

## โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

### ความเป็นมาของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ด้วยเจตนารมณ์ของรัฐบาลที่จะแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านการแพทย์ของประเทศและ เพิ่มศักยภาพการรักษาพยาบาลและความสงบร่มเย็นของประชาชนในภาคใต้ จึงกำหนดให้มีโครงการจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2514-2518) และประกาศในราชกิจจานุเบกษา ก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์ เมื่อ 25 กันยายน 2515 ต่อมาคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้ก่อสร้างโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนภารกิจหลักของคณะแพทยศาสตร์ การเตรียมแบบแปลนก่อสร้างโรงพยาบาลได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก โดยมีการปรับปรุงแบบให้เหมาะสมสอดคล้องกับภาระงานและสภาวะแวดล้อม

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชและสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถเสด็จพระราชดำเนินมาทรงวางศิลาฤกษ์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2519 และมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ พระราชทานนามโรงพยาบาลว่า “โรงพยาบาลสงขลานครินทร์” มีชื่อเป็นภาษาอังกฤษว่า “SONGKLANAGARIND HOSPITAL” เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2522

การก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์และโรงพยาบาลแห่งใหม่ที่ตั้งอยู่ในภูมิภาคห่างไกลจากกรุงเทพมหานครประสบปัญหาอุปสรรคนานัปการที่สำคัญ ได้แก่ การขาดแคลนอาจารย์แพทย์และผู้บริหาร รวมทั้งรัฐบาล ไม่สามารถจัดสรรงบประมาณสนับสนุนได้เต็มที่ การก่อสร้างอาคารโรงพยาบาลล่าช้ากว่ากำหนดมากและเกิดข้อขัดแย้งพิพาทระหว่างราชการและบริษัทผู้ก่อสร้างทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถเปิดดำเนินการได้ทันกับการปฏิบัติงานของ

นักศึกษาชั้นคลินิก ต้องส่งนักศึกษาแพทย์ไปฝึกงานยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลใกล้เคียงของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ผู้บริหารในรุ่นถัดมาได้เข้ามาแก้ไขระส่ำระสายปัญหาและผลักดันการก่อสร้างต่อ จนในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2525 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์สามารถเปิดดำเนินการ 100 เตียงแรกได้ นับเป็นก้าวแรกที่สร้างขวัญกำลังใจและความผูกพันให้กับบุคลากรของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่มีอัตรากำลังน้อยให้สามารถแบกรับภาระงานที่ยากและขยายตัวอย่างตลอดด้วยความตั้งใจมั่นแก้ไขสถานการณ์ สู้งานหนัก กำหนดนโยบายคุณภาพคน คุณภาพงาน สร้างมาตรฐานการปฏิบัติจนมีความเจริญเติบโตพัฒนา เป็นปีกแผ่นสามารถตอบสนองต่อพันธกิจที่ได้กำหนดไว้และขยายคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง

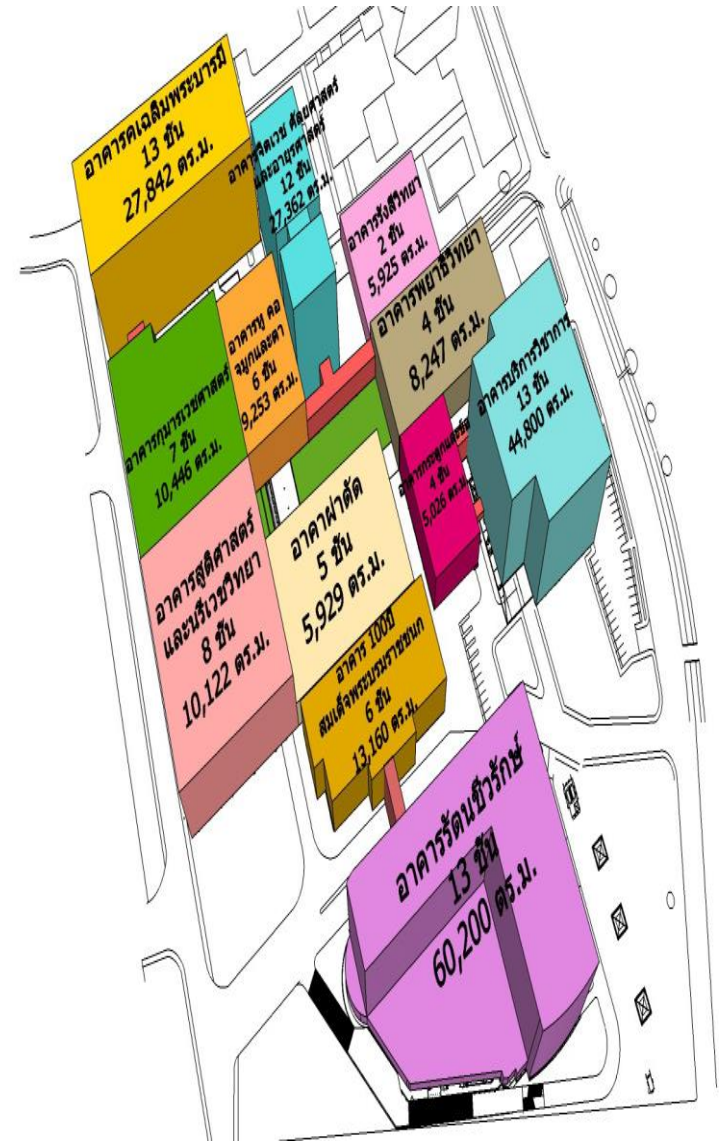
**ปัจจุบัน มีจำนวน 844 เตียง** บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉินในสาขาต่างๆ ได้แก่ เวชปฏิบัติทั่วไป สูติรีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์กายภาพบำบัด ตา หู คอ จมูก จิตเวช คลินิกกระดูกและฟังกซ์ รังสีรักษาและผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก นอกจากนี้ยังมีศูนย์ความเป็นเลิศทางด้านหัวใจ มะเร็ง ทางเดินอาหารและตับ(NKC) ศูนย์ถันยเวช และศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ภาคใต้

โรงพยาบาล ฯ เป็นแหล่งศึกษาของนักศึกษาแพทย์ แพทย์หลังปริญญา และนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่นๆ ตลอดจนเป็นแหล่งวิจัยสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพต่างๆ อย่งไรก็ตามงานด้านการเรียนการสอนและวิจัยเป็นพันธกิจของภาควิชา ซึ่งเป็นผู้ร่วมให้บริการ (partners) ของโรงพยาบาลฯ

### อาคารโรงพยาบาล

ลักษณะการจัดวางของตัวอาคาร โถงทางเดินมีความกว้างขวาง โอ่ โถงมีการระบายอากาศได้อย่างดีเยี่ยม เส้นทางต่างๆถูกวางแผนไว้ เพื่อความสะดวกและความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วย 11 อาคาร :-

1. อาคารสุติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
2. อาคารกุมารเวชศาสตร์
3. อาคารรังสีวิทยา
4. อาคารพยาธิวิทยา
5. อาคาร หู คอ จมูกและตา
6. อาคารอายุรกรรม-ศัลยกรรม
7. อาคารวิสัญญี
8. อาคาร 100 ปี
9. อาคารรัตนชีวัรักษ์
10. อาคารศูนย์การศึกษาและบริการวิชาการ
11. อาคารเฉลิมพระบารมี



## ปรัชญา อุดมการณ์ และค่านิยม

ปรัชญาชั้นนำ “ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง”  
ค่านิยม



1.ทำงานเป็นทีม

2.มุ่งเน้นผู้รับบริการ

3.มุ่งเน้นคุณภาพ

4.จิตสำนึกด้านความ  
เสี่ยงและความปลอดภัย

5.ยึดหลักคุณธรรม

## ประกอบด้วย

1. การทำงานเป็นทีม (teamwork)	การทำงานเป็นทีมด้วยเป้าหมายเดียวกัน การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการสนับสนุนการทำงานซึ่งกันและกัน รับผิดชอบต่อความต้องการและความคาดหวังซึ่งกันและกัน ทำงานยืดหยุ่นและรวดเร็วเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่ทันการณ์
2. มุ่งเน้นผู้รับบริการ (customer focus)	เรียนรู้ เข้าใจ ตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ รักษามาตรฐานทางด้านจริยธรรมและการเคารพสิทธิผู้ป่วย สร้างคุณค่าทางด้านบริการให้กับผู้ป่วย
3. การมุ่งเน้นคุณภาพ (quality focus)	เป็นผู้นำด้านคุณภาพในการรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและแสดงให้เห็นการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practices)
4. จิตสำนึกด้านความเสี่ยงและ ความปลอดภัย (risk and safety awareness)	ตระหนักและรู้จักสังเกตสิ่งที่ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัย ซึ่งจะนำไปสู่ความเสี่ยง/อุบัติเหตุและสามารถหาวิธีป้องกัน/แก้ไข
5. ยึดหลักคุณธรรม (Morale)	การปฏิบัติของบุคลากรทุกระดับต้องเป็นไปตามหลักคุณธรรม จริยธรรม

## วิสัยทัศน์ พันธกิจ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2560 - 2564

วิสัยทัศน์ “เป็นคณะแพทยศาสตร์เพื่อสังคมไทย ที่เป็นเลิศระดับสากล”

- พันธกิจ
- ① ผลิตและพัฒนาแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ คุณธรรม และจริยธรรมโดยยึดถือประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง
  - ② ให้บริการด้านรักษาพยาบาลที่เป็นเลิศจนถึงระดับเหนือกว่าตติยภูมิ (Super tertiary care) ด้วยจิตวิญญาณโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์
  - ③ สร้างงานวิจัยที่มีคุณภาพ ได้รับการอ้างอิงระดับนานาชาติ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในสังคมไทย
  - ④ ให้บริการวิชาการที่ตอบสนองความต้องการของสังคมไทย และเชื่อมโยงสู่เครือข่ายสากล

## วิสัยทัศน์ พันธกิจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

- วิสัยทัศน์ : เป็นโรงพยาบาลชั้นนำที่มีคุณภาพในระดับนานาชาติ
- พันธกิจ : การจัดการรักษาผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ พัฒนาโรงพยาบาลให้มีศักยภาพระดับสูงสุดของประเทศ ในการดูแลผู้ป่วยโรคซับซ้อน มาตรฐานเทียบเท่าสหรัฐอเมริกา

## นโยบายด้านการจัดระบบการรักษาพยาบาล

1. โรงพยาบาล จัดการรักษาพยาบาล โดยมุ่งเน้นคุณภาพที่ผู้ป่วยพึงได้รับ เพื่อเป็นต้นแบบที่ดีสำหรับการเรียนรู้ การวิจัย การฝึกอบรมและหล่อหลอมนักศึกษาแพทย์ แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้านให้มีลักษณะของแพทย์ที่พึงประสงค์
2. โรงพยาบาลจะให้การรองรับสิทธิของผู้ป่วย และจัดระบบบริการให้สอดคล้องตามประกาศของสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล
3. โรงพยาบาล จะจัดให้มีการประกันและพัฒนาคุณภาพงานบริการรักษาพยาบาลในทุกๆ มิติอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนให้มีการประเมินและรับรองคุณภาพจากองค์กรภายนอก
4. โรงพยาบาลจะจัดระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยมุ่งเน้น :-
  - การทำงานเป็นทีมที่มุ่งประโยชน์เพื่อผู้รับบริการ (Client-focus) ทั้งทีมภายในและทีมภายนอกโรงพยาบาล
  - มีมาตรฐานในการทำงาน และการกำหนดแนวทางการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม(Clinical Practice Guideline)
  - กระจายความรับผิดชอบ (Decentralization) ให้เกียรติแก่ผู้ร่วมงานและเคารพบทบาทของผู้ร่วมงานแต่ละระดับ
  - มีการสื่อสารที่ดีภายในทีมรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูล แผนและความก้าวหน้าในการรักษา และมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาล
5. การบันทึกและจัดระบบเวชระเบียนที่ถูกต้อง ละเอียด ครบถ้วน และสื่อสารเรียนรู้ได้ ถือเป็นหน้าที่สำคัญของทีมรักษาพยาบาล โดยโรงพยาบาลต้องจัดระบบอำนวยความสะดวกแก่ ผู้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การศึกษาแพทย์ และการวิจัย

