

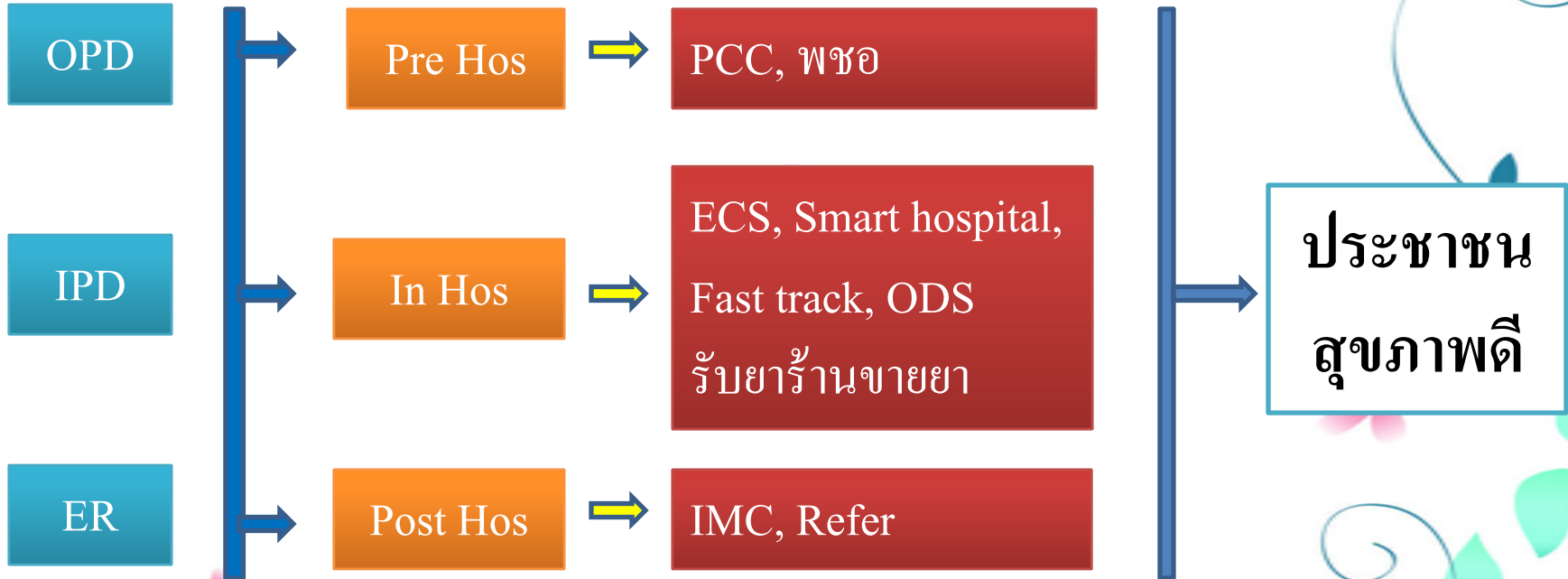
Function Based

ประเด็นที่ 2 ลดแอ๊ด ลดรอกอย

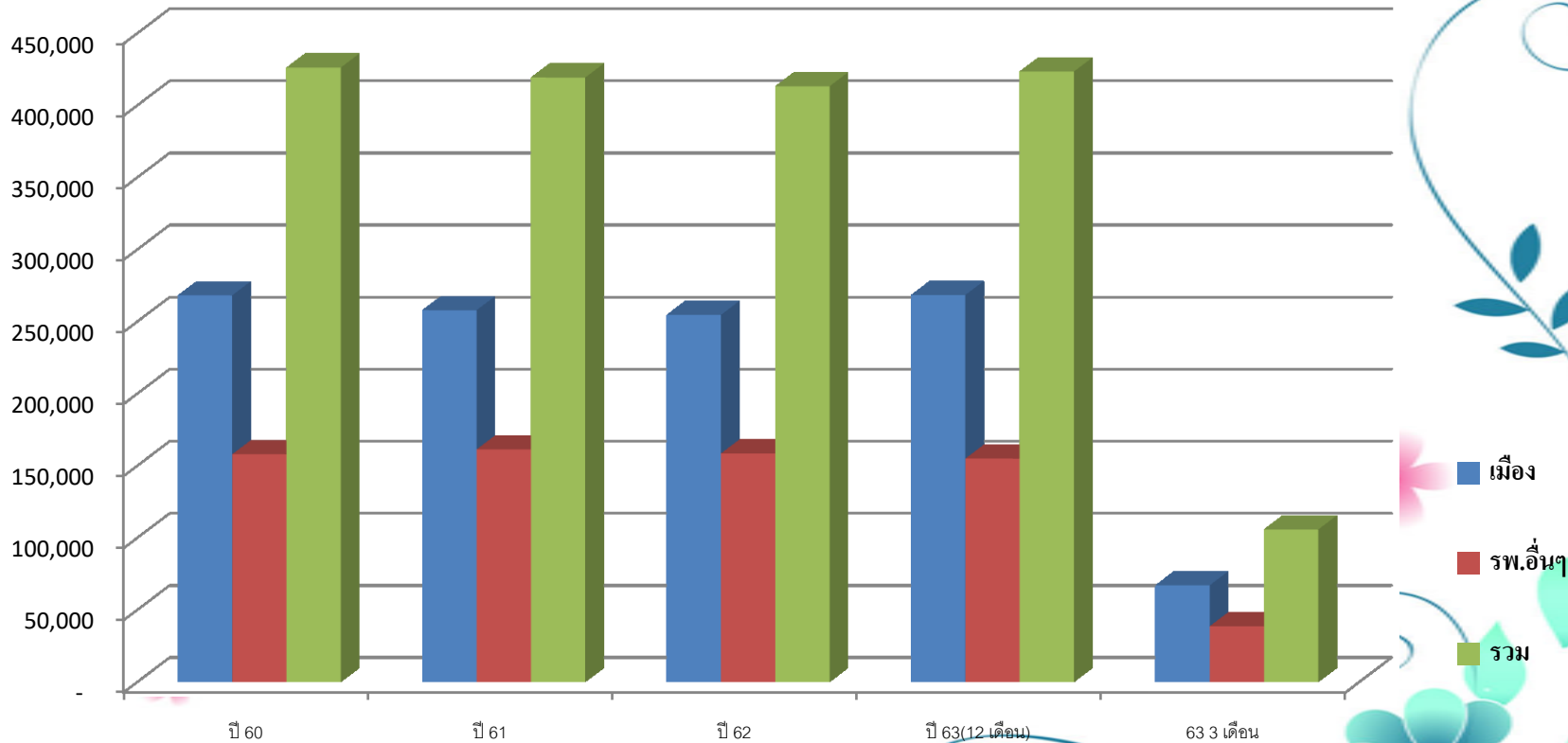
ประเด็นที่ 2 ลดแออัด ลดรอคอย

- ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (PCC)
- ระบบการดำเนินงานของ PCC ใน การดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช
- ER คุณภาพ
- Smart Hospital
- fast track
- ODS
- intermediate care
- ระบบรับยาที่ร้านยา , อสม. หมอประจำบ้าน

