

## 1.2.1 คุณภาพบริการและระบบสนับสนุนบริการ

### โรงพยาบาลมีแผนยุทธศาสตร์และแผนงานพัฒนาคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 1								
ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)								
แผนงาน/โครงการ		KPI ทั้งหมด		บรรลุเป้าหมาย		ร้อยละ		
13 โครงการ		33		24		72.72		
strategies&Strategic Challenges	Short term Objectives	Long term goals	key tactics & action plans	Changes	HR&Education plan	key Performance Measures	Present performance	Projecte d performance
กลยุทธ์ • การส่งเสริมการป้องกัน เพื่อป้องกันโรค NCDs • การคัดโรค NCDs ในชุมชน • การดูแลและติดตามผู้ป่วย NCDs  ความท้าทาย • ขาดการรับรู้เรื่อง การตรวจคัดกรองโรค • พฤติกรรมการใช้ชีวิตในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>คัดกรองโรค NCDs ในกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุม</li> <li>บุคลากรเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข และ อสม. ได้รับการฝึกอบรม</li> <li>มีการจัดโรงเรียนเบาหวาน/Health station ในชุมชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ลดอัตราการเกิดโรค NCD</li> <li>ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน</li> <li>ผู้ป่วยที่เป็นโรค NCD สามารถควบคุมโรคได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>คัดกรองโรคในชุมชนตามกลุ่มเป้าหมาย</li> <li>จัดกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน / คลินิก</li> <li>ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค NCDs และภาวะแทรกซ้อน</li> <li>การติดตามผู้ป่วย NCDs ทั่วภาค</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน เช่น ลดน้ำหนัก ลดเค็ม</li> <li>เพิ่มการออกกำลังกาย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>อบรมทักษะบุคลากร อสม.</li> <li>จัดตั้งโรงเรียนเบาหวาน ให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ โดยใช้สื่อท้องถิ่น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>อัตราการคัดกรองโรค NCDs</li> <li>อัตราการเกิดโรค NCDs ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง</li> <li>อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค NCDs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DM 88.60 %</li> <li>HT 88.42 %</li> <li>DM 1.10 %</li> <li>HT 3.57 %</li> <li>DM 2.99 %</li> <li>HT 0.27 %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>เพิ่มขึ้น</li> <li>เพิ่มขึ้น</li> <li>ลดลง</li> </ul>