6. โรงพยาบาล จะให้การรักษาผู้ป่วยทุกเศรษฐฐานะ โดยมีมาตรฐานการ รักษาพยาบาล (Basic medical need ) ที่ดีดูแลต้นทุนค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาล (Cost containment) และถือเป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล รักษาพยาบาลผู้ป่วยรายได้น้อยหรือด้อยสิทธิอย่างเหมาะสม และเป็น ธรรม
7. โรงพยาบาลกำหนดค่ารักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับต้นทุนที่ โรงพยาบาลแบกรับภาระ โดยหักส่วนที่รัฐจัดสรรงบประมาณสนับสนุน เพื่อความเป็นธรรม (Horizontal equity) กับผู้ป่วยและกองทุนต่าง ๆ
8. โรงพยาบาลจะจัดหาและอำนวยความสะดวก ให้มีการใช้เครื่องมือ เทคโนโลยี และทรัพยากรที่มีราคาแพง อย่างคุ้มค่า เกิดประโยชน์ เหมาะสมกับความจำเป็นทางหลักวิชาการแพทย์ และจัดให้มีการ ทบทวนการใช้ทรัพยากรเหล่านี้ (Utilization review) เพื่อติดตาม ประเมินผลประโยชน์ประสิทธิภาพ และความพอเพียง
9. โรงพยาบาลจะจัดให้มีการดูแลการใช้ยาตามความจำเป็นและเหมาะสม คัดเลือกยาโดยพิจารณาจากหลักฐานทางวิชาการ และประกันคุณภาพ รายการยา ที่นำมาใช้ในโรงพยาบาล
10. โรงพยาบาลถือเป็นหน้าที่ในการสื่อสาร และทำงานร่วมกันกับ โรงพยาบาลอื่นๆ ในการเพิ่มพูน ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และช่วยกันยกระดับศักยภาพการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่
11. โรงพยาบาลจะรับฟังความเห็น คำแนะนำ คำร้องเรียนจากผู้ป่วย ชุมชน และสังคม เพื่อนำมาตรวจสอบปรับปรุง แก้ไขการทำงานและชี้แจงผู้ ร้องเรียน ความผิดพลาดเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ถือเป็น ความรับผิดชอบร่วมกันของโรงพยาบาลและทีมรักษาพยาบาล
12. โรงพยาบาล มีหน้าที่จัดให้มีการดูแลเรื่องความปลอดภัยทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์แก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงาน ชุมชน และสังคม

ตลอดจนจัดสิ่งแวดล้อมให้สร้างเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานเพื่อเป็น แบบอย่างที่ดีของสถานบริการสุขภาพ

13. โรงพยาบาล มีหน้าที่หลักในการเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา แพทย์ และแพทย์ฝึกอบรมเฉพาะทาง การจัดการดังกล่าวจะอยู่ภายใต้ การกำกับ ควบคุม ดูแลของอาจารย์ผู้รับผิดชอบ ภาควิชา และ โรงพยาบาล เพื่อคุณภาพการรักษาพยาบาลที่ดี และปลอดภัยของ ผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการศึกษาที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการ รักษาพยาบาล จะเป็นความรับผิดชอบของคณะแพทยศาสตร์
14. ในฐานะโรงเรียนแพทย์ที่จะต้องพัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาการและ เทคโนโลยี โรงพยาบาลจะจัดกลไกที่เหมาะสม ระดมทุน สรรหา เลื่อน นำมาใช้โดยคำนึงถึงพลวัต ติดตามประเมินผลพัฒนาวิธีการใช้งาน ฝึกอบรมต่อแพทย์รุ่นใหม่ รายงานผลต่อผู้เกี่ยวข้อง และสังคมวิชาการ (งานวิจัย) เพื่อถ่ายทอด เผยแพร่หรือขยายประโยชน์

โครงสร้างคณะแพทยศาสตร์



โครงสร้างโรงพยาบาลสงขลานครินทร์





## ศักยภาพและขีดความสามารถ

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นโรงพยาบาลที่รับส่งตัวผู้ป่วยโรคยาก ซับซ้อนที่เกิน ขีดความสามารถของโรงพยาบาลระดับจังหวัด โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลต่าง ๆ ใน 14 จังหวัดภาคใต้ ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อเหล่านี้มีปริมาณ มากขึ้นเรื่อยๆ ในปีงบประมาณ 2559 ผู้ป่วยนอก 1,002,060 ราย ผู้ป่วยใน จำนวน 40,775 ราย นอกจากนี้ได้จัดตั้ง ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์แบ่ง ตามความเชี่ยวชาญสาขาต่างๆ จำนวน 8 ศูนย์ :-

1. **ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือดนครราชสีมา** เป็นศูนย์ ที่รวมผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจให้บริการด้านการวินิจฉัยและ รักษาถูกจัดตั้งครั้งแรกในปี พ.ศ.2543 ด้วยความกรุณาของ ผู้บริหารกองสลากกินแบ่งรัฐบาล ผู้อำนวยการสำนักงานสลาก กินแบ่งรัฐบาล (นายชัยวัฒน์ พสกภักดี) ที่ให้งบประมาณจำนวน 180 ล้านบาท
2. **สถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ นันทนา-เกรียงไกร โชติ วัฒนะพันธ์** เป็นศูนย์แห่งความเป็นเลิศที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นโดย งบประมาณ 100 ล้านบาท เพื่อจัดตั้งศูนย์รักษาโรคทางเดิน อาหารและตับที่ดีที่สุดของประเทศ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของผู้บริจาคสามารถเปิด ให้บริการได้ตั้งแต่วันที่ 2 สิงหาคม 2547
3. **ศูนย์โรคมะเร็ง** มะเร็งเป็นโรคสำคัญและมีอัตราการตายสูงเป็นหนึ่งใน สามของอัตราการตายของประชาชนคนไทย
4. **ศูนย์อุบัติเหตุ** อุบัติเหตุเป็นโรคหนึ่งในสามที่มีอัตราการเสียชีวิต สูงสุดของทั้งหมด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้จัดตั้ง

ศูนย์อุบัติเหตุในรูปแบบเดียวกับศูนย์โรคมะเร็ง เพื่อรักษาผู้ป่วยที่ ได้รับอุบัติเหตุให้ได้มาตรฐานที่ดีที่สุด

5. **ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ** เป็นศูนย์ดำเนินการเกี่ยวกับระบบ สารสนเทศต่างๆ ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้ ถูกพัฒนาขึ้นด้วยบุคลากรของคณะแพทยศาสตร์เอง เป็นระบบที่ดี และสมบูรณ์ที่สุดในประเทศไทยในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลที่บันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์ และระบบบริหารจัดการ
6. **ศูนย์ชีวิตนิบาล** เป็นหน่วยงานต้นแบบที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ ตาย หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดูแลทั้งกายและจิตวิญญาณเป็น หน่วยที่ได้รับรางวัลต่าง ๆ มากมายจากองค์กรในประเทศไทย
7. **ศูนย์ถนอมเวช** เณริณพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็นชื่อพระราชทานจากสมเด็จพระเทพ รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็นศูนย์ความเป็นเลิศด้าน โรคเต้านมแบบเบ็ดเสร็จครบวงจรแห่งแรกของภาคใต้ ด้วย เครื่องมือตรวจวินิจฉัยและเทคนิคอันทันสมัยในระดับนานาชาติ
8. **ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ภาคใต้** เปิดบริการเมื่อ 2 เมษายน 2553 เป็นศูนย์กลางให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ พิการและผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงจาก การบาดเจ็บไขสันหลัง โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บทางสมอง ฯลฯ โดยผู้เชี่ยวชาญด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัย และพัฒนาเครือข่ายการรับส่งต่อด้านการฟื้นฟูผู้พิการ ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

## คุณภาพการรักษาพยาบาล

ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2536 คณะแพทยศาสตร์และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้มุ่งพัฒนามาตรฐานประกันคุณภาพงานของงานแต่ละด้าน โดยมีคณะกรรมการประกันคุณภาพงานของคณะแพทยศาสตร์ ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย แนวทาง วิธีการสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบงานหน่วยงานต่างๆ และจัดทำโครงการพัฒนางาน โดยคำนึงถึงผลที่จะตอบสนองต่อผู้รับบริการ รวมทั้งเน้นการประสานงานระหว่างทีมรักษาพยาบาล จัดระบบติดตามประเมินคุณภาพการทำงานของบุคลากรและหน่วยงาน ปรับระบบงานให้มีประสิทธิภาพ พ้นจากอุปสรรค ข้อจำกัด และขั้นตอนการทำงานตามระเบียบราชการ มีการพัฒนาบุคลากรในสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง สร้างระบบค่าตอบแทนโดยยึดคุณภาพงาน มีกลไกการพัฒนาคุณภาพหลากหลาย เช่น QC, กิจกรรม 7 ส, กิจกรรมข้อเสนอแนะและการประกันคุณภาพงาน

ปี พ.ศ.2539 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้เข้าร่วมกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลนำร่อง นำแนวคิดและหลักการของ Hospital Accreditation มาพัฒนาระบบของโรงพยาบาล ได้แก่ การร่วมกันทำงานเป็นทีม มุ่งเน้นประโยชน์ของผู้ป่วย การเคารพและตอบสนองต่อสิทธิของผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมากขึ้น มีการประเมินผลความพึงพอใจของผู้รับบริการ พัฒนาระบบงานต่าง ๆ รวมทั้งพัฒนาองค์กรแพทย์และธรรมเนียมขององค์กรแพทย์เพื่อสนับสนุนการบริการผู้ป่วยให้อยู่ในมาตรฐานและจรรยาบรรณ จนกระทั่งปี พ.ศ.2544 ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล นับเป็นโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์แห่งแรกในประเทศไทย

## ปี พ.ศ. 2546 การเข้าร่วมโครงการ TQA

เพื่อนำปรัชญาหลักของ TQA เข้ามาปิดจุดอ่อนและเสริมจุดแข็งขององค์กรได้แก่ ❶ การทำให้องค์กรคลายความแข็งแกร่ง มีความตื่นตัวเตรียมความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง ❷ พัฒนาภาวะการนำและยุทธศาสตร์องค์กรที่มีประสิทธิภาพ ❸ ให้องค์กรรู้จักและตอบสนองต่อผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ และผู้รับบริการในอนาคต ❹ การมุ่งเน้นประสิทธิภาพที่สมดุลโดยเร่งรัดประสิทธิภาพ (Result-base Management) ❺ กระตุ้นการพัฒนากระบวนการบริการอย่างต่อเนื่องและก้าวกระโดดเพื่อสร้างผลผลิต ที่มีคุณค่าสอดคล้องกับความต้องการโดยการใช้นวัตกรรมและตั้งเป้าที่จะได้รับการพิจารณาประเมินคุณภาพตามแนวทาง TQA ให้ได้รับคะแนนเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลได้ส่งรายงานผลการดำเนินการตามแนวทาง TQA เสนอคณะกรรมการสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ

- ครั้งแรกเมื่อ 1 กันยายน 2546 และได้รับรายงานป้อนกลับ (feedback report)
- ครั้งที่ 2 เมื่อ 30 สิงหาคม 2548
- ครั้งที่ 3 เมื่อ 30 สิงหาคม 2548
- พ.ศ. 2550 (30 สิงหาคม 2550) จัดส่งรายงานการตรวจประเมินรางวัลคุณภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2549 ได้รับคะแนนในช่วงที่ 3 (351 – 450 คะแนน) และโรงพยาบาลฯ ได้รับรางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศ (Thailand Quality Class)
- พ.ศ.2548(15-18 มีนาคม 2548)ได้รับโล่เกียรติยศในฐานะที่โรงพยาบาลได้จัดระบบงานของหน่วยจ่ายกลางได้อย่างเหมาะสมและโล่เกียรติคุณการเป็นเครือข่ายศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนา

คุณภาพโรงพยาบาล (HACC)ในงานประชุมระดับชาติ HA National Forum ครั้งที่ 6

- พ.ศ. 2549 (12-13 มกราคม 2549) ผ่านการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง (Surveillance survey) กิจกรรม Post-accreditation Reviews & Update โดยที่ปรึกษาชาวแคนาดา จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- พ.ศ. 2549 พลเอกหญิงสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงพระราชทานเข็มพระนามาภิไธยย่อ “สธ” ให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของกองทัพอากาศที่ 4 และกองอำนวยการเสริมสร้างสันติสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นอย่างดี ตลอดระยะเวลาที่ได้เกิดความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
- พ.ศ.2549-2550 ได้รับรางวัล Claim award ติดต่อกัน 3 ปีซ้อน (ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547) ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงศักยภาพและความสามารถของทีมงานเงินรายได้และ Coder ที่มีกระบวนการทำงานที่มีมาตรฐานต่อเนื่องตลอดมา รางวัล Claim award คือรางวัลที่สำคัญหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มอบให้แก่โรงพยาบาลที่สามารถส่งข้อมูลการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์โดยผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตได้อย่างมีประสิทธิภาพยอดเยี่ยม
- พ.ศ.2550 (12 พฤศจิกายน 2550) ได้รับรางวัล BUPA CLINICAL AWARD & Good Provider Award 2007 รองชนะเลิศอันดับ 2 “โครงการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง CVA ที่บ้าน” จากบริษัท BUPA ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด

- พ.ศ. 2550 (29 – 30 พฤศจิกายน 2550)ได้รับรางวัล Silver Award (5 ส ประเทศไทย) และรางวัลขวัญใจมหาชน (Popular Vote) จากสมาคมส่งเสริมเทคโนโลยีไทย-ญี่ปุ่น
- ปี 2557 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้จัดทำรายงานและได้รับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ
  - ① รางวัลระดับดีเด่น : ด้านการพัฒนาการบริการที่เป็นเลิศ เรื่อง การบริการรักษาพยาบาลที่เป็นเลิศ
  - ② รางวัลระดับดี : ด้านการบูรณาการการบริการที่เป็นเลิศ เรื่อง การบูรณาการการดูแลผู้ป่วย3จังหวัดชายแดนใต้
- ปี 2559 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ รางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ TPSA
  - ① รางวัลนวัตกรรมบริการที่เป็นเลิศ : ชุดอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายจากทวารเทียม : ผลิตเอง ใช้เองเพิ่มคุณค่าจากยางพาราผู้ป่วยทวารเทียม
  - ② รางวัลการพัฒนาการบริการที่เป็นเลิศ : พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อใน กระแสเลือดรุนแรง/ช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดให้อยู่รอดปลอดภัย

### การบริการพิเศษ (Privatization นอกเวลาราชการ)

เพื่อรองรับผู้ป่วยจากคลินิกนอกเวลาราชการ จากคลินิกส่วนตัวและโรงพยาบาลเอกชน โดยไม่นำผู้ป่วยในระบบปกติของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เข้ามา ผู้ป่วยประกันชีวิต จำนวน 3 โครงการ ได้แก่

1. Private I หมายถึง โครงการผ่าตัดนอกเวลาราชการ (ภาควิชาศัลยศาสตร์ สูติศาสตร์ นรีเวช จักษุวิทยา ศัลยศาสตร์ออร์โธ โสต นาสิกและลาริงซ์วิทยา
2. Private II หมายถึง โครงการศูนย์โรคหัวใจ
3. Private II/J หมายถึง โครงการลดระยะการรอคอยของกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการทำหัตถการศูนย์โรคหัวใจ
4. Private III หมายถึง โครงการบริการพิเศษสถาบันทางเดินอาหารและตับ

คลินิกนอกเวลาราชการ เปิดให้บริการเพื่อรองรับผู้ป่วยนอกที่ไม่ใช่ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยหนัก และผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ป่วยที่มีความเต็มใจ และสามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายได้ วันราชการ เปิดให้บริการ เวลา 17.00 – 20.00 วันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา 09.00 – 12.00 น.

ลำดับ	คลินิกที่เปิดให้บริการ	วันเปิดให้บริการ
1	อายุกรรม 1.1 ท้วไป 1.2 หัวใจ 1.3 ทางเดินหายใจและปอด 1.4 โรคข้อฯ 1.5 ผิวหนัง 1.6 ผิวหนังเลเซอร์ 1.7 เบาหวาน	จันทร์ – อาทิตย์ ศุกร์ - อาทิตย์ จันทร์ / อาทิตย์ พุธ อังคาร / พฤหัสบดี / เสาร์ พุธ จันทร์ – พุธ
2	เด็ก	จันทร์ – อาทิตย์
3	ตา	จันทร์ – อาทิตย์
4	หู คอ จมูก	จันทร์ – อาทิตย์

ลำดับ	คลินิกที่เปิดให้บริการ	วันเปิดให้บริการ
5	จิตเวช	อังคาร – อาทิตย์
6	สูติ นรีเวช 6.1 ท้วไป 6.2 ผ่าครรภ์ 6.3 อัลตราซาวด์	จันทร์ – อาทิตย์ จันทร์ – อาทิตย์ จันทร์ – เสาร์
7	ทันกรรม	จันทร์ – อาทิตย์
8	ศัลยกรรม 8.1 ท้วไป 8.2 หลอดเลือด 8.3 ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 8.4 ตกแต่ง 8.5 ตับ ตับอ่อน และทางเดินฯ	เสาร์ – อาทิตย์ พุธ / เสาร์ – อาทิตย์ เสาร์ – อาทิตย์ พุธ / พฤหัสบดี / เสาร์ อาทิตย์
	8.6 หัวใจและทรวงอก 8.7 ผ่าตัดส่องกล้องและศัลยกรรมทางเดินอาหาร ส่วนต้น	เสาร์ เสาร์
9	รังสี 1.1 รังสีวินิจฉัย 1.2 รังสีรักษา 1.3 รังสีนิวเคลียร์	จันทร์ – อาทิตย์ จันทร์ – อาทิตย์ จันทร์ – อาทิตย์
10	ท้วไป	จันทร์ – อาทิตย์
11	กระดูกและข้อ	จันทร์ – อาทิตย์
12	NKC	จันทร์ – พฤหัสบดี
13.	ฝังเข็ม	อังคาร / พฤหัสบดี
14.	ศูนย์โรคหัวใจ	จันทร์ – อาทิตย์
15.	ศูนย์ถันยเวช 15.1 ด้านรังสีวินิจฉัย 15.2 ด้านศัลยกรรม	จันทร์ – อาทิตย์ พุธ / ศุกร์
16.	ฉุกเฉิน	จันทร์ – อาทิตย์

## หมวดที่ ๒ แนวทางการให้บริการรักษาพยาบาล

โรงพยาบาลฯ จะจัดการรักษาพยาบาล โดยมุ่งเน้นคุณภาพที่ผู้ป่วยจะได้รับ เพื่อเป็นตัวอย่างต้นแบบที่ดีที่สุดสำหรับการเรียนรู้และฝึกอบรม และสร้างคุณลักษณะนิสัยที่สำคัญ สำหรับการเป็นแพทย์ที่ดี ได้แก่ การรักษาพยาบาลโดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยและสังคมมากกว่าตนเอง การรับผิดชอบ ปฏิบัติหน้าที่เต็มกำลังความสามารถ การทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่น ด้วยความเข้าใจที่ดี ความมีเมตตากรุณา เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การพัฒนาตนเองในความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่องและคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญและสภาวิชาชีพ



### คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการ และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือกับผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ แพทยสภา สภาการพยาบาล สภานิติกรรม ทันตแพทยสภา สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ และคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ไว้ดังต่อไปนี้

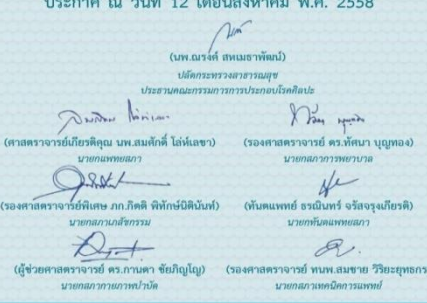
#### • สิทธิของผู้ป่วย •

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอม ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือหรือรับความช่วยเหลือจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความเป็นกรณี โดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้บริการพยาบาลแก่ตน
5. ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการพยาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่
6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย
7. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น
9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

#### • ข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย •

1. สอดถามเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนลงนามให้ความยินยอม หรือไม่ยินยอมกับการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาพยาบาล
2. ให้ข้อมูลด้านสุขภาพและข้อเท็จจริงต่างๆ ทางกายภาพที่เป็นจริงและครบถ้วนแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในกระบวนการรักษาพยาบาล
3. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ให้แจ้งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทราบ
4. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสถานพยาบาล
5. ปฏิบัติต่อผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วยรายอื่น รวมทั้งผู้ที่มาเยี่ยมเยียน ด้วยความสุภาพให้เกียรติและไม่กระทำการที่บ่อนทำลายผู้อื่น
6. แจ้งสิทธิการรักษาพยาบาลพร้อมหลักฐานที่ตนมีให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องทราบ
7. ผู้ป่วยพึงรับทราบข้อเท็จจริงทางแพทย์ ดังต่อไปนี้
  - 7.1 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามที่กฎหมายกำหนดและมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากการถูกกล่าวหาโดยไม่เป็นธรรม
  - 7.2 การแพทย์ในขั้นนี้ หมายถึง แผนปัจจุบันซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ โดยองค์ความรู้ในขณะนั้นว่ามีประโยชน์มากกว่าโทษสำหรับผู้ป่วย
  - 7.3 การแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัย ป้องกัน หรือรักษาให้หายได้ทุกโรคหรือทุกภาวะ
  - 7.4 การรักษาพยาบาลทุกชนิดมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ได้ นอกจากนี้ เหตุสุจริตข้ออ้างเกิดขึ้นได้ แม้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะให้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอ ตามภาวะวิสัยและเหตุสุดวิสัยในการรักษาพยาบาลนั้นๆ แล้ว
  - 7.5 การตรวจเพื่อการคัดกรอง วินิจฉัย และติดตามการรักษา อาจให้ผลที่คลาดเคลื่อนได้ตัวข้อจำกัดของเทคโนโลยีที่ใช้ และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน
  - 7.6 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีสิทธิใช้ดุลพินิจในการเลือกกระบวนการรักษาพยาบาลตามหลักวิชาการทางการแพทย์ ตามความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะวิสัยและเหตุสุดวิสัยที่มีอยู่ รวมทั้งการปรึกษาหรือส่งต่อโดยคำนึงถึงสิทธิและประโยชน์โดยรวมของผู้ป่วย
  - 7.7 เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอาจให้คำแนะนำหรือส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
  - 7.8 การปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อเท็จจริงต่างๆ ทางกายภาพของผู้ป่วยต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษาพยาบาล
  - 7.9 ห่วงจูงเงินของสถานพยาบาล ใช้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

ประกาศ ณ วันที่ 12 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558



**การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ** จะต้องประกอบด้วยคุณสมบัติทั้ง 8 ด้าน  
พร้อมๆ กัน :-

- (1) **Competency** ความสามารถของผู้ให้บริการในการทำหน้าที่วุฒิ หรือ  
ปริญญาเป็นเพียงส่วนเดียวของ Competency เท่านั้น เช่น“**แพทยศาสตร์  
บัณฑิต**” ไม่ได้แปลว่ารักษาคนไข้ได้ดี“**วุฒิปัตร์**”ไม่ได้แปลว่าสอนได้ดี  
“**พยาบาลศาสตร์**” ไม่ได้แปลว่า ทำการพยาบาลได้ดี ในขณะที่เดียวกัน  
Competency ต้องการในทุกๆงานตั้งแต่ **การทำความสะอาด ขนย้าย  
ผู้ป่วย รักษาความปลอดภัย การเงิน ช่าง พนักงานเทคนิค** การฝึกอบรม  
คนให้มี competency เป็นเรื่องสำคัญสำหรับทุกๆ งาน และในกรณีความ  
ขาดแคลนบุคลากรซึ่งเป็นเหมือนกันทั่วโลก การฝึกอบรมคนที่มีในระบบ  
อาจใช้ทดแทนคนที่มีคุณวุฒิปริญญาได้แต่ปริญญาไม่สามารถใช้แทน  
competency ได้ในหลายๆ เรื่อง
- (2) **Acceptability** การบริการที่เราให้มันต้องเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย  
ญาติพี่น้อง ตลอดจนสังคมหรือรัฐบาลที่เป็นผู้ให้งบประมาณและกำหนด  
กรอบพันธกิจของหน่วยงาน
- (3) **Effectiveness** ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลหรือประสิทธิผลของ  
หน่วยงาน
- (4) **Appropriateness** ความถูกต้องเหมาะสมของวิธีการจัดและผลการรักษา  
พยาบาล เช่น ถ้ามว่า  
“**โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ผ่าตัดคลอดในอัตราที่เหมาะสมหรือยัง**”  
“**โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ รักษาแม่เร้งโดยวิธีที่เหมาะสมสำหรับ  
ผู้รับบริการและสังคมหรือยัง**”  
“**โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ให้การบริการและดูแลรักษาผู้ป่วยนอก  
ผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้เหมาะสมหรือยัง**”