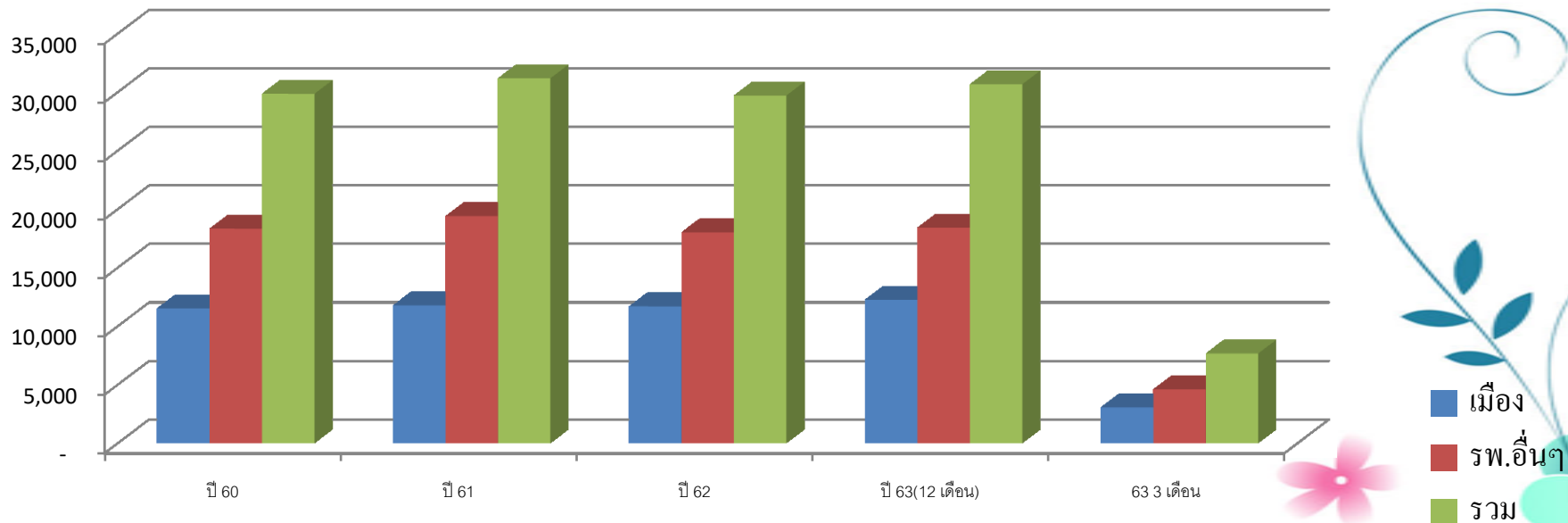
ลดแออัด ลดรอคอย



จำนวนผู้ป่วย OPD



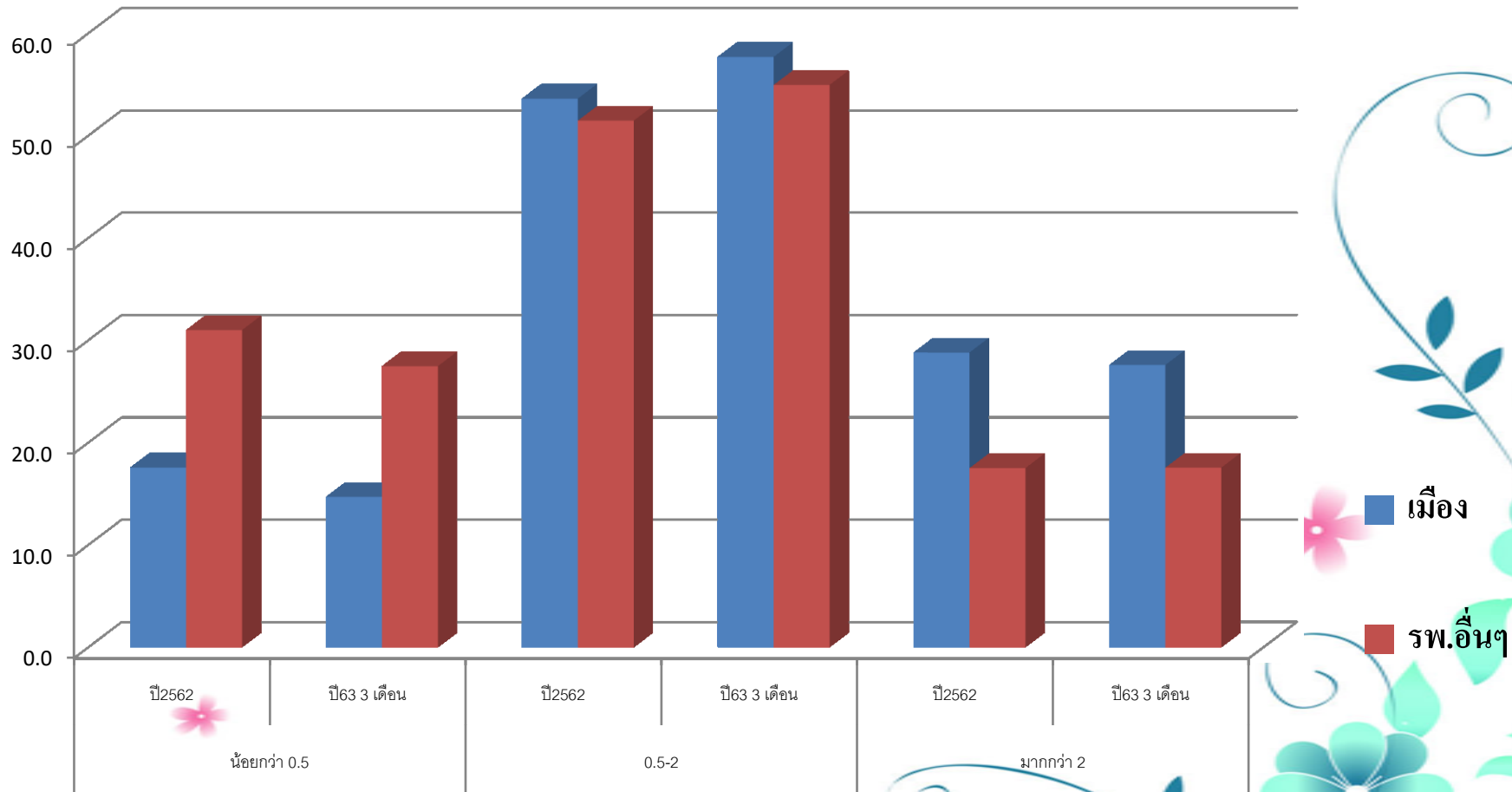
จำนวนผู้ป่วย IPD



	60	61	62	63 3 เดือน
CMI	1.55	1.51	1.74	1.78
Adj.RW	46,288.01	47,194.35	51,747.32	13,634.29

ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอก ปี 2560 – 2562, ปี 2563 (3 เดือน)

ผู้ป่วยนอก	2560	2561	2562	2563 (3 เดือน)
จำนวนผู้รับบริการ รพ.พิจิตร (ครั้ง)	389,445	375,336	377,051	96,178
เฉลี่ยวันละ	1,361.70	1,312.36	1,318.36	1,335.81
จำนวนผู้รับบริการ PCC	36,827	44,010	36,239	9,694
เฉลี่ยวันละ	128.77	153.88	126.71	135.58
จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด (ครั้ง)	426,272	419,346	413,290	105,872
เฉลี่ยวันละ	1,490.46	1,466.24	1,445.07	1470.44
ร้อยละผู้รับบริการ	2560	2561	2562	2563 3 เดือน
รพ.พิจิตร	91.36	89.51	91.23	90.84
PCC	8.64	10.49	8.77	9.16



OPD

IPD

ER



Pre Hos



รพช
PCC
รพ สต.
พชอ
อสม
อปท
วัด โรงเรียน
ส่วนราชการ
ภาคเอกชน
NGO
อื่นๆ



พัฒนาศักยภาพ รพช
พัฒนาศักยภาพเครือข่าย
พัฒนา อสม
รพ สต.ติดตาม
Prevention and
Promotion
Health literacy
Screening
Early Detection
Awareness
Proper Refer

OPD In Hospital

Lean system



OPD, Lab, Xray, Pharmacy, Other

ปรับโครงสร้าง



ขยายพื้นที่ โครงสร้าง ห้องตรวจ วางระบบการ
จัดการ และอื่นๆ

Health workforce



HRM, HRD

Smart Hospital



Smart place, Smart tool, Smart Service

OPD In Hospital

Fast Track



**Stroke, STEMI, Sepsis, Trauma, Acute
Abdomen**

ODS



System management, HRD, HRM

รับยาร้านขายยา



System management, Work instruction

Lean system

- OPD = วางระบบเพื่อลดขั้นตอน ลดระยะเวลารอคอย ใช้ IT เข้าช่วย
- Lab = เดิมมี 22 ขั้นตอนลดลงเหลือ 18 ขั้นตอน เป้าเหลือ 15 ขั้นตอน
- Xray = ใช้ระบบ IT เข้าช่วย ระบบ PACs รายงานผลผ่าน computer
- Pharmacy = ใช้ระบบ IT ช่วยในการลดขั้นตอน ระบบคิว
- Other = ลดขั้นตอนการ Admit และอื่นๆ

ปรับโครงสร้าง

- ขยายพื้นที่ = ย้ายศูนย์จัดเก็บและบัตรสุขภาพออกบางส่วน ย้ายตู้เก็บบัตรจากการทำ OPD paperless ทำให้เหลือพื้นที่ว่าง
- โครงสร้าง = อยู่ระหว่างการดำเนินการปรับโครงสร้างเพื่อลดความแออัด
- ห้องตรวจ = ปรับเพิ่มห้องตรวจให้เหมาะสมตามแพทย์เฉพาะทางที่เพิ่มเติม
- วางระบบการจัดการ = การเปิดคลินิกรุ่งอรุณ คลินิกนอกเวลา และคลินิก SMC
- และอื่นๆ

คลินิกนอกเวลา

ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 63 (3 เดือน)
21,760	17,990	18,898	4,419

SMC clinic

กพ - กย 62	ตค - ธค 62
1,349	800

Health workforce

- HRM การจัดหาบุคลากรที่เพียงพอและเหมาะสมกับจำนวนผู้มารับบริการ เพื่อลดความแออัด ให้บริการได้เร็วมากขึ้น จากการขาดแคลนบุคลากร
- HRD พัฒนาบุคลากรให้ทันต่อความก้าวหน้าทางวิชาการ และสอดคล้องกับแพทย์เฉพาะทางหรือแผนกที่เปิดเพิ่มเติม

