รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลราษีไศล ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ครั้งที่ ๓/๒๕๖๙ วันอังคารที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙
ณ ห้องประชุมใต้ร่มไทร ชั้น ๔ อาคารร่มไทร โรงพยาบาลราษีไศล
********** ✵ **********

ผู้มาประชุม

๑) นายจิระวัตร	วิเศษสังข์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราษีไศล	
๒) นายธนากร	โล้เจริญรัตน์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ : หน.กลุ่มงานทันตกรรม	
๓) นางกาญจนา	ทิพย์ปรักมาศ	หน.กลุ่มงานบริหารทั่วไป	
๔) นางอรัญญา	จึงรักษ์พงษ์	หน.กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค	
๕) นายบรรณศาสตร์	ไชยพรรณา	หน.กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	
๖) นางสาวสนอง	ประนม	หน.กลุ่มงานการพยาบาล	
๗) นางณัฐธิดารัตน์	สิงหกุล	หน.กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด	
๘) นางกลิ่นจันทร์	ทองสุทธิ์	หน.กลุ่มงานรังสีวิทยา	
๙) นางเข็มทอง	ผาพิมูล	หน.งานการพยาบาลผู้ป่วยใน-ผู้ป่วยชาย	
๑๐)นางคำแพง	แก้วคำ	หน.งานการพยาบาลผู้ป่วยใน-แม่และเด็ก	
๑๑)นางจรัสโฉม	ประสาร	หน.งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	
๑๒)นางสาวนิตยา	บ่อทอง	หน.งานการพยาบาลผู้ป่วยใน-ผู้ป่วยหญิง	
๑๓)นางปิยพร	แสงอรุณ	หน.งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช	
๑๔)นางพิศมัย	ประสมศรี	หน.งานการพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ-งานจ่ายกลางและซักฟอก	
๑๕)นางปริญญาพร	พงศ์พฤทธิวัฒน์	หน.งานการพยาบาลผู้ป่วยใน-ตึกพิเศษ	
๑๖)นางสาวเพ็ญวิไล	แซ่ลี้	หน.งานการพยาบาลผู้ป่วยใน-ผู้ป่วยศัลยกรรม	
๑๗)นายนิคม	สันโสภา	หน.งานไอที	
๑๘)นางสาวศุภรัตน์	ชาลี	หน.กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู-แพทย์แผนไทย	
๑๙)นางสาวสุรีย์ภรณ์	พรรณโรจน์	หน.งานส่งเสริมสุขภาพ	
๒๐)นายสิทธิชัย	พิมพา	หน.งานสุขาภิบาลและป้องกันโรค	
๒๑)นางเกษร	ไชยพรรณา	หน.งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญี	
๒๒)นางชัญญาธร	ขาวจัตุรัส	หน. PCC เมืองคง	
๒๓)นางสาวกนิษฐา	สมาธิ	หน.งานธุรการ	

ผู้ไม่มาประชุม

๑) นางสาวรังศิมา	ทิพย์ปรักมาศ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	ติดภารกิจ
๒) นางสาวดวงใจ	บัวภู่	หน.งานการพยาบาลผู้คลอด	ติดภารกิจ
๓) นายศุภกิจ	ยงเมธา	ทันตแพทย์ปฏิบัติการ	ติดภารกิจ
๔) นายฉัตรชัย	ภู่เจริญ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (กุมารเวชศาสตร์)	ติดภารกิจ
๕) นายพลวรรธน์	วงศ์รัตนะวัน	นายแพทย์ชำนาญการ (เวชศาสตร์ครอบครัว)	ติดภารกิจ
๖) นางสาวอรกมล	ศิริมาศ	นายแพทย์ชำนาญการ (อายุรศาสตร์)	ติดภารกิจ
๗) นายดิลกฤทธิ์	ทองแสง	นายแพทย์ชำนาญการ (ศัลยศาสตร์)	ติดภารกิจ
๘) นายวิทยา	เขมะไพโรจน์	นายแพทย์ชำนาญการ	ติดภารกิจ
๙) นายฐากูร	ไพเตี้ย	ทันตแพทย์ปฏิบัติการ	ติดภารกิจ
๑๐) นางสาวศศิกานต์	บุญพิมล	รอง หน.กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค	ติดภารกิจ
๑๑) นางสาวนันทิมา	เนียมหอม	นายแพทย์ปฏิบัติการ	ติดภารกิจ

๑๒) นายอนุศร	การะเกษ	หน.งานวิจัยและพัฒนา	ติดภารกิจ
๑๓)นายสุทิน	ศรีลาชัย	หน.กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ	ติดภารกิจ
๑๔)นางจิราพร	นครราช	หน. งานการเงินและบัญชี	ติดภารกิจ
๑๕)นางนีรนุช	จิรานันท์สิริ	หน.กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	ติดภารกิจ

ผู้เข้าร่วมการประชุม

๑) นางสิริลักษณ์ หลาวทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๒) นายสมาน นิยม เจ้าพนักงานธุรการ
๓) นางสาวพรสุดารัตน์ สมจิตร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๔) นางนงคราญ สมยืน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๕) นายอิทธิพล ตาอุด แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๑.