ยุทธศาสตร์ที่ 2								
ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)								
แผนงาน/โครงการ		KPI ทั้งหมด		บรรลุเป้าหมาย		ร้อยละ		
19 โครงการ		52		42		80.76		
strategies&Strategic Challenges	Short term Objectives	Long term goals	key tactics & action plans	Changes	HR&Education plan	key Performance Measures	Present performance	Projected performance
พัฒนาระบบ Smart Hospital ที่ตอบสนองความต้องการขององค์กร	พัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐาน Data Center ให้ได้มาตรฐาน	โครงสร้างพื้นฐาน IT ของโรงพยาบาลได้มาตรฐานรองรับ Smart Hospital และผ่านเกณฑ์การประเมินด้านโครงสร้าง Smart Hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>ติดตั้งระบบตรวจจับควัน/อุณหภูมิ/ความชื้น พร้อมแจ้งเตือนอัตโนมัติ</li> <li>จัดทำระบบสำรองข้อมูล NAS + Cloud Backup</li> <li>จัดการระบบไฟฟ้าและ UPS ให้มีความเสถียร</li> </ul>	โครงสร้างพื้นฐาน IT มีความปลอดภัยและเสถียรตามมาตรฐาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>อบรมเจ้าหน้าที่ IT เรื่อง การดูแล Data Center, Cloud Backup</li> <li>อัปเดตแผน DR และการกู้คืนข้อมูล</li> <li>เพิ่มเจ้าหน้าที่ IT</li> <li>เพิ่ม Outsourcing และระบบโครงสร้างพื้นฐาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>% ความพร้อมใช้งานของ Data Center (uptime ≥ 99%)</li> <li>% ความสำเร็จในการกู้คืนข้อมูลจากระบบสำรอง (≥ 95%)</li> <li>ได้รับการประเมินผ่าน Smart Hospital ด้านโครงสร้าง (คะแนนเต็ม 100%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>99.89% N/A</li> <li>78.3%</li> <li>100% 0%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>≥ 99% ≥ 95%</li> <li>≥ 95%</li> <li>100% 100%</li> </ul>
	พัฒนาระบบด้านบริการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>ระบบบริการดิจิทัลที่ตอบสนองต่อความต้องการผู้ป่วยและองค์กร</li> <li>ผ่านเกณฑ์การประเมินด้านบริการ Smart Hospital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>OPD/IPD paperless</li> <li>Digital PACS (X-ray &amp; U/S) เชื่อมโยงกับ sw.ผ่าน</li> <li>ระบบแจ้งเตือนนัดหมายออนไลน์</li> <li>ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine/ Health Rider)</li> <li>Smart Queue &amp; Self-service kiosk</li> </ul>	ระบบด้านบริการช่วยลดเวลารอคอย เพิ่มความสะดวก รวดเร็ว และประสิทธิภาพ พร้อมลดความผิดพลาดในการให้บริการและบันทึกข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>อบรมบุคลากรการใช้ระบบ Paperless, PACS, Telemedicine และระบบนัดหมายออนไลน์</li> <li>จัดทำทีม IT Support ประจำหน่วย และซ้อมแผนกู้คืนข้อมูล (DR Drill)</li> <li>พัฒนาทักษะด้านดิจิทัลและการจัดการข้อมูลอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>% OPD ใช้ระบบ Paperless</li> <li>% IPD ใช้ระบบ Paperless</li> <li>% ข้อมูล PACS (X-ray &amp; U/S) ส่งต่อสำเร็จไปยัง sw.ผ่าน</li> <li>% ผู้ป่วยที่ได้รับการแจ้งเตือนนัดหมายล่วงหน้า</li> <li>% ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบดิจิทัล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0%</li> <li>N/A</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100%</li> <li>&gt;90%</li> </ul>

# ยุทธศาสตร์ที่ 3

## ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงาน/โครงการ		KPI ทั้งหมด		บรรลุเป้าหมาย		ร้อยละ		
1 โครงการ		5		5		100%		
Strategies & Strategic Challenges	Short term Objectives	Long term goals	Key tactics & action plans	Changes	HR & Education plan	Key Performance Measures	Present performance	Projected performance
<ul style="list-style-type: none"> <li>การพัฒนาทักษะการสื่อสาร</li> <li>การบริการที่เป็นมิตรและมีความเข้าใจ</li> <li>การสร้างวัฒนธรรมการบริการที่ดี</li> <li>ความพึงพอใจและภาวะเครียดของบุคลากร</li> <li>ความขัดแย้งภายในทีมงาน</li> <li>การสร้างความปลอดภัยในทุกระดับขององค์กร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการจัดฝึกอบรมการสื่อสาร</li> <li>มีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินการบริการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>การบริการที่มีความพึงพอใจสูงสุด</li> <li>วัฒนธรรมการบริการที่เป็นเลิศ</li> <li>ทีมงานมีความเข้าใจในการทำงานร่วมกัน</li> <li>ลดภาวะเครียดในบุคลากร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติ</li> <li>การจัดกิจกรรมเสริมสร้างจิตใจ</li> <li>การให้รางวัลและการยกย่อง</li> <li>action plan</li> <li>จัดการฝึกอบรมการสื่อสารและการบริการด้วยใจ</li> <li>จัดทำการสำรวจความพึงพอใจจากบุคลากรและผู้ป่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>การเปลี่ยนแปลงการสื่อสารในองค์กร</li> <li>การเปลี่ยนแปลงการสื่อสารด้านการบริการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>การอบรมและพัฒนาทักษะการสื่อสาร</li> <li>การเสริมสร้างทักษะการบริการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ความพึงพอใจของผู้รับบริการ</li> <li>จำนวนบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมในสื่อสารและบริการที่มีคุณภาพ</li> <li>การเพิ่มการทำงานเป็นทีม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>บุคลากรในโรงพยาบาลบางส่วนยังคงทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ</li> </ul>	ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

