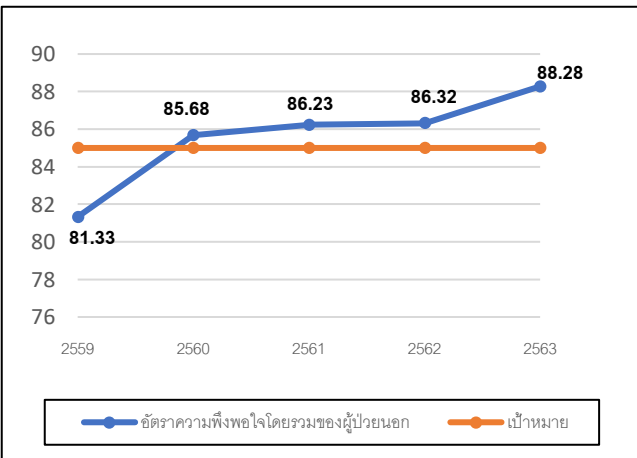


IV-2 ผลด้านการมุ่งเห็นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคคนเป็นศูนย์กลาง)

93 ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
93.1) อัตราความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก	≥ ร้อยละ 85	81.33	85.68	86.23	86.32	88.28



เนื่องจากโรงพยาบาลฟากท่าได้กำหนดเข็มมุ่งสำคัญคือการพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ผู้มารับบริการ จากการทบทวนตัวชี้วัดอัตราความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก ปี 2559-2563 พบว่าในปี 2559 การดำเนินการไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่วางไว้ มีสาเหตุเกิดจากผู้รับบริการไม่พึงพอใจในประเด็น 1) ระยะเวลาในการรอตรวจนาน 2) ผู้รับบริการไม่เข้าใจเรื่องลำดับคิว และ 3) เจ้าหน้าที่มีปัญหาในพฤติกรรมบริการ ซึ่งทางโรงพยาบาลได้ดำเนินการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

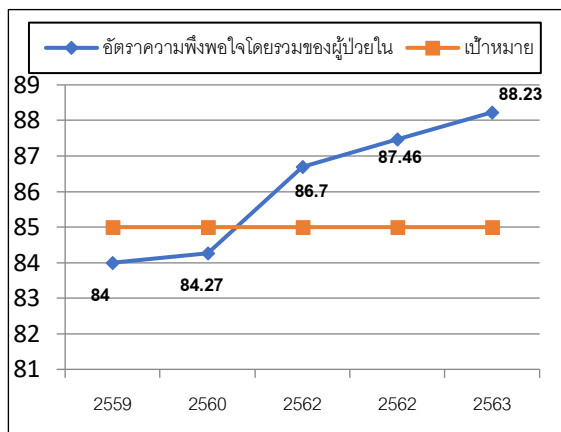
- จัดบริการ “คลินิก 7.30 น.” เจ้าหน้าที่ขึ้นให้บริการเร็วกว่าปกติ
- พัฒนาระบบนัดผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบเองให้มีการกระจายวันตรวจออกไปไม่ให้มากระจุกรวมกันในวันเดียว
- มีการค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังล่วงหน้า และส่ง lab ล่วงหน้าเพื่อความรวดเร็วในการให้บริการ
- มีการจัดระบบคิวรับบริการให้ชัดเจน โดยแยกผู้รับบริการคลินิกพิเศษต่างๆ ออกจากคลินิกทั่วไป
- พัฒนาพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลฟากท่า โดย
  - ทีม CRC จัดอบรมพฤติกรรมบริการแก่ผู้ปฏิบัติงานทุกคน
  - จัดทำมาตรฐานพฤติกรรมบริการบริการ เผยแพร่ และติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานทุกเดือน

ปี 2562-2563

- มีการมอบหมายให้พยาบาลจุดคัดกรองช่วยแนะนำการกดบัตรคิวและตรวจสอบบัตรคิวผู้ป่วยให้ตรงกับคลินิกที่ผู้ป่วยมารับบริการเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย
- ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ทางหน่วยงานโรงพยาบาลฟากท่าได้มีการจัดส่งยาทางไปรษณีย์เพื่อลดความแออัดและลดการแพร่กระจายเชื้อ และมีการปรับระบบการนัดหมาย มีการนัดแบบเหลื่อมเวลา
  - จัดทำทางเชื่อมมีหลังคาระหว่างอาคารผู้ป่วยนอกกับตึกตรวจผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ
  - จัดหารถไฟฟ้าสำหรับรับ-ส่งผู้ป่วย/ผู้รับบริการจากทางเข้าโรงพยาบาลจนถึงโรงพยาบาล