เรื่องแจ้ง ๑.๑ เรื่องจาก คปสจ.ศรีสะเกษ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ แจ้งให้ที่ประชุมทราบ

- ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๘ เดินแบบผ้าไทยศรีสะเกษ ภายใต้แนวคิด "คารวาลัยพระแม่ของแผ่นดิน" ณ บริเวณสนามหน้าศาลากลางจังหวัดศรีสะเกษ
- ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๘ พิธีเปิดศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลปีใหม่ ๒๕๖๙ จังหวัดศรีสะเกษ ณ บริเวณหน้าสถานีตำรวจภูธรจังหวัดศรีสะเกษ
- ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตรวจเยี่ยมจุดบริการประชาชน ช่วงเทศกาลปีใหม่ ๒๕๖๙ ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ
- ๑๕ มกราคม ๒๕๖๙ การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น ระดับชาติ ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๙ ณ อาคารทองตูมวิทยพัฒน์ โรงเรียนบ้านตูม (นพค.๑๕ กรป.กลางอุปถัมภ์)
- ๑๕ มกราคม ๒๕๖๙ หน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) และโครงการจังหวัดเคลื่อนที่ ณ โรงเรียนบ้านบอนวิทยา หมู่ที่ ๒ ตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อย
- ๒๗ มกราคม ๒๕๖๙ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตรวจเยี่ยมพื้นที่ จังหวัดศรีสะเกษ

เรื่องเสนอจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

รายงานปัญหา-ข้อเสนอแนะ การบริหารจัดการด้านยาในโรงพยาบาลเครือข่าย

๑. การส่งต่อยาผู้ป่วยใน (Refer back) ระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัด
๒. การจ่ายยาผู้ป่วยนอก สิทธิการรักษานอกเขตอำเภอเมือง
๓. การยืมยาช่วงภัยสงคราม

๑.การส่งต่อยาผู้ป่วยใน (Refer back)ระหว่างโรงพยาบาล จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ.๒๕๖๙

แนวทางปฏิบัติปัจจุบัน กรณีผู้ป่วยใน refer ไปนอนโรงพยาบาลชุมชน กรณีที่ยานั้น มี ในบัญชียาโรงพยาบาลชุมชนที่ส่งตัวกลับ ให้รับยาต่อที่โรง พยาบาลชุมชน กรณีที่ยานั้น ไม่มี ในบัญชียาโรงพยาบาลชุมชนที่ส่งตัวกลับ รพ.ศรีสะเกษ จ่ายเฉพาะรายการที่ไม่มีทั้งยาเม็ดและยาฉีดเป็นเวลา ๕ วัน แล้วให้โรง พยาบาลชุมชนจัดหายาต่อให้ครบ

ปัญหาในการปฏิบัติ

๑.เพิ่มภาระให้ รพช.ต้องทำเรื่องเข้ามาซื้อยาต่อให้ผู้ป่วยจนครบคำสั่งการรักษา

๒.ผู้ป่วยอาจขาดยา หรือได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนวทางใหม่กรณีส่งต่อยาผู้ป่วยใน

- รพ.ศรีสะเกษ จ่ายยาครบตามคำสั่งแพทย์
- รพ. ศรีสะเกษเรียกเก็บค่ายา refer เป็นรายเดือนโดยประมวลจากโปรแกรม Smart EMR ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ refer ไปนอนรักษาต่อที่ รพช.จนครบ ตามคำสั่งแพทย์

แนวทางใหม่:

ข้อดี การส่งต่อยาผู้ป่วยใน (Refer back) ระหว่างโรงพยาบาล จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ.๒๕๖๙ โรงพยาบาลชุมชนได้รับยาที่ไม่มีสำรองทุกรายการตามคำสั่งแพทย์

ข้อเสีย โรงพยาบาลชุมชนไม่ต้องเสียค่าดำเนินการเบิกยาจาก รพ.ศรีสะเกษ โรงพยาบาลชุมชนต้องชดเชยค่ายารักษาพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่วันแรกที่มีการส่ง ต่อโดยประมวลผลจาก Smart EMR ทำให้เพิ่มมูลค่ายามากขึ้น