(5) **Efficiency** มีการใช้ทรัพยากร ได้แก่ “**คน**”“**สถานที่**”  
“**วัสดุ**”“**ครุภัณฑ์**” และ “**เวลา**” อย่างประหยัดที่สุด เพื่อให้ได้  
ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์หรือไม่

(6) **Accessibility** จัดระบบบริการที่ผู้ป่วยหรือผู้จำเป็นต้องได้รับ  
บริการจากเราสามารถมา ใช้บริการของเราได้สะดวกหรือไม่  
คนที่ควรมาใช้บริการได้มาใช้บริการจริงหรือไม่ การใช้  
facilities ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คิดว่าดีที่สุคนั้น ได้  
ใช้เพื่อรักษาผู้ป่วย ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือไม่

(7) **Safety** มีกระบวนการที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ญาติ ประชาชน  
และปฏิบัติงานดีพอหรือไม่

(8) **Continuity** คือ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาให้ดีขึ้นอย่าง  
ต่อเนื่อง

## เวชระเบียน : ถือเป็นกุญแจสำคัญ

เวชระเบียน ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารระหว่างทีมรักษาพยาบาล การเรียนรู้ของนักศึกษาแพทย์ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยของ تیمรักษาพยาบาล เป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมายกรณีมีการร้องเรียน ฟ้องร้อง ต้องช่วยกันบันทึกให้ถูกต้องสมบูรณ์ สื่อสารได้และทันการณ์ ปัจจุบันเวชระเบียนถูกพัฒนาจากรูปแบบเล่มเวชระเบียนเปลี่ยนเป็นอิเล็กทรอนิกส์ (pdf.file) ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าถึงได้ผ่านระบบ (Hospital Information System : HIS) ของโรงพยาบาล

### (ก) การสรุปเวชระเบียน

1. แต่ละหอผู้ป่วยให้บันทึกชื่ออาจารย์แพทย์ผู้รับผิดชอบลงในแฟ้มเวชระเบียน และตรวจสอบความสมบูรณ์ขณะที่จำหน่ายผู้ป่วยก่อนส่งแฟ้มออกจากหอผู้ป่วย เพื่อดำเนินการต่อ
2. อาจารย์แพทย์สรุปเวชระเบียนโครงการ Sing ID ผ่านระบบ HIS ของโรงพยาบาล
  - อาจารย์แพทย์สามารถเซ็นสรุปแทนอาจารย์แพทย์และแพทย์ใช้ทุนได้
  - แพทย์ใช้ทุนสามารถเซ็นสรุปแทนแพทย์ใช้ทุนได้ โดยผู้เซ็นแทนต้องมั่นใจว่าข้อมูลถูกต้อง
3. งานเวชระเบียน ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของการสรุปเวชระเบียนผ่านระบบ HIS
4. ระบบ HIS ทำการแจ้งเตือนโดยการแสดง Pop up รายการแฟ้มค้างสรุปทุกครั้งแพทย์ Login เข้าใช้งานระบบ HIS

5. เมื่อครบกำหนด 1 เดือนหลังจากผู้ป่วย Discharge จากหอผู้ป่วยและยังปรากฏรายการค้างสรุปหน่วยเวชระเบียนผู้ป่วยใน จะติดตามแพทย์โดยวิธี :-

- การประสานภาควิชา
- โทรศัพท์หมายเลข (\*Star) แพทย์โดยตรง

### (ข) การคัดลอกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (pdf.file) เพื่อการประกอบการรักษา

1. ผู้มีสิทธิจะต้องเป็นอาจารย์แพทย์ หรือแพทย์เฉพาะสาขาที่รับผิดชอบแก่ผู้ป่วย หรือนักศึกษาแพทย์ที่ขึ้นปฏิบัติงาน รับผิดชอบผู้ป่วย หรืออาจมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจ หรือหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยนั้นรับการตรวจรักษามายืมแทน
2. ผู้ขอยืมเวชระเบียน ต้องเขียน ชื่อ สกุลผู้ป่วย เลขที่ โรงพยาบาล และเขียนชื่อผู้ยืมตัวบรรจง ไม่ไขว่ลายเซ็น หมายเลขโทรศัพท์ผู้ยืม พร้อมทั้งแจ้งสถานที่ที่นำไปด้วยทุกครั้ง
3. หน่วยเวชระเบียนผู้ป่วยใน พิมพ์ประวัติ (paper) ให้แก่หอผู้ป่วยเมื่อใช้งานเสร็จสิ้นแล้ว ให้จัดประวัติเก็บไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย



## การให้ข้อมูลและคำอธิบายขั้นพื้นฐานแก่ผู้ป่วย

1. ปัญหาโรคหรือสมมุติฐาน สาเหตุของอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่
2. การดำเนินของโรคตาม ข้อ. 1 หากไม่รักษา
3. การตรวจวินิจฉัยและรักษา ประกอบด้วยอะไรบ้าง มีแผนการรักษา ระยะเวลาที่ใช้และ ค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยประมาณ
4. มีผลดีและผลเสียอย่างไรตามแผนการรักษา และมีเหตุอันไม่พึงประสงค์หรือโรคแทรกซ้อนอะไรบ้างที่อาจเกิดขึ้นได้
5. เป้าหมายของการรักษาคืออะไร เช่น รักษาให้หายขาด ควบคุมไม่ให้เลวลงหรือเพื่อลดความทุกข์ทรมาน
6. มีทางเลือกวิธีการรักษาอื่น ๆ หรือไม่
7. ผู้ทำการรักษาคือแพทย์ท่านใด ประกอบด้วยใครบ้างในทีมรักษาพยาบาล
8. อื่น ๆ ตามที่ผู้ป่วย / ญาติซักถาม

## การดูแลผู้ป่วยยากไร้และด้อยโอกาส

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ถือเป็นหน้าที่ให้มีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยรายได้น้อยตามมาตรฐานทางการแพทย์ ตามความจำเป็นและเหมาะสม หลักการสำคัญ คือ การให้บริการทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อผู้ป่วยที่เท่าเทียมกัน (Basic medical needs) เน้นความจำเป็นการรับบริการสาธารณสุข ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่เดือดร้อนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หรือผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลมีทีมงานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยให้บริการตามมาตรฐานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

## การใช้เครื่องมือและทรัพยากรต่างๆ ในการรักษาพยาบาล

โรงพยาบาลฯ ถือเป็นหน้าที่สำคัญที่จะต้องดูแลต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย ให้เหมาะสมโดยผลการรักษาที่ดีที่สุดแม้ผู้ป่วยจะเสียเงินเองหรือมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจาก สวัสดิการหรือกองทุนใดๆ ก็ตาม นอกจากนี้ facilities หลายอย่างของโรงพยาบาลฯ ไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้ จึงต้องจัดลำดับความสำคัญใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด คำนึงถึงความจำเป็น ความเร่งด่วนและเคารพสิทธิของ คนอื่นที่รอคิวใช้บริการอยู่ด้วย

## นโยบายการใช้ยาของคณะแพทยศาสตร์

ตามมติคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด มีมติเกี่ยวกับการจัดประเภทรายการยา และเงื่อนไขการสั่งใช้ยาของแพทย์ โดยอ้างอิงแนวทางปฏิบัติตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ดังนี้

### 1. การจัดประเภทรายการยา

รายการยาในบัญชียาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

(1) **กลุ่มยา E** หมายถึง ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ สามารถใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลได้ทุกสิทธิ ได้ถูกจัดแบ่งออกเป็นบัญชีย่อย 5 บัญชี ได้แก่ บัญชี ก. ข. ค. ง. และ จ. โดยมีคำจำกัดความตามบัญชียาหลักแห่งชาติ กำหนดไว้ดังนี้

**บัญชี ก.** คือ รายการยาที่มีความจำเป็นสำหรับสถานพยาบาลทุกระดับ

**บัญชี ข.** คือ รายการยาที่อาจจำเป็นต้องใช้ในสถานพยาบาลบางระดับ หรือจำกัดข้อบ่งใช้สำหรับอาการหรือโรคบางชนิดที่ใช้ยาในบัญชี ก. ไม่ได้หรือไม่ได้ผล หรือเป็นยาที่ใช้แทนยาในบัญชี ก. ชั่วคราวในกรณีที่จัดหาหายในบัญชี ก. นั้นไม่ได้

**บัญชี ค.** คือ รายการยาที่ต้องใช้โดยผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ เนื่องจากเป็นยาที่มีอันตราย ถ้าใช้ไม่ถูกต้องอาจเกิดพิษหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย หรือเป็นสาเหตุให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ง่าย

**บัญชี ง.** คือ รายการยาที่อาจมีความจำเป็นต้องใช้สำหรับช่วยชีวิตผู้ป่วยบางราย แต่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หรือก่อปัญหาเชื้อดื้อยาที่ร้ายแรง และ / หรือมีราคาแพงมาก การสั่งใช้ยาซึ่งต้องให้สมเหตุผลเกิดความคุ้มค่าสมประโยชน์จะต้องอาศัยการตรวจวินิจฉัยและพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการฝึกอบรม ฉะนั้น ยาในบัญชีดังกล่าวจะสั่งใช้ได้โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคที่ได้รับการ ฝึกอบรมในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจากสถานฝึกอบรม หรือได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภา หรือทันตแพทยสภาเท่านั้น และโรงพยาบาลจะต้องมีระบบการกำกับประเมินตรวจสอบการใช้ยา (ระบบ Drug Utilization Evaluation) โดยมีการเก็บข้อมูลการใช้เพื่อตรวจสอบในภายหลังได้

#### **บัญชี จ.**

จ1. รายการยาสำหรับโครงการพิเศษของกระทรวง ทบวง กรม หรือหรือหน่วยงานของรัฐที่มีการกำหนดวิธีการใช้และการติดตามประเมินการใช้ยาตามโครงการ โดยมีหน่วยงานนั้นรับผิดชอบ

จ2. รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ ซึ่งมีการจัดกลไกกลางเป็นพิเศษในกำกับการเข้าถึงยา ภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันของระบบประกันสุขภาพของประเทศซึ่งดูแลโดย กรมบัญชีกลาง (ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สั่งใช้ได้โดยอาจารย์แพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้เท่านั้น

**2. กลุ่มยา A** หมายถึง ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่จำเป็น ที่เป็นยาบริจาศหรือยาในโครงการวิจัยสามารถใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลได้ทุกสิทธิ

**3. กลุ่มยา P** หมายถึง ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่สามารถให้การรับรองสิทธิเบิกสวัสดิการรักษายาบาลได้ เมื่อใช้ตามเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ยาที่มีมูลค่าสูงกว่า 50 บาท ต่อหน่วย สามารถสั่งใช้ได้เฉพาะอาจารย์แพทย์)

**4. กลุ่มยา PP** หมายถึง ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่สามารถให้การรับรองสิทธิเบิก สวัสดิการรักษายาบาลได้ทุกสิทธิ

### **1. เงื่อนไขการสั่งใช้ยา**

#### **(1) รายการยาที่มีเงื่อนไขกำกับการสั่งใช้**

<b>เงื่อนไข</b>	<b>ความหมาย</b>
<b>สด</b>	ยาเงินสด หรือ ยาห้ามส่งคมสงเคราะห์ :- ยาที่มีราคาสูง และมียากลุ่มอื่นที่ใช้ในการรักษาในข้อบ่งชี้เดียวกันให้เลือกใช้แทนได้ หรือบางรายการเป็นยาใช้เฉพาะโรค ผู้ป่วยบางสิทธิจำเป็นต้องผ่านระบบงานสิทธิประโยชน์ ผู้ป่วยก่อนการได้รับยา
ย2,ย3,ยส	ยาเสพติดให้โทษ จ่ายให้เฉพาะผู้ป่วยของโรงพยาบาล สงขลานครินทร์เท่านั้น
ว2,ว3,ว4	ยาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท จ่ายให้เฉพาะผู้ป่วยของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เท่านั้น
เคมี	ยากลุ่มเคมีบำบัด (ยามะเร็ง) ผู้ป่วยบางสิทธิจำเป็นต้องผ่านระบบงานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยก่อนการได้รับยา