Smart Hospital

Smart Hospital of MoPH

ภูมิทัศน์ รพ. สะอาด สวยงาม
เพิ่มความพึงพอใจผู้รับบริการ

- กำหนดเป้าหมาย & ออกแบบ Infrastructure **ต้อง อนุรักษ์ พลังงานและสิ่งแวดล้อม**
- ใช้เทคโนโลยีช่วยสนับสนุนการทำงาน บริเวณที่ไม่ต้องใช้การตัดสินใจ เช่น KIOSK ที่จุดคัดกรอง

Smart place/
Infrastructure

ระบบและบริการหลักของโรงพยาบาล
มีการนำเทคโนโลยีมาช่วยสนับสนุนการทำงาน

- นำ technology มาช่วยอำนวยความสะดวก ลดการรอคอยในโรงพยาบาล
 - Queue System จัดระบบการนัดหมายแบบ online, เหลื่อมเวลา
 - การใช้ Q-display ในบริเวณที่ผู้รับบริการแออัด
- Paperless OPD ,Electronic Medical Record: EMR
- e-Prescription

Smart
Tools
2562

ใช้ technology มารองรับการ
จัดการในทุกมิติ และ ทุกระบบงาน

Smart
Service
2563

- **Smart Identify** เพื่อความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ
- ผู้รับบริการ **ได้รับบริการที่มีมาตรฐาน รวดเร็ว** ไม่เสียเวลารอคอย
- ข้อมูลผู้รับบริการมีความปลอดภัย
- ลด Workload ทุกขั้นตอน ,ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงาน
- นำ technology มาใช้ในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย เพื่อเพิ่ม Health literacy

Smart
Outcome
2565

- ERP (Enterprise Resource Planning) เพื่อการจัดการทรัพยากรทุกระบบงาน
- ข้อมูลบริการและทรัพยากรของโรงพยาบาลมีความเป็นปัจจุบัน (real-time) เชื่อมโยงกันได้ทุกระบบ
- **คุณภาพการบริการ**ที่มีระบบเทคโนโลยีมาช่วยสนับสนุน **ต้องไม่ลดลง**ไปกว่าเดิม
- ผู้รับบริการ
 - ได้รับข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อใช้ประโยชน์อื่นๆ ด้วยรูปแบบที่เหมาะสม ปลอดภัย
 - ได้รับความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการ
- ผู้บริหารเข้าถึง และบริหารจัดการข้อมูล ตาม Business Process ได้ทุกที่ ทุกเวลา

2567

Smart
Hospital

ระบบ IT ช่วยทำให้ รพ.

- มีความปลอดภัย
- มีคุณภาพ
- มีประสิทธิภาพ
- + Green

เกณฑ์

ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล

1. Smart Place

— ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

กิจกรรม

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ของกรมอนามัย ดุสวยงาม มีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ

- ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล Green & Clean ระดับดีมาก Plus วันที่ 30 กันยายน 2562 ถึง 29 กันยายน 2564
- มีกิจกรรมที่ดำเนินการ Digital Look มีการใช้ตู้ KIOSK บริเวณจุดคัดกรอง



2.Smart Tools

1. Queue : มีหน้าจอแสดงลำดับคิวในจุดที่เหมาะสมเพื่อลดการแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ

2.Queue : มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับ บริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์

3.Devices : มีการเชื่อมต่อข้อมูลของVital Sign อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้า HIS อัตโนมัติ

1 มีหน้าจอระบุคิว

- บริเวณหน้าห้องตรวจอายุรกรรม

- บริเวณหน้าห้องยา

- บริเวณหน้าห้อง Lab

2 มีหน้าจอระบุคิวรับบริการ และประกาศเตือนเมื่อ

ถึงคิวรับบริการ

- บริเวณหน้าห้องยา

- บริเวณหน้าห้อง Lab

3 อยู่ระหว่างดำเนินการ



เกณฑ์	ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล
<p>3Smart Services</p> <p>1 BMP : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ</p> <p>2.BMP : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)</p> <p>3.BMP : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)</p> <p>4. BMP : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD</p> <p>5. BMP : มีบริการนัดหมายแบบเหลือมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนทุกจุดบริการ 2.จัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนด้วยระบบ (EMR) ตั้งแต่วันที่ 8 มีนาคม 2562 และเลิกคั่น OPD Card ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 3.ใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD) ทุกห้องตรวจ ตั้งแต่วันที่ 6 มกราคม 2563 4. มีการสำรวจข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการที่ห้องยา, ห้องบัตรห้อง Lab 5.การนัดหมายเหลือมเวลา <ul style="list-style-type: none"> กรณีมีการตรวจ Investigate Lab นัดเวลา 7.00 น. ไม่มีมีการตรวจ Investigate Lab นัดเวลา 8.00 น. คลินิกพิเศษ นัดเวลา 13.00 น. ได้แก่ คลินิกต่อมไทรอยด์ โรคเลือด โรคข้อและรูมาติซั่ม โรคไต คลินิก Air Way





กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

GREEN & CLEAN Hospital

กรมอนามัยขอมอบประกาศนียบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

โรงพยาบาลพิจิตร

ได้ปฏิบัติตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก Plus

ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ระยะเวลาการรับรอง

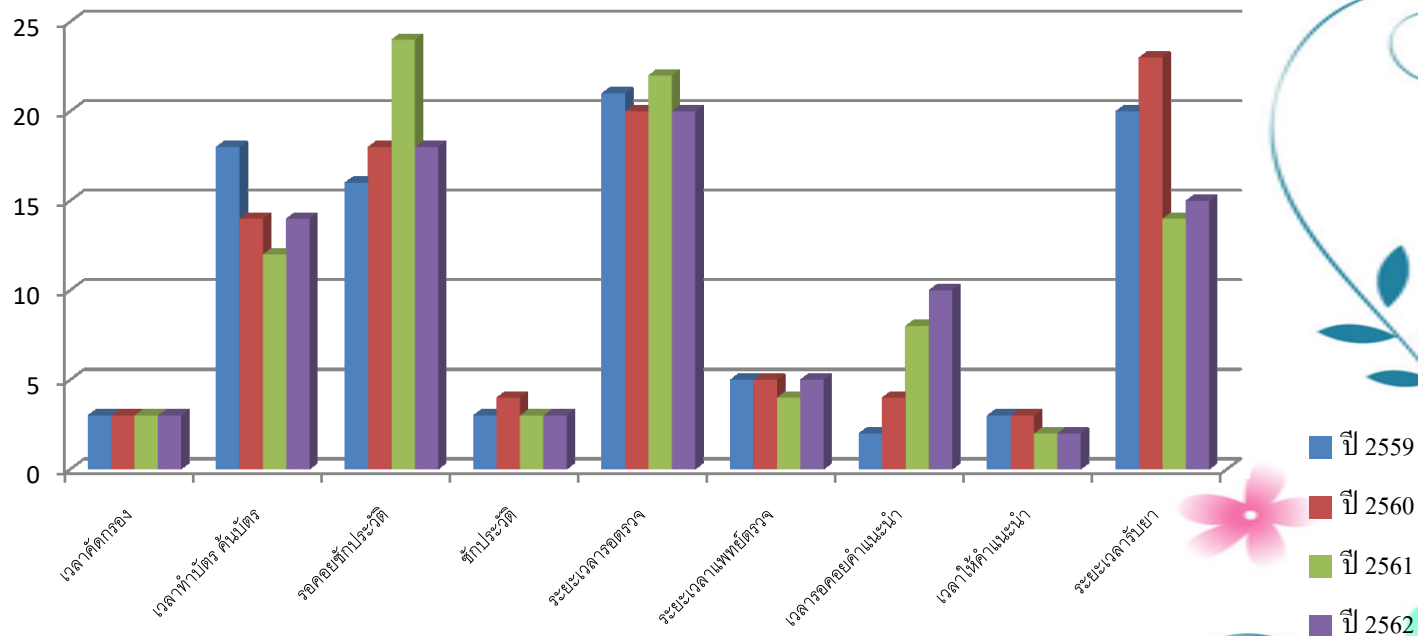
๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ ถึง ๒๙ กันยายน ๒๕๖๔

(แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร)

อธิบดีกรมอนามัย



ผลสำรวจระยะเวลาการรับบริการผู้ป่วยตรวจรักษาทั่วไป



	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562
รวมเวลา	91	94	92	90

Fast track

2 Stroke

ตัวชี้วัดหลัก

ตัวชี้วัดรอง



ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : 160-169)

<7

ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (160-162)

<25

ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (163)