# ยุทธศาสตร์ที่ 4

## บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงาน/โครงการ		KPI ทั้งหมด		บรรลุเป้าหมาย		ร้อยละ																										
8 โครงการ		16		14		87																										
Strategies & Strategic Challenges	Short term Objectives	Long term goals	Key tactics & action plans	Changes	HR & Education plan	Key Performance Measures	Present performance	Projected performance																								
<ul style="list-style-type: none"> <li>Strategies : ปรับปรุงระบบการจัดการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ</li> <li>Strategies challenge :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>งบประมาณจำกัด</li> <li>ขาดแคลนบุคคลที่มีความรู้ด้าน CFO</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>การอบรมบุคลากรในเรื่องจัดเก็บรายได้</li> <li>บริหารแผนเงินบำรุงและแผน Planfin ได้อย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ประสิทธิภาพการบริหารจัดการอยู่ในเกณฑ์ดี</li> <li>มีความมั่นคงทางการเงิน อย่างยั่งยืน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร</li> <li>จัดทำแผนการใช้จ่ายที่ยืดหยุ่น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องการเงินการคลังโรงพยาบาล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>การพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ ผลรายงานการเงินการคลัง แผนผลและด้วยอดีต</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CR &gt; 2.11 QR</li> <li>&gt; 1.99 CR &gt; 1.67</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>CR</td> <td>QR</td> <td>CASH</td> </tr> <tr> <td>ปี 2564</td> <td>1.17</td> <td>1.09</td> <td>0.77</td> </tr> <tr> <td>ปี 2565</td> <td>1.45</td> <td>1.34</td> <td>0.28</td> </tr> <tr> <td>ปี 2566</td> <td>3.8</td> <td>3.62</td> <td>2.43</td> </tr> <tr> <td>ปี 2567</td> <td>2.78</td> <td>2.66</td> <td>1.86</td> </tr> <tr> <td>ปี 2568</td> <td>3.14</td> <td>3.00</td> <td>2.54</td> </tr> </table>		CR	QR	CASH	ปี 2564	1.17	1.09	0.77	ปี 2565	1.45	1.34	0.28	ปี 2566	3.8	3.62	2.43	ปี 2567	2.78	2.66	1.86	ปี 2568	3.14	3.00	2.54	<ul style="list-style-type: none"> <li>CR &gt; 1.5 QR</li> <li>&gt; 1 CR &gt; 0.8</li> </ul>
	CR	QR	CASH																													
ปี 2564	1.17	1.09	0.77																													
ปี 2565	1.45	1.34	0.28																													
ปี 2566	3.8	3.62	2.43																													
ปี 2567	2.78	2.66	1.86																													
ปี 2568	3.14	3.00	2.54																													

โรงพยาบาลมีการติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานระบบคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