ประมาณการค่าใช้จ่าย : ตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากระบบ Smart EMR • มูลค่ายา refer ปี ๖๘ (แนวทางเดิมะยาฉีด ๗ วัน และยาเม็ด ๑๔ วัน) มูลค่า = ๒.๗๐ ล้านบาท (ยาฉีด ๑.๑ ล้าน ยาเม็ด ๑.๖ ล้าน) • มูลค่ายา refer ธันวาคม ๖๘ ข้อมูลปี ๒๕๖๙ (แนวทางปัจจุบัน-ยาฉีดและยาเม็ด ๕ วัน มูลค่า = ๑๑๖,๓๐๔.๓๗ บาท (ประมาณการทั้งปี เท่ากับ ๑.๔ ล้านบาท

ขอพิจารณาทบทวนข้อสรุปเลือกแนวทางการส่งต่อยาผู้ป่วยใน Refer back

๑. เลือกแนวทางเดิม รพ.ศรีสะเกษจ่ายยา ๕ วัน และส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชุมชนจัดหายาต่อให้ครบ

๒. เลือกแนวทางใหม่ รพ.ศรีสะเกษจ่ายยาจนครบตามคำสั่งแพทย์ โรงพยาบาล ชุมชนจ่ายเงินค่ายาในระบบส่งต่อ (เอกสารสรุปค่ายาส่งต่อรายเดือน)

๒.การจ่ายยาผู้ป่วยนอก สิทธิการรักษานอกเขตอำเภอเมือง

แนวทางปฏิบัติเดิม

OPD สิทธิการรักษานอกเขตอำเภอเมือง

- จ่ายยาครบทุกรายการจนครบตามวันนัดของแพทย์

รพ.ศรีสะเกษ : เสนอระบบส่งต่อผู้ป่วยนอกไปรับยาที่ รพช.

แนวทางปฏิบัติใหม่

กรณีผู้ป่วยนอก สิทธิการรักษานอกเขตอำเภอเมือง

- กรณีที่ยานั้น **มี** ในบัญชียาโรงพยาบาลชุมชนที่ส่งตัวกลั รพ.ศรีสะเกษ จ่ายยา ๑ เดือนและให้รับยาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน
- กรณีที่ยานั้น **ไม่มี** ในบัญชียาโรงพยาบาลชุมชนที่ส่งตัวกลับ รพ.ศรีสะเกษ จ่ายยาครบตามวันนัดของแพทย์

- เสนอปรับวงเงินการชดเชยการรักษาพยาบาลผู้ป่วย OPD นอกเขตอำเภอ เมืองเพิ่มจากวงเงินเดิม (เดิม ๕๐ ล้าน)

ระเบียบวาระที่ ๒ .รับรองรายงานการประชุม

รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลราษีไศล ครั้งที่ ๒

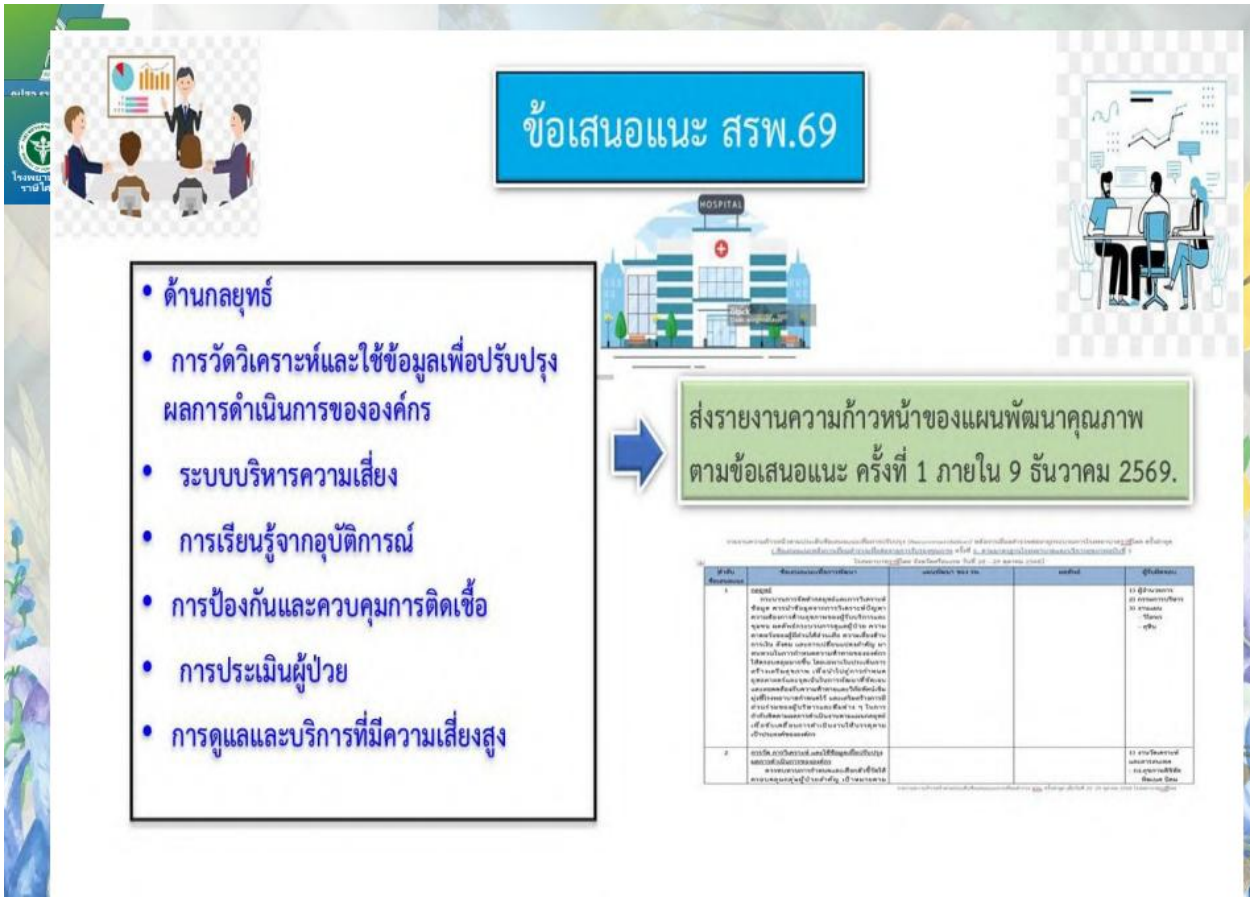
ระเบียบวาระที่ ๓ สืบเนื่องจากการประชุมครั้งก่อน

