

## กระบวนการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล

### The process of referral system between hospitals.

ปรานอม สงวนพันธุ์

Pranom Sahunphun

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, หัวหน้าหน่วยรับ - ส่งต่อผู้ป่วยและรถพยาบาล, โรงพยาบาลศิริราช

Register Nurse Professional Level, Head of the referral unit for patients and ambulance, Siriraj Hospital

ผู้นิพนธ์ (Corresponding Author); Email: p.sahunphun@gmail.com

(Received: March 28, 2019, Revised: April 8, 2019, Accepted April 10, 2019)

#### บทคัดย่อ

กระบวนการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลของศูนย์รับ - ส่งต่อโรงพยาบาลศิริราช เป็นกระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งเพื่อมารับการตรวจรักษา (Refer In) ต่อที่โรงพยาบาลศิริราช และส่งกลับบ้าน (Refer Out) โดยโรงพยาบาลเป็นผู้นำส่งอย่างเป็นระบบ เรียกว่าระบบส่งต่อ (Referral System) หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเพื่อขอรับบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขระหว่างสถานบริการสาธารณสุขตั้งแต่ก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อและการส่งกลับระบบส่งต่อสามารถช่วยให้สถานบริการ ที่มีขีดจำกัดด้านศักยภาพที่ขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลศิริราช ที่มีอุปกรณ์ที่พร้อมกว่าหรือมีบุคลากรเฉพาะ ที่สามารถให้ความช่วยเหลือแนะนำไปจนถึงช่วยรับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ เหมาะกับโรคของผู้ป่วยในราคาที่เหมาะสม และสะดวกในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ประชาชนพึงได้รับตามสิทธิต่างๆ สามารถตอบสนองนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) โดยมีการวัดผลกระบวนการ 4 ระดับ ได้แก่ 1. กระบวนการรับแจ้งและประสานงาน ความสำเร็จของการจัดตั้งศูนย์ประสานการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยหรือมีหน่วยงานที่รับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง =100%, 2. กระบวนการตรวจสอบข้อมูล ความถูกต้อง/ครบถ้วนของเอกสารที่ใช้ในการ Refer ผู้ป่วย =100%, 3. กระบวนการประเมินผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (ระดับ E - I) จากการไม่ปฏิบัติตาม CPG ในการประเมินผู้ป่วยก่อน Refer =0, 4. กระบวนการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละความสำเร็จในการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย =100 และร้อยละของการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ (ระดับ E - I) ขณะนำส่งผู้ป่วย =0 ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรในการดำเนินงาน =80

**คำสำคัญ:** การรับผู้ป่วย, การส่งต่อผู้ป่วย, ระหว่างโรงพยาบาล

### Abstract

Referral process between hospital of referral center of Siriraj Hospital is a process of refer - in for treatment in Siriraj Hospital and refer out after treatment by referral system of referral center of Siriraj Hospital. The referral system is refer - in the patient to treatment by the doctor in Siriraj Hospital or between hospital to consist of before forwarding, while forwarding, and return. The referral system helps hospitals with potential limits requesting cooperating from Siriraj Hospital with more equipment or have specialized personnel that can provide assistance, advice, and help to receive continuous patient care. In order for patients to receive quality medical services suitable for patients' diseases at a reasonable price and convenient to access medical services, privilege, and respond to the policy: Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP. Measure system performance by 4 level: 1. The process of notification and coordination 24 hour =100%, 2. Data verification process Accuracy/completeness of documents used to refer patients =100%, 3. The process of evaluating patients with adverse events (level E - I) from non-compliance with CPG in patient assessment before refer =0, 4. The process of referral system was success in referral =100% and the adverse events (level E - I) while delivering patients = 0%, satisfaction of personnel in operation =80%

**Keywords:** Refer In, Refer Out, Between Hospital

## บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นจากโรคร้ายไข้เจ็บและอุบัติเหตุที่คาดการณ์ไม่ถึง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ในเกือบทุกประเทศทั่วโลก อีกทั้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินยังส่งผลกระทบต่อประชาชนในมิติทางด้านประชากร ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐาน อายุและขนาดประชากร มิติทางเศรษฐกิจสังคม และมิติด้านสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตของประชากรลดลง สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจพบจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินสูงถึง 4 ล้านคนต่อปี ซึ่งในจำนวนนี้มีประมาณ 6,000 คน ที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital Emergency Medical Service: Pre Hos EMS) ซึ่งถือเป็นช่วงเวลาก่อนนำส่งโรงพยาบาลเป็นช่วงเวลาทอง (Golden Hour) ของการรักษาพยาบาล<sup>(1)(2)</sup>

กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้งานการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบาย 1 ใน 4 ประการเพื่อผลักดันให้เกิดการดำเนินงานทั่วทั้งประเทศอย่างจริงจัง โดยเริ่มตั้งแต่กลางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 - 2539) จนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2544 - 2549) หน่วยงานต่างๆ ก็ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญ จึงมีประกาศของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2545 เรื่อง มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยอาศัยตามความแห่งพระราชบัญญัติมาตรา 6 และมาตรา 15 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 เกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลซึ่งมาตรา 29 ประกอบกับมาตรา 50 โดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาลให้กระทำได้ ดังนี้ ข้อ 7 ในการรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินได้แก่ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสัญญาณชีพอันตรายช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีอาการเข้าสู่ภาวะวิกฤต ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้รับอนุญาต และผู้ประกอบการสถานพยาบาลต้องจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพมาดูแลผู้ป่วยโดยทันที และต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยเร็วจะปฏิเสธการรับผู้ป่วยมิได้ ข้อ 8 ผู้ป่วยหรือญาติมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลนำส่ง รวมทั้งวิธีการนำส่ง เว้นแต่เป็นการ