### ตัวย่อกลุ่มยาและความหมายในระบบคอมพิวเตอร์

ตัวย่อ	ความหมาย
Ek-จ2	ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
EV	ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ กลุ่มวัคซีน
EC	ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ กลุ่มยาคุมกำเนิด
EI	ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ กลุ่มยามีบุตรยาก
Es	ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ กลุ่มยาสมุนไพร
A	ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่เป็นยาบริจาค
AR	ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่เป็นยาในโครงการวิจัย
PH	ยาที่ผลิตขึ้นใช้ในโรงพยาบาลที่จัดเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ สามารถรองรับสิทธิให้เบิกสวัสดิการได้เมื่อใช้ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด
PA	ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่สามารถรองรับสิทธิให้เบิกสวัสดิการได้โดยอัตโนมัติ
P	ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่สามารถรับรองสิทธิให้เบิกสวัสดิการได้เมื่อใช้ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด
PP	ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่สามารถให้การรับรองสิทธิให้เบิกสวัสดิการได้รวมถึงรายการยาต้นแบบ (Original) ที่มียาในชื่อสามัญอีก 1 รายการ อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล
N	อาหารนม / อาหารเสริมนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
H	ยาที่ผลิตขึ้นเป็นยาเฉพาะหอบผู้ป่วย ไม่ต้องสั่งให้ผู้ป่วยโดยตรง และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาอื่นๆที่ผลิตขึ้น

### 3. การรับรองสิทธิเบิกสวัสดิการรักษายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (P)

การรับรองยานอกบัญชียาหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีสิทธิสวัสดิการต่าง ๆ สามารถเบิก ค่ารักษายาบาลได้ ยาบางรายการจะมีค่าเดือน ข้อพึงระวังในการสั่งใช้ และให้เลือกข้อบ่งชี้ตามที่ระบุไว้ให้ กรณีนี้สามารถเลือกปุ่ม รับรองให้ผู้ป่วยเบิกสวัสดิการฯ ในระบบคอมพิวเตอร์ โดยแพทย์ผู้ตรวจจะต้องระบุเหตุผลที่ไม่สามารถจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้และออกหนังสือรับรองเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่ายคู่กับใบเสร็จ กรณีผู้ป่วยข้าราชการที่เบิกจ่ายตรงไม่ต้องออกหนังสือรับรอง ส่วนยาที่ไม่มีจำหน่ายในโรงพยาบาล, ยาต้นแบบ (Original) ไม่สามารถให้การรับรองได้ในทุกกรณี

### 4. แนวทางการใช้ยากับผู้ป่วยสงเคราะห์ และผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิในการรักษายาบาลที่จำเป็น

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลฯ ครั้งที่ 2/2535, 8/2535 , 10/2536 และ 4/2540 ได้กำหนดนโยบายการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาราคาแพง ยาเงินสด และยา ต้นแบบ (Original)กับผู้ป่วยสังคมสงเคราะห์ และผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิในการรักษายาบาลที่จำเป็น (หมายถึงผู้ป่วยพระบรมราชานุเคราะห์ ผู้ป่วย พอ.สว. ผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพ และผู้ป่วยประกันสังคม) ทางโรงพยาบาลฯ จะใช้ยาตามบัญชียาหลักเท่านั้น โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

- (1) ยา ต้นแบบ (Original)ที่มียาในชื่อ Generic ในบัญชียาโรงพยาบาล ผู้ป่วยทุกประเภทจะต้องชำระเงินค่ายาเองโดยไม่สามารถเบิกสวัสดิการได้
- (2) ยาเงินสด หรือยาห้ามสงเคราะห์ หมายถึง ยาที่อยู่ในบัญชียาหลัก แต่มีราคาสูงและมียา กลุ่มอื่นที่ใช้ในการรักษาในข้อบ่งชี้เดียวกันให้เลือกใช้แทนได้ หรือบางรายการเป็นยาใช้เฉพาะโรค ซึ่งงดเว้นการให้สงเคราะห์ในทุกกรณี เช่น น้ำยาล้างไต ยามะเร็งนอก Protocol ยารักษาผู้มีบุตรยาก วัคซีนป้องกันโรค ยาที่ใช้ในการปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น การสั่งใช้ยาในกลุ่มนี้กับผู้ป่วย

โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ป่วยประกันสังคม ซึ่งเกินข้อกำหนดในการให้การรักษา แก่ผู้ป่วยตามระเบียบกลางของสำนักงานประกันสังคม ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องชำระเงินในส่วนนี้เอง หากมีความจำเป็นต้องใช้ให้ปฏิบัติ ดังนี้

■ **ผู้ป่วยนอก** แพทย์ผู้รักษาจะต้องระบุเหตุผลและข้อบ่งชี้อย่างชัดเจนผ่านอาจารย์แพทย์ส่งงานสิทธิประโยชน์ เพื่อเสนอขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายโรงพยาบาลหรือผู้ปฏิบัติราชการแทน

■ **ผู้ป่วยใน** แพทย์ผู้รักษาจะต้องระบุเหตุผลและข้อบ่งชี้อย่างชัดเจนโดยผ่านความเห็นชอบจากหัวหน้าภาควิชาต่างๆ และส่งมาที่งานสิทธิประโยชน์ เพื่อเสนอขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล หรือผู้ปฏิบัติราชการแทนตามลำดับก่อนใช้ยา

(3) ยาที่ไม่มีจำหน่ายในโรงพยาบาล ห้ามแพทย์สั่งใช้กับผู้ป่วยสงเคราะห์ และผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลที่จำเป็น

(4) มาตรการใช้ยาเหลือค้างที่ติดผู้ป่วย

มติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลฯ ครั้งที่ 8/2529 วันที่ 4 ธันวาคม 2529 กำหนดว่ายาที่แพทย์สั่งใช้สำหรับผู้ป่วยหอบหืด หากมียาเหลือค้างอยู่ให้ส่งคืนเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อหักเงินคืนในส่วนที่บรรจุแผง ยาฉีด ยาเม็ดเปลือยที่ยังไม่หมดอายุ ยกเว้น ยาน้ำเตรียมพิเศษ, ยาครีมที่เป็นตลับ

(5) ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

1. สั่งใช้ตามข้อบ่งชี้

■ ข้าราชการ เบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลได้

■ ผู้ป่วยประกันสังคม , ผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพแพทย์ผู้รักษาสั่งใช้ยาเสนอผ่านงานสิทธิประโยชน์ ประเมินเศรษฐฐานะ/สิทธิพึงมีพึงได้ เพื่อขออนุมัติจากผู้ช่วยคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการก่อนรับยา

2. สั่งใช้นอกข้อบ่งชี้

จะต้องจ่ายเงินเองหรือเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ หากแพทย์ต้องการให้เบิกได้หรือไม่ต้องจ่ายเงิน ให้ขออนุมัติจากประธานกรรมการยาและคณบดีโดยผ่านทางฝ่ายเภสัชกรรม

**แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับรายการยาที่ต้องขออนุมัติพิเศษ (เร่งด่วน) ในการสงเคราะห์**

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลฯ ครั้งที่ 4/2532 วันที่ 19 กันยายน 2532 กำหนดดังนี้

(1) ให้แพทย์ผู้รักษาเขียนเหตุผลแยกต่างหากจากใบสั่งยาเมื่อต้องใช้ฉุกเฉิน และ เมื่อต้องขออนุมัติจากหัวหน้าภาควิชา หรือผู้แทนแต่ละภาค หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลฯ ในการขอเร่งด่วนแต่ละครั้งจะให้ยาได้เพียงครั้งเดียว และต้องรอการอนุมัติของหัวหน้าภาควิชาหรือผู้แทนก่อนจึงจะใช้ครั้งต่อไปได้ ผู้ป่วยที่ Admit หลายครั้งมีสิทธิใช้เร่งด่วน 1 ครั้ง ได้ทุกคราวที่ Admit ใหม่ แต่ไม่ควรทำเช่นนั้น

(2) ในกรณีนอกเวลาราชการ เมื่อแพทย์ขอใช้เร่งด่วน 1 ครั้งแล้ว ต้องขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนอกเวลาราชการ หรือหัวหน้าภาควิชา หรือผู้แทนภาควิชาในครั้งต่อไป

(3) ยามะเร็งนอก protocol ที่ห้ามสงเคราะห์ ห้ามสงเคราะห์ตั้งแต่ต้นไม่มีกรณีเร่งด่วน

(6) แนวทางการแจ้งเปลี่ยนแปลง / ยืนยันการสั่งใช้ยา

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลฯ ครั้งที่ 8/2539 วันที่ 21 ตุลาคม 2539 กำหนดว่า นักสังคมสงเคราะห์จะส่งใบแจ้งเปลี่ยนแปลง/ ยืนยันการสั่งใช้ยาให้แก่แพทย์ ผู้รักษาทุกครั้งเมื่อการรักษาที่จะต้องสงเคราะห์มากกว่า 2,000 บาท ซึ่งเกินอำนาจอนุมัติของนักสังคมสงเคราะห์ หรือแม้ไม่เกิน 2,000 บาท แต่มียาในกลุ่มยาเงื่อนไขพิเศษตามที่โรงพยาบาลกำหนด เช่น ยาเงินสด ยาเบิกไม่ได้ แพทย์ผู้รักษาจะต้องระบุเหตุผลและข้อบ่งชี้ชัดเจน และในกรณีที่ผู้ป่วยต่างจังหวัดและคาดว่าจะต้องให้แพทย์ในภูมิลำเนาเดิมของผู้ป่วยดูแลรักษาต่อ ขอให้ช่วยเขียนใบส่งต่อ (refer) ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อความสะดวกของ ผู้ป่วยต่อไป

(7) แนวทางการจ่ายยาให้ผู้ป่วย refer ที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน หรือให้กลับโรงพยาบาลต้นสังกัด

จากรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ครั้งที่ 11/2547 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2547 ที่ประชุมเห็นชอบให้โรงพยาบาล กำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายยาให้ผู้ป่วย refer ที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน หรือให้กลับโรงพยาบาลต้นสังกัด ดังนี้

- ผู้ป่วย 30 บาท / ผู้ป่วยประกันสังคม การสั่งยากลับบ้านไม่ควรเกิน 14 วัน และ/หรือไม่เกิน 40,000 บาท และให้แพทย์เขียนคำแนะนำให้ไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลหลัก
  - จากนโยบายกรรมการประจำคณะแพทยศาสตร์และคณะกรรมการบริหารระบบยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (กบย.) กำหนดให้การสั่งยากลับบ้านของผู้ป่วยทุกสิทธิ์ ไม่ควรเกินวงเงิน 3 วัน ไม่เกิน 5,000 บาท โดยระบบคอมพิวเตอร์จะสามารถสั่งยาเป็นผู้ป่วยนอกได้หลังจำหน่ายผู้ป่วย 1 วัน โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 16 มกราคม 2551 เป็นต้นไป
- \*\*หมายเหตุ** มีแผนผังสรุปการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

## ทีมช่วยฟื้นคืนชีพฉุกเฉิน

1. ทีมช่วยฟื้นคืนชีพ ประกอบด้วยบุคลากรจากหน่วยงาน ซึ่งจะทำหน้าที่ ดังนี้
    - ทีมช่วยฟื้นคืนชีพ ประกอบด้วย อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ (กรณีผู้ป่วยเด็กมีกุมารแพทย์แทนอายุรแพทย์) กรณี CPR ที่ห้องฉุกเฉิน หัวหน้าทีม CPR เป็นอาจารย์แพทย์ห้องฉุกเฉิน
    - อายุรแพทย์ หรือกุมารแพทย์เป็นผู้นำ (leader) ของทีมฟื้นคืนชีพ มีหน้าที่ควบคุมขั้นตอนการฟื้นคืนชีพ การให้ยาและพิจารณาทำ Defibrillation (ตั้งเอกสารที่แนบมา เรื่องบทบาทหน้าที่และแนวทางการปฏิบัติงานของทีมฟื้นคืนชีพ)
    - วิสัญญีแพทย์ ทำหน้าที่ดูแล ทางเดินหายใจ เปิดหลอดเลือด ทั้งก่อนและหลังใส่ท่อช่วยหายใจ
    - ศัลยแพทย์ ทำหน้าที่ทำหัตถการที่เร่งด่วน (emergency) เช่น venous access, ใส่ ICD เป็นต้น
    - พยาบาลหอผู้ป่วยเตรียมพร้อมรถ Emergency, Defibrillator และอุปกรณ์ให้ออกซิเจน จัดสถานที่และอุปกรณ์ที่จำเป็น
- \*\*หมายเหตุ** แพทย์ทุกคนรวมทั้งผู้นำ (leader) มีหน้าที่ทำการฟื้นคืนชีพ ร่วมกันรวมทั้งการทำ chest compression และต้องปฏิบัติหน้าที่จนเสร็จสิ้นการ CPR