“ไม่มี”

ระเบียบวาระที่ ๔ จากหน่วยงานต่างๆ

๔.๑ ศูนย์คุณภาพ

รายงานความก้าวหน้าตามข้อเสนอแนะ สรพ.



รายงานความก้าวหน้าตามประเด็นข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (Recommendation) หลังการเยี่ยมสำรวจต่ออายุกระบวนการโรงพยาบาลราษีไศล ครั้งล่าสุด
(ข้อเสนอแนะหลังการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพ ครั้งที่ 5 ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5
โรงพยาบาลราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ วันที่ 28 - 29 ตุลาคม 2568)

ลำดับข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนา ของ รพ.	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
1	<u>กลยุทธ์</u> กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล ควรนำข้อมูลจากการวิเคราะห์ปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการและชุมชน ผลลัพธ์กระบวนการดูแลผู้ป่วย ความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความเสี่ยงด้านการเงิน สังคม และการเปลี่ยนแปลงสำคัญ มาทบทวนในการกำหนดความท้าทายขององค์กรให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยเฉพาะในประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การกำหนดยุทธศาสตร์และจุดเน้นในการพัฒนาที่ชัดเจนและสอดคล้องกับความท้าทายและวิสัยทัศน์เข็มมุ่งที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ และเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของผู้บริหารและทีมต่าง ๆ ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าประสงค์ขององค์กร			1) ผู้อำนวยการ 2) กรรมการบริหาร 3) งานแผน - วิไลพร - สุทิน
2	<u>การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร</u> ควรทบทวนการกำหนดและเลือกตัวชี้วัดให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เป้าหมายตาม			1) งานวัดเคราะห์และสารสนเทศ - กง.สุขภาพดิจิทัล พิฆเนศ นิลม

รายงานความก้าวหน้าตามประเด็นข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (Recommendation) หลังการเยี่ยมสำรวจต่ออายุกระบวนการโรงพยาบาลราษีไศล ครั้งล่าสุด
(ข้อเสนอแนะหลังการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพ ครั้งที่ 5 ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5
โรงพยาบาลราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ วันที่ 28 - 29 ตุลาคม 2568)

ลำดับข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนา ของ รพ.	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	ระบบงานสำคัญต่าง ๆ โดยเชื่อมโยงตัวชี้วัดจากระดับยุทธศาสตร์สู่ระดับทีมและหน่วยงานให้มี Alignment ทั้งองค์กร ติดตามกำกับตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานประจำวันและความก้าวหน้าตามแผนกลยุทธ์ และส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปปรับปรุงให้มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น เช่น การวิเคราะห์ผลการดูแลผู้ป่วย ทบทวนและวิเคราะห์อุบัติการณ์ต่าง ๆ ในทุกระดับ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงพัฒนาผลการดำเนินงานขององค์กร			2) งานแผน - สุทิน
3	ระบบบริหารความเสี่ยง เพื่อให้มีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่ มีประสิทธิภาพ และประสานสอดคล้องกันในการจัดการความเสี่ยง สร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและผู้รับผลงานเพิ่มควร			RM
	3.1. ควรทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ ในการมองภาพรวมของ			RM

