการ	แผนพัฒนา ประเมินผลหลังดำเนินงาน
8.ร่วมประสาน/นิเทศงาน สาธารณสุข ผสมผสาน 2 ครั้ง	รพ.สต.ได้รับคำแนะนำ คำปรึกษา ช่วยกำลังใจในกระบวนการ ทำงาน	
9.เยี่ยมเสริมพลัง ตามโครงการ One Health One District Concept	-รับทราบปัญหา ร่วมวางแผน ช่วยเหลือ -ต่อยอดพัฒนาให้มีคุณภาพมาก ขึ้น เกิดการทำงานเป็นทีม	ความจำกัดด้านงบประมาณ เช่น ปัญหาด้านโครงสร้างอาคาร รอ งบประมาณ ความล่าช้า

แนวทางป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกันความเสี่ยง
1.รับ-ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติไม่ครบถ้วน ไม่ ทันเวลา	กำหนดแนวทาง เพิ่มช่องทาง/วิธีการถ่ายทอด นโยบายสู่ผู้ปฏิบัติ ต่อเนื่อง เป็นปัจจุบัน เพิ่มการ ติดตามความเข้าใจหลังดำเนินงาน
2.การวางแผนการทำงานตามมาตรฐานร่วมกับภาคี เครือข่ายไม่ครบถ้วน ไม่ทันเวลา	ร่วมประชุมวางแผนการทำงานกับภาคีเครือข่าย / ติดตามการเปลี่ยนแปลงตามนโยบาย
3.สนับสนุนการดำเนินงาน ไม่พอเพียงตามมาตรฐาน ผู้เกี่ยวข้องไม่พึงพอใจ	วางรูปแบบการวิเคราะห์ GAP ของหน่วยบริการให้ ทำสม่ำเสมอ และตอบสนองความต้องการ
4.นิเทศติดตามการดำเนินงาน ไม่ถูกต้อง ไม่ทันเวลา	กำหนดระยะเวลาออกนิเทศติดตามให้ตรงช่วงเวลา หากมีการเปลี่ยนแปลงต้องทำให้แล้วเสร็จตาม กำหนด
5.ถอดบทเรียน /สรุปผลการดำเนินงาน ไม่ครบถ้วน ไม่ทันเวลา	ร่วมกับภาคีเครือข่าย และผู้ทรงคุณวุฒิ ถอด บทเรียน /กำหนดระยะเวลาดำเนินการหลังเสร็จสิ้น การดำเนินงาน ภายใน 1 เดือน

6.ร่วมวางแผนพัฒนาการดำเนินงานต่อเนื่อง ไม่ครบถ้วน ไม่ทันเวลา	กำหนดระยะเวลาการดำเนินงานที่ชัดเจน วางแผนติดตามการดำเนินงาน
--	---

ตัวชี้วัด :

กราฟ /control chart /ข้อมูล (อย่างน้อย 3 ปี ย้อนหลัง)

ตัวชี้วัด	ปี2561		ปี 2562		ปี 2563	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
1.รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การ พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ร้อยละ 60 (ยอดสะสม ปี 60 - 63) -ผ่าน ร้อยละ 100 (20แห่ง) ภายในปี 2564	ร้อยละ 30 (6 แห่ง)	6	ร้อยละ 60 (12 แห่ง)	12	ร้อยละ 100 (20แห่ง)	จังหวัด เลื่อน ประเมิน จาก COVID-19 รอประเมิน ปี 2564
2.พขอ.มีผลการประเมินตาม หลัก UCCARE ไม่น้อยกว่า ระดับ 3	UCCARE ≥ ระดับ 3 (มี 5 ระดับ)	3	UCCARE ≥ ระดับ 3 (มี 5 ระดับ)	3	UCCARE ≥ ระดับ 3 (มี 5 ระดับ)	3
3.เปิดดำเนินการหน่วยบริการ ปฐมภูมิ (PCU/NPCU) คลินิก หมอครอบครัว 12 ทีม (ภายในปี 2570)	12 ทีม	3 ทีม (ร้อยละ25)	12 ทีม	4 ทีม (ร้อยละ33.33)	12 ทีม	7 ทีม (ร้อยละ 58.33)
4.ลดความแออัดในคลินิกโรค เรื้อรัง	สัดส่วน ผู้รับบริการ รพ.: รพ.สต. 40 : 60	11.53 : 88.47	สัดส่วน ผู้รับบริการ รพ.: รพ.สต. 40 : 60	14.92 : 85.08	สัดส่วน ผู้รับบริการ รพ.: รพ.สต. 40 : 60	10.40 : 89.60

Service Profile

หน่วยงาน : งานส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ปรับข้อมูล 2563

Service Profile

หน่วยงาน : งานส่งเสริมสุขภาพ

บริบท (Context)

ให้บริการ ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู สุขภาพประชาชน ทุกกลุ่มวัย และเชื่อมโยงการดำเนินงาน สร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ พร้อมทั้งสนับสนุนบริการ ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ

ขอบเขตบริการ (Scope of Service)

ให้บริการด้านการ ส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟู ตามกลุ่มวัยดังต่อไปนี้คือ

กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย(0-5 ปี)

1. งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ 0 –5 ปี ให้บริการวัคซีนเพื่อป้องกันโรคในเด็ก ในคลินิกบริการ (WCC)
2. ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการอนามัยแม่และเด็ก MCH Board ในเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ
3. ส่งเสริมและพัฒนาตำบลนมแม่ในเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ
4. ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) CPM Board ในเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ

กลุ่มเด็กวัยเรียน (6-14 ปี)

1. ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในเครือข่ายโรงพยาบาล๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ
2. ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพร่วมกับโรงเรียน ตลอดจนการติดตามและส่งต่อการบริการสุขภาพ
3. บริการให้ความรู้และการจัดกิจกรรมด้านเพศศึกษาในโรงเรียน และในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายอำเภออนามัยเจริญพันธุ์

กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี)

1. ส่งเสริมและคัดกรองสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน
2. บริการและประสานงานคัดกรองสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานทั้งในและนอกเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ

วชิราลงกรณ

ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ลูกค้าภายใน

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้บริหาร	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยงานมีการปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน - มีการปฏิบัติงานเป็นทีม - การให้บริการที่ได้มาตรฐาน บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
ทีมสหวิชาชีพ	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประสานงานที่ดี ข้อมูลครบถ้วน
เจ้าหน้าที่ / หน่วยงานอื่นๆ ใน โรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - การบริการอย่างประทับใจ ข้อมูลข่าวสารรวดเร็วถูกต้อง

ลูกค้าภายนอก

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วย	ได้รับการถูกต้อง รวดเร็ว ได้มาตรฐาน ประทับใจจากการมารับบริการ
ญาติผู้ป่วย	ได้รับข้อมูล,คำแนะนำ, สุขศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว/การดูแลตนเองและครอบครัว
ประชาชนทั่วไป ในเขตรับผิดชอบ	-มีคุณภาพชีวิตที่ดี,บรรลุการมีสุขภาพแข็งแรง,พึ่งพาดูแลช่วยเหลือตนเองครอบครัว และชุมชนได้,ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ ,มีส่วนร่วมในการพัฒนาและร่วมสร้าง ชุมชนตนเองให้เข้มแข็ง
สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ เมืองอุบลราชธานี	-มีการประสานงานที่ดี -ได้รับการสนับสนุนบริการที่ดี
หน่วยงานอื่นๆ ภายนอก รพ. เช่น โรงเรียน ศูนย์ พัฒนาเด็กเล็ก วัด อปท หน่วยงาน ภาครัฐและเอกชน ในเขตเครือข่าย โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์	<ul style="list-style-type: none"> - การบริการอย่างประทับใจ ข้อมูลข่าวสารรวดเร็วถูกต้อง ให้ความร่วมมือเต็มความรู้ ความสามารถ -ได้รับความร่วมมือที่ดีในการประสานงาน - การส่งต่อข้อมูลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน: (เช่น จำนวนผู้รับบริการ สถิติต่าง ๆ ไม่รวม ตัวชี้วัด)

ข้อมูลผู้รับบริการ	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
จำนวนผู้มารับบริการวัคซีน คลินิกเด็กดี (visit)	NA	253	348	756
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งตับและ ท่อน้ำดี (ราย)	800	788	748	850
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ (ราย)	NA	2,839	1,588	1,732

กลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญ (Key Clinical Population)

- 1.กลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กดี
- 2.กลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
- 3.กลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues): (มาจากความมุ่งหมายของหน่วยงาน ตัวอย่างประเด็นคุณภาพที่สำคัญของซัพพลาย เช่น ประสิทธิภาพความเพียงพอ ความน่าใช้งาน การป้องกันการปนเปื้อนต้น ตัวอย่างประเด็นคุณภาพที่สำคัญของห้องคลอด เช่น ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย)

ให้บริการ ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู สุขภาพประชาชน ทุกกลุ่มวัย ได้มาตรฐาน พัฒนางานอย่างเป็นระบบ

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ความท้าทาย: (อาจจะเป็นปัญหาสำคัญ/โอกาสพัฒนาในปัจจุบัน หรือปัญหา/โอกาสแห่งความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นในอนาคต)

1. ผู้รับบริการได้รับบริการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการตามนโยบาย แผนพัฒนาสาธารณสุข
2. งานบริการเชิงรุกในชุมชนประชาชนในเขตรับผิดชอบของเครือข่ายได้รับบริการอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมในด้านสุขภาพตามศักยภาพของตนเอง
3. ส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกภาคส่วนในพื้นที่ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน
4. มีการประสานงานกันในเครือข่ายสุขภาพอย่างเป็นระบบ
5. เกิดการพัฒนางานที่ชัดเจน

6. ตัวชี้วัดตอบตรงลักษณะของแต่ละงาน

ความเสี่ยงที่สำคัญ: (ให้ความสำคัญเกี่ยวกับข้อคัดค้านประเด็นคุณภาพ ชำงตัน อย่าลืม Clinical Risk : Common Clinical Risk & Specific Clinical Risk, Non-Clinical Risk)

- 1.งานบริการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสภาพไม่ได้ผลลัพธ์ตามนโยบาย
2. งานบริการเชิงรุกในชุมชนประชาชนไม่ครอบคลุมครบทุกกลุ่มวัย
3. การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกภาคส่วนในพื้นที่ไม่เพียงพอ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน
4. การประสานงานกันในเครือข่ายสุขภาพไม่เป็นระบบเดียวกัน
5. การพัฒนางานที่ไม่ชัดเจน
6. ตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี (วิเคราะห์ปัญหาที่พบเมื่อเทียบกับภาระความรับผิดชอบแล้ว ผู้ปฏิบัติงาน/เครื่องมือ/เทคโนโลยี ที่มีอยู่มีความเพียงพอหรือไม่ มีอะไรที่เป็นศักยภาพหรือข้อเด่น และมีอะไรที่เป็นข้อจำกัด)

1. อัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบัน มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ซึ่งอัตรากำลังที่มีอยู่ต้องรับผิดชอบภาระงานตามโครงสร้างของงานส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีทั้งงานให้บริการสุขภาพและการประสานงานในเครือข่าย
- 2.เครื่องมือและเทคโนโลยีที่ใช้ในการให้บริการ มีเพียงพอ

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง: (เน้นส่วนที่ทำได้แล้วผลเป็นอย่างไร หรือกำลังจะทำต่อไป ตอบเฉพาะที่เกี่ยวข้อง ควรยกตัวอย่างให้เห็นเป็นรูปธรรม)

1. การส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่
 - 1.1) ร่วมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้แก่กลุ่มเจ้าหน้าที่ตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการ เช่น ร่วมเป็นอัตรากำลังในการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ การให้บริการฉีดวัคซีนแก่เจ้าหน้าที่
2. การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย/ผู้รับบริการ
 - 2.1) ร่วมสนับสนุนและให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้แก่กลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น การให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี การให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี การวางแผนให้บริการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้
 - 2.2) การให้บริการวัคซีนในคลินิกเด็กดี

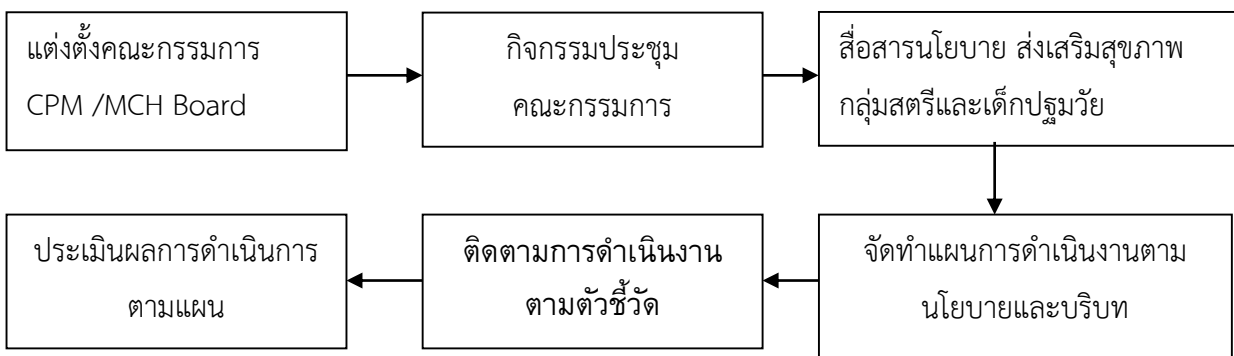
วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด การพัฒนา: (เป็นการแสดงความเชื่อมโยงการ เขียนเป็นหัวข้อสั้นๆ รายละเอียดจะเชื่อมโยงตัวชี้วัดและกิจกรรมพัฒนา)

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การ พัฒนา	กิจกรรมการพัฒนา
นำมาจากที่เขียนไว้ข้างต้น	กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์สอดคล้อง กับ 1)	กำหนดตัวชี้วัดและ ผลลัพธ์จาก 1) และ 2)	เขียนเป็นหัวข้อ CQI สั้นๆ รายละเอียดของกิจกรรมพัฒนา สามารถเชื่อมโยงไปด้านหลัง
1. สนับสนุนการดำเนินงาน ของงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่ม สตรีและเด็กปฐมวัยใน เครือข่ายบริการสุขภาพให้ ได้มาตรฐานและผ่านเกณฑ์	-เพื่อพัฒนาและ สนับสนุนการ ดำเนินงานงาน ส่งเสริมสุขภาพใน เครือข่ายบริการ สุขภาพระดับอำเภอ	- ตัวชี้วัดของงาน ส่งเสริมผ่านเกณฑ์คิด เป็นร้อยละ 80	-กิจกรรมประชุมวิชาการพัฒนา บุคลากรเพื่อเพิ่มคุณภาพการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0- 5ปี) โดยผ่านการประชุม CPM Board -กิจกรรมประชุมวิชาการพัฒนา บุคลากรเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการ อนามัยแม่และเด็ก โดยผ่านการ ประชุม MCH Board -กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาการเด็กให้กับ อสม.จิตอาสา (CFCT) ในเครือข่าย รพ. ๕๐ พรรษา ฯ -นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน อนามัยแม่และเด็ก
2.งานบริการเชิงรุกในชุมชน ประชาชนในเขตรับผิดชอบ ของเครือข่ายได้รับบริการ อย่างต่อเนื่องและ ครอบคลุมในด้านสุขภาพ	- เพื่อให้ กลุ่มเป้าหมาย ประชากรในพื้นที่ทุก ได้รับการคัดกรอง สุขภาพ ตามเกณฑ์	-อัตราที่ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการ คัดกรอง DM ร้อยละ 60 -อัตราที่ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการ คัดกรอง HT ร้อยละ 60 -อัตราผู้ป่วยได้รับการ คัดกรองมะเร็งลำไส้ ตามเกณฑ์ร้อยละ 80	-ประชุมคณะกรรมการ NCD Board - พัฒนาศักยภาพ องค์ความรู้ ทักษะ บุคลากรในการดำเนินงานและสามารถ ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้ถูกต้อง ตามมาตรฐาน -พัฒนาระบบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพัฒนาเครือข่ายให้สามารถดูแล รักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม - พัฒนางานให้ได้คุณภาพและ มาตรฐานตามคลินิก NCD คุณภาพ - จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ให้ ประชาชนเกิดความตระหนักในการ ควบคุมป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็ง ท่อน้ำดี

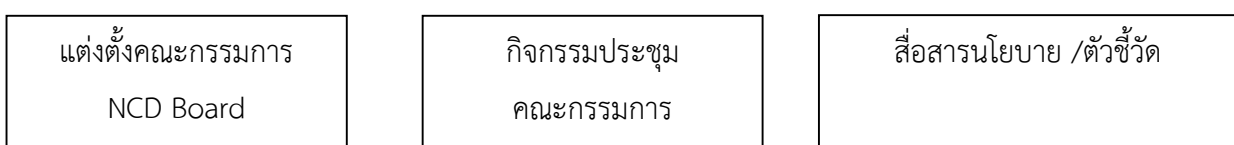
		-อัตราของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้วัดที่ผล HbA1C < 7 ร้อยละ40 -อัตราของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ BP140/90mmHg ร้อยละ 60 -อัตราประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีร้อยละ 80	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ ค้นหามะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม จำนวน 21 แห่ง - อบรมพัฒนาศักยภาพ องค์ความรู้ทักษะ บุคลากรในการดำเนินงานตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งลำไส้ ในเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม จำนวน 21 แห่ง -ประสานงานวางแผนการดำเนินการตรวจ -ติดตามการนำส่งส่งตรวจมาส่งให้ตรงตามแผนที่กำหนด - ติดตามผล และชี้แจงระบบส่งต่อในกรณีพบความผิดปกติ
--	--	--	---

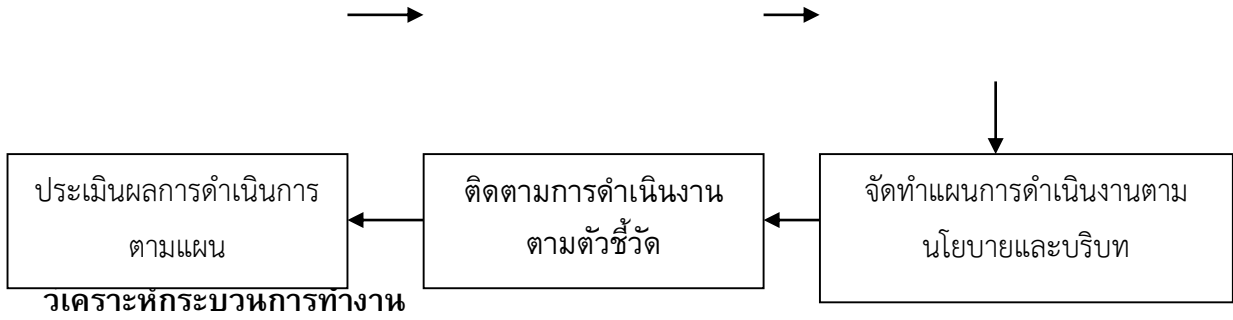
2. แผนภูมิกระบวนการทำงาน (เฉพาะที่เป็นกระบวนการหลักของเรา รวมทั้งความเสี่ยงและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอน อาจจะเป็น Top down flow chart หรือ Process flow chart)

1) สนับสนุนการดำเนินงานของงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยในเครือข่ายบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐานและผ่านเกณฑ์



2) งานบริการเชิงรุกในชุมชนประชาชนในเขตรับผิดชอบของเครือข่ายได้รับบริการอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมในด้านสุขภาพ





วิเคราะห์กระบวนการทำงาน

กระบวนการที่สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังและกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1.สนับสนุนการดำเนินงานของงานส่งเสริมสุขภาพในเครือข่ายบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐานและผ่านเกณฑ์	1. เพื่อพัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ 2.ประสานงาน สนับสนุนกิจกรรมประชุมวิชาการพัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มคุณภาพการ 3.มีแผนการดำเนินงาน 4.มีการนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน	- ตัวชี้วัดของงานส่งเสริมผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 80
2.งานบริการเชิงรุกในชุมชน ประชาชนในเขตรับผิดชอบของเครือข่ายได้รับบริการอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมในด้านสุขภาพ	1. เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายประชากรในพื้นที่ทุกได้รับการคัดกรองสุขภาพ ตามเกณฑ์ 2.ประสานงานและ วางแผนการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพ 3.มีการนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน	-อัตราที่ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรอง DM ร้อยละ 60 -อัตราที่ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรอง HT ร้อยละ 60 -อัตราผู้ป่วยได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ตามเกณฑ์ร้อยละ 80 -อัตราของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้วัดที่ผล HbA1C < 7ร้อยละ40 -อัตราของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ BP140/90mmHgร้อยละ 60

		-อัตราประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีร้อยละ 80
3พัฒนาคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD)คุณภาพในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) คุณภาพให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน เพื่อลดความชุกของพฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยงโรคเรื้อรัง เพื่อลดอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง <ol style="list-style-type: none"> ประชุมคณะกรรมการ NCD Board อบรมฟื้นฟูวิชาการงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปีละ 1 ครั้ง ประชุมชี้แจงแนวทางการพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพให้กับเจ้าหน้าที่ในเครือข่าย ติดตามและประเมินผล 	1.คลินิกโรคเรื้อรังในเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) คุณภาพ ร้อยละ 70

ตัวชี้วัด:

กราฟ/control chart/ข้อมูล (อย่างน้อย 3 ปี ย้อนหลัง)

ตัวชี้วัด	ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562		ปี 63	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
ร้อยละของตัวชี้วัดของงานส่งเสริมผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
คลินิกโรคเรื้อรังในเครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) คุณภาพ	ร้อยละ 70	ร้อยละ 100	ร้อยละ 70	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ร้อยละของตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็กผ่านเกณฑ์ (KPI)	ร้อยละ 80	ร้อยละ 93	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80.9	ร้อยละ 80	ร้อยละ 83.3	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
ร้อยละของโรงเรียนผ่านการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95.38
ร้อยละโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพผ่านการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร	ร้อยละ 10	ร้อยละ 4.3	ร้อยละ 10	ร้อยละ 4.3	ร้อยละ 10	ร้อยละ 4.6	ร้อยละ 10	ร้อยละ 4.6
ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี	ร้อยละ 80	ร้อยละ 89.6	ร้อยละ 80	ร้อยละ 93.2	ร้อยละ 80	ร้อยละ 83.7	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้	-	NA	ร้อยละ 80	ร้อยละ 73.1	ร้อยละ 80	ร้อยละ 72.6	ร้อยละ 80	ร้อยละ 75.1
ร้อยละการดำเนินงานตามแผนงานโครงการงานส่งเสริมสุขภาพ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 62.5
จำนวนผู้มารับบริการวัคซีนคลินิกเด็กดี (ราย/visit)	-	NA	-	146/253	-	253/348	-	756 visit

Service Profile

งานแผนงาน

นางสาวชนิดา หล้ามาชน

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ
โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ปรับปรุงข้อมูล พฤศจิกายน ๒๕๖๓

Service profile

งานแผนงาน

๑. บริบท (context)

จัดทำแผนงานโครงการ ระดับเครือข่ายโรงพยาบาล กำกับและนิเทศ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินโครงการ ให้บรรลุตามตัวชี้วัด

๒. ขอบเขตการให้บริการ

๑. จัดทำแผนงบประมาณการพัฒนางานสาธารณสุข แผนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(P&P Basic service) เครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ แผนงานประมาณงานสร้างเสริมสุขภาพแลป้องกันโรคสำหรับพื้นที่ (P&P Area base)
๒. ถ่ายทอดนโยบาย ตัวชี้วัด และยุทธศาสตร์สาธารณสุขสู่ผู้ปฏิบัติงาน
๓. ประสานงานเครือข่าย โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ ด้านงบประมาณตามแผนงาน PP
๔. รวบรวมข้อมูลการใช้จ่ายงบประมาณ PP และ OP เงินบำรุงโรงพยาบาล สำหรับเครือข่าย เช่น งบเวชภัณฑ์ งบเวชภัณฑ์มีชีเยา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น
๕. ควบคุมแลตรวจสอบการเบิกจ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามแผน
๖. นิเทศติดตามการดำเนินงานแผนงานตามแผนงบประมาณเครือข่าย
๗. เป็นพิธีกร และวิทยากรในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
๘. ปฏิบัติงานร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย

๓. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ลูกค้าภายใน

ผู้รับบริการ	ความต้องการสำคัญ
๑.หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล	๑.รวบรวมข้อมูลระดับเครือข่ายอย่างถูกต้องและครบถ้วน ๒.การจัดส่งข้อมูลรายงานให้แต่ละฝ่าย กลุ่มงานรวมถึงผู้บริหารให้รวดเร็วทันเวลา ๓.การติดตามแผนงบประมาณPP
๒.กลุ่มงานเวชกรรมสังคม	๑.รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานอย่างถูกต้องและครบถ้วน ๓.การติดตามแผนงบประมาณPP

ลูกค้าภายนอก

ผู้รับบริการ	ความต้องการสำคัญ
๑. สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	๑. จัดทำแผนงบประมาณ PP /จัดส่งให้ทันเวลา
๒. เครือข่าย รพ. ๕๐ พรรษาฯ - สำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี - รพ.สต. จำนวน ๒๐ แห่ง - ภาศึเครือข่ายทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน	๑. การทำแผนงบประมาณร่วมกันที่ชัดเจน ครอบคลุม เป็นปัจจุบัน ๒. มีการนิเทศติดตามงาน ตามนโยบายของจังหวัดและเครือข่ายร่วมกัน ๓. การจัดเก็บรวบรวมข้อมูล รายงาน แผนการดำเนินงาน ๔. การสรุปวิเคราะห์ ประมวลผล นำเสนอรายงานต่างๆ ในที่ประชุม CUP Board

๔. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

๑. ความรวดเร็วในการขออนุมัติโครงการ/เบิกจ่ายงบประมาณ
๒. อัตราความถูกต้องของการขออนุมัติโครงการ/เบิกจ่ายงบประมาณ
๓. แผน/กิจกรรมที่ทำนอกแผน
๔. มีการใช้งบประมาณที่ใช้ไปตามแผน
๕. มีการจัดทำแผนหรือกิจกรรมที่บรรลุผลสัมฤทธิ์

๕. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ จุดเน้นการพัฒนา

ความท้าทาย

๑. การถ่ายทอดนโยบายและแนวปฏิบัติในระดับ CUP BORD สู่ระดับผู้ปฏิบัติในเครือข่าย
๒. การจัดทำแผนงานโครงการให้เป็นไปตามห้วงเวลาที่กำหนด

ความเสี่ยงสำคัญ

๑. การเบิกจ่ายเงินไม่เป็นไปตามระเบียบ และแผนงบประมาณเครือข่ายฯ
๒. การขออนุมัติโครงการไม่เป็นไปตามขั้นตอน/แนวปฏิบัติตามมติ

แนวทางการป้องกันและหลีกเลี่ยง

๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการจัดทำแผน ขั้นตอน แนวทางปฏิบัติ ให้กับผู้เกี่ยวข้อง
๒. ให้คำปรึกษา แนะนำช่วยเหลือในการจัดทำแผน
๓. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนอย่างต่อเนื่อง
๔. เข้าอบรมเพิ่มพูนทักษะ ด้านการวางแผนประเมินผล และด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
๕. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนโครงการประจำปี

๖. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการที่สำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
๑. การสรุปผลงานประจำปี ปัญหาอุปสรรค	-เจ้าหน้าที่เตรียมข้อมูลผลการปฏิบัติงานประจำปี และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลงาน -ตรวจสอบความถูกต้อง	-การรวบรวมข้อมูล สรุปผลงาน สรุปผลการดำเนินงานที่ไม่ถูกต้อง	-ข้อมูลสรุป ประเมินผลการดำเนินงานประจำปี เป็นข้อมูลที่น่าไปสู่การจัดทำโครงการที่สำคัญ
๒. การวางแผน	-หน่วยงานที่ร่วมกันจัดทำแผนงานประจำปี	-หน่วยงานที่มีการวางแผนการดำเนินงานประจำปีไม่ครอบคลุม	จำนวนแผนงาน/โครงการ ที่อยู่นอกแผนการปฏิบัติงานประจำปี
๓. การดำเนินงาน	-แผนผังกำกับ การดำเนินงานประจำปี	-หน่วยงานไม่ได้ดำเนินงานตามระยะเวลาที่กำหนด	จำนวนแผนงานโครงการที่มีการดำเนินงานตามระยะเวลาที่กำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๗. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน		
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
๑. ร้อยละของโครงการที่ขออนุมัติมีความถูกต้องในการเขียนโครงการตามแบบฟอร์ม	๑๐๐	๙๔.๗๓	๙๕.๕๖	๙๖.๑๕
๒. ร้อยละของโครงการที่ขออนุมัติมีการสูญหาย	๐	๐	๐	๐
๓. ร้อยละของโครงการที่มีการดำเนินการตามห้วงเวลา	≥๘๐	๘๕.๔๘	๘๘.๗๐	๘๐.๖๔

๘. แผนพัฒนาต่อเนื่อง

๑. พัฒนารูปแบบการให้บริการด้านงบประมาณในระดับเครือข่าย
 - ขั้นตอนการขออนุมัติโครงการ / การขออนุมัติงบประมาณ
 - รูปแบบการประสานงานเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ
๒. การวางแผนกำหนดรูปแบบการติดตาม / ประเมินผลสัมฤทธิ์ตามแผนยุทธศาสตร์

Service Profile

กลุ่มงาน/หน่วยงาน

ระบบบำบัดน้ำเสีย กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มทวชิราลงกรณ

ปรับปรุงข้อมูล วันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๓

Service Profile

หน่วยงาน :ระบบบำบัดน้ำเสีย กลุ่มงานอาชีพวิศวกรรม

วันที่ปรับปรุงข้อมูลล่าสุด ๔ มี.ค. ๒๕๖๓

1. บริบท (Context)

ระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ มีทั้งหมด 3 ระบบ ประกอบด้วย

1.1 ระบบบำบัดน้ำเสียเฉพาะจุด (on-site) มีทั้งแบบเติมอากาศ และแบบไม่เติมอากาศ

1.2 ระบบบำบัดน้ำเสียรวมเป็นชนิดตะกอนเร่งแบบฟิล์มตรึง (Activated Sludge with Fixed Film Packing Contact)

1.3 ระบบสระเติมอากาศ

โดยน้ำเสียบางอาคารจะผ่านการบำบัดเฉพาะจุด (on-site) ก่อนจะไหลไปบำบัดอีกครั้งที่ระบบบำบัดน้ำเสียรวมชนิดตะกอนเร่งแบบฟิล์มตรึง (Activated Sludge with Fixed Film Packing Contact) หลังจากบำบัดแล้ว น้ำทิ้งทั้งหมดจะไหลเข้าสู่สระเติมอากาศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดน้ำ ก่อนปล่อยเข้าสู่สระรองรับน้ำทิ้งที่อยู่ภายในบริเวณโรงพยาบาล ปัจจุบันน้ำเสียที่ไหลเข้าสู่ระบบบำบัด เฉลี่ย 220 ลูกบาศก์เมตร/วัน (คำนวณจาก 1) ปริมาณการใช้น้ำทั้งหมดในโรงพยาบาล โดยคิดเป็นน้ำเสียร้อยละ 80 2) ปริมาณผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยคิดเป็นจำนวนน้ำเสีย 800 ลิตร/เตียง/วัน 3) ปริมาณน้ำที่เครื่องสูบน้ำเข้าระบบบำบัดน้ำเสียซึ่งวัดจากชั่วโมงการทำงานของเครื่องสูบน้ำ)

ระบบบำบัดน้ำเสียรวมชนิดตะกอนเร่งแบบฟิล์มตรึง (Activated Sludge with Fixed Film Packing Contact) มีความจุในการรองรับน้ำเสียได้จำนวน 300 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน เริ่มใช้เมื่อปี พ.ศ.2548 ใช้งานมาจนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา 15 ปี

2. ความมุ่งหมาย (Purpose):

ระบบบำบัดน้ำเสียมีประสิทธิภาพ คุณภาพน้ำทิ้งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

3. ขอบเขตบริการ (Scope of Service)

ดูแลระบบท่อน้ำเสียที่ลงจากตัวอาคาร เข้าสู่ระบบบำบัด on-site ซึ่งเป็นระบบบำบัดเฉพาะที่ แบบเติมอากาศ ในโรงพยาบาล มีทั้งหมด 10 จุด 9 ตำแหน่งที่ตั้ง และระบบบำบัดเฉพาะที่แบบไม่เติมอากาศ ขนาดฝาเดียว มีทั้งหมด 20 จุด ไหลไปเข้าสู่ท่อน้ำเสียหลัก (Main hold) มีจำนวนทั้งสิ้น 75 จุด จนถึงระบบบำบัดรวม ดูแล ควบคุมการทำงานของระบบบำบัดรวม ให้ทำงานได้เต็มประสิทธิภาพ ตรวจสอบวิเคราะห์คุณภาพน้ำประจำวัน 3 พารามิเตอร์ คือ ค่า PH, TDS, DO ส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำภายนอกทุก 3 เดือน 11 พารามิเตอร์ คือ ค่า PH, SS, TDS, Settleable Solids, TKN, Grease & Oil, sulfide, BOD, COD, Total coliform Bacteria, Fecal coliform Bacteria รายงานผลหากเกิดความผิดปกติเกิดขึ้น ปัจจุบันมีอัตรากำลังขึ้นปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้าจำนวน 1 คน

4. กระบวนการหลักที่สำคัญ (Key Process)

พื้นที่รับผิดชอบ

ระบบบำบัดน้ำเสียและพื้นที่โดยรอบโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ

5. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ: (ลูกค้าภายในและภายนอก)

ลูกค้าภายใน

ฝ่าย / หน่วยงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
บุคลากรรพ.๕๐พรรษา	- ระบบบำบัดน้ำเสียไม่ส่งกลิ่นเหม็น - พื้นที่โดยรอบระบบบำบัดน้ำเสียสะอาด ไม่มีเห็บยุง
ทีม ENV.	-คุณภาพน้ำที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกตัว -ระบบบำบัดน้ำเสียไม่ปล่อยน้ำเสียออกก่อมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน - ระบบบำบัดน้ำเสียไม่ส่งกลิ่นเหม็นทั้งในและนอกโรงพยาบาล - ท่อส่งน้ำเสียไหลสะดวก ไม่อุดตัน

ลูกค้าภายนอก

กลุ่มผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ชุมชนรอบๆ ร.พ.๕๐ พรรษา	ระบบบำบัดน้ำเสียไม่ปล่อยน้ำเสีย หรือไม่มีน้ำเสียรั่วซึม และไม่ส่งผลกระทบต่อหรือรบกวนชุมชน

6. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน: (เช่น จำนวนผู้รับบริการ สถิติต่างๆ ไม่รวมตัวชี้วัด)

ข้อมูลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้ง รพ.๕๐พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ

ลำดับ	พารามิเตอร์ที่วิเคราะห์	มาตรฐานน้ำทิ้ง(รพ. ขนาด30เตียงขึ้นไป)	ปี 2561 (มค.61)	ปี 2562 (กพ.62)	ปี 2563 (พย.62)
1	pH	5-9	8.1	7.83	8.02
2	Settleable Solids	ไม่เกิน 0.5	<0.1	<0.1	0.10
3	Total Dissolve Solids (TDS)	ไม่เกิน 500 (จากน้ำที่เริ่มใช้)	674 (200)	725 (200)	599 (4140.5)
4	Total Suspended Solids (SS)	ไม่เกิน 30	474	525	-3,541
5	TKN	ไม่เกิน 35	8	30.5	13.5
6	Grease & Oil	ไม่เกิน 20	40	18.5	3.47
7	Sulfide	ไม่เกิน 1.0	162	44.2	11.8
8	BOD	ไม่เกิน 20	0.7	0.72	0.9
9	COD	ไม่เกิน 120	2	1.84	4.86
10	Total Coliform	≤ 5,000			รอผลตรวจ
11	Bact. /Fecal Coliform Bact.	1,000	<18	<18	<18
			<18	<18	<18

7. กลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญ (Key Clinical Population)

- ขอร้องเรียนปัญหาหน้าเสี่ยของโรงพยาบาลจากชุมชน
- อุบัติการณ์ปลาตายในสระในโรงพยาบาล
- ข้อมูลการใช้สารเคมีและการกำจัดในโรงพยาบาล
- อุบัติการณ์เกิดสาหร่ายมีการเติบโตผิดปกติ (Algae Bloom)

8. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues)

ระบบบำบัดน้ำเสียมีประสิทธิภาพ คุณภาพน้ำทิ้งได้มาตรฐานและไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชน

9. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ความท้าทาย

1. ระบบอยู่ใต้ดิน อยู่ลึกลงไป 4 เมตร เป็นสถานที่อับอากาศ มีความยากลำบากในการดูแล ตรวจสอบ ซ่อมแซมแก้ไข

2. ในกรณีที่ระบบขัดข้อง เกิดการชำรุดของอุปกรณ์ ระบบการซ่อมไม่มีระบบการสำรอง อุปกรณ์ ต้องรอสั่งซื้อ และในขณะที่รอ อุปกรณ์ที่ทำงานอยู่ต้องแบกภาระ ทำให้ระบบมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียหายทั้งหมด และทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ

3. การปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสีย ให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การเฝ้าระวัง ควบคุม ตรวจสอบ การทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชม. เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันเวลา และสามารถรักษาระบบให้สามารถทำงานได้ต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ

5. ตรวจสอบ เฝ้าระวังคุณภาพน้ำในสระของโรงพยาบาลฯ ที่รองรับระบบน้ำเสียของโรงพยาบาล

6. พัฒนา ระบบการจัดการสารเคมีในโรงพยาบาลฯ ก่อนเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย

7. การสำรวจและบำรุงรักษาท่อระบบบำบัดน้ำเสียโดย เป็นงานประจำ

8. การเพิ่มระบบดักไขมันทุกอาคาร รวมถึงแฟลตที่อยู่อาศัย

9. การสร้างโรงพยาบาลต้นแบบด้านสิ่งแวดล้อมโดยการใช้จุลินทรีย์

ความเสี่ยงที่สำคัญ:

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางป้องกัน และแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1.ตรวจพบค่า Grease & Oil เกินเกณฑ์มาตรฐานทั้งน้ำทิ้งหลังการบำบัดและในสระรองรับน้ำหลังการบำบัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตักไขมันในจุดที่มีบ่อดักให้สูงขึ้นกว่าเดิม (ในกรณีที่พบว่าไขมันจำนวนมากในบ่อดักไขมัน) 2. เพิ่มบ่อดักไขมันในอาคารที่ยังไม่มีบ่อดัก 3. เติมจุลินทรีย์ระบบหยดในบ่อดักไขมัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ค่าพารามิเตอร์ Grease & Oil อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน - ปริมาณไขมันลดลง - กลิ่นเหม็นลดลง
2.ตรวจพบค่า TDS สูง มีความเสี่ยงที่จะเกินเกณฑ์มาตรฐาน	<ol style="list-style-type: none"> 1.แก้ไขท่อน้ำในบ่อดักตะกอนในระบบบำบัดน้ำเสีย เพื่อสูบตะกอนกลับไปบำบัดใหม่ 2.จัดทำสระเติมอากาศเพื่อบำบัดเพิ่ม ตักตะกอนและลดแร่ธาตุในน้ำทิ้งก่อนปล่อยลงสู่สระที่รองรับน้ำหลังการบำบัด 3.การควบคุมปริมาณตะกอนในระบบให้มีความเหมาะสมโดยการสูบตะกอนออกจากระบบเมื่อมีตะกอนมาก 4. ลดการใช้สารเคมีคลอรีนในการฆ่าเชื้อ โดยใช้จุลินทรีย์ฆ่าเชื้อทดแทน 	<ul style="list-style-type: none"> - ค่าพารามิเตอร์ TDS ลดลงและไม่เสี่ยงที่จะเกินเกณฑ์มาตรฐาน
3.การเกิดอุบัติการณ์สาหร่ายบลูม (Algae Bloom)	<ol style="list-style-type: none"> 1.กำจัดแร่ธาตุจำพวกไนโตรเจนและฟอสเฟต ซึ่งเป็นธาตุอาหารที่ทำให้สาหร่ายเจริญเติบโตได้ดี โดยการปลูกพืชดูดซับแร่ธาตุ 2. เติมจุลินทรีย์ที่มีความสามารถกำจัดสาหร่ายสีเขียวในสระ จุลินทรีย์ EM ball และ จุลินทรีย์ EM น้ำ 3.การสูบน้ำขึ้นมาหมุนเวียน เพื่อไม่ให้เกิดน้ำนิ่ง 4.การเติมอากาศเพื่อบำบัดน้ำในสระที่เกิดสาหร่ายบลูม 	<ul style="list-style-type: none"> -คุณภาพน้ำในสระดีขึ้น ไม่เกิดสาหร่ายบลูม
4.ค่า DO น้ำในสระที่รองรับน้ำหลังการบำบัดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในบางวัน	<ol style="list-style-type: none"> 1.กำจัดสาหร่ายสีเขียวซึ่งปกคลุมผิวน้ำ ทำให้พืชน้ำไม่สามารถสังเคราะห์แสงได้ส่งผลทำให้ไม่มีออกซิเจนในน้ำ 2.เพิ่มออกซิเจนให้น้ำโดยการทำเครื่องตีอากาศหรือน้ำพุให้ครอบคลุมทั่วบริเวณสระ 	<ul style="list-style-type: none"> - ค่าพารามิเตอร์ DO น้ำในสระที่รองรับน้ำหลังการบำบัด อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานทุกช่วงเวลา

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางป้องกัน และแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
5.มีปริมาณการใช้สารเคมีเพิ่มขึ้นในทุกกิจกรรม เช่น ทำความสะอาดพื้น ล้างภาชนะ ล้างมือ ล้างเครื่องมือแพทย์ ซักผ้า เป็นต้น	ปัจจุบันโรงพยาบาลฯได้ใช้จุลินทรีย์ ในการแก้ไขปัญหาน้ำเสีย โดยมีกระบวนการตั้งแต่ต้นทาง คือการปรับเปลี่ยนการใช้จุลินทรีย์ทดแทน เพื่อเป็นลดการการใช้เคมีในหลายๆกิจกรรม เช่น น้ำยาทำความสะอาดพื้น น้ำยาล้างมือ น้ำยาล้างจาน เป็นต้น มีการใช้จุลินทรีย์ระบบหยุด เพื่อบำบัดน้ำเสียตามบ่อกักน้ำ บ่อดักไขมัน รวมถึงการใช้จุลินทรีย์ในการฆ่าเชื้อโรคทดแทนการใช้คลอรีน	1.ประหยัดค่าใช้จ่าย 2.คุณภาพน้ำผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกพารามิเตอร์ 3.กลิ่นเหม็นตามท่อระบายน้ำลดลง 4.ไขมันในบ่อดักไขมันลดลง

10. ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

อัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบัน

- 1) แพทย์ 1 คน
- 2) พยาบาลวิชาชีพ 4 คน
- 3) นักวิชาการสาธารณสุข 1
- 4) จพง.สาธารณสุขชุมชน 1 คน
- 5) ลูกจ้างทั่วไป 5 คน เป็นผู้ปฏิบัติภาคสนาม แบ่งเป็นดูแลระบบบำบัดน้ำเสียประจำ 1 คน

ภาระงาน รับผิดชอบ

- 1) งานอาชีพเวชกรรม : การตรวจสุขภาพ , การตรวจความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ,การจัดการสารเคมี , การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงโรคจากการทำงาน ,คลินิกโรคจากการทำงาน
- 2)งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม : ระบบจัดการมูลฝอย , ระบบบำบัดน้ำเสีย
- 3)งานสุขาภิบาลอาหารและน้ำ : เฝ้าระวังความปลอดภัยในอาหารและน้ำในโรงพยาบาลและภาคีเครือข่าย

วิเคราะห์ภาระงาน เนื่องจากโรงพยาบาลมีการขยายขนาดเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณภาระงานด้านบุคลากรและด้านสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลก็เพิ่มปริมาณมากขึ้น ทำให้Workload กับบุคลากรในแผนกค่อนข้างมาก ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการควบคุม ตรวจสอบระบบทำได้ไม่เต็มที่ รวมถึงไม่มีระบบตรวจสอบเฝ้าระวังระบบบำบัดน้ำเสีย ตลอด 24 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในระบบบำบัดน้ำเสีย ได้แก่

ลำดับ	ประเภทเครื่องมือ	จำนวนใช้งาน	จำนวนสำรอง	การดูแลรักษา
1	เครื่องสูบน้ำ	6	1	ตรวจสอบการทำงานทุกวัน
2	ระบบลูกลอย	12	0	ตรวจสอบการทำงานทุกวัน
3	หัวเติมอากาศแบบพ่นใต้น้ำ (หัวฟูชนิดยาง)	16	0	ตรวจสอบการทำงานทุกวัน
4	เครื่องเติมอากาศ	3	1	ตรวจสอบการทำงานทุกวัน อัตราระปีทุก 3 เดือน
5	เครื่องเติมอากาศเฉพาะที่	14	0	ตรวจสอบการทำงานทุกสัปดาห์
6	เครื่องเติมคลอรีน (Feed pump)	1	0	ปัจจุบันไม่ได้ใช้งาน
7	เครื่องกวนคลอรีน	1	0	ปัจจุบันไม่ได้ใช้งาน
8	ตู้ควบคุมไฟฟ้า	2	0	ตรวจสอบการทำงานทุกวัน ทำความสะอาดทุกสัปดาห์
9	เครื่องวัดออกซิเจนในน้ำภาคสนาม (DO)	1	0	ใช้วัดค่าพารามิเตอร์น้ำทุกวัน
10	เครื่องวัดค่า PH ในน้ำภาคสนาม	1	0	ใช้วัดค่าพารามิเตอร์น้ำทุกวัน
11	เครื่องวัดค่า TDS ในน้ำภาคสนาม	1	0	ใช้วัดค่าพารามิเตอร์น้ำทุกวัน

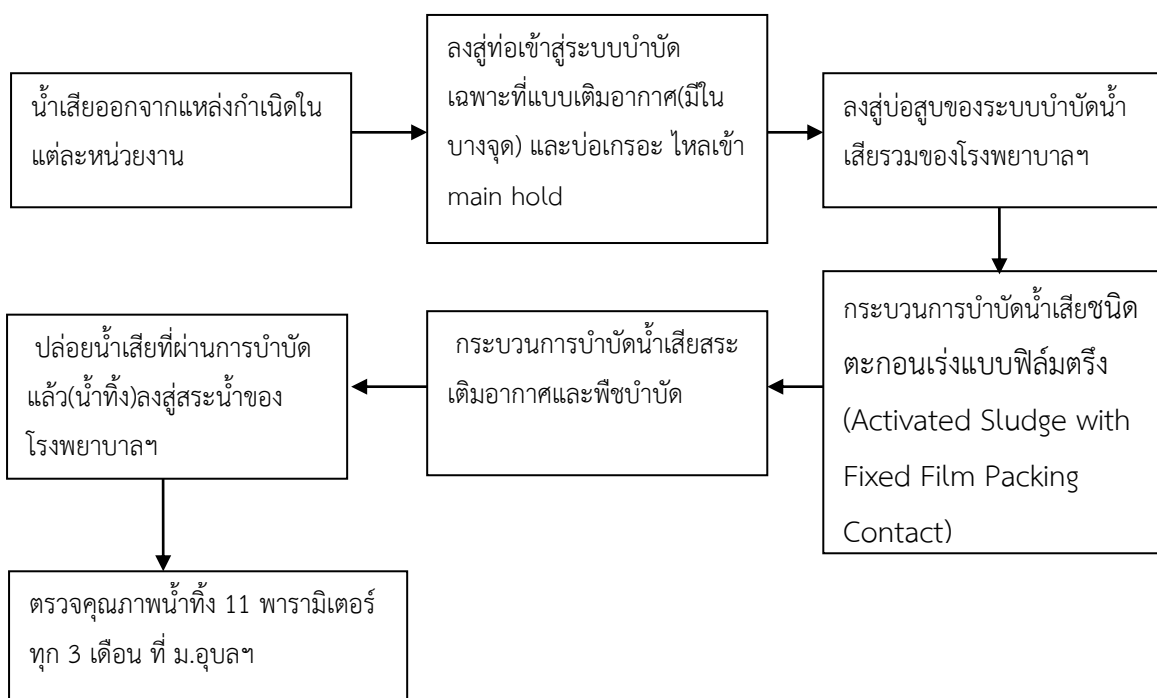
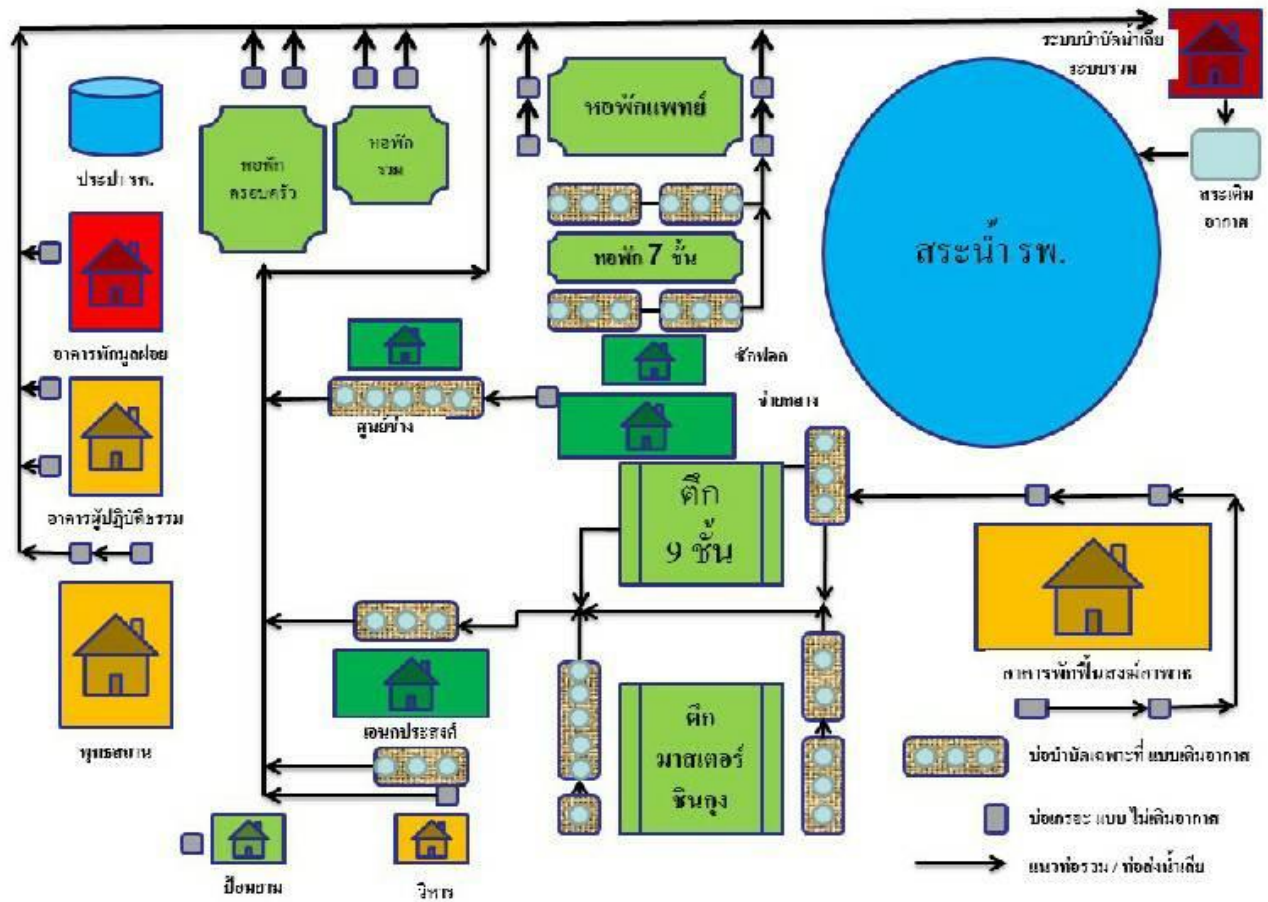
11. ประเด็นการส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

