



แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพประเภทรายบุคคล(KAIZEN)

(แบบฟอร์ม F-WI-RA-QS-201/03)

สำหรับงานพัฒนาคุณภาพงาน

เลขที่ผลงาน...../.....

วันลงทะเบียน.....

ชื่อ-สกุล สกุล นางสาว นลินธนา จริยเดช เบอร์ติดต่อ 02-2012984-5 Email Address nalintanatiipz@gmail.com

ภาควิชา/หน่วยงานประสานการส่งต่อผู้ป่วย งานบริหารการรักษายาบาล

ชื่อ-สกุล นางสาว นลินธนา จริยเดช รหัสบุคคล 009736 (ข้อมูลผู้รับเงินโอนเข้าบัญชีเงินเดือนผ่านรหัสบุคคลกรณีที่ผลงานผ่านเกณฑ์ - กรุณาระบุให้ครบ)

หมายเหตุ :- ผลงานทุกประเภทที่ส่งประกวดเป็นลิขสิทธิ์ของคณะฯ ห้ามมิให้ผู้ใดนำไปเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต

โปรดเขียน (✓) ในช่อง ☒ อนุญาตให้เผยแพร่ผลงานทางWebsite ☐ ไม่อนุญาตให้เผยแพร่ผลงานทางWebsite

ชื่อผลงาน CO-PAY ไทย ขาดไหนก็ใช้ได้

1.สภาพปัญหาก่อนปรับปรุง	2.กระบวนการปรับปรุง/สภาพหลังปรับปรุง																
เมื่อมีการรับ Refer ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นเข้ามารักษาใน รพ.รามาริบัติ ก่อนทำ Admit ญาติต้องเซ็น"หนังสือแสดงเจตนาการเข้ารับการรักษาและร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล" ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติเป็นฟอร์มภาษาไทย (เอกสารแนบ1) แต่พบว่า ญาติผู้ป่วยเป็นชาวต่างชาติเช่นผู้ป่วยเป็นคนไทยแต่สามีซึ่งเป็นญาติที่ต้องเซ็นเอกสารเป็นชาวต่างชาติ บันทึกรหัสเอกสารไม่ถูกต้องสาเหตุจากการสื่อสารด้วยภาษาที่แตกต่างกัน และใช้เวลาในการสื่อสารกับญาติให้เข้าใจ เพื่อให้บันทึกข้อมูลได้ถูกต้องทำให้มีการแก้ไขเอกสารที่ญาติบันทึก เนื่องจากเข้าใจผิดบ่อยครั้ง และทำให้ admit ลำบากส่งผลกระทบต่อได้รับการรักษาที่ล่าช้าตามไปด้วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่รับrefer มาแล้วต้องทำ หัตถการเร่งด่วน จึงได้จัดทำเอกสารตัวอย่างในการเซ็นฟอร์มให้กับญาติ ต่างชาติมาใช้ในหน่วยงานทำให้ลดเวลาในการอธิบายและญาติสามารถ บันทึกเอกสารได้ถูกต้อง รวมทั้งทำให้การทำ admit ผู้ป่วยได้รวดเร็ว ถูกต้องร้อยละ100และลดระยะเวลาในการอธิบายข้อมูลเฉลี่ยไม่เกินหรือเท่ากับ 3 นาที 1) เพื่อใช้เป็นตัวอย่างในการสื่อสารสำหรับญาติผู้ป่วยที่เป็นชาวต่างชาติ ในการเซ็นหนังสือแสดงเจตนาพร้อมจ่ายส่วนเกินจากสิทธิการรักษาพยาบาล ของผู้ป่วย ให้มีความถูกต้องเพิ่มมากขึ้น 2) เพื่อลดระยะเวลาในการอธิบายข้อมูลกับญาติผู้ป่วยที่เป็นชาวต่างชาติ ก่อนการบันทึกแบบฟอร์ม ตัวชี้วัด 1) การบันทึกข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนาพร้อมจ่ายส่วนเกินจากสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยถูกต้อง ร้อยละ 100 2) ระยะเวลาในการอธิบายข้อมูล ไม่เกินหรือเท่ากับ 3 นาที	1.ขั้นตอนการวางแผน(Plan) เก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาการบันทึกข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนาการเข้ารับการรักษาและร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มีญาติเป็นชาวต่างชาติก่อนหน้านี้ 1 ปีวิเคราะห์อุปสรรคและ ปัญหาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการอธิบายและสื่อสารข้อมูลกับญาติจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงาน แก้ไขปัญหาโดยการพิมพ์ข้อความสั้นๆที่กระชับและได้ใจความเป็นภาษาอังกฤษลงในช่องว่างที่ญาติต้องบันทึกข้อมูลในฟอร์มภาษาไทย และพิมพ์ฟอร์มนั้นออกมา (เอกสารแนบ 2) เพื่อเป็นตัวอย่างให้ญาติในการบันทึกข้อมูลได้ถูกต้อง และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการ อธิบายของเจ้าหน้าที่ 2.ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do) เมื่อมี Case ญาติที่เป็นชาวต่างชาติเข้ามาติดต่อ สามารถนำฟอร์มตัวอย่างมาให้ญาติดู เป็นตัวอย่างการบันทึกฟอร์ม ญาติบันทึกฟอร์มถูกต้องไม่เสียเวลาสอบถาม หรือต้องตาม เจ้าหน้าที่ที่สามารถสื่อสารภาษาอังกฤษได้ดีมาคอยอธิบาย 3.ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) บันทึกระยะเวลาที่ใช้และความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนาการเข้ารับ การรักษาและร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปรับปรุงฟอร์มใหม่ตามรอบการปรับปรุงแบบฟอร์ม ภาษาไทยในระบบ EMR โรงพยาบาลและตามวงล้อ PDSA มอบหมายพยาบาลรับผิดชอบการ บันทึก 4.จัดทำมาตรฐาน (Act) เมื่อมี Case นำฟอร์มตัวอย่างการบันทึกข้อมูลภาษาอังกฤษ "หนังสือแสดงเจตนาการเข้ารับ การรักษาและร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ " ไปใช้ และส่งต่อข้อมูลให้หน่วยรับผู้ป่วยในเพื่อนำไปใช้ต่อ ผลจากการนำฟอร์มมาใช้ทำให้ญาติสามารถบันทึกข้อมูลได้ภายในเวลารวดเร็ว ลดเวลา การอธิบายข้อมูลลงจากเดิม ใช้เวลา7นาทีเหลือเวลา 3 นาที และมีการบันทึกเอกสารที่ถูกต้อง ชัดเจนร้อยละ 100																
ผลดำเนินการโครงการ หลังจากมีฟอร์มตัวอย่างการบันทึก ทำให้การบันทึกฟอร์มถูกต้อง ร้อยละ 100 และลดระยะเวลาในการอธิบายข้อมูล เฉลี่ยเท่ากับ 3 นาที <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">ผลดำเนินการ(เดือน/ ปี)</th> </tr> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ก่อน</th> <th>หลัง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล</td> <td>100</td> <td>98</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>ระยะเวลาในการอธิบายข้อมูล</td> <td>3 นาที</td> <td>7 นาที</td> <td>3 นาที</td> </tr> </tbody> </table>	ผลดำเนินการ(เดือน/ ปี)				ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อน	หลัง	ความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล	100	98	100	ระยะเวลาในการอธิบายข้อมูล	3 นาที	7 นาที	3 นาที	4. มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ) ☐ ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน ☒ มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน 5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ) ☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☐ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน ☒ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ (นำไปประยุกต์ใช้กับ หน่วยรับผู้ป่วยในเพื่อบันทึกฟอร์มก่อนทำ admit ผู้ป่วย)
ผลดำเนินการ(เดือน/ ปี)																	
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อน	หลัง														
ความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล	100	98	100														
ระยะเวลาในการอธิบายข้อมูล	3 นาที	7 นาที	3 นาที														