<5

ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (163) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)

≥60

ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (160-169) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

≥50



รายงานผลการดำเนินงาน Fast Track & IMC														
Fast Track	นครสวรรค์		กำแพงเพชร		พิจิตร		อุทัยธานี		ชัยนาท		เขตสุขภาพที่ 3			เกณฑ์
	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2561	ปี 2562	% เพิ่ม	
STEMI														
จำนวน ทั้งหมด	278	283	130	129	129	155	98	100	123	128	758	795	4.65%	
จำนวน เสียชีวิต	38	49	11	16	9	20	14	11	17	14	89	110		
อัตราตาย	13.7	17.3	8.5	12.4	7.0	12.9	14.3	11.0	13.8	10.9	11.7	13.8		< 10%
Stroke														
จำนวน	3,587	3,743	1,299	1,545	1,720	1,823	1,246	1,265	1,150	1,172	9,002	9,548	6%	
อัตราตาย	14.8	13.89	7.01	8.93	13.6	11.74	8.75	6.64	12.43	11.01	12.31	11.36		< 7%
Sepsis														
จำนวน	1,601	2,991	1,351	1,865	1,269	1,121	1,074	1,284	616	417	5,911	8,678	46.8%	
อัตราตาย	43.04	37.88	2.15	22.68	22.7	25.78	33.24	31	22.24	27.82	24.67	29.01		≤ 30 %
Trauma														
จำนวน	30	263	160	230	89	284	193	220	9	78	481	1075	123%	
อัตราตาย	13.44	12.46	0	0.21	4.25	5.0	11.86	13.01	6.74	16.42	6.51	5.76		<12 %
อัตราตาย PS >	1.6	1.62	0	0.21	0.29	0.53	0.95	0.14	0.92	0.14	0.75	0.55		
IMC														
จำนวน	0	158	0	143	0	75	0	101	0	73	0	550		
อัตราตาย	0	5.70	0	7.69	0	5.33	0	8.91	0	4.11	0	6.55		

One day Surgery



One Day Surgery

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery



เกณฑ์ ร้อยละ 60

ประเด็น
ที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย

รอบที่ 1

ร้อยละ 20

รอบที่ 2

ร้อยละ 40

มาตรการ

จัดตั้งหน่วยให้บริการเพิ่มเติมตาม
แนวทางคู่มือของกรมการแพทย์

เก็บรวบรวมข้อมูล
และวิเคราะห์

แนวทางการตรวจ

ประเมินรูปแบบการให้บริการมี
มาตรฐานตามแนวทางการดำเนินงาน
และข้อเสนอแนะด้านความปลอดภัย
กรมการแพทย์

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับบริการ
One Day Surgery

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

มีหน่วยงานที่ให้บริการ
ในโรงพยาบาลทุกระดับที่มีความพร้อม
และสมัครใจ

ร้อยละ 60

Small
Success

3
เดือน

รพ.ทุกระดับที่มีความพร้อม
ในเขตสุขภาพเข้าใจแนวทาง
การดำเนินงาน ODS ตามโรคและ
หัตถการที่เพิ่มขึ้นในปี 2563 อย่าง
เป็นระบบสามารถวางแผนและ
พัฒนาการให้บริการ
อย่างเหมาะสมตามบริบท

6
เดือน

รพ.ทุกระดับที่มีความพร้อม
และสมัครใจสามารถดำเนินการ
ได้เพิ่มอย่างน้อย 1 แห่ง
ต่อเขตสุขภาพ

9
เดือน

รพ.ทุกระดับสามารถดำเนินการ ODS
ได้อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง

12
เดือน

โรงพยาบาลให้บริการผ่าตัด ODS
เป็นแบบ One Stop service
อย่างน้อยเขตละ 1-2 แห่ง



ผลการดำเนินงาน เขต 3

2562	ผู้ป่วย ODS	เข้าเงื่อนไข ODS	ร้อยละ
รพ.สวรรค์ประชารักษ์	307	678	45.28
รพ.กำแพงเพชร	193	195	98.97
รพ.พิจิตร	198	219	90.41
รพ.อุทัยธานี	40	41	97.56
รพ.ชัยนาทนเรนทร	24	26	92.30
รพ.สรรคบุรี	2	2	100
รวม	764	1161	65.80

สปสช. : ODS 2562

#	รหัส	หน่วยบริการ	เขต	ครั้ง	RW_NHSO	เรียกเก็บ	จ่ายชดเชย DRG	จ่ายชดเชยทั้งหมด
1	10676	รพ.พุทธชินราช	02	402	710.8495	4,965,996.00	5,708,671.13	6,196,246.13
2	10672	รพ.ลำปาง	01	359	356.0644	1,382,580.25	3,398,919.94	3,448,419.94
3	10662	รพ.ชลบุรี	06	337	473.3102	2,381,553.00	4,079,469.85	4,224,344.85
4	10661	รพ.สระบุรี	04	276	500.4719	1,690,150.25	4,161,740.52	4,341,740.52
5	10675	รพ.สวรรค์ประชารักษ์	03	245	102.6795	1,342,419.00	2,290,282.57	2,290,282.57
6	10680	รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช	11	236	199.8449	1,337,725.20	2,350,169.44	2,350,169.44
7	10679	รพ.นครปฐม	05	234	189.2091	2,068,963.00	3,092,852.38	3,579,802.38
8	10668	รพ.สุรินทร์	09	227	156.0590	1,705,387.84	2,148,302.08	2,583,002.08
9	10678	รพ.เจ้าพระยามรราช	05	227	83.0812	1,269,750.25	2,759,474.58	2,916,974.58
10	10674	รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์	01	216	92.4516	1,942,322.50	2,639,908.10	2,995,183.10
19	10726	รพ.พิจิตร	03	145	194.3611	1,679,411.50	1,704,095.36	1,741,105.36
24	10721	รพ.กำแพงเพชร	03	116	63.0137	825,622.75	1,194,127.83	1,207,627.83
65	10720	รพ.อุทัยธานี	03	27	31.8740	114,296.75	328,477.84	328,477.84
98	10694	รพ.ชัยนาทนเรนทร	03	6	4.1783	35,928.25	45,877.43	45,877.43



โรงพยาบาลพิจิตร

One Day Surgery (ODS)

Purpose

จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) ร้อยละ 20

Process

1. สร้างความรู้และความเข้าใจ ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยจัดวิชาการ One Day Surgery ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายและส่งอบรมภายนอก
3. สร้างความรู้และความเข้าใจ ประโยชน์การให้บริการแบบ One Day Surgery แก่ประชาชนผ่านช่องทางต่างๆ
4. เชื่อมโยงรายงานการให้บริการแบบ One Day Surgery กับระบบ HDC, E-cliam, Hos xp, CoC และ Risk

Performance

ปี 2560 ร้อยละ 91.38 (53/58 ราย)
ปี 2562 ร้อยละ 89.40 (198/220 ราย)
ปี 2563 ไตรมาส 1 ร้อยละ 90.20 (46/51 ราย)



ระบบรับยาที่ร้านยา , อสม. หมอประจำบ้าน

สิทธิพิเศษ สำหรับผู้ป่วยบัตรทอง ในเขตอำเภอเมืองพิจิตร

ข้อกำหนด : เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ซับซ้อน 4 โรค ได้แก่

เบาหวาน

ความดันโลหิตสูง

ไขมันในเลือดสูง

และฮอร์โมนธัยรอยด์ต่ำ

การบริการที่ได้รับ : ได้พบแพทย์ตามนัดเหมือนเดิม ไม่ต้องรอคิวรับยา ไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม

รับยาที่ร้านยาคุณภาพและจ่ายยาโดยเภสัชกร ยาเหมือนของ
โรงพยาบาล

1. ร้านคลินิกยา ติดกับห้างแฮปปี้พลาซ่า
2. ร้านพิจิตรรวมยา ตลาดใหม่สะพาน
3. ร้านเจริญเภสัช แคว้นนาคกรรุงศรีอยุธยา ตรงข้ามร้าน

เพ็ญสุณี]

การสมัครเข้าร่วมโครงการ : ตามความสมัครใจ และแพทย์
พิจารณาแล้วอนุญาตให้ไปรับยาร้านยาได้