เกินขีดความสามารถของสถานพยาบาลที่นำส่ง หรือการนำส่งของสถานพยาบาลนั้นอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยให้สถานพยาบาลผู้ส่งสามารถเลือกสถานพยาบาลที่อื่นรวมทั้งวิธีการนำส่งที่เหมาะสมได้<sup>(3)</sup>

ในปี พ.ศ.2551 จึงได้มีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นมา เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ให้เป็นหน่วยงานรับผิดชอบการบริหารระดับประเทศ โดยทำการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน แต่เนื่องจากหน่วยงานต่างๆ มองว่างานการแพทย์ฉุกเฉินเป็นงานที่ใหม่ไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน จึงยังประสบปัญหาในการบริหารจัดการ ซึ่งทำให้การพัฒนาในแต่ละจังหวัดไม่ไปในทิศทางเดียวกัน และอาจมาจากหลากหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำให้เกิดความสับสนในการดำเนินงาน เห็นได้จากผลการดำเนินงานของ 7 จังหวัดนำร่อง ซึ่ง 6 ใน 7 จังหวัด นำร่อง เริ่มการพัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างเป็นทางการในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน แต่ผลการดำเนินงานแตกต่างกันมาก ดังสถิติต่อไปนี้ จังหวัด: ประชากร(คน): ผลการดำเนินงาน ได้แก่ ขอนแก่น; นครราชสีมา; เพชรบุรี; ลำปาง; สงขลา และนครสวรรค์ : 1,744,646; 2,543,053; 452,506; 777,826; 1,291,965 และ 1,077,632 : 61.01; 30.80; 20.74; 20.41; 13.74 และ 13.64 ตามลำดับ<sup>(2)</sup>

ปี 2555 รัฐบาลจึงประกาศนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน ได้แก่ โดยมอบหมายให้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ 3 กองทุน ดังนี้ 1. เป็น National Clearing House ตั้งแต่เดือนเมษายน 2555 สำรองจ่ายเงิน และเรียกเก็บเงินจากกองทุนที่เกี่ยวข้อง 2. กำหนดหลักเกณฑ์การใช้สิทธิและการรับค่าใช้จ่ายของสถานบริการ โดยสถานบริการจะได้ รับค่าใช้จ่ายในการให้บริการตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs) 3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการคุ้มครองสิทธิให้กับประชาชน โดยมอบหมายให้สำนักงานบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ เป็นหน่วยรับเรื่องร้อง

ทุกซ์และแก้ไขปัญหาการใช้สิทธิกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน<sup>(3)</sup>

จากนโยบาย 3 กองทุนจึงทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีความเท่าเทียม เสมอภาค สิ่งที่สถานพยาบาลจะต้องจัดหน่วยบริการเพื่อตอบสนององกระบวนการรักษาพยาบาล คือ การจัดให้มีรถรับ - ส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลเพื่อรับหรือส่งไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือรับและนำไปส่งกลับบ้านเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้วโดย ไปส่งกลับบ้าน หรือ ส่งกลับไปรักษาต่อในโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือต้นสังกัดที่ส่งมารักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เป็นต้น สถานพยาบาลต่างๆ จึงต้องมีศูนย์บริการรับ - ส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล ซึ่งมีขั้นตอนการทำงานร่วมกัน ได้แก่ การรับเรื่องร้องทุกข์ - ตรวจสอบข้อเท็จจริง/ไกล่เกลี่ยเบื้องต้น/รวบรวมเวชระเบียน - คณะทำงานวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน - คณะกรรมการพิจารณาการใช้สิทธิเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน - แจ้งผู้ร้อง/รพ./ผู้เกี่ยวข้อง - ยุติการบันทึกข้อมูล

หมายเหตุ \*คณะทำงานวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จากโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์

\*\*คณะกรรมการพิจารณาการใช้สิทธิเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน ประกอบด้วย ผู้แทนจากทุกกองทุนที่ร่วมทำบันทึกความร่วมมือฯ ได้แก่ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้แทนสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน นายกสมาคม รพ.เอกชน และสำนักที่เกี่ยวข้องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน

ด้านนโยบาย ได้แก่ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่ไม่ชัดเจน ในเรื่องอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบาย, ไม่มีกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่ชัดเจน ที่เป็นมาตรการกำกับ รพ.เอกชนให้ปฏิบัติตามนโยบาย

ด้านสถานบริการ ได้แก่ สถานพยาบาลเอกชนไม่ปฏิบัติตามนโยบาย, ไม่บันทึกข้อมูล เพื่อเบิกเงินกับ สปสช. และเรียกเก็บค่ารักษาจากผู้ป่วยและญาติ, บันทึกข้อมูลเพื่อเบิกเงินกับ สปสช. แต่ยังไม่เรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยและญาติ โดยเก็บเงินส่วนต่าง หรือให้สำรองจ่ายไว้ก่อน, สถานพยาบาลเอกชนฟ้องร้องผู้ป่วยและญาติ และให้เซ็นรับสภาพหนี้

ด้านผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วย/ญาติไม่พอใจที่ สปสช. ไม่สามารถปฏิบัติตามนโยบายของรัฐบาลได้, ร้องเรียน จนท.ผู้ปฏิบัติงาน, ยื่นร้องเรียนต่อศาล