**ส่งผลให้** ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก ในปี 2562 - 2563 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 86.32 และ 88.23 ตามลำดับ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
93.2) อัตราความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยใน	≥ ร้อยละ 85	84.00	84.27	86.70	87.46	88.23

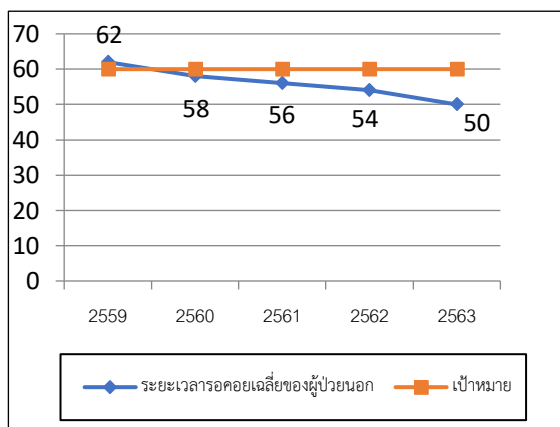


จากการที่โรงพยาบาลฟากท่าได้กำหนดเข็มมุ่งสำคัญคือการพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ผู้มารับบริการ ซึ่งในการทบทวนตัวชี้วัดอัตราความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยในพบว่าในปี 2559-2560 เป็นร้อยละ 84.00 และ 84.27 ตามลำดับ ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย สาเหตุมาจากผู้รับบริการไม่พึงพอใจในประเด็นสำคัญคือ 1) เจ้าหน้าที่มีปัญหาในพฤติกรรมบริการ 2) แพทย์มาขึ้นตรวจเยี่ยมผู้ป่วยช้า 3) ห้องพิเศษมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกไม่เพียงพอ ซึ่งทางโรงพยาบาลได้ดำเนินการปรับปรุงดังต่อไปนี้

- ปรับปรุงพฤติกรรมบริการในปี 2560 มีการปรับปรุงโดย
  - ทีม CRC จัดอบรมพฤติกรรมบริการแก่ผู้ปฏิบัติงานทุกคน
  - จัดทำมาตรฐานพฤติกรรมบริการ เผยแพร่ และติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานทุกเดือน
- องค์กรแพทย์กำหนดมาตรฐานเวลาในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในไม่เกิน เวลา 9.30 น. ของทุกวัน
- ปี 2560 มีการปรับปรุงภูมิทัศน์ในตึกผู้ป่วยในให้มีส่วนนั่งพักผ่อน นั่งรับประทานอาหารร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ
- ปี 2561-2563 มีการปรับปรุงห้องพิเศษ และเตียงผู้ป่วยใหม่

ส่งผลให้ ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยใน ในปี 2562 - 2563 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 87.46 และ 88.23 ตามลำดับ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
93.3) ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก	≤60 นาที	62	58	56	54	50



เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่รวดเร็ว โรงพยาบาลฟากท่าได้มีการพัฒนาคุณภาพในระบบต่างๆอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแสดงผลการพัฒนาผ่านตัวชี้วัด “ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก”

โดยจากการทบทวนตัวชี้วัดระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกระหว่างปี 2559-2563 พบว่า มีระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลดลง โดยโรงพยาบาลฟากท่ามีการปรับปรุงระบบบริการอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

- มีการกระจายผู้ป่วย DM, HT ไปรับบริการที่ รพ.สต.