รายงานความก้าวหน้าตามประเด็นข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (Recommendation) หลังการเยี่ยมสำรวจต่ออายุกระบวนการโรงพยาบาลราษีไศล ครั้งล่าสุด
(ข้อเสนอแนะหลังการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพ ครั้งที่ 5 ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5
โรงพยาบาลราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ วันที่ 28 - 29 ตุลาคม 2568)

ลำดับข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนา ของ รพ.	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	กระบวนการบริหารความเสี่ยง รวมถึงทบทวนนโยบาย/แนวทางการบริหารความเสี่ยง/แนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญสำเป็นต่อความปลอดภัย ให้เหมาะสมกับบริบทและเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร สื่อสารและนำสู่การปฏิบัติในทุกระดับ รวมทั้งออกแบบกลไกที่ชัดเจนในการกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนด			
	3.2. ส่งเสริมการจัดการในระบบบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐานที่สำคัญต่อความปลอดภัย (PSG) แบบเชิงรุก โดยส่งเสริมให้ Risk owner ออกแบบระบบการป้องกันความเสี่ยงตามมาตรฐานในแต่ละหัวข้อ การนำไปสู่การปฏิบัติในระดับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีความชัดเจนในการสร้างกลไกการติดตามรายงานความเสี่ยงที่ไม่ได้ทำตามมาตรฐาน (unsafe act) ที่เชื่อมโยงกับ Risk register ในแต่ละกลุ่มมาตรฐานที่สำคัญ			• RM • หัวหน้างาน • KPI OWNER
	3.3. เพื่อการหาโอกาสพัฒนาให้มีความรัดกุมในการป้องกันความเสี่ยงอย่างเป็นรูปธรรม			• RM & QMR

รายงานความก้าวหน้าตามประเด็นข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (Recommendation) หลังการเยี่ยมสำรวจต่ออายุกระบวนการโรงพยาบาลราษีไศล ครั้งล่าสุด
(ข้อเสนอแนะหลังการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพ ครั้งที่ 5 ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5
โรงพยาบาลราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ วันที่ 28 - 29 ตุลาคม 2568)

ลำดับข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนา ของ รพ.	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	ควรประสานผลการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูล Safety culture survey ที่เป็น 3 อันดับท้าย ให้ทีมนำสูงสุดจัดทำ Roadmap การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในองค์กร โดยมุ่งแก้ปัญหาที่ให้ความสำคัญเป็นเข็มมุ่งในแต่ละปี			
4	<u>การเรียนรู้จากอุบัติการณ์</u> ส่งเสริมการพัฒนาในระบบบริหารอุบัติการณ์ขององค์กรให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยให้ชัดเจนในการใช้ประโยชน์จากเครื่องมือคุณภาพต่าง ๆ เช่น trigger tools การทบทวนกลุ่มผู้ป่วย Unplanned refer เป็นต้น ในการค้นหาอุบัติการณ์ในระดับ E up ให้เพิ่มขึ้น และการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์ในกลุ่ม E up ที่มากพอ ให้เป็นสารสนเทศที่สะท้อนความไม่ปลอดภัยที่แฝงในแบบภาพรวมของโรคที่เป็นปัญหาให้กับทีม PCT และทีมนำสูงสุด เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบแบบภาพรวม และการควบคุมกำกับทางคลินิก Clinical governance ของทีมนำสูงสุด			• RM • PCT 5 สาขา

รายงานความก้าวหน้าตามประเด็นข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (Recommendation) หลังการเยี่ยมสำรวจต่ออายุกระบวนการโรงพยาบาลราษีไศล ครั้งล่าสุด
(ข้อเสนอแนะหลังการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพ ครั้งที่ 5 ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5
โรงพยาบาลราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ วันที่ 28 - 29 ตุลาคม 2568)

ลำดับข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนา ของ รพ.	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
5	<u>การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</u> เพื่อให้มีกระบวนการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ทีมควรทบทวนระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อให้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังแบบ Post discharge surveillance เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัด/มีแผลเมื่อจำหน่าย ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัวเมื่อจำหน่าย กลุ่มมารดาทารก เป็นต้น และเพื่อให้มั่นใจว่าบุคลากรมีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทีมควรสร้างความรู้ความเข้าใจในเป้าหมาย และแนวทางป้องกันและควบคุมการติดเชื้อต่าง ๆ ที่ออกแบบไว้กับผู้ปฏิบัติที่หน้างาน เช่น Standard precaution, Isolation precaution, Transmission based precaution และ Care bundle ต่าง ๆ รวมทั้งการคัดแยก การจัดการขยะ/ขยะติดเชื้อในหน่วยงานตามมาตรฐาน เพื่อให้เกิดความร่วมมือทั้งในระดับทีม หน่วยงาน และวิชาชีพให้สามารถปฏิบัติได้ และทบทวนออกแบบระบบ			IC พิสมัย