ด้านผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ความไม่ชัดเจนของนโยบายฯ ทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย

ในวันที่ 28 มีนาคม 2560 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) โดยคณะรัฐมนตรีมีมติ

1. เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ หรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อนตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ และให้กระทรวงสาธารณสุขรับความเห็นของกระทรวงกลาโหม สำนักงานประมาณ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวมทั้งความเห็นของกระทรวงการคลัง ในประเด็นการสร้างความเข้าใจให้แก่ประชาชนไปพิจารณาดำเนินการต่อไป

2. เห็นชอบให้สถานพยาบาลภาครัฐทุกแห่งปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ฯ และให้สถานพยาบาลภาครัฐรับย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตหลังเวลา 72 ชั่วโมง ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ

3. ให้กระทรวงการคลัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม หน่วยงานของรัฐ และกองทุนต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้านการแพทย์ หรือสาธารณสุขดำเนินการตาม

หลักเกณฑ์ฯ และจ่ายค่าใช้จ่ายในอัตราตามบัญชี และอัตราค่าใช้จ่ายแบบท้ายหลักเกณฑ์ฯ โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับกระทรวงการคลัง กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการเพื่อให้มีการปรับปรุงแก้ไขกฎระเบียบของหน่วยงานหรือกองทุนต่างๆ โดยเฉพาะรัฐวิสาหกิจและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้รองรับการจ่ายเงินคืนแก่สถานพยาบาลตามหลักเกณฑ์ฯ ได้โดยเร็วต่อไป ตามความเห็นของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เปรียบเทียบ พ.ร.บ.สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2559

หมวด 3 การปฏิบัติการฉุกเฉิน มาตรา 28 เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินให้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามหลักการดังต่อไปนี้

- 1) ตรวจสอบคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน จะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิต หรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น
- 3) การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็น และข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้นำสิทธิการประกันการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือเงื่อนไขใดๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันที่ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามอัตราค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาล หรือตามข้อตกลงระหว่างสถานพยาบาลกับกองทุนของผู้มีสิทธิ<sup>(3)</sup>

### วิธีการสืบค้นข้อมูล

กระบวนการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่มีหน่วยงานเกี่ยวข้องหลายหน่วยงาน โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร ใช้คู่มือการปฏิบัติงานการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย เป็นคู่มือสำหรับ

ผู้ปฏิบัติงานในการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพื่อให้การรับ - ส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้ระบบการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยมีความ รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อในที่สุด และใช้สำหรับเป็นเครื่องมือในการถ่ายทอด ฝึกอบรมทั้งภายใน หน่วยงานและนอกหน่วยงาน<sup>(4)</sup>

จากการศึกษาการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยเร่งด่วน และผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในเขตเมือง<sup>(5)</sup> จากกลุ่มตัวอย่าง 210 คน ที่มารับบริการแผนกฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ใกล้โรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยที่บ้านไกลโรงพยาบาลมาโรงพยาบาลโดยยานพาหนะของตนเอง ร้อยละ 91 ผู้ป่วยไม่ทราบหมายเลขแจ้งเหตุฉุกเฉิน

### กระบวนการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล

การรับ - ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล (Refer) หมายถึง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งเพื่อไปรับการตรวจรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่นโดยโรงพยาบาลเป็นผู้นำส่ง โดยมีองค์ประกอบหลายด้านที่ทำให้เกิดการดำเนินงานที่ประสานกันเป็นทีม จึงต้องมีข้อกำหนดในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ เรียกว่าระบบส่งต่อ (Referral System) หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเพื่อขอรับบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขระหว่างสถานบริการสาธารณสุขตั้งแต่ก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อ และรับการส่งต่อ ระบบส่งต่อสามารถช่วยให้สถานบริการที่มีขีดจำกัดด้านศักยภาพขอความร่วมมือจากสถานบริการที่มีอุปกรณ์ที่พร้อมกว่า หรือมีบุคลากรเฉพาะที่สามารถให้ความช่วยเหลือแนะนำไปจนถึงช่วยรับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ เหมาะกับโรคของผู้ป่วยในราคาที่เหมาะสม และสะดวกในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

### กระบวนการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วยกระบวนการหลัก ดังต่อไปนี้

กระบวนการรับส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลอื่น (Refer In) และกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น (Refer Out): ประกอบด้วยกระบวนการย่อยดังต่อไปนี้

1. กระบวนการรับแจ้งและประสานงาน
2. กระบวนการตรวจสอบข้อมูล
3. กระบวนการประเมินผู้ป่วย
4. กระบวนการรับผู้ป่วย

### เครื่องมือที่เป็นองค์ประกอบในกระบวนการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล ดังนี้

1. บุคลากรด้านสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรด้านการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
2. Refer In หมายถึง การรับย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลอื่น เพื่อมารับการตรวจหรือรักษาต่อ มีคุณลักษณะดังนี้

ด้านผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการ คือ ผู้ป่วย และญาติซึ่งมีความต้องการให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายขณะนำส่งไปยังโรงพยาบาลที่จะไปรักษาที่มีศักยภาพเพียงพอในการดูแลรักษา

ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยซึ่งต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการ และได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นเพื่อความปลอดภัยขณะนำส่ง โดยได้รับข้อมูลและเอกสารของผู้ป่วยครบถ้วน

