



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
Tel. 02-027-8844 Fax. 02-026-6680 www.ha.or.th ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@ha.or.th

ที่ สรพ 04/ว0268

9 มิถุนายน 2566

เรื่อง ขอส่งสรุปผลการจัดกิจกรรม Surveillance workshop ปี 2566 ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายงานสรุปผลการจัดกิจกรรม Surveillance workshop จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล : HA CC ได้จัดกิจกรรมการเฝ้าระวังและธำรงคุณภาพระหว่างอายุการรับรอง ปี 2566 ในรูปแบบการอบรมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2566 เรียบร้อยแล้วนั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา ได้เข้าร่วมกิจกรรมการเฝ้าระวังและธำรงคุณภาพระหว่างอายุการรับรอง ปี 2566 สถาบันได้พบความมุ่งมั่น ความร่วมมือร่วมใจในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล และเพื่อให้การดำเนินการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง สถาบันจึงขอส่งสรุปผลการจัดกิจกรรม Surveillance workshop ปี 2566 ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางบรรจง จำปา)

รองผู้อำนวยการ

ปฏิบัติงานแทนผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



รายงานสรุปผลการจัดกิจกรรม

การเฝ้าระวังและธำรงคุณภาพระหว่างการต่ออายุการรับรอง ปี 2566 (Surveillance workshop)

ผ่านระบบสื่ออิเล็กทรอนิกส์ Zoom meeting

วันที่ 19 พฤษภาคม 2566

โดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา

ระดับขั้นการพัฒนาคุณภาพ

☐ Re accreditation ครั้งที่ 1	☐ Re accreditation ครั้งที่ 2	☒ Re accreditation ครั้งที่ 3
☐ Re accreditation ครั้งที่ 4	☐ Re accreditation ครั้งที่ 5	อื่นๆ

รายชื่อวิทยากร

- | | |
|----------------------------|--------------|
| 1. นพ. ประสิทธิ์ ขอไพบูลย์ | วิทยากร |
| 2. ภญ. สิตีแะเสาะ ดือแระ | วิทยากร |
| 3. นางบุปผา จันทรจรัส | ผู้จัดบันทึก |

จากการศึกษาเอกสารการประเมินตนเองและความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลรวมทั้งการรับฟังการนำเสนอความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ คณะวิทยากรขอสรุปประเด็นสำคัญเพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

บริบททั่วไปโดยสรุป

โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง (F2) บริการหลัก: บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตรวจรักษาโรค พื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค

อัตรากำลัง: แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 5 Part time 1 แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 2 สาขาทันตกรรมทั่วไป 1 เภสัชกร 6 พยาบาลวิชาชีพ 17 พยาบาลเฉพาะทาง 22 นักกายภาพบำบัด 3 นักเทคนิคการแพทย์ 3 นักรังสีเทคนิค 1 นักวิชาการสาธารณสุข 7 แพทย์แผนไทย 3 เจ้าหน้าที่อื่นๆ 66 รวม 140

วิสัยทัศน์ : เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำในจังหวัดสงขลา ด้านการดูแลผู้สูงอายุคุณภาพ ภายในปี 2570

พันธกิจ : จัดบริการอย่างมีคุณภาพ ภายใต้การบริหารจัดการทรัพยากร การใช้เทคโนโลยี และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ภาครัฐีเครือข่ายมีส่วนร่วม

Core Values: บริการด้วยใจ สร้างสรรค์สิ่งใหม่ ปรับใช้เทคโนโลยี ทีมงานดีมีคุณธรรม เชื่อมสัมพันธ์เครือข่าย (SMART)

Core Competencies: การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ทีมที่มีศักยภาพและเทคโนโลยีที่เหมาะสม

Key Health Problems:

1. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
2. โรคเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง)
3. โรคติดต่อที่เป็นปัญหา (โควิด-19, ไข้เลือดออก)
4. โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ
5. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยง
6. ผู้ป่วยประคับประคอง
7. ปัญหาสุขภาพช่องปากทุกกลุ่มวัย

เข็มมุ่ง: ผู้สูงอายุ (สมองเสื่อม, พัลดัดตกหลัง, ข้อเข่าเสื่อม), Palliative (ปี2566), ลดภาวะแทรกซ้อน NCD

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์:

1. เพื่อให้ประชาชนและผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามมาตรฐานและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ
2. เพื่อส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพทั้งเครือข่าย
3. เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐานเอื้อต่อการดูแลสุขภาพ
4. ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน
5. เพื่อให้บุคลากรมีสมรรถนะและศักยภาพในการจัดการปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่
6. เพื่อให้บุคลากรมีจิตสำนึกที่ดีให้บริการด้วยหัวใจ

รายงานสรุปความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ

ประเด็นขึ้นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง
Part I ภาพรวมของการบริหารองค์กร	
I-1 การนำ (Leadership) 1. โรงพยาบาลได้ชี้้นำเพื่อให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จด้วยการกำหนด วิสัยทัศน์คือเป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำในจังหวัดสงขลา ด้านการดูแลผู้สูงอายุคุณภาพ ภายในปี 2570 กำหนดพันธกิจ จัดบริการอย่างมีคุณภาพ ภายใต้การบริหารจัดการทรัพยากร การใช้เทคโนโลยี และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ภาควิชาเครือข่ายมีส่วนร่วม รวมถึงค่านิยม: บริการด้วยใจ สร้างสรรค์สิ่งใหม่ ปรับใช้เทคโนโลยี ทีมงานดีมีคุณธรรม เชื่อมสัมพันธ์เครือข่าย	1. โรงพยาบาลควรมีการกำหนดจุดมุ่งเน้น และการกำหนดเป้าหมายและสารสื่อสารสู่ปฏิบัติบทบาทของทีมงานกับการกำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับ F ที่มุ่งสร้างนำซ่อม เพื่อมุ่งเน้นการป้องกันโรคสำคัญตามบริบทโรคในพื้นที่ของโรงพยาบาล 2. พบว่า โครงสร้างงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ทีม PCT กับทีมงานชุมชนเป็นคนละทีม ฉะนั้นองค์กรควรกำหนด Function การทำงานให้มีความชัดเจน เพื่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลและ

ประเด็นขึ้นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง
(SMART) ตลอดจนกำหนดนำบริบทที่กำหนด จุดเน้น/เข็มมุ่ง ที่เป็นลายลักษณ์อักษร	เพื่อตอบสนองต่อการบรรลุวิสัยทัศน์ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพและไร้รอยต่อระหว่าง Pre-hos และ In- hos ที่มุ่งสร้างนำซ่อม 3. ควรมีการทบทวนข้อเสนอแนะเทียบกับมาตรฐาน เพื่อหา Gap ค้นหาโอกาสพัฒนา นำมากำหนดเป้าหมายและกิจกรรมพัฒนาที่ชัดเจน 4. ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดตามเป้าหมายการบรรลุความสำเร็จขององค์กรตาม วิสัยทัศน์ ให้มีความเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับบริบท ปัญหาของโรงพยาบาลและความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถติดตามความก้าวหน้าและสามารถรายงานความสำเร็จตามเป้าหมายประสงค์ขององค์กร โดยเฉพาะ Clinical outcome ที่โรงพยาบาลกำหนดและนำปรับกลยุทธ์ในระดับที่ไม่นำเมื่อผลลัพธ์ยังไม่บรรลุ 5. ทีมนำควรเชื่อมประสานระบบที่เกี่ยวข้องกันนำข้อมูลของระบบหนึ่งไปใช้ประโยชน์อีกระบบหนึ่ง เช่น ข้อมูลจากระบบรายงานอุบัติการณ์ยาไปใช้ประโยชน์ต่อระบบพัฒนาบุคลากร ระบบนิเทศ เป็นต้น
I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์	เน้นความชัดเจนในการกำหนดความท้าทายและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่แท้จริง และให้ครอบคลุมปัญหาความไม่ปลอดภัยที่เผชิญอยู่ โรงพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการนำข้อมูลสำคัญที่ครอบคลุมทั้งผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยนำมาวิเคราะห์ เช่น อัตราตายด้วยโรคหัวใจ อุบัติเหตุ โรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เพื่อนำมากำหนดความท้าทายที่ตอบโจทย์ขององค์กร เพื่อการบรรลุวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล
I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน - มีการขยายบริการในการตอบสนองบริการของผู้รับบริการที่มีความต้องการสูงโดยจัดบริการ warfarin เพิ่มจากเดิม	ทีมควรมีการทบทวนความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและชุมชน และความจำเป็นในการให้บริการศึกษาข้อมูลนำมาทบทวน กำหนดรูปแบบบริการที่ตรงกับบริบทขององค์กร มาจัดทำแผนพัฒนาที่ชัดเจนมากขึ้น