รายงานความก้าวหน้าตามประเด็นข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (Recommendation) หลังการเยี่ยมสำรวจต่ออายุกระบวนการโรงพยาบาลราษีไศล ครั้งล่าสุด
(ข้อเสนอแนะหลังการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพ ครั้งที่ 5 ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5
โรงพยาบาลราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ วันที่ 28 - 29 ตุลาคม 2568)

ลำดับข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนา ของ รพ.	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	ในการติดตามประเมินผลของการปฏิบัติตามแนวทางมาตรการที่สำคัญอย่างสม่ำเสมอ			
6	<u>การประเมินผู้ป่วย</u> ทีมนำทางคลินิกและทีมที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันทบทวนการรับรู้อุบัติการการวินิจฉัยผิดพลาดคลาดเคลื่อนในทุกทีมนำทางคลินิก โดยใช้การทบทวนที่มีในการหาโอกาสพัฒนา ได้แก่ การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า กรณีตรวจรักษาโดยแพทย์เพิ่มพูนทักษะ การทบทวนการส่งต่อ กรณีส่งต่อไปสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เป็นต้น เพื่อให้เห็นสถานการณ์ปัจจุบันในโรงพยาบาลของโรคที่สำคัญ นำไปหาสาเหตุราก และมาตรการป้องกันแก้ไข เพื่อแสดงให้เห็นถึงการดำเนินการที่ มีประสิทธิภาพต่อมาตรฐานสำคัญจำเป็น หัวข้อการวินิจฉัยคลาดเคลื่อน เพื่อรองรับการเป็นโรงพยาบาลที่มีความเป็นเลิศในอนาคต			PCT 5 สาขา
7	<u>การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง</u> การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง Stroke, STEMI, Sepsis, Pneumonia, Trauma ที่โรงพยาบาลได้กำหนดไว้ ควรมีการทบทวนระบบการดูแลและเฝ้าระวังการ			PCT อายุกรรม

รายงานความก้าวหน้าตามประเด็นข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (Recommendation) หลังการเยี่ยมสำรวจต่ออายุกระบวนการโรงพยาบาลราษีไศล ครั้งล่าสุด
(ข้อเสนอแนะหลังการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพ ครั้งที่ 5 ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5
โรงพยาบาลราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ วันที่ 28 - 29 ตุลาคม 2568)

ลำดับข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	แผนพัฒนา ของ รพ.	ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
	เปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่ประเมินได้ และการติดตามประเมินซ้ำ เพื่อให้สามารถ Early detection และรายงานแพทย์ได้ทันเวลา และปรับแผนการรักษาตามบทบาทของแต่ละสหสาขาวิชาชีพ เพื่อลดการเกิดอุบัติการณ์สำคัญ เช่น ทรุดลงจนต้องส่งต่อ การช่วยชีวิตโดยไม่ได้วางแผน การเสียชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งสร้างการเรียนรู้จากการทบทวนอุบัติการณ์สำคัญร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง			

๔.๒ กลุ่มการพยาบาล

เรื่องแจ้ง

๑. พยาบาลเรียนเฉพาะทาง ๕ คน (กพ-พค)

๒. ประกาศรับสมัครพยาบาลวิชาชีพ ๒ คน

๓. ประชาสัมพันธ์ รับพยาบาลจบใหม่

ความคิดเห็นต่อบริการของโรงพยาบาล

๑.ถ้าญาติหรือเพื่อนของท่านป่วยต้องมารับการตรวจรักษาตัวใน โรงพยาบาล ท่านจะแนะนำให้มาโรงพยาบาลนี้ หรือไม่

แนะนำ ร้อยละ ๑๐๐

๒. ถ้าท่านป่วยต้องเข้ารับการตรวจในโรงพยาบาลอีกและสามารถเลือก โรงพยาบาลอื่นได้ท่านจะกลับมาโรงพยาบาลนี้หรืออีกไม่

มารักษา ๙๘

โรงพยาบาลควรจะปรับปรุงคุณภาพบริการอะไรบ้าง

ด้านการบริการ

ห้องฟัน

- คุณหมอแนะนำผู้ป่วยดี พูดจาดีมาก
- ดีหมดค่ะเปิดหมอลำให้เต้นจะดีค่ะไม่เหงา
- อยากให้ลดเวลาการรอ เพิ่มเครื่องมืออุปกรณ์

IPD

- พี่พยาบาลน่ารักมาก (แม่และเด็ก)

- ดีแล้วค่ะ ไม่ต้องปรับอะไร(ห้องคลอด)