บุคลากรทีมช่วยฟื้นคืนชีพจากหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่

- อายุรแพทย์ เป็นแพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์ใช้ทุนปี 2 ขึ้นไป ที่ได้ผ่านการอบรมจากหน่วย cardiology แล้ว
- กุมารแพทย์ เป็นแพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์ใช้ทุน ปี3, ปี4 ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
- วิสัญญีแพทย์ เป็นแพทย์ประจำบ้าน หรือแพทย์ใช้ทุน first call, second call ภาควิชาวิสัญญีวิทยา

- คัลยแพทย์ ได้แก่
  - ในเวลาราชการ ได้แก่ แพทย์ใช้ทุน/แพทย์ประจำบ้านที่ประจำหอ  
อภิบาลผู้ป่วยหนัก (SICU) กรณีไม่มีให้แพทย์ใช้ทุน/แพทย์ประจำ  
บ้านชั้นปีที่ 2 ขึ้นไป ที่หมุนเวียนการปฏิบัติงานจากสายต่าง ๆ  
มาช่วยงานตามความเหมาะสม
  - นอกเวลาราชการ ได้แก่ แพทย์ใช้ทุน/แพทย์ประจำบ้าน ปีที่ 2  
ขึ้นไปไม่นับ intern
- พยาบาลหอผู้ป่วย เป็นพยาบาลอาวุโสที่ปฏิบัติงานในผลัดนั้น
- ให้ภาควิชาที่เกี่ยวข้องจัดตารางเวรผู้รับผิดชอบ มอบหมายงานใน  
แต่ละเดือนให้ชัดเจน

## 2. การเรียกทีมช่วยฟื้นคืนชีพและการติดต่อสื่อสาร

- พยาบาลหรือแพทย์ผู้พบเหตุการณ์เป็นผู้เรียกทีมช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อ  
ต้องการ resuscitate ผู้ป่วย
- การเรียกหอผู้ป่วยโทรศัพท์แจ้งโอเปอเรเตอร์ที่ 1234 เพื่อประกาศเรียก  
ทีมช่วยฟื้นคืนชีพ
- หอผู้ป่วยมีหน้าที่ตามทีมแพทย์เจ้าของไข้ด้วย

## 3. ความรับผิดชอบของแพทย์เจ้าของผู้ป่วย

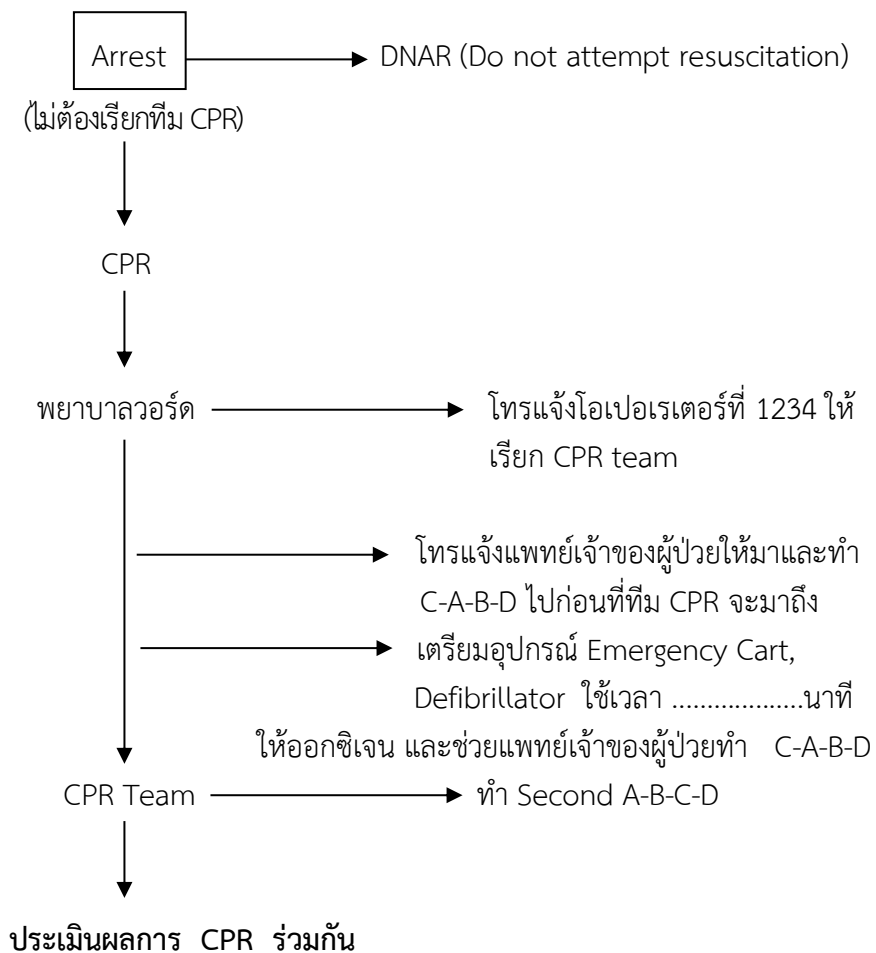
- ทำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต้น (First C-A-B-D) ระหว่างรอทีมช่วยฟื้นคืนชีพ
- ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยต่อเนื่อง หลังผ่านภาวะวิกฤต
- พิจารณา consult แพทย์ร่วมดูแลผู้ป่วยระยะยาว
- รับผิดชอบการสื่อสารทำความเข้าใจกับญาติผู้ป่วย

## 4. การสิ้นสุดและการประเมินผลการช่วยฟื้นคืนชีพ

- เมื่อหมดความจำเป็นของ CPR และแพทย์เจ้าของผู้ป่วยดูแลผู้ป่วย  
ต่อไปได้

- ให้ทีมช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นผู้ประเมินผลการช่วยฟื้นคืนชีพในแต่ละครั้ง  
ตามแบบฟอร์มที่คณะทำงาน กำหนดและส่งให้ประธานคณะทำงาน  
จัดทีม CPR ติดตามผลและวิเคราะห์

### แผนปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพฉุกเฉิน



### สรุป CPR Team มีบทบาทและหน้าที่ ดังนี้ :-

	วิสัญญีแพทย์	อายุรแพทย์ / กุมารแพทย์	ศัลยแพทย์	ทีมพยาบาลวอร์ด
<b>บุคคล</b>	แพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์ใช้ทุน First call, second call ที่อยู่เวรนั้นๆ	อายุรแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน หรือ แพทย์ใช้ทุนปี 2 ขึ้นไป	แพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์ใช้ทุนปี3, ปี4	พยาบาลอาวุโสที่อยู่เวรวันนั้นๆ
<b>หน้าที่</b>	(24 ชั่วโมง) Airway Management IV access	กุมารแพทย์ (กรณีผู้ป่วยเด็ก) แพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์ใช้ทุนปี 3, ปี4 Team leader, การใช้ยา Defibrillation	ทำหัตถการที่ emergency เช่น cut down ใส่ ICD, ฯลฯ	เตรียมอุปกรณ์การ CPR ให้พร้อม

### การดูแลผู้ป่วยภายหลัง CPR

- ภายหลัง CPR แล้ว การเฝ้าดูแลรักษาผู้ป่วยให้เป็นหน้าที่รับผิดชอบของแพทย์เจ้าของผู้ป่วยและหากผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านอายุรกรรมหรือกุมารเวชกรรมให้ consult เป็นรายๆ แล้วแต่กรณี
- ถ้าผู้ป่วย arrest ซ้ำอีก ไม่ต้องเรียกทีม CPR แล้วให้แพทย์เจ้าของผู้ป่วย consult เฉพาะทางไป เช่น consult medicine ในการให้ยาหรือทำ Defibrillation เป็นราย ๆ แล้วแต่กรณี
- แพทย์เจ้าของผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบพูดคุยกับญาติผู้ป่วยที่ arrest เป็นระยะๆ

### การปฏิบัติเกี่ยวกับเวรทีม CPR ภาควิชาอายุรศาสตร์ มีรายละเอียดต่อไปนี้

1. เวลา 08.00 น. – 16.00 น. ให้ Chief ICU เป็นผู้รับผิดชอบ และตามได้ที่หมายเลข 1375
2. เวลา 16.00 น. – 08.00 น. ให้ Chief เวรอายุรกรรมตึกเก่า และตึกอุบัติเหตุเป็นผู้รับผิดชอบ

### การปฏิบัติเกี่ยวกับเวรทีม CPR ภาควิชาศัลยศาสตร์

1. ในเวลาราชการ ให้แพทย์ใช้ทุน/แพทย์ประจำบ้านศัลยกรรม ซึ่งประจำที่หอผู้ป่วย SICU เป็นผู้รับผิดชอบ โทร.1430 หรือแพทย์ใช้ทุน/แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ CPR
2. นอกเวลาราชการและวันหยุด ให้แพทย์ใช้ทุน/แพทย์ประจำบ้าน เวร ICU

### การจัดการและกระบวนการ (พยายาม) ยุติปัญหา

เมื่อแพทย์รับทราบว่าคุณ (อาจจะ) ถูกดำเนินการร้องเรียนหรือฟ้องร้อง ซึ่งหากโจทก์แจ้งผ่านทางหมายศาลหรือจดหมายยื่นโน้ตีส แพทย์ควรปฏิบัติดังนี้

**1. แจ้งผู้อำนวยการฝ่ายแพทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรรมการผู้จัดการแพทย์ที่ปรึกษาด้านนิติเวชศาสตร์(ถ้ามี) หัวหน้าRisk management team (ถ้ามี) และนิติกรหรือที่ปรึกษากฎหมายประจำสถานพยาบาล (ถ้ามี) ในโอกาสแรกที่แพทย์สามารถจะทำได้..ขั้นตอน การต่อสู้คดีโดยเฉพาะกระบวนการทางศาลนั้น มีเทคนิคทางระยะเวลาที่จำเลยต้องใช้ในการขอเวลายื่นคำให้การ..การขอแก้ไขเพิ่มเติมคำให้การยื่นบัญชีพยาน..การอ้างเอกสารเป็นพยาน ฯลฯ ซึ่งยังมีเวลาเตรียมการมากเท่าใด ความประณีตและความพิถีพิถันในการต่อสู้คดีก็กระทำได้รอบคอบมากขึ้นเท่านั้น แพทย์และโรงพยาบาลพึงจัดทำแฟ้มคดีนี้แยกต่างหากจากเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อใช้เฉพาะเก็บ (สำเนา) เอกสารในคดีนี้ อันจะมีเพิ่มต่อไปเรื่อย ๆ**

**2.อย่า (แม้แต่คิด) เปลี่ยนแปลงแก้ไขเวชระเบียนด้วยวิธีใดๆ** ในเวลาที่แพทย์ได้รับหมายศาลหรือจดหมายยื่นโน้ตีสนั้น เชื่อได้ว่าฝ่ายโจทก์มีสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยอยู่ในมือเรียบร้อยแล้ว หากแพทย์แก้ไขถ้อยคำหรือเปลี่ยนแปลงเอกสารใดๆ ในเวชระเบียนจำเลยแพทย์ไม่สามารถอธิบายอย่างมีเหตุผลให้ศาลเข้าใจได้ว่าความแตกต่างเกิดจากเหตุใด แพทย์ก็ต้องเป็นจำเลยเพิ่มในอีกคดีหนึ่งคือ คดีความผิดฐานปลอมใช้ หรืออ้างเอกสารปลอม ความเสียหายนั้นจะกระทบต่อการฟ้องร้องแพทย์และโรงพยาบาลในคดีเดิม จำเลยแพทย์จะมีความลำบากอย่างยิ่งในการให้การเพื่อพิสูจน์ความสุจริตในการรักษาพยาบาลของตน