1.บุคลากรผู้ปฏิบัติงานหลัก พนักงานสนาม การส่งเสริมสุขภาพ โดยการตรวจสุขภาพประจำปี ,การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง ,การมีความรู้ในเรื่องสารเคมีที่เกี่ยวข้อง เช่น แนวทางการปฏิบัติเมื่อต้องใช้สารเคมีอันตราย และควรปฏิบัติตามแนวทางโดยเคร่งครัด และสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายในการปฏิบัติงานในระบบบำบัดทุกครั้ง

2.การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น พลัดตก หกล้ม การวิ่งเวียน หน้ามืด เมื่อปฏิบัติหน้าที่ ที่ระบบบำบัดน้ำเสีย

12. แผนภูมิกระบวนการทำงาน

แผนผังระบบการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ร.พ. ๕๐ พรรษาฯ



วิเคราะห์กระบวนการทำงาน

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัด/ความเสี่ยงสำคัญ (Performance Indicator)
การรวมน้ำเสียจากแหล่งกำเนิดจากทุกตึกไหลมารวมกันเข้าสู่ท่อ main hold ไปรวมกันที่บ่อสูบโดยผ่านตะแกรงกรองขยะ	-เพื่อให้ น้ำเสียจากแต่ละจุดมารวมกันเพื่อทำการบำบัดโดยไม่มีขยะปะปน -น้ำเสียไหลสะดวก ไม่อุดตัน ไม่รั่วซึม -ไม่มีน้ำฝนมาปะปนกับน้ำเสีย	1. น้ำเสียไหลสะดวก ไม่อุดตัน ไม่มีขยะปะปนมากับน้ำเสีย 2. ไม่มีน้ำฝนไหลเข้าสู่ท่อระบบบำบัดน้ำเสีย 2. บ่อบำบัดย่อย/บ่อเกรอะแต่ละจุดไม่มีกลิ่นเหม็น
กระบวนการบำบัดน้ำเสีย	-น้ำเสียได้รับการบำบัดตามมาตรฐาน ระบบบำบัดน้ำเสียทำงานเต็มประสิทธิภาพ -ระบบการตรวจสอบ ควบคุมการทำงานของระบบบำบัดสามารถตรวจจับได้ไว แก้ไขได้ทันเวลา -ระบบการซ่อม แก้ไขได้ทัน มีระบบการสำรองอุปกรณ์	1. ระบบบำบัดน้ำเสียทำงานได้ปกติ เต็มประสิทธิภาพ 2. ระบบการตรวจสอบ ตรวจจับความผิดปกติได้ไว แก้ไขได้ทันเวลา 3. ระบบซ่อมบำรุง มีการสำรองอุปกรณ์ แก้ไขได้ทันเวลา ประสานทำงานเป็นทีม
การตรวจสอบคุณภาพน้ำเสียที่ผ่านการบำบัดแล้ว(น้ำทิ้ง)	-เพื่อให้ น้ำทิ้งมีคุณภาพตามมาตรฐาน ไม่ก่อมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน	-ผลตรวจสอบคุณภาพ น้ำทิ้งผ่านเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย -ไม่มีอุบัติการณ์ปลาตายที่มีสาเหตุจากคุณภาพของน้ำ -ไม่มีข้อร้องเรียนจากชุมชน

13. ตัวชี้วัด กราฟ/control chart/ข้อมูล (อย่างน้อย 3 ปี ย้อนหลัง)

1.ผลตรวจคุณภาพน้ำทิ้งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

ลำดับ	พารามิเตอร์ที่วิเคราะห์	มาตรฐานน้ำทิ้ง(รพ.ขนาด30เตียงขึ้นไป)	ปี 2561 (มค.61)	ปี 2562 (กพ.62)	ปี 2563 (พย.62)
1	pH	5-9	8.1	7.83	8.02
2	Settleable Solids	ไม่เกิน 0.5	<0.1	<0.1	0.10
3	Total Dissolve Solids (TDS)	ไม่เกิน 500 (จากน้ำที่เริ่มใช้)	674 (200) 474	725 (200) 525	599 (4140.5)
4	Total Suspended Solids (SS)	ไม่เกิน 30	8	30.5	13.5
5	TKN	ไม่เกิน 35	40	18.5	3.47
6	Grease & Oil	ไม่เกิน 20	162	44.2	11.8
7	Sulfide	ไม่เกิน 1.0	0.7	0.72	0.9
8	BOD	ไม่เกิน 20	2	1.84	4.86
9	COD	ไม่เกิน 120			รอผลตรวจ
10	Total Coliform	≤ 5,000	<18	<18	<18
11	Bact. /Fecal Coliform Bact.	1,000	<18	<18	<18

วิเคราะห์ผลตรวจคุณภาพน้ำทิ้ง : ผลตรวจคุณภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ทุกพารามิเตอร์ มีบางส่วนที่อยู่ในเกณฑ์การเฝ้าระวัง ได้แก่ ค่า TDS ซึ่งค่า TDS จะเกี่ยวข้องกับระบบการใช้สารเคมีในโรงพยาบาลฯ เช่น ศูนย์ไตเทียม โรงซักฟอกใช้สารฟอกขาว ในการทำความสะอาดผ้า น้ำยาทำความสะอาดต่างๆ ทำให้มีสารเคมีตกค้างและมีสารจำพวกเกลือจำนวนมาก และไม่มีการพักน้ำและเจือจางดีฟอกก่อนปล่อยลงสู่อบوابัต มีการขยายบริการศูนย์ฟอกไต โรงซักฟอกอยู่ใกล้ระบบบำบัดมาก

เกินไปซึ่งทำให้ไม่มีที่กักเก็บหรือบ่อกักเก็บน้ำเสียที่ผ่านการซักผ้าแล้ว เพื่อให้ น้ำที่ซักผ้านั้นชะลออยู่ใน บ่อกักเก็บอย่างน้อยประมาณ 6-8 ชั่วโมง ก่อนปล่อยเข้าสู่ระบบบำบัด ทำให้สารละลายที่มีอยู่ในน้ำ นั้นเข้าสู่ระบบเร็วเกินไป และโรงพยาบาล มีศูนย์ไตเทียม เจ้าหน้าที่ตาม ward ซึ่งมีการใช้น้ำยาหรือน้ำเกลือในการทำความสะอาดเครื่องมือหรือ เหน้าเกลือที่เหลือจากการเข้าน้ำเกลือให้คนไข้ สารเคมีที่ใช้ในการทำความสะอาดในกิจกรรมต่าง ลงสู่ระบบบำบัดทุกวัน และมีปริมาณมากแล้วปล่อยน้ำเสีย เข้าสู่ระบบโดยไม่ได้เจือจางให้ดีพอก่อนปล่อยลงสู่บ่อบำบัด จึงมีแนวทางแก้ไข โดยการจัดทำแนวทาง ลดการใช้สารเคมีในโรงพยาบาล โดยใช้จุลินทรีย์ทดแทนสารเคมีในกิจกรรมหลายๆส่วน เช่น ใช้แทน น้ำยาล้างพื้น น้ำยาล้างจาน น้ำยาล้างมือ เป็นต้น มีการใช้ลดปริมาณไขมันในบ่อดักไขมัน ใช้ฆ่าเชื้อใน ระบบบำบัดน้ำเสียแทนการใช้คลอรีน และวางแผนใช้จุลินทรีย์ทดแทนในการซักผ้าและล้างอุปกรณ์ ทางการแพทย์ พร้อมแนวทางการทำให้เจือจางก่อนเข้าสู่ระบบบำบัด รวมถึงการทำบ่อบำบัดน้ำสำหรับ ศูนย์ไตเทียมและโรงซักฟอก

วิเคราะห์ค่า Grease & Oil ซึ่งในปีที่ผ่านมา มีค่าพารามิเตอร์เกินเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งได้มีการ แก้ไขปัญหาโดยการสร้างบ่อดักไขมันในโรงอาหารและลดปริมาณไขมันโดยใช้จุลินทรีย์ระบบหยดที่บ่อดักไขมัน ซึ่งมีการดักไขมันออกไปฝังกลบเป็นประจำทุกอาทิตย์ แต่ปัจจุบันบ่อดักไขมันที่มีอยู่ไม่ ครอบคลุมทุกอาคาร ซึ่งส่งผลทำให้ไขมันที่มาจากอาคารที่ไม่มีบ่อดักไขมัน จะไหลเข้าสู่บ่อบำบัด โดยตรงและโดยปกติแล้วระบบบำบัดน้ำเสียไม่สามารถบำบัดสารจำพวกไขมันได้หรือบำบัดได้ก็เพียง ส่วนน้อย ส่งผลให้ไขมันที่เข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย จะไหลเข้าไปยังสระที่รองรับน้ำหลังการบำบัด

วิเคราะห์ สาหร่ายสีเขียวแกมน้ำเงินในสระรองรับน้ำหลังการบำบัด อยู่ในเกณฑ์เฝ้าระวัง พบว่า ในช่วงหลาย ๆ ปีที่ผ่านมา มีสาหร่ายสีเขียวเกิดขึ้นในสระเป็นจำนวนมากและบางช่วงจะจับตัวลอย ขึ้นเหนือผิวน้ำและส่งกลิ่นเหม็นตักทำการใช้ตาข่ายตักออกเพื่อลดกลิ่น และมีอุบัติเหตุปลาตายเป็น ระยะๆ ซึ่งเกิดจากการสะสมแร่ธาตุภายในสระ ซึ่งเป็นสระปิดน้ำไม่ได้ไหลเวียน ทำให้มีแร่ธาตุเป็น จำนวนมาก แก้ไขโดยการปลูกพืชดูดซับแร่ธาตุในสระเติมอากาศ รวมถึงการทำให้ น้ำมีการหมุนเวียน และการเติมอากาศเพิ่มเพื่อฟื้นฟูสภาพน้ำ และในปัจจุบันโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ร่วมกับ การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย โรงเรียนศรีแสงธรรม และ คณะศึกษานานาชาติหลวงตามหา บัว จัดตั้งโครงการพัฒนาสิ่งแวดล้อมแบบพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืน ตามแนวทางศาสตร์พระราชา ด้วย การใช้จุลินทรีย์ EM โดยการสร้างโรงพยาบาลต้นแบบที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม มีสภาพแวดล้อมที่ เอื้อต่อการใช้สุขภาพที่ดีของประชาชนผู้มารับบริการ ตลอดจนถึงเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาล ซึ่ง กิจกรรมหนึ่งที่มีการพัฒนา คือ การแก้ไขปัญหา น้ำเสีย ขนาดพื้นที่กว่า 10,000 ตารางเมตร ระดับน้ำ ลึก 4 เมตร โดยใช้วิธีการใส่ EM Ball และ ด้วยหลักการการทำงานของ EM Ball ขนาดประมาณลูก เทนนิส จำนวน 1 ก้อน ต่อ พื้นที่ 4 ตารางเมตร และพรมผิวน้ำด้วยจุลินทรีย์ EMขยาย ด้วยหลักการ จำนวน 1 ลิตร ต่อ พื้นที่ 10 ตารางเมตร รวมถึงการแก้ไขปัญหาตั้งแต่ต้นเหตุ คือการลดการใช้ สารเคมี ที่ใช้ทำความสะอาดพื้น ห้องน้ำ ทำความสะอาดสุขภัณฑ์ ล้างภาชนะ และการติดตั้งจุลินทรีย์ EM ระบบหยด ตามท่อส่งน้ำเสียและบ่อดักไขมัน

ผลการใช้ พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สีนํ้าเปลี่ยนจากสีเขียวเป็นสีใสปนเหลือง กลิ่นเหม็นลดลงจนแทบไม่มีกลิ่น ไม่มีสาหร่ายสีเขียวลอยเหนือผิวนํ้า จำนวนไขมันในบ่อดักไขมัน ลดลง การเปลี่ยนแปลงทางเคมี ค่า PH (ความเป็นกรด-ด่าง) จากที่มีค่าเป็นต่างสูงลดลงมาที่ค่า ระดับกลาง และค่า DO (ออกซิเจนในนํ้า) เพิ่มขึ้นจากเดิม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของ จุลินทรีย์ EM ที่ใช้ในการบำบัดนํ้าเสีย ที่มีกระบวนการผลิตที่ได้มาตรฐาน มีการสร้างความรู้ความ เข้าใจให้แก่บุคลากรของโรงพยาบาล พร้อมประกาศนโยบายโรงพยาบาลต้นแบบด้านสิ่งแวดล้อมโดย การใช้จุลินทรีย์

2. อุบัติการณ์ข้อร้องเรียน/ผลกระทบจากระบบบำบัดนํ้าเสียของโรงพยาบาลต่อสิ่งแวดล้อมและ ชุมชน

ปี	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
อุบัติเหตุข้อ ร้องเรียน/ผลกระทบ จากระบบบำบัดนํ้าเสีย ของโรงพยาบาลต่อ สิ่งแวดล้อมและชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - มีอุบัติเหตุปลาใน สระตายในเดือน เมษายน และ เดือน กรกฎาคม - มีอุบัติเหตุสาหร่าย สีเขียวปกคลุมผิวนํ้า เป็นจำนวนมาก 	<ul style="list-style-type: none"> - มีอุบัติเหตุเกิด สาหร่ายบลูมในสระ รองรับนํ้าทิ้ง ในเดือน ธันวาคม 2561 ส่งกลิ่นเหม็น - มีอุบัติเหตุปลาใน สระตายในเดือน เมษายน - มีอุบัติเหตุนํ้าเสีย ไหลล้นออกนอกระบบ บำบัดนํ้าเสีย 	<ul style="list-style-type: none"> - มีอุบัติเหตุนํ้าเสีย ไหลล้นออกนอกระบบ บำบัดนํ้าเสีย 2 ครั้ง เนื่องจากเครื่องสูบนํ้า ชำรุด ในช่วงกลางคืน นอกเวลาราชการ ไม่มี เจ้าหน้าที่ขึ้น ปฏิบัติงาน

วิเคราะห์ข้อมูล

ปี 2561 มีอุบัติเหตุ ในเดือนเมษายน และเดือนกรกฎาคม ซึ่งเกิดจากมีสาหร่ายสีเขียวเป็น จำนวนมากจับกับไขมันลอยตัวอยู่บนผิวนํ้าทำให้พีชนํ้าไม่สามารถสังเคราะห์แสงได้ และสภาพอากาศ ในช่วงที่มีการเปลี่ยนฤดูกาลจากหน้าร้อนเป็นหน้าฝน ท้องฟ้ามีดครึ้มหลายวันติดต่อกัน ส่งผลให้ ระดับออกซิเจนในนํ้าลดระดับลงมาก แก้ไขโดยการเติมจุลินทรีย์เพื่อแย่งอาหารของสาหร่ายสีเขียว ทำให้ประติษฐ์เพื่อลดการเพิ่มแร่ธาตุในนํ้า วางแผนเพิ่มค่าออกซิเจนในนํ้า ลดการเจริญเติบโตของ สาหร่ายสีเขียว และทำบ่อดักไขมันในอาคารต่างๆ

ปี 2562

1) มีอุบัติเหตุการเกิดสาหร่ายบลูม (Algae Bloom) ในเดือนธันวาคม เนื่องจากมีการ เจริญเติบโตของสาหร่ายสีเขียวเป็นจำนวนมาก ซึ่งเมื่อสาหร่ายมีจำนวนมากอาหารมีไม่เพียงพอทำให้

บางส่วนตายและลอยไปเกาะกลุ่มกันที่ริมฝั่ง รวมถึงในช่วงนั้นมีอุบัติเหตุที่ท่อน้ำเสียโรงอาหารอุดตัน ใช้เวลาซ่อมแซมหลายสัปดาห์ทำให้ไขมันเล็ดลอดลงสระน้ำไปจับตัวกับสาหร่ายสีเขียวทำให้ส่งกลิ่นเหม็น แก้ไขโดยการตักสาหร่ายที่ตายออกจากสระและเร่งเติมอากาศเพื่อฟื้นฟูสภาพน้ำและลดกลิ่น

2) มีอุบัติเหตุปลาตายในช่วงเดือนเมษายน เนื่องจากสภาพอากาศช่วงนั้นมีอุณหภูมิสูงมาก น้ำในสระลดลง และมีพายุฝนตกติดต่อกันหลายวัน ทำให้อุณหภูมิของน้ำเปลี่ยนแปลงกะทันหันส่งผลให้ออกซิเจนในน้ำลดลงชั่วคราว จึงทำให้ปลาขาดออกซิเจน

3) มีอุบัติเหตุที่น้ำเสียไหลล้นออกนอกระบบบำบัด เนื่องจากเครื่องสูบน้ำเสียชำรุด และเหตุเกิดนอกเวลาราชการที่ไม่มีผู้ดูแล แก้ไขโดยการสำรองเครื่องสูบน้ำให้ทำงานในกรณีที่เครื่องหลักชำรุด และวางแผนจัดอัตรากำลังขึ้นปฏิบัติหน้าที่นอกเวลาราชการ

ปี 2563

1) มีอุบัติเหตุที่น้ำเสียไหลล้นออกนอกระบบบำบัด เนื่องจากเครื่องสูบน้ำเสียชำรุด และเหตุเกิดนอกเวลาราชการที่ไม่มีผู้ดูแล แก้ไขโดยการสำรองเครื่องสูบน้ำให้ทำงานในกรณีที่เครื่องหลักชำรุด และวางแผนจัดอัตรากำลังขึ้นปฏิบัติหน้าที่นอกเวลาราชการ

14. การดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้น ผลลัพธ์ การปรับเปลี่ยนที่ดี

- 1) จัดทำสระเติมอากาศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดน้ำ
- 2) ปลุกพีชดูดซับแร่ธาตุในน้ำ เพื่อลดอาหารที่ใช้ในการเจริญเติบโตของสาหร่ายสีเขียว
- 3) ประชาสัมพันธ์และทำป้ายเตือนที่ห้องน้ำ(ที่ยังไม่มีป้าย)เพื่อให้เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการได้ตระหนักและไม่ทิ้งขยะลงชักโครก
- 4) จัดระบบสำรองอุปกรณ์ในบางตัว เช่น เครื่องสูบน้ำ, สายพานเครื่องเติมอากาศ เป็นต้น
- 5) ตักไขมันในบ่อดักไปกำจัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
- 6) ขุดลอกคลองระบายน้ำฝนเพื่อกำจัดไขมันที่ตกค้างในท่อ
- 7) จัดอัตรากำลังกำกับดูแลระบบน้ำเสียประจำ 1 คน เพื่อตรวจสอบการทำงานของระบบตั้งแต่ต้นทางจนเสร็จเสร็จกระบวนการตลอดเวลา
- 8) ลดการใช้สารเคมีต่างๆของโรงพยาบาลโดยใช้จุลินทรีย์ที่เป็นมิตรกับธรรมชาติ ในการทำความสะอาดพื้น ล้างภาชนะ ล้างมือ

การพัฒนาคุณภาพระหว่างการดำเนินงาน

- 1) การเพิ่มเครื่องเติมอากาศในสระเติมอากาศเพื่อบำบัดน้ำทิ้งให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น
- 2.) การผันน้ำในสระรองรับน้ำทิ้งขึ้นมาใช้ประโยชน์เพื่อเป็นการหมุนเวียนน้ำ
- 3) การสูบน้ำตะกอนในระบบบำบัดออกจากกระบบเพื่อควบคุมปริมาณตะกอนให้มีความเหมาะสม
- 4) การนำพีชที่ใช้บำบัดน้ำในสระเติมอากาศออกเพื่อให้มีการเจริญเติบโตขึ้นใหม่เนื่องจากพีชชุดเดิมดูดซับสารเคมี แร่ธาตุในปริมาณที่มากแล้ว ทุกๆ 3 เดือน

15. แผนพัฒนาคุณภาพ

- 1) วางแผนของงบประมาณในการปรับปรุงบ่อดักไขมันโรงอาหาร สร้างใหม่ในจุดที่ยังไม่มีเช่น อาคารผู้ป่วยและหอพัก
- 2) วางแผนของงบประมาณสร้างจุลินทรีย์ระบบหยดให้ครอบคลุมทุกตึกในโรงพยาบาล
- 3) วางแผนของงบประมาณสร้างบ่อดักน้ำเสียของศูนย์ไตเทียม และโรงซักฟอก
- 4) วางแผนของงบประมาณทำคลองวนเวียนน้ำในสระรองรับน้ำทิ้ง เพื่อฟื้นฟูสภาพน้ำและหมุนเวียนไม่ให้น้ำเกิดสภาพนิ่ง
- 5) วางแผนของงบประมาณก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสียใหม่เพื่อรองรับการบริการที่ขยายเพิ่มมากขึ้น
- 6) วางแผนให้มีผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียตลอด 24 ชั่วโมง

Service Profile

กลุ่มงาน/หน่วยงาน

กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ปรับปรุงข้อมูล วันที่ 9 มีนาคม 2563

Service Profile

งานอาชีพเวชกรรม วันที่ปรับปรุงข้อมูลล่าสุด 9 มีนาคม 2563

1. บริบท (Context)

เป็นหน่วยงานที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพจากการทำงานในกลุ่มวัยทำงาน โดยใช้กระบวนการ

- ตรวจสอบสุขภาพก่อนทำงาน ตรวจสอบสุขภาพประจำปี ตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยง ตรวจสอบสุขภาพหลังเจ็บป่วยก่อนกลับมาทำงาน ตรวจสอบสุขภาพก่อนออกจากงาน

- การตรวจประเมินความเสี่ยงและสภาพแวดล้อมในการทำงาน การจัดการ และการสื่อสารความเสี่ยงในการทำงาน และ/หรือสภาพแวดล้อมในการทำงาน ที่อาจคุกคามสุขภาพในขณะที่ประกอบอาชีพในกลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาล กลุ่มแรงงานในและนอกระบบ ให้ได้รับการดูแล และ/หรือ ดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมการทำงาน พฤติกรรมส่วนบุคคล ตลอดจนการดูแลสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงานให้มีความปลอดภัยตามมาตรฐาน

-การเฝ้าระวังทางสุขภาพ ตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ รวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่อสุขภาพด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม จัดทำแผนรองรับและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษจากสิ่งแวดล้อม

ความมุ่งหมาย (Purpose): (หน้าที่ + เป้าหมาย ของหน่วยงาน บอกให้ชัดเจนว่าหน่วยงานมีอยู่เพื่ออะไร ให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตัวเอง)

-ให้บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ ครอบคลุมตั้งแต่การเฝ้าระวัง ส่งเสริมป้องกันการตรวจคัดกรอง ค้นหา รักษา ฟื้นฟูสุขภาพหลังการเจ็บป่วย ตลอดจนการติดตามผลการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้ประกอบอาชีพมีสุขภาพดี กลับเข้าทำงานได้อย่างเหมาะสม สามารถประกอบอาชีพได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

ขอบเขตบริการ (Scope of Service): (ให้บริการแก่ใคร อะไรที่สามารถทำได้ อะไรที่ไม่มีบริการให้ อาจจะเป็นกลุ่มผู้ป่วย ช่วงเวลา ความรุนแรงของผู้ป่วย ฯลฯ)

พื้นที่รับผิดชอบ

บริการในกลุ่มวัยทำงานทั้งในกลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาล ,ผู้มารับบริการในโรงพยาบาล และสถานประกอบการ กลุ่มแรงงานทั้งในและนอกระบบ ครอบคลุมพื้นที่เครือข่ายฯ ๑๑ ตำบลในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี เครือข่ายรพ.๕๐พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ จังหัดอุบลราชธานี (ยกเว้นตำบลในเมือง)

1)บทบาทด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ;

-คลินิกตรวจสุขภาพ ทุกกลุ่มสิทธิ ทุกวันราชการ เวลา 07.00-16.00น. สถานที่ ศูนย์ Wellness Center ชั้น 4 ตึกมาสเตอร์ซิงกูล จัดบริการตรวจสุขภาพแรกเข้างาน ระหว่างงาน กลับเข้างานหลังจากหายจากการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย และเมื่อออกจากงาน ตรวจคัดกรองตามความเสี่ยงของงาน

-คลินิกโรคจากการทำงานวินิจฉัยโรคและให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมสนับสนุนให้มีการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงานในบุคลากรโรงพยาบาล แรงงานทั้งในและนอกระบบในเขตพื้นที่รับผิดชอบCUP รพ.๕๐พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ทุกวันจันทร์ เวลา 13.00-16.00น. ณ ศูนย์ Wellness Center ชั้น 4 ตึกมาสเตอร์ซิงกุง

-งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพวัยทำงานงานอาชีพป้องกันและควบคุมโรค กลุ่มวัยทำงาน ทั้งในบุคลากรโรงพยาบาล แรงงานทั้งในและนอกระบบ งานพิษวิทยา และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ร่วมทีมเตรียมพร้อมอุบัติภัยจากสารเคมีและอุบัติเหตุหมู่ในระดับเครือข่ายและจังหวัด สนับสนุนการเฝ้าระวัง และสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมทั้งในโรงพยาบาลและนอก

2)บทบาทด้านการบริหารจัดการ ;การบริหาร โครงสร้างกลุ่มงานอาชีพเวชกรรมและสุขภาพสิ่งแวดล้อม การประเมินตนเอง สำรวจส่วนขาดตามมาตรฐานและจัดทำแผนปฏิบัติการ ในทุกระดับ จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและอุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

3)บทบาทด้านวิชาการ ; ให้การฝึกอบรม วิทยากร ให้บริการด้านสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ ให้คำปรึกษาด้านวิชาการ ศึกษาวิจัยและพัฒนาส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม แก่กลุ่มวัยทำงาน ทั้งในโรงพยาบาล แรงงานทั้งในและนอกระบบ กลุ่มประชาชนในพื้นที่เสี่ยงได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม

ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ:

ดูภายใน

ฝ่าย / หน่วยงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้บริหารรพ.	-ได้รับทราบข้อมูลผลการดำเนินงานด้านการตรวจสุขภาพ ,คลินิกโรคจากการทำงาน อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างสุขภาพ และสร้างรายได้ให้กับองค์กรเกินร้อยละ 10 จากฐานเดิม
บุคลากรรพ.๕๐พรรษาฯ	-ได้รับบริการตรวจสุขภาพให้ขึ้นตอนกระชับ สะดวก และทราบผลการตรวจวินิจฉัย รักษา และลงความเห็นจากแพทย์อย่างถูกต้อง เหมาะสมและทันเวลา -ได้รับข้อมูลความรู้ การอบรมเกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ที่มีความเสี่ยงหรือมีภัยคุกคามและมีมาตรการแนวทางป้องกันอย่างชัดเจน -ได้รับการเฝ้าระวังและตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงอย่างเหมาะสมกับลักษณะงาน เมื่อบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน ได้รับการดูแล วินิจฉัย ได้รับการคำแนะนำการดูแลสุขภาพ ตลอดจนสิทธิประโยชน์ตามความเหมาะสม
ทีม ENV.	ได้รับการประสานงาน สนับสนุน ร่วมมือทั้งทางด้านการบริหาร บริการและวิชาการ ด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสุขภาพสิ่งแวดล้อมในการทำงาน สอดคล้องตามมาตรฐานและประเด็นข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง อย่างต่อเนื่อง

ทีมโรงอาหาร	ได้รับการประสานงาน สนับสนุน ร่วมมือในการเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และพัฒนาร้านอาหารที่จำหน่ายอาหารในโรงพยาบาลและโรงครัวโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารและมาตรฐาน Clean Food Good Test
ทีมตรวจสอบสุขภาพฯ	ได้รับการประสานงาน การสื่อสาร การวางแผนงานร่วมกัน มีความเข้าใจและเชื่อมโยงระบบของทุกส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าไว้ด้วยกัน ที่ชัดเจน เป็นระบบ มีระบบการวิเคราะห์ข้อมูลผลการตรวจที่ถูกต้อง นำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนเฝ้าระวังบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ทีมบริการคลินิกอชีวเวชกรรม	ได้รับการสื่อสาร รับทราบแนวทางปฏิบัติ การคัดกรอง ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจด้วยเครื่องมือทางอชีวเวชศาสตร์ การวินิจฉัยโรค การรักษา การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ตลอดจนการติดตามสอบสวนโรคในกรณีที่เป็นในกลุ่มผู้มารับบริการ โรคจากการประกอบอาชีพ รวมถึง ระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูล ที่ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน

ลูกค้าภายนอก

กลุ่มผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้รับบริการคลินิกตรวจสุขภาพ	-ได้รับการเห็นอกเห็นใจ ความคาดหวัง เชิงรุก รวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน เสมอภาค และ One Stop Services
ผู้มารับบริการตรวจโรคจากการประกอบอาชีพ	-ได้รับการตรวจ การคัดกรอง ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจด้วยเครื่องมือทางอชีวเวชศาสตร์ การวินิจฉัยโรค การรักษา การดูแลต่อเนื่องในชุมชนในกลุ่มผู้มารับบริการ โรคจากการประกอบอาชีพครอบคลุมตามมาตรฐาน บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และพิทักษ์ผลประโยชน์ผู้ป่วย กรณีที่ควรได้รับเงินชดเชย เยียวยาตามมาตรฐาน -ได้รับการที่ได้มาตรฐานอชีวเวชกรรม สะดวก รวดเร็ว ประทับใจ -จัดบริการ One stop services
ผู้ประกอบการในพื้นที่, เครือข่ายอชีวอนามัยระดับจังหวัดอุบลราชธานี	-ได้รับการประสาน สนับสนุนการสร้างความร่วมมือ ในระบบการเฝ้าระวัง คัดกรองความเสี่ยงทางด้านสุขภาพพนักงานอันเนื่องมาจากการทำงานหรือสภาพแวดล้อมในการทำงาน การตรวจสภาพแวดล้อม รวมถึงการสนับสนุน เผยแพร่ข้อมูลทางวิชาการด้านอชีวอนามัย ความปลอดภัย ตามความเหมาะสม

ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน: (เช่น จำนวนผู้รับบริการ สถิติต่างๆ ไม่รวม ตัวชี้วัด)

ผลการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของบุคลากร โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ

ปี พ.ศ.	จำนวน จนท.(คน)	ตรวจสุขภาพ(คน)	ร้อยละ
2555	361	261	72.50
2556	403	346	85.85
2557	450	384	85.55

2558	453	401	88.52
2559	459	413	89.98
2560	488	465	95.29
2561	559	559	100
2562	667	666	99.9
2563	700	700	100

ข้อมูลผลการตรวจสุขภาพบุคลากร ปี 2557- 2563

ปี	จนท.มาตรวจ (คน)	กลุ่มปกติ		กลุ่มเสี่ยง		กลุ่มป่วย	
		คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
2557	384	257	66.92	103	26.82	24	6.25
2558	401	234	58.35	140	34.91	27	6.74
2559	413	270	65.37	112	27.11	31	7.50
2560	465	223	47.93	215	46.21	32	6.86
2561	559	282	50.44	237	42.39	40	7.15
2562	666	323	48.5	288	43.25	55	8.25
2563	700	347	47.79	252	34.71	101	13.91

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสถานะสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาล

ข้อคำถาม

ก. ข้อมูลด้านการตรวจสุขภาพทั่วไป

- 1.จำนวนบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี.....700....คน
- 2.จำนวนบุคลากรที่มีBMI> 22.9 kg/m²...314..ราย
- 3.จำนวนบุคลากรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน(รายใหม่ปีนี้) 10 ราย(รายเก่าสะสม 17 ราย)
- 4.จำนวนบุคลากรที่มีภาวะไขมันกลุ่ม TG ในเลือดสูง> 200 mg/dl. 54 ราย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสถานะสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาล(ต่อ)

ก. ข้อมูลด้านการตรวจสุขภาพทั่วไป(ต่อ)

5. จำนวนบุคลากรที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง(รายใหม่ปีนี้).....0.....ราย
(รายเก่าสะสม).....7.....ราย
6. จำนวนบุคลากรที่ป่วยด้วยวัณโรค(รายใหม่ปีนี้).....1.....ราย
7. จำนวนบุคลากรที่ป่วยด้วยไข้วัดใหญ่(รายใหม่ปีนี้).....10.....ราย
8. โรคเอดส์(รายใหม่).....0.....ราย
9. ตับอักเสบ(รายใหม่).....0.....ราย
10. มะเร็งท่อน้ำนม(รายใหม่).....0.....ราย
11. โรคโลหิตจาง(รายใหม่).....8.....ราย
12. โรคอื่นๆที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน ระบุ.....จำนวน.....ราย

จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน

ข้อมูลผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
1.จนท.รพ.	106	151	176	
1.1ตรวจการมองเห็น	20/23 (86.95%)	18/21 (85.71%)	9/10 (86.49%)	
1.2 ตรวจการได้ยิน	24/28 (85.72%)	26/36 (72.22%)	36/44 (81.82%)	
1.3 ตรวจปอด	21/25 (84%)	43/49 (87.75%)	44/45 (84.62%)	
1.4 HepatitisA(IgM)	8/8 (100%)	8/8 (100%)	8/8 (100%)	
1.5 Rectal swab c/s	8/8 (100%)	8/8 (100%)	8/8 (100%)	
1.6 AFP(กลุ่มพาหะHep.B)	11/13 (84.61%)	11/13 (84.61%)	13/13 (100%)	
2.ผู้ประกอบอาชีพอื่นภายนอก รพ.	0	0	51	
รวม	106	151	227	

การลงข้อมูล Y96/Y97 จากฐานข้อมูลระบบบริการผู้ป่วย Hos.XP ปี 2559 - 2562

ข้อมูลผู้รับบริการ (ราย)	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
Y96/Y97	106	114	68	

ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยง เมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานไม่ปลอดภัย

กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ

1.ตรวจประเมินปัจจัยอันตรายใน หน่วยงาน(WTS)	ดำเนินการ 17 หน่วยงาน ที่สำคัญ	ER , ICU , LAB , OPD GP , OPD NCD , OR , X-Ray , จำยกลาง ,ซักกรีด , ทัณฑ์ ตรกรรม ,ซ่อมบำรุง ,โรงคร้ว ,พัสดุ,งาน สวน,งานจัดเก็บขยะ
2.ปัจจัยอันตรายที่พบ		<u>การจัดการ</u>
ด้านระบบระบายอากาศ	6 หน่วยงาน	1.แจ้งหน่วยงาน
ด้านแสงสว่างไม่เพียงพอ	4 หน่วยงาน	2.ประสานผู้เกี่ยวข้อง :งานซ่อมบำรุง
ด้านการยศาสตร์(ท่าทางการทำงาน)	3 หน่วยงาน	3.จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน บางหน่วยงาน/ศาสตร์มีเวช
ฝุ่นสำลี ,ฝุ่นผ้า	2 หน่วยงาน	4.plan จัดระบบSupply อุปกรณ์PPE
เสียงดัง	1 หน่วยงาน	

ข้อมูลการประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน รพ.๕๐พรรษา มหาวชิราลงกรณ ปี 2563

จำแนกตามแผนกและจำนวนบุคลากรที่เสี่ยงต่อสิ่งคุกคามสุขภาพในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

สิ่งคุกคามสุขภาพ จากการทำงาน	แผนกที่มีความเสี่ยง	จำนวนบุคลากร ที่มีความเสี่ยง (ราย)
ทางกายภาพ -แสง	OPD GP ,เวชระเบียน , LAB ,OPD เฉพาะทาง , วอร์ดหญิง และเด็ก , วอร์ดอายุรกรรมชาย ,เวชกรรมสังคม , วอร์ด ICU. วอร์ดศัลยกรรม , โรงคร้ว	153
-เสียง	โรงคร้ว ,ซ่อมบำรุง ,ซักกรีด	27
-ความร้อน	โรงคร้ว	10
-อื่นๆ ไปรตระนู		
ทางเคมี -สารเคมี	LAB , จุดคัดกรอง(OPD GP) ,แม่บ้าน ,ER, OR ,ไตเทียม	60
-ฝุ่น	จำยกลาง , ซักกรีด ,ห้องตัดเฝือก ที่ER/OPD NCD	62
ทางชีวภาพ -การติดเชื้อไวรัส	OPD GP , OPD NCD	38
-แบคทีเรีย	คลินิก TB,OR,ทัณฑ์ตรกรรม,ER	87

-รา	-	
-สัตว์มีพิษ	อาชีพเวชกรรม	4
-อื่นๆระบุ		
ทางการยศาสตร์ -การยกของหนัก	ซักกรีต ,อาชีพเวชกรรม , โรงครัว	20
-ท่าทางการทำงานที่สิ้นธรรมชาติ	ทันตกรรม , ซักกรีต , แจกกลาง	32
-การทำงานที่ใช้ระยะเวลานาน	โรงครัว , ซักกรีต , แจกกลาง	29
-งานคอมพิวเตอร์	บัตรเวชระเบียน , การเงิน , พยาบาลซักประวัติทุกจุด , จนท. คอมพิวเตอร์	145
-อื่นๆระบุ		
ทางจิตวิทยาสังคม -ความเครียดจากการทำงาน	OPD NCD , โรงครัว , ซักกรีต, ห้องบัตร	43
-ความรุนแรงจากการทำงาน (จากผู้ป่วย,ญาติผู้ป่วย หรือเจ้าหน้าที่)	บัตรเวชระเบียน,ER	35
-อื่นๆโปรดระบุ		
-อุบัติเหตุหรือสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เช่น พื้นลื่น ทางลาดชัน เป็นต้น	โรงครัว	10
คุณภาพอากาศ เช่น ระบบการระบายอากาศที่ไม่ดี มีฝุ่นละออง มีคาร์บอนไดออกไซด์เกินมาตรฐาน เป็นต้น	OPD ตา , ห้องยาผู้ป่วยใน	24

กลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญ (Key Clinical Population) อาจจะเป็น โรค หัดถาวร หรือ ประชากรที่มีปัญหาสุขภาพสำคัญซึ่งทีมงานมีส่วนรับผิดชอบในการดูแล และสามารถใช้ในการตามรอยหรือประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้เกณฑ์ในการระบุความสำคัญอาจจะเป็นเกณฑ์ใดก็ได้ เช่น ความถี่สูง ความรุนแรงสูง ค่าใช้จ่ายสูง มีความแตกต่างในวิธีการดูแลรักษา มีความท้าทายบางอย่าง มีความสำเร็จในการพัฒนา ไม่ควรจำกัดเกณฑ์ในการระบุความสำคัญอยู่เพียงเฉพาะความถี่ (เช่น การเลือกด้วยเกณฑ์ top 5) เท่านั้น

1.กลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความเสี่ยงสูง

หน่วยงาน	ภาวะสิ่งคุกคามสุขภาพ	การตรวจสุขภาพตามเสี่ยง
----------	----------------------	------------------------

โภชนาการ	- ความร้อน - เลียงคั่ง - อุบัติเหตุของมีคม	- ตรวจผิวหนังที่มือ - CXR - Stool Exam For Parasite - ตรวจสมรรถภาพการได้ยิน
ซักประวัติ	- ผู้แพ้ - เลียงคั่ง - การยศาสตร์	- ตรวจสมรรถภาพการได้ยิน - ตรวจสมรรถภาพปอด
ยานพาหนะ	-การใช้สายตา ในการกะระยะ - เลียงคั่ง - ความสั่นสะเทือน	- ตรวจสมรรถภาพการ มองเห็น - ตรวจสมรรถภาพการได้ยิน
ซ่อมบำรุง	- แสง - เลียงคั่ง - สารระเหย - การยศาสตร์	- ตรวจสมรรถภาพการ มองเห็น - ตรวจสมรรถภาพการได้ยิน - ตรวจสมรรถภาพปอด
จ่ายกลาง	- ผู้แพ้เสื้อผ้า - การยศาสตร์ - สารเคมี - เลียงคั่ง	- ตรวจสมรรถภาพการได้ยิน - ตรวจสมรรถภาพปอด
รังสีวินิจฉัย	- รังสี - การยศาสตร์	- ตรวจวัดปริมาณรังสี
เทคนิคการแพทย์	- สารเคมี - สายตา - การยศาสตร์	- ตรวจสมรรถภาพการ มองเห็น - ตรวจสมรรถภาพปอด

2. กลุ่มผู้ป่วยที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยจากสิ่งคุกคามที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือเกิดโรคจากการทำงานที่สำคัญ เช่นมาด้วยอาการ Office Syndrome

3. เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงใช้สารเคมีและยาปราบศัตรูพืช : ปลูกพริกหัวเรือ

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues): (มาจากความมุ่งหมายของหน่วยงาน ตัวอย่าง ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของซักฟอก เช่น ประสิทธิภาพความเพียงพอ ความน่าใช้งาน การป้องกันการปนเปื้อนต้น ตัวอย่างประเด็นคุณภาพที่สำคัญของห้องคลอด เช่น ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย) การส่งเสริมให้เกิดความตระหนักและมีส่วนร่วมในเรื่องความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน รวมถึงระบบบริการคลินิกโรคจากการทำงาน ที่ได้มาตรฐาน บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ความท้าทาย: (อาจจะเป็นปัญหาสำคัญ/โอกาสพัฒนาในปัจจุบัน หรือปัญหา/โอกาสแห่งความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นในอนาคต)

- 1.การส่งเสริมให้บุคลากรตระหนักในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานด้านความปลอดภัย การสำรวจค้นหาสภาพแวดล้อมในการทำงานที่อาจคุกคามก่อให้เกิดโรคจากการทำงาน (Walk through Survey)ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และแผนการปรับปรุง การจัดหาและสร้างความตระหนักในการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล /PPE
- 2.การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด
- 3.การจัดบริการคลินิกอาชีพเวชกรรม เริ่ม ในปี 2560 มีการสื่อสารFlow ระบบบริการในสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การรับประเมินการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงานในบุคลากร
- 4.การจัดบริการเชิงรุกในสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย กายใจเป็นสุข อย่างน้อย 5 แห่ง ในปี 2563
- 5.การพัฒนาระบบข้อมูล สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงานในบุคลากร โดยใช้รหัสICD-10 (Y96-97)
- 6.การขยายการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานในกลุ่มเกษตรกรในเครือข่ายรพ.สต.และ ในพื้นที่เสี่ยง “กลุ่มปลูกพริกหัวเรือ ,กลุ่มกระเบื้องดินเผา ปทุม”

ความเสี่ยงที่สำคัญ: (**ควรเน้นความเสี่ยงที่สำคัญ**เกี่ยวข้องกับสอดคล้องประเด็นคุณภาพ ชำงต้น **อย่าลืม Clinical Risk : Common Clinical Risk & Specific Clinical Risk, Non-Clinical Risk**)

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางป้องกัน และแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1.การสร้างความปลอดภัยในด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานและการสนับสนุนการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประกาศนโยบายสื่อสารในทุกช่องทางในโรงพยาบาล 2.การจัดอบรมแกนนำด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน(จป.หัวหน้าหน่วยงาน) 3.การแต่งตั้งคณะกรรมการ คปอ. 4.การวางแผนการดำเนินงานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน 	<ol style="list-style-type: none"> 1.บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น 2.มีเครือข่ายงานอาชีวอนามัยในทุกระดับ
2.การสร้างการมีส่วนร่วมในการสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงานที่คุกคาม การ	<ol style="list-style-type: none"> 1.จัดอบรมแกนนำระดับหน่วยงาน (จป.หัวหน้าหน่วยงาน)ด้านความปลอดภัยฯ 2.หน่วยงานมีส่วนร่วมในการสำรวจ 	<ol style="list-style-type: none"> 1.บุคลากรมีความตระหนักและมีการรายงานปัจจัยคุกคาม

<p>ร่วมกันวางมาตรการป้องกัน การมีวินัยและความรับผิดชอบ -กระตุ้นให้มีการรายงานความ เสี่ยงจากการทำงาน</p>	<p>ความเสี่ยงสวล.ในหน่วยงาน จัดทำแผน แก้ไข / มีมาตรการป้องกัน 3.สื่อสารแนวทาง คู่มือการปฏิบัติงาน ด้านความปลอดภัยในหน่วยงาน 4.มีระบบการเฝ้าระวังและรายงาน อุบัติการณ์ในหน่วยงาน</p>	<p>สุขภาพ</p>
<p>3.การคัดกรอง ซักประวัติผู้ป่วย ไม่ครอบคลุมสาเหตุโรคจาก การทำงาน</p>	<p>1.กำหนดนโยบายและสื่อสารให้ บุคลากรรับรู้อะบบการคัดกรอง โรคที่เกิดจากการทำงาน 2.จัดอบรมคลินิกโรคจากการทำงาน</p>	<p>1.ทีมสหวิชาชีพมี ความตระหนักและ เห็นความสำคัญ ให้ ความร่วมมือ 2.อัตราการเจ็บป่วย ด้วยโรคที่มีสาเหตุ จากการทำงาน(รหัส Y96-97)เพิ่มขึ้น ร้อย ละ 5 ในปี 2560</p>

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี (วิเคราะห์ปัญหาที่พบว่าเมื่อเทียบกับภาระความรับผิดชอบแล้ว ผู้ปฏิบัติงาน/เครื่องมือ/เทคโนโลยี ที่มีอยู่มีความเพียงพอหรือไม่ มีอะไรที่เป็นศักยภาพหรือข้อเด่น และมีอะไรที่เป็นข้อจำกัด)

1. อัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบัน มีพยาบาลวิชาชีพ 3 คน ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลอาชีวอนามัย 1 คน ซึ่งอัตรากำลังที่มีอยู่ต้องรับผิดชอบภาระงานตามโครงสร้างของกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมในโรงพยาบาลระดับทั่วไป 5 ภารกิจ (รวมระบบสุขภาพสิ่งแวดล้อมทั้ง โรงพยาบาล) ซึ่งจำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้านตามภาระงานที่กำหนดอย่างเหมาะสมและเพียงพอ เช่น พยาบาลผ่านการอบรมเฉพาะทางอาชีวอนามัย จำนวน 4-5 คน และ นักวิชาการสาธารณสุขด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 3 คน
- 2.เครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการทางอาชีวอนามัย ได้แก่

ชนิดของเครื่องมือ / ข้อจำกัด / การดำเนินการแก้ไข

1. มีเครื่องมือทางอาชีวเวชศาสตร์ ได้แก่ เครื่องตรวจสอบสมรรถภาพการได้ยิน ,สมรรถการมองเห็นและสมรรถภาพปอด การดำเนินการ - ขาดห้องตรวจการได้ยิน

2. มีเครื่องมือตรวจทางอาชีวเวชศาสตร์ เครื่องวัดและวิเคราะห์ความถี่เสียง เครื่องวัดความเข้มของแสงสว่างเครื่องวัดความร้อน

วางแผนดำเนินการ – มีเครื่องมือสภาพเก่า ไม่ผ่านการสอบเทียบ การจัดซื้อไม่คุ้ม วางแผนจ้างให้ตรวจวัดเป็นจุด เป็นรายปี

ประเด็นการส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง: (เน้นส่วนที่ทำได้แล้วผลเป็นอย่างไร หรือกำลังจะทำต่อไป โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้อง ควรยกตัวอย่างให้เห็นเป็นรูปธรรม)

1. การส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่

1.1) วางแผนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้แก่กลุ่มที่มีความเสี่ยงเช่น

- จัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การสร้างความตระหนักความปลอดภัยในการทำงาน และการเลือกใช้PPE อย่างเหมาะสม แก่บุคลากร โรงพยาบาล ดำเนินการในปี 2562-2563

- ประเมินความเสี่ยงในการทำงาน ทุกหน่วยงาน ดำเนินการในปี2563 โดยเป็นการสำรวจโดยหน่วยงานตามแบบRAH-01 สามารถดำเนินการได้ในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง จำนวน 12 หน่วยงาน มีการสื่อสารผลการประเมินความเสี่ยงให้หน่วยงานรับทราบ

- ตรวจวัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานของบุคลากร โดยใช้เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์ ได้แก่ เครื่องวัดความเข้มแสงสว่าง เครื่องวัดระดับเสียง ดำเนินการในปี 2559 นำสู่การวางแผนตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงในปี 2562-2563

- ตรวจวัดคุณภาพอากาศ (Indoor Quality) ในหน่วยงานที่เสี่ยงสูง จำนวน 7 หน่วยงาน ในปี 2561 นำสู่การปรับปรุงโครงสร้างและปรับระบบการบริการในโซนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในปี 2562

- วางแผนจัดหาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ได้แก่ ที่อุดหู ที่ครอบหู หน้ากากเชื่อม รองเท้านิรภัย หมวกนิรภัย แวนตานิรภัย หน้ากากป้องกันสารพิษ ถุงมือหนัง เข็มขัดนิรภัยสำหรับทำงานในที่สูง และชุดป้องกันไฟ ในปี 2563 รวมถึงการสร้างความรู้ตระหนักในการป้องกันตนเองในบุคลากร

2. การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

2.1) ร่วมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้แก่กลุ่มที่มีความเสี่ยงในสถานประกอบการตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของสถานประกอบการ เช่น

- กิจกรรม DPAC เพื่อลดเสี่ยงโรคทางเมตาบอลิก

- กิจกรรม “มณีเวช” ในจนท.กลุ่มเสี่ยงทางการยาศาสตร์

วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด การพัฒนา: (เป็นการแสดงความเชื่อมโยงการ เขียนเป็นหัวข้อสั้นๆ รายละเอียดจะเชื่อมโยงตัวชี้วัดและกิจกรรมพัฒนา)