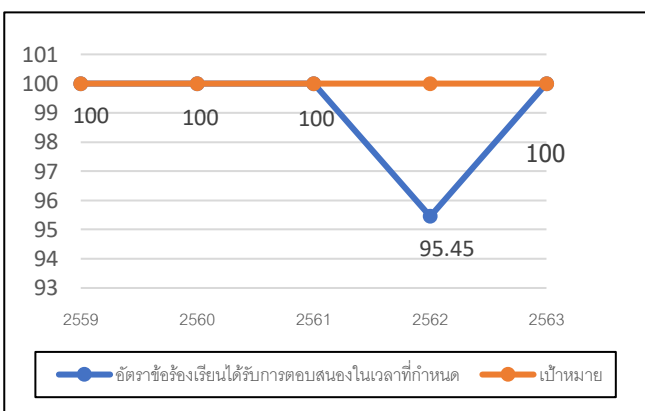
- จัดบริการ “คลินิก 7.30 น.” เจ้าหน้าที่ขึ้นให้บริการเร็วกว่าปกติ
- มีการจัดหาแพทย์ประจำมาเพิ่มอีก 1 คน และจัดหาแพทย์มาหมุนเวียนเพิ่มอีก 1 คน กรณีที่เหลือแพทย์ประจำเพียง 1 คน จะมีพยาบาลเวชปฏิบัติหมุนเวียนมาช่วยตรวจ
- มีการค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังล่วงหน้า และส่ง lab ล่วงหน้าเพื่อความรวดเร็วในการให้บริการแก่ผู้ป่วย

ปี 2563 พบว่า มีระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลดลงอย่างต่อเนื่องเช่นกัน เนื่องจากมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ซึ่งทางหน่วยงานโรงพยาบาลฟากท่าได้มีมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ดังนี้

- คลินิกโรคเรื้อรังทุกคลินิก ได้มีการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ให้แก่ผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้หรือระดับน้ำตาลไม่ได้น้ำตาลรับประทานด้วยตนเองที่ รพ. เป็นการลดความแออัดและลดการแพร่กระจายเชื้อ
- พัฒนาระบบนัดหมาย แบบนัดหลัอมเวลา โดยนัดให้ผู้ป่วยมา 10 คน/ 1 ชั่วโมง
- พัฒนาระบบนัดผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบเองให้มีการกระจายวันตรวจออกไป ไม่กระจุกรวมกัน

ส่งผลให้ ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกในปี 2562 - 2563 ลดลงเป็น 54 นาที และ 50 นาที ตามลำดับ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
93.4) อัตราข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองในเวลาที่กำหนด	ร้อยละ 100	100	100	100	95.45	100



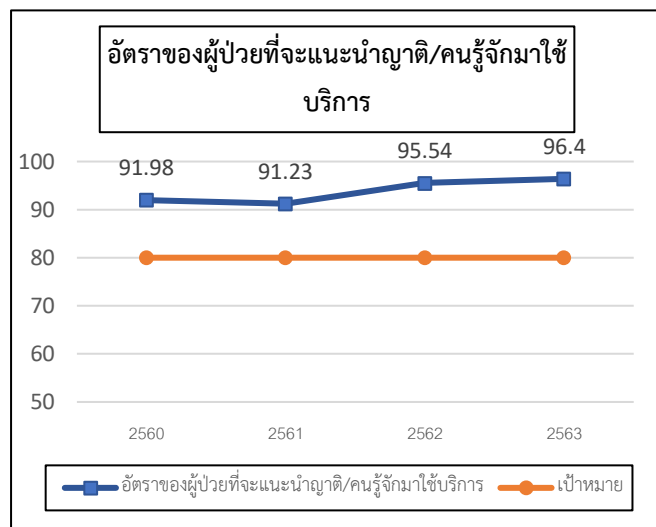
จากการทบทวนตัวชี้วัดพบว่าในปี 2559-2561 การตอบสนองต่อข้อร้องเรียนทันตามเวลาที่กำหนดเป็นร้อยละ 100 ตามเป้าหมาย แต่ในปี 2562 พบว่ามีการตอบสนองต่อข้อร้องเรียนทันตามกำหนดเวลาได้เพียงร้อยละ 95.45 (ไม่ทันเวลาจำนวน 1 ครั้ง) ซึ่งมีสาเหตุจากเป็นข้อร้องเรียนที่เสี่ยงต่อการฟ้องร้อง ต้องมีการดำเนินการไกล่เกลี่ย ดังนั้นเพื่อให้การตอบสนองต่อข้อเสนอแนะหรือข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลฟากท่าสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว คณะกรรมการทิม CRC ได้ปรับปรุงระบบ