ด้านข้อกำหนดที่สำคัญ คือ ความปลอดภัยขณะนำส่ง และโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยต้องมีศักยภาพเพียงพอในการดูแลรักษาต่อเนื่อง ดังตารางที่ 1

3. Refer Out หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจหรือรักษาต่อยังสถานพยาบาลอื่น มีคุณลักษณะดังนี้

ด้านผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการ คือ ผู้ป่วย และญาติซึ่งมีความต้องการให้ผู้ป่วยไม่เกิดอันตราย ขณะนำส่งไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเพียงพอในการดูแลรักษา

ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยซึ่งมีความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการ และได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นเพื่อความปลอดภัย

นำส่งโดยได้รับข้อมูล และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างครบถ้วน

ด้านข้อกำหนด คือ ผู้ป่วยจะต้องได้รับความปลอดภัยขณะนำส่งไปยังโรงพยาบาล ที่มีศักยภาพเพียงพอในการดูแลรักษาต่อเนื่อง มีข้อกำหนดดังตารางที่ 1

4. การเขียนใบ Refer หมายถึง การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยลงในแบบสำหรับรับ - ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ

5. รถพยาบาล หมายถึง ยานพาหนะของโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลว่าจ้าง หรือจัดหาเพื่อใช้ในการนำส่งผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นทางบก ทางอากาศ หรือทางน้ำ โดยต้องมีลักษณะดังนี้

5.1 มีเปลนั่ง และนอนสำหรับใช้เคลื่อนย้ายผู้ป่วย

5.2 มีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพที่จำเป็น เช่น ชุดใส่ท่อช่วยหายใจ ชุดให้สารละลายทางโลหิต ชุดช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ ชุดให้ออกซิเจนเครื่องวัดความดันโลหิต และหุฟฟเวกซ์และเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นอื่นๆ ตามอาการของโรค หรือตามดุลยพินิจของแพทย์ เป็นต้น

5.3 มีอุปกรณ์การสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลระหว่างเดินทาง

5.4 มีขนาดพื้นที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วย และบุคลากรที่จะทำหัตถการ หรือการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างเหมาะสมและสะดวก

5.5 ยานพาหนะต้องมีลักษณะ และได้รับอนุญาตตามประกาศและข้อกำหนดของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

5.6 ยานพาหนะต้องมีความมั่นคงแข็งแรง และมีความสะดวกสบายต่อผู้ป่วยในการเดินทาง ไม่ทำให้โรคหรืออาการรุนแรงมากขึ้น

5.7 ยานพาหนะได้รับการบำรุงรักษาเหมาะสมกับการใช้งานได้อย่างปลอดภัยและมีการควบคุมการติดเชื้อ

## ตารางที่ 1 แสดงข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

ชื่อกระบวนการ	ข้อกำหนดที่สำคัญ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
1. กระบวนการรับแจ้งและประสานงาน	1. มีแผนการปฏิบัติงานและการมอบหมายงานที่ชัดเจน 2. มีช่องทางในการติดต่อที่สะดวกรวดเร็วทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ 3. มีอุปกรณ์เครื่องมือสื่อสารที่ทันสมัย	- ร้อยละของความสำเร็จของการจัดตั้งศูนย์ประสานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยหรือมีหน่วยงานที่รับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง <u>เป้าหมาย 100</u>
2. กระบวนการตรวจสอบข้อมูล	1. คัดกรองผู้ป่วยจากข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับและเอกสารที่เกี่ยวข้องในการ Refer ครบถ้วน ถูกต้อง 2. มีความพร้อมของบุคลากร/อุปกรณ์ที่จำเป็น/สถานที่เมื่อตอบรับการ Refer ผู้ป่วยแล้ว	- ร้อยละความถูกต้อง/ครบถ้วนของเอกสารที่ใช้ในการ Refer ผู้ป่วย <u>เป้าหมาย 100</u> - ร้อยละของความพร้อมของบุคลากร/อุปกรณ์ที่จำเป็นและสถานที่ เมื่อตอบรับการ Refer ผู้ป่วยแล้ว <u>เป้าหมาย 100</u>
3. กระบวนการประเมินผู้ป่วย	ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการเพื่อวางแผนการดูแลระหว่างการเดินทางย้ายอย่างเหมาะสมกับอาการของโรคและตามมาตรฐาน CPG เฉพาะโรค	- ร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (ระดับ E-I) จากการไม่ปฏิบัติตาม CPG ในการประเมินผู้ป่วยก่อน Refer <u>เป้าหมาย &lt;3</u>
4. กระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย	1. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหมาะสม 2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลเคลื่อนย้ายตามมาตรฐานปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่ง 3. ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ	- ร้อยละความสำเร็จในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย <u>เป้าหมาย &gt;65</u> - ร้อยละของการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ (ระดับ E-I) ขณะนำส่งผู้ป่วย <u>เป้าหมาย &lt;3</u>
ระดับ E	หมายถึง เกิดแล้วเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยชั่วคราวมีการรักษาเพิ่ม	
ระดับ F	หมายถึง เกิดแล้วเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยชั่วคราวยืดระยะเวลาการรักษา	
ระดับ G	หมายถึง เกิดแล้วเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร	
ระดับ H	หมายถึง เกิดแล้วเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถึงแก่ชีวิต	
ระดับ I	หมายถึง เกิดแล้วเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต	