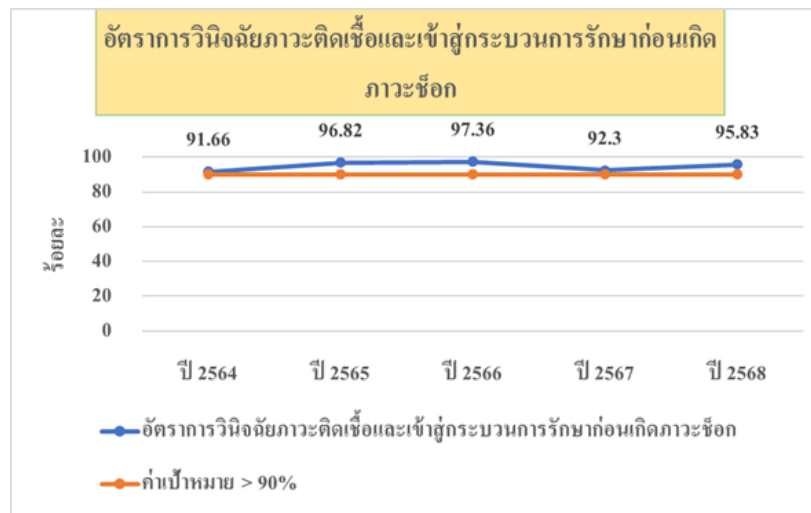
โรงพยาบาลสองแควมีกลุ่มโรคสำคัญดังนี้ Sepsis, STEMI, Stroke, Appendicitis, Dengue, Head injury, TB, Suicide, BA, PPH , Trauma ,COPD,DM และ HT ซึ่งโรงพยาบาลสองแควได้มีการติดตามผลการดำเนินงานเพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
1. อัตราการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อก (Early Detection)	≥90%	91.66 (22/24)	96.82 (61/63)	97.36 (37/38)	92.30 (24/26)	95.83 (23/24)
2. อัตราผู้ป่วย STROKE fast track ส่งต่อภายใน 30 นาที	> 50 %	40 (4/10)	50 (1/2)	50 (1/2)	75 (3/4)	40 (2/5)
3. ผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจ OPD	0 ราย	18	14	20	12	0
4. อัตราการเกิดน้ำเกินในผู้ป่วย DHF	ร้อยละ 0	0 0/3	0 0/7	2.52 11/436	2 1/50	0
5. อัตราการเกิด rupture appendicitis จาก Delayed refer	0 ราย	0 (0/31)	0 (0/31)	0 (0/29)	3.85 (1/26)	0 (0/29)
6. อัตราผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการทำ ACP	≥80%	86.21	89.74	92.64	94.66	100
7. อัตราของผู้ป่วย STEMI ที่ได้ SK onset to Fibrinolytic time < 180 นาที	> 60%	0(1)	33.33 (1/3)	No case	No case	100
8. อัตราผู้ป่วย DM ที่สามารถควบคุม A1C<7%	> 40 %	17.52	37.62	39.09	48.82	40.16
9. อัตราผู้ป่วย HT ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	≥ 60%	51.12	68.34	73.29	79.65	65.47
10. อัตราผู้ป่วย HT ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ใน รพ.สต.	≥ 60%	81.0	72.57	74.18	83.20	78.07
11. อัตราการเกิด Acute exacerbation ของผู้ป่วย COPD	< 110 ต่อ 100 COPD	132.35 (45/34)	130 (39/30)	124.44 (56/45)	185 (20/37)	249.12 (142/5 )
12. ผลสำเร็จการรักษาวัณโรค (success rate)	> 90 %	76.92 (10/13)	84.62 (11/13)	75 (6/8)	50 (4/8)	80 (4/5)

13. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับ warfarin มีระดับตามเป้าหมายการรักษา (TTR Rosendaal's method)	≥ 60 %	55.98	63.03	62.37	61.04	61.31
14. อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH)	< 5 %	1.88 (1/53)	1.78 (1/56)	2.33 (1/43)	2.22 (1/45)	5.87 (2/34)

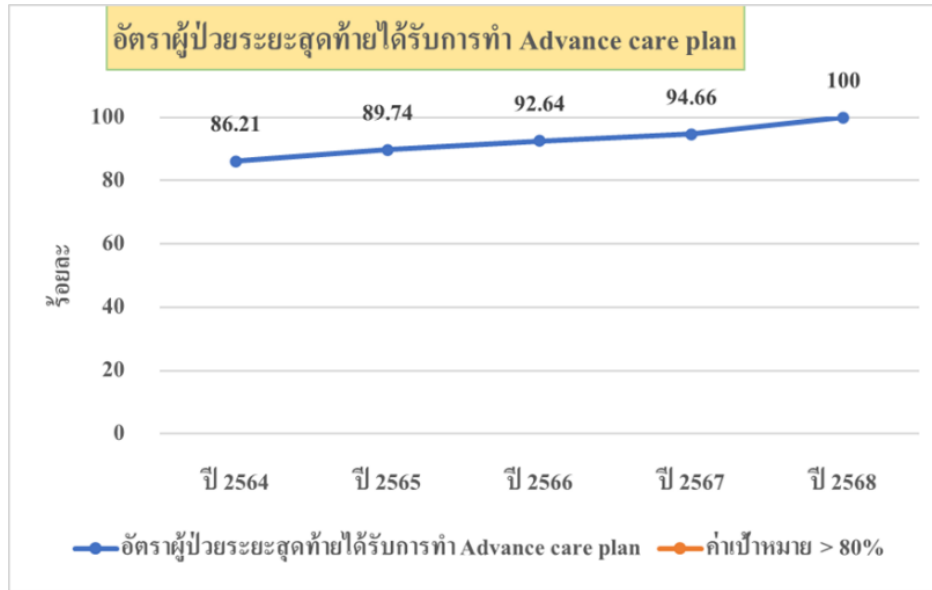
### มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

มีการนำผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมาปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเช่น



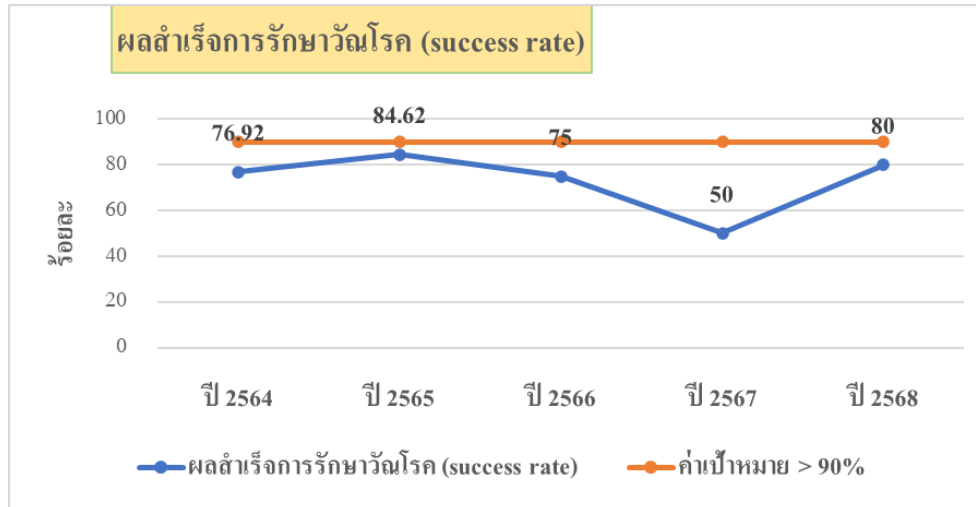
### ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อก (Early Detection)

จากข้อมูลการวินิจฉัยในปี 2564-2567 พบว่ายังมีการวินิจฉัยล่าช้า จึงมีการจัดทำแบบประเมิน Early sign (ใช้ ซีม หายใจเร็ว อ่อนเพลีย ทานได้น้อย) ให้เจ้าหน้าที่จุดคัดกรอง (ผู้ช่วยเหลือคนไข้) พร้อมกับวัดสัญญาณชีพแรกรับ หากพบสัญญาณชีพผิดปกติรีบแจ้งพยาบาลคัดกรองทันที.พยาบาลคัดกรอง ประเมิน NEWS score if ≥ 4 คะแนน ส่งตรวจ OPD ช่องทางด่วน/ส่งต่อ ER ใช้แบบประเมินและเฝ้าระวัง (Sepsis Record Form) ในกลุ่มผู้ป่วยที่สงสัย Sepsis ทุกราย ตั้งแต่แรกรับ (ER/OPD) ถ้ามีClinical SIRS ≥2 ร่วมกับ NEWS score ≥4 ให้ปฏิบัติตาม 1 Hour Sepsis Bundle ER Monitor v/s ทุก 15 นาทีจน stable ส่งผลให้หลังปรับแนวทางการวินิจฉัยทำได้รวดเร็วขึ้นในปี 2568 เป็นร้อยละ 95.83