ประเด็นขึ้นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง
I-4 การวัด วิเคราะห์และการจัดการความรู้ - ทีมได้คำนึงถึงความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล โดยการกำหนด password ในการเข้าถึงข้อมูลตามระดับของการทำงาน	1. การวัดวิเคราะห์ที่ตรงประเด็นสอดคล้องเชื่อมโยงตั้งแต่วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ทีมระบบ และหน่วยงาน และการใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อปรับปรุงการทำงาน 2. มีการสื่อสาร KPI สู่ผู้ปฏิบัติทุกระดับ รายงานผ่าน Dashboard ฉะนั้นทีมสมควรสร้างความมั่นใจว่า KPI ได้ถูกนำไปวิเคราะห์และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป และนำไปกำหนดนโยบายสำคัญของโรงพยาบาล นำไปพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลที่ต้องการ และมีความชัดเจน
I-5 การมุ่งเน้น ทรัพยากรบุคคล	1. แผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลทุกตำแหน่งหน้าที่ครอบคลุมตอบโจทย์ปัญหาของงานที่เกิดจากศักยภาพของคนหน่วยงาน เช่น วิชาชีพต่าง ๆ กับการทบทวนข้อมูลอุบัติการณ์ การตามรอย นิเทศงานเป็นต้น และนำมาสู่การกำหนดเป็น learning need ที่ครอบคลุม ตรงประเด็น และนำไปสู่การวางแผนพัฒนา 2. ทีม HR ควรมีการทบทวนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลมาวิเคราะห์การพัฒนาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อให้การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เป็นไปตามกำหนด นำมากำหนดในแผนพัฒนาที่ชัดเจน
I-6 การปฏิบัติการ - โรงพยาบาลได้ออกแบบการดูแลผู้ป่วยโควิดร่วมกันแบบบูรณาการทั้งภายในโรงพยาบาล และภาคเครือข่ายภายนอกโรงพยาบาล จนมีผลลัพธ์ที่ดีและผ่านพ้นไปด้วยดี - มีการออกแบบการดูแลผู้ป่วยจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีจนนำไปสู่ความภาคภูมิใจในการได้รับรางวัลต่าง ๆ และเป็นสถานที่ดูงานเป็นแบบอย่างของโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้	การถอดบทเรียนจากโควิด เรียนรู้ให้เห็นประเด็น เป็นตัวอย่างสำหรับออกแบบรองรับอุบัติภัยอื่น ๆ ที่เป็นบริบทขององค์กร ที่อาจทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถทำดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง(BCP) เช่น supply chain การขนย้ายผู้ป่วย การปรับระบบการดูแลผู้ป่วย ความมั่นคงระบบสารสนเทศ เป็นต้น

ประเด็นขึ้นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง
Part II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล	
II-1.2ก ระบบบริหารจัดการความเสี่ยง มีระบบการรายงานผ่านระบบ NRLS	II-1.2ก ระบบบริหารจัดการความเสี่ยง 1. ทีมได้จัดทำ HSCS ควรนำข้อมูลนี้ จำนวนการรายงานที่น้อยการรายงานผ่านระบบ NRLS ค้นหาสาเหตุและโอกาสพัฒนานำไปจัดทำแผนพัฒนาให้ชัดเจน สื่อสารกับหน่วยงานทุกระดับทราบ และตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว 2. ควรมีการทบทวนการกำหนดประเด็นของ 2P Safety ทั้ง Patient Safety และ Personal Safety 16 เรื่อง ให้สอดคล้องกับปัญหาของโรงพยาบาล กำหนดเป้าหมาย KPI แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน สื่อสารให้ทุกระดับทราบตามระบบ เพื่อปรับปรุงต่อไป 3. ทีม RM ควรมีการทบทวน ผลการดำเนินงาน ซึ่งพบว่าจำนวนของการรายงานอุบัติการณ์ที่ลดลง จำนวนที่เกิด near miss ลดลง อุบัติการณ์ระดับ E-I ลดลง ทีมได้ดำเนินการอย่างไร ให้ได้ซึ่งข้อมูลเพียงพอในการนำมาวิเคราะห์และนำไปใช้ประโยชน์ 4. ทีม RM ควรมีการทบทวนบทบาทหรือ Function ของทีมในการบริหารความเสี่ยง การนำ PGS ลงสู่การปฏิบัติในระดับหน่วยงาน การจัดการ การแก้ปัญหาที่กังวลในประเด็น Patient Safety & Quality 5. ทีม RM ควรมีการทบทวนระบบบริหารความเสี่ยงที่ไม่ใช่ มุ่งเน้นบริหารอุบัติการณ์โดยเฉพาะ PGS 9 ข้อ แต่ให้ มุ่งเน้นการป้องกันเชิงรุก Proactive Risk Management) และติดตามการปฏิบัติด้วยการตามรอย เพื่อการควบคุม กำกับตามมาตรฐาน หลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่เป็น Unsafe act รวมถึงการติดตามตัวชี้วัดในระดับ A หรือ B เพื่อพัฒนาที่จัดวางไว้ให้มีความรัดกุมมากขึ้น