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การพัฒนา	กิจกรรมการพัฒนา
นำมาจากที่เขียนไว้ข้างต้น	กำหนดเป้าหมายวัตถุประสงค์สอดคล้องกับ 1)	กำหนดตัวชี้วัดและผลลัพธ์ จาก 1) และ 2)	เขียนเป็นหัวข้อ CQI สั้นๆ รายละเอียดของกิจกรรมพัฒนา สามารถเชื่อมโยงไปด้านหลัง
1.การสร้างการมีส่วนร่วม ในทุกกระดับ ในการสร้าง ความตระหนักและส่งเสริม ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมใน การทำงาน รวมถึงระบบ บริการคลินิกโรคจากการ ทำงาน ที่ได้มาตรฐาน บริการด้วยหัวใจความเป็น มนุษย์	-เพื่อให้นโยบายเกิดผลจริงในทางปฏิบัติ ก่อให้เกิดความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน เกิดประโยชน์โดยรวมต่อองค์กรและ ประเทศชาติ -ผู้ประกอบอาชีพ ได้รับการดูแลรักษาที่ ครอบคลุมสาเหตุโรคจากการประกอบ อาชีพ ได้รับสิทธิความคุ้มครองจาก กองทุนทดแทนฯ	1.อัตราการตอบกลับแบบ ประเมินความเสี่ยงจากการ ทำงานตามแบบRAH01ของ หน่วยงาน ร้อยละ 80 ในปี 2562 2.อัตราการรายงานการ บาดเจ็บ/การเจ็บป่วยจาก การทำงาน ครอบคลุม ทุก หน่วยงาน ในปี 2563	- ประกาศนโยบายความปลอดภัย อาชีวอนามัย และ สภาพแวดล้อมในการทำงาน รพ.๕๐พรรษาฯ - ทุกระดับมีแผนปฏิบัติการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน -จัดอบรมแกนนำด้านความปลอดภัยฯ(จป.หัวหน้าหน่วยงาน) -จัดทำคู่มือ แนวทางด้านความปลอดภัยฯประจำหน่วยงาน - นิเทศ ประเมิน ติดตามอุบัติการณ์ความเสี่ยงฯ - สรุปประเมินแผนความปลอดภัยฯ - แต่งตั้งคณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัย สภาพแวดล้อมในการทำงาน - สื่อสารแนวทาง Flow ระบบบริการคลินิกโรคจากการทำงาน ในทีม

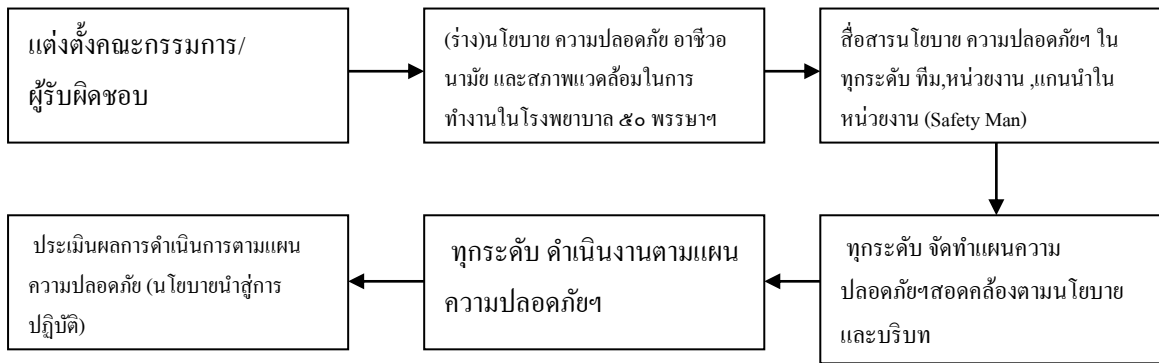
			<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาสื่อสารระบบข้อมูลผู้ป่วยโรคจากการทำงาน(รหัส Y96-97) - การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์
<p>2.การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อเฝ้าระวังภาวะสุขภาพตามความเสี่ยง - เพื่อประเมินสภาพการด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพเสี่ยงและวางมาตรการป้องกัน และเพื่อชะลอความเสื่อมของอวัยวะ อันเนื่องจากสภาพแวดล้อมการทำงานเช่น ภาวะการณ้ไคยในเลื่อมลงในที่ตองอยูกับเสียงคังตลอดเวลา 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 90 - อัตราผู้ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงมีผลผิดปกติ ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ตามความเหมาะสม ร้อยละ 90 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผนตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง เสนอในแผนเงินบำรุงรพ. ในปี 2563 - ประสาน ขอยืมเครื่องมือในการตรวจสอบสภาพการมองเห็นการไคยใน สมรรถภาพปอด และจัดหาที่มพยาบาลอาชีวนามัยรพ. ใกล้เคียงมาช่วยในการตรวจ - นำผลที่ได้ วิเคราะห์ วางแผนการดูแลช่วยเหลือ และวางมาตรการป้องกัน การสำรวจ จัดหาอุปกรณ์PPE เสนอผู้บริหารต่อไป
<p>3.การสำรวจค้นหาสภาพแวดล้อมในการทำงานที่อาจคุกคามก่อให้เกิดโรคจากการทำงาน (Walk through Survey)และการสำรวจตามแบบRAH-01ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และแผนการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้เกิดการตระหนัก ตื่นตัว ในเรื่องความปลอดภัย อาชีวนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานในรพ. - เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมทุกระดับมีหัวหน้าหน่วยงาน , มีแกนนำในหน่วยงาน(Safety Man) รัับรู้ เข้าถึงเข้าใจ ใส่ใจ ปฏิบัติ - เพื่อให้มีมาตรฐานด้านความปลอดภัยฯ 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงานที่อาจคุกคามก่อให้เกิดโรคจากการทำงาน (Walk to Survey)และการสำรวจตามแบบRAH-01ครอบคลุมทุกหน่วยงาน ร้อยละ 100 - ในหน่วยงานที่ผลสำรวจอยู่ 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผนการอบรมด้านความปลอดภัย อาชีวนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานในรพ.และเครือข่าย ของบPP ปี 2563 - อบรมเสริมสร้างความปลอดภัยในการทำงาน - ส่งเสริมให้มีการประเมินความเสี่ยงในระดับหน่วยงาน ตามแบบRAH01 จัดทำแผนการสำรวจปีละ 1 ครั้ง - สรุปผลการสำรวจ สื่อสารผู้บริหาร หน่วยงาน วางแผนแก้ไข - สำรวจอุปกรณ์PPE, การคงใช้ , ความต้องการเพิ่ม

<p>ปรับปรุง การป้องกันภาวะ เสี่ยง การสำรวจ จัดหา อุปกรณ์ PPE รวมถึงการ สร้างความตระหนัก วินัย ความรับผิดชอบ สร้างการ มีส่วนร่วมในทุกระดับ</p>	<p>มีแนวทาง คู่มือการปฏิบัติงาน มีการ อบรม ปฐมนิเทศ - มีระบบรายงานอุบัติการณ์ด้านความ ปลอดภัยฯการทบทวน การป้องกัน</p>	<p>ในเกณฑ์เสี่ยงสูง ใต้รับการ แก้ไขทุเลาความรุนแรง ร้อย ละ 100 - อัตราการคงใช้อุปกรณ์ ป้องกันPPE ในหน่วยงานที่มี ความเสี่ยงสูงร้อยละ 100 (สุ่ม ประเมิน)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สำรวจ จัดทำ คู่มือ แนวทางการปฏิบัติงาน ด้านความปลอดภัย ฯในหน่วยงาน - การปฐมนิเทศก่อนเข้าปฏิบัติงาน - สร้างแรงจูงใจเชิงบวก รางวัล ชื่นชม
<p>4.การจัดบริการเชิงรุกใน สถานประกอบการปลอด โรค ปลอดภัย ใจเป็น สุข อย่างน้อย 5 แห่ง ในปี 2563</p>	<p>-เพื่อขยายการสนับสนุนการบริการด้าน ความปลอดภัย อาชีวอนามัยฯเชิงรุก ครอบคลุมผู้ประกอบการอาชีพในสถาน บริการ - เพื่อให้มีสถานประกอบการต้นแบบ</p>	<p>-อัตราการจัดบริการเชิงรุก ในสถานประกอบการปลอด โรค ปลอดภัย ใจเป็นสุข อย่างน้อย 1 แห่ง ในปี 2563 ร้อยละ 100 -เข้าร่วมจัดกิจกรรมศูนย์ สุขภาพดีวัยทำงาน ร่วมกับ สถานประกอบการ 1 แห่ง ในปี 2563</p>	<ul style="list-style-type: none"> -ประสาน ค้นหา สถานประกอบการในพื้นที่รับผิดชอบ ที่มี ความพร้อมและสนใจร่วมโครงการ “สถานประกอบการปลอด โรค ปลอดภัย ใจเป็นสุข” -ประสานภาคีอาชีวอนามัยระดับจังหวัด ร่วมนำเสนอข้อมูล รายละเอียดเกณฑ์ประเมินตามมาตรฐานฯให้ผู้บริหารสถาน ประกอบการ -จัดทำแผนการพัฒนาร่วมกับสถานประกอบการ : การตรวจ สุขภาพ,การตรวจความเสี่ยง, การวิเคราะห์ข้อมูล ,การจัด โปรแกรมพัฒนา ,การสรุป ,การนำเสนอ รับการประเมิน
<p>5.การขยายการเฝ้าระวัง</p>	<p>-เพื่อสนับสนุนให้มีระบบการเฝ้าระวัง</p>	<p>1.มีบริการตรวจ คัดกรอง</p>	<p>-แต่งตั้งคณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัย และ</p>

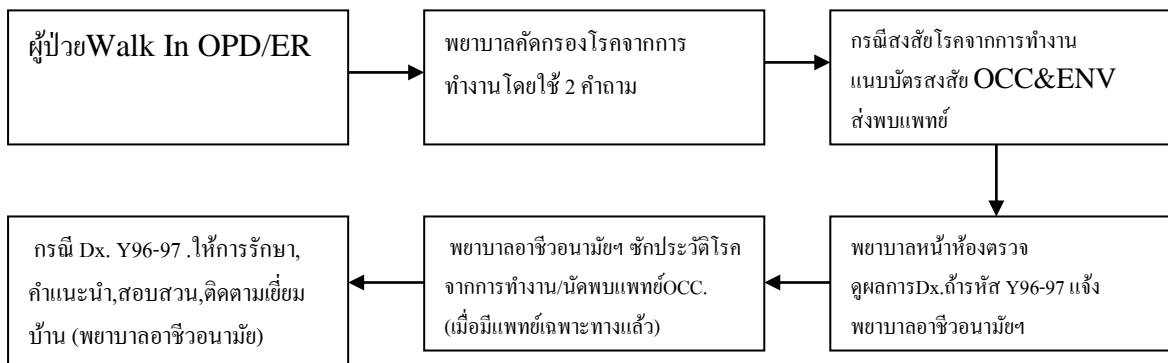
<p>โรคจากการทำงานในกลุ่มเกษตรกรในเครือข่ายรพ.สต.และในพื้นที่เสี่ยง “พริกหัวเรือ” ในปี 2562 - 2563</p>	<p>คัดกรองโรคจากการทำงานในระดับ รพ.สต. -เพื่อให้พื้นที่เสี่ยงเกษตรกรปลูกพริกหัวเรือได้รับการเฝ้าระวัง โรคจากการทำงาน อันเนื่องมาจากการใช้สารเคมี</p>	<p>ผู้ป่วยครอบคลุมสาเหตุโรคจากการทำงาน ในทุกรพ.สต. ในปี 2563 2.อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีสาเหตุจากการทำงาน(รหัส Y96-97)เพิ่มขึ้น</p>	<p>สภาพแวดล้อมในการทำงานระดับเครือข่ายจังหวัดอุบลราชธานี -วางระบบ /สื่อสารแนวทาง Flow การเฝ้าระวัง การตรวจคัดกรองโรคจากการทำงานในรพ.สต.อำเภอเมืองอุบลราชธานี -พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลโรคจากการทำงานในรพ.สต.</p>
---	--	---	---

2. แผนภูมิกระบวนการทำงาน (เฉพาะที่เป็นกระบวนการหลักของเรา รวมทั้งความเสี่ยง และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอน อาจจะเป็น Top down flow chart หรือ Process flow chart)

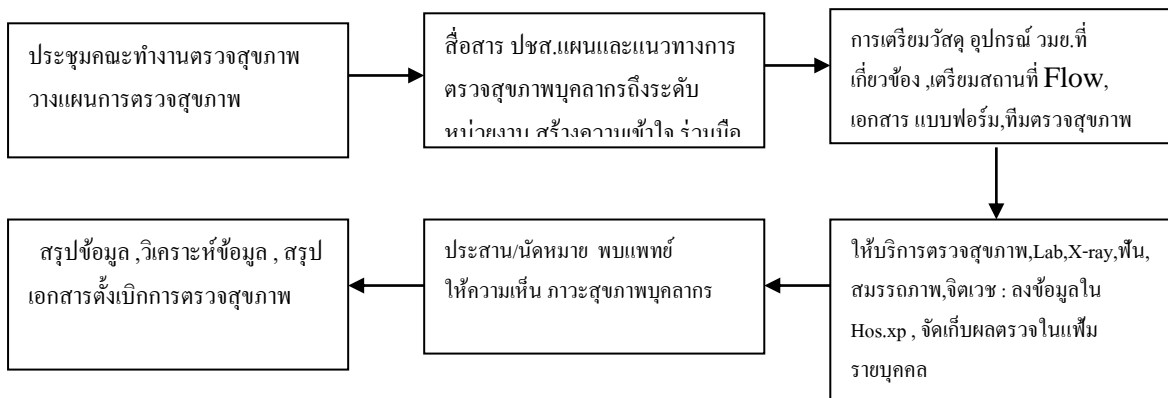
1) การดำเนินงานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ตามพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ.๒๕๕๔



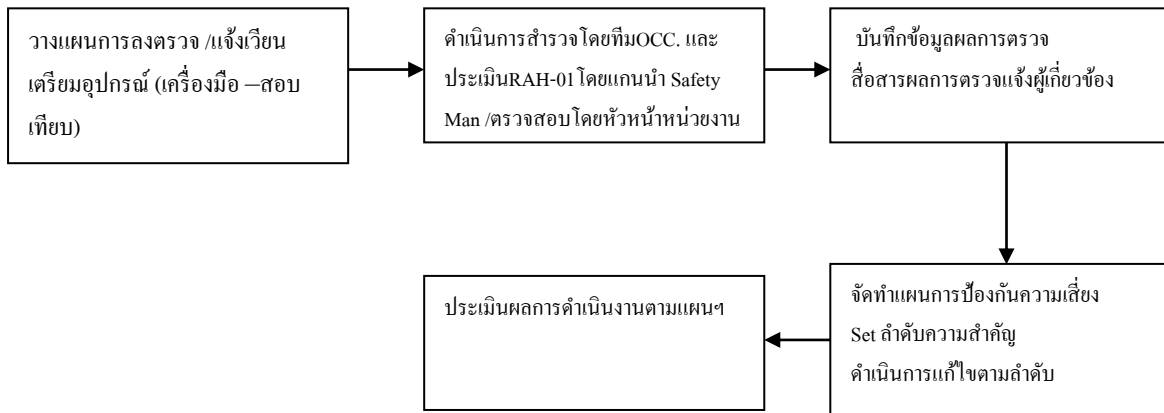
2) ระบบบริการคลินิกโรคจากการทำงาน



3. ระบบบริการตรวจสอบสุขภาพ



4.ระบบการสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงานที่คุกคามสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน โดยใช้เครื่องมือ
อาชีวสุขศาสตร์และใช้แบบRAH-01



วิเคราะห์กระบวนการทำงาน

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัด/ความเี่ยงสำคัญ (Performance Indicator)
การดำเนินงานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานตามพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ.๒๕๕๔	-นโยบายความปลอดภัยฯเกิด การนำสู่การปฏิบัติ -สภาพแวดล้อมในการทำงานมีความปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สิน -บุคลากรได้รับการอบรมความรู้&Training ในการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย ฯ	1.อัตราการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ร้อยละ 80 ในปี 2563 2.การสำรวจความเสี่ยงจากการทำงาน WTSครอบคลุมหน่วยงานสำคัญ
ระบบบริการคลินิกโรคจากการทำงาน	-ผู้ประกอบอาชีพ ได้รับการดูแลรักษาที่ครอบคลุมสาเหตุโรคจากการประกอบอาชีพ ได้รับสิทธิ์ความคุ้มครองจากกองทุนทดแทนฯ	1.อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีสาเหตุจากการทำงาน(รหัส Y96-97)เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 ในปี 2563
ระบบบริการตรวจสุขภาพ	-บุคลากรได้รับการเฝ้าระวัง	-อัตราการตรวจสุขภาพ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัด/ความเสี่ยงสำคัญ (Performance Indicator)
บุคลากร -ตรวจก่อนเข้าทำงาน -ตรวจประจำปี -ตรวจตามความเสี่ยง	ภาวะสุขภาพ -การประเมินสภาพการด้าน สุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ เสี่ยงและวางมาตรการป้องกัน และเพื่อชะลอความเสี่ยงของ อวัยวะ อันเนื่องจาก สภาพแวดล้อมการทำงาน	ประจำปี ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 95 -อัตราการตรวจสุขภาพตาม ความเสี่ยงครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 90 -อัตราผู้ตรวจสุขภาพตามความ เสี่ยงมีผลผิดปกติ ได้รับการ ดูแลช่วยเหลือ ตามความ เหมาะสม ร้อยละ 90
ระบบการสำรวจ สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ คุกคามสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน โดยใช้เครื่องมืออาชีพสุข ศาสตร์และใช้แบบRAH-01	-เกิดการตระหนัก ตื่นตัว ใน เรื่องความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการ ทำงานในรพ. - เกิดการมีส่วนร่วมทุกระดับมี หัวหน้าหน่วยงาน , มีแกนนำ ในหน่วยงาน(Safety Man) รับรู้ เข้าถึง เข้าใจ ใส่ใจ ปฏิบัติ - มีมาตรฐานด้านความ ปลอดภัยมีแนวทาง คู่มือการ ปฏิบัติงาน มีการอบรม ปฐมนิเทศ - มีระบบรายงานอุบัติการณ์ ด้านความปลอดภัยฯการ ทบทวน การป้องกัน	-อัตราการสำรวจ สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ อาจคุกคามก่อให้เกิดโรจาก การทำงาน (Walk to Survey) และการสำรวจตามแบบRAH- 01ครอบคลุมทุกหน่วยงาน ร้อยละ 100 - ในหน่วยงานที่ผลสำรวจอยู่ ในเกณฑ์เสี่ยงสูง ได้รับการ แก้ไขทุกเลาความรุนแรง ร้อยละ 100 - อัตราการคงใช้อุปกรณ์ ป้องกันPPE ในหน่วยงานที่มี ความเสี่ยงสูงร้อยละ 100 (สุ่ม ประเมิน)

แนวทางป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกันความเสี่ยง
1.นโยบายด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและ สิ่งแวดลอมในการทำงานยังไม่สามารถลงสู่การ ปฏิบัติได้อย่างชัดเจน	1. การประกาศนโยบายฯสื่อสารในทุกช่องทาง ในโรงพยาบาล 2.การจัดอบรมแกนนำด้านความปลอดภัย อาชี

	<p>วอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (Safety Man)</p>
<p>2.การสร้างการมีส่วนร่วมในการสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงานที่คุกคาม การร่วมกันวางมาตรการป้องกัน การมีวินัยและความรับผิดชอบ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.จัดอบรมแกนนำระดับหน่วยงาน (Safety Man)ด้านความปลอดภัย 2.หน่วยงานมีส่วนร่วมในการสำรวจความเสี่ยงสวล.ในหน่วยงาน จัดทำแผนแก้ไข / มีมาตรการป้องกัน 3.สื่อสารแนวทาง คู่มือการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยในหน่วยงาน 4.มีระบบการเฝ้าระวังและรายงานอุบัติการณ์ในหน่วยงาน
<p>3.ความตระหนักรับผิดชอบในการมาตรฐานสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพตนเองของบุคลากร</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.กำหนดเรื่องการตรวจสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในนโยบายฯที่มีผลได้ผลเสีย 2.กระตุ้น สื่อสารเชิงบวก ให้ตรวจครบ 3.แกนนำในหน่วยงานช่วยกระตุ้น 4.ลดขั้นตอน ลดเวลาการตรวจสุขภาพ 5.แจ้งผลการตรวจสุขภาพ
<p>4.การคัดกรองผู้ป่วยไม่ครอบคลุมสาเหตุโรคจากการทำงาน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.กำหนดนโยบายและสื่อสารให้บุคลากรรับรู้ Flowระบบการคัดกรองโรคที่เกิดจากการทำงาน

3.1.3 การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า

ทบทวน 12 กิจกรรม CLT/หอผู้ป่วย/งาน.....

ประจำเดือน.....

กิจกรรมที่ 3. การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า / ผู้ที่มีคุณสมบัติไม่ครบ (อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น / กิจกรรมสุ่มตรวจ / การปรับปรุงต่าง ๆ)

สรุปเหตุการณ์	ประเด็นที่ทบทวน	การทบทวน (โดยผู้ชำนาญกว่า)	ผลลัพธ์ / การปรับปรุงต่าง ๆ

หมายเหตุ CLT หรือหน่วยงานควรมีการกำหนดว่ามีเหตุการณ์ / กิจกรรมใดบ้าง และมีคู่มือหรือแนวปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงที่ครอบคลุม (เน้น ER ICU OR LR)

3.2 กิจกรรมทบทวนร่วมกับระบบของโรงพยาบาล

3.2.1 การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ทบทวน 12 กิจกรรม CLT/หอผู้ป่วย/งาน.....

ประจำเดือน.....

กิจกรรมที่ 5. การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ประเด็นที่ทบทวนได้แก่ อุบัติการณ์ติดเชื้อ TARGET SURVIELLANCE / NASOCROMIAL INFECTION / อุบัติเหตุ - การติดเชื้อจากการทำงาน / เชื้อดื้อยา MRSA ,ESBL / ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน IC / การทบทวนแนวทางปฏิบัติโดยใช้ EVIDENCE BASE ใหม่ ๆ

วคป.	อุบัติการณ์การติดเชื้อที่สำคัญ	วิเคราะห์สาเหตุ	การปรับปรุง / การปฏิบัติที่เหมาะสม

หมายเหตุ โรคติดเชื้อจากการทำงาน เช่น TB , สุกใส , Hepatitis B , ตาแดง , HIV , หัดเยอรมัน

3.2.4 การทบทวนเวชระเบียน (เฉพาะหน่วยงานบริการดูแลผู้ป่วย)

ทบทวน 12 กิจกรรม CLT/หอผู้ป่วย/งาน.....

ประจำเดือน.....

กิจกรรมที่ 8 . การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน (จำนวน ราย/เดือน)

ผู้ป่วย Dead ราย กลับบ้าน ราย ไม่สมัครใจอยู่.....ราย

ประเภทแฟ้มประวัติ	% ความครบถ้วน	ปัญหา/การแก้ไข	ผลการแก้ไข
1. ชื่อ ที่อยู่ ผู้ติดต่อ			
2. ประวัติการเจ็บปัจจุบัน			
3. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และประวัติครอบครัว			
4. ประวัติการแพ้ยา			
5. การตรวจร่างกาย			
6. การวินิจฉัยโรค			
7. Operative note (โดยละเอียด)			
8. Progress Note และการลงนาม			
9. ใบ Summary			
10. สรุปใน OPD CARD			
11. การรักษา (ความสมเหตุสมผล)			
12. การบันทึก NURSING PROCESS			

3.2.6 การทบทวนข้อร้องเรียน

ทบทวน 12 กิจกรรม CLT/หอผู้ป่วย/งาน อาชีวเวชกรรม

ประจำเดือน..กรกฎาคม 2559

กิจกรรมที่ 10. การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ

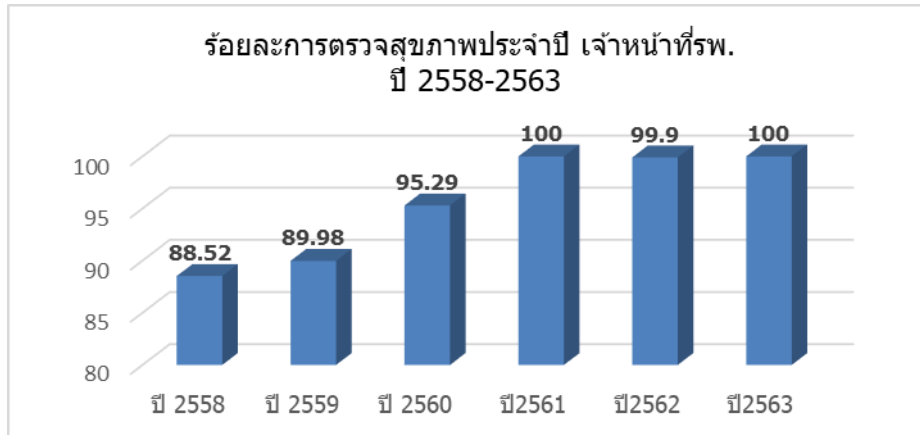
ประเภท 1. พฤติกรรมบริการ 2. ระบบบริการ 3. คุณภาพการดูแลรักษา 4. สิ่งแวดล้อม / ความปลอดภัย 5. สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 6. การสื่อสาร

วคป.	สรุปประเด็นคำร้องเรียน/ข้อคิดเห็น	ประเภท	วิธีแก้ไข	ผลการแก้ไข / วิธีป้องกันการเกิดซ้ำ
28 กค.59	ข้อร้องเรียนจากจนท.OR เรื่องทำไม หน่วย ตรวจสอบสุขภาพไม่รับเลือดที่ส่งมาจำนวน 6 คน ในตอนเช้า เหตุการณ์ ช่วงเช้า น้องผช.จากOR ให้นำ ตะกร้าบรรจุTube เลือดและแบบบันทึกการ ตรวจสอบสุขภาพมาเพื่อส่งยังหน่วยตรวจสอบสุขภาพ ได้ทำการตรวจสอบแล้ว มีปัญหาคือ บางรายมี Tube ไม่มีแบบบันทึกมา หรือมีแบบบันทึกมา แต่ไม่ได้กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน สับสนอยู่ พอสมควร ได้ตรวจเช็คคร่อมกันกับน้องที่นำ เลือดมาส่ง ได้ข้อสรุปว่าให้น้องเอากลับไปทำ มาให้สมบูรณ์ หลังจากนั้น ก็ไม่ได้ติดตาม จนถึงเวลาประมาณ 17.00น. จนท.OR จึงมา แจ้งร้องเรียน ดังกล่าว เพราะเพิ่งออกจากOR		-ได้อธิบาย - ทบทวน ขั้นตอนกระบวนการ ตรวจสอบสุขภาพ พบว่า ได้ทำหนังสือถึงทุกหน่วยงาน ชี้แจงขั้นตอน กระบวนการ พร้อมแนบแบบฟอร์มส่งให้ เพื่อจะได้ เตรียมการกรอกมาก่อน ให้ครบถ้วน แต่ส่วนใหญ่ ไม่รับรู้ มากรอกที่หน่วยตรวจ ทำให้ค่อนข้างวุ่นวาย สับสน - ได้โทรศัพท์ ชี้แจงกับหน่วยงานห้องผ่าตัด - ได้แจ้ง จนท.OR ผู้มาร้องเรียน ให้สามารถรับการ ตรวจสอบสุขภาพได้กับแพทย์	-ทบทวน ก่อนรอบการตรวจในปีถัดไป -มีระบบการติดตาม ทวนสอบความเข้าใจ หลากหลายรอบ

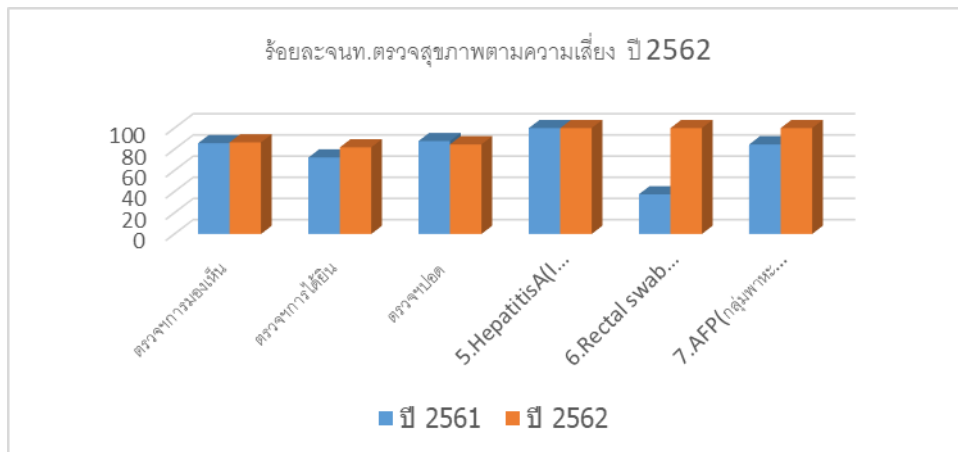
ตัวชี้วัด:

กราฟ/control chart/ข้อมูล (อย่างน้อย 3 ปี ย้อนหลัง)

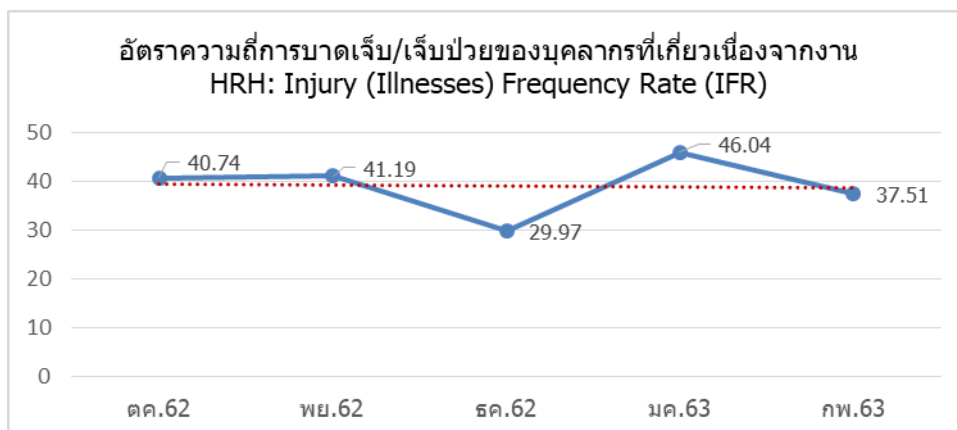
1. อัตราบุคลากรเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 90



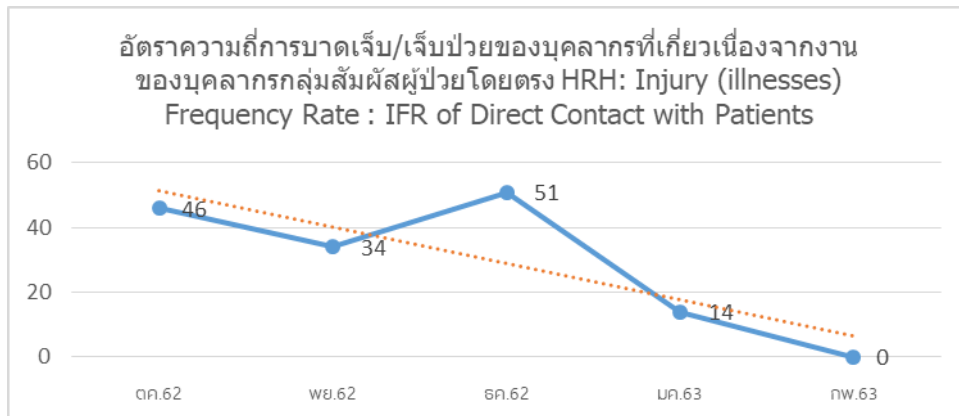
2. อัตราการเข้ารับการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงในเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 80



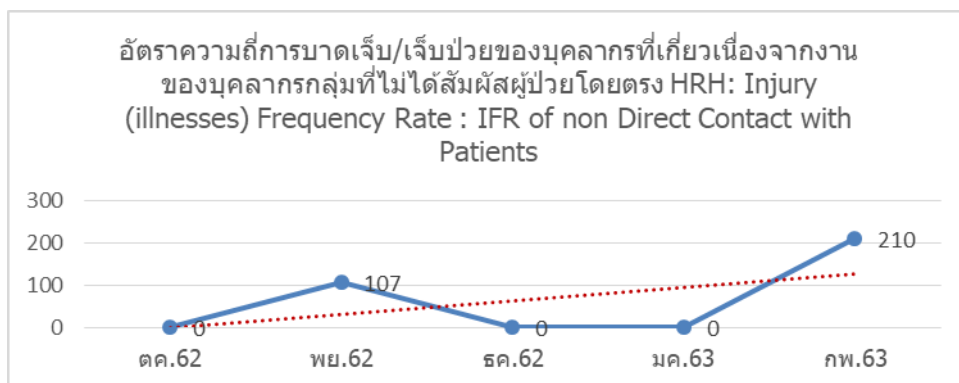
3. อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน HRH: Injury (Illnesses) Frequency Rate (IFR) เป้าหมาย 20 ต่อชม.การทำงานทั้งหมด



4. อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการงานของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง
 HRH: Injury (illnesses) Frequency Rate : IFR of Direct Contact with Patients



5. อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการงานของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง
 HRH: Injury (illnesses) Frequency Rate : IFR of non Direct Contact with Patients



6. ร้อยละข้อมูลการวินิจฉัยโรคที่มีสาเหตุจากการทำงาน (รหัส Y96-97) ในฐานข้อมูล Hos.
 Xp เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5

ข้อมูลผู้รับบริการ (ราย)	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.-ธ.ค.62)
Y96/Y97	106	114	68	

7. อัตราความครอบคลุมการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในระดับหน่วยงาน ร้อยละ 80

ประเมินความเสี่ยง (หน่วยงาน)	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.-ธ.ค.62)

ได้รับการประเมินฯ	1	5	13	-
-------------------	---	---	----	---

การแปลผลและการใช้ประโยชน์

สรุปประเด็นตัวชี้วัดที่ยังมีปัญหาคงต้องดำเนินการแก้ไข

ตัวชี้วัด	ปัญหา	การดำเนินการแก้ไข และติดตามผล
3. อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากงาน HRH: Injury (Illnesses) Frequency Rate (IFR) เป้าหมาย 20 ต่อชม.การทำงานทั้งหมด	-เริ่มเก็บข้อมูล ปี 2563 -ข้อมูลยังต่ำยิ่งดี	-จัดอบรม การสร้างความตระหนักในความปลอดภัยในการทำงาน ปี 2562-2563 -จัดตั้งกรุป ไลน์ Occ & Safety Volunteer เพื่อสื่อสาร รายงานการบาดเจ็บ เจ็บป่วยจากการทำงาน -เชื่อมระบบรายงาน เข้าสู่ระบบรายงานความเสี่ยง Risk Alert ของรพ.และติดตามผลการทบทวนของหน่วยงาน -กลุ่มที่บาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการทำงาน นัดหมายเข้าพบแพทย์ คลินิกโรคจากการทำงาน ทุกบ่ายวันจันทร์
4. อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากงานของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง HRH: Injury (illnesses) Frequency Rate : IFR of Direct Contact with Patients เป้าหมาย 20 ต่อชม.การทำงานทั้งหมด	-เริ่มเก็บข้อมูล ปี 2563 -ข้อมูลยังต่ำยิ่งดี	-จัดอบรม การสร้างความตระหนักในความปลอดภัยในการทำงาน ปี 2562-2563 -จัดตั้งกรุป ไลน์ Occ & Safety Volunteer เพื่อสื่อสาร รายงานการบาดเจ็บ เจ็บป่วยจากการทำงาน -เชื่อมระบบรายงาน เข้าสู่ระบบรายงานความเสี่ยง Risk Alert ของรพ.และติดตามผลการทบทวนของหน่วยงาน -กลุ่มที่บาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการทำงาน นัดหมายเข้าพบแพทย์ คลินิกโรคจากการทำงาน ทุกบ่ายวันจันทร์
5. อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากงานของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง HRH: Injury (illnesses) Frequency Rate : IFR of non Direct Contact with Patients เป้าหมาย 20 ต่อชม.การทำงานทั้งหมด	-เริ่มเก็บข้อมูล ปี 2563 -ข้อมูลยังต่ำยิ่งดี	-จัดอบรม การสร้างความตระหนักในความปลอดภัยในการทำงาน ปี 2562-2563 -จัดตั้งกรุป ไลน์ Occ & Safety Volunteer เพื่อสื่อสาร รายงานการบาดเจ็บ เจ็บป่วยจากการทำงาน -เชื่อมระบบรายงาน เข้าสู่ระบบรายงานความเสี่ยง Risk Alert ของรพ.และติดตามผลการทบทวนของหน่วยงาน -กลุ่มที่บาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการทำงาน นัดหมายเข้าพบแพทย์ คลินิกโรคจากการทำงาน ทุกบ่ายวันจันทร์
3. ข้อมูลการวินิจฉัยด้วยโรคที่มีสาเหตุจากการทำงาน (รหัส Y96-97) ในฐานข้อมูลHos.xp	-มีการประชุม ชี้แจง ทบทวนการวินิจฉัยโรคจากการทำงานในหน่วยงาน	-ประชุมทีม สหวิชาชีพ ในการจัดบริการคลินิกโรคจากการทำงาน ในโรงพยาบาล -นำเสนอ Flow คลินิกโรคจากการทำงานทุกชั้นตอน จนถึงทำให้การวินิจฉัยและให้รหัสโรคจากการทำงาน

เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 ในแต่ละปี	ที่เกี่ยวข้องทุกปี -มีการสรุปติดตามข้อมูล มาใช้ ประโยชน์	(รหัส Y96-97) -มีการกรองข้อมูล มาเพื่อติดตามสอบสวน ติดตามเยี่ยมโรคจากการทำงานทุกสัปดาห์ โดยคลินิกโรคจากการ ทำงาน
4.อัตราความครอบคลุมการประเมินความเสี่ยง จากการทำงานในระดับหน่วยงาน ร้อยละ 80 ในปี 2562	-มีการลงประเมินโดยทีมงานอาชีพเวช กรรม -จัดอบรมสื่อสารวิธีการประเมินฯ ในปี 2562	-สื่อสารให้หน่วยงานทำแบบประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน ตามแบบ RAH01 -วิเคราะห์ และแปลผล สรุปแนวทางการปรับปรุง -สรุป ความเสี่ยงที่ได้จัดการทุกปี

5. การดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

5.1 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้น ผลลัพธ์ การปรับเปลี่ยนที่ดี

1.การตรวจสอบสุขภาพบุคลากร ประจำปี 2559 - 2563

Purpose: บุคลากรรพ.๕๐พรรษา มารับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ร้อยละ 95

Process:

1.ประชุมคณะกรรมการตรวจสอบสุขภาพ รพ. โดยมีตัวแทนจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : ห้องบัตร ,เวชระเบียน , LAB , X-ray ,ทันตะ ,สุขภาพจิต ,IC ,โรคติดต่อ , สารสนเทศ,สุขศึกษา ,เวชกรรมสังคม และSetทีม ตรวจสอบสุขภาพ กำหนดหน้าที่ที่ชัดเจน

2.จัดทำFlow , ทบทวนแบบฟอร์มต่างๆ ,เบิกวัสดุ ครุภัณฑ์ตรวจสอบสุขภาพ ,วмы.ต่างๆ , เครื่องชั่งน้ำหนัก,เครื่องวัดความดัน , จัดเตรียมสถานที่ ,จัดทำโครงการ ตรวจสอบสุขภาพ ,กำหนดแผนการตรวจสอบสุขภาพ สื่อสารไปยังทุกหน่วยงาน พร้อมอุปกรณ์เก็บอุจจาระ / ปัสสาวะ

3.ดำเนินการตรวจสอบสุขภาพตามแผน(Complete แบบบันทึก, เจาะเลือด, Key ข้อมูลลงใน Hos.xp,)

4.สรุปเพิ่มบันทึกการตรวจสอบสุขภาพรายบุคคลและหน่วยงาน / Key ข้อมูลผลการตรวจรายบุคคลลงในExcel เพื่อส่งให้ HPH วิเคราะห์ แปลผล

5.ประสานตารางนัดตรวจกับแพทย์

6.สรุปข้อมูลการตรวจส่งเบิกกับกรมบัญชีกลาง

Performance

บุคลากรเข้ารับการตรวจสอบสุขภาพ บรรลุเป้าหมาย ปี 2560 เป็นต้นมา เกิน ร้อยละ 90 และปีล่าสุด563 ร้อยละ 100

1.นโยบายเอื้อ ชัดเจนและผู้นำให้ความสำคัญ สนับสนุนเต็มที่ มารับการตรวจสอบสุขภาพเพื่อเป็นแบบอย่างทุกปี มีการติดตามและให้รายงานผลประจำวัน ส่งผลให้ผู้มีระดับ หน่วยงานให้ความสำคัญ และสนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการตรวจสอบสุขภาพครบถ้วน

2.ประสิทธิภาพของทีมงานผู้ให้บริการมีความพร้อม มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ในการให้บริการชัดเจน

- 3.เพิ่มประสิทธิภาพของระบบข้อมูล ข่าวสาร มีระบบการรายงานผลการเข้ารับการตรวจประจำวันของแต่ละหน่วยงานในภาพรวมเสนอผู้บริหารผ่านช่องทางไลน์โรงพยาบาล และ ส่งให้หน.หน่วยงานทางช่องทางไลน์ส่วนตัว เพื่อทวนสอบซึ่งกันและกัน เพราะข้อมูลบุคลากรมีอัตราการเคลื่อนไหวสูง
- 4.การติดตาม ตรวจสอบคนที่ยังไม่มาตรวจสุขภาพ มีความครบถ้วน มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถติดตามตัวบุคลากรมารับการตรวจได้ครบถ้วน
- 5.แพทย์ทำการสรุป ผลLAB ในเบื้องต้น หลังจากนั้น มีการแบ่งบุคลากรเพื่อเข้าพบแพทย์ ตามลำดับความเร่งด่วน

5.2 การพัฒนาคุณภาพระหว่างการทำงาน

- 1.การสำรวจค้นหาสภาพแวดล้อมในการทำงานที่อาจคุกคามก่อให้เกิดโรคจากการทำงาน (Walk to Survey)และการสำรวจตามแบบRAH-01ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และแผนการปรับปรุง การป้องกันภาวะเสี่ยง การสำรวจ จัดหาอุปกรณ์ PPE รวมถึงการสร้างตระหนัก วินัย ความรับผิดชอบ สร้างการมีส่วนร่วมในทุกระดับ ในปี 2562 -2563 ได้มีกิจกรรมเพิ่มเติม ดังนี้
 - การจัดอบรมด้านความปลอดภัยในการทำงาน “จป.หัวหน้าหน่วยงาน ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ”
 - การจัดอบรมด้านความปลอดภัยในการทำงานต่อเนื่อง และการเลือกใช้ PPE ได้อย่างเหมาะสมซึ่งทั้ง 2 โครงการ จะต่อยอดในระดับหน่วยงานให้มีการสำรวจ ประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในหน่วยงานและ วางแผนการปรับปรุง รวมถึงการจัดหาและสนับสนุนให้มีอุปกรณ์ PPE ใช้ในทุกหน่วยงานที่มีความจำเป็น
- 3.การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ ในปี 2562 ได้ดำเนินการ เพิ่มเติม ดังนี้
 - เข้าWTS สถานประกอบการ ได้แก่ อุบลเซอร์วิส 1997 , การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค , ส.เขมราษฎร์ เพื่อออกแบบโปรแกรมการตรวจสุขภาพ
 - จัดบริการตรวจสุขภาพให้กับพนักงาน
 - จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่อง บุหรี่ สุรา , การออกกำลังกาย ให้กับพนักงานในสปก. อุบลเซอร์วิส 1997
 - ร่วมกับภาคีเครือข่าย ศูนย์ส่งเสริมอุตสาหกรรม ภาค 7 จัดโครงการ องค์กรสร้างสุข ในบริษัท กิจตรง ยามาฮ่า จำกัด มีกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ และตรวจสุขภาพให้กับพนักงาน จำนวน 50 คน

4.การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ในปี 2562 -2563 มีการดำเนินการเพิ่มเติม ดังนี้

-การนำผลการประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน มาวางแผนในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของคนทำงาน โดยการกำหนดรายการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง ครอบคลุม หน่วยงานที่เสี่ยง

-จัดให้จหนท.ได้ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง วิเคราะห์ แผลผล และเข้ารับการตรวจพบแพทย์ ส่งต่อในรายที่ผิดปกติ

-จัดให้มีอุปกรณ์เครื่องมือตรวจทางอาชีวเวชศาสตร์ ครบ ได้แก่ เครื่องตรวจสมรรถภาพการได้ยิน ,เครื่องตรวจสมรรถภาพการมองเห็น และ เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด มีจหนท.ที่ได้รับการฝึกทักษะ สามารถให้บริการได้

-วางแผนส่งบุคลากร เข้ารับการอบรม ด้านการใช้เครื่องมือ ในปี 2563

6. แผนพัฒนาคุณภาพ

1.การพัฒนากระบวนการบริการคลินิกโรคจากการทำงาน ที่ได้มาตรฐาน บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

2.การประเมิน RTW ครอบคลุม กลุ่มจหนท.ป่วย ก่อนกลับมาทำงาน

บทเรียนจากการพัฒนา

เรื่อง.....

ปัญหา/โอกาสพัฒนา

.....

..... วัตถุประสงค์/เป้าหมาย

.....

.....

..... สาเหตุ

.....

.....

.....

.....

.....

..... การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

.....

.....

.....

.....

.....

.....ผลลัพธ์

.....

.....

.....

.....

.....