จากการวิจัย เรื่องการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาผู้ป่วยนอก ให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เฉพาะกรณีส่งต่อ อุบัติเหตุ อุกฉินและผู้พิการ ทำการทดสอบรูปแบบตั้งต้นแบบต่างๆ โดยใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายค่ายาปี 2555 ของโรงพยาบาล 9 แห่งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร<sup>(6)</sup>

ผลการศึกษาได้เสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายา ในรูปแบบอัตราส่วนถดถอยแบบขั้นบันไดตามราคายาที่เพิ่มขึ้น โดยกำหนดอัตราแตกต่างกัน 3 รูปแบบ คือ 1) สำหรับการเบิกจ่ายค่ายาโดยทั่วไป การเบิกจ่ายค่ายาสำหรับผลิตภัณฑ์ยามาตรฐาน GMP - PICs และผลิตภัณฑ์ยาที่มีช่วงการรักษาแคบ (Narrow Therapeutic Index) เพื่อให้เป็นกลไกสนับสนุนให้มีการใช้ผลิตภัณฑ์ยาที่มีคุณภาพมาตรฐาน และคงมาตรฐาน

คุณภาพการรักษาพยาบาลในกรณีผลิตภัณฑ์ยา ที่มีช่วงการ รักษาแคบ 2) ความยั่งยืนของระบบโดยกำหนดให้ใช้ราคา กลางของยา ซึ่งประกาศโดยสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข เป็นราคาฐานสำหรับคำนวณราคาเบิกจ่าย เนื่องจากกระบวนการประกาศราคากลางเป็นกลไกที่มีอยู่ แล้ว และมีการปรับปรุงข้อมูลตามราคาขายที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นระยะอีกด้วย 3) การควบคุมต้นทุนค่ารักษาพยาบาลที่ ได้วางไว้ในข้อเสนอนี้ คือการกำหนดราคาเบิกจ่ายที่ราคา เดียวสำหรับยาที่มีชื่อสามัญทางยาชื่อเดียวกัน กำหนด อัตราบวกเพิ่มที่น้อยลงสำหรับบาทท้ายๆ ของค่ายา เป็น เงื่อนไขที่ส่งเสริมให้ผู้ให้บริการเลือกใช้ยาราคาถูกมากกว่า ราคาแพง ร่วมกับกำหนดอัตราบวกเพิ่มในอัตราต่ำกว่า อัตราบวกเพิ่มสำหรับตั้งราคาขายยาที่กำหนดโดย กรมบัญชีกลาง โดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบทางการเงิน ในทางลบต่อโรงพยาบาล การศึกษานี้ได้พัฒนาข้อเสนอ หลักเกณฑ์ และรูปแบบในการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายา ผู้ป่วยนอกในกรณีส่งต่อ อุบัติเหตุ ฉุกเฉินและผู้พิการ โดย ข้อเสนอดังกล่าวได้สอดคล้องกับหลักสำคัญ ให้เป็นรูปแบบ การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่มีความยั่งยืน ส่งเสริม คุณภาพการรักษาพยาบาลด้วยค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผล เป็นทางเลือกเชิงนโยบายหนึ่งที่สามารถนำไปปรับใช้ได้จริง ในระบบประกันสุขภาพ

ในปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยพบกับภัยพิบัติ อุทกภัยและดินถล่ม ซึ่งเป็นภัยพิบัติจากปัญหาอุทกภัยครั้ง รุนแรงที่สุด เป็นประวัติการณ์ตั้งแต่ต้นปีจนปลายปี และมี พื้นที่ประสบภัยกระจายตัวในทุกภาคของประเทศ โดยเฉพาะพื้นที่ภาคเหนือ และภาคกลางที่เกิดน้ำท่วมเป็น ระยะเวลาชานาน และจัดเป็นภัยพิบัติที่สร้างความเสียหาย มากที่สุดเป็นอันดับสี่ของโลก สร้างความเสียหายต่อชีวิต ทรัพย์สิน ระบบเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม คิดเป็น มูลค่ามหาศาล ส่งผลกระทบทั้งทางตรง และทางอ้อม ผลกระทบต่อสุขภาพที่ตามมาจากภัยพิบัติ นอกจากนี้ยัง ส่งผลกระทบต่อจิตใจ และเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด และความหวาดกลัว ความวิตกกังวล และเสี่ยงต่อการฆ่า ตัวตาย ผลกระทบต่อสุขภาพที่ตามมาจากภัยพิบัติ ทำให้

เกิดความต้องการความสามารถในการตอบสนอง และ จัดการสถานการณ์อย่างมีประสิทธิภาพของโรงพยาบาล<sup>(7)</sup>  
**เนื้อหาที่ทบทวน**

โรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลหนึ่งในเขต กรุงเทพมหานครที่ร่วมเครือข่าย นโยบาย 3 กองทุน มีศูนย์ รับ - ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล ชื่อ หน่วยรับ - ส่งต่อ ผู้ป่วยและรถพยาบาล มีหน้าที่หลักและเป้าหมายสำคัญ คือ ให้บริการคัดกรองข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น และส่งต่อข้อมูลภาวะสุขภาพแก่โรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ ประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนในการส่ง ต่อด้วยรถพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมี ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ปลอดภัย รวดเร็ว สร้างความ มั่นใจและพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ หน่วยรับ - ส่งต่อ ผู้ป่วยและรถพยาบาลมีขอบเขตการให้บริการรับย้ายผู้ป่วย ทุกเพศ ทุกวัย ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ บริการติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาทั้ง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล แหล่งประโยชน์อื่นหรือ ญาติในการประสานส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น / การรับเป็น ผู้ป่วยใน / หรือลงทะเบียนนัดหมายเป็นผู้ป่วยนอก / หรือ การตรวจพิเศษต่างๆ บริการตรวจเยี่ยม / ประเมินผู้ป่วยที่ หน่วยแพทย์เวรฉุกเฉินโดยวางแผนร่วมกับแพทย์ในการส่ง ต่อผู้ป่วย ประเมินศักยภาพโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จัดบริการรถพยาบาลโดย บุคลากรการพยาบาลที่มีสมรรถนะในการดูแล และนำส่ง ผู้ป่วยเพื่อนำส่งต่อไปโรงพยาบาล / สถานพยาบาล / หรือ จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ตลอด 24 ชั่วโมง อย่างปลอดภัย เหมาะสม ตลอดจนด้านผู้ให้บริการหน่วยงานจัดให้มี สวัสดิการแก่บุคลากร เพื่อลดความเครียดจากการ ปฏิบัติงาน ซึ่งเกิดจากความเหนื่อยล้าและการสัมผัสใกล้ชิด ผู้ป่วยในห้องโดยสารรถยนต์ โดยจัดให้มีพื้นที่รับประทานอาหาร เทียบต่างจังหวัดปีละ 1 ครั้ง จัดทำบุญที่หน่วยงานปี ละ 1 ครั้ง กิจกรรมสวดมนต์วันศุกร์ที่ 4 ของเดือน การ ตรวจสุขภาพประจำปี การเตรียมเครื่องป้องกัน (PPE) แก่ บุคลากรเพื่อป้องกันสัมผัสผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน ดูแลห้อง โดยสาธารณสุขโดยการพ่นกำจัดเชื้อปีละ 2 ครั้ง ตรวจสอบ



การล้างแอร์ทุก 6 เดือน เน้นกิจกรรม 5 ส. จัดบุคลากรเวร  
ปายให้มี 2 คนเพื่อให้มีพยาบาลปฏิบัติงานที่หน่วย  
ตลอดเวลา

ผลการดำเนินงานตามกลุ่มโรคที่สำคัญ 5 อันดับ  
แรก แบ่งเป็น 3 แบบ ดังนี้

1. การประสานงานรับย้ายผู้ป่วยย้อนหลัง 2 ปี  
2558 ได้แก่ Pneumonia: Congestive Heart Failure:  
Sepsis : Aortic Dissecting: Upper GI Bleeding  
=1.027: 501: 332: 126: 87 คิดเป็นร้อยละ 9.19: 4.48:  
2.97: 1.12: 0.77 ตามลำดับ ปี 2559 ได้แก่ Pneumonia:  
Congestive Heart Failure: Sepsis: NSTEMI: Stroke  
=1.078: 510: 341: 274: 212 คิดเป็นร้อยละ 9.09: 4.30:  
2.87: 2.31: 1.78 ตามลำดับ

2. การประสานงานส่งต่อผู้ป่วยนอกย้อนหลัง 3 ปี  
2558 ได้แก่ Pneumonia: Congestive Heart Failure:  
Sepsis: Acute Appendicitis: Aortic Dissecting = 215:  
118: 106: 97: 89 คิดเป็นร้อยละ 9.17: 5.03: 4.52: 4.13:

3.79 ตามลำดับ ปี 2559 ได้แก่ Pneumonia: FX Femur:  
Sepsis: Acute Appendicitis: UTI = 235: 129: 125:  
112: 82 คิดเป็นร้อยละ 10.45: 5.74: 5.56: 4.98: 3.64  
ตามลำดับ

3. การประสานงานส่งต่อผู้ป่วยในย้อนหลัง 3 ปี  
2558 ได้แก่ Pneumonia: Congestive Heart Failure:  
Sepsis : CA Lung: Upper GI Bleeding = 44: 30: 27:  
16: 8 คิดเป็นร้อยละ 4.36: 2.97: 2.67: 1.58: 0.79  
ตามลำดับ ปี 2559 ได้แก่ Preterm: Pneumonia: AAA:  
FX Femur: Stroke = 80: 48: 31: 25: 19 คิดเป็นร้อยละ  
7.73: 4.64: 2.99: 2.41: 1.83 ตามลำดับ

### ด้านผู้รับผลงาน

ผู้ป่วยได้รับการประเมินปรึกษาแพทย์สาขาต่างๆ  
จะได้รับการดูแลติดตาม เพื่อเตรียมตอบกลับโรงพยาบาลที่  
ประสานขอย้ายผู้ป่วยที่ผ่านการวางแผนจำหน่ายของหอ  
ผู้ป่วย จะประสานข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น  
โรงพยาบาลต้นสังกัด เพื่อได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

## กระบวนการหลักที่สำคัญ (Key Processes) ของหน่วยงานที่ส่งผลลัพธ์ที่ดี และเกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการ

ข้อกำหนด/สิ่งที่ คาดหวัง(Process Requirement) ในการออกแบบ กระบวนการ	กระบวนการสำคัญ (Key Process)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัด	
			ตัววัดควบคุม กระบวนการ (Process Indicator)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Key Performance Indicator)
1. การ Refer ออก ของหน่วยตรวจและ หอผู้ป่วยใน	1. การเข้าถึงบริการ <u>กระบวนการ</u> -แพทย์/พยาบาล/ผู้ป่วย/ญาติได้รับ ข้อมูลการติดต่อและผลของการ ติดต่อโรงพยาบาลอื่นตามเวลาที่ ต้องการ -ได้โรงพยาบาล/แหล่งประโยชน์ที่ เหมาะสม -ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพความ เจ็บป่วยและการรักษาดูแลอย่าง ต่อเนื่องระหว่างรอย้ายโรงพยาบาล	-แพทย์/ผู้ป่วย/ญาติ เปลี่ยนการตัดสินใจหลัง การติดต่อโรงพยาบาล ดำเนินการสำเร็จ -การปฏิเสธการรับย้าย ของโรงพยาบาลที่ติดต่อ -ผู้ป่วยมีอาการ เปลี่ยนแปลงไม่สามารถ จำหน่ายได้ -ญาติไม่ยินยอมให้ส่ง	-การยกเลิกภายหลัง การติดต่อสำเร็จ (0ครั้ง)	-ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ ภายในเวร =95%

ข้อกำหนด/สิ่งที่คาดหวัง(Process Requirement) ในการออกแบบกระบวนการ	กระบวนการสำคัญ (Key Process)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัด	
			ตัววัดควบคุมกระบวนการ (Process Indicator)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Key Performance Indicator)
2. การรับ Refer จากโรงพยาบาล/สถานพยาบาลอื่น -การส่งต่อผู้ป่วย	2. การประเมินภาวะสุขภาพ <u>กระบวนการ</u> -ได้ข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น เพื่อเสนอแพทย์ผู้เกี่ยวข้องได้ถูกต้อง -การประสานส่งต่ออาการผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้าย -การให้ข้อมูลแก่ญาติ/โรงพยาบาลที่ติดต่อเข้ามา	-ไม่ส่งเวรก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	-อัตราการส่งผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการประสานงานมาโดยตรง รอรับทุกราย (100%)	-อุบัติการณ์ส่งผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการประสานงานมาโดยไม่มีเตียงรองรับ =0 ครั้ง -อุบัติการณ์การไม่ได้ส่งเวร =0 ครั้ง
3. ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังขณะเคลื่อนย้าย -ประสิทธิภาพของรถพยาบาลและอุปกรณ์	3. การดูแลผู้ป่วยสังเกตอาการต่อเนื่อง <u>กระบวนการ</u> -บุคลากรมีคุณสมบัติเหมาะสมในการติดตามเฝ้าระวังอาการทางกายภาพและทางการแพทย์ -มีการบันทึกปัญหาการเปลี่ยนแปลงขณะเคลื่อนย้าย	การประเมินสภาวะผู้ป่วยผิดพลาด ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะเคลื่อนย้าย -การแก้ไขเหตุการณ์/เมื่อเกิดปัญหา	-การแก้ไขเหตุการณ์/ปฏิบัติไม่ถูกต้อง (100%) -ความสามารถในการแก้ปัญหา	อุบัติการณ์เสียชีวิตระหว่างการเคลื่อนย้าย =0 ครั้ง -อุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม =0 ครั้ง
4. ผู้ป่วย/ญาติได้รับข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง -หอผู้ป่วย/โรงพยาบาลที่รับย้ายผู้ป่วยได้รับข้อมูลการดูแลรักษาพยาบาลของผู้ป่วยอย่างถูกต้องครบถ้วน	4. การดูแลต่อเนื่อง <u>กระบวนการ</u> -สื่อสารและประสานข้อมูลทางแพทย์เพื่อเชื่อมโยงกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	-การส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน	-ดัชนีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล =80% -อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการบริการพยาบาล =0 ครั้ง	

ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดที่สำคัญ (Key Performance Indicator) แสดงผลลัพธ์ของตัวชี้วัดสำคัญทั้งที่ใช้คุมกระบวนการหลักของหน่วยงาน(Process Indicator: PI) และสะท้อนถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการของหน่วยงาน (Specific Outcome Indicator)

มิติคุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการตาม		
			ปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
Safety (ความปลอดภัย)	1. อุบัติการณ์ Refer ผู้ป่วยผิดคน ผิดโรงพยาบาล	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
	2. Patient Identification	100%	100%	100%	100%
	3. Fall	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
	4. Harm บุคลากร/อุบัติเหตุการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงานของบุคลากร(ด้านกายภาพ) เช่น เกิดอุบัติเหตุทางจราจร	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
	5. อัตราของผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต (Arrest) ระหว่างการนำผู้ป่วยส่งต่อโรงพยาบาลอื่น	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
	6. อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะนำส่งโรงพยาบาล	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
	7. Customer Satisfaction Index	>80%	94.27	93.64	96.54
Satisfaction/ Dissatisfaction/			%	%	%
Engagement (ความพึงพอใจ/ ไม่พึงพอใจ/ ความผูกพัน)	8. จำนวนข้อร้องเรียน	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
	9. การจัดการตรวจสุขภาพประจำปี	100%	100%	100%	100%
	10. อัตราความผูกพัน	70%	73%	75%	80%
	11. อัตราการลาออก	>4%	0%	4%	4%

## บทวิจารณ์

การรับ - ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลของศูนย์รับ-ส่งต่อของโรงพยาบาลศิริราช โดยได้รับมอบหมายให้ เป็นสำนักงานบริการประชาชน และคุ้มครองสิทธิเป็น หน่วยรับเรื่องร้องทุกข์และแก้ไขปัญหาการใช้สิทธิกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน<sup>(3)</sup> โดยมีการดำเนินงานภายใต้ กฎหมายสถานพยาบาล มีศูนย์กลางการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างโรงพยาบาล ทำหน้าที่เตรียมความพร้อมในการ รับย้าย และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรักษาต่อในโรงพยาบาล ที่มีศักยภาพสูงกว่า ตลอดจนการรับผู้ป่วยไปส่งกลับ โรงพยาบาลในภูมิภาคตามสิทธิการรักษา โดยมีเครื่องมือ ในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ผลการดำเนินงานตาม ตัวชี้วัดบรรลุผลตามเกณฑ์ชี้วัด ที่สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติได้กำหนดไว้ เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลในเขต กรุงเทพมหานคร ที่ร่วมเครือข่ายกับหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติได้รับการสนับสนุนในการ 1. สำรองจ่ายเงิน National Clearing House ตั้งแต่เดือนเมษายน 2555 และเรียกเก็บเงินจากกองทุนที่เกี่ยวข้อง มาเป็นค่าใช้จ่ายใน

การดำเนินงานให้แก่โรงพยาบาลศิริราช 2. โดยได้รับ ค่าใช้จ่ายในการให้บริการตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs) 3. สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการคุ้มครองสิทธิ ให้กับประชาชน สอดคล้องกับอดีตคดี นิธิเมธาโชค และ คณะ<sup>(5)</sup> ที่เขียนไว้ว่าประเทศไทยจัดให้มีการแพทย์ฉุกเฉิน แบบให้เปล่า ซึ่งได้พบว่าร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน ไม่สามารถเข้าถึงโทรศัพท์ได้ เนื่องจากหมายเลข ฉุกเฉินไม่สามารถติดต่อได้ ไม่สอดคล้องกับการดำเนินงาน ของศูนย์รับ - ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งมีการ ดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน ทำให้ผลลัพธ์การ ดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย แต่อย่างไรก็ตามจากบทสรุปการ วิจัยของอดีตคดี นิธิเมธาโชค และคณะ พบว่าการไม่ทราบ ถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และหมายเลขแจ้งเหตุฉุกเฉิน การไม่มีอาสาสมัครในชุมชน และระดับการศึกษาอาจส่งผล ต่อการเลือกวิธีการเดินทางเข้ารับการรักษา ดังนั้นใน ทำนองเดียวกันการบริการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง

โรงพยาบาลก็มีวิธีดำเนินงานที่คล้ายกัน จึงยังสามารถพัฒนาระบบบริการให้มีความเป็นเลิศได้เช่นกัน

จากนโยบาย 3 กองทุนจึงทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีความเท่าเทียม เสมอภาค สิ่งที่สถานพยาบาลจะต้องจัดหน่วยบริการเพื่อตอบสนององกระบวนการรักษาพยาบาลคือการจัดให้มีรถรับ - ส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลเพื่อรับหรือส่งไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือรับและนำไปส่งกลับบ้านเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้วโดย ไปส่งกลับบ้าน หรือ ส่งกลับไปรักษาต่อในโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือต้นสังกัดที่ส่งมารักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เป็นต้น สถานพยาบาลต่างๆ จึงต้องมีศูนย์บริการรับ - ส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล ซึ่งมีขั้นตอนการทำงานร่วมกัน ได้แก่ การรับเรื่องร้องทุกข์ - ตรวจสอบข้อเท็จจริง / โกล่เกลี่ยเบื้องต้น / รวบรวมเวชระเบียน - คณะทำงานวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน - คณะกรรมการพิจารณาการใช้สิทธิเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน - แจ้งผู้ร้อง / รพ. / ผู้เกี่ยวข้อง - ยุติการบันทึกข้อมูล

### บรรณานุกรม

1. Pre-hospital Emergency Medical Service [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน; [วันที่อ้างถึง 1 พฤษภาคม 2561]. ที่มา: <https://www.niems.go.th/en/View/Page.aspx?PageId=25551114035939822>
2. นริสสา พัฒนปรีชาวงศ์, รัฐชนา สิ้นธวาลัย, นภิสพร มีมงคล. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล[วิทยานิพนธ์]. สงขลา : ภาควิชาวิศวกรรมอุตสาหการ, คณะวิศวกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2555.
3. นายแพทย์ปัญญา กิริติหัตถยากรม. EMCO สู่ UCEP [อินเทอร์เน็ต]. [วันที่อ้างถึง 1 พฤษภาคม 2561]. ที่มา:[https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/2017/003/%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%9B%E0%B9%87%E0%B8%99%E0%B8%A1%E0%B8%B2EMCO%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B9%88%20UCEP\(25-7-60\).pdf](https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/2017/003/%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%9B%E0%B9%87%E0%B8%99%E0%B8%A1%E0%B8%B2EMCO%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B9%88%20UCEP(25-7-60).pdf)
4. คู่มือการปฏิบัติงานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์, 2555.
5. อติศักร์ นิธิเมธาโชค, จุฬณี สังเกตชน และ ภัทร สุริจามร. อัตราการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในเขตเมือง[วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน. คณะแพทยศาสตร์. วชิรพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช; 2561.
6. การจัดทำหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยา: กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉิน [อินเทอร์เน็ต]. สปสช. : เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร [วันที่อ้างถึง 16 มิถุนายน 2561]. ที่มา: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4233>
7. จันทนา ศิริโยธิพันธ์. การวิจัย. การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติอุทกภัย โรงพยาบาลบางสะพาน อำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารแพทย์เขต 4 - 5 2561; 37(2) : 120 - 135.