ใหม่คือ

- ทบทวนแนวทางการตอบสนองข้อร้องเรียนที่เสี่ยงต่อการฟ้องร้อง
- ทบทวนแนวทางการไกล่เกลี่ย

ส่งผลให้ ในปี 2563 อัตราข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองในเวลาที่กำหนดเป็นร้อยละ 100 ตามเป้าหมาย

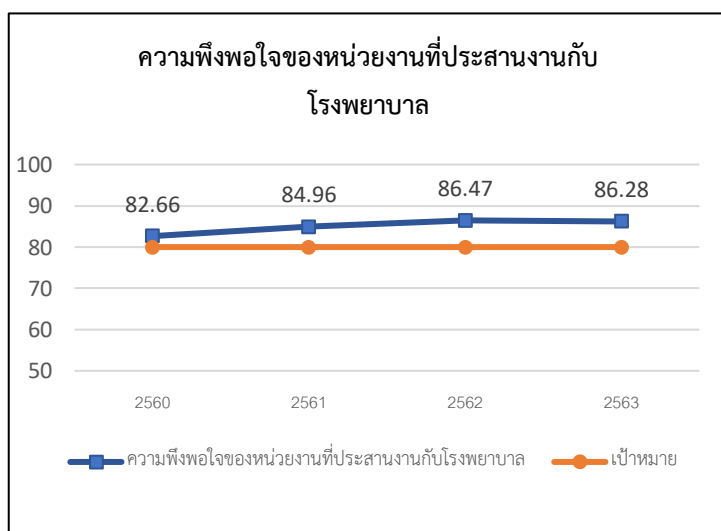
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
93.5) อัตราของผู้ป่วยที่จะแนะนำญาติ/คนรู้จักมาใช้บริการ	$\geq 80\%$	N/A	91.98	91.23	95.54	96.40



จากการทบทวนตัวชี้วัด พบว่าในปี 2560-2561 อัตราของผู้ป่วยที่จะแนะนำญาติ/คนรู้จักมาใช้บริการของโรงพยาบาลอยู่ในเป้าหมายที่กำหนด คือ  $\geq 80\%$  และมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยหรือญาติบางราย พบปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการ 1) ระยะเวลาในการรอตรวจนาน และ 2) พฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นจากปัญหาที่พบทางทีม CRC จึงมีดำเนินการเพื่อพัฒนาการให้บริการ ดังนี้ 1) เมื่อพบปัญหาด้านบริการ ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่/ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น และรวบรวมปัญหาให้ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

เพื่อนำไปพัฒนา 2) มี CRC round เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อค้นหาปัญหาเชิงรุก 3) สรุปและสะท้อนปัญหาในวาระการประชุม HA ของโรงพยาบาล 4) มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยที่เหมาะสม **ส่งผลให้** ในปี 256-2563 อัตราของผู้ป่วยที่จะแนะนำญาติ/คนรู้จักมาใช้บริการของโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นเป็น 95.54 และ 96.40 ตามลำดับ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
93.6) ความพึงพอใจของหน่วยงานที่ประสานงานกับโรงพยาบาล	$\geq 80\%$	82.66	84.96	86.47	85.92	86.28



จากการทบทวนตัวชี้วัด พบว่าในปี 2560-2563 ความพึงพอใจของหน่วยงานที่ประสานงานกับโรงพยาบาลอยู่ในเป้าหมายที่กำหนด คือ  $\geq 80\%$  และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งทางทีม CRC มีการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก รพ. ดังนี้ 1) ให้ความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอและมีการบูรณาการการทำงานร่วมกัน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งระหว่างรพ.และหน่วยงานภายนอก เช่น สนับสนุนการเข้าร่วมการแข่งขันกีฬาในระดับอำเภอ, เจ้าหน้าที่เป็นวิทยากรเกี่ยวกับความรู้ทางการแพทย์ อาทิเช่น การสอน CPR ให้กับหน่วยงานรัฐอื่น ๆ ใน

อำเภอ, สนับสนุนเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ 2) นำข้อแนะนำของแต่ละหน่วยงานมาสะท้อนปัญหา และปรับปรุงตามบริบทของโรงพยาบาล 3) มีการสำรวจความพึงพอใจของหน่วยงานภายนอก รพ. ปีละ 1 ครั้ง