สรุปผลการทบทวนความเสี่ยงทางคลินิกตามแนวทาง Trigger Tool ปี 2557

Trigger	ผลการ Review	Adverse Event	Level	ผลการวิเคราะห์	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น

--	--	--	--	--	--

Service Profile

งานสุขาภิบาลน้ำและอาหาร
กลุ่มงาน/หน่วยงาน อาชีวเวชกรรม

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ปรับปรุงข้อมูล วันที่ 5 มีนาคม 2563

Service Profile

หน่วยงาน :กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม วันที่ปรับปรุงข้อมูลล่าสุด 5 มีนาคม 2563

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ความมุ่งหมาย(Purpose) : พัฒนาโรงอาหาร โรงครัว หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล ให้ได้มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร เพื่อให้เจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการได้บริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัย ไม่เกิดการเจ็บป่วยจากการบริโภคอาหารที่ไม่สะอาด และวางระบบตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานโรงอาหาร โรงครัว ร้านค้าและผู้ประกอบการ หอผู้ป่วย เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค ให้ได้ รับประทานอาหารที่ สะอาด และปลอดภัย

ข. ขอบเขตบริการ (Scope of Service)

1. การตรวจสอบสุขภาพของผู้ประกอบการอาหารก่อนเข้ามาจำหน่ายในโรงอาหาร และของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่โรงครัวของโรงพยาบาล และการตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยง ปีละ 1 ครั้ง
2. ให้การสนับสนุนวิชาการด้านสุขาภิบาลน้ำและอาหาร
3. สื่อสารความเสี่ยงด้านอาหาร เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้และและให้คำปรึกษา
4. ตรวจสอบประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารโรงครัว โรงอาหาร และหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล ไตรมาสละ 1 ครั้ง

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงานเครื่องมือเทคโนโลยี :

ด้าน	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
ผู้ปฏิบัติงาน	นักวิชาการสาธารณสุข	
เครื่องมือ	ชุดตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (ภาคสนาม) SI2, อ.11 ในภาชนะ มืออาหาร และน้ำ	อุปกรณ์/น้ำยาตรวจ เป็นชุดทดสอบภาคสนาม ซึ่งความเที่ยงตรงและแม่นยำไม่สูงมาก (84.5%)
เทคโนโลยี		

ค. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ:

ลูกค้าภายใน

ฝ่าย / หน่วยงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
บุคลากร รพ.๕๐พรรษา	<ol style="list-style-type: none">1. ได้รับประทานน้ำและอาหารที่สะอาด ปลอดภัยต่อสุขภาพ2. มีการเฝ้าระวังทางสุขภาพ มีกล่องรับความคิดเห็น ข้อร้องเรียน3. สื่อสารความเสี่ยงด้านอาหาร เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้และและให้คำปรึกษา

ผู้ประกอบการอาหาร	ได้รับการประสานงาน สนับสนุน ร่วมมือพัฒนาทั้งทางด้านบริหาร บริการและวิชาการ ด้านสุขาภิบาลอาหาร ที่สอดคล้องตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง อย่างต่อเนื่อง
เจ้าหน้าที่โรงครัว	ได้รับการประสานงาน สนับสนุน ร่วมมือในการเฝ้าระวัง ตรวจสอบประเมิน และพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับโรงครัวในโรงพยาบาล
คณะกรรมการโรงอาหารและอาหารปลอดภัย	ได้รับการประสานงาน การสื่อสาร การวางแผนงานร่วมกัน มีความเข้าใจและเชื่อมโยงระบบของทุกส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าไว้ด้วยกัน ที่ชัดเจน เป็นระบบ มีระบบการวิเคราะห์ข้อมูลผลการตรวจที่ถูกต้อง นำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนเฝ้าระวังบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ลูกค้าภายนอก

กลุ่มผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วยใน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับประทานอาหารที่ตรงเวลา อาหารและภาชนะสะอาด ปลอดภัย 2. อาหารถูกต้องตามใบสั่ง มีป้ายกำกับอาหารชัดเจน 3. ปริมาณอาหารเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย 4. อาหารสะอาด มีคุณภาพ เหมาะสมกับสภาวะของโรค ตามหลักโภชนาการ
ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจโรคและญาติผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับประทานอาหารที่สะอาด ปลอดภัยต่อสุขภาพ 2. มีการเฝ้าระวังทางสุขภาพ มีกล่องรับความคิดเห็น ข้อร้องเรียน 3. สื่อสารความเสี่ยงด้านอาหาร เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้และและให้คำปรึกษา
ผู้มาติดต่อราชการ/ประชุม/อบรมที่โรงพยาบาล ๕๐ พรรษาฯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับประทานอาหารที่สะอาด ปลอดภัยต่อสุขภาพ 2. มีการเฝ้าระวังทางสุขภาพ มีกล่องรับความคิดเห็น ข้อร้องเรียน 3. สื่อสารความเสี่ยงด้านอาหาร เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้และและให้คำปรึกษา

กลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญ (Key Clinical Population)

1. กลุ่มผู้ประกอบการร้านอาหารที่ต้องเฝ้าระวังป้องกันโรคที่เกิดจากการติดต่อทางอาหาร
2. กลุ่มผู้ป่วยที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยจากการรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด
3. กลุ่มเกษตรกรปลอดสารพิษเฝ้าระวังเรื่องการใช้สารเคมีและยาปราบศัตรูพืช

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues)

พัฒนาโรงอาหารและโรงครัวในโรงพยาบาล ให้ได้ มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร เพื่อให้เจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการได้บริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัย ไม่เกิดการเจ็บป่วยจากการบริโภคอาหารที่ไม่สะอาด และวางระบบตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานโรงอาหาร ร้านค้าและผู้ประกอบการ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค ให้ได้ รับประทานอาหารที่ สะอาดและปลอดภัย

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ความท้าทาย

การเฝ้าระวังโดยตรวจประเมินมาตรฐานด้านแบคทีเรียที่ปนเปื้อนในอาหารด้วยน้ำยา SI2 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90

ความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางป้องกัน และแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1. ผู้ประกอบการร้านอาหารหรือผู้ประกอบการขาดความรู้และความตระหนักในการเฝ้าระวังเรื่องการปนเปื้อนเชื้อโรคในอาหาร	1. การอบรมให้ความรู้ให้คำแนะนำและสื่อสารในทุกช่องทางในโรงพยาบาลฯ 2. การตรวจประเมินตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร	1. ผู้ประกอบการอาหารมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น 2. มีการตรวจประเมินมาตรฐานที่ได้คุณภาพตามเกณฑ์

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

เพิ่มเติม และปรับปรุงระบบสุขาภิบาลอาหาร ให้ได้ตามมาตรฐาน ได้แก่

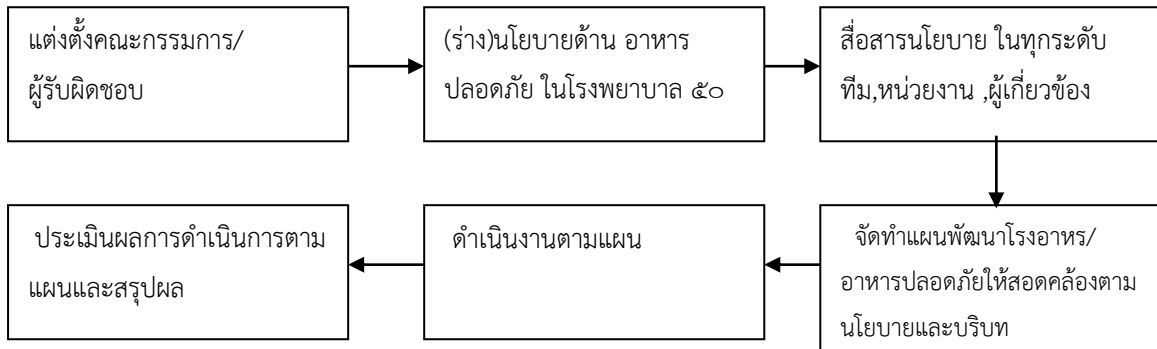
1. ปูกระเบื้องผนังเพิ่มเพื่อความสะอาดในการทำมาสะอาด ป้องกันเชื้อรา และเพื่อความสวยงามเป็นระเบียบ
2. เพิ่มการประชาสัมพันธ์เรื่องการจัดเก็บภาชนะหลังรับประทานอาหารเสร็จ บริเวณจุดคืนภาชนะในโรงอาหาร โดยให้ผู้รับบริการทำการจัดเก็บภาชนะด้วยตนเอง
3. เพิ่มคุณภาพการตรวจมาตรฐานด้านแบคทีเรีย โดยการส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอก
4. ส่งเสริมการลดการใช้สารเคมีในโรงอาหาร เช่น ใช้น้ำยาอเนกประสงค์จากศูนย์ผลิตจุลินทรีย์ของโรงพยาบาลฯ ทดแทนการใช้น้ำยาล้างจานแบบเคมีทั่วไป

วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด การพัฒนา

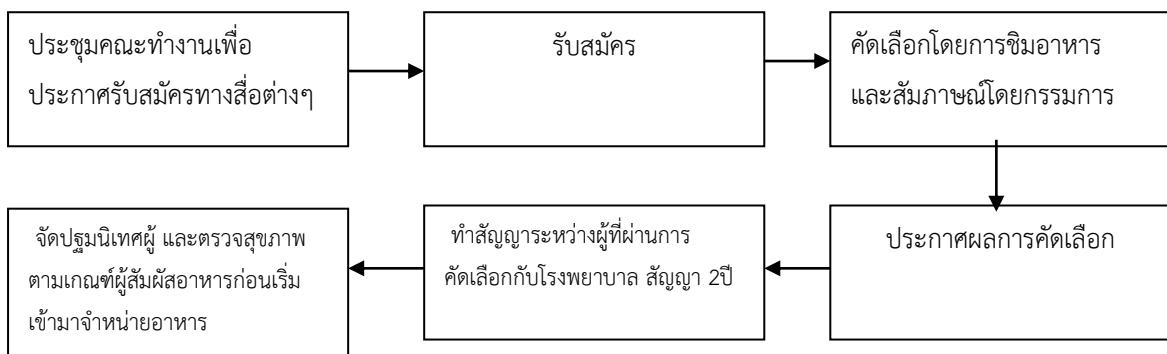
ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การพัฒนา	กิจกรรมการพัฒนา
<p>1.พัฒนาโรงอาหารและโรงครัวในโรงพยาบาล ให้ได้ มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร เพื่อให้เจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการได้บริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัย ไม่เกิดการเจ็บป่วยจากอาหารที่ไม่สะอาด และวางระบบตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานโรงอาหาร ร้านค้าและผู้ประกอบการ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค ให้ได้รับประทานอาหารที่ สะอาดและปลอดภัย</p>	<p>-เพื่อให้เจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการได้บริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัย ไม่เกิดการเจ็บป่วยจากการบริโภคอาหารที่ไม่สะอาด และพึงพอใจในการบริการ</p>	<p>1.ตรวจประเมินมาตรฐานด้านแบคทีเรียที่ปนเปื้อนในอาหารด้วยน้ำยา SI2 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 2.ตรวจประเมินมาตรฐานด้านกายภาพ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80</p>	<p>- ประชุมกรรมการ/ผู้รับผิดชอบ สื่อสารนโยบาย ในทุกระดับ ทีม ,หน่วยงาน ,ผู้เกี่ยวข้อง - จัดทำแผนพัฒนาโรงอาหาร/อาหารปลอดภัยให้สอดคล้องตามนโยบายและบริบท -จัดปฐมนิเทศผู้ประกอบการ และตรวจสอบสุขภาพตามเกณฑ์ผู้สัมผัสอาหารก่อนเริ่มเข้ามาจำหน่ายอาหาร -ตรวจประเมินมาตรฐานด้านกายภาพของร้านอาหารและตรวจประเมินมาตรฐานด้านแบคทีเรีย ปีละ 4 ครั้ง - การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สรุปผลและรายงานผล</p>

2. แผนภูมิกระบวนการทำงาน

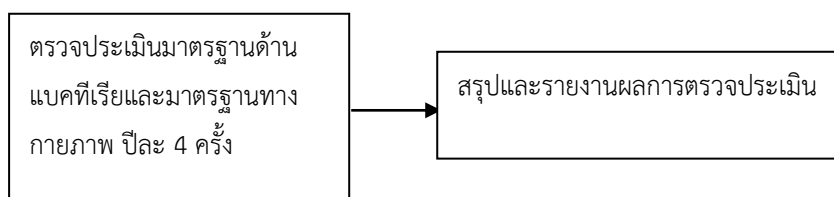
1) การดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยและสุขาภิบาลอาหาร



2) ระบบการคัดเลือกผู้ประกอบการอาหารมาจำหน่ายอาหารในโรงพยาบาล



3. ระบบการตรวจประเมินตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร



วิเคราะห์กระบวนการทำงาน

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัด/ความเสี่ยงสำคัญ (Performance Indicator)
การดำเนินงานด้านอาหาร ปลอดภัยและสุขาภิบาลอาหาร	-นโยบายด้านอาหารปลอดภัย เกิดการนำไปสู่การปฏิบัติ -เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยได้รับ ประทานที่สะอาด ปลอดภัย -ผู้ประกอบการอาหาร/ เกษตรกรนำค่าชี้แนะเพื่อไป พัฒนาให้ ได้ตามเกณฑ์ มาตรฐาน	1. อัตราการพบสิ่งปนเปื้อนใน อาหาร 2. อัตราการป่วยด้วยโรคจาก การรับประทานอาหารที่ไม่ ปลอดภัย
ระบบการคัดเลือก ผู้ประกอบการอาหารมา จำหน่ายอาหารในโรงพยาบาล	-ผู้ประกอบการอาหารที่สมัคร รับคัดเลือกและผู้ที่ได้รับการ คัดเลือกมีความพึงพอใจใน ระบบการคัดเลือกและมีความ พร้อมที่เข้ามาจำหน่ายตาม กำหนด	คัดเลือกได้ผู้ประกอบการที่ มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การ คัดเลือก
ระบบการตรวจประเมิน ร้านอาหารตามมาตรฐาน สุขาภิบาลอาหาร	-ร้านอาหารในโรงพยาบาล โรง ครัว และหอผู้ป่วย ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน -มีการตรวจประเมินด้าน กายภาพ และด้านแบคทีเรีย ตามเกณฑ์มาตรฐานด้วย เครื่องมือที่มีคุณภาพ	- ผ่านการตรวจประเมินด้าน กายภาพ ร้อยละ 80 - ผ่านการตรวจประเมินด้าน แบคทีเรีย ร้อยละ 90

มาตรฐานด้านกายภาพสำหรับร้านอาหารในโรงอาหาร

1. สถานที่รับประทานอาหาร และบริเวณทั่วไป
 - 1.1 สะอาด เป็นระเบียบ
 - 1.2 โถ้ ภาชนะใส่อาหาร แข็งแรง จัดเป็นระเบียบ
 - 1.3 มีการระบายอากาศที่ดี
2. บริเวณที่เตรียม – ประงอาหาร
 - 2.1 สะอาด เป็นระเบียบ พื้นทำด้วยวัสดุถาวร แข็ง เรียบ สภาพดี
 - 2.2 มีการระบายอากาศ รวมทั้งกลิ่นและควันจากการทำอาหารได้ดี เช่น มีปล่องระบายควัน หรือพัดลมดูดอากาศที่ใช้การได้ดี
 - 2.3 ไม่เตรียมและประงอาหารบนพื้น
 - 2.4 โถ้เตรียม – ประง และผนังบริเวณเตาไฟต้องทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดง่าย (เช่น สแตนเลส กระเบื้อง) มีสภาพดี และพื้นโถ้ต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.
3. ตัวอาหาร น้ำ น้ำแข็ง เครื่องดื่ม
 - 3.1 อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ต้องมีเลขสารบบอาหาร
 - 3.2 อาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสด ผลไม้ และอาหารแห้ง มีคุณภาพดี แยกเก็บเป็นสัดส่วน ไม่ปะปนกัน วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. หรือเก็บในตู้เย็น ถ้าเป็นห้องเย็น ต้องวางอาหารสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 ซม. สำหรับอาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาประง
 - 3.3 อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท มีคุณภาพดี เก็บเป็นระเบียบสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 ซม.
 - 3.4 อาหารที่ประงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาด มีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.
 - 3.5 มีตู้สำหรับปกปิดอาหารที่ประงสำเร็จแล้ว และด้านหน้าของตู้ต้องเป็นกระจก
 - 3.6 น้ำดื่ม เครื่องดื่ม น้ำผลไม้ต้องสะอาด ใสในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิด มีก๊อกหรือทางรินน้ำหรือมีอุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับตักโดยเฉพาะและวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.
 - 3.7 น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด ใสในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิดมีอุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบหรือตักโดยเฉพาะ วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. และต้องไม่มีสิ่งของอื่นแซมรวมไว้
4. ภาชนะอุปกรณ์
 - 4.1 ภาชนะอุปกรณ์ เช่น จาน ชาม ช้อน ส้อม ฯลฯ ต้องทำด้วย วัสดุที่ไม่เป็นอันตราย เช่น สแตนเลส กระเบื้องเคลือบขาว แก้ว อลูมิเนียม เมลามีนสีขาว หรือสีอ่อน สำหรับตะเกียบต้องเป็นไม้ไม่ตกแต่งสี หรือพลาสติกสีขาว

4.2 ภาชนะใส่น้ำส้มสายชู น้ำปลา และน้ำจิ้ม ต้องทำด้วยแก้ว กระจกเบื้องเคลือบขาว มีฝาปิด และช้อนตักทำด้วยกระจกเบื้องเคลือบขาว หรือสแตนเลส สำหรับเครื่องปรุงรสอื่นๆ ต้องใส่ในภาชนะที่ทำความสะอาดง่าย มีฝาปิด และสะอาด

4.3 ล้างภาชนะอุปกรณ์ด้วยวิธีการอย่างน้อย 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 ล้างด้วยน้ำยาล้างภาชนะ และขั้นตอนที่ 2 ล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหล และอุปกรณ์การล้างต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.

4.4 ใช้อ่างล้างภาชนะอุปกรณ์ที่มีท่อระบายน้ำที่ใช้การได้ดี อย่างน้อย 2 อ่าง

4.5 จาน ชาม ถ้วย แก้วน้ำ ถาดหลุม ฯลฯ เก็บไว้ในภาชนะหรือตะแกรง วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. หรือเก็บในภาชนะหรือสถานที่ที่สะอาดมีการปกปิด

4.6 ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่ง สะอาด หรือวางเป็นระเบียบในภาชนะที่สะอาดและมีการปกปิด ตั้งสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.

4.7 เชียงต้องมีสภาพดี ไม่แตกร้าวหรือเป็นร่อง มีเชียงใช้เฉพาะอาหารสุกและอาหารดิบแยกจากกัน มีฝาชีครอบ (ยกเว้นครัวที่มีการป้องกันแมลงวันแล้ว)

5. การรวมรวมขยะ และน้ำโสโครก

5.1 ใช้ถังขยะที่ไม่รั่วซึม และมีฝาปิด

5.2 มีท่อหรือรางระบายน้ำที่มีสภาพดีไม่แตกร้าว ระบายน้ำจากห้องครัวและที่ล้างภาชนะอุปกรณ์ลงสู่ท่อระบายหรือแหล่งบำบัดได้ดี และต้องไม่ระบายน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะโดยตรง

5.3 มีบ่อดักเศษอาหารและดักไขมันที่ใช้การได้ดี ก่อนระบายน้ำเสียทิ้ง

6. ห้องน้ำ ห้องส้วม

6.1 ห้องน้ำ ห้องส้วมต้องสะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็น มีน้ำใช้เพียงพอ

6.2 ห้องส้วมแยกเป็นสัดส่วน ประตูไม่เปิดสู่บริเวณที่เตรียม – ปรงอาหาร ที่ล้าง และเก็บภาชนะอุปกรณ์ ที่เก็บอาหารและต้องมีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดี อยู่ในบริเวณห้องส้วม

7. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ

7.1 แต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน

7.2 ผูกผ้ากันเปื้อนสีขาว หรือมีเครื่องแบบ ผู้ปรุงจะต้องใส่หมวกหรือเน็ตคลุมผมด้วย

7.3 ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคติดต่อ ไม่เป็นโรคผิวหนัง สำหรับผู้ปรุงจะต้องมีหลักฐานการตรวจสุขภาพในปีนั้น ให้ตรวจสอบได้

7.4 มีสุขนิสัยที่ดี เช่น ตัดเล็บสั้น ไม่สูบบุหรี่ในขณะที่ปฏิบัติงาน ไม่ใช้มือหยิบจับอาหารที่ปรุงเสร็จแล้วโดยตรง

ผลการดำเนินงานตรวจมาตรฐานด้านกายภาพ

	ปีงบประมาณ 2562				ปีงบประมาณ 2563			
	ไตรมาส1	ไตรมาส2	ไตรมาส3	ไตรมาส4	ไตรมาส1	ไตรมาส2	ไตรมาส3	ไตรมาส4
โรงครัว	ดี (ผ่าน23) 76.6%	ดี (ผ่าน26) 86.6%	ดี (ผ่าน28) 93.3%	NA	ดี (ผ่าน28) 93.3%	ดี (ผ่าน28) 93.3%		
โรงอาหาร	ดี (ผ่าน26) 86.6%	ดี (ผ่าน26) 86.6%	ดี (ผ่าน27) 90%	NA	ดี (ผ่าน27) 90%	ดี (ผ่าน26) 86.6%		

โรงครัว ยังมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงเพิ่มเติม เช่น ระบบระบายอากาศโดยเฉพาะช่วงที่มีอากาศร้อนจัด ระบบการแยกพื้นที่สกปรกกับพื้นที่สะอาด รวมถึงการส่งตรวจโคลิฟอร์มในอาหารจากห้องปฏิบัติการภายนอก

โรงอาหาร ยังมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงเพิ่มเติม เช่น สถานที่เตรียม/ปรุงควรเป็นโต๊ะที่คงทนต่อความชื้น ความร้อนและน้ำหนักกดทับ และไม่เปื้อนสนิม พื้นผิวต้องทำความสะอาดได้ง่าย โดยไม่มีขอกมีมุมที่ก่อให้เกิดการสะสมของเศษอาหาร และเป็นที่ซ่อนตัวของสัตว์พาหะนำโรคต่าง ๆ ภายในต้องมีการจัดวางสิ่งของอย่างเป็นระเบียบ เพื่อให้ทำความสะอาดได้ง่าย และไม่เป็นที่สะสมของสิ่งสกปรก การดูแลรักษาความสะอาดบริเวณนี้ ควรทำเป็นประจำและทั่วถึง ผนัง เพดาน ไม่มีคราบสกปรก คราบไขมัน หรือหยากไย่ พื้นต้องไม่มี เศษขยะ เศษอาหาร คราบสกปรก ผู้เตรียม/ปรุงควรแต่งกายสะอาด ใส่ผ้ากันเปื้อนและหมวกสีขาว ควรใช้อุปกรณ์หยิบจับอาหารแทนการใช้มือ

ผลการดำเนินงานตรวจมาตรฐานด้านแบคทีเรียในอาหาร

	ปีงบประมาณ 2562				ปีงบประมาณ 2563			
	ไตรมาส1	ไตรมาส2	ไตรมาส3	ไตรมาส4	ไตรมาส1	ไตรมาส2	ไตรมาส3	ไตรมาส4
โรงครัว	91.3%	92.3%	63%	NA	81%	88		
โรงอาหาร	64.71%	69%	71%	NA	90%	90		

โรงครัว ยังตรวจพบเชื้อโคลิฟอร์มจากตัวอย่างอาหารบางชนิด เช่น แครอท ซึ่งน่าจะมีสาเหตุมาจากกระบวนการล้างทำความสะอาด โดยปัจจุบันมีการใช้จุลินทรีย์เข้ามาในกระบวนการแช่ผัก จึงแนะนำให้ล้างน้ำเปล่าทำความสะอาดผักเพิ่มขึ้น หลังจากการแช่ด้วยจุลินทรีย์

โรงอาหาร ยังตรวจพบเชื้อโคลิฟอร์มจากมือผู้ประกอบการ และตัวอย่างอาหารเป็นส่วนใหญ่ จึงได้แนะนำเทคนิควิธีการล้างมือที่ถูกต้อง และแนะนำวิธีการจัดเก็บอาหารปรุงสุก

ผลการดำเนินงานตรวจมาตรฐานด้านแบคทีเรียในน้ำ

	ปีงบประมาณ 2562				ปีงบประมาณ 2563			
	ไตรมาส1	ไตรมาส1	ไตรมาส1	ไตรมาส1	ไตรมาส1	ไตรมาส2	ไตรมาส3	ไตรมาส4
เครื่องกรองน้ำ	69%	69%	69%	69%	69%	76%		

การตรวจวิเคราะห์น้ำดื่มในโรงพยาบาลยังพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ซึ่งส่วนมากพบที่ถังน้ำดื่ม (คูลเลอร์) สำหรับผู้ป่วย ซึ่งได้แนะนำให้หน่วยงานทำความสะอาดถังน้ำดื่มอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และวางแผนเปลี่ยนไส้กรองน้ำจากปัจจุบัน ปีละ 2 ครั้ง เป็นปีละ 4 ครั้ง

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

โครงการ/แผนงานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	ข้อมูลที่ใช้ติดตาม เครื่องชี้วัด
<p>โรงอาหาร</p> <p>1. ปรับปรุงห้องปรุงจำหน่ายอาหารให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล ปูกระเบื้องผนังเพิ่มเพื่อความสะอาดในการทำความสะอาด ป้องกันเชื้อรา และเพื่อความสวยงามเป็นระเบียบ</p> <p>2. ปรับปรุงระบบการเก็บภาชนะ การล้างภาชนะ การจัดเก็บขยะ และการทำความสะอาดโต๊ะอาหาร บริเวณให้บริการ โดยจ้างแม่บ้าน ส่วนกลางดำเนินการ โดยมีอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - รถเข็นสแตนเลสเก็บเศษอาหาร ใช้จัดเก็บภาชนะและเศษอาหารบนโต๊ะ <p>3. อบรมผู้ประกอบการในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล</p> <p>4. ลดการใช้สารเคมีในโรงอาหาร โดยให้ใช้ผลิตภัณฑ์จากศูนย์ผลิตจุลินทรีย์ของโรงพยาบาลฯ ทดแทน</p>	เพื่อให้ ร้านอาหารใน โรงอาหารผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน สุขาภิบาล อาหาร 30 ข้อ	ต.ค.62- ก.ย.63	<ul style="list-style-type: none"> - แบบตรวจประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร - ชุดทดสอบแบคทีเรียในอาหาร ภาคสนาม (SI-2)

โครงการ/แผนงานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	ข้อมูลที่ใช้ติดตาม เครื่องชี้วัด
<p>น้ำดื่มเจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการ</p> <p>1. เพิ่มการเปลี่ยนไส้กรองน้ำจากเดิม ปีละ 2 ครั้ง เป็นปีละ 4 ครั้ง</p>	<p>เพื่อให้เจ้าหน้าที่ ได้รับประทาน น้ำสะอาดซึ่ง คุณภาพน้ำต้อง ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน (ตรวจโคลิ ฟอร์มแบคทีเรีย ผ่านเกณฑ์ร้อย ละ 90)</p>	<p>ต.ค.62- ก.ย.63</p>	<p>ชุดทดสอบแบคทีเรียใน น้ำ ภาคสนาม (อ.11)</p>
<p>โรงครัว</p> <p>1. ปรับปรุงโครงสร้างระบบระบายอากาศให้ เหมาะสม</p> <p>2. เป็นรูปแบบการทำงานโดยใช้วิธีสั่งอาหารที่หัน เป็นชั้นมาประกอบอาหาร เพื่อลดขั้นตอนการล้าง และเตรียมวัตถุดิบที่อาจจะก่อเชื้อได้</p> <p>3. วางแผนส่งตรวจโคลิฟอร์มในอาหารไตรมาสละ 1 ครั้ง ที่ห้องปฏิบัติการภายนอก</p>	<p>เพื่อให้โรงครัว โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน สุขาภิบาล อาหาร 30 ข้อ</p>	<p>ต.ค.62- ก.ย.63</p>	<p>- แบบตรวจประเมินตาม เกณฑ์มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหาร - ชุดทดสอบแบคทีเรียใน อาหาร ภาคสนาม (SI-2)</p>

Service Profile

ชื่อหน่วยงาน งานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์ กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ
โรงพยาบาล ๕๐ พรรชามหาชิริาลงกรณ์ จังหวัดอุบลราชธานี

1. บริบท (Context)

หน้าที่ของหน่วยงาน ให้บริการซ่อมแซม ติดตั้ง และบำรุงรักษาอาคารสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ให้แก่ผู้รับบริการหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายโรงพยาบาล

2. หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)

ให้บริการซ่อมแซม ให้บริการระบบบำรุงรักษาป้องกันการชำรุดเสียหายของเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และสำนักงาน รวมถึงระบบสาธารณูปโภคแก่หน่วยงานต่างๆภายในโรงพยาบาลและเครือข่ายโรงพยาบาล ด้วยความรวดเร็วและมีคุณภาพ ภายใต้สโลแกน “รวดเร็ว พึงพอใจ ได้มาตรฐาน”

3. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)

ให้บริการด้านงานซ่อมแซมและบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์ งานระบบต่างๆ ภายในหน่วยงานโรงพยาบาลและเครือข่ายโรงพยาบาล เพื่อให้งานดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย สำเร็จตามวัตถุประสงค์

ควบคุมดูแล ระบบความปลอดภัยด้านไฟฟ้าภายในและนอกอาคารเพื่อให้ผู้รับบริการ เกิดความเสียหายน้อยที่สุด จากการทำงานและให้บริการของหน่วยงาน กรอบโครงสร้าง มี 5 งานหลัก ประกอบด้วย

3.1 งานวิศวกรรมโยธา หน้าที่รับผิดชอบ

- งานโครงสร้างและครุภัณฑ์
- งานประปาและสุขภัณฑ์
- งานก่อสร้าง
- งานเชื่อม
- งานซ่อมทั่วไป
- งานอาคารและสถานที่

3.2 งานวิศวกรรมไฟฟ้า หน้าที่รับผิดชอบ

- ระบบไฟฟ้าภายใน-นอก อาคาร
- ระบบเครื่องปรับอากาศ
- ระบบขนส่ง(ลิฟท์)
- ระบบโทรศัพท์และโทรสาร
- ระบบเสียงตามสาย
- ระบบกล้องวงจรปิด
- ระบบโทรทัศน์
- ระบบอุปกรณ์ป้องกันอัคคีภัย
- ระบบเครื่องมือและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์

3.3 งานวิศวกรรมการแพทย์ หน้าที่รับผิดชอบ

- ระบบซ่อมบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์
- ระบบก๊าซทางการแพทย์
- ศูนย์เครื่องช่วยหายใจและเครื่องให้สารละลาย

3.4 ธุรการงานช่าง

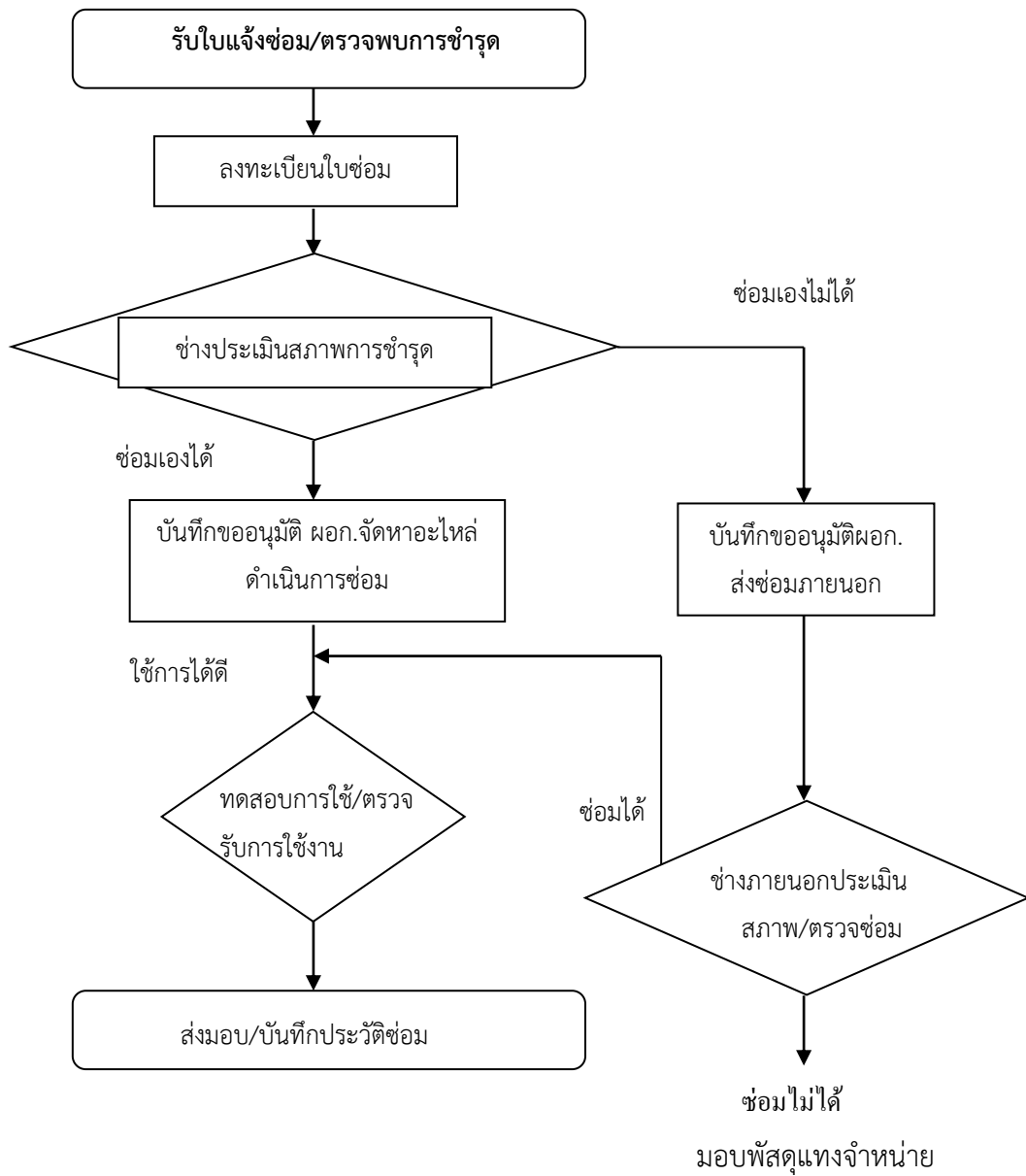
- รับใบแจ้งซ่อม
- จ่ายงานตามใบแจ้งซ่อม
- ติดตามงานซ่อม
- บันทึกประวัติการซ่อม
- รับ ส่ง หนังสือ และ เอกสารต่างๆ

3.5 งานคลังวัสดุ

- ควบคุมคลังวัสดุงานช่างให้ถูกต้องตามระเบียบ
- จัดหาวัสดุอุปกรณ์งานช่าง
- จัดทำเอกสารเบิกจ่ายทางพัสดุ

4. กระบวนการหลักที่สำคัญ (Key Process)

4.1 Flow งานซ่อมทั่วไปและงานซ่อมเครื่องมือทางการแพทย์ในโรงพยาบาลและเครือข่าย



5. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ

ฝ่าย / หน่วยงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ความต้องการของ ผู้ร่วมงานใน รพ. และผู้บังคับบัญชา	1. ได้งานซ่อมเครื่องมือ เครื่องใช้ที่มีคุณภาพ 2. ได้งานซ่อมเครื่องมือ เครื่องใช้ที่ประหยัดงบประมาณสมราคา 3. ความรวดเร็วทันเวลา 4. แก้ไขปัญหางานฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว 5. พึงพอใจ
หน่วยงานอื่น, ร้านค้า, บริษัทฯ,	1. ความแม่นยำ ถูกต้อง ของวัสดุอุปกรณ์ที่สั่งซื้อ 2. การบำรุงรักษาเครื่องมือที่ถูกต้อง รายละเอียดการดูแล ซ่อมบำรุงที่ชัดเจน 3. การรับประกัน

6. ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ

- มีอุปกรณ์ใช้งานที่มีคุณภาพเทียบเท่าของเดิม
- มีระบบการซ่อมที่เสร็จรวดเร็วทันเวลาการใช้งาน
- ประหยัดงบประมาณ

7. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

7.1 ปริมาณงานซ่อมทั่วไป

รายการซ่อมทั่วไป	ปี 2561		ปี 2562		ปี 2563 (ตค.62-กค.63)	
	จำนวนส่งซ่อม	ซ่อมแล้วเสร็จ	จำนวนส่งซ่อม	ซ่อมแล้วเสร็จ	จำนวนส่งซ่อม	ซ่อมแล้วเสร็จ
1. จำนวนรายการที่ส่งซ่อมทั้งหมด	4077	3724	3374	3341	3134	3126
2. จำนวนรายการที่ส่งซ่อมภายนอก	244	244	236	236	167	167
3. จำนวนรายการที่ซ่อมเอง	3833	3480	3138	3105	2967	2959

7.2 ปริมาณงานซ่อมเครื่องมือทางการแพทย์

รายการซ่อมเครื่องมือทางการแพทย์	ปี 2561		ปี 2562		ปี 2563 (ตค.62-กค.63)	
	จำนวนส่งซ่อม	ซ่อมแล้วเสร็จ	จำนวนส่งซ่อม	ซ่อมแล้วเสร็จ	จำนวนส่งซ่อม	ซ่อมแล้วเสร็จ
1. จำนวนรายการที่ส่งซ่อมทั้งหมด	382	382	439	439	383	383
2. จำนวนรายการที่ส่งซ่อมภายนอก	24	24	32	32	20	20
3. จำนวนรายการที่ซ่อมเอง	358	358	407	407	363	363

7.3 ปริมาณงานบำรุงรักษาเครื่องมือทั่วไป

รายการบำรุงรักษา เครื่องมือทั่วไป	ปี 2561			ปี 2562			ปี 2563		
	จำนวนครั้ง ตามแผน	จำนวนครั้ง บำรุงรักษา	อุบัติการณ์ ไม่พร้อมใช้	จำนวนครั้ง ตามแผน	จำนวนครั้ง บำรุงรักษา	อุบัติการณ์ ไม่พร้อมใช้	จำนวนครั้ง ตามแผน	จำนวนครั้ง บำรุงรักษา	อุบัติการณ์ ไม่พร้อมใช้
1. บำรุงรักษาลิฟท์	12	12	26	12	12	29	12	12	19
2. บำรุงรักษา เครื่องปรับอากาศ	4	4	NA	4	4	2	4	4	1
3. บำรุงรักษา เครื่องกำเนิดไฟฟ้า	4	4	0	4	4	0	4	4	0
4. บำรุงรักษาหม้อ แปลงไฟฟ้า	4	4	0	1	1	0	1	1	0
5. เครื่องยนต์ ดับเพลิง	4	4	0	4	4	0	4	4	0
6. ปัมป์สูบน้ำ	NA	NA	NA	3	3	0	3	3	0
7. ปัมป์บาดาล	NA	NA	NA	3	3	0	3	3	0
8. ระบบโซลาร์ เซลล์	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4	4	1
9. สัญญาณเตือน เพลิงไหม้	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3	3	4

7.4 ปริมาณงานบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์

รายการบำรุงรักษา เครื่องมือแพทย์	ปี 2561			ปี 2562			ปี 2563		
	จำนวนครั้ง ตามแผน	จำนวนครั้ง บำรุงรักษา	อุบัติการณ์ ไม่พร้อมใช้	จำนวนครั้ง ตามแผน	จำนวนครั้ง บำรุงรักษา	อุบัติการณ์ ไม่พร้อมใช้	จำนวนครั้ง ตามแผน	จำนวนครั้ง บำรุงรักษา	อุบัติการณ์ ไม่พร้อมใช้
1. บำรุงรักษา เครื่องผลิตอากาศ	2	2	1	2	2	0	2	2	0
2. บำรุงรักษา เครื่องผลิต สุญญากาศ	2	2	1	2	2	0	2	2	0
3. เครื่องตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)	2	2	0	2	2	0	2	2	0
4. เครื่องตรวจ สัญญาณชีพผู้ป่วย (Monitor)	2	2	0	2	2	0	2	2	0
5. เครื่องกระตุ้น หัวใจ (Defibrillator)	2	2	0	2	2	0	2	2	0
6. เครื่องให้ สารละลายทาง หลอดเลือด (Infusion pump)	2	2	0	2	2	0	2	2	0

รายการบำรุงรักษา เครื่องมือแพทย์	ปี 2561			ปี 2562			ปี 2563		
	จำนวนครั้ง ตามแผน	จำนวนครั้ง บำรุงรักษา	ปฏิบัติการ ไม่พร้อมใช้	จำนวนครั้ง ตามแผน	จำนวนครั้ง บำรุงรักษา	ปฏิบัติการ ไม่พร้อมใช้	จำนวนครั้ง ตามแผน	จำนวนครั้ง บำรุงรักษา	ปฏิบัติการ ไม่พร้อมใช้
8. เครื่องช่วย หายใจ (Ventirator)	2	2	0	2	2	0	2	2	0
9. เครื่อง Syring Pump	2	2	0	2	2	0	2	2	0
10. เครื่องวัด ความอืดตัวของ ออกซิเจน PUO	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2	2	0
11. เครื่องวัดความ ดันโลหิต BPA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2	2	0
12. เครื่องวัด ความดันโลหิต แบบ อิเล็กทรอนิกส์	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2	2	0
13. เครื่องดูด ของเหลว SUC	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2	2	0
14. เครื่องซัง น้ำหนักผู้ใหญ่	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2	2	0
15. เครื่องซัง น้ำหนักเด็ก	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2	2	0
16. เครื่องซังสาร WAB	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
17. หม้อต้มพารา ฟิน PRB	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
18. หม้อต้มแพค ความร้อน PHT	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
19. เครื่องดึงหลัง- คอ TRC	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
20. เครื่องปั่น เลือด HEM	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2	2	0
21. เครื่องปั่นผสม สารอุดฟัน AMG	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
22. เครื่องสาย สำหรับผสม ของเหลว RTT	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
23. เครื่องวัดอัตรา การเต้นหัวใจเด็ก ในครรภ์ FDL	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2	2	0
24. ตู้เย็นเก็บยา เวชภัณฑ์ REF	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
25. เครื่องชุด หินปูน	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

รายการบำรุงรักษา เครื่องมือแพทย์	ปี 2561			ปี 2562			ปี 2563		
	จำนวนครั้ง ตามแผน	จำนวนครั้ง บำรุงรักษา	อุบัติการณ์ ไม่พร้อมใช้	จำนวนครั้ง ตามแผน	จำนวนครั้ง บำรุงรักษา	อุบัติการณ์ ไม่พร้อมใช้	จำนวนครั้ง ตามแผน	จำนวนครั้ง บำรุงรักษา	อุบัติการณ์ ไม่พร้อมใช้
27. เครื่อง ยูนิท ทันตกรรม	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
28. เครื่อง ยูนิท ทันตกรรม ชนิด เคลื่อนที่	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
29. ถังดับเพลิง	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4	4	0
30. หัวฉีดถัง ดับเพลิง	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4	4	0
31. เครื่องกรองน้ำ	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

8. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues)

1. สามารถดำเนินการซ่อมแซม วัสดุครุภัณฑ์ทั่วไปได้ทันเวลา ร้อยละ 90 (ซ่อมเองภายใน 7 วัน ส่งซ่อมภายนอกภายใน 14 วัน)
2. สามารถดำเนินการซ่อมแซม วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ได้ทันเวลา ร้อยละ 90 (ซ่อมเองภายใน 7 วัน ส่งซ่อมภายนอกภายใน 30 วัน)
3. ตอบสนองความต้องการของหน่วยงานได้ทันท่วงที ร้อยละ 95
4. มีคุณภาพ (การซ่อมบำรุงรักษาให้สามารถใช้งานได้เป็นปกติ และปลอดภัย)
5. ผู้รับบริการพึงพอใจ

9. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางป้องกัน	ผลลัพธ์
ไฟฟ้าภูมิภาคดับ	โรงพยาบาลทำการติดตั้งระบบไฟฟ้าสำรองแล้วใช้งานได้ที่ทั้งโรงพยาบาล	ระบบไฟฟ้าสามารถทำงานต่อเนื่องไม่ติดขัดภายในเวลาประกันไม่เกิน 10 วินาที
ระบบลิฟต์ขัดข้อง	มีระบบตรวจสอบการทำงานและบำรุงรักษาทุกวัน และบำรุงรักษาโดยช่างผู้เชี่ยวชาญเดือนละ 1 ครั้ง	ระบบลิฟต์สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อุบัติการณ์ไม่พร้อมใช้งานไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน
ระบบน้ำประปาขัดข้อง	1. มีการตรวจสอบการสำรองน้ำให้เพียงพอ ตรวจสอบระบบท่อส่งน้ำไม่ให้ชำรุดทุกวัน 2. มีการตรวจสอบระบบน้ำบาดาลให้สามารถใช้งานได้ทันท่วงที 3. มีรายงานผลการตรวจรายวัน	ระบบน้ำประปาเพียงพอต่อการใช้งาน

<p>ระบบบำบัดน้ำเสีย เครื่องเติมอากาศ ชำรุด,ไม่มีเครื่อง สำรอง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการตรวจสอบบำรุงการใช้งาน เครื่องเติมอากาศให้มีสภาพพร้อมใช้ งานตลอดเวลา 2. จัดหาเครื่องเติมอากาศไว้สำรอง 3. มีผู้รับผิดชอบดูแลระบบบำบัด โดยเฉพาะ 4. มีการตรวจสอบระบบตามแผนการ บำรุงรักษา รายวัน รายอาทิตย์ และ รายเดือน 	<p>ระบบบำบัดน้ำเสียสามารถใช้งานได้อย่างมี ประสิทธิภาพ</p>
<p>ความรวดเร็วในการ ซ่อมอุปกรณ์ที่ สำคัญและเร่งด่วน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการตอบสนองการซ่อมที่รวดเร็ว 2. มีการสร้างช่องทางในการแจ้งซ่อม หรือสื่อสารในหลายช่องทาง (โทรศัพท์, แจ้งซ่อมออนไลน์, แอปพลิเคชันไลน์ เป็นต้น) ประกัน เวลาในการรับแจ้งซ่อมไม่เกิน 1 นาที 3. สื่อสารทำความเข้าใจกับ ผู้รับบริการให้ชัดเจน 	<p>ผู้รับบริการพึงพอใจ</p>
<p>เครื่องทาง การแพทย์ความ เสี่ยงสูงและทั่วไป พร้อมใช้งาน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. บำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์ตาม ตามแผนการบำรุงรักษา 2. มีเครื่องมือทางการแพทย์สำรอง กรณี เครื่องมือชำรุดต้องใช้ระยะเวลา ในการซ่อมแซม 	<p>เครื่องมือทางการแพทย์พร้อมใช้งาน ตลอดเวลา</p>

10. ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

10.1 อัตรากำลังหน่วยงานซ่อมบำรุง มีอัตรากำลัง 11 คน ประกอบด้วย

- นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน
- นายช่างเทคนิค 1 คน
- นายช่างไฟฟ้า 3 คน
- ช่างต่อท่อ 1 คน
- ผู้ช่วยช่าง 3 คน
- พนักงานบริการ 2 คน

ซึ่งพนักงานบริการไม่ได้จบการศึกษาทางช่างมาโดยตรง ต้องฝึกฝนด้วยตนเองขณะปฏิบัติหน้าที่และต้องสั่งสมประสบการณ์เพิ่มเติมอีก รวมถึงมีสภาพร่างกายที่ไม่เหมาะสมต่อการปฏิบัติหน้าที่ 2 คน

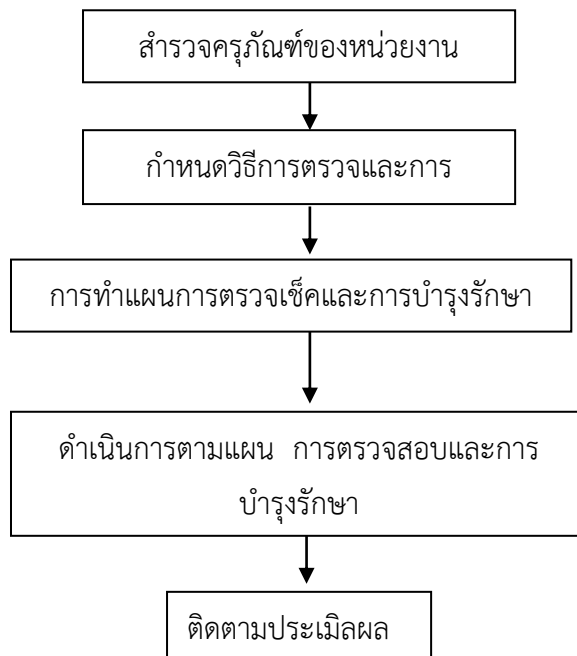
10.2 มีข้อจำกัดของอุปกรณ์เครื่องมือช่างที่ไม่เพียงพอและทันสมัยในการใช้งาน

10.3 ระบบการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่ล่าช้า

11. ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

1. การปฏิบัติหน้าที่จำเป็นต้องไปทำงานเป็นคู่ เพื่อช่วยเหลือกันและป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นขณะปฏิบัติหน้าที่

12. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ



13. ตัวชี้วัดและผลการดำเนินงานที่สำคัญ (Key Performance Indicator)

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ(Performance Indicator)
<p>1. การซ่อมบำรุงโดยช่างโรงพยาบาลและช่างภายนอก ระบบงานซ่อมบำรุง</p> <p>1.1 รับใบซ่อมจากงานในโปรแกรมซ่อมบำรุง</p> <p>1.2 คัดกรองใบส่งซ่อม</p> <p>1.3เจ้าหน้าที่ซ่อมบำรุงออกซ่อมตามใบส่งซ่อมซึ่งได้เรียงลำดับความสำคัญไว้</p>	<p>เพื่อคงสภาพของวัสดุอุปกรณ์ให้ใช้งานได้ต่อไป</p> <p>-ยึดอายุการใช้งาน</p> <p>-รักษาสภาพปกติของเครื่องใช้ให้พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา</p> <p>1. งานซ่อมเล็ก คืองานเร่งด่วน ตามนโยบายของรพ. ระบบน้ำ-ไฟฟ้า ซ่อมเสร็จภายใน 1 วัน</p> <p>2. งานซ่อมกลาง,และใหญ่ แยกเป็น</p> <p>2.1 อุปกรณ์งานซ่อมที่มีอยู่ในคลัง ซ่อมเสร็จภายใน 1 วัน</p> <p>2.2 อุปกรณ์งานซ่อมที่ไม่มีอะไหล่ในคลัง ต้องสั่งซื้อจากภายนอก เสร็จภายใน 7 วัน</p> <p>2.3 ซ่อมภายนอก กรณีส่งซ่อมภายในจังหวัด เสร็จภายใน 10-20 วัน และส่งซ่อมต่างจังหวัด เสร็จภายใน 30 วัน</p>	<p>-ระบบไฟฟ้าภายในรพ.ไฟฟ้าดับใช้ระบบไฟสำรองอัตโนมัติ ซึ่งไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล</p> <p>-ถังสำรองน้ำประปามีขนาดเล็ก ปัจจุบันสำรองน้ำได้ 1 วัน จากมาตรฐานกำหนดให้มีการสำรองน้ำให้ได้ไม่ต่ำกว่า 2 วัน</p> <p>-งานซ่อมได้รับการซ่อมไม่ทันท่วงที เจ้าหน้าที่ไม่พึงพอใจ</p> <p>-ความล่าช้าในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ในการซ่อมแซม</p>	<p>- ร้อยละของรายการส่งซ่อม ได้รับการซ่อมในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>- เครื่องมือ/วัสดุอุปกรณ์ ที่มีคงสภาพการใช้งานได้ตามปกติ งานซ่อมบรรลุตามเป้าหมาย</p>
<p>2. การบำรุงรักษาเครื่องมือและการสอบเทียบเครื่องมือ</p>	<p>1 ระบบบำรุงรักษาที่ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ เพื่อประหยัดงบประมาณในการซ่อมแซม และลดข้อขัดข้องของระบบสำคัญในระหว่างการใช้งาน</p> <p>2.บำรุงรักษาเชิงป้องกันแบบทุกคนมีส่วนร่วม ของระบบสำคัญต่างๆ</p> <p>3 อายุการใช้งานของเครื่องมือนานขึ้น</p> <p>4. เครื่องมือทางการแพทย์ได้มาตรฐาน</p>	<p>1.อายุการใช้งานของเครื่องมือ</p> <p>2.เครื่องมือไม่พร้อมใช้</p> <p>3.ความรู้ความชำนาญทางช่างสำหรับงานบำรุงรักษา ตามแผนงาน</p> <p>4.เครื่องมือทางการแพทย์สอบเทียบไม่ผ่านมาตรฐาน</p>	<p>-ร้อยละของการบำรุงรักษา ได้ 80</p> <p>-เครื่องมือผ่านการสอบเทียบมาตรฐาน 95%</p>

14. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

1. แผนการจัดทำการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน(PREVENTIVE MAINTENANCE)วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์

2. แผนการบำรุงรักษาวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ
3. แผนการบำรุงระบบไฟฟ้าภายในโรงพยาบาล
4. แผนการจัดทำประวัติการซ่อมครุภัณฑ์ เครื่องมือต่างๆ
5. แผนการลดระยะเวลาการซ่อมแซม
6. แผนการลดค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซม

15 แผนการที่จะพัฒนาต่อเนื่องต่อไป

พัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มทักษะความสามารถในการซ่อมและการบำรุงรักษา วัสดุครุภัณฑ์ ทางทางการแพทย์ให้มากขึ้น เพื่อให้ปริมาณการส่งซ่อมภายนอกลดลง

Service Profile

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ

1. บริบท (Context)

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการข้อมูลด้านบุคลากร สนับสนุนและอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่เจ้าหน้าที่พึงได้รับ ให้ทันเวลา รวดเร็ว และถูกต้องตามระเบียบของทางราชการ

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

บริหารและดำเนินการด้านบุคคลและสิทธิประโยชน์ของเจ้าหน้าที่อย่างครบถ้วนและถูกต้องตามระเบียบของทางราชการ

ข. ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการแก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/ผู้มารับบริการรวมถึงหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลที่มาติดต่อขอใช้บริการ ดำเนินการเกี่ยวกับงานของบุคคลของส่วนราชการ ตั้งแต่เริ่มเข้าสู่ระบบราชการ ระหว่างที่อยู่ในราชการไปจนกระทั่งพ้นจากราชการรวมทั้งการติดต่อประสานงานการวางแผนการมอบหมายงาน การวินิจฉัย การตรวจสอบ ให้คำปรึกษา คำแนะนำ การปรับปรุงแก้ไข การติดตามประเมินผล และการแก้ไข ปัญหาขัดข้องในการปฏิบัติงานในด้านการบริหารงานบุคคล ได้แก่ การสรรหาบุคลากร การบรรจุและแต่งตั้ง การเลื่อนระดับ การโอน/ย้าย การลาออกจากราชการ การดำเนินการทางวินัย การปรับวุฒิ และค่าตอบแทนต่างๆ ฯลฯ