ประเด็นขึ้นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง
	II-1.2ข คุณภาพทางคลินิก 1. ทีมนำ PCT ควรสนับสนุนให้มีการนำข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิต (หลอดเลือดหัวใจ/อุบัติเหตุ/มะเร็ง) ผู้ป่วยส่งต่อ (Unplanned Refer) ผู้ป่วยส่งต่อ (MI สูง) Unplanned CPR Unplanned Tube นำข้อมูลมาวิเคราะห์พื้นที่หน่วยความถี่ ช่วงเวลา สาเหตุของการเกิด นำข้อมูลมาจัดสารสนเทศ นำมากำหนดโรคที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาล เป้าหมาย และวางแผนการพัฒนาที่ชัดเจนต่อไปที่สอดคล้องกับโรงพยาบาล F2 ต่อไป 2. ควรกำหนดความชัดเจนในเรื่องเกณฑ์ รับและส่งผู้ป่วยที่หน่วย ER และเวิร์ดให้เกิดความปลอดภัยและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลที่มีศักยภาพระดับ F2 3. ควรมีการตามรอยเกณฑ์ในการ Triage ที่ ER กับ OPD เหมือนกันหรือไม่ ปัญหาในการนำไปใช้เพื่อมีการใช้เครื่องมือได้ถูกต้องอย่างเป็นระบบและเกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ปลอดภัยและทันเวลา 4. ความชัดเจนในการทบทวนเวชระเบียนในกลุ่มโรคสำคัญด้วยการใช้ Tigger ที่สำคัญ เช่น ส่งต่อ ทรุดลง เสียชีวิต เพื่อให้ได้ข้อมูลอุบัติการณ์ E-Up ที่เพียงพอมาจัดทำสารสนเทศความไม่ปลอดภัยที่เผชิญอยู่ให้กับทีม PCT และทีมนำ (ซึ่งพบว่ามีการปรับ CPG การให้ steroid ในเด็กหอบ) 5. ทีมนำ PCT ควรมีการทบทวน Recommend เทียบกับมาตรฐาน หา Gap ค้นหาโอกาสพัฒนาของแต่ละเรื่องเพื่อกำหนดเป้าหมายในการวางแผนพัฒนาต่อไปและกำหนด KPI ที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบท
II-9 การทำงานกับชุมชน (Working with Communities) องค์การร่วมกับชุมชนวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อรองรับการถ่ายโอน รพสต.ไปสู่การบริหารโดยอบจ. ให้การบริการที่ไร้รอยต่อ 100 % โดย	

ประเด็นขึ้นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง
จัดทำ ความนิยม Model ใช้แนวคิด ให้เกียรติ เคารพทุกวิชาชีพและกลไกการทำงานร่วมกัน ผ่าน คปสอ.	
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย	
	III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ ทีมควรทบทวนและเรียนรู้ ข้อมูลจากที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น unplanned refer เพื่อนำมากำหนดเกณฑ์ในการรับไว้ เกณฑ์ไม่รับ เกณฑ์รายงาน กำหนดเป็นแนวทาง และสื่อสารผู้ปฏิบัติได้ปฏิบัติเพื่อเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย III-2 การประเมินผู้ป่วย ■ มีการกำหนดและออกแบบการประเมินที่สำคัญ Dx บันทึกปัญหาสำคัญและที่จำเป็นเร่งด่วน เพื่อสื่อสารเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน ที่รวมถึงการประเมินซ้ำ ■ ควรออกแบบการประเมิน ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อลดการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนในกลุ่มอาการ /อาการแสดง /โรคที่มีโอกาสเกิดวินิจฉัยคลาดเคลื่อน เช่น chest pain, abdominal pain เป็นต้น III-3 การวางแผน/วางแผนจำหน่าย ควรมีการทบทวนข้อมูลและนำมาใช้ประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วย re-admit เช่น COPD Hypo/Hyper glycemias palliative เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลและการวางแผนจำหน่ายร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ดูแล III-4.2 การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ความครอบคลุมการออกแบบดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูง หัตถการ โรค เสี่ยงสูง ที่รวมถึงการพัฒนาความรู้ความสามารถศักยภาพ ที่ใช้ในการดูแล การกำหนดearly warning signs และการรายงานเพื่อการดูแลที่เหมาะสมกับทีมให้มีศักยภาพ III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง นอกจากการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วย ควรทบทวนประสิทธิภาพการให้ข้อมูลและเสริมพลังของวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น โภชนากร กายภาพบำบัด เป็นต้น

ประเด็นชั้นชม	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง
III-6 การดูแลต่อเนื่อง มีกระบวนการ referral audit กับรพ. แม่ข่ายทุกเดือนเพื่อมาปรับปรุงการส่งต่อผู้ป่วย ตามนโยบาย one province one ER มีระบบสื่อสารในรถส่งต่อ และการเปิดทำแฟ้มผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนถึงรพ.แม่ข่าย	