ลงชื่อ(เจ้าของผลงาน)นางสาว นลินธนา จริยเดช

ลงชื่อ(หัวหน้า ภาควิชา/งาน/หน่วย)นางสายพิรุณ ประสาทพันธ์

สังกัด งานบริหารการรักษายาบาล

วัน / เดือน / ปี ๒๕๖๕ เมษายน 2565



รหัสแผนก HRU

แผนกส่งต่อผู้ป่วย (Referral Unit)

คลินิก บริการส่งต่อผู้ป่วย

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital
Mahidol University

HN

น.ส.

อายุ 35 ปี 4 เดือน 15 วัน

วันเกิด 7 ธ.ค. 2529

สิทธิการรักษา ปกส.ในเขต

วันที่เข้ารับบริการ 22 เม.ย. 2565 15:37

Patient Ident. P1A2



หนังสือแสดงเจตนา

การเข้ารับการรักษาและร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ข้าพเจ้าในฐานะ ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วย ☐ นายนาง/นางสาวอายุ ปี ถิ่นเกิด ☐ ประจำตัวประชาชน ☐ ราชการ ☐ อื่นๆ

เลขที่ โดยเกี่ยวข้องกับฐานะเป็น ของผู้ป่วย โทรศัพท์

มีความประสงค์ให้คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล โดย

☐ สิทธิรักษาพยาบาล ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า รพ.☐ ประกันสังคม รพ.☐สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ /อปท.☐ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลหน่วยงานต้นสังกัด ระบุ☐ สิทธิอื่นๆ(เช่น ประกันสุขภาพเอกชน/องค์กรอื่นๆ)☐ ระบุ

☐ ข้าพเจ้าได้ทราบสิทธิพื้นฐานที่ตนเองมีและไม่ประสงค์จะใช้สิทธิพื้นฐานนั้น ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ สิทธิประกันสังคม และจะไม่เรียกร้องสิทธิหรือค่ารักษาพยาบาลใดๆ คืบภายหลังและยินดีชำระค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง

ข้าพเจ้าได้รับการชี้แจงจากเจ้าหน้าที่ในเรื่องการใช้สิทธิรักษาพยาบาล การร่วมจ่ายส่วนเกินสิทธิต่างๆ และยินยอมชำระค่ารักษาพยาบาลตามเงื่อนไขที่คณะฯ เรียกเก็บ ซึ่งประกอบด้วย

☐ 1. ส่วนเกินสิทธิค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยระบบสามัญ)☐ 2. ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากอัตราสามัญที่คณะฯ เรียกเก็บ (ผู้ป่วยระบบพิเศษ)

ค่าธรรมเนียมแพทย์ ค่าพยาบาลพิเศษ และรายการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา เป็นต้น

☐ 3. ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคที่เบิกไม่ได้ หรือราคาสูงกว่าอัตราเบิกได้

เป็นเงิน บาท เบิกได้ บาท ยินดีร่วมจ่าย บาท

☐ 4. ค่ายาที่เบิกไม่ได้หรือส่วนเกินสิทธิเบิก (กรณีผู้ป่วยนอก)

เป็นเงิน บาท เบิกได้ บาท ยินดีร่วมจ่าย บาท

แบบแสดงเจตนาเป็นความสมัครใจของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

☐ ผู้ป่วยมาคนเดียว☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย

ลงชื่อ

(.....)

พยาน (ระบุความสัมพันธ์)

ลงชื่อ

(.....)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล รหัสบุคคล

ลงชื่อ

(.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล) รหัสบุคคล

วันที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา
22 เม.ย. 2565 15:37

3992865

พิมพ์โดย: 009736

1P:



AMB



30981217



6501926695



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital
Mahidol University

รหัสแผนก HRU

แผนกส่งต่อผู้ป่วย (Referral Unit)

คลินิก บริการส่งต่อผู้ป่วย

Please fill this form for
acceptation of CO-PAYMENT
in some medicine or
treatment which the patient
have to go on.



หนังสือแสดงเจตนา

การเข้ารับการรักษาและร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ข้าพเจ้าในฐานะ ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย ชื่อ นาย/นาง/นางสาว **YOUR FULL NAME**

อายุ **AGE** ปี ☒ ถึงบัตร ☐ ประจำตัวประชาชน ☐ ราชการ ☒ อื่นๆ **PASSPORT**

เลขที่ **PASSPORT NO.** โดยเกี่ยวข้องกับฐานะเป็น **RELATIONSHIP** ของผู้ป่วย โทรศัพท์ **MOBILE PHONE**

มีความประสงค์ให้คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล โดย

☒ สิทธิรักษาพยาบาล ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า รพ.

☐ ประกันสังคม รพ.

☐สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ /อปท.

☐ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลหน่วยงานต้นสังกัด ระบุ

☐ สิทธิอื่นๆ (เช่น ประกันสุขภาพเอกชน/องค์กรอื่นๆ)

☐ ระบุ

☐ ข้าพเจ้าได้ทราบสิทธิพื้นฐานที่ตนเองมีและไม่ประสงค์จะใช้สิทธิพื้นฐานนั้น ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ สิทธิประกันสังคม

และจะไม่เรียกร้องสิทธิหรือค่ารักษาพยาบาลใดๆ คืนภายหลังและยินดียุติการรักษายาบาลด้วยตนเอง

ข้าพเจ้าได้รับการชี้แจงจากเจ้าหน้าที่ในเรื่องการใช้สิทธิรักษาพยาบาล การร่วมจ่ายส่วนเกินสิทธิต่างๆ และยินยอมชำระค่ารักษาพยาบาล

ตามเงื่อนไขที่คณะฯ เรียกเก็บ ซึ่งประกอบด้วย

☒ 1. ส่วนเกินสิทธิรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยระบบสามัญ)

☐ 2. ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากอัตราสามัญที่คณะฯ เรียกเก็บ (ผู้ป่วยระบบพิเศษ)

ค่าธรรมเนียมแพทย์ ค่าพยาบาลพิเศษ และรายการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา เป็นต้น

☐ 3. ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคที่เบิกไม่ได้ หรือราคาสูงกว่าอัตราเบิกได้

เป็นเงิน บาท เบิกได้ บาท ยินดีร่วมจ่าย บาท

☐ 4. ค่ายาที่เบิกไม่ได้หรือส่วนเกินสิทธิเบิก (กรณีผู้ป่วยนอก)

เป็นเงิน บาท เบิกได้ บาท ยินดีร่วมจ่าย บาท

แบบแสดงเจตนาเป็นความสมัครใจของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

☐ ผู้ป่วยมาคนเดียว

☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ **SIGNATURE**

(..... **YOUR FULL NAME**)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย

ลงชื่อ

(.....)

พยาน (ระบุความสัมพันธ์)

ลงชื่อ

(.....)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล รหัสบุคคล

ลงชื่อ

(.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล) รหัสบุคคล

วันที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา
22 เม.ย. 2565 15:37



3992865

พิมพ์โดย: 009736

IP:



AMB



30981217



6501926695