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ความต้องการของผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษาฯ	-ความสะดวกรวดเร็ว ในการมาติดต่อประสานงาน -ได้รับข้อมูลด้านบุคลากรที่ถูกต้องครบถ้วน -สิทธิประโยชน์ ของเจ้าหน้าที่ทุกท่าน -การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆตามความเหมาะสม -การรับทราบข้อมูลรายละเอียดต่างๆที่จำเป็นของรพ. -การเก็บรักษาความลับ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี	-ข้อมูลด้านบุคลากร -สะดวกรวดเร็วถูกต้องครบถ้วนในการรับ-ส่งข้อมูลด้านบุคลากร

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง อุบลราชธานี	-ความสะดวกรวดเร็ว ในการมาติดต่อประสานงาน -ได้รับข้อมูลด้านบุคลากรที่ถูกต้องครบถ้วน -สิทธิประโยชน์ ของเจ้าหน้าที่ทุกท่าน -การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆตามความเหมาะสม -การรับทราบข้อมูลรายละเอียดต่างๆที่จำเป็นของรพ.
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	-มีการประสานงานที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ -สะดวกรวดเร็ว ประทับใจ
ส่วนราชการอื่นๆ	-มีการประสานงานที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ -สะดวกรวดเร็ว ประทับใจ
สำนักงานมูลนิธิโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ	-สะดวกรวดเร็วและถูกต้องครบถ้วนตามระเบียบราชการ -การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ตามความเหมาะสม -การรับทราบข้อมูลรายละเอียดต่างๆที่จำเป็นของโรงพยาบาล

เป้าหมาย (Goal)

1. ผู้รับบริการได้รับข้อมูลที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา
2. การสืบค้นข้อมูลที่รวดเร็ว ทันเวลา
3. ข้อมูลบุคลากรเป็นปัจจุบัน
4. ผู้รับบริการพึงพอใจ

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ข้อมูลบุคลากรมีความสมบูรณ์ ถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา บุคลากรได้รับสิทธิประโยชน์ที่พึงจะได้รับ และมีความพึงพอใจ

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	2558	2559	2560	2561	2562
1.การบันทึกข้อมูลบุคลากรไม่สมบูรณ์	ไม่เกินร้อยละ 10 ของจำนวนการบันทึกข้อมูลบุคลากรทั้งหมด	7.63	9	4.5	5	0
2.การบันทึกการลาไม่ถูกต้อง	ไม่เกินร้อยละ 10 ของจำนวนการบันทึกข้อมูลบุคลากรทั้งหมด	8.04	3	3	0.55	0
3.จำนวนครั้งของการสรรหาบุคลากรไม่ทันตามเวลา	ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี	0	1	5	3	0

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ(จุดเน้นในการพัฒนา)

- 1.เพิ่มระบบการจัดเก็บข้อมูลบุคลากรเชิงบริหารให้ครบถ้วน สมบูรณ์ ถูกต้อง
- 2.เพิ่มประสิทธิภาพในการสรรหาและคัดเลือกบุคลากรที่มีประสิทธิผลและเชิงรุก
- 3.เพิ่มความรอบรู้ให้เจ้าหน้าที่ในการพัฒนาและบริหารงานบุคคลอย่างมีระบบมี

ประสิทธิภาพและประสิทธิผล

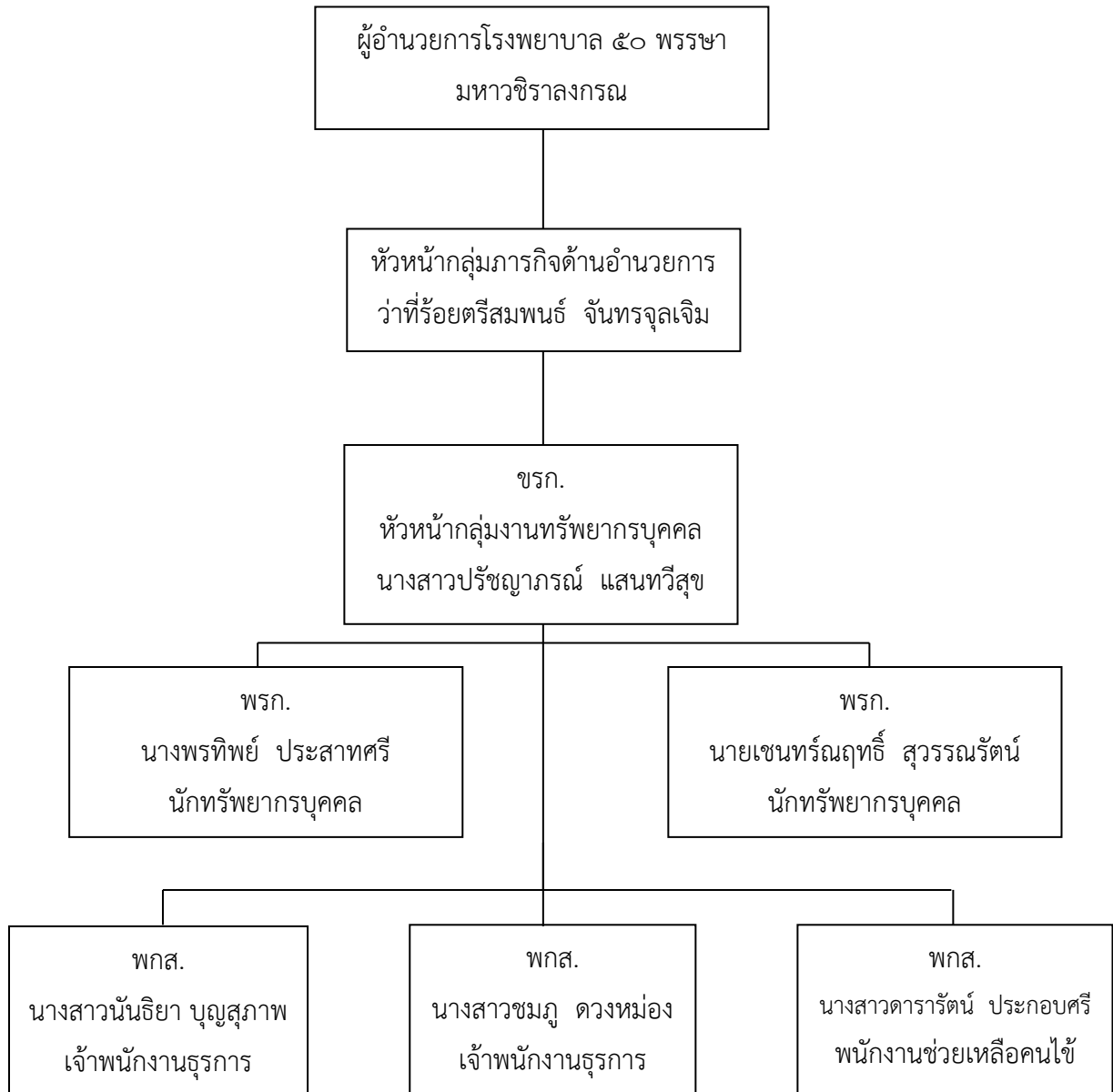
- 4.เพิ่มประสิทธิภาพการประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อเลื่อนขั้นเงินเดือน
- 5.พัฒนางาน 5 ส.
- 6.พัฒนาพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ
- 7.พัฒนาระบบสารสนเทศให้เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพและ

ประสิทธิผล

- 8.พัฒนาความปลอดภัยของข้อมูล

จ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทั้งหมด 6 คน ตามแผนภูมิโครงสร้างองค์กรของหน่วยงาน



เครื่องมือ

คอมพิวเตอร์	จำนวน 6 เครื่อง
โน้ตบุ๊ก	จำนวน 1 เครื่อง
เครื่องปริ้นเตอร์	จำนวน 3 เครื่อง
โทรศัพท์ภายนอก/ภายใน	จำนวน 2 เครื่อง
เครื่องสแกน	จำนวน 3 เครื่อง
ตู้เก็บเอกสาร	จำนวน 12 หลัง

1. ปริมาณงาน

1. หมวดการสรรหา

- การสอบแข่งขัน/คัดเลือกลูกจ้าง
- การปฐมนิเทศเบื้องต้น
- การบรรจุและแต่งตั้งลูกจ้าง
- การรายงานผลการทดลองปฏิบัติราชการ
- การประเมินและรายงานผลการปฏิบัติงาน
- การลาศึกษาต่อ (การจัดทำคำสั่งลาศึกษาต่อ)

2. หมวดการจัดทำคำสั่ง

- คำสั่งบรรจุ/แต่งตั้ง
- คำสั่งเลื่อนขั้นเงินเดือน
- คำสั่งลาออก
- คำสั่งแก้ไข ยกเลิก

3. หมวดทะเบียนประวัติ

- จัดทำ ก.พ. 7 และแฟ้มประวัติข้าราชการ/พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวง

สาธารณสุข/ลูกจ้างชั่วคราว

- การขอเพิ่มวุฒิ
- การเปลี่ยนชื่อ-สกุล
- การขอแก้ไข วัน เดือน ปีเกิด
- การตรวจสอบเกษียณอายุราชการ
- การจัดทำบัตรประจำตัวข้าราชการ

4. หมวดเครื่องราชอิสริยาภรณ์

- การขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ข้าราชการ
- การขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ผู้ทำคุณประโยชน์

5. หมวดอัตรากำลัง

- ดำเนินการขอใช้อัตรารว่าง
- ดำเนินการตัดโอนตำแหน่ง
- ดำเนินการเปลี่ยนสายงาน
- ดำเนินการขอจัดสรรตำแหน่ง (นักเรียนทุนอื่นๆ)
- ดำเนินการขอกำหนดตำแหน่งข้าราชการทดแทนตำแหน่งลูกจ้างประจำที่ว่างหรือถูกยุบ
- ดำเนินการประเมินบุคคลและผลงานทางวิชาการ

6. หมวดบริหารลูกจ้าง

- ดำเนินการสอบคัดเลือกบรรจุลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง/การบรรจุพนักงานกระทรวง

สาธารณสุข

- จัดทำคำสั่งบรรจุลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง
- ดำเนินการขออนุมัติลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง
- จัดทำคำสั่งเพิ่มค่าจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ลูกจ้างชั่วคราว
- จัดทำคำสั่งให้พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ลูกจ้างชั่วคราว เงินประเภท

ต่างๆ ออกจากราชการ

- ดำเนินการแจ้งการประกันสังคมแก่พนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ลูกจ้างชั่วคราวเงิน

ประเภทต่างๆ

- จัดทำแฟ้มประวัติและบัตรประจำตัวลูกจ้างชั่วคราว
- การขอแก้ไข วัน เดือน ปีเกิด
- การดำเนินการเกี่ยวกับการลาของ พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ลูกจ้าง

ชั่วคราวเงินบำรุงกรณีต่างๆ

- ดำเนินการขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์
- การสมัครเป็นสมาชิก กสจ.
- การขอกำหนดตำแหน่งเพิ่มเติม

1. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)³

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การสรรหา	- ได้บุคลากรที่มีคุณสมบัติตรงตามความต้องการขององค์กร	- บุคลากรมีคุณสมบัติตรงตามความต้องการขององค์กร 100%
2. การบรรจุและแต่งตั้ง - การคัดเลือก - การสอบแข่งขัน	- บุคลากรได้รับการดำเนินการตามสิทธิ	- มีคณะกรรมการดำเนินการคัดเลือก และกลั่นกรอง
3. การจัดทำทะเบียนประวัติ	- เพื่อให้มีแฟ้มประวัติที่ครบถ้วนและมีการบันทึกข้อมูลที่ต้องการครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้	- บุคลากรที่มีแฟ้มประวัติ 100 % - แฟ้มประวัติที่มีการบันทึกข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน 100%
4. การเลื่อนขั้นเงินเดือน/ค่าจ้าง - ณ วันที่ 1 เมษายน - ณ วันที่ 1 ตุลาคม	- บุคลากรได้รับสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ	- การเลื่อนขั้นเงินเดือน และการเลื่อนขั้นค่าจ้างทันตามกำหนด
5. การเลื่อนระดับ - ระดับควบ - การประเมินทางวิชาการ - การประเมินคัดเลือก	- บุคลากรได้รับสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับอย่างถูกต้องตามระเบียบและทันตามกำหนดเวลา	- ผู้รับการประเมินส่งแบบประเมินตรงตามระยะเวลาครบกำหนดตามหลักเกณฑ์
6. การย้าย/โอน - ย้ายภายในหน่วยงาน - ย้ายข้ามจังหวัด - ย้ายภายในจังหวัด	- บุคลากรได้รับการดำเนินการตามสิทธิ สิ่งร้องขอ ทันตามกำหนดเวลา และไม่เสียสิทธิประโยชน์	- ส่งแบบขอย้ายทันตามกำหนดเวลา และไม่เสียสิทธิในการเลื่อนระดับสูงขึ้น
7. การลาประเภทต่างๆ	- มีข้อมูลวันลาที่ถูกต้อง ครบถ้วนและมีการจัดเก็บที่สามารถค้นหาได้ง่าย - ปฏิบัติตามระเบียบการลา	- ข้อมูลวันลามีความถูกต้อง 95% - สามารถสืบค้นได้ง่ายภายในเวลา 10 นาที

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)³

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
8. การขอเครื่องราชอิสริยาภรณ์ <ul style="list-style-type: none"> - ข้าราชการ/ ลูกจ้างประจำ / พนักงานราชการ - ผู้ทำคุณประโยชน์ฯ 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบข้อมูลการได้รับ เครื่องราชอิสริยาภรณ์ขอ บุคลากรให้ได้รับการดำเนินการ ตามสิทธิประโยชน์ที่ถูกต้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรที่มีคุณสมบัติตาม หลักเกณฑ์ได้รับการขอ พระราชทาน เครื่องราชอิสริยาภรณ์ครบถ้วน
9. การพ้นจากราชการ <ul style="list-style-type: none"> - ลาออก - ให้ออก - ไล่ออก - เกษียณ - เสียชีวิต 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรได้รับการบริการใน การลาออกตามระเบียบและ ได้รับค่าตอบแทนตามสิทธิที่ กำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการปฏิบัติตามระเบียบการ ลาออกจากราชการ 100%
	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรได้รับรู้สิทธิประโยชน์ ต่าง ๆ ที่พึงได้รับอย่างถูกต้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้าราชการ/พรก./พทส./ ลูกจ้าง ได้รับบริการเรื่อง ขอรับสิทธิประโยชน์ กับ หน่วยงานต้นสังกัด

3. เครื่องชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้		
			2560	2561	2562
	ด้านความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล				
1.	อัตราบุคลากรที่มีทะเบียนประวัติ	100%	90%	95%	100%
2.	อัตราบุคลากรที่มีการลงทะเบียนประวัติเป็นปัจจุบัน	100%	90%	90%	100%
3.	อุบัติการณ์การลงข้อมูลด้านบุคลากรผิดพลาด	0	1	2	2
	ด้านความรวดเร็ว				
4.	อุบัติการณ์การสืบค้นข้อมูลนานเกิน 10 นาที	< 5	2	4	3
5.	อุบัติการณ์บุคลากรที่ได้รับการแจ้งให้จัดทำแบบประเมินเลื่อนระดับไม่ทันเวลา	0	0	0	0

จากการเก็บข้อมูล ในปี 2560-2562 พบว่ามีการลงข้อมูลการลาบุคลากรผิดพลาด ซึ่งข้อผิดพลาดพบโดยผู้ปฏิบัติงานได้ตรวจสอบข้อมูลเอง และการแจ้งกลับของผู้รับบริการ เช่น ลงวันเดือน ปี ที่ลาผิดพลาด หรือลงข้อมูลประเภทการลาผิดพลาด

จากความผิดพลาดดังกล่าว ทำให้ผู้ปฏิบัติงานปรับปรุงการลงข้อมูล โดยระมัดระวังการลงข้อมูล และมีการตรวจสอบซ้ำอีกครั้ง เพื่อให้ถูกต้องมากที่สุด

การสืบค้นข้อมูลนานเกิน 10 นาที

จากการเก็บข้อมูล ในปี 2560 - 2561 ซึ่งอยู่ระหว่างการปรับปรุงระบบการจัดเก็บข้อมูล พบปัญหาที่ทำให้ค้นหาข้อมูลล่าช้า เกิน 10 นาที เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์มีปัญหา ระบบล่ม/ ทำให้ค้นหาได้ล่าช้า

จากปัญหาดังกล่าว กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล จึงได้มีการปรับปรุงระบบการจัดเก็บข้อมูล คือ ระบบควบคุมวันลาในระบบบริหารงานบุคคล hrops , การสแกนหนังสือรับหรือคำสั่งจ้างเพื่อให้เกิดความสะดวกในการค้นหามากยิ่งขึ้น

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานในปัจจุบันที่พัฒนาคุณภาพเสร็จสิ้นแล้ว

4.1.1 พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลวันลา

กิจกรรมพัฒนา	ความคาดหวัง	ตัวชี้วัด
การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ผ่านระบบ Intranet	- เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านงานบุคลากร ผ่านระบบ Intranet	- บุคลากรทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้
- พัฒนาการบันทึกข้อมูลการลา	- การบันทึกข้อมูลสะดวก และค้นหาข้อมูลได้รวดเร็ว	- ระยะเวลาการค้นหาข้อมูลไม่เกิน 10 นาที

4.1.2 แผนการพัฒนาอยู่ระหว่างดำเนินการ

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
พัฒนาระบบสืบค้นข้อมูลบุคลากรทาง Intranet	- จัดทำข้อมูลบุคลากรทั้งข้อมูลด้านกรปฏิบัติงานและข้อมูลส่วนตัวให้มีความครบถ้วน	- บุคลากรทุกคนสามารถสืบค้นข้อมูลของตนเองได้
การกำหนดสมรรถนะ	- รวบรวม และ จัดทำ Job Description ของบุคลากรทุกคน - จัดทำข้อมูลสมรรถนะของบุคลากรทุกคน	- บุคลากรทุกคนมี Job Description และข้อมูลการประเมินสมรรถนะครบ 100 %

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง ปี 2563

พัฒนาระบบการลงเวลาปฏิบัติราชการ

Service Profile

กลุ่มงานบัญชี

กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

Service Profile

1.บริบท (Context)

1. จัดทำบัญชี ตามระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. จัดทำรายงานทางการเงินเสนอผู้บริหาร
3. วิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินเพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารนำไปใช้ในการบริหารจัดการทางการเงินอย่างมีประสิทธิภาพทุกสิ้นเดือน/ทุกไตรมาส

งานบัญชีคือ การบันทึกข้อมูลและนำเสนอรายงานข้อมูล ด้านการเงินและบัญชี เพื่อให้ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถบริหารจัดการงบประมาณที่มีอยู่ได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)

1. บันทึกบัญชีเกณฑ์คงค้าง จากข้อมูลทางการเงิน เพื่อให้ข้อมูลทางบัญชีที่น่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ในการบริหารทางการเงินได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. จัดทำรายงานทางการเงินเสนอผู้บริหารเพื่อใช้ในการวิเคราะห์และติดตามสถานการณ์ทางการเงิน
3. จัดทำระบบบริหารจัดการลูกหนี้ โดยมีระบบการติดตามการค้างชำระรายเดือนที่เป็นปัจจุบัน

1.2 ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)

1. บันทึกบัญชีรับ-จ่าย ประจำวัน ให้แล้วเสร็จ ไม่เกินเวลา 12.30 น.ของวันถัดไป
2. ตรวจสอบและจัดทำงบทดลอง เพื่อส่งกลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่เกินวันที่ 10 ของเดือนถัดไป
3. จัดทำรายงานงบการเงินประจำเดือนทุกประเภทให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป
4. วิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินเพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารนำไปใช้ในการบริหารจัดการทางการเงินอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

งาน	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
การบันทึกรายการในระบบ Express			
- ใบสำคัญรับเงิน	5,480 ฉบับ	5,098 ฉบับ	5,651 ฉบับ
- ใบสำคัญจ่ายเงิน	11,143 ฉบับ	11,190 ฉบับ	9,742 ฉบับ
- ใบสำคัญทั่วไป	2,492 ฉบับ	4,134 ฉบับ	4,320 ฉบับ
จัดทำรายงานทางการเงิน			
-จัดทำงบทดลองส่งกลุ่มงานประกัน กระทรวงสาธารณสุข	12 ครั้ง	12 ครั้ง	12 ครั้ง
-รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (407) (ต่อเดือน)	12 ครั้ง	12 ครั้ง	12 ครั้ง
-รายงานทางการเงินของ รพ.	12 เล่ม	12 เล่ม	12 เล่ม

1.4 ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issue)

1. วิเคราะห์ และบันทึกบัญชีตามเกณฑ์คงค้างได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตรวจสอบได้ทุกเดือน
2. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการให้บริการ
3. พัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน เพื่อเพิ่มศักยภาพในหน่วยงาน
4. งานบัญชีของโรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพบัญชี

1.5 ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

1. เอกสารหลักฐานการรับเงิน – จ่ายเงิน สูญหาย รวมทั้งการรับเงิน – จ่ายเงินผิดพลาด
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งข้อมูลทางการเงินและบัญชีไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่ทันเวลา ภายใน เวลาที่กำหนด (ก่อนวันที่ 10 ของเดือนถัดไป)
3. การส่งรายงานทางการเงินและงบการเงินให้หน่วยงานภายนอก ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน
4. ปรับปรุงระบบรายงานทางการเงินให้ถูกต้อง ทันเวลา

1.6 จุดเน้นในการพัฒนา

- จัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างโดยการบันทึกบัญชีให้ครบถ้วนทั้งด้านรับ-จ่าย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (Express)
 - มีรายงานทางการเงิน ที่น่าเชื่อถือ ตรวจสอบได้ (เกณฑ์ผู้ตรวจสอบภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)
 - ความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินเสนอผู้บริหารอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน
- ระบบตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ลำดับ	ระบบ	จำนวน (ข้อ)	N/A	ผลคะแนน	ร้อยละ
	แบบประเมินเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง				
1.	มิติด้านการเงิน	52	2	45	90.00
2.	มิติด้านจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล	23	1	17	77.27
3.	มิติด้านงบการเงิน	46	4	39	92.86
4.	มิติด้านบริหารพัสดุ	51	15	23	63.89
5.	มิติด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง	38		37	97.37
	ผลรวม	210	22	161	85.64

ที่มา :<https://iad.moph.go.th/main/eia/>

ผลการประเมินระบบการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA)

ภาพรวมผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (ต่ำกว่า 80% จัดทำแผนพัฒนาองค์กร)

หน่วยบริการมีการแก้ไขข้อบกพร่องและข้อเสนอแนะจากผลการตรวจสอบงบการเงิน ครบทุกหน่วยบริการ

1.7 ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน (คน,เทคโนโลยี,เครื่องมือ)

- นักวิชาการเงินและบัญชี จำนวน 2 คน (พนักงานราชการ)
- เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี จำนวน 2 คน (พนักงานกระทรวงสาธารณสุข, ลูกจ้างชั่วคราว)

ข้อจำกัดด้านคน

- บุคลากรมีจำนวนไม่เพียงพอกับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นในทุกปี
- ผู้ปฏิบัติงานขาดความชำนาญในการปฏิบัติงาน เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงผังบัญชีทุกปี
- การรับเจ้าหน้าที่ใหม่เข้าปฏิบัติงานทำให้ต้องใช้เวลาในการศึกษาระเบียบหลักเกณฑ์ ข้อบังคับของ ทางการ เนื่องจากระเบียบที่เกี่ยวข้องมีหลากหลาย และมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด รวมถึงต้องใช้เวลาในการฝึกฝนงานเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญ ซึ่งในบางครั้งอาจพบข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงาน

ลักษณะงาน	ข้อจำกัด
งานบัญชี	<ul style="list-style-type: none">- ความซับซ้อนของงาน- ความเข้าใจในระบบงานแตกต่างกัน- รูปแบบการบันทึกบัญชีมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย- รูปแบบรายงานมีความหลากหลาย

เทคโนโลยีและเครื่องมือ

1. เครื่องคอมพิวเตอร์ จำนวน 4 เครื่อง
2. โน้ตบุ๊ก จำนวน 1 เครื่อง
3. เครื่องปริ้นเตอร์ จำนวน 1 เครื่อง
4. เครื่องถ่ายเอกสาร จำนวน 1 เครื่อง
5. เครื่องคิดเลข จำนวน 4 เครื่อง

ข้อจำกัดด้านอื่นๆ

- สถานที่สำหรับจัดเก็บเอกสารมีจำกัด (ก่อนนำเก็บที่คลัง) เนื่องจากเอกสารทางการบัญชีมีปริมาณมาก และต้องจัดเก็บไว้เพื่อรอการตรวจสอบ ในแต่ละปี

1.8 ประเด็นสร้างเสริมสุขภาพ

- บุคลากรในหน่วยงานได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ 100% และมีการติดตามผลการตรวจสุขภาพประจำปี

1.9 วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด การพัฒนา

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนา
- วิเคราะห์และบันทึก บัญชี ตามเกณฑ์คงค้างได้ อย่าง ถูกต้อง ครบถ้วน ตรวจสอบ ได้	เพื่อให้โรงพยาบาลและ หน่วยงานภายนอก ได้รับ ข้อมูล ทางการเงินที่ ถูกต้อง ครบถ้วน สามารถ ใช้ประโยชน์ของข้อมูล ทางการเงินในการ วิเคราะห์ สถานการณ์ทาง การเงินของ โรงพยาบาล ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ สูงสุด	- ระดับความสำเร็จ ของ การจัดทำรายงาน การ วิเคราะห์ สถานการณ์ การเงิน การคลัง - ร้อยละ 90 ของการ ตรวจสอบคุณภาพ บัญชี ผ่านเกณฑ์ ประเมินผลทาง อิเล็กทรอนิกส์	-มีการตรวจสอบเอกสาร การบันทึกบัญชีทุกฉบับ (ผู้บันทึกบัญชี 1 คน/ผู้ ตรวจสอบ 1 คน)
-การบริการด้านการรับ – จ่ายเงิน ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว ปลอดภัย โปร่งใส ตรวจสอบได้	เพื่อให้โรงพยาบาลและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้รับการ บริการด้านการ รับเงิน – จ่ายเงิน จากงาน การเงิน อย่าง ถูกต้อง ครบถ้วน ปลอดภัย โปร่งใส ตรวจสอบได้ และ ให้ เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ต่อ โรงพยาบาลมากที่สุด	- อัตราความถูกต้อง ทันเวลา ของการรับ เงิน - อัตราความถูกต้อง ทันเวลา ของการรับ เงิน	- พัฒนาระบบการ จัดทำบันทึกขออนุมัติ เบิก-จ่ายเงิน และการ จ่ายเงินนอก งบประมาณ

2.กระบวนการสำคัญ (Key Process)

การบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
1.รายงานทางการเงิน	- รายงานทางการเงิน และงบการเงินของ โรงพยาบาลมีความน่าเชื่อถือเป็นประโยชน์ ต่อองค์กร และ บุคคลภายนอก	- ระดับความสำเร็จของการ จัดทำรายงานการวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลัง
2.การบันทึกบัญชีเกณฑ์คงค้าง ของโรงพยาบาล ตามคู่มือที่กระทรวงสาธารณสุข	- บันทึกบัญชีตามเกณฑ์เกณฑ์คงค้าง ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตามมาตรฐานการบัญชี ลดความผิดพลาดในการบันทึกบัญชี ไม่เกิน 5% ต่อปี	- ร้อยละ 90 ของการ ตรวจสอบคุณภาพบัญชีผ่าน เกณฑ์ประเมินผลทาง อิเล็กทรอนิกส์ (การบันทึกบัญชีตามเกณฑ์คงค้าง)
3.จัดส่งบทดลองให้กับกระทรวงสาธารณสุข	- ลดจำนวนครั้งของการส่งบทดลองล่าช้า = 0	- คะแนนเต็ม 100 คะแนน

3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (100 คะแนน)	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
1.	ส่งงบการเงินครบถ้วน/ทันเวลา	10	10	10	10
2.	ส่งงบการเงินถูกต้องตามหลักบัญชี	55	55	55	55
3.	มีการปรับปรุงตามนโยบายบัญชี	35	35	35	35
	รวมคะแนน		100	100	100

ที่มา :<http://hfo60.cfo.in.th/>, <http://hfo61.cfo.in.th/>, <http://hfo62.cfo.in.th/>

การส่งงบการเงินครบถ้วน/ทันเวลา ถูกต้องตามหลักบัญชี และมีการปรับปรุงตามนโยบายบัญชีของกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนเต็ม 100 คะแนนทุกเดือน ทุกปี

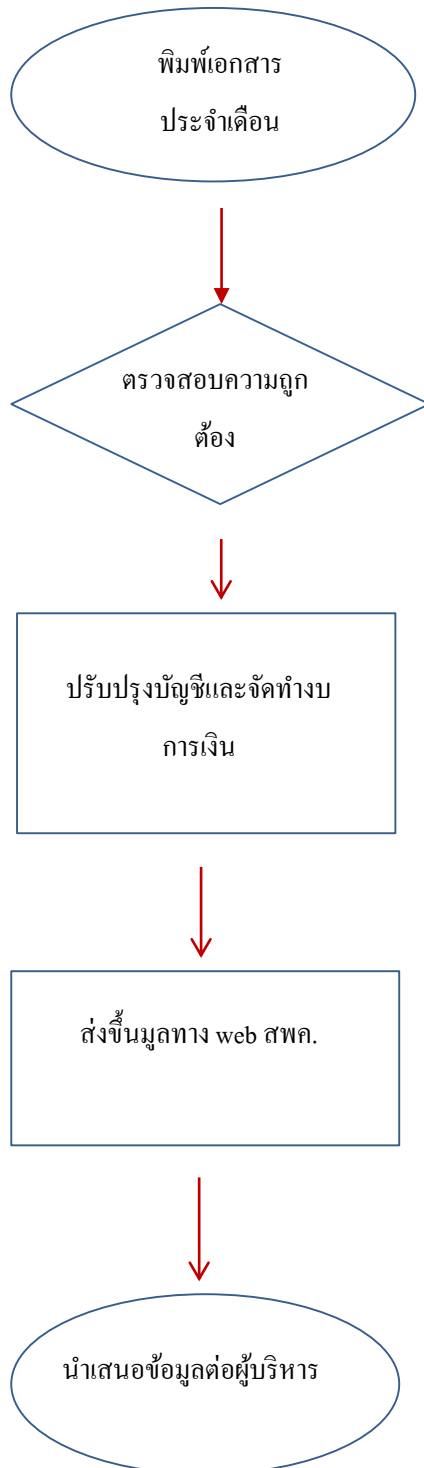
4.กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

- สรุประบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันที่ได้จากความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

ระบบงาน	ระบบเดิม	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์
การบันทึกบัญชีผิด ธนาคาร	-การเงินสรุปรายการรับ จ่ายให้บัญชีไม่แยก ธนาคาร - บัญชีไม่สามารถ ตรวจสอบความถูกต้อง ของการบันทึกบัญชีแต่ละ ธนาคารกับการเงิน	- การเงินสรุปการรับ จ่ายแยกธนาคาร ชัดเจนส่งให้งานบัญชี - งานบัญชีบันทึกบัญชี แล้วตรวจสอบยอดการ รับจ่ายเงินแต่ละ ธนาคารให้ถูกต้องตรง กับงานการเงินส่งให้	- การบันทึกบัญชีไม่ผิด ธนาคาร
การวิเคราะห์ สถานการณ์ทาง การเงิน	-ไม่ได้นำเสนอรายงาน การเงินให้ผู้บริหารทราบ เป็นรายเดือน/รายไตรมาส	- มีการวิเคราะห์ สถานการณ์ทาง การเงินแต่ยังไม่ค่อย เข้าใจกระบวนการที่ ถูกต้องแท้จริง มีการนำเสนอรายงาน ทางการเงินให้ผู้บริหาร ทราบ	- ผู้บริหารรับทราบในรายงาน ที่ทำเสนอ

4.1 การจัดทำรายงานประจำเดือน/ประจำปี

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน



วิธีการปฏิบัติงาน

-พิมพ์เอกสารการบันทึกบัญชีประจำวันในโปรแกรมสำเร็จรูป

-ตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกบัญชีอีกครั้ง

-บันทึกการปรับปรุงบัญชีประจำเดือน
-จัดทำงบการเงินประจำเดือน

-ส่งข้อมูลขึ้น web สฟค. เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและประมวลผลการวิเคราะห์ทางการเงิน

-เสนอข้อมูลให้ผู้บริหารทราบฐานะทางการเงิน

5. แผนการที่จะพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาการจัดทำบัญชีและรายงานทางการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วนเป็นปัจจุบันลดข้อผิดพลาดให้น้อยที่สุด หรือ ให้เป็น 0%
- ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน
- ศึกษาเกี่ยวกับการตรวจรายงานทางการเงิน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ
- พัฒนาสถานที่ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

Service Profile

กลุ่มงานประกันสุขภาพ

1. บริบท (Context)

ก.หน้าที่และเป้าหมาย

1. เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านหลักประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนตามสิทธิที่พึงได้รับ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม
2. การตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลและกระบวนการด้านสังคมสงเคราะห์แก่ผู้มีปัญหาด้านสิทธิการรักษา เศรษฐกิจและสังคม
3. การตรวจสอบและเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล เพื่อเพิ่มรายได้ให้องค์กร
4. ตรวจสอบข้อมูลการรักษานอกเครือข่ายและตามจ่ายค่ารักษาพยาบาล
5. งานสารข้อมูลสารสนเทศระบบประกันสุขภาพ
6. รับเรื่องร้องเรียน

ข.ขอบเขตบริการ

1. ให้บริการขึ้นทะเบียนบัตร ประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ตรวจสอบสิทธิ, เปลี่ยนสถานพยาบาล, เปลี่ยนสิทธิการรักษา
2. ให้บริการทางสังคมสงเคราะห์แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มาใช้บริการ
3. ให้บริการข้อมูลทางวิชาการงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสังคมสงเคราะห์ ทีมงานสหวิชาชีพตลอดจนผู้สนใจ
4. การตรวจสอบและเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล เพื่อเพิ่มรายได้ให้องค์กร
5. ตรวจสอบข้อมูลการรักษานอกเครือข่ายและตามจ่ายค่ารักษาพยาบาล
6. งานสารข้อมูลสารสนเทศระบบประกันสุขภาพ
7. รับเรื่องร้องเรียนและนำเรื่องร้องเรียนเข้าสู่กระบวนการพิจารณาผ่านคณะกรรมการ

ศักยภาพ

1. ให้บริการลงทะเบียน ตรวจสอบและรับรองสิทธิให้แก่ผู้รับบริการสิทธิการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้า , ประกันสังคม ,ข้าราชการ ,แรงงานต่างด้าว และผู้มีปัญหาทางสถานะและสิทธิ
2. ตรวจสอบสิทธิและให้คำปรึกษา แนะนำและประสานงานแก่ผู้ป่วยและญาติ เจ้าหน้าที่ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้มีสิทธิการรักษาต่าง ๆ ได้รับความคุ้มครองตามหลักเกณฑ์ของแต่ละประเภทสิทธิการรักษา
3. เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ กรณี หลักประกันสุขภาพ ข้าราชการ พรบ. ประกันสังคม แรงงานต่างด้าว ผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาและตรวจสอบได้
4. ตรวจสอบรายรับขององค์กรจากกองทุนต่าง ๆ
5. ติดตาม เรียกเก็บเงินจากลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิ
6. ให้บริการข้อมูลทางวิชาการแก่หน่วยงานต่าง ๆ

ข้อจำกัด

กลุ่มงานประกันสุขภาพ เปิดให้บริการเฉพาะในวันและเวลาราชการกรณีมีผู้รับบริการที่มีสิทธิรักษา มีปัญหา เช่น บัตรทองนอกเขต และประกันสังคมนอกเขตที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ จะใช้การปรึกษาทางโทรศัพท์กับผู้รับผิดชอบงาน กรณีไม่สามารถติดต่อได้ให้สิทธิหัวหน้าเวรเป็นผู้ตัดสินใจแทน จากนั้นงานประกันสุขภาพจะเป็นผู้รับหน้าที่ติดตามต่อไป

กรณีระบบอินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์ขัดข้องไม่สามารถตรวจสอบสิทธิได้ให้ยึดถือสิทธิเดิมครั้งสุดท้ายที่มารับบริการเป็นสิทธิรักษา หรือหากผู้รับบริการมีบัตรประจำตัวที่สามารถช่วยในการยืนยันสิทธิได้ให้เชื่อถือในเอกสารที่นำมาแสดงนั้นๆ

กรณีสิทธิประกันสังคม หน่วยงานสามารถทำได้เพียงเป็นหน่วยงานที่ให้บริการการรักษาพยาบาล และให้คำแนะนำ แต่ไม่สามารถลงทะเบียนหรือย้ายสถานพยาบาลได้

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ³

ลูกค้าภายนอก

ผู้รับบริการ	ความต้องการ/ความคาดหวัง	การตอบสนอง
1. ผู้ป่วย /ญาติ	<ul style="list-style-type: none">รับทราบสิทธิการรักษาพยาบาล ข้อมูลบริการที่ควรได้รับ ตามสิทธิได้รับความสะดวก รวดเร็ว ในการติดต่อเจ้าหน้าที่ยิ้มแย้ม แจ่มใส พุดจาไพเราะ	<ul style="list-style-type: none">ให้คำแนะนำในสิทธิการรักษาพยาบาล ตามสิทธิที่ผู้รับบริการแต่ละคนพึงได้รับ อย่างถูกต้องตามระเบียบโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีระบบในการตรวจสอบสิทธิและให้บริการตามลำดับคิวให้บริการโดยยึดผู้รับบริการเป็นหลัก และจัดอบรมพฤติกรรมบริการให้แก่ জনท.เน้นย้ำให้ทุกคนมีพฤติกรรมบริการที่เหมาะสม ยึดหลักบริการด้วยหัวใจ
2. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	<ul style="list-style-type: none">ได้รับการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลในกรณีไม่มีเงินชำระค่ารักษาพยาบาล หรือผิดผ่อนชำระหนี้สินมีช่องทางในการติดต่อสอบถามเพิ่มมากขึ้น เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อชำระหนี้	<ul style="list-style-type: none">จัดวางระบบเพื่ออนุเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลจาก กองทุนรักษาสงฆ์ อาพาธ และกองทุนสงเคราะห์สงฆ์อาพาธชำระผ่านช่องทาง QR code ของโรงพยาบาล

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ³

ลูกค้าภายนอก(ต่อ)

ผู้รับบริการ	ความต้องการ/ความคาดหวัง	การตอบสนอง
3. รพ.สต.ในเขตอำเภอ ๕๐ พรรษามหาวิราลงกรณ	<ul style="list-style-type: none"> ● ได้รับความสะดวก รวดเร็ว และการประสานงานที่ดี ● ได้รับคำปรึกษาในกรณีมีปัญหาในโครงการหลักประกันสุขภาพ ● ได้รับข้อมูลการขึ้นทะเบียน/ ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ ของประชากรในเขตรับผิดชอบที่เป็นปัจจุบัน ● ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมีหลักประกันสุขภาพ ≥ 99.50 % ตามสิทธิที่พึงได้รับ ● มีการประชุมเพื่อชี้แจงรายละเอียดในโครงการหลักประกันสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> ● จัด จนท.ไว้ให้บริการเมื่อได้รับการติดต่อประสานงาน ● ส่งข้อมูลการขึ้นทะเบียน / ความครอบคลุมให้ทราบทุกครั้งเมื่อได้รับข้อมูลจาก สสจ.อุบลราชธานี ● แจ้งข้อมูลผู้ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลให้ รพ.สต.ทราบเพื่อติดตามมาดำเนินการขึ้นทะเบียน ● จัดประชุมปีละ 1 ครั้งเพื่อชี้แจงกองทุนหลักประกันสุขภาพ
4. สสจ. อุบลราชธานี , สปสช. , รพ.อื่น , สกส. , สนย.	<ul style="list-style-type: none"> ● ข้อมูลรายงาน การลงทะเบียน และการเรียกเก็บ ที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลาที่กำหนด ● การประสานงานเกี่ยวกับปัญหาการคุ้มครองสิทธิด้านการรักษาพยาบาลตามหลักประกันสุขภาพที่สะดวก และรวดเร็ว 	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดส่งข้อมูลให้ทันเวลาที่กำหนด

ลูกค้าในโรงพยาบาล

หน่วยงาน	ความต้องการ/ความคาดหวัง	การตอบสนอง
1. ห้องฉุกเฉิน	<ul style="list-style-type: none"> ● ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบ และขอบเขตบริการที่สามารถให้กับผู้รับบริการ สิทธิบัตรต่าง ๆ อย่างถูกต้อง ● ตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการ กรณีอุบัติเหตุ/ ฉุกเฉิน/พรบ.อย่างรวดเร็ว ถูกต้องและจัดทำหลักฐานครบถ้วน ● ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วย สิทธิบัตรต่าง ๆ และแนวทางการจัดเก็บเอกสาร 	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้ความรู้เกี่ยวกับระเบียบ และขอบเขตบริการในสิทธิบัตรต่าง ๆ ● ให้บริการตรวจสอบสิทธิตามประเภทผู้รับบริการ และตามลำดับคิว ● ให้ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยสิทธิบัตรต่าง ๆ และแนวทางการจัดเก็บเอกสารพร้อมจัดเตรียมเอกสารให้หน่วยงาน

ลูกค้าในโรงพยาบาล(ต่อ)

หน่วยงาน	ความต้องการ/ความคาดหวัง	การตอบสนอง
2.แผนกผู้ป่วยนอก	<ul style="list-style-type: none"> ● ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบ และ ขอบเขตบริการที่สามารถให้กับผู้รับบริการ สิทธิบัตรต่าง ๆ อย่างถูกต้อง ● ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิบัตรของผู้ป่วย ● ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบและข้อปฏิบัติของโครงการหลักประกันสุขภาพ ● ติดต่อประสานงาน เกี่ยวกับสิทธิบัตร และการส่งต่อทั้งภายในและนอกจังหวัด ● สนับสนุนเอกสารการเรียกเก็บค่ารักษาของ สิทธิบัตรต่าง ๆ ● ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการชำระค่า รักษาพยาบาลได้รับการอนุเคราะห์ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้ความรู้เกี่ยวกับระเบียบ และขอบเขต บริการในสิทธิบัตรต่าง ๆ ● จัดทำทะเบียนการส่งต่อผู้ป่วยและบันทึก ในโปรแกรมเวชระเบียน ● จัดเตรียมเอกสารพร้อมแจกจ่ายเอกสาร ให้หน่วยงาน ● จัดระบบการอนุเคราะห์และรวบรวม เอกสารเสนอผู้บริหารเพื่อพิจารณา อนุเคราะห์ที่เหมาะสม
3. แผนกผู้ป่วยใน	<ul style="list-style-type: none"> ● ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบ และ ขอบเขตบริการที่สามารถให้กับผู้รับบริการ สิทธิบัตรต่าง ๆ อย่างถูกต้อง ● ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบและข้อปฏิบัติของโครงการหลักประกันสุขภาพ ● ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิบัตรของผู้ป่วย ● ติดต่อประสานงาน เกี่ยวกับสิทธิบัตร และการส่งต่อทั้งภายในและนอกจังหวัด ● สนับสนุนเอกสารการเรียกเก็บค่ารักษา ของ สิทธิบัตรต่างๆผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการ ชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการอนุเคราะห์ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้ความรู้เกี่ยวกับระเบียบ และขอบเขต บริการในสิทธิบัตรต่าง ๆ ● จัดทำทะเบียนการส่งต่อผู้ป่วยและบันทึก ในโปรแกรมเวชระเบียน ● จัดเตรียมเอกสารพร้อมจัดเตรียมเอกสาร ให้หน่วยงาน ● จัดระบบการอนุเคราะห์และรวบรวม เอกสารเสนอผู้บริหารเพื่อพิจารณา อนุเคราะห์ที่เหมาะสม
4. กลุ่มงานเภสัชกรรม งานแพทย์แผนไทยและงานกายภาพบำบัด	<ul style="list-style-type: none"> ● ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบ และ ขอบเขตบริการที่สามารถให้กับผู้รับบริการ สิทธิบัตรต่าง ๆ อย่างถูกต้อง ● ได้รับรายละเอียดของค่าบริการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายอย่างถูกต้อง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้ความรู้เกี่ยวกับระเบียบ และขอบเขต บริการในสิทธิบัตรต่าง ๆ ● จัดเตรียมเอกสารรายละเอียดค่าบริการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายให้หน่วยงาน
5. กลุ่มงานการเงิน	<ul style="list-style-type: none"> ● ได้รับข้อมูลรายละเอียดการเรียกเก็บเงินของสถานพยาบาลอื่น ๆอย่างถูกต้อง ● ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบและข้อปฏิบัติของโครงการหลักประกันสุขภาพ ● ข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลประจำเดือน ถูกต้อง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ตรวจสอบข้อมูลการเรียกเก็บเงินของสถานพยาบาลอื่น ๆก่อนจัดส่ง ● ให้ความรู้เกี่ยวกับระเบียบและขอบเขต บริการในสิทธิบัตรต่าง ๆ ● ตรวจสอบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลประจำเดือนทุกครั้งก่อนการจัดส่ง

ลูกค้าในโรงพยาบาล(ต่อ)

หน่วยงาน	ความต้องการ/ความคาดหวัง	การตอบสนอง
	<ul style="list-style-type: none"> ใกล้เคียงปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ ของผู้ป่วยที่ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลหรือ ผัดผ่อนหนี้ 	<ul style="list-style-type: none"> จัดระบบศูนย์ลูกค้าหนี้
6. กลุ่มภารกิจ บริการด้านปฐมภูมิ	<ul style="list-style-type: none"> ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบ และ ขอบเขตบริการที่สามารถให้กับผู้รับบริการ สิทธิบัตรต่าง ๆ จัดทำบัตรประกันสุขภาพสิทธิผู้พิการให้กับผู้ พิการที่ได้รับการรับรองความพิการ ได้รับบัตรประกันสุขภาพที่ถูกต้อง ครบถ้วน 	<ul style="list-style-type: none"> ให้ความรู้เกี่ยวกับระเบียบ และขอบเขต บริการในสิทธิบัตรต่าง ๆ ตรวจสอบและจัดทำบัตรประกันสุขภาพ สิทธิผู้พิการ มีระบบการตรวจสอบก่อนจัดส่งบัตร ประกันสุขภาพ
7. กลุ่มงาน ทัน ตกรรม	<ul style="list-style-type: none"> ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบ และ ขอบเขตบริการที่สามารถให้กับผู้รับบริการ สิทธิบัตรต่าง ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ให้ความรู้เกี่ยวกับระเบียบ และขอบเขต บริการในสิทธิบัตรต่าง ๆ
8.กลุ่มงานอื่น ๆ	<ul style="list-style-type: none"> ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบ และ ขอบเขตบริการที่สามารถให้กับผู้รับบริการ สิทธิบัตรต่าง ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ให้ความรู้เกี่ยวกับระเบียบ และขอบเขต บริการในสิทธิบัตรต่าง ๆ

ง.ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ประชาชนในเขตความรับผิดชอบมีหลักประกันสุขภาพอย่างครอบคลุม มีความพึงพอใจในการ ให้บริการ การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลทุกประเภทมีความครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา

จ.ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ(จุดเน้นในการพัฒนา)

ความท้าทาย	ความเสี่ยงสำคัญ	จุดเน้นในการพัฒนา
1.การตรวจสอบและรับรอง สิทธิให้แก่ผู้รับบริการด้วย ความถูกต้อง	<p>1.ผู้รับบริการได้รับสิทธิการ รักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง</p> <p>กรณีบัตรประกันสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้มารับบริการไม่ได้นำบัตรมาแสดง เวลามาใช้สิทธิรักษาพยาบาล - บัตรที่ตรวจสอบได้หมดอายุยังไม่ได้รับ การขึ้นทะเบียนทำบัตรใหม่ - ไม่ได้ทำการตรวจสอบสิทธิก่อน ให้บริการ 	<p>1.ตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการทุกครั้งที่เข้ามา รับบริการโดยตรวจสอบทาง Internet เว็บไซต์ ตรวจสอบสิทธิของสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติหรือโทรศัพท์สอบถาม 1330 (สายด่วนประกันสุขภาพ)</p> <p>2.แนะนำความรู้ความเข้าใจในเรื่องการขอ ขึ้นทะเบียนสิทธิการรักษาพยาบาล และ การใช้สิทธิรักษาที่ถูกต้อง</p>

ความท้าทาย	ความเสี่ยงสำคัญ	จุดเน้นในการพัฒนา
<p>1. การตรวจสอบและรับรองสิทธิให้แก่ผู้รับบริการด้วยความถูกต้อง (ต่อ)</p>	<p>กรณีประกันสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีเอกสารรับรองสิทธิมาแสดงกรณีบาดเจ็บจากการทำงาน (กท.44) - ไม่ได้ทำการตรวจสอบสิทธิก่อนให้บริการ - ไม่ได้เรียกเก็บเงินจากผู้รับบริการในกรณีไม่ใช่อุบัติเหตุและฉุกเฉิน <p>กรณีผู้ประสบภัยจากรถ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับบริการไม่ยอมใช้สิทธิ พรบ.จะขอใช้สิทธิอื่นแทน - ผู้รับบริการไม่นำหลักฐานมาให้รพ.ตามระยะเวลาที่กำหนด - เบอร์โทรศัพท์ที่ให้ไว้ติดต่อไม่สามารถติดต่อได้ 	<ul style="list-style-type: none"> 3. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่นประกันสังคมเพื่อตรวจสอบสิทธิที่ถูกต้อง 4. แนะนำความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิประโยชน์ของประกันสังคม 5. มีการประชุมชี้แจงและแก้ไขปัญหาร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เรื่องการลงทะเบียนไม่ถูกต้องและเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาล 6. จัดทำเอกสารพร้อมอธิบายรายละเอียดเรื่องพรบ.รถและสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ 7. ประสานงาน ER เพื่อให้ขอเบอร์โทรศัพท์ 2 เบอร์ เพื่อให้สามารถติดต่อกับผู้รับบริการได้
<p>2. เพิ่มรายได้จากการให้บริการทางการแพทย์</p>	<p>2. สูญเสียรายได้จากการให้บริการทางการแพทย์เนื่องจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ผิดสิทธิเนื่องจากจุดบริการอื่นลงสิทธิผู้ป่วยไม่ถูกต้อง - หน่วยงานที่เรียกเก็บปฏิเสธการจ่ายเงิน - ส่งสิทธิผิดและไม่ได้รับการตรวจสอบก่อนจำหน่าย - ผู้รับบริการไม่ยินยอมชำระเงินในรายที่ไม่เข้ากรณีที่ได้รับการยกเว้น - ผู้รับบริการไม่นำเอกสารหรือหลักฐานมาให้ก่อนจำหน่ายออกจากรพ. 	<ul style="list-style-type: none"> - ประสานทำความเข้าใจร่วมกันกับจุดบริการต่างๆเช่น OPD ER IPD LR ถ้าไม่สามารถยืนยันสิทธิผู้รับบริการได้ให้ส่งมาตรวจสอบที่งานประกันสุขภาพก่อนให้บริการหรือในระหว่างนอนพักรักษาตัวที่รพ. - มีการตรวจสอบสิทธิเบื้องต้นจาก WEB สปสช. นอกเวลาราชการ - ตรวจสอบหลักเกณฑ์การเรียกเก็บให้ชัดเจนและตรวจสอบเอกสารให้ครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนส่งโดยมีการตรวจสอบจากงานประกันทุกครั้ง - งานประกันอธิบายเรื่องสิทธิให้ผู้รับบริการรับทราบพร้อมให้ลงลายมือชื่อเพื่อรับทราบในรายละเอียด - มัดจำค่ารักษาพยาบาลเพื่อให้นำเอกสารมาให้รพ.