### ตัวชี้วัดที่ 6 อัตราผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการทำ ACP

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่าการทำ Advance care plan ผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติดูแล ไม่มีผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาและการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจในการวางแผนการรักษาได้เมื่อเกิดภาวะวิกฤติ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลตามความต้องการในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถจากไปอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทางทีมดูแลผู้ป่วยจึงได้มีการพัฒนาแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระยะสุดท้ายของชีวิต(Advance care plan) โดยมอบหมายให้แพทย์คุยเกี่ยวกับโรค ระยะและความก้าวหน้าของโรค แผนการรักษา และพยาบาลค้นหาญาติที่ดูแลหลักที่มีอำนาจในการตัดสินใจ โดยใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ (family meeting) และการบันทึกหนังสือเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living will) และมีการทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในกรณีมา Visit OPD/Er ทุกครั้ง กรณีผู้ป่วย Admit ให้มีการประเมินการทำ ACP ซ้ำทุกครั้ง ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้ คือส่งผลให้อัตราผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการทำ ACP ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ปี 2568 ร้อยละ 100 และส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตอย่างสงบ (Good dead) พบร้อยละ 100



### ตัวชี้วัดที่ 12 ผลสำเร็จการรักษาวัณโรค (success rate)

เมื่อดูผลสำเร็จการรักษาย้อนหลัง 5 ปี พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตมากขึ้นทุกปี (เกณฑ์เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 10) จากการวิเคราะห์พบว่าเป็นผู้ป่วยตายนอกเขต จะเป็นผู้สูงอายุ น้ำหนักน้อย และป่วยด้วยโรคร่วม เช่นเบาหวาน โรค COPD, CRF เป็นต้น ทำให้เกิดอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากยาส่วนหนึ่งแต่ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม จากปัญหาดังกล่าว ทางโรงพยาบาลมีการวางแผนค้นหาวัณโรคเชิงรุก คือเร่งรัดค้นหาผู้ป่วย และนำเข้าสู่การดูแลรักษาตามมาตรฐานอย่างมีคุณภาพ มีระบบการติดตามการรักษาในระยะเข้มข้น มีการให้คำปรึกษาในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวตลอดจนผลข้างเคียงของยาทุกรายทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจในโรคและการปฏิบัติตัวดีขึ้นมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาและทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีซึ่งอาจจะช่วยลดอัตราการตายได้ส่วนหนึ่งในปีล่าสุด มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 5 ราย รักษาสำเร็จ 4 ราย อยู่ระหว่างการรักษา 1 ราย ทั้งนี้ยังคงเฝ้าติดตามผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผลการรักษาสำเร็จถึงเกณฑ์และไม่เกิดอัตราการเสียชีวิต

### ภาพลักษณ์ขององค์กร

โรงพยาบาลสองแควมีการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการทั้งในส่วนของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และได้นำผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการมาปรับปรุงการดำเนินงานจึงทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงขึ้น

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568
ความพึงพอใจโดยรวมของผู้รับบริการรวม	80%	89.91	89.88	90.50	88.31	89.12	94.33
อัตราความพึงพอใจงานผู้ป่วยนอก	80%	85.21	87.14	91.02	85.27	90.36	92.32
อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยใน	80%	92.99	92.61	89.97	91.34	87.88	96.33