ร่วมโครงการ : ตามความสมัครใจ และแพทย์พิจารณาแล้วอนุญาตให้ไปรับยาร้านยาได้

แบบใบแสดงความจำนงรับยาร้านยา(ใบสีชมพู) ติดที่ใบนำทาง

สอบถามผู้ป่วย

สมัครใจไปรับ
ยาที่ร้านยา

ใช่

ส่งพบแพทย์ห้องตรวจ 6

แพทย์พิจารณา

ส่ง
ห้องจ่ายยา

ไม่

-บันทึกในใบสีชมพู
(ติดไว้กับใบนำทางไม่
ต้องดึงออก)
-รอตรวจระบบปกติ

รับยา
ห้องจ่ายยา

ผลการดำเนินงาน
ยังอยู่ในขั้นตอน
ประสานงาน

IPD In Hospital

Lean system



OPD, Lab, Xray, Pharmacy, Other

ปรับโครงสร้าง



ขยายพื้นที่ วางระบบการจัดการ Guideline

Health workforce



HRM, HRD

Smart Hospital



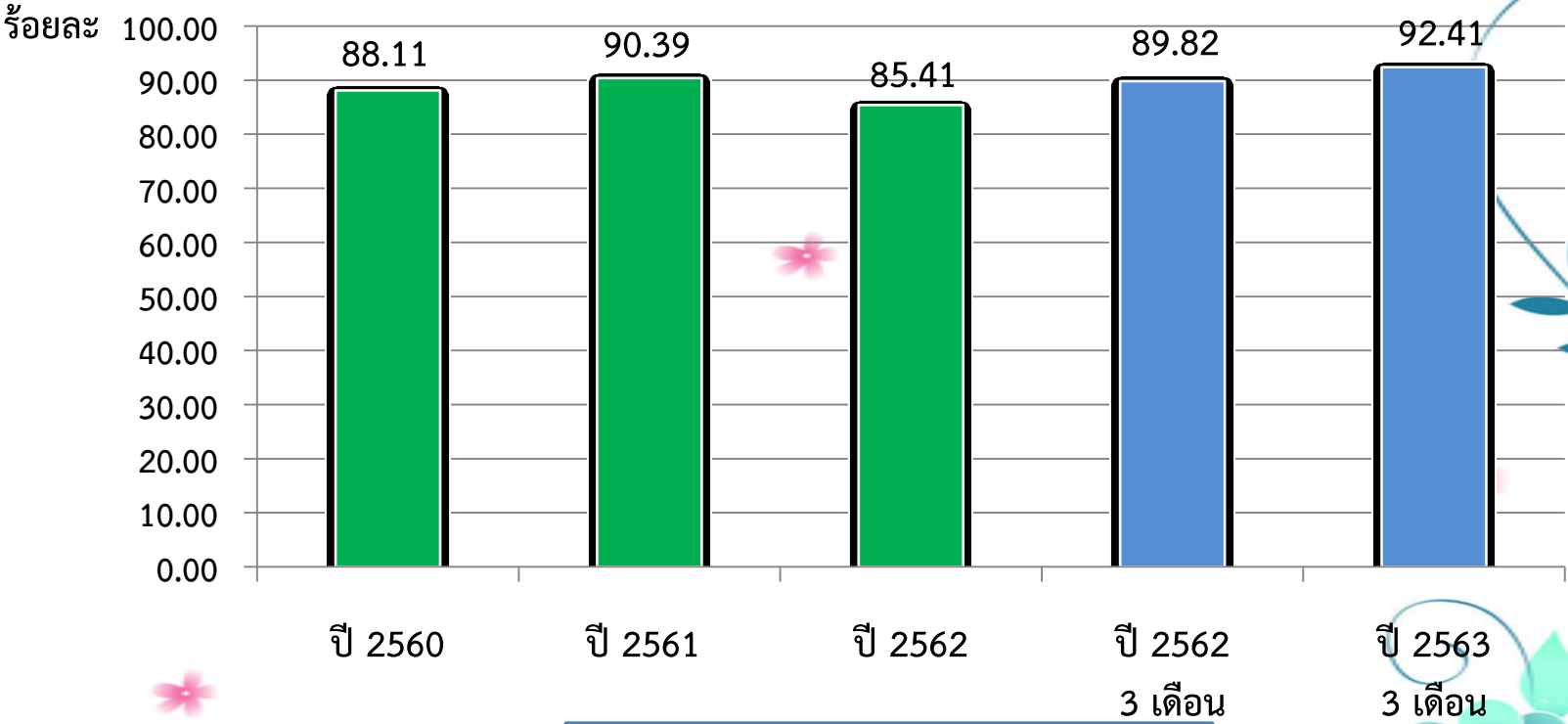
IPD Paperless

Fast Track



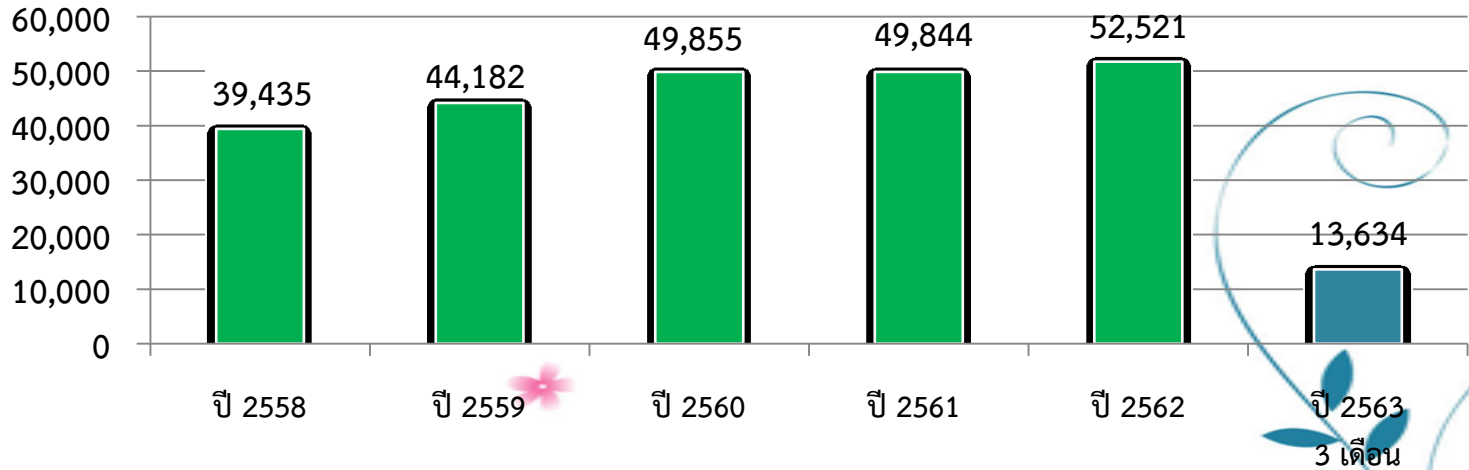
Stroke, STEMI, Sepsis, Trauma, Acute
Abdomen

อัตราการเตียง

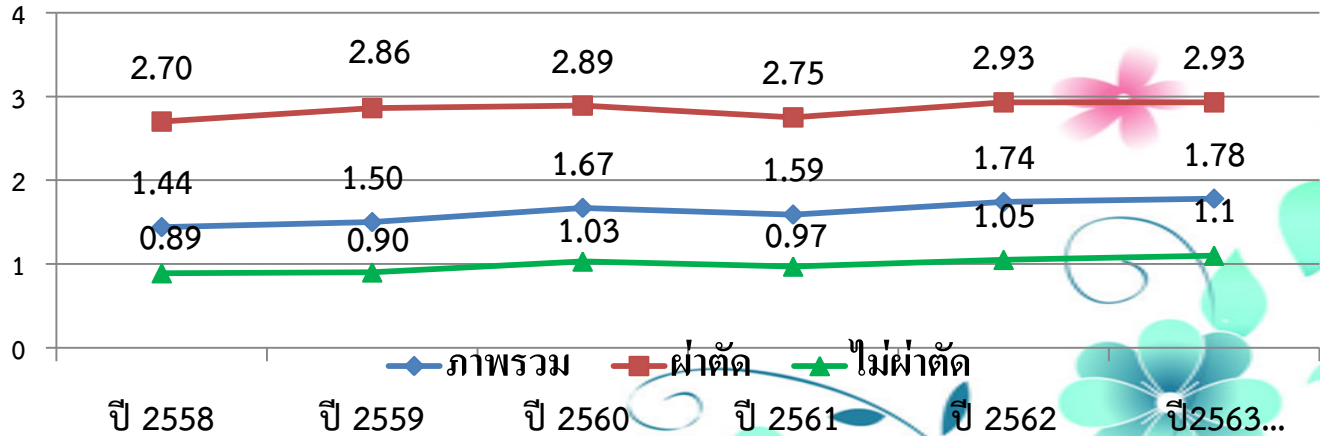


คำนวณจาก 450 เตียงจริงที่เปิดให้บริการ

ค่า adjust RW



ค่า CMI



อัตราครองเตียงแต่ละแผนก

แผนก	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี 2562 (3 เดือน)	ปี 2563 (3 เดือน)
อายุกรรม	88.67	91.68	94.72	97.55	101.59
ศัลยกรรม	131.13	138.1	109.67	115.74	107.03
ศัลยกรรมกระดูก	93.38	90.78	78.28	88.71	90.53
สูติ นรีเวชกรรม	61.22	52.9	49.9	33.66	52.26
จักษุ โสต ศอ นาสิก	55.16	50.08	44.7	51.85	46.82
กุมารเวชกรรม	60.16	65.51	52.95	45.06	51.86