ความท้าทาย	ความเสี่ยงสำคัญ	จุดเน้นในการพัฒนา
3.ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ100%	3.ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพไม่ครบ100% เนื่องจาก - โปรแกรมลงทะเบียนของรพ.สต.ไม่สามารถใช้งานได้เนื่องจากโปรแกรมใหม่ที่ใช้smart card - โปรแกรมมีความยุ่งยาก และซับซ้อน	1. นำข้อมูลสิทธิว่างที่ได้จากฐานข้อมูลมาทำการแยกรายสิทธิในแต่ละ รพ.สต. 2. ส่งข้อมูลประชากรให้ รพ.สต.ไปดำเนินการสำรวจจากประชากรที่พักอาศัยอยู่จริงในพื้นที่และต้องการขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล 3. แนะนำให้ผู้รับบริการที่ต้องการขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลมาแสดงความจำนงขอขึ้นทะเบียนโดยนำหลักฐานที่ใช้ประกอบการขึ้นทะเบียนมายื่นได้แก่ สำเนาทะเบียน/บัตรประชาชน พร้อมทั้งมีลายมือชื่อกำกับเพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบ 4. ให้ รพ.สต.นำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจมาทำการขึ้นทะเบียนผ่านweb site NHSO Authen 5. นายทะเบียนทำการอนุมัติบัตร Onlineให้กับ รพ.สต. 6. ให้ทีมเทคโนโลยีและสารสนเทศตรวจสอบเครื่องมือเพื่อให้เกิดความพร้อมใช้งาน

จ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ด้านบุคลากรและอัตรากำลังเนื่องจากบุคลากรมีความมุ่งมั่นในการทำงาน แต่ทักษะและประสบการณ์ยังน้อย

1. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	1	คน
2. พนักงานธุรการ	8	คน
3. พนักงานบัตรรายงานโรค	1	คน

ด้านเครื่องมือและเทคโนโลยี

1. เครื่องคอมพิวเตอร์	10	เครื่อง
2. เครื่องปริ้นเตอร์	7	เครื่อง
3. เครื่องสำรองไฟฟ้า	10	เครื่อง
4. กล้องเว็บแคม	1	เครื่อง
5. เครื่องอ่านSmart card	10	เครื่อง
6. เครื่องScanลายนิ้วมือ	4	เครื่อง

ปริมาณงานของงานประกันสุขภาพ

ดูตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

2. กระบวนการสำคัญ (Key Process)³

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1.การลงทะเบียนสิทธิการรักษาพยาบาล 1.1 สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 1.2 สิทธิข้าราชการ 1.3 สิทธิแรงงานต่างด้าว	- ผู้รับบริการได้รับความคุ้มครองในสิทธิการรักษาพยาบาลตามสิทธิที่พึงได้รับ - ป้องกันปัญหาการร้องเรียนในเรื่องการใช้สิทธิการรักษาพยาบาล - ผู้รับบริการมีความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดี	1.อัตราความครอบคลุมการลงทะเบียนสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 99.50% 2. อัตราข้อมูลสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ส่งลงทะเบียนและผ่านการอนุมัติ(บัตร) 100%
2.การเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ตามสิทธิการรักษาพยาบาล 2.1 สิทธิบัตรประกันสุขภาพ 2.2 สิทธิข้าราชการ(เบิกได้) 2.3 สิทธิประกันสังคม 2.4 สิทธิพรบ. 2.5 สิทธิแรงงานต่างด้าว	- เพิ่มรายได้ให้กับโรงพยาบาล - บันทึกข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการต้องครบถ้วน/ถูกต้อง/ความทันเวลาในการส่งข้อมูลและสามารถตรวจสอบได้	1.ร้อยละความทันเวลาในการจัดส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยในทุกลสิทธิบัตร 100 % 2.ร้อยละข้อมูลที่ส่งเรียกเก็บค่าบริการโรงพยาบาลผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น(ไม่ติดC) ทุกสิทธิ $\geq 90\%$
3. การบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยญาติ เจ้าหน้าที่ และ ผู้รับ บริการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์	ผู้รับบริการได้รับข้อมูลที่มีความถูกต้อง เชื่อถือได้	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ $\geq 80\%$

3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน⁴ (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ			
		2560	2561	2562	2563
1. อัตราความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพประชาชนในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี	99.50 %	99.98	99.98	98.84	99.95
2. อัตราของเรื่องร้องเรียนในโครงการหลักประกันสุขภาพกับเรื่องร้องเรียนทั่วไป	ไม่เกิน 5 ต่อแสน คนของผู้มีสิทธิ	0	0	0	0
3. ร้อยละของค่ารักษาพยาบาลสิทธิ พรบ.ที่เรียกเก็บจากบริษัทประกันภัย ครอบคลุม ถูกต้อง	100 %	100	100	100	100
4. ร้อยละของค่ารักษาพยาบาลสิทธิประกันสังคมในเขตที่ได้รับค่ารักษาพยาบาล ครอบคลุม ถูกต้อง	100 %	100	100	100	100
5. ร้อยละของค่ารักษาพยาบาลสิทธิประกันสังคมนอกเขตที่ได้รับค่ารักษาพยาบาล ครอบคลุม ถูกต้อง	100 %	100	100	100	100
6. ร้อยละความทันเวลาในการจัดส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลกรณี IPD สิทธิบัตรประกันสุขภาพ	100%	100	100	99.95	100
7. ร้อยละข้อมูลที่ส่งเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น สิทธิบัตรประกันสุขภาพ	100%	100	100	100	100
8. ร้อยละของค่ารักษาพยาบาลสิทธิข้าราชการ OPD ที่เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ครอบคลุม ถูกต้อง	100%	100	100	100	100
9. ร้อยละของค่ารักษาพยาบาลสิทธิข้าราชการ IPD ที่เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ครอบคลุม ถูกต้อง	100%	100	100	100	100
10. ร้อยละของค่ารักษาพยาบาลสิทธิข้าราชการ ที่เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลกรณีส่งเบิกต้นสังกัด ครอบคลุม ถูกต้อง	100%	100	100	100	100
11. ร้อยละของค่ารักษาพยาบาลสิทธิต่างดาวที่เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ครอบคลุม ถูกต้อง	80%	NA	NA	100	100
12. ร้อยละของค่ารักษาพยาบาลสิทธิผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ (State rate)ที่เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ครอบคลุม ถูกต้อง	80%	NA	NA	100	100

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน(รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

1. การสำรวจและแก้ไขสิทธิว่างซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญเพื่อให้ความครอบคลุมผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งได้มีการดำเนินการเชิงรุก คือมีการติดตามทางจดหมายไปยังผู้รับบริการที่มีสิทธิว่างตามที่อยู่ที่สามารถสำรวจได้หรือแจ้งผ่านทางผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำท้องถิ่น อีกทั้งผู้รับบริการที่มารับบริการในโรงพยาบาลจะดำเนินการขึ้นทะเบียนสิทธิให้ทันที ก่อนทำการรักษาเพื่อความสะดวกของผู้รับบริการ ปัจจุบันความครอบคลุม คิดเป็น 99.95 % (ข้อมูล ณ 1 เมษายน 2563)

2. การตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในได้ครอบคลุม ส่งผลให้ลดปัญหาการสูญเสียรายได้
3. เพิ่มประสิทธิภาพการเรียกเก็บโดยการใช้ RCM ในการตรวจสอบความครบถ้วนของการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาล

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

1. ดำเนินการติดตามเอกสารจากผู้รับบริการที่ค้างชำระหรือที่มีการค้างเอกสารในการตั้งเบิกพรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ
2. ดำเนินการคีย์ข้อมูลส่งเบิกพรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ ทาง E-claim โดยผ่านทาง web site ให้ทัน 24 ชม.หลังเกิดเหตุ
3. ให้เจ้าหน้าที่การเงินเป็นผู้ดำเนินการติดตามลูกหนี้ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลโดยงานประกันฯเป็นผู้นำรายชื่อให้หลังจากตรวจสอบ
4. พัฒนาระบบการเรียกเก็บผ่านระบบ Fax claim
5. นำโปรแกรมบริหารจัดการลูกหนี้(RCM) มาใช้เพื่อปรับประสิทธิภาพการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล

5.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. พัฒนาระบบการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในก่อนจัดส่งให้ สปสช. เพื่อให้การติด C ของข้อมูลและความล่าช้าลดลง
2. พัฒนาระบบการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิให้เบิกครบถ้วนและทันเวลา
3. มีการนำ Drug Catalog มาใช้ในโปรแกรม E-claim และควรทำการ up date ข้อมูลยาให้เป็นประจำและสม่ำเสมอเมื่อมีการเพิ่มข้อมูลยา

6.วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด การพัฒนา

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและ ผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนา
การเพิ่มสิทธิประชากรUC	เพื่อการจัดสรรงบประมาณรายหัวที่เพิ่มขึ้น	ความครอบคลุม≥99.50	-การสำรวจสิทธิผู้มีบัตรทองต่างจังหวัดที่ย้ายหรือมากลับมาทำงานที่บ้าน -สำรวจสิทธิในผู้มารับบริการที่OPDทุกราย
พัฒนาระบบตรวจสอบข้อมูลก่อนนำส่ง	-ลดการผิดพลาดของข้อมูล -ไม่พบข้อมูลติดC -ไม่พบข้อมูลล่าช้า	ข้อมูลผู้ป่วยในมีคุณภาพสมบูรณ์≥100%	ทำการตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยในโดยเปรียบเทียบข้อมูลจากโปรแกรม HOSxP และทำการตรวจสอบก่อนและหลังจากD/C

Service profile

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

1. บริบท¹ (Context)

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ เป็นกลุ่มงานหนึ่งในสังกัดกลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งในผังโครงสร้างการแบ่งส่วนราชการของ รพท./รพศ. ตามมติ อ.ก.พ. ส.ป. ครั้งที่8/2558 ลงวันที่8 พฤศจิกายน 2558 มีบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ตามกรอบประกอบด้วย นักวิเคราะห์นโยบายและแผน 3 ตำแหน่ง นักวิชาการสถิติ 2 ตำแหน่งและ จพ.เวชสถิติจำนวน 20 ตำแหน่ง ซึ่งในการปฏิบัติงานจริงมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานเพียงนักวิชาการสาธารณสุข 1 ตำแหน่งและพนักงานพิมพ์ 1 ตำแหน่ง มีพยาบาลวิชาชีพมาปฏิบัติงานเพิ่มตามนโยบายผู้บริหารเนื่องจากเป็นงานที่มีความสำคัญที่สนับสนุนภารกิจและการตัดสินใจของผู้บริหาร

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

1. รับผิดชอบในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างบูรณาการครอบคลุมถึงแผนปฏิบัติการประจำปี แผนการเงินการคลัง แผนด้านงบประมาณ พรบ.งบประมาณ แผนงบลงทุน(ค่าเสื่อม สปสข) และโครงการต่างๆที่เป็นรายละเอียดตามแผนปฏิบัติการงบประมาณเงินบำรุงประจำปี โครงการพิเศษตามนโยบายผู้บริหาร โครงการพิเศษเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจากส่วนราชการหรือองค์กรเอกชนอื่นๆ ทั้งนี้รวมถึงกระบวนการสื่อสารแผนสู่การปฏิบัติ ควบคุมกำกับและติดตามประเมินผลภายในองค์กร การติดตามประเมินผลจากภายนอก และสรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี
2. รับผิดชอบในการรวบรวมและรายงานข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการแก่หน่วยงานที่ต้องการ เช่น สสจ. เขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการบันทึกข้อมูลในระบบออนไลน์ที่กระทรวงหรือจังหวัดจัดทำขึ้น เช่น ระบบ GIS HEALTH
3. รับผิดชอบในการบันทึกปริมาณในระบบ SMS ตามหน่วยต้นทุน
4. รับผิดชอบในการจัดทำโครงการพิเศษอื่นๆ เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานจากหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆตามนโยบายของผู้บริหาร
5. เก็บรวบรวมข้อมูล สถิติ สำคัญขององค์กร
6. หน้าที่อื่นๆตามที่ได้รับมอบหมาย เช่น กรรมการCFO การจัดทำรายงานแสดงเจตนาธรมย์ (Letter of intent)ของกรรมการCFO ต่อผู้ตรวจราชการ

เป้าหมาย เพื่อสนับสนุนระบบบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ข. ขอบเขตการให้บริการ

ศักยภาพ

- 1) การจัดทำแผนกลยุทธ์การพัฒนาสาธารณสุข แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลและการจัดทำแผนปฏิบัตินโยบายประจำปี
- 2) การจัดทำแผนงบค่าเสื่อมด้านอาคารสิ่งปลูกสร้าง/และครุภัณฑ์ตามงบประมาณของ สปสข.

¹ เขียนอย่างสรุป ความยาวไม่เกิน 1 หน้า สามารถใช้ตารางสรุปในบางเรื่องได้

- 3) การจัดทำแผนงบลงทุนงบประมาณประจำปี
- 4) โครงการพิเศษต่างๆ เช่นโครงการตามแผนพัฒนาจังหวัด โครงการพิเศษเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์กร มูลนิธิ ต่างๆ
- 5) การจัดทำแผนการเงินการคลัง(Planfin)
- 6) การนิเทศ และประเมินผลการดำเนินการตามแผน
- 7) การสรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี

ข้อจำกัด

- 1) การจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพตามกรอบโครงสร้าง
- 2) การจัดทำคลังข้อมูลสำคัญระดับโรงพยาบาล
- 3) การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ(Service plan)

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการสำคัญ
1. สสอ./สอ.	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีแผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุขร่วมกันที่ชัดเจน ครอบคลุม เป็นปัจจุบัน 2. มีการนิเทศติดตามงาน ตามนโยบายของจังหวัดและเครือข่ายร่วมกัน 3. มีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล รายงาน ให้ทันเวลา 4. มีการสรุปวิเคราะห์ ประมวลผล นำเสนอรายงานต่าง ๆ ส่งให้ นำไปเป็นข้อมูลอ้างอิง เพื่อพัฒนาแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ของตนเองได้ 5. มีการสรุปการบริหารงบประมาณUC เครือข่าย
2. สสจ.	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำแผนยุทธศาสตร์/ แผนค่าเสื่อม และจัดส่งให้ทันเวลา 2. การส่งรายงานที่ถูกต้อง รวดเร็วและทันเวลา 3. การจัดส่ง/จัดหา ข้อมูลตามที่ร้องขอ 4. การประสานงานระหว่างหน่วยงาน
3. กระทรวงสาธารณสุข	<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดทำแผนงบลงทุนและการติดตามกำกับการดำเนินงาน 2. การจัดส่งข้อมูลรายงานที่ร้องขอในเวลาที่กำหนด 3. การบันทึกข้อมูลระบบรายงานการใช้จ่ายงบประมาณ(SMS) ให้ถูกต้องครบถ้วน
4. ฝ่ายต่างๆในโรงพยาบาล รวมถึงผู้บริหาร	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีระบบการติดตามกำกับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดอย่างมีประสิทธิภาพในเชิงรุก(Pro-active) 2. มีข้อมูลสำคัญสำหรับการตอบสนองผู้ใช้บริการแผนกต่าง ๆรวมถึงผู้บริหารอย่างทันทั่วทั้งที่

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

“มีการดำเนินงานอย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล” โดยมีตัวชี้วัดการดำเนินงานดังนี้

1. ร้อยละของตัวชี้วัดยุทธศาสตร์พัฒนาสาธารณสุขระดับจังหวัดที่บรรลุผลสัมฤทธิ์ภาพรวม
เครือข่าย
3. ร้อยละตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาลที่บรรลุเป้าหมาย
4. ร้อยละผลสัมฤทธิ์ของตัวชี้วัดตามบันทึกข้อตกลงการปฏิบัติงานของผู้บริหาร(PA) บรรลุ
เป้าหมาย
5. ร้อยละของโครงการตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานภายในปีงบประมาณ
6. ร้อยละของโครงการนอกแผนงบประมาณที่มีการดำเนินงาน
7. ร้อยละแผนค่าเสื่อมที่ได้ดำเนินการทันเวลา(ทำสัญญาและส่งมอบ)ในปีงบประมาณ

จ. ความท้าทาย / ความเสี่ยงสำคัญ

ความท้าทาย

- 1) การนำแผนยุทธศาสตร์เป็นเข็มมุ่งในการกำหนดทิศทางองค์กรอย่างชัดเจน และสามารถ
นำไปสู่การปฏิบัติในองค์กรระยะกลาง(3-5 ปี)
- 2) บุคลากรทุกระดับมีความรู้และเข้าใจในแผนยุทธศาสตร์ระดับโรงพยาบาลและสามารถนำ
ยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติได้
- 3) การควบคุมกำกับกับการดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ /แผนปฏิบัติการประจำปี/โครงการ
กิจกรรม

ความเสี่ยงสำคัญ

1. การดำเนินงานนอกแผนซึ่งส่งผลต่อวินัยทางการเงินการคลัง
2. การติดตามกำกับประเมินผลที่ไม่สม่ำเสมอซึ่งส่งผลให้ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ไม่ได้รับการ
แก้ไขปัญหา
3. การดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง

จ. ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือและเทคโนโลยี

ด้าน	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
ด้านผู้ปฏิบัติงาน	-มีความสามารถในการประสานและจัดทำแผนในระดับองค์กรได้ อัตรากำลังปัจจุบันมีนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน และ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 1 คน	-บุคลากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ที่จะมาปฏิบัติงานแทนกรณีลา ดิด ประชุม -ทักษะในการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศและโปรแกรม ประมวลผลขั้นสูง -การเพิ่มศักยภาพในงานตาม กรอบโครงสร้างที่เพิ่มขึ้น เช่น การจัดทำแผนการเงินการคลัง แผนกำลังคน แผนพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ -การติดตามประเมินผล
เครื่องมือ	เพียงพอ	ไม่มี
เทคโนโลยี	ไม่มีปัญหา	ไม่มี
งบประมาณ	ขาดสภาพคล่อง	เงินบำรุงขาดสภาพคล่องมา อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การ จัดสรรงบประมาณเพื่อ ดำเนินการตามแผนต่างๆ ค่อนข้างมีปัญหา

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

1. การส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่





- 1.1) กำหนดให้บุคลากรทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี 100%
- 1.2) กำหนดให้บุคลากรมีการเข้าอบรมพัฒนาจิตและการปฏิบัติธรรม
- 1.3) ส่งเสริมบุคลากรในการออกกำลังกายตามนโยบายองค์กร
- 1.4) การSharing องค์ความรู้ผ่านกลุ่ม Social media ต่างๆ

วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด การพัฒนา

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การ พัฒนา	กิจกรรมการพัฒนา
1.การบรรลุผลสัมฤทธิ์ตาม ยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ระดับ จังหวัดบรรลุเป้าหมาย	ร้อยละตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ ระดับจังหวัดบรรลุเป้าหมาย	การจัดตั้งผู้ประสานงาน ระดับกิจกรรม ผู้ ประสานงานภาพ เครือข่าย การประชุม ติดตามตัวชี้วัด
2.ความครอบคลุมหน่วยงานที่ ได้รับการถ่ายทอดแผน ยุทธศาสตร์	ทุกหน่วยงานมีการรับรู้ นโยบายและแผน ยุทธศาสตร์	ร้อยละหน่วยงานที่เข้ารับ การถ่ายทอดนโยบายและ ยุทธศาสตร์	การจัดประชุมถ่ายทอด นโยบายและแผน ยุทธศาสตร์
3.การควบคุม ติดตาม กำกับ	การปฏิบัติงานเป็นไปตาม แผน/เป้าหมายที่กำหนดไว้	มีการกำหนดระยะเวลาใน การควบคุมกำกับรายไตร มาสและปฏิบัติตามแผนที่ กำหนด	กำหนดผู้รับผิดชอบใน การควบคุมกำกับราย กิจกรรม/โครงการ
4.สถานการณ์การเงินการคลัง	มีความสมดุลทั้งรายรับ- รายจ่าย	ระดับFAIน้อยกว่า 7	1.การทบทวน กระบวนการจัดเก็บ รายได้ 2. การทบทวน กระบวนการบันทึกบัญชี และรายงานบริการ 3.การควบคุมค่าใช้จ่าย ดำเนินการ/ทบทวนการ ใช้ทรัพยากร 4.เพิ่มกลวิธีเพิ่มรายได้- ลดค่าใช้จ่าย

แผนภูมิกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

วิเคราะห์กระบวนการทำงาน

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ (Performance Indicator)
การวิเคราะห์องค์กร(SWOT หรือ TOWS) 	1.เพื่อทราบสถานการณ์ขององค์กร ตลอดจนปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อองค์กรในปัจจุบันและอนาคต 2.ได้รับทราบข้อมูลและความต้องการของภาคส่วนต่างๆ และชุมชน ตลอดจน ผู้ใช้บริการ	1.มีกระบวนการวิเคราะห์/ทบทวนสถานการณ์องค์กรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
การจัดทำแผน 	1. แผนสอดคล้องนโยบาย วิสัยทัศน์และปัญหา สาธารณสุข 2.ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน	หน่วยปฏิบัติมีการจัดทำแผนปฏิบัติที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ครบคลุม 100%
กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ (Performance Indicator)
การถ่ายทอดยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ 	ทุกกลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน รับทราบนโยบายและแผน	บุคลากรมีการรับรู้ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลที่ถูกต้องมากกว่าร้อยละ80
กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ (Performance Indicator)
การนำแผนสู่การปฏิบัติ 	มีการนำแผนสู่การปฏิบัติตามระยะเวลาที่ระบุในแผน	1. ร้อยละของโครงการที่มีการปฏิบัติตามแผน 2. ร้อยละโครงการที่ขออนุมัติดำเนินการนอกแผน
การควบคุม กำกับ การประเมินผล และรายงานผล	มีการประเมินผลทุกเดือนหรือรายไตรมาสและส่งรายงานได้อย่างทันเวลา	1.ร้อยละของตัวชี้วัดยุทธศาสตร์โรงพยาบาลที่บรรลุผลตามเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 2. ร้อยละของตัวชี้วัดยุทธศาสตร์การพัฒนา สาธารณสุข

ปรับปรุงข้อมูล 16 พฤศจิกายน 2563

แนวทางป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกันความเสี่ยง
นโยบายหรือข้อสั่งการใหม่ๆจากหน่วยบริหาร ทำให้ต้องมีการปรับปรุงข้อมูลองค์กร	1. ดำเนินงานในส่วนที่สามารถทำได้ไปก่อน แล้วค่อยเพิ่มเติมในส่วนที่ได้รับนโยบายใหม่
ในบางโอกาสต้องรอคำสั่งการจากหน่วยบริหาร ทำให้แผนขาดความสมบูรณ์	1. ดำเนินงานในส่วนที่สามารถทำได้ไปก่อน แล้วค่อยเพิ่มเติมในส่วนที่ได้รับนโยบายใหม่
ผู้ทำหน้าที่ถ่ายทอดขาดการวิเคราะห์นโยบายและแผนที่รอบด้านหรือขาดข้อมูลที่ทันสมัย	1. ให้ผู้ที่เป็นเจ้าภาพแต่ละเรื่องเป็นผู้ช่วยวิเคราะห์งาน 2. วิเคราะห์โดยกรรมการยุทธศาสตร์
โครงการถูกส่งกลับจาก สสจ. มาแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูลบางอย่าง ทำให้ล่าช้า	จัดระบบธุรการสำหรับการตรวจสอบคัดกรองโครงการก่อนส่งให้จังหวัดเสนอผู้มีอำนาจเซ็นอนุมัติโครงการ
ห้วงเวลาในการปฏิบัติงานตามแผนงานไม่ชัดเจน	เบื้องต้นแนะนำให้ทำเป็นรายไตรมาสก่อน หากไม่สามารถระบุห้วงเวลาที่ชัดเจนได้
มีโครงการใหม่ๆตามนโยบายที่เกิดขึ้น และต้องดำเนินการทั้งที่ได้อนุมัติแผนไปแล้ว	1. การขออนุมัตินอกแผน เนื่องจากเป็นเรื่องเร่งด่วนหรือนโยบายที่ต้องดำเนินการมา
การจัดทำแผนล่าช้า	การวางแผนดำเนินงานจัดทำแผนตั้งแต่เดือนที่ 10 ของปีงบประมาณ ให้แล้วเสร็จพร้อมใช้ 1 ตุลาคมของปีงบประมาณถัดไป

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน² (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ				
		2559	2560	2561	2562	2563
1 ร้อยละผลสัมฤทธิ์ของตัวชี้วัดตามบันทึกข้อตกลงการปฏิบัติงานของผู้บริหาร(PA) บรรลุเป้าหมาย	80%	Nd	87.5%	85.71	85.71	68.75%
2. ร้อยละของโครงการตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานภายในปีงบประมาณ	≥80%		58.97%	70.17%	93.33%	41.89%
3. ร้อยละของโครงการนอกแผนงบประมาณที่มีการดำเนินงาน	<3%	(4/37) =10.81%	(7/49) =14.28%	(0/66) 0%	(0/82) 0%	0
4. ร้อยละตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาลที่บรรลุเป้าหมาย	≥80%	77.2	66.67	71.71	66.67%	75.86%
5 . ร้อยละของตัวชี้วัดยุทธศาสตร์พัฒนาสาธารณสุขระดับจังหวัดที่บรรลุผลสัมฤทธิ์ภาพรวมเครือข่าย	≥80%	86.81	68.47	84.47	89.74	88.61%
6. ร้อยละแผนค่าเสื่อมที่ได้ดำเนินการทันเวลา(ทำสัญญาและส่งมอบ)ในปีงบประมาณ	100%	100%	100%	83.33%	100%	95.83%

หมายเหตุ :

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเพื่อให้เป็นไปตามสิ่งที่คาดหวังและป้องกันความเสี่ยงสำคัญของแต่ละกระบวนการ (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว³)

กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

1. มีกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์จากบุคคลภายนอก(ดร.พิสันต์ นุ่นเกลี้ยง) ซึ่งได้มีกระบวนการวิเคราะห์องค์กร และจัดทำแผนยุทธศาสตร์ S.E.A. 10.0 ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี (2561-2565) ซึ่งเป็นแผนกลยุทธ์ที่มีเป้าหมายและวิธีดำเนินงานที่ชัดเจน

2. มีกระบวนการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์และกลยุทธ์รูปแบบใหม่ที่มีการผสมผสานทั้งการทำ Organization Development และการถ่ายทอดแผน เป็นการสร้างความรู้ที่มีสาระร่วมกับการทำ

² นำเสนอกราฟแสดงข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ (ก) ตัวชี้วัดของหน่วยงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงานและมีการติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง (พร้อมคำอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นประกอบภาพอย่างสั้นๆ) (ข) ข้อมูลผลการพัฒนาตามโครงการสำคัญในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา

³ สรุปความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญในช่วงเวลาที่ผ่านมา อย่างสั้นๆ ระบุแนวคิด ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และวิธีการทำงานสำคัญที่เป็นข้อสรุปจากการพัฒนา

ปรับปรุงข้อมูล 16 พฤศจิกายน 2563

กิจกรรมพัฒนาองค์กร โดยเฉพาะการสร้างกลุ่มเพื่อการเรียนรู้ยุทธศาสตร์ S.E.A.10.0 ร่วมกัน มีบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรม

3. ในการนำแผนสู่การปฏิบัติ มีการจัดทำโครงการให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์โดยใช้งบประมาณจากเงินบำรุงโรงพยาบาล กำหนดผู้รับผิดชอบในการกำกับติดตามตั้งแต่การเขียนโครงการอนุมัติ การติดตามและการรายงานผลการดำเนินงานตามแผน

กระบวนการบริหารงบประมาณ

มีกระบวนการทำแผนคำขอ การกำหนดคุณลักษณะ การดำเนินงานจัดซื้อตามระเบียบ การควบคุมติดตามและการรายงานผลทุกเดือนละ 2 ครั้งทุกวันที่ 10 และ 20 ของเดือน โดยเพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่าง 3 ประสานได้แก่ พัสดุ หน่วยงานที่ของบ และงานยุทธศาสตร์ผลการบริหารจัดการพบว่าสามารถจัดซื้อ/จ่ายเงินได้ใน 1 ปีงบประมาณ 100%

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- การจัดระบบการควบคุม กำกับกับการดำเนินงานนอกแผนปฏิบัติการ
- การพัฒนาระบบการติดตามกำกับกับการดำเนินงานงบประมาณของ สปสช.
- การพัฒนาการติดตามกำกับกับการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังของกรรมการ CFO

5. แผนพัฒนาต่อเนื่อง

1. การพัฒนาการสื่อสารและการนำแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติระดับหน่วยงานย่อย

Service Profile

กลุ่มงาน/หน่วยงาน

งานสารสนเทศทางการแพทย์

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ปรับปรุงข้อมูล วันที่ 23 พฤศจิกายน 2563

Service Profile

งานสารสนเทศทางการแพทย์

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

งานสารสนเทศทางการแพทย์ เป็นงานส่วนหนึ่งของกลุ่มงานประกันสุขภาพ มีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้

1. ให้บริการด้านข้อมูล สารสนเทศทางการแพทย์ โดยมีกระบวนการ รวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูล ให้บริการกับหน่วยงานภายในโรงพยาบาล และภายนอกโรงพยาบาล
2. พัฒนาระบบรายงานในโปรแกรม HOSXP พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ในการนำเสนอสารสนเทศผ่านระบบคอมพิวเตอร์เครือข่ายภายในและภายนอกโรงพยาบาล ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์
3. สนับสนุนการนำเข้าข้อมูลในโปรแกรม HOSXP ที่ถูกต้อง เพื่อการส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ
4. เป็น Admin ดูแลโปรแกรมบริการเฉพาะงาน ที่จังหวัดหรือส่วนวิชาการอื่นๆ จัดอบรมเพื่อนำมาใช้ร่วมกับโปรแกรมบริการ HIS หลัก เช่น Thai COC, Refer link, RCM, THAI Cancer Base, IS Win Online, Chart Track, Chart Alert, DrugMonitor, Tv สถานะผู้ป่วย (จุด ER, OPD-GP, OR)
5. จัดส่งข้อมูล 43 แฟ้มที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน 43 แฟ้ม

ข. ขอบเขตบริการ (Scope of Service)

ศักยภาพ

1. จัดทำรายงานสารสนเทศทางการแพทย์ โดยอิงฐานข้อมูลจากโปรแกรมบริการ HOSXP ตามความต้องการของผู้บริหารหรือกลุ่มงานต่างๆ เพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงาน ณ ช่วงเวลาที่ต้องการวิเคราะห์

2. จัดทำระบบรายงานสารสนเทศทางการแพทย์ ที่เป็นระบบรายงานข้อมูลมาตรฐานขององค์กร เช่น ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน อัตราครองเตียง AdjRW/cmi ข้อมูลบริการพระภิกษุ ในระบบ Data center เพื่อสะดวกในการใช้ข้อมูล

ข้อจำกัด

1. ความเชี่ยวชาญในการเขียนโปรแกรมวิเคราะห์งานข้อมูลขั้นสูง
2. ทักษะในการคิดวิเคราะห์ข้อมูล
3. การวิเคราะห์และประเมินความสมบูรณ์ของ 43 แฟ้ม

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

หน่วยงานภายใน

ฝ่าย/หน่วยงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
หน่วยงานภายในโรงพยาบาล(ผู้บริหารรวมถึงบุคลากรอื่นๆ)	<ul style="list-style-type: none"> -การจัดทำรายงานผลการดำเนินงานเพื่อใช้วิเคราะห์งานรายฝ่าย/แผนก ที่ถูกต้อง ทันเวลา เช่น ข้อมูลงานบริการ ค่าใช้จ่าย รายรับ - พัฒนาโปรแกรมประยุกต์ ที่สามารถนำมาใช้กับหน่วยงาน - รายงานในโปรแกรม HOSXP - รายงานข้อมูลผ่านระบบคอมพิวเตอร์เครือข่าย - การส่งรายงานต่างๆ ที่กระทรวงหรือหน่วยงานอื่นๆ ต้องการทันเวลา

หน่วยงานภายนอก

ฝ่าย/หน่วยงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
สสจ.อุบลราชธานี, กระทรวง(ส่วนกลาง)	<ul style="list-style-type: none"> การส่งรายงานต่างๆที่เป็นปัจจุบัน ทันเวลาและมีคุณภาพตามมาตรฐานระบบรายงาน เช่น - รายงาน 505, รายงาน 504, รายงานอุบัติเหตุ 19 สาเหตุ, รายงาน 400, รายงานต่างด้าว - รายงานไตรมาสของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานชั้นสูตรพลิกศพ, รายงานสาเหตุการตาย - เพิ่มข้อมูลมาตรฐาน 43,53 เพิ่ม ส่ง HDC, สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข
--	---

ผลการดำเนินงาน

การให้บริการ

ให้บริการ	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
1. รวบรวมและจัดทำรายงานประจำเดือน ส่ง สสจ. และกระทรวง	156	172	182
2. ให้บริการข้อมูล สารสนเทศ แก่หน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาล	504	490	748
3. พัฒนารายงานในโปรแกรม HOSXP	798	841	951
4. พัฒนารายงานบนเว็บไซต์ในระบบ Intranet	252	272	215
5. ให้บริการวิเคราะห์ ส่งเคราะห์ ข้อมูล	32	49	21
6. พัฒนาเว็บไซต์ในระบบ Internet	134	174	374
7. ส่งข้อมูล 43 เพิ่ม	12	48	60

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues)

“ข้อมูลสารสนเทศ มีความถูกต้อง ทันเวลา ตรงตามความต้องการ”

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ความท้าทาย

1. สร้างระบบ การนำเสนอ ข้อมูลสารสนเทศ ผ่านระบบคอมพิวเตอร์เครือข่าย
2. จัดทำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ประยุกต์ ให้เหมาะสมกับการใช้งาน
3. การสร้างระบบรายงานที่ ถูกต้อง สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน
4. การนำเข้าข้อมูลโปรแกรม HOSXP ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์
5. พัฒนาศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ(Data Center)
6. การปรับปรุงคุณภาพข้อมูล 43 เพิ่ม

ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. ข้อมูล 43 เพิ่มที่ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ตามมาตรฐานการส่งออก ส่งผลต่อรายรับที่โรงพยาบาลพึงได้รับ
2. ข้อมูลสำหรับส่งให้ผู้บริหารเสร็จไม่ทันความต้องการใช้

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

ด้าน	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
ผู้ปฏิบัติงาน	พัฒนาระบบการนำเสนอสารสนเทศผ่านระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ทำได้ค่อนข้างช้า บางรายงานต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	ไม่ได้จบการศึกษาหลักสูตร Programmer โดยเฉพาะ
เครื่องมือ	คอมพิวเตอร์ต้องมีประสิทธิภาพสูงเพื่อใช้ในการประมวลผลข้อมูลที่รวดเร็ว จอภาพคอมพิวเตอร์ ควรมีขนาดใหญ่ และมีจำนวนจอ 3 จอ ขึ้นไป ถึงจะเหมาะในการทำงาน	จ้องจอคอมพิวเตอร์นาน เกิดความเครียด ปวดตา จอภาพมีขนาดไม่เหมาะสม และมีจอจำนวนน้อย ทำให้ต้องเปิดสลับหน้าจอไปมา ทำให้ทำงานล่าช้า คอมพิวเตอร์ที่ใช้ปัจจุบัน ประสิทธิภาพยังไม่เพียงพอ
เทคโนโลยี	การบริหารจัดระบบฐานข้อมูล Soft ware ที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม	ขาดความรู้ / ต้องศึกษาเองผ่านระบบ Internet ทำให้การพัฒนาล่าช้า

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

การส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่

- กำหนดให้ จนท. พักสายตา จากการใช้ คอมพิวเตอร์ อย่างน้อย 15 นาที/ชม.
- ปรับอุปกรณ์/เครื่องมือ/สิ่งแวดล้อม ที่ใช้ ให้เหมาะสม กับการใช้งาน เช่น จัดให้มีแสงสว่างที่เพียงพอ, เปลี่ยนจอภาพคอมพิวเตอร์ให้มีขนาดใหญ่ขึ้น, ต้องการบรรยากาศห้องทำงานเงียบสงบ เพื่อให้มีสมาธิในการทำงาน ปัจจุบันอยู่ห้องรวม และ อื่นๆ เป็นต้น

3. ส่งเสริมเจ้าหน้าที่ในการออกกำลังกายทุกวันศุกร์ตามนโยบายผู้บริหาร

4. การตรวจสุขภาพประจำปี

วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด การพัฒนา

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การพัฒนา	กิจกรรมการพัฒนา
1. รายงานประจำเดือน ส่ง สสจ. และกระทรวง	ส่งรายงานประจำเดือน	รายงานประจำเดือน ส่ง สสจ. และกระทรวงทันเวลา 100%	มอบหมายให้ ผู้รับผิดชอบ
2. ให้บริการข้อมูล สารสนเทศ แก่หน่วยงาน ภายในและภายนอก โรงพยาบาล	ตอบสนองความต้องการของ หน่วยงานที่ร้องขอ	1. บริการข้อมูลสารสนเทศแก่ หน่วยงานทันเวลา 2. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	การปรับปรุงระบบการ จัดคิวเพื่อจัดทำงาน ข้อมูลสารสนเทศตาม ความสำคัญ
3. การปรับปรุงคุณภาพ ข้อมูล 43 แฟ้ม	ความถูกต้อง ครบถ้วนตาม มาตรฐานแฟ้ม	คุณภาพข้อมูล 43 แฟ้มไม่น้อยกว่า ร้อยละ 99	การตรวจสอบรายแฟ้ม ก่อนส่งทุกเดือน
4. พัฒนาศูนย์ข้อมูล สารสนเทศ(Data Center)	บุคลากรสามารถเข้าถึง ข้อมูลพื้นฐานองค์กร	มีข้อมูลพื้นฐานสำคัญในระบบ Data center อย่างน้อย 10 ข้อมูล	การพัฒนา Data center ในระบบ ฐานข้อมูลที่สามารถ เข้าถึงผ่าน internet

2. กระบวนการสำคัญ (Key process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. กระบวนการเขียนคำขอ รายงานของหน่วยงาน	เพื่อได้รับทราบความต้องการ ระบบรายงานที่ผู้ให้บริการ ต้องการ	ขาดรายละเอียดที่ เพียงพอ เช่น รหัส icd-10 / ช่วงเวลาที่ ต้องการหรือ แยก แผนก / แยกสิทธิ การรักษา	1. ร้อยละใบคำขอที่ส่งกลับเพื่อ เพิ่มรายละเอียดส่วนขาด 2. ร้อยละของใบคำขอรายงานที่ เสร็จไม่ทันเวลาที่กำหนด
2. การส่งข้อมูลรายงานสำคัญ	ส่งรายงานถูกต้อง ทันเวลาที่ กำหนด	ข้อมูลไม่ถูกต้อง ไม่ ครบถ้วนตาม มาตรฐานแฟ้มข้อมูล	1. ร้อยละของรายงานที่ส่ง ทันเวลาที่กำหนด
3. การส่งข้อมูล 43 แฟ้ม	ส่งรายงานมีคุณภาพตาม มาตรฐาน	ไม่มีกระบวนการ ตรวจสอบก่อนส่ง รายงาน	คุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม ร้อยละ 99

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563

รายงานประจำเดือน ส่ง สสจ. และกระทรวง ทันเวลา	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
บริการข้อมูลสารสนเทศแก่หน่วยงานทันเวลา	95%	95%	96%	97%	98%	99%	99%
ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	>85%	85%	85%	85%	85%	89%	90%
คุณภาพข้อมูล 43 แฟ้มไม่น้อยกว่าร้อยละ	>99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%
ร้อยละพัฒนาข้อมูลพื้นฐานสำคัญในระบบ Data center	95%	95%	95%	97%	98%	98%	98%
ร้อยละใบคำขอที่ส่งกลับเพื่อเพิ่มรายละเอียดส่วน ขาด	<5%	4%	4%	3%	3%	2%	5%
ร้อยละของใบคำขอรายงานที่เสร็จไม่ทันเวลา	<5%	3%	3%	3%	3%	3%	2%

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเพื่อให้เป็นไปตามสิ่งที่คาดหวังและป้องกันความเสี่ยงสำคัญของแต่ละกระบวนการ (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

1. การรับงาน มีหลักการคือจัดเรียงลำดับความสำคัญและเร่งด่วนของงาน
2. คุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม มีกระบวนการตรวจสอบโดยใช้โปรแกรมตรวจสอบก่อนส่งทุกวันศุกร์ 4 สัปดาห์ในเดือน และหากพบข้อผิดพลาดมีการส่งข้อมูลกลับไปให้ผู้เกี่ยวข้องให้แก้ไขข้อมูล
3. Data center เว็บไซต์บริการข้อมูลสารสนเทศ

การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

1. พัฒนารายงานบนเว็บไซต์ให้สามารถเข้าผ่าน Internet ได้
2. พัฒนาระบบฐานข้อมูล Mysql สารสนเทศให้เป็นระบบ Realtime เพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน
3. พัฒนา Application Mobile เพื่อเพิ่มช่องทางการค้นข้อมูล Datacenter
4. พัฒนา ระบบ Line Alert ให้สามารถติดตามการส่งเคลม และการตอบกับ REP

5. แผนพัฒนาต่อเนื่อง

1. ปรับปรุงเพิ่มพื้นที่เก็บข้อมูล คอมพิวเตอร์แม่ข่ายให้มีพื้นที่เพียงพอเสมอ
2. พัฒนาระบบ DATACENTER ให้ Online 24 ชม. ข้อมูลได้ตลอดเวลา และ Realtime เพื่อให้ข้อมูลนำเสนอเป็นปัจจุบัน และประชาสัมพันธ์ให้ผู้ใช้อุปกรณ์บริการเข้ามาใช้งานระบบ Datacenter ให้มากขึ้น
3. เพิ่มช่องทาง การขอข้อมูลรายงานต่างๆ ผ่านเว็บไซต์ เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการสารสนเทศฯ

4. พัฒนา Application Mobile บนระบบ Android และ IOS เพื่อบริการข้อมูลผ่านช่องทางมือถือ
5. พัฒนาระบบ Cloud50pansa ที่เก็บข้อมูลระยะไกล ผ่าน Internet เพื่อบริการเจ้าหน้าที่รพ.
6. พัฒนาระบบข้อมูล 43 แฟ้ม ให้ถูกต้องและเป็นไปตามมาตรฐานข้อมูล Ver. 2.3

Service Profile

กลุ่มงาน/หน่วยงาน

งานระบบจัดการมูลฝอย กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ปรับปรุงข้อมูล วันที่ 6 มีนาคม 2563

Service Profile

หน่วยงาน : งานระบบจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล วันที่ปรับปรุงข้อมูลล่าสุด 6 มีนาคม 2563

1. บริบท (Context)

ให้บริการระบบจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล ตั้งแต่จุดกำเนิดมูลฝอย ,การออกแบบระบบ , การคัดแยกมูลฝอย ,การรวบรวมมูลฝอย , การประสานงานและการนำไปกำจัด

2. ความมุ่งหมาย (Purpose)

ให้บริการจัดการมูลฝอย ถูกต้องตามมาตรฐาน ปลอดภัย พึ่งพอใจ

3. ขอบเขตบริการ (Scope of Service)

3.1 ดูแลและออกแบบระบบมูลฝอยของโรงพยาบาล ให้บริการรวบรวม มูลฝอยทุกประเภท ในโรงพยาบาล ทุกวันๆละ 2 รอบ เช้า เวลา 08.00 – 10.30 น.และบ่าย เวลา 14.30 – 16.00 น. ไม่เว้นวันหยุดราชการ ,รับมูลฝอยติดเชื้อจากรพ.สต.เครือข่าย เพื่อรวบรวมส่งกำจัดพร้อมกับมูลฝอย ติดเชื้อของโรงพยาบาล

3.2 ประสานงานหน่วยงานที่รับมูลฝอยไปกำจัดตามประเภท ดังนี้ มูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอย อันตราย (ทางการแพทย์) ส่งกำจัดผ่านบริษัทโซติฐกรณ์พิบูล จำกัด ส่วนมูลฝอยอันตรายสำนักงาน รวบรวมส่งกำจัดที่อบจ.อุบลราชธานี ปีละ 2 ครั้ง , มูลฝอยรีไซเคิล จำหน่ายผ่านระบบธนาคารมูล ฝอยรีไซเคิลของโรงพยาบาล (มีเอกชนมารับซื้อ) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมูลฝอยอินทรีย์ รวบรวมฝัง กลบที่สวนเกษตรอินทรีย์โรงพยาบาล

4. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ:

ลูกค้าภายใน

มีการรวบรวมมูลฝอยตรงตามเวลา ไม่ตกค้าง ไม่ปนเปื้อนสิ่งแวดล้อม ไม่ส่งกลิ่นเหม็น ปลอดภัย ได้มาตรฐาน บริการด้วยใจ

ลูกค้าภายนอก

- มีแนวทางการประสานงานที่ชัดเจน สะดวก ตรงเวลา
- สถานที่ในการประสานงาน สะอาด สะดวก ปลอดภัย

5. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ปีงบประมาณ 2561

เดือน	มูลฝอย ติดเชื้อ	มูลฝอย ทั่วไป	มูลฝอย รีไซเคิล	มูลฝอย อันตราย	มูลฝอย อินทรีย์
ต.ค.-60	3440	19326	2170	5	NA
พ.ย.-60	3086	18712	1486.8	9.6	NA
ธ.ค.-60	3615	16238	1837.9	12.5	NA
ม.ค.-61	3832	16497	1980.2	12	NA
ก.พ.-61	3969	17428	2060.5	12	NA
มี.ค.-61	4096	15456	1760.3	27	NA
เม.ย.-61	2891	15666	1628.2	28	NA
พ.ค.-61	4792	16058	2183.2	18	NA
มิ.ย.-61	5059	18231	1820.34	18	NA
ก.ค.-61	5074	19028	2444.8	209.1	NA
ส.ค.-61	4959	18973	2286.2	58	NA
ก.ย.-61	4778	20132	2251.5	41	NA
รวม	49,591	211,745	23909.94	531.2	NA

ปีงบประมาณ 2562

เดือน	มูลฝอย ติดเชื้อ	มูลฝอย ทั่วไป	มูลฝอย รีไซเคิล	มูลฝอย อันตราย	มูลฝอย อินทรีย์
ต.ค.-61	5187	19870	3316.6	47	NA
พ.ย.-61	5212	20083	2916.5	36	NA
ธ.ค.-61	4364	21158	1564.7	45	NA
ม.ค.-62	5461	22321	2804.4	84	NA
ก.พ.-62	4926	22436	2046.81	87	NA
มี.ค.-62	6046	21387	2345.9	121	NA
เม.ย.-62	6317	21892	2522.7	163	NA
พ.ค.-62	6275	22134	2528.4	148	NA
มิ.ย.-62	5843	25069	2561.3	98	184.3
ก.ค.-62	6982	26134	3199	175.26	257
ส.ค.-62	6251	25412	1987	55	165
ก.ย.-62	6224	25934	3482	70	68
รวม	69,088	27,3830	31,275.31	1,129.6	674.3

ปีงบประมาณ 2563

เดือน	มูลฝอย ติดเชื้อ	มูลฝอย ทั่วไป	มูลฝอย รีไซเคิล	มูลฝอย อันตราย	มูลฝอย อินทรีย์
ต.ค.-62	6134	25123	2986.10	80	NA
พ.ย.-62	6252	24378	2150.26	112	NA
ธ.ค.-62	5912.93	24982	2058.2	75	NA
ม.ค.-63	6059	24899	2692.4	50	NA
ก.พ.-63	5629	23817	2549	25	NA
มี.ค.-63					
เม.ย.-63					
พ.ค.-63					
มิ.ย.-63					
ก.ค.-63					
ส.ค.-63					
ก.ย.-63					
รวม					

6. กลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญ (Key Clinical Population)

ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสูงขึ้น สาเหตุมาจากโรงพยาบาลขยายบริการมีปริมาณ อัตราการครองเตียงเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด ส่งผลให้มูลค่าการกำจัดที่สูงขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้พบว่ามีความไม่ชัดเจนในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของหน่วยงาน จึงได้มีการทบทวนและจัดอบรมสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อมีปริมาณเหมาะสมอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

7. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues)

ให้บริการจัดการมูลฝอย ตามมาตรฐาน สะอาด ปลอดภัย

ประเด็นคุณภาพ	นิยาม	ตัวชี้วัด
มาตรฐาน	ระบบการจัดการมูลฝอยสอดคล้องตาม มาตรฐาน IC, ENV., อาชีวอนามัยฯ และลด ปริมาณมูลฝอยทุกประเภท และกฎหมายที่ เกี่ยวข้อง	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมายกำหนดทุกข้อ
สะอาด	ภาชนะรองรับมูลฝอย, บริเวณจุดรวม, อาคาร โรงพักมูลฝอย ต้องสะอาด ไม่มีคราบ ไม่มี กลิ่น ไม่มีแมลง/สัตว์ไต่ตอม	การตรวจ อาคารโรงพักมูล ฝอย ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
ปลอดภัย	เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ มีการสวมใส่ อุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) มีสุขภาพดี ไม่มี อุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยจากการทำงาน	อุบัติเหตุเจ้าหน้าที่เจ็บป่วย จากการทำงาน
พึงพอใจ	ผู้รับบริการพึงพอใจ	อุบัติเหตุข้อร้องเรียน <10 ครั้ง

8. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ความท้าทาย

8.1 การสร้างความตระหนัก และความรับผิดชอบในการรณรงค์ลดการสร้างมูลฝอย และให้ แยกมูลฝอยให้ถูกต้องตั้งแต่จุดกำเนิด การใช้ประโยชน์สูงสุดจากมูลฝอย ครบวงจร

8.2 การลดปริมาณมูลฝอยในโรงพยาบาลให้เป็นศูนย์ (มีการจัดการมูลฝอยอินทรีย์ได้ ครบถ้วน)

9. ความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางป้องกันและแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
<p>1. การทิ้งมูลฝอยไม่ถูกต้อง</p> <p>- มีมูลฝอยอื่นๆปะปนมากับมูลฝอยติดเชื้อ ทำให้เพิ่มปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ และมีค่าใช้จ่ายสูงในการส่งกำจัด</p> <p>- มูลฝอยอื่นๆปะปนกัน ทำให้ปริมาณมูลฝอยมีมาก และยากต่อการกำจัด เช่นมีมูลฝอยเปียกปะปนมากับมูลฝอยแห้งหรือมูลฝอยทั่วไป</p>	<p>- ประชาสัมพันธ์แก่เจ้าหน้าที่</p> <p>- ติดป้ายประกาศและติดป้ายบอกชื่อประเภทถังมูลฝอย</p> <p>- ร่วมหาแนวทางแก้ไขร่วมกันระหว่างแต่ละหน่วยงาน</p> <p>- บันทึกข้อมูลการแยกมูลฝอยไม่ถูกประเภทของแต่ละหน่วยงาน</p> <p>- แจ้งหน่วยงานที่แยกมูลฝอยไม่ถูกประเภทให้ทราบเพื่อการปรับปรุงของหน่วยงานต่อไป</p>	<p>- ยังพบมูลฝอยอื่นปะปนมากับมูลฝอยติดเชื้อไม่มีการแพร่กระจายของเชื้อโรค</p>
<p>2. มูลฝอยติดเชื้อ ล้นห้อง หน่วยที่รับไปกำจัด ไม่มารับตามกำหนด</p>	<p>- ทบทวนระบบในหน่วยงาน</p> <p>- นัดหมายบริษัท ทบทวนสัญญา มาตรการและข้อตกลงร่วมกับบริษัทที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด</p> <p>- ทบทวนระบบกับ อบต. ใกล้เคียง</p>	<p>หลังจากทบทวนยังไม่มีอุบัติการณ์</p>
<p>3. ระบบการจัดการขนย้ายมูลฝอยภายในโรงพยาบาลไม่ผ่านมาตรฐาน มีการโยนถ่วง มีถุงรั่วซึม มีน้ำหยดตามทางและการทำความสะอาดถึง</p>	<p>- ทบทวนระบบในหน่วยงาน</p> <p>- จัดหาถังรองรับมูลฝอยเพิ่มให้เพียงพอสามารถเปลี่ยนถังไปล้างทำความสะอาดได้</p> <p>- ให้มีการทำความสะอาดถึงตามมาตรฐาน</p>	<p>ยังพบอุบัติการณ์แต่ลดลงจากเดิม</p>

10. ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

การขนย้ายโดยใช้รถเข็นมูลฝอย จากจุดบริการไปยังลานขนส่งมีระยะทางค่อนข้างไกล รวมถึงมีการขยายหน่วยบริการเพิ่มมากขึ้น ต้องใช้กำลังกล้ามเนื้อแขนและไหล่มากส่งผลต่ออาชีวอนามัยของพนักงาน จึงมีการเสนอให้ใช้รถขับเคลื่อนที่ใช้พลังงานไฟฟ้า แต่ยังประสบปัญหาเรื่องสถานีชาร์จและจัดเก็บรถ รวมถึงถังรองรับมูลฝอยที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ

11. ประเด็นการสร้างความเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

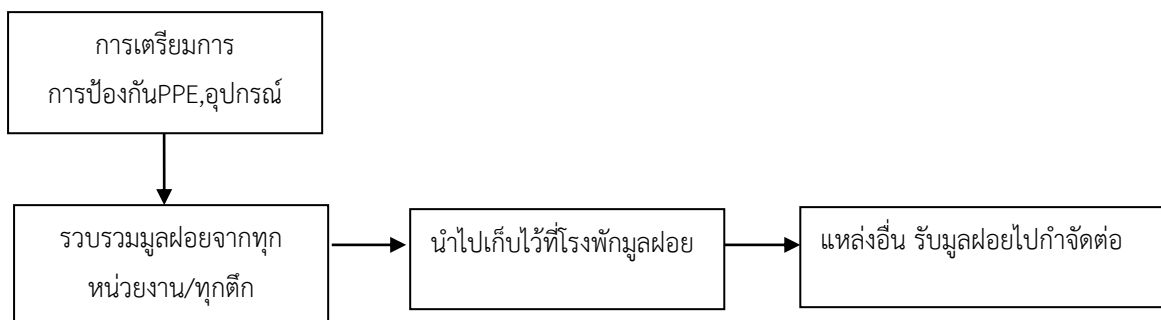
- การตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ประจำปี ,ตรวจตามความเสี่ยง ,การรับวัคซีนHepatitis B , dT, ไขหวัดใหญ่

11.2 การรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงาน ,การล้างมือที่ถูกต้อง , การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองทุกครั้ง ,การอาบน้ำ ชำระล้างร่างกาย

12. วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด การพัฒนา

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การพัฒนา	กิจกรรมการพัฒนา
1.การแยกมูลฝอยให้ถูกประเภท	เพื่อให้ง่ายต่อการกำจัด ลดค่าใช้จ่ายความเสี่ยงในการกำจัด และช่วยลดปริมาณมูลฝอยในภาพรวม	อัตราการฝอยติดเชื้อไม่เพิ่มขึ้น จากฐานข้อมูลเดิม (อัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ/เตียง/วัน)	-จัดอบรม Safety man ของหน่วยงาน ร่วมกัน คำนวณวัตรกรรมลดปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของหน่วยงาน -จัดทำโครงการเสนอผู้บริหาร เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณส่วนที่ลดค่าใช้จ่ายในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อลงได้ มาสนับสนุนเป็นรางวัลสำหรับหน่วยงานที่สามารถลดปริมาณมูลฝอยติดเชื้อลงได้ - มีเวทีนำเสนอ แลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับหน่วยงานที่ทำได้
2.การลดปริมาณมูลฝอยอินทรีย์ในโรงพยาบาลและโรงครัว	เพื่อลดปริมาณมูลฝอยอินทรีย์ในโรงพยาบาล และลดปัญหาในการนำไปกำจัด	อัตราการแยกมูลฝอยอินทรีย์กับมูลฝอยทั่วไปในโรงอาหารและโรงครัว ถูกต้อง	-จัดทำโครงการ -ชี้แจง ทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้อง ขอความร่วมมือ - ออกแบบระบบ และติดตาม ประเมินผล
3.การลดปริมาณมูลฝอยอินทรีย์ในหอผู้ป่วย	เพื่อลดปริมาณมูลฝอยอินทรีย์ในโรงพยาบาล และลดปัญหาในการนำไปกำจัด	อัตราการแยกมูลฝอยอินทรีย์กับมูลฝอยทั่วไปในหอผู้ป่วย ถูกต้อง	-จัดทำโครงการ -ชี้แจง ทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้อง ขอความร่วมมือ - ออกแบบระบบ และติดตาม ประเมินผล

13. แผนภูมิกระบวนการทำงาน



13.1 วิเคราะห์กระบวนการทำงาน

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัด/ความเสี่ยงสำคัญ (Performance Indicator)
1. การเตรียมการขนย้ายมูลฝอย - สวมชุดคลุม ผ้าอย่างกันเปื้อน แวนตา ถุงมือยาง รองเท้าบูท - เตรียมความพร้อมอุปกรณ์รถขนมูลฝอย	เพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานกำจัดมูลฝอย	- ถุงเก็บมูลฝอยขาด Stock - ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกัน - พบถุงมูลฝอยติดเชื้อติดเชื้อรั่วซึม
2. รวบรวมมูลฝอยจากทุกหน่วยงาน/ทุกตึก	- การแยกมูลฝอยทิ้งลงถังถูกต้อง - บุคลากรในทุกหน่วยงานมีความรู้ตระหนักในการคัดแยกมูลฝอยที่ถูกต้อง - บุคลากรเอาใจใส่ประชาสัมพันธ์การคัดแยกมูลฝอยกับผู้รับบริการ/ญาติ	- อัตรามูลฝอยติดเชื้อไม่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลเดิม - การแยกมูลฝอยไม่ถูกต้อง
3. นำไปเก็บไว้ที่โรงพักมูลฝอย	- การขนถ่าย ได้มาตรฐาน ไม่รั่วซึมหรือปนเปื้อนสภาพแวดล้อม - อาคารโรงพักมูลฝอยได้มาตรฐานสะอาด มิดชิด สัตว์แมลงไม่สามารถเข้ามาภายในอาคารโรงพักมูลฝอย - อาคารมีการล้างทำความสะอาดทุกวัน เมื่อขนถ่ายมูลฝอยออกแล้ว	- การขนถ่ายมีการรั่วไหลเนื่องจากการทิ้งมูลฝอยไม่ถูกต้อง - อุบัติการณ์ของมีคมทิ่มตำ - อาคาร มุ่งลวดชำรุด มีรู มีช่อง - มูลฝอยล้นห้องแหล่งกำจัดไม่มารับไปกำจัดตามกำหนด

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัด/ความเสี่ยงสำคัญ (Performance Indicator)
4.หน่วยงาน/แหล่งกำจัดการรับ มูลฝอยไปกำจัด	-การขนถ่าย ได้มาตรฐาน ไม่รั่วซึม หรือปนเปื้อนสภาพแวดล้อม -แหล่งกำจัดการรับไปกำจัดตาม กำหนด	-แหล่งกำจัดไม่มารับไปกำจัด ตามกำหนด มูลฝอยล้นห้อง
5.การทำความสะอาดอุปกรณ์ , อาคารโรงพักขยะ,การอาบน้ำ ล้างตัว หลังปฏิบัติงาน	-ความสะอาด ปราศจากเชื้อ	-ไม่ได้ทำความสะอาดตามที่ กำหนด - ไม่ได้อาบน้ำ -ไม่มีสถานที่ในการตากอุปกรณ์ เสื้อผ้าไม่พอเปลี่ยน

13.2 แนวทางป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกันความเสี่ยง
1.การเตรียมการขนย้ายมูลฝอย	- ทบทวนแนวทางปฏิบัติ ,การสร้างความเข้าใจ - ติดตามประเมินผล
2.การทิ้งมูลฝอยไม่ถูกต้อง - มีมูลฝอยอื่นๆปะปนมากับมูลฝอยติดเชื้อ ทำให้ เพิ่มปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ และมีค่าใช้จ่ายสูงใน การส่งกำจัด -มูลฝอยอื่นๆปะปนกัน ทำให้ปริมาณมูลฝอยมี มาก และยากต่อการกำจัด เช่นมีมูลฝอยเปียก ปะปนมากับมูลฝอยแห้งหรือมูลฝอยทั่วไป	- ประชาสัมพันธ์ /อบรมเข้มข้นร่วมค้นหา นวัตกรรม/สำรวจข้อมูลเบื้องต้น - ติดป้ายประกาศและติดป้ายบอกชื่อประเภทถึง มูลฝอย - ร่วมหาแนวทางแก้ไขร่วมกันระหว่างแต่ละ หน่วยงาน - บันทึกข้อมูลรายงานอุบัติการณ์การแยกมูล ฝอยไม่ถูกประเภทของแต่ละหน่วยงาน - แจ้งหน่วยงานที่แยกมูลฝอยไม่ถูกประเภทให้ ทราบเพื่อการปรับปรุงของหน่วยงานต่อไป -วางระบบการจัดการมูลฝอยอินทรีย์ให้ครบวงจร
3.มูลฝอยติดเชื้อ/มูลฝอยทั่วไป ล้นห้อง บริษัทฯ/ อบต.ไร่น้อย ไม่มารับตามกำหนด	- ทบทวนระบบในหน่วยงาน -นัดหมายบริษัท/อบต.ไร่น้อย ทบทวนสัญญา มาตรการ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกันความเสี่ยง
4. พนักงานไม่ได้ทำความสะอาด อ่างน้ำ หลังปฏิบัติงาน ตามที่กำหนด -ไม่มีสถานที่ในการตากอุปกรณ์ เสื้อผ้าไม่พอเปลี่ยน	- ทบทวนแนวทางปฏิบัติ ,การสร้างความเข้าใจ - สนับสนุนเสื้อผ้า, ปรับโครงสร้างให้มีห้องพัก - ติดตามประเมินผล
5.การขนย้ายมูลฝอยบนตึกใช้ระบบลากถังขนาดใหญ่ ส่งผลต่ออาชีวอนามัยของคนทำงาน	-ทบทวนระบบการขนย้ายจากระบบลากถัง พิจารณาระบบรถเข็น หรือรถขับโดยใช้ไฟฟ้า

13.2 อุบัติการณ์ข้อร้องเรียน

วตป.	สรุปประเด็นคำร้องเรียน/ข้อคิดเห็น	วิธีแก้ไข	ผลการแก้ไข / วิธีป้องกันการเกิดซ้ำ
24 กค. 62	อบต.ไม่มารับมูลฝอยทั่วไป ไปกำจัด ส่งผลให้มูลฝอยล้นห้อง	-โทรประสานผู้รับผิดชอบเจ้าหน้าที่ อบต. ให้ดำเนินการเจ้าหน้าที่ อบต.แจ้งว่ารถขนส่งชำรุด 2 คัน ใช้งานได้ 2 คัน และได้รับอนุมัติจัดเก็บทั้งตำบล 1 รอบต่อวัน ทำให้ไม่สามารถจัดเก็บมูลฝอยในโรงพยาบาลได้ทั้งหมด	มีอุบัติการณ์ซ้ำ อีก 2 ครั้ง จึงทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้จัดเก็บตามแนวทางเดิมคือจัดเก็บทุกวันและขอให้จัดเก็บที่โรงพยาบาลเป็นที่แรก
13 มค. 63	พบคราบน้ำมูลฝอยบริเวณจุดขนส่ง ส่งกลิ่นเหม็น	- ปรับปรุงรถยนต์ขนส่งให้มีสภาพที่ดี - ปรับเปลี่ยนจุดขนส่งไปอยู่ที่ที่เหมาะสม - เพิ่มความระมัดระวังในการขนส่ง	ยังพบอุบัติการณ์แต่ลดลงจากเดิม
20 มค. 63	ท่อน้ำลานล้างรถขยะอุดตัน ตรวจพบหนอนแมลงวัน	ขุดลอกท่อเป็นประจำทุกวัน ศูร์ และทำการปรับปรุงความลาดเอียงของท่อให้น้ำไหลสะดวก	ยังไม่พบอุบัติการณ์เกิดซ้ำ

14. การดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

14.1 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้น ผลลัพธ์ การปรับเปลี่ยนที่ดี

- การจัดการธนาคารมูลฝอยรีไซเคิล รพ.๕๐พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ
- การคัดแยกมูลฝอยอันตรายออกจากมูลฝอยติดเชื้อที่ชัดเจน
- การคัดแยกมูลฝอยอินทรีย์ในโรงอาหารและโรงครัว
- การส่งเสริมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อถูกต้อง ณ จุดคัดแยกในทุกหน่วยงาน
- การใช้รถเข็นมูลฝอยแทนการเข็นถังมูลฝอย
- การรับบริจาคหลอดพลาสติกเพื่อนำมาทำหมอนให้ผู้ป่วยติดเชื้อในเขตเครือข่าย

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ

- การรับบริจาคพลาสติกในขวดน้ำ (Eco Brick) เพื่อช่วยลดการกำจัดพลาสติกที่ไม่ถูกต้องและนำไปใช้ประโยชน์

14.2 การพัฒนาคุณภาพระหว่างการดำเนินงาน

- การคัดแยกมูลฝอยอินทรีย์ในหอผู้ป่วย
- การปรับเปลี่ยนเส้นทางขนส่งมูลฝอย
- การปรับปรุงและขยายโรงเรือนให้ได้มาตรฐาน เนื่องจากโรงเรือนเดิมชำรุดและคับแคบไม่เพียงพอต่อการเก็บพักมูลฝอย ซึ่งจะส่งผลให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคต่างๆ

15. แผนพัฒนาคุณภาพ

- การนำมูลฝอยจำพวกหลอดพลาสติกมารีไซเคิลทำหมอนสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเนื่องจากโครงการเดิม
- การสร้างจุดรวมมูลฝอยที่เอื้อต่อการคัดแยกและการประชาสัมพันธ์การคัดแยกมูลฝอยให้ถูกประเภท
- ผลักดันนโยบายการลดใช้หลอดพลาสติกในร้านค้าภายในโรงพยาบาลและรณรงค์การลดใช้พลาสติกอย่างต่อเนื่อง

Service profile

งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวิชิราลงกรณ

Service Profile

งานผู้ป่วยเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาชิราลองกรณ

ฉบับปรับปรุง วันที่ 13 พฤศจิกายน 2563

วิสัยทัศน์หน่วยงาน ให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ รวมทั้งการจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน

1. บริบท (Context)

หน้าที่หลักและเป้าหมายที่สำคัญ

งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน ทำหน้าที่จัดเตรียม จัดเก็บ สืบค้น นำส่งและติดตามเวชระเบียน เพื่อให้ผู้ป่วย และแพทย์มีข้อมูลการตรวจรักษา มีการให้และบันทึกรหัสโรค/หัตถการตามหลักของ ICD 10 และ ICD 9 CM รวมทั้งตรวจสอบ แก้ไขให้ถูกต้อง เพื่อให้โรงพยาบาลนำไปเบิกค่าตอบแทนบริการทางการแพทย์จากต้นสังกัดได้อย่างครบถ้วน ถูกต้องตรงตามจริงและมีข้อมูลจัดทำสถิติทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน สามารถนำไปทำวิจัยและวางแผนป้องกัน แก้ไขปัญหาทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง มีคลังข้อมูลเวชสถิติที่ได้มาตรฐาน เพื่อส่งเสริมงานวิจัย และงานวิชาการแก่บุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมจัดทำและให้บริการด้านข้อมูลสถิติทางการแพทย์ในรูปแบบเอกสาร หรือเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์

ขอบเขต

ให้และบันทึกรหัสโรค/หัตถการตามหลักของ ICD 10 และ ICD 9 CM รวมทั้งตรวจสอบ แก้ไขให้ถูกต้อง จัดเตรียม จัดเก็บ สืบค้น นำส่งและติดตามเวชระเบียน

ศักยภาพและข้อจำกัด

งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีเจ้าพนักงานเวชสถิติ 3 คน, เจ้าพนักงานสถิติ 1 คน, ลูกจ้างรายวัน 1 คน เครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญในการให้บริการ ได้แก่ เครื่องคอมพิวเตอร์ 5, เครื่องPrinter 3 เครื่อง, เครื่อง Scan 2 เครื่อง

2. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ

ลูกค้าภายใน

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
งานประกันสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none">- เวชระเบียนที่แพทย์สรุปแล้วจะต้องมีรหัสโรค/รหัสหัตถการ- รหัสโรค/รหัสหัตถการจะต้องตรงกันทั้งในเวชระเบียนและในโปรแกรม HosXP- เวชระเบียนที่ทำการลงรหัสโรค/รหัสหัตถการแล้วจะต้องถูกส่งต่อให้งานประกันสุขภาพ ตามกำหนดเวลา
แพทย์	<ul style="list-style-type: none">- เวชระเบียนถูกส่งเพื่อให้แพทย์สรุปตรงตามแพทย์เจ้าของไข้- เวชระเบียนถูกส่งเพื่อให้แพทย์สรุปตรงตามเวลาที่กำหนด

ลูกค้าภายใน (ต่อ)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
เจ้าหน้าที่ รพ. 50 พรรษาฯ	<ul style="list-style-type: none"> - สืบค้นและนำส่งเวชระเบียนตามที่ร้องขอ - คำอธิบายถึงขั้นตอนการดูเวชระเบียนในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ไฟล์
งานสารสนเทศทาง การแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> - ให้รหัสโรค/รหัสเหตุการณ์ที่ถูกต้องตามที่ร้องขอ
เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยใน	<ul style="list-style-type: none"> - รับเวชระเบียนจากหอผู้ป่วยในโดยมีการตรวจสอบก่อนทุกครั้ง (ส่งครบหรือไม่) - รับสติกเกอร์ที่มีบาร์โค้ดสำหรับผู้ป่วยที่จำหน่ายในแต่ละวันจากงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ลูกค้าภายนอก

กลุ่มผู้รับบริการ	ความต้องการที่สำคัญ
ผู้ป่วยและญาติ	<ul style="list-style-type: none"> - การเอาใจใส่และมีความกระตือรือร้นของเจ้าหน้าที่ - ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนจากเจ้าหน้าที่ - ได้รับการจัดการความปวดจากแผลผ่าตัดและการทำหัตถการ - ให้คำแนะนำต่างๆ เช่น สถานที่ ระเบียบปฏิบัติต่างๆ การบริการที่ได้รับ - ได้รับเวชระเบียนผู้ป่วยในตามที่ร้องขอ - สถานที่สะอาด ไม่มีฝุ่น ไม่มีหยากรไย
ผู้มาติดต่อราชการ	<ol style="list-style-type: none"> 1.การต้อนรับที่ดี มีมนุษยสัมพันธ์ 2.ได้รับการติดต่อประสานงานที่สะดวกรวดเร็ว 3.ได้รับข้อมูลถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วนและทันเวลา

3. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ปี 2560-2563 ปริมาณงานเวชระเบียนผู้ป่วยในทั้งหมด ดังนี้

กิจกรรมดำเนินงาน	ปีงบประมาณ			
	2560	2561	2562	2563
จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (ข้อมูลจาก Hos XP)	12,606	16,392	19,603	18,470
จำนวน AdjRW	12,188.7858	18,677.2061	22,545.6373	22,642.5468
จำนวนเวชระเบียนที่ทำการตรวจสอบก่อนส่ง เบิก (Audit) (ฉบับ)	3,030	4,793	7,116	8,360
จำนวน AdjRW ที่เพิ่มขึ้น หลังทำการ ตรวจสอบก่อนส่งเบิก (Audit)	826.1590	1,872.2420	2,375.3340	2,349.0935
ค่า CMI	1.0541	1.1392	1.1502	1.2259
ขอประวัติการรักษาพยาบาล (ราย)	131	194	392	468
สำรองเวชระเบียนในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ไฟล์ (File Scan)	12,606	16,392	19,603	18,470

งานเวชระเบียนผู้ป่วยในมีเจตจำนงให้บริการงานเวชระเบียนด้วยความสะดวกถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว อย่างเสมอภาค เท่าเทียม คำนึงถึงผู้รับบริการเป็นหลัก โดยยึดประเด็นคุณภาพ คือ เวชระเบียนมีความสมบูรณ์มีการจัดเก็บอย่างเป็นระบบเพื่อสามารถสืบค้นและป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่เกี่ยวข้อง ให้รหัสโรค/หัตถการที่ถูกต้อง ความท้าทายที่สำคัญ ได้แก่ การป้องกันพฤติกรรมให้บริการไม่พึงประสงค์ เวชระเบียนผิดคน เวชระเบียนสูญหาย การเข้าถึงโดยบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง ให้รหัสโรค/หัตถการไม่ถูกต้อง

4. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ ของหน่วยงาน

1. ให้รหัสโรค/รหัสหัตถการที่ได้มาตรฐานตามที่ WHO กำหนด
2. ส่งเวชระเบียนแก่งานประกันคุณภาพเพื่อนำส่งเบิกตามเวลาที่กำหนด
3. เวชระเบียนทุกฉบับได้ทำการ Scan และสำรองไว้ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์
4. นำเวชระเบียนที่มีการสรุปไม่สมบูรณ์เข้าสู่กระบวนการ Audit
5. ผู้ร้องขอเวชระเบียนได้รับเวชระเบียนที่ถูกต้อง รวดเร็ว และสะดวก

5. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ (จุดเน้นในการพัฒนา)

ความท้าทาย

1. มีการพัฒนาระเบียบปฏิบัติระบบเวชระเบียนผู้ป่วยในมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน มีการจัดหาสถานที่เก็บเวชระเบียนเพิ่มเติม ระบบสแกนเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อให้สามารถจัดเก็บ ค้นหา เวชระเบียนผู้ป่วยในได้อย่างมีประสิทธิภาพข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยในและในโปรแกรม HOSXP มีความถูกต้องตรงกัน มีการนำระเบียบปฏิบัติ “การเปิดเผยประวัติผู้ป่วย” มาใช้เป็นแนวทางในการให้บริการข้อมูลประวัติและเคลมประกัน เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง

2. พัฒนาเจ้าพนักงานเวชสถิติเรื่องการให้รหัสโรค/รหัสหัตถการที่ถูกต้อง ตามหลัก ICD10/ICD9CM 2010, Standard Coding Guidelines ของ WHO

3. พัฒนาเจ้าพนักงานเวชสถิติเรื่องการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. อุปกรณ์สำรองข้อมูลเต็ม
2. การเข้าถึงข้อมูลของผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง
3. การส่งเวชระเบียนเพื่อเคลม ไม่ทันตามกำหนดเวลา

6. ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

บุคลากรที่ปฏิบัติงาน

ประเภท	จำนวน(คน)
เจ้าพนักงานเวชสถิติ	3
เจ้าพนักงานสถิติ	1
ลูกจ้างรายวัน	1

เครื่องมือทางการแพทย์ / วัสดุสำนักงาน

เครื่องมือ	จำนวน
เครื่องคอมพิวเตอร์	5 เครื่อง
เครื่องปริ้นเตอร์	3 เครื่อง
เครื่อง Scan	2 เครื่อง

7. ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

1. การส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร จัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีเจ้าหน้าที่ทุกราย ส่งเสริมให้บุคลากรออกกำลังกายโดยการสนับสนุนให้บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายในชมรมต่างๆ ของโรงพยาบาล การแข่งขันกีฬาสาธารณสุขสัมพันธ์ มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้การดูแลสุขภาพทั้งในเรื่องการออกกำลังกาย การแพทย์ทางเลือกต่างๆ

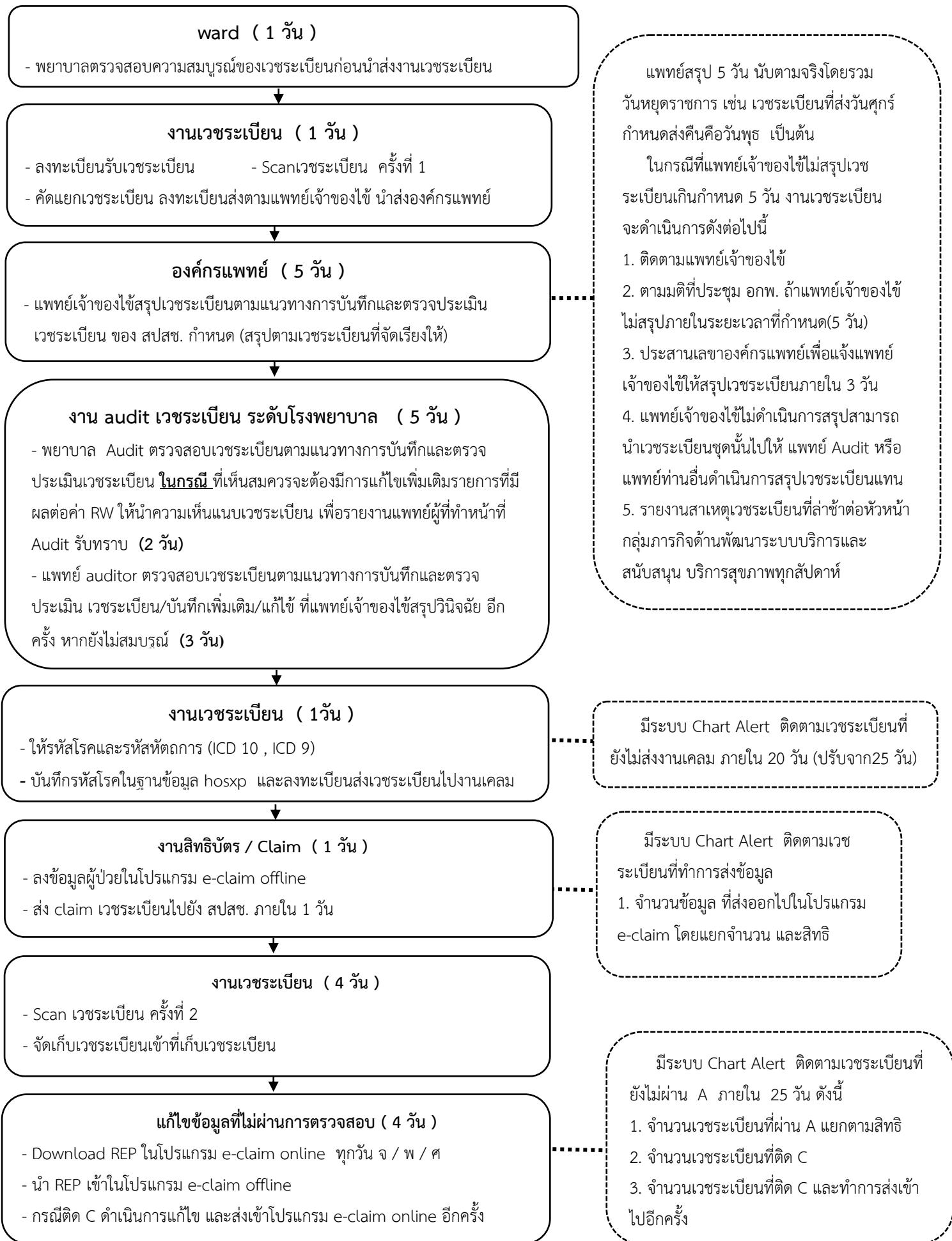
2. การสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากร จัดระบบงานที่เอื้อต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ อัตรากำลังและค่าตอบแทนที่เหมาะสมต่อภาระงาน สร้างทีมงานโดยจัดกิจกรรมพบปะ สังสรรค์ในโอกาสสำคัญ เช่น งานปีใหม่ จัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ที่อำนวยความสะดวกอย่างเพียงพอ

8. วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด การพัฒนา

ประเด็นคุณภาพ ที่สำคัญ/ความ ท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย / วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การพัฒนา	กิจกรรมการพัฒนา
1. พัฒนาระเบียบ ปฏิบัติ ระบบเวช ระเบียบผู้ป่วยใน มาใช้เป็นแนวทาง ในการปฏิบัติงาน	หน่วยงานอื่นๆ ได้ทำตาม Flow Chat เพื่อส่ง เคลมได้ทัน กำหนดเวลา	<p>เวชระเบียบทุกฉบับได้ถูกส่งเคลมทันเวลา</p> <p>ปี 2561 ไม่ทันเวลา 10 ฉบับ (ทันเวลา 99.93 %)</p> <p>ปี 2562 ไม่ทันเวลา 6 ฉบับ (ทันเวลา 99.96 %)</p> <p>ปี 2563 ไม่ทันเวลา 0 ฉบับ (ทันเวลา 100 %)</p>	<p>- ความคุม กำกับ ให้มีการทำงาน ตามระเบียบปฏิบัติ อย่างเคร่งครัด</p> <p>- ติดตามเวชระเบียบผู้ป่วยในเมื่อ มีหน่วยงานไม่ทำตามระเบียบ ปฏิบัติ</p>

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย / วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การพัฒนา	กิจกรรมการพัฒนา
2. การให้รหัสโรค/รหัสหัตถการที่ถูกต้อง	เจ้าพนักงานเวชสถิติมีการให้รหัสโรค/รหัสหัตถการที่ถูกต้อง ตามหลัก ICD10/ICD9 ของ WHO	<p>ผลการตรวจสอบเวชระเบียนของ สปสช.</p> <p>ปี 2561 จากการสุ่มเวชระเบียน 100 ฉบับ พบความผิดพลาด 26 ฉบับ</p> <p>ปี 2562 จากการสุ่มเวชระเบียน 100 ฉบับ พบความผิดพลาด 11 ฉบับ</p> <p>ปี 2563 จากการสุ่มเวชระเบียน 100 ฉบับ พบความผิดพลาด 14 ฉบับ</p>	- ให้เจ้าพนักงานเวชสถิติเข้ารับการอบรมเรื่องการให้รหัสโรค/รหัสหัตถการ เพื่อเพิ่มพูนทักษะให้มากขึ้น
3. เพิ่มค่า AdjRW โดยการ Audit เวชระเบียนที่สรุปโรค/หัตถการไม่สมบูรณ์	ค่า AdjRW เพิ่มขึ้น	<p>ผลการ Audit เวชระเบียนทำให้ค่า AdjRW เพิ่มขึ้น</p> <p>ปี 2561 Audit 4,793 ฉบับ ค่า AdjRW เพิ่มขึ้น 1,872.2420</p> <p>ปี 2562 Audit 7,116 ฉบับ ค่า AdjRW เพิ่มขึ้น 2,375.3340</p> <p>ปี 2563 Audit 1,802 ฉบับ ค่า AdjRW เพิ่มขึ้น 589.1317</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มเวชระเบียนในการตรวจสอบ Audit - เพิ่มแพทย์ Auditor - พัฒนาแพทย์ที่มีความสนใจที่จะเป็น Auditor โดยการส่งเข้ารับการอบรมการสรุปโรค/หัตถการ

9. แผนภูมิกระบวนการทำงาน เวชระเบียนผู้ป่วยใน



10. วิเคราะห์กระบวนการทำงาน

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Processes Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. ให้บริการเวชระเบียน ผู้ป่วยใน -การจัดเก็บ -การค้นหา - การให้บริการข้อมูล ประวัติและเคลมประกัน -บันทึกโรค/ หัตถการในHOSXP	-การค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยในสะดวก รวดเร็ว -ป้องกันการสูญหายและการเข้าถึงข้อมูล โดยผู้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง - ให้บริการข้อมูลสารสนเทศแก่แพทย์ พยาบาลและเปิดเผยข้อมูลความลับแก่ผู้ที่ สามารถเปิดเผยได้ -ผู้ขอประวัติและเคลมประกันได้รับข้อมูลที่ ถูกต้อง ครบถ้วน -รหัสโรคในโปรแกรมHOSXPตรงกับเวช ระเบียนผู้ป่วยใน	- อัตราการสูญหายเวชระเบียน - ระยะเวลาเฉลี่ยของเวชระเบียน ผู้ป่วยใน -ความเสี่ยงการเปิดเผยความลับ -อัตราข้อมูลรหัสโรค/หัตถการใน โปรแกรมHOSXPตรงกับเวช ระเบียนผู้ป่วยใน
2. ให้รหัสโรค/หัตถการ	-ให้รหัสโรคถูกต้องตามมาตรฐาน	-อัตราการให้รหัสโรค/หัตถการไม่ ถูกต้องในกรณีแพทย์สรุปถูกต้อง
3. ตรวจสอบความ สมบูรณ์เวชระเบียน	- เวชระเบียนผู้ป่วยนอกมีข้อมูลถูกต้อง/ ครบถ้วน/สมบูรณ์ -เวชระเบียนผู้ป่วยในมีข้อมูลถูกต้อง/ ครบถ้วน/สมบูรณ์	-อัตราความสมบูรณ์ของเวช ระเบียนผู้ป่วยนอก -อัตราความสมบูรณ์ของเวช ระเบียนผู้ป่วยใน

11. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560 – 2563 (ตุลาคม 2562 – ธันวาคม 2562)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ปีงบประมาณ			
		2560	2561	2562	2563
อัตราการสำรองเวชระเบียนในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วย 48 ชั่วโมง (File Scan)	ทันเวลา 100%	99%	100%	100%	100%
อุบัติการณ์การสูญหายของเวชระเบียน	0%	0%	0%	0%	0%
อัตราข้อมูลรหัสโรค/หัตถการในโปรแกรม HosXP ตรงกับ เวชระเบียนผู้ป่วยใน	100%	99%	100%	100%	100%
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	80%	89.34%	90.26%	90.83%	89.66%
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	80%	94.60%	93.86%	94.51%	93.24%
อัตราการส่งข้อมูลให้งานประกันสุขภาพทันเวลา	100%	100%	100%	100%	100%
ค่า CMI ผ่านเกณฑ์	1.2	1.0541	1.1392	1.1502	1.2259

12. แนวทางป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกันความเสี่ยง
1. อุปกรณ์สำรองข้อมูลเต็ม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปรึกษากับงานศูนย์คอมพิวเตอร์ถึงการเข้าแผนขอซื้ออุปกรณ์สำรองข้อมูลที่มีขนาดใหญ่ 2. ประสานงานกับฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อลบข้อมูลที่ไม่จำเป็นและเข้าซื้อฮาร์ดไดรฟ์จากหน่วยความจำของอุปกรณ์สำรองข้อมูล
2. การเข้าถึงข้อมูลของผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่วนของข้อมูลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ ประสานงานกับศูนย์คอมพิวเตอร์เพื่อจัดให้มีการเข้าถึงข้อมูลของแต่ละบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ โดยจำกัดส่วนของข้อมูลที่แต่ละบุคคลจะสามารถเข้าถึงได้ 2. ส่วนของข้อมูลที่เป็นกระดาษเอกสาร มีที่เก็บที่เป็นสัดส่วน มีกุญแจที่แน่นหนา มีการขอเก็บเอกสารไว้ 5 ปี หลังจากนั้นจึงขอทำลาย
3. การส่งเวชระเบียนเพื่อเคลมไม่ทันตามกำหนดเวลา	<ol style="list-style-type: none"> 1. ติดตาม กำชับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ปฏิบัติตามระเบียบการทำงานของเวชระเบียนผู้ป่วยในอย่างเคร่งครัด 2. ลดระยะเวลาการทำงานของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเวชระเบียน เพื่อให้งานประกันสุขภาพได้มีเวลาแก้ไขข้อมูล ในกรณีที่ข้อมูลไม่ผ่าน

13. การพัฒนาระบบงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพซึ่งมีแผนดำเนินการต่อไป

1. พัฒนาระบบสแกนเวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อสำรองข้อมูลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์
2. พัฒนาระเบียบปฏิบัติงานเวชระเบียนให้มีความรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพที่มากขึ้น
3. พัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากรในหน่วยงานให้ดียิ่งขึ้น

Service Profile

หน่วยงาน ศูนย์คอมพิวเตอร์

1.บริบทของหน่วยงาน

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

- 1.เป็น Supervisor ดูแลระบบคอมพิวเตอร์เครือข่าย (LAN) โปรแกรมงานบริการ (HOSxP) โปรแกรม Express ระบบ Internetรวมถึงระบบกล้องวงจรปิด (CCTV) และระบบโทรศัพท์ภายใน-ภายนอก
2. เป็นผู้กำหนดคุณลักษณะของคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์คอมพิวเตอร์แก่หน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล
3. ทำหน้าที่ดูแลเชิงป้องกันและซ่อมบำรุงอุปกรณ์ต่างๆ ทั้งระบบเครือข่าย อุปกรณ์ต่อพ่วง
4. เป็นผู้ทำหน้าที่อนุญาตให้บุคคลสามารถเข้าใช้งานในระบบคอมพิวเตอร์ทั้งในระบบเครือข่าย และระบบบริการ HOSxP
6. พัฒนาบุคลากรผู้ใช้งานระบบคอมพิวเตอร์
7. วางแผนพัฒนาระบบ

ข.ขอบเขตการให้บริการ

- 1) ดูแลเครือข่ายระบบ LAN และSoftware,Hardware ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการ เช่น โปรแกรม HOSxP, HOSxP-Image, Express, CCTV
- 2) การกำหนดคุณลักษณะของอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์อื่นๆที่เกี่ยวข้องส่งให้ฝ่ายพัสดุ เพื่อจัดหาตามแผนงบประมาณและแผนเร่งด่วน
- 3) ดูแลเชิงป้องกัน การซ่อมบำรุง และการแก้ไขปัญหาข้อขัดข้องอันเนื่องจากข้อบกพร่องของ hard ware
- 4) ควบคุม ดูแล บริหาร จัดการ บัญชีผู้ใช้งานโปรแกรม HOSxP และระบบอินเทอร์เน็ตหลักของโรงพยาบาล
- 5) การพัฒนาบุคลากรด้านคอมพิวเตอร์
- 6) จัดทำแผนพัฒนาระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ขององค์กรหรือหน่วยงานเฉพาะ

ข้อจำกัด (ให้ระบุสิ่งที่เป็นเป็นข้อจำกัดในการทำงานของเรา)

- 1.การดูแลระบบ CCTV ศูนย์คอมพิวเตอร์ทำหน้าที่ในการดูแลเฉพาะในกรณีที่มีความต้องการใช้ภาพเพื่อประกอบเหตุไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง
- 2.เครื่องปริ้นเตอร์ใช้หมึกเทียบเท่าทำให้เกิดปัญหาฝุ่นผงกระจายและทำให้เครื่องปริ้นเกิดปัญหาบ่อย
3. เครื่องสำรองไฟห้อง datacenter มีเพียง 1 ตัว กรณีเครื่องหลักมีปัญหาหรือต้องเปลี่ยน แบตเตอรี่ทำให้ต้องปิดระบบทั้งหมด
4. ห้อง datacenter ไม่มีเครื่องดูดความชื้น (เนื่องจากระบบแอร์ความชื้นมีราคาสูงทำให้ต้องใช้ระบบแอร์ธรรมดาที่มีผลทำให้ห้อง datacenter มีความชื้นสูง อาจเกิดความเสียหายทำให้อุปกรณ์เสียหายได้)
- 5.อุปกรณ์กระจายสัญญาณเครือข่ายแบบสายมีความเร็วต่ำ 10/100 MB ทำให้การใช้งานระบบเครือข่ายช้า (คอมพิวเตอร์ปัจจุบันรองรับความเร็ว 1GB)

5. แพทย์สามารถดูข้อมูลประวัติบริการระหว่าง รพ.สต. และ รพ. แม่ข่ายโดยผ่านระบบ VPN เนื่องจากใช้โปรแกรมบริการคนละโปรแกรม

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
1.ผู้บริหาร	1.การดำเนินการจัดซื้อครุภัณฑ์ให้ยึดตามคุณลักษณะของกระทรวงICT และดำเนินการตามระเบียบพัสดุ 2.มีการวางแผนพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์ให้มีความปลอดภัยในการใช้งาน มีระบบที่มีเสถียรภาพ และรับประกันเวลาในการซ่อมแซมระบบให้สามารถใช้งานได้
2. ผู้รับบริการภายใน	1. การแก้ไขปัญหาข้อขัดข้องอย่างรวดเร็ว 2. มีระบบการดูแลซ่อมบำรุงคอมพิวเตอร์เชิงป้องกัน 3. การพัฒนา Web site และ internet ให้เป็นปัจจุบันและจัดระยะเวลาในการปรับปรุงข้อมูลใน Web pageให้เป็นปัจจุบัน 4. การพัฒนาบุคลากรด้านคอมพิวเตอร์ 5. การติดต่อประสานงานในระหว่างอยู่เวรนอกเวลาอย่างรวดเร็ว 6. การปรับปรุงและพัฒนาฐานข้อมูลงานบริการในHosxp ให้สามารถตอบสนองแก่ Userได้ 7.ระบบInternet ความเร็วสูง

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

“ระบบคอมพิวเตอร์มีเสถียรภาพ มีความปลอดภัย ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจ” โดยมีตัวชี้วัดดังต่อไปนี้

- 1) ความครอบคลุมของการจัดทำระบบการระบุตัวบุคคล(Authentication) เพื่อพิสูจน์สิทธิการเข้าถึงข้อมูล 100%
- 2) อุบัติการณ์การสูญหายของข้อมูล = 0 (ครั้ง)
- 3) ความรวดเร็วในการแก้ไขปัญหาข้อขัดข้องของโปรแกรม HOSXP ไม่เกิน 30นาที (นับจากได้รับแจ้งจนกว่าจะใช้งานได้)
- 4) ความรวดเร็วในการแก้ไขปัญหาข้อขัดข้องของ Server Hosxpให้แล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมง (ครั้ง)/(ครั้ง)
- 5) อุบัติการณ์ข้อขัดข้องของServer Hosxp หรือตัวกระจายสัญญาณ (ครั้ง)
- 6) ความครอบคลุมการดูแลอุปกรณ์คอมพิวเตอร์เชิงป้องกัน 100%
- 7) อุบัติการณ์ข้อขัดข้องจากปัญหาเดิมหลังการแก้ไขภายใน 72 ชั่วโมง
- 8) จำนวนครั้งของฐานข้อมูลโปรแกรม HOSXP ใช้งานไม่ได้(Information systems down time (sec)
- 9) จำนวนครั้งของการทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเนื่องจากระบบคอมพิวเตอร์มีปัญหา
- 10) ความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบคอมพิวเตอร์มากกว่าร้อยละ 85

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ (จุดเน้นในการพัฒนา?)