## โรงพยาบาลสองแควได้นำผลสำรวจความพึงพอใจมาวิเคราะห์และปรับปรุงเพิ่มความสะดวกและปลอดภัยแก่ผู้รับบริการดังนี้

- 1.โรงพยาบาลได้ปรับกระบวนการเพื่อลดการแออัด ลดรอยคอยมาใช้ Smart Hospital Kios ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจด้วยโรคทั่วไป และกลุ่มเจ้าหน้าที่รพ.ที่มีรับบริการสามารถทำบัตรได้ด้วยตนเอง เพื่ออำนวยความสะดวก ในการทำบัตรการตรวจ ระบบคิว การเช็คสิทธิที่ต้องรวดเร็วขึ้น ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจมากขึ้นและองค์กรแพทย์มีการปรับตารางการออกตรวจให้เร็วขึ้นรวมทั้งในวันหยุดนักขัตฤกษ์
2. การปรับระบบคิวแสดงการรับบริการทางหน้าจอแสดงคิวที่ชัดเจนที่บริเวณจุดคัดกรอง หน้าห้องตรวจ ห้องแลป ห้องยา และการใช้ระบบอ่านบาร์โค้ดแทนการบันทึกด้วยมือและเรียกชื่อผู้ป่วยอัตโนมัติ (SIRI)
3. มีระบบ Health Rider การจัดส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน โดยผ่านเกณฑ์ประเมินของแพทย์ เพื่อลดความแออัด และยาค้างจ่ายของผู้ป่วย ผู้ป่วยในเขตตำบลนาไร่หลวงและตำบลชนแดน จะมีทีม Rider คือ อสม.และ จนท.สาธารณสุขเป็นผู้นำส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนของผู้ป่วยตำบลยอด จะส่งยาทางระบบขนส่ง Flash express จะมีการ Recheck และโทรติดตามระบบโดยเจ้าหน้าที่ห้องยา
4. ผู้ป่วย NCD ส่วนใหญ่มารพ.จะมีการงดน้ำงดอาหารเพื่อเจาะเลือด- ผู้ป่วยที่แพทย์นัดมาเจาะเลือด เมื่อมารพ.ตามกำหนดนัดสามารถไปเจาะlab ได้เลย โดยพยาบาลไม่ต้องซักประวัติก่อน เนื่องจากรพ.ใช้ระบบการส่งแลปล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น
- 5.การปรับปรุงขยายบริเวณโซนด้านหน้าโรงพยาบาลให้มีที่จอดรถรับส่งอีกช่องทางหนึ่งเพื่ออำนวยความสะดวกในการรับส่งผู้ป่วยรวมทั้งการจัดหาเก้าอี้รถตรวจเพิ่มเติมและการจัดทำห้องน้ำให้ได้ตามมาตรฐาน ปรับปรุงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีห้องแยก Isolation Room ผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ ห้องผู้ป่วยในรวมได้ปรับปรุงห้องพิเศษ,ปรับปรุงห้องแยกโรคเพิ่มเป็น 3 ห้อง,เพิ่มเติมยอนอนที่มีการปรับระดับได้(แบบ 3 ไกร์),ปรับปรุงห้องน้ำเป็นโถชักโครกหมด,จัดสรรเพิ่มอุปกรณ์การแพทย์ เช่น เครื่อง BP monitor,infusion pump,defibrillator,เพิ่มพัดลมติดฝาผนังในตึกผู้ป่วยในทั้งฝั่งผู้ป่วยชาย-หญิง ห้องทันตกรรมได้ปรับปรุงเป็นห้องแยก Isolation Roomและเพิ่มระบายอากาศเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ,เปลี่ยนยูนิตทันตกรรมใหม่ เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการ
- 6.ผู้มารับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลการให้บริการของรพ. ได้แก่ •ข้อมูลการให้บริการของ รพ. ช่องทางการติดต่อกับรพ. และข้อมูลการดูแลสุขภาพที่สำคัญ โดยรพ.มีการจัดทำ website ของรพ. เพื่อให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้สะดวก • ข้อมูลด้านการพัฒนาคุณภาพ ข้อมูลโรคและการดูแลสุขภาพ ผอ.รพ./ตัวแทน จะร่วมประชุมและนำเสนอกับหัวหน้าส่วนราชการต่างๆ กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน ทุกเดือน •ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วย ผู้ป่วยหรือญาติสามารถขอเวชระเบียนของผู้ป่วย โดยปฏิบัติตามแนวทางการขอเวชระเบียนของ รพ. •การขอรับความช่วยเหลือกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน สามารถเรียกใช้บริการแพทย์ฉุกเฉิน โดยโทร 1669
7. ด้านการขอรับการช่วยเหลือในกลุ่มด้อยโอกาสและคนไข้ในพระบรมราชานุเคราะห์ โรงพยาบาล มีกองทุนดูแลผู้ป่วยด้อยโอกาสและในพระบรมราชานุเคราะห์และผ่านไปที่ทางอำเภอ พมจ.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
8. ด้านการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยที่มีภาวะที่ต้องการการดูแลที่โรงพยาบาลมีกองทุนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (COC) ให้การสนับสนุนด้านการดูแลรักษา การใช้อุปกรณ์การแพทย์ หรือการสนับสนุนด้านวิชาการการดูแลผู้ป่วยโดย Care giver