เป้าหมายการลดความแออัด IPD

- การมี guideline และ ปฏิบัติตาม guideline เพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกับผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน
- ลดจำนวนวันนอน
- ลดอัตราครองเตียง
- การส่งต่อผู้ป่วยได้ดีขึ้นอย่างเหมาะสม

ER In Hospital

Lean system



ER คุณภาพ, Lab, Xray, Other

ปรับโครงสร้าง



ขยายพื้นที่ Double door ระบบการจัดการ guideline

Health workforce



HRM, HRD

Smart Hospital



Smart place, Smart tool, Smart Service

Fast track

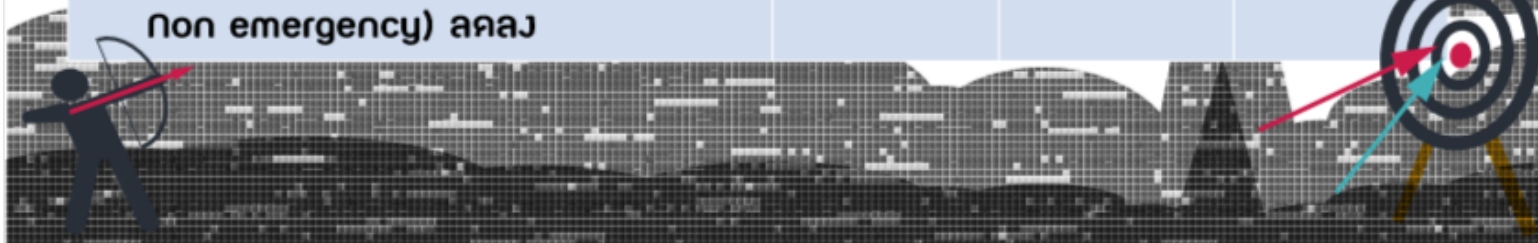


Stroke, STEMI, Sepsis, Trauma, Acute Abdomen

ER คุณภาพ

ลดแออัด ลดรอคอย การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ

ตัวชี้วัด	Small Success		
	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ			ร้อยละ 80
2. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน ระดับ 4 และ 5 (Non trauma และ Non emergency) ลดลง	ร้อยละ 3	ร้อยละ 4	ร้อยละ 5



Emergency Care System

1



ตัวชี้วัดหลัก

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1

ไม่เกิน ร้อยละ 12

1. เพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care

1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในรพ.ระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที

1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1

ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80

ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60

ตัวชี้วัดรอง

2. ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง

2.1 ร้อยละของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการทำ root cause analysis

2.1 อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1

ร้อยละ 100

ไม่เกิน ร้อยละ 45

3. การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน

3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (>20 คะแนน)

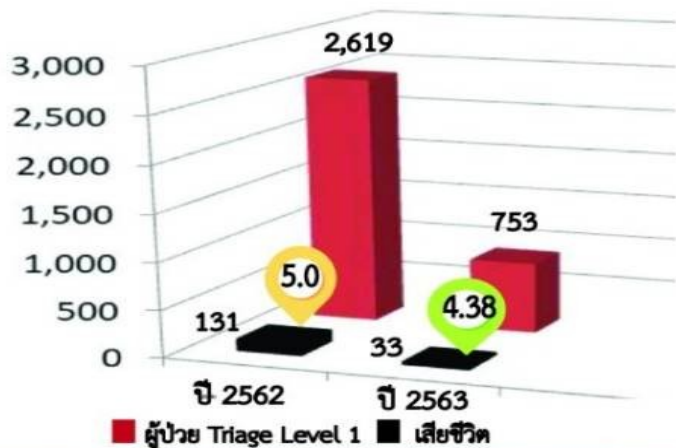
3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (>50 คะแนน)

ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80

ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80



อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1) ภายใน 24 ชม. (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ 12



ผลการดำเนินงาน ปี 2563 (3 เดือน)

ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24ชม.ทั้ง ER และ Admit รวม 33 ราย ร้อยละ 4.38 ดังนี้

Non-Trauma = 669 ราย เสียชีวิต 32 ราย ร้อยละ 4.78

Trauma = 81 ราย เสียชีวิต 1 ราย ร้อยละ 1.23



แนวทางการพัฒนา ปี2563

- 1.พัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์ ER Service Delivery
- 2.เพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึง Definite care



การดำเนินงาน/กิจกรรม

- 1.พัฒนาระบบ Triage ESI , Triage Personnel
- 2.พัฒนา Fast track : Trauma : Sepsis ร่วมกับ PCT ตามรอย Tracer case Severe TBI , Sepsis
- 3.Audit case dead in ER และ Dead in 24 ชม.

โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตใน24ชม.ตามลำดับ

- 1.Pneumonia
- 2.Sepsis
3. AMI,NSTEMI
- 4.UGIB



อัตราผู้ป่วย trauma triage level 1 ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

จำนวนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดและสามารถเข้าผ่าตัดได้ใน 60 นาที
ปี 2562- 2563



ผลการดำเนินงาน ปี 2563 (3 เดือน)

Door to OR ใน 60 นาที = 0

ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด แบ่งตามแผนกดังนี้

1. Ortho (Open book) 1 ราย 2. Neuro (TBI) 4 ราย



วิเคราะห์ สาเหตุที่เข้า OR เกิน 60 นาที

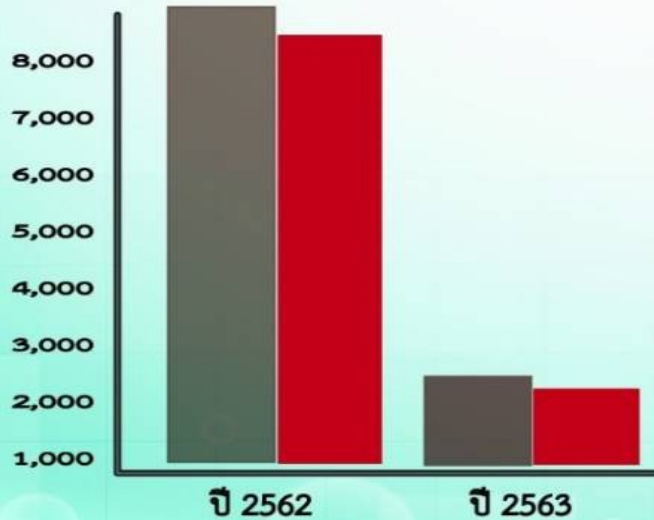
1. Resuscitate 2. ส่ง Investigate , CT

กิจกรรมการพัฒนา ปี 2563

ทบทวน Door to OR ร่วมกับ PCT



อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60



ผลการดำเนินงาน

ปี 2562
ปี 2563

จำนวนผู้ป่วย	< 2 ชม.	ร้อยละ
8,747	8,542	97.65
2,136	2,042	95.59

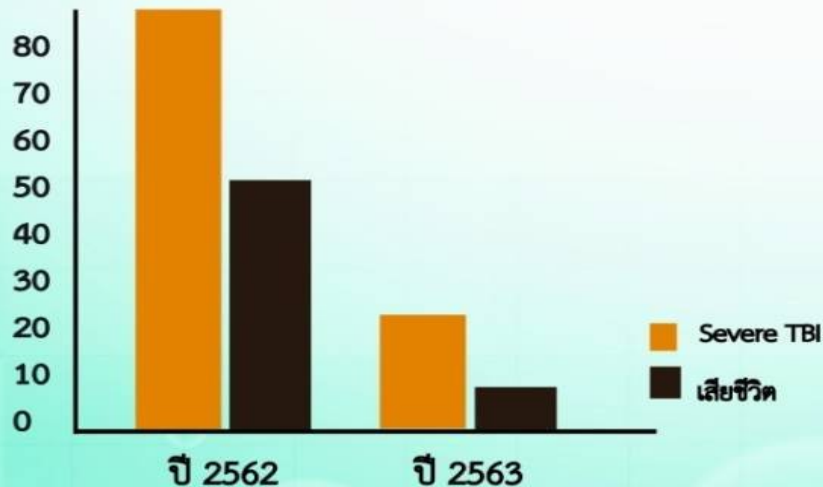


วิเคราะห์ ผู้ป่วยTriage Level 1,2 อยู่ใน ER >2 ชม.
พบโรคที่อยู่ER นาน ตามลำดับคือ
1.Septic shock 2.Multiple Injury,Traumatic Brain Injury
3.ICH 4.Pneumonia
สาเหตุ
Resuscitate ,รอ Investigate เช่น lab ด่วน ,ส่ง CT ward เตรียมความพร้อมรับผู้ป่วย



แนวทางพัฒนา ปี 2563
1.คืนข้อมูลผู้เกี่ยวข้อง
2.พัฒนาร่วมกับระบบสนับสนุน เช่น Lab ด่วน ,CT ,x-ray
3.พัฒนาระบบ Fast track และ ระบบAdmit

อัตราผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (severe traumatic brain injury) ไม่เกินร้อยละ 45



	Severe TBI	Dead	ร้อยละ
ปี2562	87 ราย	51	58.62
ปี2563	22 ราย	9	40.90

ผลการดำเนินงาน

1.ร่วมกับ PCT Surg

พัฒนา Guidline การดูแลผู้ป่วย TBI

2.Quality ward round 3.Trauma Audit



แนวทางพัฒนา ปี 2563

1.พัฒนาร่วมกับ PCT Surg : Quality ward round

: อบรมทักษะการดูแล Severe TBI

2.ลดระยะเวลา Door to OR



มาตรการพัฒนา ER คุณภาพ รพ.พิจิตร ปี2563



พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน

1 อาคารสถานที่



1.1 มีประตูลิฟต์อัตโนมัติใช้รหัสผ่าน



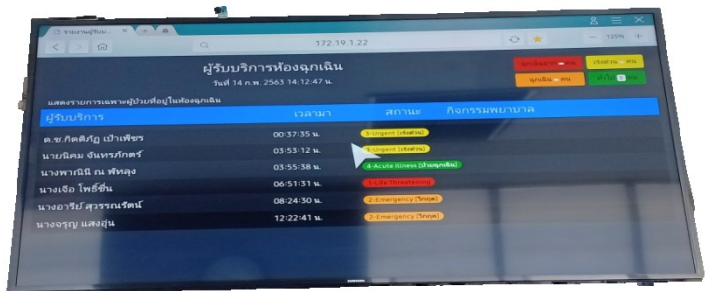
1.2 Waiting Area

- มีแผนปรับพื้นที่สำหรับญาตินั่งรอผู้ป่วย



1.3 Isolation room

ห้องแยกโรคติดเชื้อ



2

พัฒนาระบบสารสนเทศ
จอแสดงลำดับและสถานะผู้ป่วยที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน

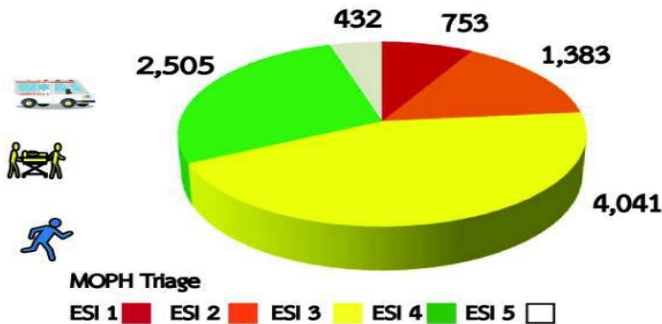
ผลการดำเนินงานตามนโยบายลดแออัด กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพิจิตร

By TEA Unit

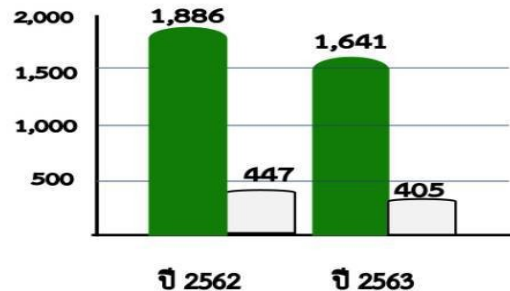
มาตรการพัฒนา ER คุณภาพ : พัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน

- 1.เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน > จัดบริการตาม ER Service Delivery > จัดช่องทางด่วนผู้ป่วย Fast track : STEMI , Stroke , Trauma
- 2.เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน : จัดบริการ OPD นอกเวลา > KRA : จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน ระดับ 4 และระดับ 5 Non Trauma (เป้าหมายลดลง 5%)

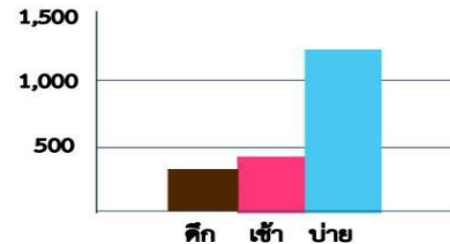
สถิติผู้รับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
แบ่งตามระดับการ Triage ปี 2563



จำนวนผู้ป่วย ระดับ 4 และ 5
(ต.ค-ธ.ค)



จำนวนผู้ป่วย ระดับ 4 และ 5
แบ่งตามช่วงเวลา



KRA : จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน ระดับ 4 และระดับ 5 Non Trauma
(เป้าหมายลดลง 5%)



ปี 2562	ปี 2563 (3เดือน)	ลดลง
4+5 =9,333 ราย	4+5 =2,046 ราย	ร้อยละ 2.51
ร้อยละ 24.95	ร้อยละ 22.44	



การดำเนินการ

- 1.จัดระบบการคัดแยก (Triage) โดยใช้เกณฑ์ Triage ESI อบรมบุคลากร Triage Personal
- 2.ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน Triage ส่งตรวจ OPD นอกเวลา







อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ



(ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80)



จังหวัดพิจิตรมีรพ.ระดับ S ที่จัดตั้ง TEA Unit 1 แห่ง
ปี 2563 ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพร้อยละ 100

1.ผู้อำนวยการ ผู้บริหารTEA Unit	2.TEA Nurse Manager	3.เจ้าหน้าที่ สนับสนุน	4.สถานที่	5.Software	6.กิจกรรมคุณภาพ (จำนวน)	7.กิจกรรมคุณภาพ (มิติ)	8.Value-Added TEA Unit
ร่วมกิจกรรม คุณภาพที่ บริหารจัดการ โดยTEA Unit 1ครั้ง/เดือน 	บริหารกิจกรรม คุณภาพโดยข้อมูล สารสนเทศจาก TEA Unit 1ครั้ง/เดือน 	บริหารจัดการ ข้อมูลTEA Unit ด้วยโปรแกรม หรือฐานข้อมูล 	ใช้พื้นที่ร่วมใน ศูนย์รับแจ้งเหตุ และสั่งการ ขาดสำนักงาน TEA Unit 	มี Software นำเข้าข้อมูล เชื่อมโยง HDC ของโรงพยาบาล 	มีกิจกรรมคุณภาพ Non-Trauma & Trauma ที่บริหาร จัดการผ่าน TEA Unit 1 ครั้ง/เดือน 1.Dead in 24 ชม 2.CPR Audit	บริหารจัดการ กิจกรรมคุณภาพ 2 มิติใน2 ไตรมาส 1.Pre hos EMS Audit 2.In Hos : ER Triage Audit	ใช้ข้อมูลจาก TEA Unit ขับเคลื่อน ECS คุณภาพจนผ่าน เกณฑ์ตัวชี้วัดหลัก ,รอง > 2 ตัวชี้วัด 

ผลการ
ดำเนินงาน
ปี 2563

- 1.จัดทำแผนพัฒนาส่วนขาดตามเกณฑ์
- 2.จัดกิจกรรมคุณภาพผ่าน TEA Unit ร่วมกับ
สนง.คุณภาพและ PCT ที่เกี่ยวข้อง

ผลประเมิน TEA Unit
อยู่ใน **เกณฑ์มาตรฐาน**
(21 คะแนน)

โอกาสพัฒนา

- 1.พัฒนาฐานข้อมูล Software
- 2.ส่งออกข้อมูลเพิ่ม Accident
- 3.พัฒนา TEA Unit เครือข่าย

Post Hospital

OPD

IPD

ER



Post Hos



Intermediate Care

รับยารักษาพยาบาล

Referral System

Palliative care

จัดระบบ จัดโครงสร้าง แนวทางปฏิบัติ

จัดระบบ แนวทางปฏิบัติ

จัดระบบ แนวทางปฏิบัติ feed back

จัดระบบ จัดโครงสร้าง แนวทางปฏิบัติ



ตัวชี้วัดหลัก : ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจ.ที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)

ร้อยละ 75

ตัวชี้วัดรอง : ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20

เกณฑ์

ร้อยละ 60

ประเด็น
ที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย

ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) (ตัวชี้วัดระดับจังหวัด)
รอบ 6 เดือน : ร้อยละ 25

รอบที่ 2

รอบ 12 เดือน : ร้อยละ 50

มาตรการ

1. เชื่อมโยงนโยบายระดับชาติลงสู่การปฏิบัติในระดับเขตและ จังหวัด
2. บริหารจัดการทรัพยากรด้านกำลังคนสุขภาพ
3. มีระบบข้อมูลการส่งต่อ