ความท้าทาย

การพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์ ที่มีคุณภาพเสถียรภาพและความปลอดภัย ที่สามารถตอบสนองความต้องการใช้ของ User ได้ การพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์ให้มีความปลอดภัย ตาม พรบ.คอมพิวเตอร์ นำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในองค์กรยุคดิจิทัล เพื่อตอบสนองต่อแผนนโยบาย Smart Hospital

ความเสี่ยงสำคัญ

1. ข้อขัดข้องของระบบ HOSxP ความเร็วต่ำ ขนาดของ ram น้อย มี 60 GB ปี 2563 มีแผนติดตั้ง ram เพิ่ม เป็น 200 GB
2. พื้นที่จัดเก็บข้อมูลระบบ HOSxP_Image เหลือใช้งาน 4.3% (21 GB)
3. User/Password เชื่อมต่อฐานข้อมูล HOSxP มี user เดียว ไม่ปลอดภัย
4. คอมพิวเตอร์แม่ข่ายไม่มี antivirus+malware ลิขสิทธิ์
5. ความล่าช้าในการแก้ไขปัญหาข้อขัดข้องของระบบคอมพิวเตอร์
6. ความล่าช้าในการจัดสนับสนุนคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์ให้ทันสมัย
7. ระบบเครือข่ายแบบสายมีความเร็วต่ำ (10/100 MB เป็น 1000MB)
8. ข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการเนื่องจากบุคลากรใช้ Social network, you tube หรือใช้ Game application ในระหว่างการให้บริการหากไม่มีมาตรการรองรับที่ชัดเจน
9. ข้อมูลบริการสูญหาย

จ. ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือและเทคโนโลยี

ด้าน	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
ด้านผู้ปฏิบัติงาน	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ 3 คน	ขาดความเชี่ยวชาญในระดับ Programmer
เครื่องมือ	เพียงพอ	อายุการใช้งานนาน ตกຸ່ນ
เทคโนโลยี	ความทันสมัย	ตกຸ່ນ
งบประมาณ	ขาดงบประมาณในการดูแลระบบ	การจัดซื้อตาม พรบ.คอมพิวเตอร์ มีความเข้มงวดมากขึ้น

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

1. การส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่

- 1.1) กำหนดให้บุคลากรทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี 100%
- 1.2) กำหนดให้บุคลากรมีการเข้าอบรมพัฒนาจิตและการปฏิบัติธรรม
- 1.3) ส่งเสริมบุคลากรในการออกกำลังกายตามนโยบายองค์กร

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)¹

1.งานซ่อม/แก้ไขปัญหาขัดข้องระบบคอมพิวเตอร์

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1.รับแจ้งเหตุ	รับแจ้งเหตุขัดข้องอย่างชัดเจนโดยเฉพาะชื่อผู้แจ้งและสถานที่เกิดเหตุ รวมถึงอาการแสดงสำคัญ	1.ไม่แจ้งเหตุผ่านระบบแจ้งซ่อมออนไลน์ 2. เจ้าหน้าที่รับผิดชอบไม่อยู่ หรือติดต่อไม่ได้ในขณะขึ้นเวรนอกเวลา	มีการแจ้งเหตุผ่านระบบที่กำหนดครอบคลุม100%
2.การแก้ไขปัญหา	การแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็ว ทันเวลา	1. มีเหตุการณ์เกิดพร้อมๆกันในหลายจุด 2. ผู้รับผิดชอบลา ไม่เต็มอัตรากำลังตามปกติ 3. เป็นสาเหตุที่แก้ไขไม่ได้ 4. User ขาดทักษะในการใช้งานและบำรุงรักษา	1.ความรวดเร็วในการแก้ไขปัญหาข้อขัดข้องของโปรแกรม HOSxP ไม่เกิน 30 นาที (นับจากได้รับแจ้งจนกว่าจะใช้งานได้)
3.การติดตามและเฝ้าระวัง	เพื่อเฝ้าระวังหลังบริการ (After service)	1.อุปกรณ์มีการชำรุดเนื่องจากเสื่อมสภาพการใช้งาน	1.อุบัติการณ์ข้อขัดข้องปัญหาเดิมหลังการแก้ไขภายใน 72 ชั่วโมง 2. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการศูนย์คอมพิวเตอร์

¹ สรุปภายใน 1 หน้า วิเคราะห์โดยเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง เช่น หอผู้ป่วย ให้พิจารณาว่ามีกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างไร โดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีเฉพาะกระบวนการที่พยาบาลรับผิดชอบ

2.งานจัดหาและสนับสนุนคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1.การกำหนดความต้องการ	เพื่อให้ทุกหน่วยงานได้แสดงความต้องการใช้คอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์ด้านสารสนเทศได้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน	1.งบประมาณในการจัดสนับสนุนมีจำกัด	-
2.การรวบรวมความต้องการใช้	เพื่อทราบจำนวน ประเภท คุณลักษณะจำเพาะของ เครื่องที่ต้องการและหน่วยงานที่ต้องการพร้อมวงเงินรวมเพื่อดำเนินการ	1.ข้อมูลแสดงความต้องการไม่ครบทุกฝ่ายหรืองาน 2. ความต้องการเร่งด่วน	-
3.การจัดซื้อ	ความรวดเร็วและถูกต้องตามระเบียบ ตรงคุณลักษณะที่ต้องการ	1.การดำเนินการจัดซื้อล่าช้า 2. การปรับเปลี่ยนงบประมาณในภาพรวม 3.การจัดซื้อนอกแผน	-
4.การแจกจ่าย	เพื่อส่งมอบสินค้าให้หน่วยที่ขอจัดซื้อ	1.การแจกจ่ายคอมพิวเตอร์/ อุปกรณ์ควรลงทะเบียนให้เรียบร้อยก่อน เพราะการตามลงทะเบียนหลังจากแจกจ่ายค่อนข้างยุ่งยาก	1. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนคอมพิวเตอร์/อุปกรณ์ต่อฟ่วง

3.การซ่อมบำรุงเชิงป้องกันคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1.การวางแผน	เพื่อกำหนดวัน เวลาและเป้าหมายการดำเนินการบำรุงเชิงป้องกันอุปกรณ์และคอมพิวเตอร์	1. ขาดการประสานแผนสู่หน่วยงานอื่นๆ 2. ไม่ดำเนินการตามแผน	-
2.การบริการซ่อมบำรุงเชิงป้องกัน	ให้บริการซ่อมบำรุงเชิงป้องกัน เช่น การเป่าฝุ่น การตรวจสอบการสำรองไฟ เครื่อง UPS การทำความสะอาด เม้าท์, คีย์บอร์ด, เป็นต้น	1.อันตรายระหว่างการปฏิบัติงาน เช่น ฝุ่น เชื้อโรค กระแสไฟฟ้า 2. การชำรุดของอุปกรณ์เนื่องจากการเป่าฝุ่นหรือเช็ด	1.ความครอบคลุมอุปกรณ์และคอมพิวเตอร์ที่ได้รับการซ่อมบำรุงเชิงป้องกัน 100%

4.การพัฒนาบุคลากรด้านคอมพิวเตอร์

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1.การวางแผนความต้องการด้านฝึกอบรม	เพื่อทราบความต้องการและส่วนขาดบุคลากรทั้ง Supervisor และ User ทั่วไป	-ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านฝึกอบรมได้ทั้งหมด	-
2.การพัฒนา Supervisor	เพื่อเพิ่มทักษะและความชำนาญแก่ Supervisors ในการดูแลระบบคอมพิวเตอร์อย่างมีประสิทธิภาพ	-ขาดทักษะและความชำนาญในการดูแลอุปกรณ์บางอย่าง	- Supervisor ได้รับการพัฒนาทักษะอย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี
3.การพัฒนา User	เพื่อให้ User สามารถใช้โปรแกรมด้านบริการได้อย่างรวดเร็ว	-โปรแกรมบริการมีการ Update ตลอดเวลาทำให้ User ตามไม่ทันและมีข้อขัดข้องในการใช้งาน	1.ความครอบคลุมของ User ที่ผ่านการอบรมการใช้โปรแกรม Hosxp

			2. ความพึงพอใจของผู้ใช้ โปรแกรมมากกว่าร้อยละ 80
--	--	--	--

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน² (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
1) ความครอบคลุมของการจัดทำระบบการระบุตัวบุคคล(Authentication) เพื่อพิสูจน์สิทธิการเข้าถึงข้อมูล 100%	100%	100%	100%	100%	100%
2) อุบัติการณ์การสูญหายของข้อมูล = 0 (ครั้ง)	0	0	0	0	0
3) ความรวดเร็วในการแก้ไขปัญหาข้อขัดข้องของโปรแกรม HOSxP ไม่เกิน 30 นาที (นับจากได้รับแจ้งจนกว่าจะใช้งานได้)	0	2	1	0	0
4) ความรวดเร็วในการแก้ไขปัญหาข้อขัดข้องของ Server Hosxp ให้แล้วเสร็จภายใน 48 ชั่วโมง (ครั้ง)/(ครั้ง)	3	1	2	1	0
5) อุบัติการณ์ข้อขัดข้องของ Server Hosxp หรือตัวกระจายสัญญาณ (ครั้ง)	0	1	1	0	0
6) ความครอบคลุมการดูแลอุปกรณ์ IT เชิงป้องกัน 100%	100%	100%	100%	100%	100%
7) อุบัติการณ์ข้อขัดข้องจากปัญหาเดิมหลังการแก้ไขภายใน 72 ชั่วโมง	0	0	0	0	0
8) จำนวนครั้งของฐานข้อมูลโปรแกรม Hosxp ใช้งานไม่ได้(Information systems down time sec)	3	1	3	0	0
9) จำนวนครั้งของการทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเนื่องจากระบบคอมพิวเตอร์มีปัญหา	0	0	0	0	0

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเพื่อให้เป็นไปตามสิ่งที่คาดหวังและป้องกันความเสี่ยงสำคัญของแต่ละกระบวนการ (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว³)

1. ระบบ HOSxP Replication (ระบบสำรองแบบเรียลไทม์)

² นำเสนอกราฟแสดงข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ (ก) ตัวชี้วัดของหน่วยงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงานและมีการติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง (พร้อมคำอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นประกอบภาพอย่างสั้นๆ) (ข) ข้อมูลผลการพัฒนาตามโครงการสำคัญในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา

³ สรุปความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญในช่วงเวลาที่ผ่านมา อย่างสั้นๆ ระบุแนวคิด ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และวิธีการทำงานสำคัญที่เป็นข้อสรุปจากการพัฒนา

2. ระบบ Veeam Replication (ระบบสำรอง HOSxP Image)
3. ตั้งค่าความปลอดภัย user/password เชื่อมต่อฐานข้อมูล HOSxP แยกเป็นกลุ่ม Admin | User ทั่วไป | รพสต | LIS | ระบบหุ่นยนต์จ่ายยา | CTSCAN | फिल्मทันตกรรม | RCM |
4. ขยายจุดเชื่อมต่อเครือข่ายแบบสายและไร้สายครอบคลุมพื้นที่เขตให้บริการใหม่
5. ระบบพิสูจน์ตัวตนผู้ใช้งานเครือข่ายอินเทอร์เน็ต
6. ระบบ Network & Server Monitoring (ลดเวลาการหาสาเหตุสามารถแก้ไขปัญหาได้เร็วขึ้น)
7. ระบบ VPN (Virtual Private Network) (ให้แพทย์ที่ รพสต ดูประวัติผ่าน HOSxP ได้)

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

1. เปลี่ยนสายแลนอาคารชินกุง เป็นแบบ Cat6 รองรับความเร็วจาก 10/100 MB เป็น 1000 MB
2. ระบบ H4U เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบสถานพยาบาล และผู้รับบริการผ่านระบบ HIS Gateway ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนผู้เป็นเจ้าของข้อมูลได้เข้าถึงประวัติการเข้ารับบริการ และข้อมูลสุขภาพของตนเอง

5. แผนพัฒนาต่อเนื่อง

1. เพิ่มความเร็วคอมพิวเตอร์แม่ข่าย HOSxP (ram 60 GB เป็น 256 GB)
2. จัดซื้อคอมพิวเตอร์แม่ข่าย HOSxP Image (HDD 14%)
3. ติดตั้งระบบ Backup (veeam replication) เครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย HOSxP / HOSxP Image
4. เปลี่ยนอุปกรณ์กระจายสัญญาณเครือข่ายแบบสายจากความเร็ว 10/100MB เป็น 1000MB
5. จัดซื้อเครื่องสำรองไฟห้อง Datacenter
6. จัดซื้อเครื่องดูดความชื้นห้อง Datacenter
7. จัดซื้อ antivirus+antimalware ลิขสิทธิ์สำหรับคอมพิวเตอร์แม่ข่าย
8. การเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

5.นวัตกรรม/ผลงานเด่น/ผลงานที่ภาคภูมิใจ

เรื่อง ระบบ Network & Server Monitoring

วัตถุประสงค์

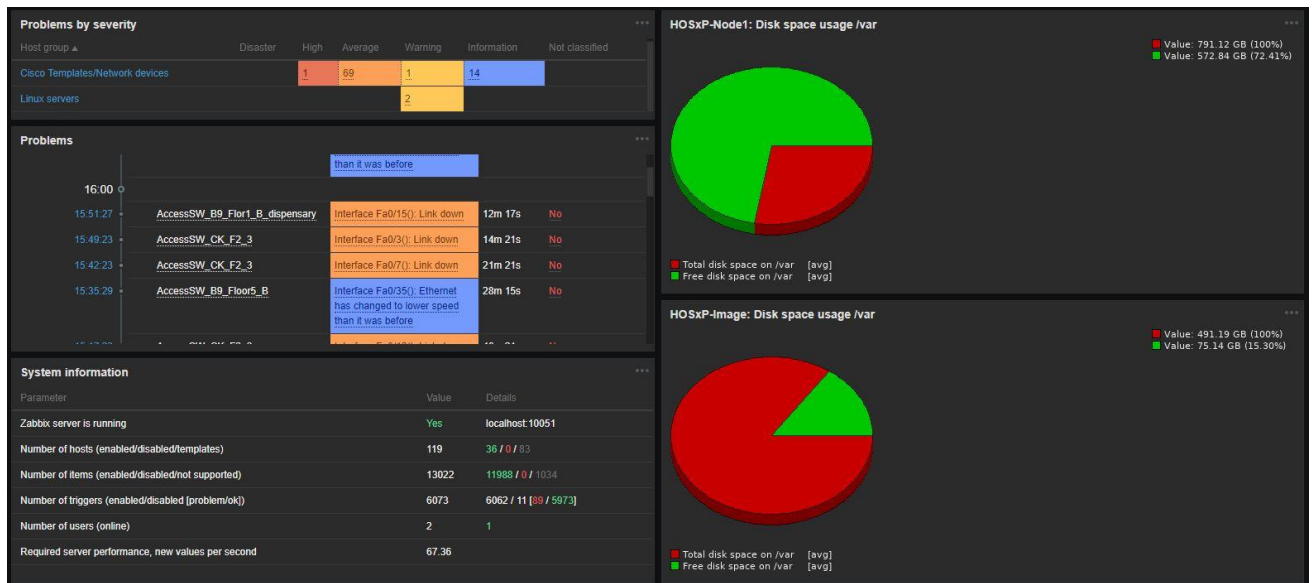
เพื่อให้ผู้ดูแลระบบสามารถรู้ได้ทันทีว่าอุปกรณ์ส่วนไหนบนระบบเครือข่ายมีปัญหา ช่วยลดเวลาในการแก้ปัญหา เครื่องมือเซ็คเครือข่ายทำให้เราทราบถึงความผิดปกติของเครือข่ายได้ เช่น แสดงแผนที่เครือข่ายและตรวจสอบอุปกรณ์เครือข่าย ติดตามสถิติข้อมูลการใช้งาน การใช้งานทรัพยากร โครงสร้างเครือข่ายคอมพิวเตอร์ รวมถึงการถูกโจมตีจากอินเทอร์เน็ต เครื่องมือตรวจสอบเครือข่ายที่มีอยู่ในปัจจุบันมีความสามารถแตกต่างกันไป ในที่นี้เราใช้ไอเพนซอร์ส

วิธีดำเนินงาน

ความต้องการของระบบที่จะติดตั้งระบบ network & server monitoring tools ติดตั้ง OS เป็น linux Centos7 , โปรแกรม Zabbix เป็น version 4.0, Database เป็น MySQL ขั้นตอนต่อไปเป็นการติดตั้ง agent ไปที่เครื่องแม่ข่าย HOSxP, HOSxP Image ที่เราต้องการ monitor ต่อมาเพิ่มอุปกรณ์กระจายสัญญาณเครือข่ายแบบสาย (Switch) และเพิ่มแผนผังเครือข่ายคอมพิวเตอร์แสดงสถานะว่าอุปกรณ์ on อยู่หรือไม่

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ระบบ network & server monitor (Zabbix)



คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



กลุ่มกฎหมาย

โรงพยาบาล ๕๐ พยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ

2563

คำนำ

กลุ่มกฎหมาย โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ได้ให้ความสำคัญและผลักดันเรื่อง การป้องกันและจัดการทุจริตและประพฤติมิชอบของหน่วยงาน ตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้บังเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม ตามนโยบายการป้องกันและปราบปรามการทุจริตของปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการกระทำผิดวินัย ๔ มาตรการที่สำคัญที่เป็นความเสี่ยงสูง ได้แก่ การใช้ธรรมาภิบาล การอบรมสัมมนา/การศึกษาดูงาน และการอบรมเพื่อพัฒนาองค์กร การจัดซื้อจัดจ้างและการเบิกจ่าย ค่าตอบแทน และเงินสวัสดิการให้มีความรวดเร็ว เด็ดขาด และเป็นธรรม สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ คำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๖๙/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๗ มติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๑ เรื่อง มาตรการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในระบอบราชาธิปไตย และแผนปฏิรูปประเทศด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริต และประพฤติมิชอบ (พ.๒๕๖๑-๒๕๖๔)

กลุ่มกฎหมาย จึงจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน การตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้น ประเด็นการกระทำผิดวินัย กรณีผู้ร้องเรียนระบุตัวตนชัดเจนใน ๔ มาตรการ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการข้อร้องเรียน / แจ้งเบาะแสการดำเนินการทุจริตและประพฤติมิชอบใน ๔ มาตรการหลัก ให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม และบรรลุตามนโยบายด้านการป้องกันและจัดการทุจริตและประพฤติมิชอบของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มกฎหมาย

๒๕๖๓

สารบัญ

บทที่	หัวข้อ	หน้า
	คำนำ	1
	สารบัญ	2
1	บทนำ	
	หลักการและเหตุผล	3
2	ระบบบริหารจัดการการตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นประเด็นการกระท าผิดวินัยกรณีผู้ร้องเรียนระดับต้นชัดเจนใน 4 มาตรการ	
	2.1 หน่วยงาน	8
	2.2 ขอบเขต	9
	2.3 ประเภทข้อร้องเรียน	8
	2.4 เงื่อนไขในการรับเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบใน 4 มาตรการ	9
	2.5 การพิจารณาในการก าหนดชั้นความลับและคุ้มครองผู้ร้องเรียน/แจ้งเบาะแส	10
	2.6 ค ว า ม ก ำ ค ัด ค ว า ม	10
3	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	
	3.1 ผังกระบวนการ	12
	กระบวนการปฏิบัติงานตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นประเด็นการกระท าผิดวินัยกรณีผู้ร้องเรียนระดับต้นชัดเจนใน 4 มาตรการ	12
4	กฎหมาย ระเบียบ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง	
	4.1 กฎหมาย ระเบียบและเอกสารที่เกี่ยวข้อง	19
	4.2 การจัดเก็บเอกสาร	20
	4.3 ผู้มีสิทธิเข้าถึง	20
	4.4 ระบบการติดตามและประเมินผล	20

หลักการและเหตุผล

ปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข ได้ผลักดันนโยบายเรื่องการป้องกันและจัดการทุจริต และประพฤติมิชอบของส านักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้บังเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม ตามนโยบายการป้องกัน และปราบปรามการทุจริตของปลัดกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นการด าเนินการกระท าผิดวินัยใน 4 มาตรการ สาคัญที่เป็นความเสี่ยงสูงให้มีความรวดเร็ว เด็ดขาด เป็นธรรม สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ค าสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 69/2557 ลงวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2557 มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2561 เรื่อง มาตรการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ ในระบบราชการ และแผนปฏิรูประเทศด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ (พ.ศ. 2561- 2564) และแต่งตั้งคณะท างานตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้น ประเด็นการกระท าผิดวินัยกรณีผู้ร้องเรียนระบบตัวตน ชัดเจน ตามนโยบายการบริหารงานของปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามค าสั่งส านักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ 172/2562 ลงวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2562 เพื่อให้การบริหารราชการของส านักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ในการผลักดันนโยบายเรื่องการป้องกันและจัดการทุจริตและประพฤติมิชอบของส านักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้บังเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม ตามนโยบายการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ของปลัดกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นการด าเนินการกระท าผิดวินัยใน 4 มาตรการคือ (1) การใช้รถราชการ (2) การอบรมสัมมนา/การศึกษาดูงาน และการอบรมเพื่อพัฒนาองค์กร (Organization Development) (3) การจัดซื้อ จัดจ้าง และ (4) การเบิกจ่ายค่าตอบแทน และเงินสวัสดิการ ให้มีความรวดเร็ว เด็ดขาด เป็นธรรม มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในทางปฏิบัติ

นอกจากนี้ ต้องด าเนินการตามค าสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 69/2557 ลงวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2557 เรื่อง มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการทุจริตประพฤติมิชอบ ที่คณะรักษาความสงบแห่งชาติได้มีค าสั่งให้ส่วนราชการ ต้องก าหนดมาตรการหรือแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการทุจริตประพฤติ มิชอบในส่วนราชการ โดยมุ่งเน้นการสร้างธรรมาภิบาลในการบริหารงาน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ร่วมเฟ้าระวัง ตรวจสอบ สกัดกั้นมิให้เกิดการทุจริตประพฤติมิชอบได้ และประเด็นสาคัญที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข คือ ในกรณีที่มีการกล่าวหาหรือพบเหตุอันควรสงสัยว่าข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของรัฐ กระท าการหรือเกี่ยวข้องกับการทุจริตประพฤติมิชอบ ทั้งในฐานะตัวการ ผู้ใช้หรือผู้สนับสนุน ให้หัวหน้า ส่วนราชการและหัวหน้าหน่วยงานของรัฐด าเนินการตามอ านาจหน้าที่ภายใต้พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการ แผ่นดิน พ.ศ. 2534 และพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ประกอบกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการบริหารบุคคล โดยให้บังคับใช้มาตรการทางวินัย มาตรการทางปกครอง และมาตรการทางกฎหมายอย่างเฉียบขาดและรวดเร็ว

ตลอดจนมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2561 เรื่อง มาตรการป้องกันและปราบปราม การทุจริตและประพฤติมิชอบในระบบราชการ ดังนี้

ข้อ 1 ในกรณีที่มีข้อเรียกร้องเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบของข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ ของรัฐ ให้ส่วนราชการต้นสังกัด ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นให้แล้วเสร็จภายใน 7 วัน แล้วรายงาน ผลการพิจารณาต่อหัวหน้าส่วนราชการและรัฐมนตรีเจ้าสังกัดเพื่อทราบทันที และให้พิจารณา ดำเนินการทางวินัย หรืออาญาโดยเร็วซึ่งจะต้องให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน ในระหว่างนี้ให้รายงานความคืบหน้าในการ ดำเนินการ ต่อหัวหน้าส่วนราชการหรือรัฐมนตรีเจ้าสังกัดเพื่อทราบเป็นระยะตามความเหมาะสม

กรณีที่ตรวจสอบข้อเท็จจริงแล้วพบว่ามีเหตุน่าเชื่อถือ และเป็นกรณีที่ท ำให้เกิดความเสียหาย แก่ราชการหรือท ำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ประชาชน แม้ผลการตรวจสอบยังไม่อาจสรุปความผิดได้ชัดเจนถึงขั้น ชี้มูล ความผิด ให้พิจารณาปรับย้ายข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องไปด ำรงต ำแหน่งอื่นเป็นการชั่วคราว เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบและป้องกันการกระทำ ที่อาจมีผลต่อการตรวจสอบโดยเร็ว และในกรณีที่เป็น เรื่องร้ายแรงหรือมีผลกระทบต่อความเชื่อมั่นและไว้วางใจของประชาชน ให้เสนอให้มีการย้ายหรือโอนไปแต่งตั้ง ให้ด ำรงต ำแหน่งในอัตราด ำรงชั่วคราวเป็นกรณีพิเศษในส ำนักนายกรัฐมนตรีและด ำเนินการตามมาตรการที่ก ำหนด ขึ้น ตามค ำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 16/2558 เรื่อง มาตรการแก้ปัญหาเจ้าหน้าที่ของรัฐ ที่ อยู่ระหว่างการถูกตรวจสอบ และการก ำหนดกรอบอัตราชั่วคราว ลงวันที่ 15 พฤษภาคม พุทธศักราช 2558 หรือค ำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ 68/2559 เรื่องมาตรการแก้ปัญหาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอื่น ของรัฐและการก ำหนดอัตราด ำรงชั่วคราวลงวันที่ 16 พฤศจิกายน พุทธศักราช 2559 แล้วแต่กรณี

ข้อ 2 ในกรณีที่ตรวจสอบข้อเท็จจริงแล้วพบว่ามีหลักฐานควรเชื่อได้ว่าสามารถสรุปความผิด ได้ชัดเจนถึงขั้นชี้มูลความผิด ให้ส่วนราชการต้นสังกัด ดำเนินการทางวินัยต่อข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของรัฐ ที่ เกี่ยวข้องอย่างเด็ดขาดโดยเร็ว และให้รายงานหัวหน้าส่วนราชการและรัฐมนตรีเจ้าสังกัดเพื่อทราบความคืบหน้า และเร่งรัดการ ดำเนินการอย่างสม่ ำเสมอ ทั้งนี้ อาจพิจารณาให้ข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้นั้นออกจาก ราชการไว้ก่อนหรือออกจากต ำแหน่งก็ได้ตามความจ ำเป็นและเหมาะสม และในกรณีที่พบว่ามี ความเกี่ยวข้องกับ การกระทำ ความผิดทางอาญาด้วย ให้ส่งเรื่องให้หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบเพื่อพิจารณา ดำเนินคดี โดยทันที

กระบวนการพิจารณา ดำเนินตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามกฎหมาย กฎ และระเบียบ ที่ เกี่ยวข้องตามปกติ แต่ให้เร่ง ดำเนินการให้แล้วเสร็จโดยเร็วโดยพิจารณาจัดล ำดับความส ำคัญ ความสนใจ ของ ประชาชน และมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้น

ในกรณีที่เป็นกรณีกระทำ ความผิดต่อต ำแหน่งหน้าที่ราชการ หรือเป็นความผิดทางวินัย อย่างร้ายแรง แต่ไม่ถึงขั้นให้ปลดออกจากราชการหรือไล่ออกจากราชการ ให้ส่วนราชการต้นสังกัด ดำเนินการ ปรับย้ายจากต ำแหน่งเดิม และห้ามปรับย้ายกลับไปด ำรงต ำแหน่งหน้าที่ในลักษณะเดิม หรือแต่งตั้งให้ด ำรง ต ำแหน่งสูงขึ้นภายในเวลา 3 ปี นับตั้งแต่วันที่มีการลงโทษ

ข้อ 3 การปฏิบัติตามนโยบายของรัฐบาล หรือการรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ทำให้การปฏิบัติราชการเกิดความล่าช้าหรือไม่มีประสิทธิภาพซึ่งทำให้เกิดความเสียหายแก่ราชการ หรือทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ประชาชน ให้ถือเป็นกรณีที่ต้องพิจารณาให้มีการย้ายหรือโอนไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งอื่นตามข้อ 1 วรรคสองด้วย

ข้อ 4 ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องพิจารณาจัดให้มีมาตรการคุ้มครองพยานหรือผู้ที่ให้ข้อมูล เบาะแสในการตรวจสอบอย่างเหมาะสม เพื่อให้การได้รับข้อมูลและหลักฐานในการดำเนินการต่อ

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทุจริตและประพฤติมิชอบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ในกรณีที่ตรวจสอบพบว่ามีกรจงใจให้ข้อมูลเพื่อใส่ร้ายหรือบิดเบือนข้อมูลเพื่อให้มีการดำเนินการที่เป็นผลร้ายต่อบุคคลอื่น ให้พิจารณาดำเนินการลงโทษบุคคลดังกล่าวอย่างเด็ดขาดด้วย

ข้อ 5 ให้คณะรัฐมนตรีสั่งการให้ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องยึดถือปฏิบัติ ตามหลักเกณฑ์นี้โดยเคร่งครัดตั้งแต่นี้เป็นต้นไป

นอกจากนี้ ยังสทាប់กับประเด็นการปฏิรูปที่ ๓ ด้านการปราบปราม (๑) ตามแผนการปฏิรูปประเทศ ด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ ดังนี้

1. ให้หัวหน้าหน่วยงานของรัฐมีหน้าที่ต้องดำเนินการตามมาตรการทางวินัย มาตรการทางปกครอง และมาตรการทางกฎหมายต่อเจ้าหน้าที่ในสังกัดที่ถูกกล่าวหาหรือพบเหตุอันควรสงสัยว่าประพฤติมิชอบ หรือกระทำการทุจริตและประพฤติมิชอบอย่างเคร่งครัด

2. การกวดขันวินัยให้มีประสิทธิผลทางปฏิบัติ ได้แก่

2.1 **รวดเร็ว** กำหนดเวลาในการดำเนินการให้รวดเร็ว หากไม่แล้วเสร็จให้ถือเป็นความบกพร่องของผู้บังคับบัญชา บังคับใช้มาตรการทางแพ่งและทางปกครองด้วยความรวดเร็ว เท่าที่อาจจำเป็นเพื่อรักษาไว้ซึ่งความครบถ้วนสมบูรณ์ของสมุดบัญชี บันทึก รายงานการเงิน หรือ เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องกับรายจ่ายและรายรับของรัฐ และเพื่อป้องกันการปลอมแปลงเอกสารดังกล่าว

2.2 **เด็ดขาด** หากพบเจ้าหน้าที่ของรัฐกระทำ ความผิดต้องดำเนินการลงโทษทันทีภายในเวลาตามที่กฎหมายกำหนด หากพบว่าเป็นความผิดวินัยร้ายแรงหรือหากอยู่ในตำแหน่งหน้าที่ต่อไปจะก่อให้เกิดความเสียหายอย่างร้ายแรง ให้ใช้มาตรการสั่งให้พ้นจากหน้าที่ พักงาน หรือให้ออกจากราชการไว้ก่อน

2.3 **เป็นธรรม** หากมีการร้องขอความเป็นธรรมให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน

เงื่อนไขที่กำหนด และแจ้งให้ผู้ร้องทราบทันที พร้อมรายงานต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อทราบและเป็นข้อมูล หรือดำเนินการต่อไป หากพบว่าเป็นกรณีที่ไม่พบพฤติการณ์ว่าเป็นผู้กระทำ ความผิดก็ให้เปิดเผยข้อมูล ให้สาธารณชนทราบ

ดังนั้น กระบวนการปฏิบัติงานตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นประเด็นการกระท าผิดวินัยกรณี ผู้ ร้องเรียนระดับตัวตนชัดเจน ใน 4 มาตรการ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ให้มั่นใจได้ว่ากระบวนการปฏิบัติงานตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นประเด็นการกระท าผิดวินัย กรณีผู้ร้องเรียนระดับตัวตนชัดเจน ใน 4 มาตรการ ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับ มติคณะรัฐมนตรี ระเบียบ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับเรื่องร้องเรียนที่ก าหนดไว้อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ

2. ให้คณะท างานตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้น ประเด็นการกระท าผิดวินัยกรณีผู้ร้องเรียน ระดับ ตัวตนชัดเจน ตามนโยบายการบริหารงานของปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน แก้ไข ปัญหาข้อร้องเรียนด้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ ใน 4 มาตรการ ที่ได้รับจากช่องทางต่างๆ เป็นไป อย่าง รวดเร็วและเกิดผลสัมฤทธิ์ในทางปฏิบัติ

3. ให้กระบวนการปฏิบัติงานตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นประเด็นการกระท าผิดวินัยกรณี ผู้ ร้องเรียนระดับตัวตนชัดเจน ใน 4 มาตรการ เกิดผลในทางปฏิบัติ โดยมีความรวดเร็ว เต็มขนาด และเป็นธรรม

4. ให้เป็นไปตามนโยบายของปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเจตนารมณ์ของค าสั่งคณะรักษา ความสงบแห่งชาติ ที่ 69/2557 ลงวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2557 และมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2561 เรื่อง มาตรการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในระบบราชการ

บทที่ 2

ระบบบริหารจัดการการตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นประเด็นการกระทำผิดวินัย กรณีผู้ร้องเรียนระบุตัวตนชัดเจนใน 4 มาตรการ

2.1 หน่วยงาน



๒.๒ ขอบเขต

ใช้เป็นคู่มือมาตรฐานในการปฏิบัติงานสำหรับคณะทำงานตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นประเด็นการกระทำผิดวินัยกรณีผู้ร้องเรียนระดับต้นชัดเจน ตามนโยบายการบริหารงานของปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ โดยผ่านช่องทาง ดังต่อไปนี้

ช่องทางที่ ๑ ไปรษณีย์ ๓๐๐ หมู่ ๓ ตำบลไรร้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐

ช่องทางที่ ๒ www.50pansa.go.th

ช่องทางที่ ๓ กลุ่มกฎหมาย โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ

ช่องทางที่ ๔ หน่วยงานในสังกัดสํานักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ช่องทางที่ ๗ Facebook ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ

๒.๓ ประเภทข้อร้องเรียน

ข้อร้องเรียนกล่าวหาข้าราชการสามัญหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐในสังกัดสํานักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการทูตและประพตติมิชอบ ใน ๔ มาตรการ ได้แก่ (๑) การใช้รธาการ (๒) การอบรม สัมมนา/การศึกษาดูงานและการอบรมเพื่อพัฒนาองค์กร (Organization Development) (๓) การจัดซื้อ จัดจ้าง และ (๔) การเบิกราค่าตอบแทน และเงินสวัสดิการ

๒.๔ เงื่อนไขในการรับเรื่องร้องเรียนการทูตและประพตติมิชอบใน ๔ มาตรการ

๑. วัน เดือน ปีที่ร้องเรียน

๒. ชื่อ และลายมือชื่อของผู้กล่าวหา แนบบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ รับรองสํานาถูกต้อง ลงวัน เดือน ปีที่รับรองโดยผู้กล่าวหาเอง รวมทั้งหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก หรือมีหลักฐานอื่นใดที่สามารถระบุได้ว่าผู้กล่าวหาเป็นตัวตนชัดเจน

๓. ชื่อหรือตำแหน่งของผู้ถูกกล่าวหา หรือข้อเท็จจริงเพียงพอให้ทราบว่าเป็นการกล่าวหา ข้าราชการพลเรือนสามัญหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้ใด ใน ๔ มาตรการหลัก

๔. ข้อเท็จจริงและพตติการณ์แห่งการกระทำที่มีการกล่าวหาใน ๔ มาตรการสําคัญ เพียงพอที่จะเข้าใจได้ ส

๕. พยานเอกสารในเบื้องต้น ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ร้องเรียนกล่าวหาใน ๔ มาตรการสําคัญ

๖. ยืนยันเป็นพยานและพยานบุคคลอื่นที่สนับสนุนในเรื่องร้องเรียน หากผู้ร้องเรียน สามารถ

กำหนดพยานบุคคลในแต่ละประเด็นได้ จะเป็นการสะดวกในการสืบสวนสอบสวนต่อไป

๗. ความประสงค์ของผู้ร้องเรียน เช่น ให้ด าเนินการทางวินัย ด าเนินการทางอาญา หรือทางละเมิด รวมทั้งหากเห็นว่าจะเป็นอุปสรรคในการสืบสวนสอบสวน อาจขอให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุข สั่งย้ายผู้ถูกกล่าวหา ออกจากหน่วยงานให้ไปปฏิบัติราชการที่อื่น จนกว่าการสอบสวนจะแล้วเสร็จ

๘. กรณีมีการร้องเรียนหลายคนให้ด าเนินการ

๘.๑ ลงลายมือชื่อของผู้ร้องเรียนทุกคน ระบุหมายเลขโทรศัพท์ของแต่ละคน และสถานที่ติดต่อ ที่สะดวกของแต่ละคน

๘.๒ แนบส าเนาบัตรประจำ ตัวประชาชน หรือบัตรประจำ ตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐแต่ละคน รับรอง ส านาถูกต้องโดยผู้เป็นเจ้าของบัตรดังกล่าว พร้อมวัน เดือน ปีที่รับรอง

นอกเหนือจากหลักเกณฑ์ข้างต้นแล้ว ให้อยู่ในดุลยพินิจโดยชอบธรรมของผู้บังคับบัญชาว่าจะ รับเรื่องไว้พิจารณาหรือไม่ โดยพิจารณาเป็นเรื่องเฉพาะกรณี

๒.๕ การพิจารณาในการก าหนดชั้นความลับและคุ้มครองผู้ร้องเรียน/แจ้งเบาะแส

การพิจารณาข้อร้องเรียนในการก าหนดชั้นความลับและคุ้มครองผู้ร้องเรียนนั้น จะต้องปฏิบัติตาม ระเบียบว่าด้วยการรักษาความลับของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๔๔ และหนังสือส านักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ที่ นร ๐๒๐๖/ว ๒๑๘ ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๑ เรื่อง หลักเกณฑ์และแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการร้องเรียน กล่าวโทษข้าราชการ และการสอบสวนเรื่องราวร้องเรียนกล่าวโทษข้าราชการว่ากระทำผิดวินัย

๒.๖ ค าจ กัดความ

คณะท ำงานตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นประเด็นการกระทำผิดวินัยกรณีผู้ร้องเรียนระบุ ตัวตนชัดเจน ตามนโยบายการบริหารงานของปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช หมายถึ คณะท างานที่ได้รับ การแต่งตั้งโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช ด ำเนินการตามหน้าที่และอ านาจที่ก ำหนดในค าสั่ง

ผู้ร้องเรียน หมายถึง ผู้ร้องเรียนที่ระบุตัวตนชัดเจนตามเงื่อนไขในข้อ ๒.๔ ร้องเรียนข้อร้องเรียน กล่าวหาข้าราชการสามัญหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐในสังกัดส ำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการุจริต

และประพตติมิชอบ ใน ๔ มาตรากร ได้แก (๑) การใช้รถราชการ (๒) การอบรมสัมมนา/การศึกษาดูงาน และ การอบรมเพื่อพัฒนาองค์กร (Organization Development) (๓) การจัดซื้อจัดจ ำง และ (๔) การเบิกค ำตอบแทน และเงินส่วสติการ ในประเด็นการุจริตและประพตติมิชอบ การปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ ผ่านช่องทางต่างๆ ที่ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการุจริต กระทรวงสาธารณสุข ก ำหนด

เรื่องร้องเรียนการุจริตและประพตติมิชอบการปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ ๔ มาตรากรหลัก หมายถึง เรื่องร้องเรียนกล่าวหาว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐ ได้แก ข้าราชการพลเรือนสามัญ

ลูกจ ำงประจำ ำ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการแสวงหาประโยชน์ที่มีควรได้ โดยชอบด้วยกฎหมาย ส ำหรับตนเองหรือผู้อื่น รวมถึงการปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติกรอย่างใดในต ำแหน่ง หรือหน้าที่ หรือใช้อ ำนาจในต ำแหน่งหรือหน้าที่อื่นเป็นการฝ่าฝืนกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ ค าสั่ง อย่งใด

อย่างหนึ่ง ใน ๔ มาตรการ ได้แก่ (๑) การใช้ธรรมาภิบาล (๒) การอบรมสัมมนา/การศึกษาดูงาน และการอบรม เพื่อพัฒนาองค์กร (Organization Development) (๓) การจัดซื้อจัดจ้าง และ (๔) การเบิกค่าตอบแทน และ เงินสวัสดิการ

หน่วยรับเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ การปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ โดยมีขอบ หมายถึง กลุ่มกฎหมาย โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ

การดำเนินการ หมายถึง การดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียนกล่าวหาว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐ ได้แก่ ข้าราชการพลเรือนสามัญ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข กระทบ การแสวงหาประโยชน์ที่มิควรได้โดยชอบด้วยกฎหมายสำหรับตนเองหรือผู้อื่น รวมถึงการปฏิบัติหรือละเว้นการ ปฏิบัติการอย่างใดในตำแหน่ง หรือหน้าที่ หรือใช้อำนาจในตำแหน่งหรือหน้าที่อื่นเป็นการฝ่าฝืนกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่ง อย่างใดอย่างหนึ่ง ใน ๔ มาตรการ ได้แก่ (๑) การใช้ธรรมาภิบาล (๒) การอบรมสัมมนา/ การศึกษาดูงาน และการอบรมเพื่อพัฒนาองค์กร (Organization Development) (๓) การจัดซื้อจัดจ้าง และ (๔) การเบิกค่าตอบแทน และเงินสวัสดิการ ตามคู่มือปฏิบัติงานส านักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระบวนการ ปฏิบัติงานตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นประเด็นการกระทบ าคติวินัยกรณีผู้ร้องเรียนระบุตัวตนชัดเจนใน ๔ มาตรการ

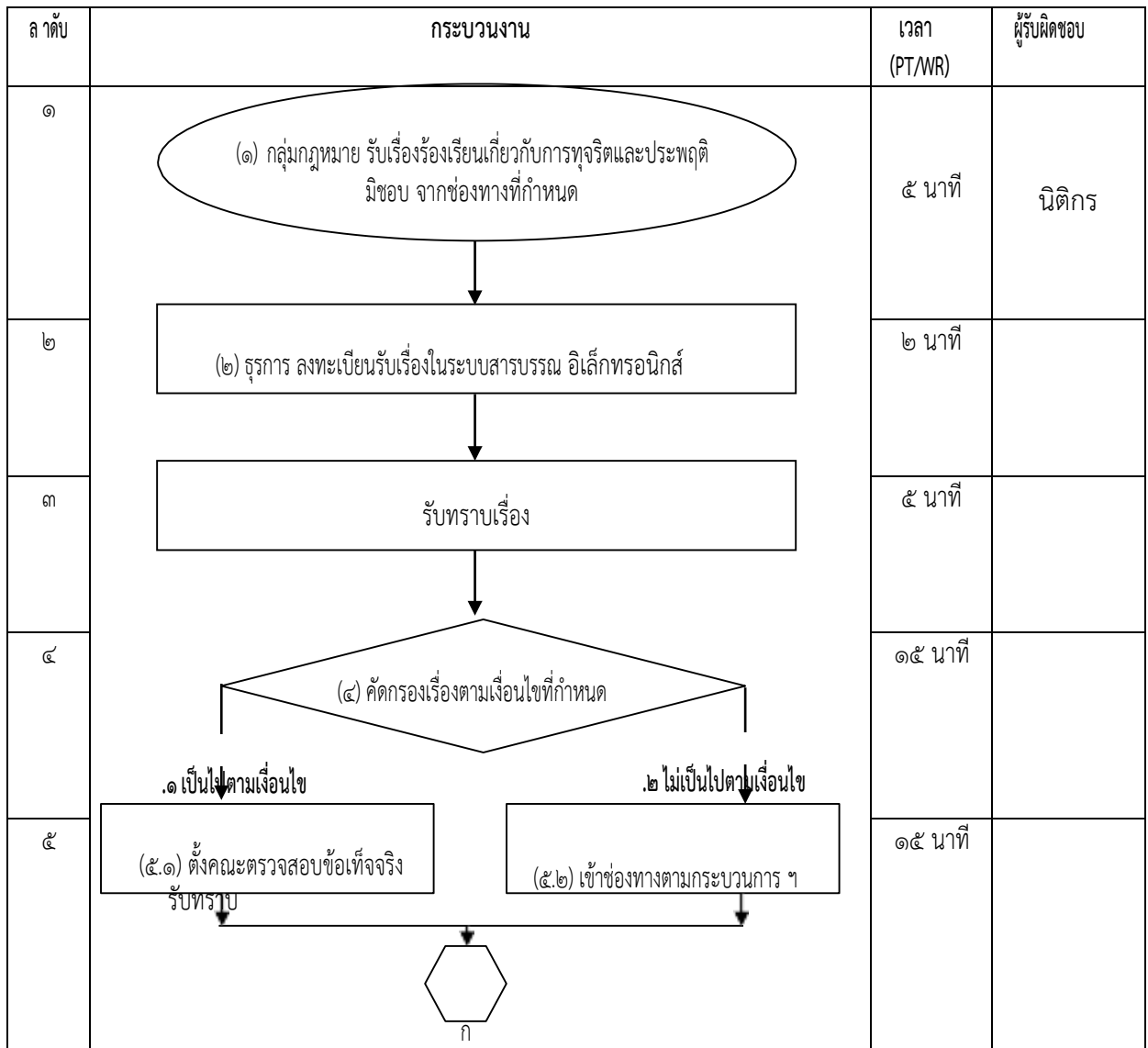
การตอบสนอง หมายถึง การที่หน่วยรับเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ การปฏิบัติ หรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ ได้ให้ข้อมูลการดำเนินการเพื่อแก้ไขเรื่องร้องเรียนให้กับผู้รับบริการ ภายใน ๑๕ วัน กรณีผู้ร้องเรียนชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ที่สามารถติดต่อ ถึงผู้ร้องเรียนได้ สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหาร กิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ ตามมาตรา ๓๗ และมาตรา ๔๑ “ในกรณีที่ส่วนราชการได้รับค ร้องเรียน เสนอแนะ หรือความคิดเห็น เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติ ราชการ อุปสรรค ความยุ่งยาก หรือปัญหาอื่นใดจากบุคคลใด โดยมีข้อมูลและสาระตามสมควร ให้เป็นหน้าที่ของส่วนราชการนั้นจะต้องพิจารณาต ำเนินการให้ ลุล่วงไป ...” ระเบียบส านักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย การจัดการเรื่องราวร้องทุกข์ พ.ศ. ๒๕๕๒ และคำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๖๔/๒๕๕๗ ลง วันที่ ๑๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๗

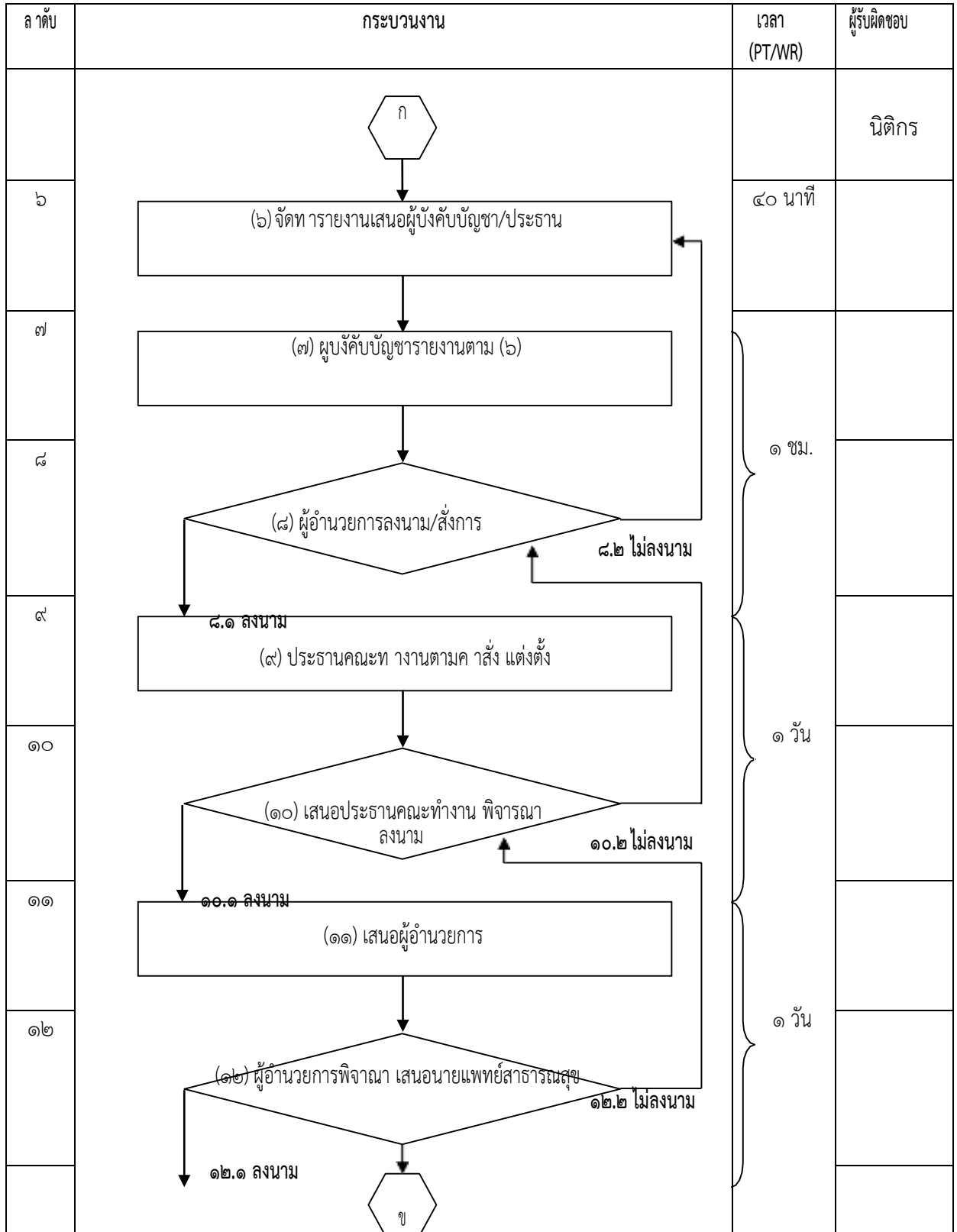
บทที่ 3

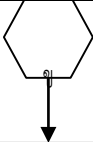
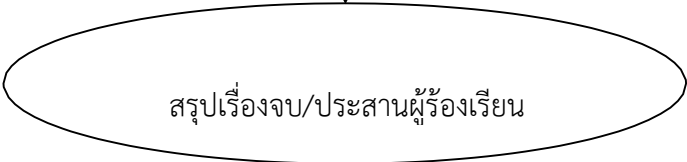
ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

3.1 ผังกระบวนการงาน

กระบวนการปฏิบัติงานตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นประเด็นการกระทำผิดวินัยกรรมผู้ร้องเรียน ระบุตัวตนชัดเจนตามมาตรการ





ลำดับ	กระบวนการงาน	นี้เวลา (PT/WR)	ผู้รับผิดชอบ
		เวลานั้น ต่อจาก ข้อ ๑๒	นิติกร
๑๓	(๑๓) มอบหมายคณะท างานตามคำสั่งแต่งตั้ง ค ำเนิ นการตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้น		
๑๔	(๑๔) คณะท างาน ำ ตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้น ณ สถานที่	๑-๒ วัน	
๑๕	(๑๕) จัดท ำ รายงานผลการตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้น		
๑๖	(๑๖) เสนอผู้อ ำ นวยการพิจารณาสั่งการ	๑ วัน	
๑๗	(๑๗) ฝ่ายเลขานุการคณะท างานตามคำสั่ง ค ำเนิ นการตามข้อสั่งการ		
๑๘	(๑๘) ฝ่ายเลขานุการ จัดท ำ รายงาน เสนอรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	๑ วัน	
๑๙	(๑๙) กลุ่มกฎหมายเก็บสำนวน		
๒๐		๓๐ นาที	

50

PANSA

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน
โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราชธานี
ตามประกาศโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราชธานี
เรื่องแนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานพ.ศ. ๒๕๖๗
สำหรับหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราชธานี

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราชธานี

ชื่อหน่วยงาน : งานนิติการ กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราชธานี

วัน/เดือน/ปี : ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๖

หัวข้อ : เผยแพร่ข้อมูล ITA

รายละเอียดข้อมูล : MOIT 

MOIT๑ หน่วยงานมีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๑. ข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน ประกอบด้วย

๑.๑ ข้อมูลผู้บริหาร แสดงรายนามของผู้บริหารของหน่วยงาน ประกอบด้วย (๑) รูปถ่าย (๒) ชื่อ-นามสกุล (๓) ตำแหน่ง และ (๔) หมายเลขโทรศัพท์ (ต้องมีครบทั้ง ๔ รายการ)

๑.๒ นโยบายของผู้บริหาร

๑.๓ โครงสร้างหน่วยงาน

๑.๔ หน้าที่และอำนาจของหน่วยงานตามกฎหมายจัดตั้ง หรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

๑.๕ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน หรือการปฏิบัติงานของหน่วยงาน

๑.๖ ข่าวประชาสัมพันธ์ ที่แสดงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานตามหน้าที่และอำนาจ และภารกิจของหน่วยงาน และเป็นข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๑.๗ ข้อมูลการติดต่อหน่วยงาน ประกอบด้วย (๑) ที่อยู่หน่วยงาน (๒) หมายเลขโทรศัพท์ของหน่วยงาน (๓) หมายเลขโทรสารของหน่วยงาน (๔) ที่อยู่ปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยงาน และ (๕) แผนที่ที่ตั้งหน่วยงาน (ต้องมีครบทั้ง ๕ รายการ)

๑.๘ ช่องทางการรับฟังความคิดเห็นที่บุคคลภายนอกสามารถแสดงความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามหน้าที่และอำนาจและตามภารกิจของหน่วยงาน

๒. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม MOPH

๓. พระราชบัญญัติมาตรฐานทางจริยธรรม พ.ศ. ๒๕๖๒

๔. ประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๖๔

๕. ข้อกำหนดจริยธรรมเจ้าหน้าที่ของรัฐ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๔

๖. อินโฟกราฟฟิกคณะกรรมการจริยธรรม ประจำปีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ชุดปัจจุบัน ที่มีนายวินัย วิริยกิจจา เป็นประธานกรรมการ

๗. ยุทธศาสตร์ฯ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติฯ แผนการปฏิรูปประเทศฯ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ของประเทศ

๘. นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

๙. แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน (แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานทุกแผน)

๑๐. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน (เป็นไปตามข้อ ๙.)
๑๑. แผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีของหน่วยงาน และผลการใช้จ่ายงบประมาณ ประจำปีของหน่วยงาน ตามแผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีของหน่วยงาน
๑๒. คู่มือการปฏิบัติงานการร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือให้บริการของเจ้าหน้าที่
๑๓. คู่มือการปฏิบัติงานการร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ
๑๔. คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน
๑๕. คู่มือขั้นตอนการให้บริการ (ภารกิจให้บริการประชาชนตามพระราชบัญญัติ การอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘) (เฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ)
๑๖. รายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงานหรือการให้บริการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
๑๗. รายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
๑๘. ข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้าง ประกอบด้วย
- ๑๘.๑ การวิเคราะห์ผลการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
- ๑๘.๒ แผนการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗
- ๑๘.๓ ผลการดำเนินการตามแผนการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ตามรอบระยะเวลาที่กำหนดในกรอบแนวทางของหน่วยงาน
- ๑๘.๔ ประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงาน เพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐ และแบบแสดง ความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงานในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้ง ทางผลประโยชน์ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

ฉาภิธมา พิภูลศรี
 นางสาวอาทิตยา พิภูลศรี
 นิตกร
 27 ธ.ค. 2566

ผู้อนุมัติรับรอง

นายณัฐพงษ์ พิมพโคตร
 (นายณัฐพงษ์ พิมพโคตร)
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
 รักษาการในตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ
 27 ธ.ค. 2566

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

ฉาภิธมา พิภูลศรี
 นางสาวอาทิตยา พิภูลศรี
 นิตกร
 27 ธ.ค. 2566