- ก็เห็นความเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นมาก การ บริการที่ดี การพูดคุยของเจ้าหน้าที่ก็สุภาพขึ้นมากเลย ค่ะ ก็ภูมิใจให้บริการดี ไม่มีอะไรปรับปรุง(พิเศษ)

โรงพยาบาลควรจะปรับปรุงคุณภาพบริการอะไรบ้าง

ข้อเสนอแนะ

- สถานที่จอดรถไม่เพียงพอ

OPD

- ไม่ควรให้คนป่วยรอนาน/บริการตาม คิวบางครั้งพูดไม่เพราะกับคนไข้

๔.๓ ความเสี่ยง

สัดส่วนการรายงานความเสี่ยง near miss ตั้งแต่ 1 - 31 มกราคม 2569

NO	หน่วยงาน	ความเสี่ยง					จำนวน Near miss
		จำนวนทั้งหมด	ระดับ A	ระดับ B	ทั่วไป	ร้อยละ	
1	LR	25	1	19	0	80.00	20
2	OR	12	0	11	0	91.67	11
3	งานประกัน	0	0	0	0	0.00	0
4	ตึกหญิง	11	3	5	1	81.82	9
5	เภสัชกรรม	16	2	12	0	87.50	14
6	ตึกแม่และเด็ก	9	0	1	1	22.22	2
7	ตึกชาย	4	0	1	1	50.00	2
8	ER	10	10	0	0	100.00	10
9	OPD	8	0	1	0	12.50	1
10	กายภาพ	1	1	0	0	100.00	1
11	NCD	0	0	0	0	0.00	0
12	จิตเวช/ยาเสพติด	2	0	1	0	50.00	1
13	โภชนากร	1	1	0	0	100.00	1
14	ตึกศัลยกรรม	1	0	0	0	0.00	0
15	LAB	105	22	4	0	24.76	26
16	X-ray	32	21	0	1	68.75	22
17	IT เทคโนโลยี	4	0	0	4	100.00	4
18	การเงิน	1	0	0	1	100.00	1
19	ซ่อมบำรุง	1	0	0	1	100.00	1
20	จ่ายกลาง/ซักฟอก	2	0	2	0	100.00	2
21	ปฐมภูมิและองค์รวม	3	0	0	0	0.00	0
22	ตึกพิเศษ	8	3	3	2	100.00	8
23	ยาม	2	2	0	0	100.00	2
24	อาคารบำบัดน้ำเสี	1	1	0	0	100.00	1
25	สุขาภิบาล	2	1	1	0	100.00	2
26	ฟัสดุ	1	0	0	1	100.00	1
27	ธุรการ	1	0	0	1	100.00	1
28	ทันตกรรม	5	5	0	0	100.00	5
29	แพทย์แผนไทย	2	0	0	2	100.00	1
30	ยานพาหนะ	1	0	0	1	100.00	1

31	องค์กรแพทย์	1	0	0	0	0.00	0
	รวม	261	59	74	19	83.99	142

ความเสี่ยงสำคัญของรพ.

Under Triage

1.HN 106660 ผู้ป่วยวิงเวียนหน้ามืด 4 วัน HR 144 / min BT 37.2 องศา ส่งมาตรวจ OPD แพทย์ OPD ตรวจเสร็จประสานเวรเปลเพื่อส่ง ER ทำหัตถการ

ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแล

1. Un-planed Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) at ตึกชาย

2. ทารกแรกเกิดคลอดปกติ วันที่ 8/01/2569 เวลา 16.37 น.จากมารดา G2P1A0L1 GA 40 wks by Ballard score มารดาให้ประวัติเสพยาบ้า 07/01/2569 ครึ่งเม็ด วันที่ 8/01/2569 มาด้วยด้วยเจ็บครรภ์ ท้องปั้น at LR.15.50 น. PV fully dilate มารดาprevious C/S รายงานสูติแพทย์รับทราบประเมินcase ให้ Go on Labour VBAC คลอดปกติ เวลา 16.37 น.ทารกเพศชาย Apgar 3-6-8 คะแนน BW 2495 gms. 18.00 น.มารดาดูเหนื่อยเพลีย ซีด ตัวเย็น ตาลอย BP =90/83 mmHg P=164 /min RR 22 /min Spo2 =89 % On Mask with bag 10 Lpm รายงานแพทย์รับทราบ Visit case at 18.20 น.Consult med อาการดีขึ้น มดลูกหดรัดตัวดี แผลดี No Active bleed on cath F/U Hct= 18 % จอง G/M PRC 2 u ได้แล้วให้เลย ประสานตึก PP รับทราบ มารดาดีขึ้น ย้าย PP 15.55 น.