มีแผนการดูแล (Care plan) และแผนการจำหน่ายสู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Discharge plan)

แนวทางการตรวจ

1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/ คณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนงาน IMC
2. มีแผนพัฒนาบุคลากร (พยาบาล)
3. มีระบบการส่งผู้ป่วยกลับที่เชื่อมโยงอย่างชัดเจน

มีการดำเนินงานตามแผนดูแลและการประสานส่งกลับ

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. รพ.ระดับ M และ F เพชงการการดูแลระยะกลาง โดยนับเป็นรายจังหวัด/ชิ้นแจ้งจำนวนเตียงรายจังหวัด
2. มีพยาบาลฟื้นฟู เป็น care manager ในรพ.ระดับ M และ F
3. มีการเชื่อมโยงการดูแลอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน

ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index=20

Small
Success

3
เดือน

6
เดือน

ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) มากกว่าร้อยละ 60

9
เดือน

12
เดือน

ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) มากกว่าร้อยละ 75



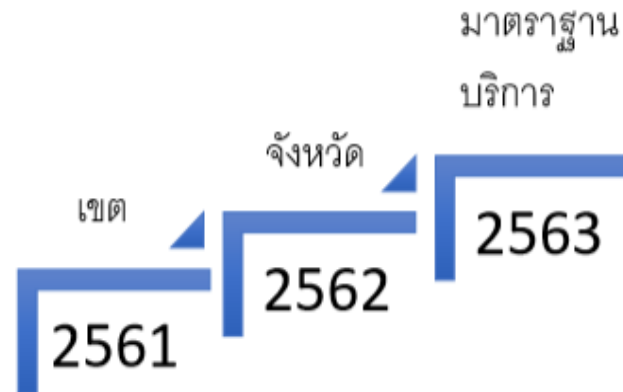
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

รอบ 1

1. มีการแต่งตั้งและทบทวนคณะกรรมการ/ คณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนงาน IMC
2. มีแผนพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้าน IMC
3. มีแนวทางการคัดกรองและ refer back ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์กลับไปรับบริการ IMC bed/ward ที่ชัดเจน

รอบ 2

1. โรงพยาบาลระดับ M และ F มีการให้บริการ IMC bed/ward ตาม care protocol อย่างเป็นรูปธรรม และมีการสำรวจเตียงอย่างเหมาะสม
2. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ บริการและติดตาม ตามแผนการให้บริการผู้ป่วยเป็นรายบุคคลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือ BI = 20





การดำเนินงาน Process

แต่งตั้งคณะกรรมการ service plan IMC ระดับจังหวัด 18/12/61

สื่อสารการนำ care protocol IMC ใช้ทั้งเขตสุขภาพ, กำหนดเกณฑ์, แนวทางปฏิบัติของจังหวัด

จัดรูปแบบบริการ แบบ IPD, HHC

กลุ่มเป้าหมาย Stroke, TBI, SCI

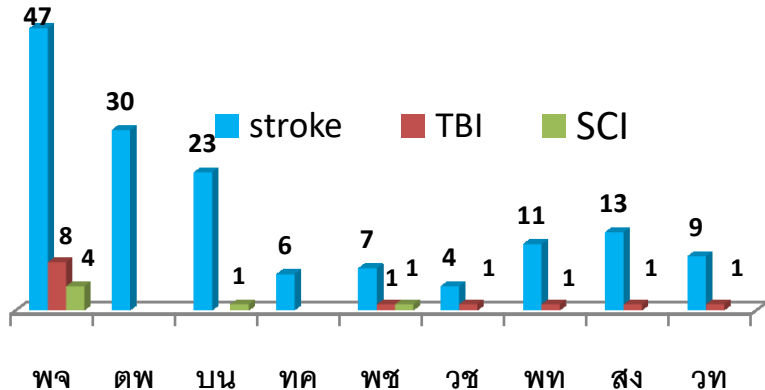
รพ.พิจิตร มี IMC bed 4 เตียง และ รพช. ระดับ M, F2 มี IMC bed 2 เตียง ส่วน รพ. F3 ให้ รพ. แม่ข่ายรับ (สาทเหล็ก-พิจิตร, ดงเจริญ-บางมูลนาก, บึงนาราง-โพทะเล)

การเก็บข้อมูล manual (excel) และส่งข้อมูล รพ.อุทัยธานี (เริ่ม มกราคม 2562)

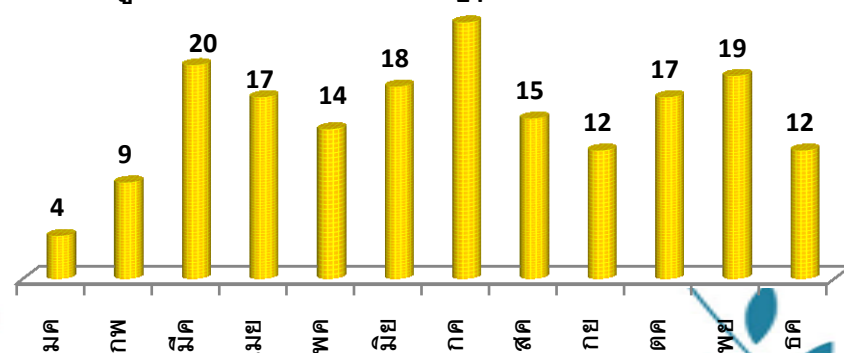
ส่งบุคลากรอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะเวลา 5 วัน และการพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน (รพ.พิจิตร และรพ.สามง่าม)

ผลการดำเนินงาน IMC (มค.62- ธ.ค.62)

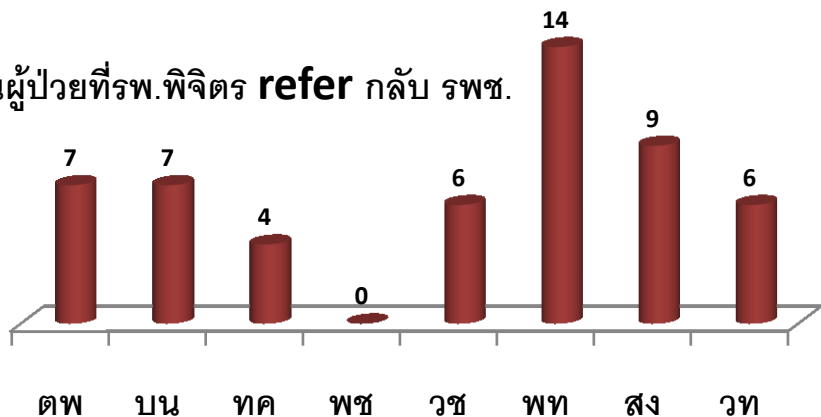
จำนวนผู้ป่วย(ราย)แต่ละกลุ่มโรคแยกแยะโรงพยาบาล



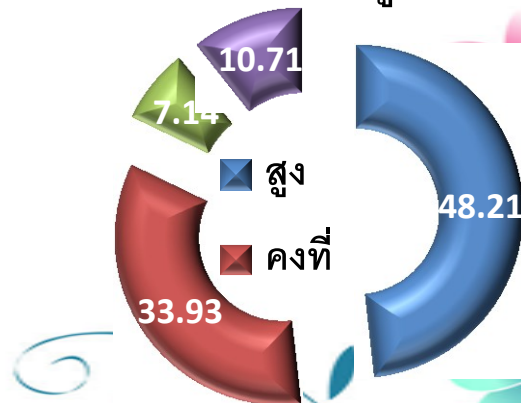
จำนวนผู้ป่วย(ราย)จังหวัดพิจิตรแยกแยะรายเดือน



จำนวนผู้ป่วยที่รพ.พิจิตร refer กลับ รพช.



ผลของการติดตาม BI ของผู้ป่วยครบ 6 เดือน





ตัวชี้วัดหลัก ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การ
บริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward)
เป้าหมายปี **63=75%**

➔ ปี **2562** โรงพยาบาลในจังหวัดพิจิตร ให้บริการ **IMC bed 9** แห่ง = **100%**

พิจิตร S	บางมูลนาก M	ตะพานหิน M	สามง่าม F2	วชิรบรรณมี F2	โพธิ์ประทับช้าง F2	วังทรายพูน F2	ทับคล้อ F2	โพทะเล F2
4	2	2	2	2	2	2	2	2

ตัวชี้วัดรอง ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน
Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥ 15 with multiple impairment ได้รับการบริการฟื้นฟู
สภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 เป้าหมายปี **63=70%**

โรงพยาบาล	ปี 2562	ปี 2563 (ตค-พย)
จังหวัดพิจิตร	77.78	87.5
ร.พ.พิจิตร	55.56	75