**3. อย่าปรึกษาคดีกับผู้อื่นโดยไม่มีเหตุผลสำคัญ** ถ้าแพทย์ต้องการปรึกษาคดีกับผู้อื่นนอกเหนือจากบุคคลในข้อ 1 หรือ เพียงแค่ต้องการระบายหรือร่ำพันความทุกข์ยากที่ประสบให้บุคคลอื่นให้รับรู้ พึงจดชื่อและวัน..เวลาที่พูดคุยไว้ในบันทึกส่วนตัว เพราะจะมีประโยชน์มากในเวลาที่สูงสั้วว่าทำไมฝ่ายโจทก์ถึงรู้ข้อมูลปกปิดบางอย่างได้รวดเร็วเท่าพันฝ่ายจำเลย



**4.อย่าถกแถลงคดีกับผู้ป่วย** แพทย์ส่วนใหญ่คิดว่าถ้าได้อธิบายข้อเท็จจริงให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจผู้ป่วยจะยุติเรื่องหรือถอนฟ้อง จึงพยายามจัดการโดยการติดต่อกับผู้ป่วยด้วยตนเองเพื่อชี้แจงหลักการและเหตุผลให้ผู้ป่วยเข้าใจ แต่ในขณะคดีเริ่มขึ้นนั้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์อยู่ในระดับต่ำมาก ฝ่ายโจทก์มีแนวโน้มที่จะรับรู้และแปลผลข้อมูลที่แพทย์พยายามอธิบายไปในทางที่เลวร้ายลงกว่าเดิม

**5.อย่าถกแถลงคดีกับทนายโจทก์** แพทย์ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย จึงถือเป็นข้อต้องห้าม ในการสนทนากับทนายโจทก์ไม่ว่าต่อหน้าหรือทางโทรศัพท์ ยกเว้นในภาวะจำเป็นในช่วงนัดเจรจาต่อรอง ซึ่งต้องทำการบ้านร่วมกับทนายจำเลยก่อน และขณะเจรจาต่อรองต้องมีทนายจำเลยอยู่ด้วยเสมอ

**6.อย่าพยายามแสวงหาข้อเสนอแนะทางกฎหมายเพิ่มเติมจากบุคคลอื่น** กลุ่มบุคคลในข้อ 1. ถือเป็นผู้ร่วมชะตากรรมโดยตรงกับจำเลยแพทย์หากจำเป็นต้องใช้บุคลากรเพิ่มเติมมาเสริมทีมควรได้รับฉันทานุมัติจากกลุ่มบุคคลดังกล่าวก่อน ส่วนความพยายามหาแนวร่วม ความสงสารห่วงใยและความเห็นใจจากกลุ่มพลังต่างๆ โดยการแสดงปาฐกถาหรือพูดคุยในที่สาธารณะไม่พึงกระทำอย่างยิ่ง (เหตุผลดูข้อ 3)

**7.อย่าเปรียบเทียบคดีของท่านกับคดีของแพทย์ท่านอื่น** ไม่มีทางที่คดีใด ๆ จะเหมือนกันทุกประการ อย่าได้คิดว่าหาข้อเท็จจริงในคดีของท่านไปซ้ำกับคดีอื่นแล้วผลที่ศาลตัดสินจะต้องออกมาเหมือนกัน เช่น แพทย์สามารถจะยุติคดีได้ด้วยการจ่ายค่าสินไหมทดแทนในจำนวนเดียวกัน ต้องไม่ลืมนึกว่าแรงบันดาลใจในการฟ้องคดีของโจทก์นั้นอาจต่างกัน

**8.อย่าถกแถลงคดีกับสื่อมวลชน** แพทย์ไม่พึงระบายอารมณ์โกรธหรือกล่าวแสดงความน้อยเนื้อต่ำใจในชะตาชีวิตลงบนหน้าหนังสือพิมพ์ หรือออกรายการวิทยุ โทรทัศน์ เพราะนอกจากจะไม่ใช้วิธีของมืออาชีพแล้ว การกระทำ

ในข้อนี้รวมถึงข้อ 3. และข้อ 6. ก็คือแพทย์กำลังเสี่ยงต่อการกระทำความผิดฐานเปิดเผยความลับของผู้ป่วยและความผิดฐานหมิ่นประมาทอีกด้วย

**9.ไตร่ตรองให้กระจ่างว่าผู้ป่วยหรือญาติประสงค์สิ่งใด** ต้องทนายใจผู้ป่วยหรือญาติที่ทำการร้องเรียนให้ใกล้เคียงความถูกต้องว่าต้องการอะไรจากการร้องเรียนครั้งนี้ เช่น ต้องการให้แพทย์อธิบายความจริงที่เกิดขึ้นทั้งหมด เพราะที่ผ่านมาแพทย์เอาแต่โยนความผิดให้ผู้ป่วย ญาติหรือบุคลากรทางการแพทย์คนอื่นๆ หรือเอาแต่หลบหน้าตลอด หรือต้องการมาตกลงเรื่องค่าสินไหมทดแทน

**10.เลือกผู้ไกล่เกลี่ยและ/หรืออนุญาโตตุลาการ (Mediator/Arbitrator) ให้ถูกต้องด้วยวัฒนธรรมประเพณีประนอม อโหสิกรรม และค่านิยมไม่ขอค่าความในสังคมไทย** มีความเป็นไปได้ตลอดกระบวนการร้องเรียนที่ผู้ป่วยหรือญาติจะยุติคดีไปเอง ซึ่งไม่ค่อยพบในประเทศอื่น อย่างไรก็ตามสิ่งนี้จะไม่เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติจำต้องอาศัยผู้ไกล่เกลี่ย การเจรจาประนีประนอมให้เรื่องร้ายกลายเป็นดี. ผู้ไกล่เกลี่ยผู้นี้จะต้องเลือกสรรจากบุคคลผู้เป็นที่เคารพผู้มีอิทธิพลต่อความคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วยหรือญาติอย่างสูง

## หมวดที่ ๓ หน้าที่ของแพทย์ใช้ทุน

### 1. ลักษณะงาน

ใช้ปัญญาความรู้ในการแก้ปัญหาโดยใช้ข้อมูล เหตุผล และการพินิจพิจารณาโดยถ่องแท้ รอบคอบทั้งทางกว้างและทางลึก ในการปฏิบัติราชการดูแลรักษาผู้ป่วย

- (1) มีสติสัมปชัญญะ ไม่ประมาท ไม่ใช้อารมณ์ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ปิยวาจาแก่ผู้รับบริการ
- (2) ขยันหมั่นเพียร ศึกษา ฝึกปฏิบัติ วิจัย เพิ่มพูนความรู้ พัฒนาตนเองในด้านวิชาการให้ทันสมัยอยู่เสมอ
- (3) ทำหน้าที่เป็นที่รักษาพยาบาล โดยเคารพสิทธิผู้ป่วยและปฏิบัติตามข้อตกลงกับนโยบายของโรงพยาบาล
- (4) มีความรับผิดชอบต่อสังคม ดูแลรักษา ให้คำปรึกษา ทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีของสังคม
- (5) แพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ต้องปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะให้ครบทุกวิชาในสาขาหลัก (สาขาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา กุมารเวชศาสตร์ เวชปฏิบัติทั่วไป เวชศาสตร์ฉุกเฉิน หรือวิชาเลือกอื่น ๆ) รวมระยะเวลาการฝึกปฏิบัติงานแล้วจะต้องไม่ต่ำกว่า 80% ของแต่ละสาขาวิชารวมทั้ง Elective
- (6) เมื่อปฏิบัติงานครบ 42 เดือน มีสิทธิ์สมัครสอบขอวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะทางหรือครบ 60 เดือน
- (7) การสับเปลี่ยนหมุนเวียนไปฝึกปฏิบัติงานที่ภาควิชาเห็นสมควรหรือหมุนเวียนไปปฏิบัติงานบริการของโรงพยาบาล

### 2. การปฏิบัติงานที่ภาควิชา

แพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์ประจำบ้าน (ยกเว้นสาขาประเภท 1 ฟรีคลินิก) แต่ละคนจะต้องปฏิบัติงานในภาควิชาที่เลือกไว้ตั้งแต่ปีที่สองจนถึงปีสุดท้าย การปฏิบัติงานต่างๆ ให้เป็นไปตามที่แต่ละภาควิชากำหนดไว้ โดยหลักกว้างๆ จะประกอบด้วย การตรวจผู้ป่วยนอก การดูแลผู้ป่วยใน การผ่าตัดหรือทำหัตถการต่าง การเรียนการสอนของแพทย์ใช้ทุน หรือแพทย์ประจำบ้าน และนักศึกษาแพทย์ และกิจกรรมวิชาการของภาควิชา และของคณะฯ รวมทั้งการอยู่เวรปฏิบัติงานประจำ หอผู้ป่วยและการปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉิน

#### การดูแลผู้ป่วยนอก

แพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์ประจำบ้าน จะต้องออกตรวจผู้ป่วยนอกที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกตามวันเวลาที่ภาควิชากำหนด

1. การเขียนใบส่งตรวจวินิจฉัยโรคทุกชนิด แพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์ประจำบ้านควรเป็นผู้เขียนรายละเอียดต่างๆ ด้วยตนเองและเซ็นชื่อกำกับทุกครั้ง
2. การเขียนใบสั่งยาผู้ป่วยนอก จะต้องปฏิบัติโดยใช้คอมพิวเตอร์ในการสั่งยา
3. การทำหัตถการต่าง ๆ หรือการผ่าตัดเล็กที่ห้องทำแผลฉีดยาและห้องผ่าตัด พยาบาลจะเป็นผู้เขียนแจ้งคำรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยไปจ่ายเงินที่แผนกการเงินบริเวณห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก
4. การตรวจพิสูจน์ผู้เสพยาเสพติด ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลฯ ครั้งที่ 3/2540 วันที่ 1 มีนาคม 2540 มีมติว่า การตรวจพิสูจน์ผู้เสพยาเสพติดที่ถูกจับกุมและต้องสงสัยว่าเสพยาเสพติดให้โทษ โดยเฉพาะยาไอและยาหัวสายและเพื่อเป็นการช่วยเหลือสังคม ทางโรงพยาบาลยินดีให้ความร่วมมือสถานีตำรวจภูธร

อำเภอขนาดใหญ่ โดยขอให้ มีหลักฐานการร้องขอให้ตรวจผู้ต้องสงสัยจากเจ้าหน้าที่ตำรวจเป็นลายลักษณ์อักษร ส่วนค่าตรวจทางโรงพยาบาลฯ ควรสนับสนุนการปราบปรามต่อต้านยาเสพติด ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่าตรวจได้ ทางโรงพยาบาลคงต้องรับภาระส่วนนี้

## การดูแลผู้ป่วยใน

แพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์ประจำบ้าน จะต้องออกตรวจผู้ป่วยนอกที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกตามวันเวลาที่ภาควิชากำหนด

### ■ แพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์ประจำบ้านที่เป็นเจ้าของผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติ ดังนี้

- บันทึกประวัติในเวชระเบียนตั้งแต่แรกรับและการดำเนินโรคต่าง ๆ
- สรุปผลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านหรือเสียชีวิต
- เขียนใบสรุปการรักษาพยาบาลสรุปให้เรียบร้อยภายใน 24 ชั่วโมง
- หลัง discharge ซึ่งมีฉบับตัวจริงและสำเนาฉบับตัวจริงจะมอบให้แก่ผู้ป่วยถือไว้ สำเนาจะเก็บไว้ที่ โรงพยาบาลพร้อมกับข้อมูลตอบกลับ โรงพยาบาลรับ Refer ผู้ป่วย

### ■ การเขียนใบส่งตรวจวินิจฉัยโรคทุกชนิด

แพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์ประจำบ้านควรเป็นผู้เขียนรายละเอียดหรือแนะนำให้นักศึกษาแพทย์เขียนทุกครั้งด้วยตนเองในเวลาที่สูงการรักษา และควรลงลายมือชื่อกำกับทุกครั้ง

### ■ การเขียนใบสั่งยาผู้ป่วยใน

แพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์ประจำบ้าน ควรเขียนใบสั่งยาทันทีเมื่อมีการสั่งยาใหม่ การสั่งยาทุกครั้งฝ่ายเภสัชกรรมจะจ่ายยาให้ไม่เกิน 5 วัน ยกเว้นยาที่คิดว่าจำเป็นต้องใช้นานกว่านั้นให้เขียนระบุเป็นแต่ละรายการไป การสั่งยาที่มีราคาแพง ยาเงินสดหรือยานอกบัญชียาหลักสำหรับข้าราชการและผู้ป่วยสังคมสงเคราะห์ ควรแนะนำให้ญาติผู้ป่วยไปซื้อยาเงินสดเหล่านั้นด้วยตนเอง ถ้าหาก

เกิดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยานอกเวลาราชการขอให้แพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์ประจำบ้านติดต่อกับห้องจ่ายจ่ายฉุกเฉินนอกเวลาราชการ

### ■ การให้เลือดและสารเลือดต่างๆ รวมทั้งการฉีดยาจำพวกยารักษา มะเร็งเข้าเส้นเลือด

ควรถือเป็นหน้าที่ของแพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์ประจำบ้าน รวมถึงการควบคุมดูแลให้นักศึกษาแพทย์ปฏิบัติอย่างใกล้ชิดเพื่อจะได้แก้ไขภาวะข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ทันที่

### ■ การอยู่เวร / การแลกเปลี่ยนเวร

แพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์ประจำบ้านทุกคนจะต้องอยู่เวรประจำหอผู้ป่วยและเวรรับปรึกษาระหว่างแผนกหรือห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการ ตามวันและเวลาที่ภาควิชาแลโรงพยาบาลฯ กำหนด

- การอยู่เวรประจำหอผู้ป่วย จะต้องดูแลผู้ป่วยทั้งหมดในทุกๆ ด้านตามที่ภาควิชากำหนด แพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์ประจำบ้านที่อยู่เวรประจำหอผู้ป่วยนอกเวลาราชการทุกคนจะต้องพักอยู่ในบริเวณที่ภาควิชากำหนดให้ใกล้เคียงกับบริเวณหอผู้ป่วยเพื่อจะได้แก้ไขเหตุการณ์ฉุกเฉินได้ทันที่

- การแลกเปลี่ยนเวร จะต้องแจ้งให้หัวหน้าภาควิชาและหอผู้ป่วยทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 2 วัน

■ แพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์ประจำบ้าน ที่อยู่เวรรับปรึกษาระหว่างแผนกหรือห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการทุกคนจะต้องอยู่ในบริเวณที่ภาควิชากำหนดเพื่อจะได้รับปรึกษาได้อย่างทันที่ที่ภายในเวลาที่ตกลงประกันคุณภาพ

▪ **การเขียนใบรับรองแพทย์/ใบชั้นสูตรบาดแผล**

การเขียนใบรับรองแพทย์ แพทย์ใช้ทุนสามารถเขียนให้ผู้ป่วยได้ แต่ขณะเขียนให้เขียนด้วยความรอบคอบ ระมัดระวังและเมื่อออกใบรับรองแพทย์แล้วจะต้องเขียนรายละเอียดใน OPD Card ด้วยทุกครั้ง ดังนี้

- **กรณีที่เป็นผู้ป่วยใน** และมีแพทย์หลายท่านดูแลร่วมกัน และไม่ส่งปรึกษานิติแพทย์ ให้ส่งใบรับรองแพทย์หรือใบชั้นสูตรบาดแผลให้แก่แพทย์ผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยยึดหลักเกณฑ์ความจำเป็นเร่งด่วนในการรักษาผู้ป่วยเมื่อแรกรับเป็นผู้ให้ความเห็นคนแรก

- **กรณีเป็นผู้ป่วยนอก** มารับการรักษาหลายห้องตรวจ ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฯ หรือผู้ปฏิบัติราชการแทนเป็นผู้พิจารณาอนุญาตให้ถ่ายเอกสารที่ เกี่ยวข้อง

**3. การปฏิบัติงานห้องฉุกเฉิน (ER)**

การจัดเวรที่ ER	วันราชการ	วันหยุดราชการ
• <b>เวรเช้า</b> (08.00 – 16.00 น.)	<b>4-5 คน</b> • มีแพทย์ภาควิชาเวชศาสตร์ ฉุกเฉินอยู่อย่างน้อย 1 คน	<b>5 คน</b> • มีแพทย์ภาควิชาเวชศาสตร์ ฉุกเฉินอยู่อย่างน้อย 1 คน
• <b>เวรบ่าย</b> (16.00 – 24.00 น.)	<b>4-5 คน</b> • มีแพทย์ภาควิชาเวชศาสตร์ ฉุกเฉินอยู่อย่างน้อย 1 คน	<b>5 คน</b> • มีแพทย์ภาควิชาเวชศาสตร์ ฉุกเฉินอยู่อย่างน้อย 1 คน
• <b>เวรดึก</b> (24.00 – 08.00 น.)	<b>2 คน</b> • มีแพทย์ภาควิชาเวชศาสตร์ ฉุกเฉินอยู่อย่างน้อย 1 คน	<b>2 คน</b> • มีแพทย์ภาควิชาเวชศาสตร์ ฉุกเฉินอยู่อย่างน้อย 1 คน

**การปฏิบัติงานห้องตรวจเวชปฏิบัติทั่วไป (GP)**

การจัดเวรที่ GP.	เวลาปฏิบัติงาน	ปฏิบัติงานเฉพาะวัน ราชการ
• ห้องตรวจ 1	เวลา 08.00 - 16.00 น.	1 คน
• ห้องตรวจ 2		1 คน
• ห้องตรวจ 3		1 คน
อาจารย์แพทย์ประจำห้องตรวจ GP ในวันทำการ เวลา 08.00 - 16.00 น. จำนวน 1 คน		

## มาตรการประกันคุณภาพและแนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์ใช้ทุน/ แพทย์ประจำบ้านการให้บริการ ณ ห้องฉุกเฉิน

โรงพยาบาลได้พยายามปรับปรุงการให้บริการของห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อตอบสนองต่อความเดือดร้อนและความคาดหวังของประชาชน ซึ่งนับวันจะเพิ่มปริมาณความซับซ้อนและปัญหามากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะปัญหาทางกฎหมายซึ่งอาจเกี่ยวพันถึงผู้ปฏิบัติงานด้วย

1. เน้นเรื่องความตรงต่อเวลา และควรมาปฏิบัติงานก่อนเวลาปฏิบัติงานจริงอย่างน้อย 5 - 10 นาที
2. การจัดเวรจะเน้นเรื่องความเหมาะสม ในการบริการการตรวจรักษาผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินเป็นสำคัญ โดยจัดให้มีแพทย์ประจำในเวรเช้าและบ่ายอย่างน้อยเวรละ 4-5 คน หากแพทย์ท่านใดที่มีความประสงค์จะแลกรเวร ให้เขียนใบแลกรเวรส่งอาจารย์ฉุกเฉินอย่างน้อย 3 วันทำการ โดยแพทย์แต่ละท่านจะอยู่เวร 25 เวร/เดือน โดยแบ่งเป็นเวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก
3. ห้ามอยู่เวรในช่วงเวลาที่มีเรียน/สอบ ยกเว้นกรณีที่มีการเรียนรวม/สอบพร้อมกันทั้งชั้นปี
4. แพทย์ใช้ทุน/แพทย์ประจำบ้าน ห้ามอยู่เวรติดต่อกันเกินกว่า 16 ชั่วโมง และห้ามอยู่เวรดึกต่อเช้า และห้ามอยู่เวรบ่ายต่อดึก และห้ามอยู่เวรดึกต่อเวรเชาปฏิบัติทั่วไป
5. แพทย์ทุกท่านควรแต่งกายเหมาะสม ใช้อาสาสุภาพทั้งกับคนไข้และผู้ร่วมงาน (พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เวิร์กเพล เจ้าหน้าที่เอ็กซเรย์ ฯลฯ)
6. แพทย์เวรทุกท่านควรให้บริการรักษาคนไข้ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อสำรองพื้นที่ไว้สำหรับให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน

7. จัดการอย่างรวดเร็ว รวมทั้งไม่พิจารณาให้การรักษา หรือ/ทำหัตถการที่ห้องฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น
8. ผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ควรบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยให้เสร็จสิ้นภายใน 6 ชั่วโมง
9. ในเวรเช้า/บ่าย จะกำหนดให้แพทย์ใช้ทุนที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริการตรวจผู้ป่วย non-emergency โดยเฉพาะ ซึ่งจะทำเครื่องหมายกำกับไว้ในตารางเวร
10. ให้ปรึกษาอาจารย์แพทย์ฉุกเฉินก่อนการปรึกษาแพทย์ต่างแผนก
11. การส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย ได้แก่ CT ,Ultrasound ให้ปรึกษาแพทย์ฉุกเฉินหรือแพทย์เฉพาะทางก่อนเสมอ
12. ผู้ป่วยที่รอรับเข้าหอผู้ป่วยสังเกตอาการต้องปรึกษาอาจารย์แพทย์ฉุกเฉินก่อนเสมอ ซึ่งควรเป็นผู้ป่วยที่ใช้เวลาสังเกตอาการไม่เกิน 24 ชั่วโมง
13. เมื่อเกิดกรณีพิพาทไม่ว่ากรณีใด ให้แจ้งอาจารย์แพทย์ฉุกเฉินทันที

กรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล หรือต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลข้างเคียง

- ① ผู้รับผิดชอบการส่งต่อ คือ แพทย์และอาจารย์แพทย์เฉพาะทางเท่านั้นและระบุชื่ออาจารย์ในใบส่งต่อ และเวรระเบียบทุกครั้งส่งต่อ
- ② ตรวจสอบให้มั่นใจว่า ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพียงพอในการส่งต่อ
- ③ มีการประสานงาน กับแหล่งรับผู้ป่วยไว้เป็นอย่างดี และให้ข้อมูลมากเพียงพอในการดูแลต่อมีการชี้แจงญาติ/ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยจนเป็นที่เข้าใจดีแล้ว

ประเด็นสำคัญที่ต้องทำความเข้าใจกับแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้าน ดังนี้ :-

1. การให้บริการรักษาพยาบาลคนไข้ห้องฉุกเฉินทุกรายเป็นความรับผิดชอบของแพทย์เวรเท่านั้น การปฏิบัติงานของ Extern จะอยู่ภายใต้การดูแลกับการของแพทย์เวร และคณะแพทยศาสตร์ เพราะ Extern ยังมีสถานะเป็นนักศึกษา

2. ห้องฉุกเฉิน จะทำงานประสานกับทีมของภาควิชาต่าง ๆ ในลักษณะการ Consult ซึ่งแต่ละภาควิชาได้กำหนดมาตรฐานวิธีการประกันคุณภาพไว้แล้ว จึงเรียนย้ำมาว่ากระบวนการ Consult ขอให้ทำโดยเร็ว ทั้งผู้ Consult และผู้รับ Consult โดยคนที่รับ Consult ต้องให้ความสำคัญกับคนไข้ที่ ER และต้องรับจัดคนลงมาช่วย ER ซึ่งถือเป็นด่านหน้าของโรงพยาบาลฯ และมีอัตรากำลังอยู่จำกัด

1. อาจารย์แพทย์เวรแต่ละภาค มีความรับผิดชอบร่วมกับแพทย์ใช้ทุน/แพทย์ประจำบ้านเวรต่อการให้บริการคนไข้ที่ ER คนไข้ที่จำเป็นต้อง Admit คนไข้ที่มีปัญหาทางกฎหมาย คนไข้ที่จำเป็นต้อง Refer ด้วยสาเหตุใดก็ตามทุกราย แพทย์ใช้ทุนจะต้องรายงานเพื่อขออนุญาตการดำเนินการดังกล่าวทุกครั้ง ซึ่งมติของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลฯ ให้ถือเป็นความรับผิดชอบของอาจารย์แพทย์

2. การบันทึกเวชระเบียนให้กระชับสมบูรณ์ถือเป็นมาตรฐานคุณภาพ ที่สำคัญยิ่ง และจะเป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมายที่จะปกป้องแพทย์ผู้ดูแลคนไข้หากเกิดปัญหาการบันทึกย้อนหลังเมื่อเกิดปัญหาขึ้นแล้วจะเป็นผลเสียในด้านความเชื่อถือต่อตัวที่มีใช้ในโรงพยาบาลจะได้รับการตรวจสอบประเมิน เพื่อประกันคุณภาพอย่างเหมาะสม