การประสานงานผิดพลาด

1. ER โทรตาม refer รพ.ศก แต่โทรตามพยาบาลแล้วพยาบาลเปลี่ยนเวรไม่ได้บอกคนที่เปลี่ยนจึงทำให้รอพยาบาลมา refer เป็นเวลา 1 ชั่วโมง คือตั้งแต่เวลา 12.00 - 13.00 น.

2.ผู้ป่วยชาย HN 102044 AN 397 Dx anemia in chronic disease Dr.Set OR for excision debridement under LA +- fentanyl 20 ม.ค.69 ซีด Hct 16.1 plan blood transfusion keep Hb>=7 เวรเช้า 19 ม.ค.69 จองเลือดเวรบ่ายวันที่ 19 มค.ไม่ได้โทรตาม LPRC และจนท.ห้อง Lab ไม่ส่งใบตอบกลับว่าจองเลือดได้แล้วกลับมาดึกเช้า 20 มค.69 แพทย์ให้ตาม LPRC มาให้ผู้ป่วย จนท.เวรเช้ารอใบตอบกลับว่าจองเลือดจากห้อง Lab ไม่ได้โทรเช็คส่งผู้ป่วยไป OR เวลา 13.00 น.แพทย์ศัลยกรรม off OR เนื่องจากเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม

Patient Identification

1.ห้องบัตรขึ้นบัตรผิดคน ส่งแลปและเอกเรย์ผิดคน พบตอนซักประวัติว่าผิดคนยังไม่ได้ส่งพบแพทย์

สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย : ระบบแก๊ส

1.วันที่ 5/1/69 เวลา 05.30 น.ฉ.หอผู้ป่วยหญิง ขณะปฏิบัติงาน พบสัญญาณเตือนออกซิเจนของหอผู้ป่วยหญิง Alarm

ทักษะ/สมรรถนะของเจ้าหน้าที่

1.ตึกหญิงเจาะเลือดผู้ป่วย HN 125962 ใส่หลอด Lithium heparin ส่งตรวจ Electrolyte แต่สิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม เพราะมีลักษณะ Hemolysis

ระบบบำบัดน้ำเสีย

ประเด็น Risk ที่สำคัญที่ต้องการให้ผู้เกี่ยวข้องได้ทบทวน เดือนมกราคม 69

ที่	ประเด็นที่ต้องทบทวน	ผู้เกี่ยวข้อง	ผลการทบทวน
1	แนวปฏิบัติการดูแล case No ANC : แม่เสพยา	LR /สูติแพทย์	ทบทวนแล้ว
2.	Un plans CPR	PCT/Men ward	รอผลการทบทวน
3.	แนวปฏิบัติการเตรียมพร้อมผ่าตัด	PCT /OR/IPD	ทบทวนแล้ว

รายงานอันดับการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง/Triger ของโรงพยาบาล

1. การสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยผิดพลาด เช่น ไม่สื่อสาร/สื่อสารผิด/สื่อสารไม่ครบถ้วน/สื่อสารล่าช้า (การส่ง x-ray)
2. Medication error : Prescribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการสั่งใช้ยา)
3. ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน/ประเมินผิด/ประเมินไม่ครบถ้วน ตามเกณฑ์ อาการหรือการดำเนินโรค
4. การสื่อสารเพื่อการส่งตรวจหรือการรักษาทางรังสีวิทยาผิดพลาด/ไม่ครบถ้วน
5. Under triage
6. เกิดปัญหาด้าน Software เช่น ไม่เข้ากับ hardware/ไม่พร้อมใช้/ใช้ผิดวิธี-เทคนิค
7. การไม่ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในพยาบาล Standard Precautions (ยกเว้นการล้างมือ)
8. การเลื่อนการผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วนจากความไม่พร้อมหรือการประเมินไม่ครบถ้วน
9. บุคลากรบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง
10. เกิดปัญหาด้าน Network & Security เช่น ไม่พร้อมใช้/ระบบล่ม/มีการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีสิทธิ์

๓.๒ จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริตของหน่วยงาน

ในการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงเลือกเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงสุดจากการประเมินการควบคุมความเสี่ยง (Risk-Control Matrix Assessment) ที่อยู่ในช่องค่าความเสี่ยงที่อยู่ในระดับ สูงค่อนข้างสูง ปานกลาง มาทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริตตามลำดับความรุนแรง ของปีงบประมาณ ๒๕๖๘

แบบฟอร์มตารางแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต

ชื่อแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริต .....

ที่	โอกาส / ความเสี่ยงการทุจริต	มาตรการป้องกันการทุจริต (ควบคุมความเสี่ยงการทุจริต)

วาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ

- ไม่มี

นายสุทิน ศรีลาชัย ผู้บันทึกการประชุม

(นายสุทิน ศรีลาชัย)

เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน