

**Scoring Guideline 2011 &
Scoring Guideline 2018**

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

คำชี้แจงประกอบการใช้ HA Scoring 2011

แนวคิด

HA Scoring 2011 เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมิน maturity ของการพัฒนาในโรงพยาบาล ซึ่งจัดทำขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดที่ปรับเปลี่ยนไปดังนี้

- 1) การเยี่ยมสำรวจคือการทบทวนโดยมิตรจากภายนอก (external peer review) เพื่อรับรู้ maturity ของการพัฒนา และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- 2) ผู้เยี่ยมสำรวจมีหน้าที่ในการ
 - a. รับรู้บริบทและผลงานการพัฒนาของโรงพยาบาล
 - b. สร้างกระบวนการเรียนรู้จากผลงานของโรงพยาบาล
 - c. ร่วมกับโรงพยาบาลในการจัดทำประเด็นในแผนการพัฒนา (Issues for Improvement-IFI) ที่เหมาะสมและสมบูรณ์
- 3) โรงพยาบาลมีหน้าที่ในการ
 - a. ใช้ HA Scoring 2011 ในการประเมินตนเองและจัดทำร่างประเด็นในแผนการพัฒนาเพื่อยกระดับ maturity
 - b. พาผู้เยี่ยมสำรวจตามรอยระบบงานต่างๆ ของโรงพยาบาล
- 4) การผ่านการรับรองจะมีระดับต่างๆ ซึ่งรับรู้กันเป็นการภายใน และมีผลต่อความเข้มข้นของการติดตามดังนี้
 - a. ระดับพอผ่าน เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 2.5 -3.0
 - b. ระดับดี เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 3.0-3.5
 - c. ระดับดีมาก เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 3.5-4.0
 - d. ระดับดีเยี่ยม เมื่อ mode ของ score มากกว่า 4.0

แนวทางการใช้ HA Scoring 2011 สำหรับโรงพยาบาล

- 1) ศึกษาเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติสำหรับมาตรฐานแต่ละประเด็นจาก SPA
- 2) ทีมงานที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องกับมาตรฐานเรื่องนั้นร่วมกันประเมิน maturity ของการพัฒนาตาม Scoring Guideline หากมีความเห็นที่แตกต่างกัน ให้ระบุดูจุดแข็งและโอกาสพัฒนาในมุมมองของแต่ละคนออกมาให้มากที่สุด นำโอกาสพัฒนาไปดำเนินการแล้วจึงกลับมาประเมินใหม่
- 3) เมื่อมีความเห็นร่วมกันเกี่ยวกับระดับ maturity ที่ทำได้ ให้จัดทำแผนการพัฒนา (IFI) เพื่อยกระดับ maturity สู่อันดับ score 3 หรือ 4 หรือ 5 แล้วแต่กรณี
- 4) ส่ง score และ IFI พร้อมเอกสารสรุปที่จะเสนอคณะกรรมการรับรองคุณภาพ มายัง สรพ. เพื่อขอรับการเยี่ยมสำรวจ

- 5) จัดเตรียมเอกสารสำหรับการ verify การปฏิบัติหรือผลการประเมินต่างๆ ไว้ที่โรงพยาบาลอย่างเป็นทางการ
หมวดหมู่

แนวทางการกำหนดระดับคะแนน

- 1) พิจารณาตามระดับ maturity ของการพัฒนา
 - a. คะแนน 1 เป็นช่วงเริ่มต้นการพัฒนา อาจจะมีลักษณะตั้งรับ เน้นที่การวิเคราะห์ การตั้งทีม การจัดหาทรัพยากร การกำหนดแนวทาง
 - b. คะแนน 2 เป็นช่วงของการวางระบบงานและเริ่มนำไปสู่การปฏิบัติ
 - c. คะแนน 3 เป็นช่วงของการปฏิบัติตามแนวทางที่ออกแบบไว้จนเห็น early result ถือว่าเป็นระดับที่คาดหวังโดยเฉลี่ย เป็นระดับที่หวังผล (effective)
 - d. คะแนน 4 เป็นช่วงของการมีความโดดเด่นในกระบวนการบางอย่าง ซึ่งอาจจะเป็นนวัตกรรม การเชื่อมโยง หรือวิธีการที่ได้ผลดีต่างๆ ตัวอย่างที่แนะนำไว้เป็นเพียงแนวทางซึ่งไม่จำเป็นต้องทำได้ครบถ้วน และอาจจะมีเรื่องอื่นๆ ที่จำเป็นต้องใช้ดุลยพินิจประกอบ
 - e. คะแนน 5 เป็นระดับที่แสดงถึงกระบวนการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ (systematic evaluation & improvement) ส่งผลให้มีผลลัพธ์ที่เป็นเลิศ เป็นผู้นำในด้านนั้นๆ
- 2) พิจารณาตามระดับความยากง่ายในการดำเนินการ
 - a. อาจจะทำข้อกำหนดในมาตรฐานแต่ละประเด็นมาพิจารณาว่าประเด็นใดที่ทำได้ง่ายที่สุด และยากขึ้นเป็นลำดับขั้น โดยพยายามให้สอดคล้องกับแนวทางในข้อ 1)
 - b. อาจพิจารณาตามระดับความยากง่ายตามศักยภาพของโรงพยาบาล
- 3) พิจารณาตามลำดับขั้นตอนที่โรงพยาบาลต้องดำเนินการก่อนหลัง
 - a. อาจพิจารณาว่าในความเป็นจริง มี sequence ของการดำเนินการวางระบบงานอย่างไรบ้าง เช่น เริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูล การออกแบบระบบ การฝึกอบรม การนำสู่การปฏิบัติ เป็นต้น
- 4) พยายามให้มีการพิจารณาในภาพรวม ให้มีรายละเอียดเท่าที่จำเป็น ไม่ต้องคัดลอกมาจากมาตรฐานทั้งหมด

แนวทางการรวมคะแนนในการประเมิน

โรงพยาบาลที่มี performance เกินกว่าระดับ 1 ขึ้นมา สามารถนำส่วนของคะแนนตั้งแต่ระดับ 2-5 มารวมกันได้โดยไม่ต้องให้ระดับขั้นที่ต่ำกว่าสมบูรณ์ เช่น ถ้าทำ 2 ได้สมบูรณ์ 3 ได้ครึ่งหนึ่ง และ 4 ได้ครึ่งหนึ่ง ก็สามารถนำครึ่งหนึ่งของ 4 มารวมกับครึ่งหนึ่งของ 3 เท่ากับว่าได้คะแนนเป็น 3

| ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----|--|-----|---|-----|-----|---|-----|---|--|
| I-1 การนำ (LED) | | | | | | | | | | | |
| 1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1) | | | | | | | | | | | |
| ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ. | | | | | | | | | | | |
| 01 ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร (พันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม) | มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม | | มีการสื่อสาร ถ่ายทอด ไปยังบุคลากร | | บุคลากรมีความเข้าใจ, การปฏิบัติของผู้นำ สะท้อนค่านิยม | | | มีความโดดเด่น เช่น ผู้นำใช้แนวกรรมทาง การบริหาร, การเรียนรู้ ค่านิยมขององค์กรผ่าน ผลงานของทีม | | การชี้นำส่งผลให้เกิด การเปลี่ยนแปลงที่เห็น ชัดเจนตามวิสัยทัศน์ และค่านิยม | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | |
| 02 การส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี (สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา วัฒนธรรม ความปลอดภัย) | กำหนดนโยบาย, มอบหมายผู้รับผิดชอบ, มีแผนหรือแนวทางการทำงาน | | มีกิจกรรมส่งเสริมต่างๆ ที่เหมาะสมกับองค์กร (ดูแนวทางใน SPA) | | ผู้นำใช้ผลการสำรวจ บรรยากาศการพัฒนา และวัฒนธรรมความปลอดภัยเพื่อปรับปรุง, นำผลการพัฒนามา สร้างการเรียนรู้ | | | ผู้นำ proactive ในการ ติดตามและสนับสนุนให้ เกิดการพัฒนา การ สร้างนวัตกรรม และ วัฒนธรรมความปลอดภัย | | ความตื่นตัวในการ พัฒนา การสร้างนวัตกรรม การเรียนรู้ อยู่ใน ระดับสูงมาก | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | |
| 03 การสื่อสาร เสริมพลัง จูงใจ เน้นที่การปฏิบัติ | มีแนวทางการสื่อสารที่ชัดเจน (ช่องทาง เนื้อหา กลุ่มเป้าหมาย ความถี่), มีการกำหนด ขอบเขตการให้อำนาจ ตัดสินใจที่ชัดเจน | | มีการสื่อสารและเสริมพลังตามแนวทางที่กำหนดไว้, มีกลไกการสื่อสารสองทาง | | มีการกำหนดจุดเน้นของการพัฒนาที่ชัดเจน, มีการสื่อสาร เสริมพลัง สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการนำจุดเน้นไป ปฏิบัติอย่างจริงจัง | | | มีความโดดเด่น เช่น ผู้นำติดตามการปฏิบัติตามจุดเน้น, ผู้นำจูงใจประกายให้เกิดพลังในการทำงาน (Zapp) | | มีการประเมินความ เข้าใจ ความมั่นใจ แรง จูงใจต่อทิศทางและ จุดเน้นขององค์กร และ นำมาปรับปรุง ส่งผลให้ บุคลากรโดยรวมสร้าง ผลงานที่ดี สอดคล้อง กับทิศทางขององค์กร | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | |

| 1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2) | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----|-----|---|-----|-----|--|-----|-----|--|--|--|
| องค์กรแสดงถึงระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ สร้างความมั่นใจว่ามีการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม และมี ส่วนสนับสนุนต่อสุขภาพของชุมชน. | | | | | | | | | | | | |
| 04 ระบบกำกับดูแล กิจการ การประเมิน ผู้นำ/ระบบการนำ | มีระบบการควบคุม ภายใน, มีโครงสร้างการ กำกับดูแล (governance) | | | มีระบบการตรวจสอบ จากภายนอก, มีระบบ รายงานต่อผู้กำกับดูแล กิจการ | | | มีระบบการกำกับดูแล กิจการที่ดี, มีระบบ ประเมินผู้นำและระบบ การนำ | | | มีการพัฒนาผู้นำและ ปรับปรุงระบบการนำ ตามผลการประเมิน | | ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมี ความไว้วางใจต่อการ ทำงานของผู้บริหาร |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | |
| 05 ความรับผิดชอบต่อ สาธารณะและการ ดำเนินงานอย่างมี จริยธรรม | มีการวิเคราะห์ความ เสี่ยง ผลกระทบด้านลบ ความกังวลของ สาธารณะ การใช้ ทรัพยากร กฎหมายที่ เกี่ยวข้อง และปัญหา จริยธรรมที่สำคัญ ¹ | | | มีแนวทาง กระบวนการ หรือมาตรการรองรับใน ประเด็นที่สำคัญ, มี ระบบติดตามกำกับและ ดำเนินการเมื่อมีการฝ่า ฝืนหลักจริยธรรม | | | มีการเตรียมการเชิงรุก หรือกำหนดกระบวนการ/ มาตรการที่เหมาะสมกับ ประเด็นที่วิเคราะห์ไว้ อย่างครบถ้วน | | | มีการกำหนดและ ติดตามตัวชี้วัดสำคัญ และตอบสนองอย่าง เหมาะสม, มีการนำ ประเด็นจริยธรรมที่ยาก ลำบากในการตัดสินใจ มาเรียนรู้ร่วมกัน | | ปฏิบัติสูงกว่ามาตรฐาน ที่กฎหมายกำหนด, เป็น แบบอย่างของการ อนุรักษ์ทรัพยากรและ สิ่งแวดล้อม และการ ป้องกันผลกระทบด้าน ลบ |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | |
| การสนับสนุนชุมชนและสุขภาพชุมชน (ประเมินใน II-9) | | | | | | | | | | | | |

¹ เช่น การรับ/ส่งต่อ การยุติการรักษา การรับผลประโยชน์จากการสังฆตรวจหรือการใช้ยา การคิดค่าบริการ ประชาสัมพันธ์ การปลูกถ่ายอวัยวะ การรักษาผู้มีบุรุษยาก การ
ผ่าตัดแปลงเพศ

| I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ (STM) | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| 2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1) | | | | | | | | | | | |
| องค์กรกำหนดกลยุทธ์ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองกับความท้าทายขององค์กร และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร. | | | | | | | | | | | |
| 06 กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล | มีการจัดทำแผน แต่ยังมีลักษณะแยกส่วน ขาดการวิเคราะห์ที่เชื่อมโยงกับภาพรวม | มีการประมวลแผนเป็นหนึ่งเดียว, มีกระบวนการจัดทำตามขั้นตอนที่ดี | มีการวิเคราะห์ข้อมูลสำคัญอย่างครอบคลุม | มีความโดดเด่น เช่น มีกระบวนการที่ช่วยให้องค์กรทราบจุดแข็งหรือจุดอ่อนสำคัญที่อาจถูกมองข้าม | มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการวางแผนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจว่าแผนจะนำไปสู่ความสำเร็จ เป็นผู้นำในอนาคต | | | | | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | |
| 07 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายและครอบคลุม HP | วัตถุประสงค์ตอบสนองความต้องการของหน่วยเหนือ/เจ้าของกิจการ | วัตถุประสงค์ตอบสนองความต้องการของทุกฝ่ายอย่างสมดุล, ระบุกรอบเวลาที่จะบรรลุ | มีความสอดคล้องกันระหว่างความท้าทาย วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด, วัตถุประสงค์มีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น และครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ | มีความโดดเด่น เช่น มีการกำหนดเป้าหมายในระดับที่ท้าทาย, มีการใช้ข้อได้เปรียบขององค์กร, วัตถุประสงค์ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของสังคม | วัตถุประสงค์ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่จะสร้างความเข้มแข็ง ความสำเร็จและความยั่งยืนให้กับการดำเนินงานขององค์กร | | | | | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | |

| 2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2) | | | | | | | | | | |
|---|--|-----|--|-----|---|-----|---|-----|--|-----|
| องค์กรถ่ายทอดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์. | | | | | | | | | | |
| 08 การถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ | มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ | | มีกลไกสร้างความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงาน สร้างความตระหนักในบทบาทของแต่ละคน | | มีการติดตามการรับรู้และการนำไปปฏิบัติ, มีการปรับเปลี่ยนแผนเมื่อมีความจำเป็น | | มีความโดดเด่น เช่น ผู้นำใช้แนวทางการถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ | | มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายอย่างครบถ้วน | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| 09 การวางแผนและจัดสรรทรัพยากร | วิเคราะห์ทรัพยากรที่จำเป็น และจัดทำแผนจัดสรรทรัพยากร | | จัดสรรทรัพยากรสอดคล้องกับบริบทขององค์กรและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | | ประเมินความเสี่ยงด้านทรัพยากร, สร้างความมั่นใจว่ามีทรัพยากรการเงิน บุคลากร และทรัพยากรอื่นๆเพียงพอ | | มีแผนงานริเริ่ม (initiative) เกี่ยวกับทรัพยากรบุคคลและระบบงานเพื่อปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ | | มีนวัตกรรมในการได้มาซึ่งทรัพยากรเพื่อปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ได้สำเร็จ | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| 10 การคาดการณ์ การวัดผล และติดตามความก้าวหน้า | มีการจัดทำตัวชี้วัดสำคัญ (KPI) เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผน | | มีการคาดการณ์เป้าหมายตาม KPI ในช่วงเวลาต่างๆ จากเป้าประสงค์และผลงานที่ผ่านมา | | มีการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสมในการคาดการณ์เป้าหมายตาม KPI, มีการตอบสนองต่อความแตกต่างระหว่างผลงานจริงกับผลงานที่คาดหวัง | | มีการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่ทำหายในการคาดการณ์เป้าหมายตาม KPI, มีนวัตกรรมในการวัดผล | | มีการใช้ benchmarking เพื่อเปรียบเทียบผลงานที่สำคัญส่วนใหญ่, ส่งผลให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ที่ทำหาย | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |

| I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF) | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF.1) | | | | | | | | | | | | | | | |
| องค์กรเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานของตน เพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม | มีการสำรวจความต้องการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ | มีช่องทางการรับรู้ที่หลากหลาย (ดู SPA) เหมาะสมกับผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม | ใช้ความเห็นและเสียงสะท้อนเพื่อเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมากขึ้น | มีความโดดเด่น เช่น การใช้ IT, การรับฟังกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ใช่ผู้ใช้บริการโดยตรง | มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการรับฟัง/เรียนรู้ ส่งผลให้มั่นใจได้ว่าบริการที่จัดเกินความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (PCF.2) | | | | | | | | | | | | | | | |
| องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา ความพึงพอใจ และความร่วมมือ. มีการประเมินและนำข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมาใช้ปรับปรุงการดำเนินงาน. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 การสร้างความสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อ การจัดการคำร้องเรียน | มีการตอบสนองข้อร้องเรียนในเชิงรับ | มีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับผลงาน, การตอบสนองข้อร้องเรียนมีความรวดเร็วและครอบคลุมมากขึ้น | มีช่องทางการติดต่อที่เหมาะสมสำหรับค้นหาข้อมูลข่าวสาร ขอรับบริการ และเสนอข้อร้องเรียน, มีการวิเคราะห์แนวโน้มของข้อร้องเรียนและนำไปปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร | มีความโดดเด่น เช่น มีช่องทางติดต่อที่หลากหลาย, การตอบสนองข้อร้องเรียนในเชิงสร้างสรรค์, การให้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการแก่สาธารณะ ² | มีการประเมินและปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์และช่องทางการติดต่อกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นศรัทธาและผูกพันกับองค์กร | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

² การเผยแพร่ข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพ เช่น ความสำเร็จของการรักษา ระยะเวลารอคอย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้ประชาชนทั่วไปรับทราบเพื่อช่วยตัดสินใจเข้ารับการรักษา

| | | | | | | | | | | |
|--|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|
| 13 การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลย้อนกลับ การนำมาปรับปรุง | มีการประเมินความพึงพอใจอย่างน้อยปีละครั้ง | | มีการประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และรับข้อมูลย้อนกลับอย่างสม่ำเสมอ นำมาวิเคราะห์จำแนกตามกลุ่มต่างๆ | | มีการนำข้อมูลย้อนกลับ ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจมาใช้ | | มีระบบที่ proactive ในการติดตามข้อมูลย้อนกลับ, มีการปรับปรุงวิธีการประเมินความพึงพอใจ | | เห็นผลการปรับปรุงเพื่อมุ่งเน้นผู้ป่วยชัดเจน | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| 3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3) | | | | | | | | | | |
| องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย. | | | | | | | | | | |
| 14 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโดยทั่วไป | ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในลักษณะที่เข้าใจง่าย | | มีการสร้างความตระหนักเรื่องสิทธิผู้ป่วยให้แก่บุคลากร, วิเคราะห์จุดที่ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับการคุ้มครองและวางแผนทางปฏิบัติที่เหมาะสม | | มีกระบวนการทำให้บุคลากรมีเจตคติที่ดีในเรื่องสิทธิผู้ป่วย, มีการเรียนรู้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยจากเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้น และนำมาปรับปรุงระบบงาน | | มีความโดดเด่น เช่น มีการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของการดูแล | | ผู้ป่วยได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| 15 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ (เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ การแยก/ผูกยึด) | การจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อม เครื่องมือเหมาะสม ปลอดภัย | | มีการออกแบบกระบวนการที่ดี และเตรียมบุคลากรที่เหมาะสม | | ผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม | | มีความโดดเด่น เช่น ให้การดูแลครอบคลุมไปถึงครอบครัวหรือประเด็นอื่นที่ไม่ใช่เรื่องสุขภาพโดยตรง | | มีการประเมินและปรับปรุงการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะอย่างเป็นระบบ | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |

| I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ (MAK) | | | | | | | | | | |
|---|--|-----|---|-----|---|-----|--|-----|--|-----|
| 4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1) | | | | | | | | | | |
| องค์กรจัดให้มีการวัด วิเคราะห์ ปรับทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน โดยใช้ข้อมูลและสารสนเทศ ในทุกระดับและทุกส่วนขององค์กร. | | | | | | | | | | |
| 16 ระบบการวัดผล การดำเนินงาน | ตัวชี้วัดส่วนใหญ่มาจาก งานประจำหรืองาน นโยบาย | | ตัวชี้วัดมาจากการ วิเคราะห์บริบทของ ตนเอง ในแต่ละส่วนงาน หรือแต่ละระดับ | | มีการวัดผลงานที่ตรง ประเด็นในทุกระดับ และทุกส่วนขององค์กร | | ตัวชี้วัดตาม critical success factor ของทั้ง องค์กรสอดคล้องไปใน ทิศทางเดียวกัน, มีการ ประเมินและปรับปรุง ระบบวัดผลงาน | | มีการวัดผลงานเปรียบ เทียบกับองค์กรอื่น, ระบบวัดผลงานสนับสนุน การตัดสินใจ การ สร้างนวัตกรรม และ บรรลุกลยุทธ์ | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| 17 การวิเคราะห์ข้อมูล และการทบทวนผล การดำเนินงาน | มีการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยวิธีง่ายๆ เช่น วิเคราะห์แนวโน้ม จำแนกกลุ่มย่อย | | มีการวิเคราะห์ข้อมูลให้ ได้สารสนเทศที่มี ความหมาย ทั้งในระดับ ผู้ใช้และในระดับองค์กร | | การวิเคราะห์และ ทบทวนผลงานของ องค์กร นำมาสู่การ กำหนดลำดับความ สำคัญเพื่อการปรับปรุง และถ่ายทอดสู่การ ปฏิบัติ | | การวิเคราะห์และ ทบทวนผลงานทำให้ เข้าใจความสัมพันธ์ ระหว่างองค์ประกอบ ต่างๆ นำมาสู่การ ปรับปรุงระบบงาน/ นโยบายสำคัญ | | การวิเคราะห์และ ทบทวนผลงานนำมาสู่ การสร้างนวัตกรรม การ ปรับปรุงความร่วมมือ กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |

| 4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (MAK.2) | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|---|-----|-----|--|-----|-----|---|--|--|--|
| องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีข้อมูล สารสนเทศ ซอฟต์แวร์ และฮาร์ดแวร์ ที่จำเป็น มีคุณภาพ และพร้อมใช้งาน สำหรับบุคลากร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน. องค์กรสร้างและจัดการสินทรัพย์ความรู้ของตนเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร. | | | | | | | | | | | | | |
| 18 การจัดการสารสนเทศ | มีการสำรวจความต้องการใช้ข้อมูลและสารสนเทศของผู้เกี่ยวข้อง | | | มีข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็น มีคุณภาพ พร้อมใช้งานสำหรับบุคลากรได้บางส่วน | | | มีข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็น มีคุณภาพ (ถูกต้อง เชื่อถือได้ ทันการณ์) พร้อมใช้งานสำหรับบุคลากรส่วนใหญ่ ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน | | | มีความโดดเด่น เช่นมีข้อมูลและสารสนเทศสำหรับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน, สามารถตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปได้ในเวลาที่เหมาะสม | | มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นตัวอย่างในการจัดการเพื่อให้มีสารสนเทศที่จำเป็นพร้อมใช้สำหรับทุกฝ่าย | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | |
| 19 การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ | มีฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ที่จำเป็นเบื้องต้น | | | อยู่ระหว่างการปรับปรุงเพื่อขยายตัวของฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์เพื่อให้เพียงพอกับความต้องการ | | | ฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ มีความเชื่อถือได้ ปลอดภัย ใช้งานง่ายและพร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่อง, เริ่มมีบูรณาการของซอฟต์แวร์ระบบงานครอบคลุมความต้องการในด้านบริหารบริการ และการเรียนรู้ | | | มีความโดดเด่น เช่นการใช้ IT ที่ก้าวหน้าทันสมัย, การบูรณาการของซอฟต์แวร์ระบบงานที่ดี, เริ่มนำข้อกำหนดของระบบบริหารความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ (ISMS) มาปฏิบัติ | | มีการประเมินและปรับปรุงการจัดการ IT อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้มีระบบบริหารความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ (Information Security Management System) ที่ได้มาตรฐาน | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | |
| 20 การจัดการความรู้ | เริ่มต้นการรวบรวมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร | | | มีการรวบรวมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กรอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ | | | มีการแสวงหาความรู้ที่จำเป็น (ทั้ง explicit & tacit), ข้อมูลมีความพร้อมใช้, นำความรู้มาออกแบบระบบงานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย | | | มีความโดดเด่น เช่น KM ส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมในระบบงาน และนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์ | | มีการประเมินและปรับปรุงการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นตัวอย่างในด้านนี้ และเกิดวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศ | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | |

| I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (HRF) | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----|-----|---|-----|-----|---|-----|-----|---|--|---|
| 5.1 ความผูกพันของบุคลากร องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ เพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์กรและระดับบุคคล. บุคลากรและผู้นำได้รับการพัฒนาเพื่อให้สร้างผลงานที่ดี. | | | | | | | | | | | | |
| 21 ความผูกพันและความพึงพอใจ | มีกิจกรรมพื้นฐานเพื่อสร้างความผูกพันและความพึงพอใจ (รวมทั้งบริการ สิทธิประโยชน์) | | | มีการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ | | | มีการประเมินความผูกพันของบุคลากร, วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่ม | | | มีการปรับปรุงความผูกพันของบุคลากรตามผลการประเมิน | | บุคลากรมีความผูกพันและอุทิศตนให้กับองค์กร ใฝ่เรียนรู้ สร้างนวัตกรรม สร้างผลงานที่ดี |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | |
| 22 ระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ | มีกิจกรรมพื้นฐานเพื่อสร้างความร่วมมือและแรงจูงใจ | | | มีระบบประเมินผลงานเพื่อการบริหารค่าตอบแทนที่เป็นธรรม | | | เริ่มนำระบบบริหารผลการปฏิบัติงาน (Performance Management System) มาสู่การปฏิบัติ | | | มีความโดดเด่น เช่น ใช้ PMS เป็นเครื่องมือในการสื่อสารเพื่อให้เข้าใจเป้าหมายและความคาดหวังขององค์กรร่วมกัน, มีการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร ³ เพื่อให้บุคลากรมีผลงานที่ดี | | มีการประเมินและปรับปรุงระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ ส่งผลให้บุคลากรมีแรงจูงใจที่จะสร้างผลงานที่ดีเพื่อบรรลุความสำเร็จของตนและองค์กร |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | |

³ เช่น ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน/ต่างสาขา การให้อำนาจตัดสินใจ ความคิดริเริ่ม นวัตกรรม การใช้ประโยชน์จากความคิดเห็นที่หลากหลายของบุคลากร

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| 23 ระบบพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ | การฝึกอบรมมุ่งเน้นให้สามารถปฏิบัติงานประจำตามหน้าที่รับผิดชอบได้ | เพิ่มการฝึกอบรมเพื่อปฏิบัติงานที่ซับซ้อนได้ด้วยความมั่นใจ, นำปัญหาที่เคยเกิดมา กำหนด training need | เพิ่มการฝึกอบรมเพื่อรองรับกลยุทธ์ขององค์กร, ส่งเสริมการเรียนรู้ที่ไม่เป็นทางการ | มีความโดดเด่น เช่น การเรียนรู้ที่สมดุล ⁴ , การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้, การสร้างแรงจูงใจให้พัฒนาตนเอง, การจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงาน, แผนสร้างผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงาน | มีการประเมินและปรับปรุงการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรอย่างเป็นระบบ ทำให้บุคลากรมีความพร้อมรับความต้องการในอนาคต | | | | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| 5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร | | | | | | | | | | |
| องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลัง เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ. องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพดี และมีความปลอดภัย. | | | | | | | | | | |
| 24 การบริหารและจัดระบบบุคลากร | มีการกำหนดขีดความสามารถและอัตรากำลังที่ต้องการ, มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่งและมอบหมายหน้าที่ตามความรู้ความสามารถ | มีการจัดทำแผนเพื่อให้ได้มาซึ่งบุคลากรที่ต้องการ, มีมาตรการลดผลกระทบจากการที่บุคลากรไม่เพียงพอ, มีกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ | มีบุคลากรที่มีความรู้เหมาะสมกับหน้าที่และมีจำนวนเพียงพอในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง, มีการจัดระบบให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาสู่ความสำเร็จขององค์กร | มีความโดดเด่น เช่น มีบุคลากรเพียงพอในทุกหน่วยงาน, มีการเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและมั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้ต่อเนื่อง | มีการประเมินและปรับปรุงการบริหารและจัดระบบบุคลากร ส่งผลให้องค์กรเป็นตัวอย่างที่ดี รวมทั้งมีการใช้แนวคิดองค์กรที่มีชีวิต | | | | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |

⁴ ดูรายละเอียดใน SPA

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|---|-----|-----|--|-----|-----|--|--|--|---|--|--|
| 25 สุขภาพของบุคลากร | ให้การดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม | | | มีระบบป้องกันโรคและอันตรายจากการทำงานในเชิงรุก | | | บุคลากรดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม | | | มีความโดดเด่น เช่น บุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีสภาวะสุขภาพดี | | | มีการประเมินและปรับปรุงการดูแลสุขภาพของบุคลากรอย่างเป็นระบบ ทำให้องค์กรเป็นตัวอย่างที่ดี บุคลากรเป็นผู้นำในการสร้างสุขภาพ | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | | | |
| I-6 การจัดการกระบวนการ (PCM) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.1 การออกแบบระบบงาน | | | | | | | | | | | | | | | |
| องค์กรกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษ (สมรรถนะหลัก) ของตน ออกแบบระบบงาน และกระบวนการสำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น ๆ, พร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน, และบรรลุความสำเร็จขององค์กร. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 การกำหนดงานที่เป็น core competency ขององค์กร และการออกแบบระบบงานโดยรวม | มีการกำหนด core competency ขององค์กรซึ่งสัมพันธ์กับพันธกิจและสิ่งแวดล้อมขององค์กร | | | มีการกำหนดระบบงานและกระบวนการสำคัญซึ่งสัมพันธ์กับ core competency ขององค์กร | | | มีการออกแบบระบบงานโดยรวมเพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงาน, มีการพัฒนา core competency | | | มีการสร้างนวัตกรรมให้แก่ระบบงานโดยใช้ทรัพยากรภายนอกอย่างเหมาะสม ⁵ , มีการทบทวนและปรับปรุง core competency | | | มี core competency โดดเด่นเป็นที่เทียบเคียงขององค์กรอื่น | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | | | |

⁵ เช่น การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกเพื่อให้สามารถทำงานได้ง่ายขึ้น มากขึ้น เร็วขึ้น

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----|-----|--|-----|-----|---|-----|-----|---|--|--|---|--|--|
| 27 ความพร้อมสำหรับ ภาวะฉุกเฉินและภัย พิบัติต่างๆ | มีการวิเคราะห์ภัยพิบัติ หรือภาวะฉุกเฉินที่มี โอกาสเกิดขึ้น | | | มีการวางแผนเตรียม ความพร้อมของ ระบบงานและสถานที่ เพื่อรองรับภัยพิบัติหรือ ภาวะฉุกเฉิน | | | มีการซักซ้อมความ เข้าใจหรือซ้อมปฏิบัติ อย่างสม่ำเสมอ ครอบคลุมภาวะฉุกเฉิน และภัยพิบัติที่สำคัญ | | | มีความโดดเด่น เช่น การปรับปรุงแผนให้ เหมาะสมและมีความ พร้อมตลอดเวลา | | | มีระบบบริหารความ ต่อเนื่องของธุรกิจ (Business Continuity Management System) ภายใต้ภาวะวิกฤติ | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | | | |
| 6.2 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน | | | | | | | | | | | | | | | |
| องค์กรนำกระบวนการทำงานสำคัญไปปฏิบัติ บริหารจัดการ และปรับปรุงกระบวนการดังกล่าว เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น และ เพื่อบรรลุความสำเร็จขององค์กร. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 การจัดการและ ปรับปรุงกระบวนการ ทำงาน | ใช้ 3P หรือPDSA ใน โครงการพัฒนาคุณภาพ และงานประจำ | | | ใช้ 3P หรือ PDSA ใน การบริหารหน่วยงาน เพื่อบรรลุเป้าหมาย รวมทั้งการติดตาม กำกับงานประจำวัน | | | ใช้ 3P หรือ PDSA กับ ระบบงานหรือ กระบวนการหลัก (กระบวนการที่สร้าง คุณค่า) และประเด็น เชิงกลยุทธ์ | | | มีความโดดเด่น เช่น มี ความชัดเจนในเรื่อง การบูรณาการ (เชื่อมโยง) และนวัต กรรม, การแลกเปลี่ยน เรียนรู้และขยายผล | | | มีการประเมินและปรับ ปรุงการจัดการกระบวนการ การ ส่งผลให้เกิดคุณค่า ต่อผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ความแปรปรวนลดลง ผลลัพธ์สุขภาพดีขึ้น | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | | | |

| ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|---|-----|-----|--|-----|--|-----|--|
| II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ) | | | | | | | | | | | |
| 1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (RSQ.1) | | | | | | | | | | | |
| มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ. | | | | | | | | | | | |
| 29 การสนับสนุนจากผู้นำ การเชื่อมโยงและประสานงาน | มีโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่เหมาะสมกับองค์กร, มีการกำหนด operating definition ของ “ความเสี่ยง” และคุณภาพ | | | มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานทุกระดับชัดเจน, ผู้นำให้การสนับสนุนการพัฒนา | | | RM/patient safety, QA, CQI เป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ ซึ่งมีการบูรณาการและประสานในทุกขั้นตอน | | ผู้นำติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพ | | ผู้นำส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้ |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | |
| 30 การทำงานเป็นทีม | มีความเป็นทีมในหน่วยงาน ในงานประจำ และการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน, มีแนวทางในการขอคำปรึกษาและการดูแลผู้ป่วยซับซ้อนร่วมกันระหว่างสาขาที่เกี่ยวข้อง | | | มีความเป็นทีมในระบบงาน/ทีมคร่อมสายงาน/ทีมนำระดับต่าง ๆ | | | ทีมระบบงาน/คร่อมสายงาน/ทีมนำระดับต่าง ๆ ทำหน้าที่ดูแลภาพรวม ติดตามความก้าวหน้า เชื่อมโยงกับทีมนำสูงสุดและทีมที่เกี่ยวข้อง (effective function of team) | | มีความโดดเด่น เช่น ทีมมี maturity สูง, การใช้ข้อมูลและการวิจัยเพื่อการเรียนรู้ | | มีการติดตามประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของทีมระบบงานต่าง ๆ ส่งผลให้มีวัฒนธรรมของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ เป็นแบบอย่างที่ดี |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|-----|-----|-----|--|--|-----|-----|--|
| 31 การประเมินตนเอง | หาโอกาสพัฒนาจากความเสี่ยงที่เกิดขึ้น | หาโอกาสพัฒนาจากการวิเคราะห์กระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ ⁶ | ใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ⁷ ด้วยความเข้าใจ | | | | มีความโดดเด่น เช่น ใช้การวิจัยประเมินผล, การเรียนรู้ใคร่ครวญจากผลการพัฒนา, การตามรอยด้วยความเข้าใจ | มีวัฒนธรรมของการประเมินตนเอง | | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | |
| 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2) มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ. | | | | | | | | | | | |
| 32 ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย | ตอบสนองปัญหา/เหตุการณ์เฉพาะรายอย่างเหมาะสม | มีระบบรายงานอุบัติการณ์, มีวิเคราะห์สาเหตุและปรับปรุง, มีกิจกรรมสร้างความตื่นตัวในงานประจำ | วิเคราะห์ความเสี่ยงรอบด้าน (ทั้งที่เคยเกิดและที่มีโอกาสเกิด), ระบบงานได้รับการออกแบบอย่างรัดกุมและนำไปปฏิบัติ | | | | บูรณาการระบบงานและระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง | มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยง, มีวัฒนธรรมความปลอดภัยเด่นชัด | | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | |
| 33 การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย (ที่แนะนำไว้ในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA) | มีการทบทวนเป็นครั้งคราว | มีการทบทวนที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน | มีการทบทวนที่ครอบคลุมโอกาสเกิดปัญหาสำคัญ, นำมาสู่การปรับปรุงระบบงาน | | | | มีการทบทวนที่บูรณาการเข้าเป็นกิจกรรมประจำของหน่วยงาน, มีการติดตามการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น | มีวัฒนธรรมของการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการมีระบบ concurrent monitoring | | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | |

⁶ เช่น การใช้ service profile เพื่อวิเคราะห์งานและการบรรลุเป้าหมาย

⁷ การประเมินจุดแข็งจุดอ่อนในงานที่ทำ, การติดตามตัวชี้วัด, การทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย, การทบทวนเวชระเบียนเพื่อเรียนรู้ AE, การตามรอยทางคลินิก, การประเมินตนเองตามมาตรฐาน, การเยี่ยมหน่วยงานเพื่อซักซ้อมความเข้าใจ

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|---|-----|---|-----|--|-----|---|-----|
| 34 การพัฒนาคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยใน ลักษณะบูรณาการ | เริ่มต้นใช้เครื่องมือ พัฒนาคุณภาพทาง คลินิก เช่น indicator, CPG | | ใช้เครื่องมือที่ หลากหลายเพื่อพัฒนา คุณภาพการดูแลกลุ่ม ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตาม หลัก 3P | | การพัฒนาคุณภาพทาง คลินิกครอบคลุมกลุ่ม ผู้ป่วยสำคัญในแต่ละ สาขา, มีการ monitor KPI อย่างเหมาะสม | | ผสมผสานงานวิจัยกับ การพัฒนาคุณภาพทาง คลินิก หรือ R2R, ผสมผสานทุกแนวคิดใน การพัฒนาคุณภาพทาง คลินิก, ผลลัพธ์ทาง คลินิกมีแนวโน้มที่ดีขึ้น | | มีการประเมินและ ปรับปรุงกระบวนการ พัฒนาคุณภาพทาง คลินิกอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผลลัพธ์ทาง คลินิกอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดี เลิศ | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (PFG) | | | | | | | | | | |
| 2.1 การพยาบาล (PFG.1/NUR) | | | | | | | | | | |
| มีระบบบริหารการพยาบาลรับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร | | | | | | | | | | |
| 35 ระบบบริหารการ พยาบาล | มีโครงสร้างการบริหาร การพยาบาลที่ชัดเจน, ผู้นำทีมการพยาบาลมี คุณสมบัติเหมาะสม, มี แนวทางหรือมาตรฐาน การปฏิบัติงานที่จำเป็น | | มีการจัดอัตรากำลัง ทางการพยาบาลที่ สอดคล้องกับความต้องการ ของผู้ป่วยและ หน้าที่รับผิดชอบ, มี ระบบประกันคุณภาพ ทางการพยาบาลใน ประเด็นที่สำคัญ | | มีการบริหารการ พยาบาลโดยการมีส่วนร่วม, มีระบบกำกับดูแล ที่มีประสิทธิภาพ, ใช้ หลักการเป็นโค้ชในการ นิเทศงาน, มีการ ประสานความร่วมมือที่ ดีกับกรรมการ/ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง | | มีความโดดเด่น เช่น การใช้นวัตกรรม ทางการบริหาร, การ ประเมินการบรรลุ เป้าหมายของระบบ บริการพยาบาล | | มีการประเมินและ ปรับปรุงการบริหารการ พยาบาลอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ได้บริการ พยาบาลที่มีคุณภาพสูง | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| 36 ปฏิบัติการทางการพยาบาล | ให้การดูแลทางการพยาบาลขั้นพื้นฐานที่ดี | ให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับผลการประเมินผู้ป่วยและสนับสนุนแผนการรักษาของแพทย์ | ใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม, ปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วยได้รับการตรวจพบทันการณ์และตอบสนองอย่างเหมาะสม, มีบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ | มีความโดดเด่น เช่น ใช้ความรู้วิชาการที่ทันสมัย, มีการเรียนรู้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อปรับปรุงระบบงานและพัฒนาวิชาชีพ, การดูแลเป็นองค์รวม | มีการประเมินและปรับปรุงบริการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ได้บริการพยาบาลที่ปลอดภัย มีคุณภาพสูง เป็นองค์รวม มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ สอดคล้องกับปัญหา วิถีชีวิต และบริบททางสังคม | | | | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| 2.2 แพทย์ (PFG.2/MED) | | | | | | | | | | |
| มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ รับผิดชอบต่อการส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร. | | | | | | | | | | |
| 37 องค์กรแพทย์ | มีการพบปะกันในกลุ่มแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และมีกิจกรรมร่วมกัน เพื่อเพื่อแสดงจุดยืนและสร้างไว้ซึ่งมาตรฐานแห่งวิชาชีพ | มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ (เหมาะสมกับองค์กร) และกำหนดประเด็นสำคัญที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาและประสานเพื่อนำไปปฏิบัติ | มีกลไกกำกับดูแลและส่งเสริมให้เกิดบริการทางการแพทย์ที่ดี มีมาตรฐานและจริยธรรม, แพทย์แต่ละคนมีการศึกษาต่อเนื่องตามเกณฑ์ | มีความโดดเด่น เช่น มีบทบาทเด่นชัดในการเป็นผู้นำและชี้ทิศทางเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย, แพทย์ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของตนเองอย่างสม่ำเสมอ | มีการประเมินและปรับปรุงการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรแพทย์เป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมให้ รพ.มีบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและน่าไว้วางใจ | | | | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |

| II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV) | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1) | | | | | | | | | | | | | | | |
| สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 38 โครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ | อาคารสถานที่ได้รับการดูแลความสะอาดและเป็นระเบียบ, สถานที่อาจมีข้อจำกัดซึ่งไม่อาจแก้ไขได้ในเวลาอันสั้น | มีการปรับปรุงเพื่อลดความเสี่ยงทางโครงสร้างกายภาพที่เห็นชัดเจน | โครงสร้างอาคารสถานที่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด, มีความปลอดภัย สะดวกสบาย, พื้นที่ใช้สอยเพียงพอ, แสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม, มีระบบระบายอากาศที่ดี, ได้รับการบำรุงรักษาอย่างดี | มีความโดดเด่น เช่น เป็นสถานที่ที่ให้ความอบอุ่น เป็นมิตร, มีการออกแบบโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค | เป็นแบบอย่างของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการเยียวยาและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39 การกำกับดูแลและบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม | มีผู้ได้รับมอบหมายให้กำกับดูแลระบบงานบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย | มีการตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมตามกำหนดเวลา | มีการประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก, จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและนำไปปฏิบัติ, บุคลากรได้รับการฝึกอบรม | มีความโดดเด่น เช่น การทำให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการกำกับดูแลและบริหารสิ่งแวดล้อมขององค์กร | มีการติดตามและปรับปรุงระบบงานส่งผลให้องค์กรเป็นแบบอย่างของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|---|-----|-----|---|-----|-----|---|--|--|---|--|--|
| 40 การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตรายอย่างปลอดภัย | มีการระบุวัสดุและของเสียอันตรายที่มีในองค์กร และแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการเลือก สัมผัส จัดเก็บ เคลื่อนย้าย ใช้ กำจัด | | | มีการฝึกอบรมและเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น | | | มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ อย่างครบถ้วนและครอบคลุมอันตรายในทุกด้าน | | | มีความโดดเด่น เช่น การสร้างนวัตกรรมในการกำจัดของเสียและวัสดุอันตรายที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น | | | มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นแบบอย่างที่ดี มั่นใจว่าจะไม่เกิดอันตรายจากวัสดุและของเสียอันตราย | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | | | |
| 41 การจัดทำแผนฝึกซ้อม ตรวจสอบระบบ เพื่อป้องกันอัคคีภัย | โครงสร้างอาคารสถานที่ไม่มีความเสี่ยงด้านอัคคีภัยที่ชัดเจน, มีการจัดทำแผนป้องกันและรองรับเมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ | | | มีการอบรมและฝึกซ้อมแผน, มีการติดตั้งเครื่องมือและวางระบบเกี่ยวกับอัคคีภัยอย่างเหมาะสมกับประเภทวัสดุที่ติดไฟในแต่ละพื้นที่ | | | การซ้อมแผนอัคคีภัยและภาวะฉุกเฉินครอบคลุมทุกสถานการณ์และผู้เกี่ยวข้องทั้งในและนอก รพ., มีการตรวจสอบปัจจัยเสี่ยงต่ออัคคีภัย และปรับปรุงเพื่อป้องกัน | | | มีการปรับปรุงแผนและการเตรียมความพร้อมจากการประเมินผลการฝึกซ้อม | | | การจัดการและการเตรียมความพร้อมเป็นแบบอย่างที่ดี | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | | | |

| 3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค (ENV.2) | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งานทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็นอยู่ตลอดเวลา. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 เครื่องมือ | มีระบบการจัดการ การตรวจสอบความเพียงพอ ดูแลความพร้อมใช้ของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ในแต่ละหน่วยงาน | มีการกำหนดระดับขั้นต่ำของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ในแต่ละหน่วยงาน สํารวจและวางแผนจัดหาที่จำเป็นพร้อมใช้ ทำหน้าที่ได้เป็นปกติตลอดเวลา | มีเครื่องมือเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน, มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน ทดสอบ ตรวจสอบ และ calibrate ที่เหมาะสม | มีความโดดเด่น เช่น การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการจัดหาทดแทน, การจัดการเครื่องมือบางประเภทในลักษณะรวมศูนย์, การมีศักยภาพในการซ่อมบำรุง | มีการประเมินและปรับปรุงการบริหารจัดการเครื่องมืออย่างเป็นระบบ ส่งผลให้มีเครื่องมือเพียงพอและพร้อมใช้ในทุกสถานการณ์ อีกทั้งสามารถให้คำปรึกษาการบำรุงรักษาแก่ รพ. ในเครือข่าย/หน่วยงานใกล้เคียงภายนอกได้ | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| 43 ระบบสาธารณูปโภค | มีการจัดแผนผังตำแหน่งที่ตั้งต่างๆ ของระบบ, มีแนวทางปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณูปโภคมีปัญหา | มีการจัดทำแผนบริหารระบบสาธารณูปโภคเพื่อการใช้งานที่ได้ผลปลอดภัย และเชื่อถือได้, มีการตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาอย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด, มีระบบไฟฟ้าสำรองให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด | มีการนำแผนบริหารระบบสาธารณูปโภคไปปฏิบัติอย่างครบถ้วน, มีความมั่นใจในการทำงานของระบบไฟฟ้าสำรอง การลดปริมาณเชื้อโรคหรือการปนเปื้อนในระบบปรับอากาศ ระบบน้ำ | มีการติดตามและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณูปโภคและใช้วางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน | มีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพสูง และพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |

| 3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3) | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|-----|-----|--|-----|-----|--|--|--|---|--|
| องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ เอื้อต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม. | | | | | | | | | | | | | | |
| 44 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ | มีสิ่งแวดล้อมที่เป็นระเบียบ สบายตา | | | มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยทางกายภาพและปราศจากการรบกวน | | | มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์ ความผ่อนคลาย การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ | | | มีความโดดเด่น เช่นมีสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะของสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับบริการอื่นๆ และประชาชนทั่วไปอย่างได้ผล | | | มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นแบบอย่างในการเรียนรู้ให้แก่องค์กรอื่นๆ | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | | |
| 45 การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม | มีความพยายามในการแก้ไขปัญหาในระบบบำบัดน้ำเสียและกำจัดขยะซึ่งอาจจะมีโครงสร้างไม่เหมาะสมกับ รพ. | | | ระบบบำบัดน้ำเสียมีขนาดเหมาะสมกับ รพ., มีกระบวนการที่ชัดเจนในการบำบัดน้ำเสียและกำจัดขยะโดยผู้มีความรู้ | | | มีระบบบำบัดน้ำเสียและการกำจัดขยะที่มีประสิทธิภาพ, ค่าน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดเป็นไปตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง | | | มีความโดดเด่น เช่น การลดปริมาณของเสียและลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม, การร่วมมือกับชุมชนในการพิทักษ์และปรับปรุงสิ่งแวดล้อม | | | มีการประเมินและปรับปรุงการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นแบบอย่างในด้านนี้หรือได้รับการรับรอง ISO14000 | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | | |

| II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----|--|-----|---|-----|-----|---|-----|---|--|
| 4.1 ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC.1) | | | | | | | | | | | |
| ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กร ได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสม ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี. | | | | | | | | | | | |
| 46 การออกแบบระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ | มีการกำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ ที่เหมาะสมกับ รพ. | | มีมาตรการป้องกันครอบคลุมการติดเชื้อที่พบบ่อยและมีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ | | การป้องกันและควบคุมครอบคลุมการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาตามบริบทของ รพ., ครอบคลุมทุกพื้นที่, มีการใช้ข้อมูลความรู้ที่ทันสมัย | | | มีความโดดเด่น เช่น บูรณาการระหว่างงาน IC กับ CQI และระบบงานที่เกี่ยวข้อง, มีการประสานการป้องกันไปถึงบ้านของผู้ป่วย และการส่งต่อระหว่าง รพ., | | มีการประเมินและปรับปรุงงาน IC อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นตัวอย่างที่ดี อัตราการติดเชื้อสำคัญอยู่ในระดับต่ำ | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | |
| 47 การจัดการและทรัพยากร | มีผู้รับผิดชอบงาน IC ชัดเจน (ทั้งคณะผู้กำกับดูแลและ ICN) | | ผู้รับผิดชอบมีความรู้และคุณสมบัติเหมาะสม | | มีทรัพยากรที่เพียงพอ, ระบบสารสนเทศสนับสนุน, บุคลากรได้รับการอบรมความรู้อย่างต่อเนื่อง | | | มีความโดดเด่น เช่นการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ครอบครัว/ชุมชน | | มีการประเมินและปรับปรุงการจัดการทรัพยากรด้าน IC อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้มีทรัพยากร ระบบ และความรู้เพียงพอ | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | |

| 4.2 การป้องกันการติดเชื้อ (IC.2) | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48 การป้องกันการติดเชื้อ | มีการกำหนดมาตรการป้องกันที่จำเป็น, มีโครงสร้างและสถานที่เอื้อต่อการป้องกัน | มีมาตรการป้องกันที่ครอบคลุม, บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ | มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันครบถ้วน, มีการควบคุมสิ่งแวดล้อม, ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่สำคัญ, ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่สำคัญ | มีความโดดเด่น เช่น นำ HFE มาปรับปรุงเพื่อให้มีการปฏิบัติตามมาตรการได้อย่างสมบูรณ์, มีการประเมินและปรับปรุงการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนด | มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ส่งผลให้อัตราการติดเชื้ออยู่ในระดับที่ต่ำมาก | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.3 การเฝ้าระวัง ติดตามกำกับ และควบคุมการระบาด (IC.3) | | | | | | | | | | | | | | | |
| องค์กรใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังและติดตามกำกับ เพื่อค้นหาและควบคุมการติดเชื้อ และจัดการกับสถานการณ์ที่มีการระบาดของเชื้อในโรงพยาบาล. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 49 การเฝ้าระวังการติดเชื้อและติดตามกำกับ | มีการออกแบบระบบเฝ้าระวังที่เหมาะสมกับองค์กร (รพ.ขนาดเล็ก เน้นที่กระบวนการและ OPD) | มีการดำเนินการเฝ้าระวังโดยผู้มีความรู้เหมาะสม ง่ายต่อการปฏิบัติ ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม มีการวิเคราะห์และให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างทันการณ์ | มีการนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังมาใช้ในการวางแผน ค้นหาการระบาด ให้ความรู้ ประเมินผลและปรับปรุงระบบงาน | มีความโดดเด่น เช่น ความร่วมมือกับองค์กรภายนอกในการเฝ้าระวัง, การวิเคราะห์ข้อมูลที่สะท้อนจุดที่เป็นปัญหา | มีการประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของกระบวนการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นแบบอย่างในด้านนี้ การเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพ อัตราการติดเชื้อที่สำคัญมีแนวโน้มลดลง | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|---|---------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 50 การควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อ | มีศักยภาพในการบ่งชี้การเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรคติดเชื้อ | การบ่งชี้การเพิ่มหรือการระบาดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ, มีการสนับสนุนทรัพยากรและให้อำนาจทีมผู้รับผิดชอบในการควบคุม | ทีมผู้รับผิดชอบดำเนินการใช้มาตรการควบคุมที่เหมาะสมอย่างรอบด้านและทันการณ์ | มีการเรียนรู้จากการระบาดที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาปรับปรุงระบบและสร้างความตระหนัก | มีการควบคุมการระบาดอย่างมีประสิทธิภาพ, บทเรียนที่เกิดขึ้นนำมาสู่ระบบที่รัดกุมและความตระหนักในบุคลากร | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | II-5 ระบบเวชระเบียน (MRS) | | | | | | | | | |
| 5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (MRS.1) | | | | | | | | | | | | | | | |
| องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 51 การวางแผนและออกแบบระบบบริหารเวชระเบียน ⁸ | มีการร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียน, มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึก การแก้ไข การจัดเก็บ และการเข้าถึงเวชระเบียนที่เหมาะสม | มีการร่วมกันออกแบบระบบบริหารเวชระเบียน, มีระบบป้องกันการสูญหายและรักษาความปลอดภัย | มีการดำเนินการระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพ, มีการรักษาความลับที่ดี | มีความโดดเด่น เช่น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยประโยชน์จากบันทึกเวชระเบียนของตน, การประมวลผลข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อประโยชน์ในการวางแผนและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย | มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างเป็นระบบ ทำให้ระบบบริหารเวชระเบียนตอบสนองความต้องการขององค์กรและผู้ป่วย | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |

⁸ ระบบบริหารเวชระเบียน ได้แก่ ความเหมาะสมของแบบบันทึกต่าง ๆ, ระยะเวลาที่มีการเก็บรักษาเวชระเบียน, ประสิทธิภาพของระบบการจัดเก็บและค้นหาเวชระเบียน, ความปลอดภัยในการจัดเก็บเวชระเบียน, คุณภาพในการให้รหัส, การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ

| 5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (MRS.2) | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|
| ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย. | | | | | | | | | | |
| 52 ความสมบูรณ์ของการบันทึก | เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ไม่ถึง 40% | | เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ 40-49% | | เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ไม่น้อยกว่า 50-79 % | | เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ไม่น้อยกว่า 80% | | ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| 53 การทบทวนเวชระเบียน | มีการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกอย่างน้อยปีละครั้ง | | มีการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนตามแบบฟอร์มของ สปสช./พรพ. อย่างน้อย 3 ฉบับต่อเดือนสำหรับแพทย์แต่ละคน | | มีการทบทวนคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน, มีการปรับปรุงความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึก | | มีการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียน และนำไปปัญหาที่พบไปปรับปรุงระบบงาน (เช่น การใช้ trigger เพื่อคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวนหา AE และปรับปรุง) | | ผู้ประกอบวิชาชีพมีเจตคติที่ดีต่อการทบทวนเวชระเบียน ส่งผลให้เวชระเบียนมีความสมบูรณ์และคุณภาพสูง | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |

| II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS) | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 6.1 การวางแผน การจัดการ การเก็บและสำรองยา (MMS.1) | | | | | | | | | | | | | | | |
| องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล พร้อมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 54 การวางแผนและการจัดการ | มีการจัดตั้ง PTC หรือมอบหมายให้มีการทำหน้าที่ของ PTC, มีการจัดทำบัญชียา รพ., มีการวิเคราะห์ปัญหาการใช้ยาที่รุนแรง, มีการระบุยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง | PCT กำหนดเป้าหมายและนโยบายที่ชัดเจน, มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง, มีมาตรการป้องกันปัญหาการใช้ยาที่รุนแรง รวมทั้งการจัดการกับปัญหาขาดแคลนและยาที่จำเป็นเร่งด่วน | นโยบายและเป้าหมายของ PTC ได้รับการนำไปปฏิบัติอย่างเหมาะสม | มีความโดดเด่น เช่น PTC ทำหน้าที่ครบทุก function เพื่อบรรลุเป้าหมาย, มีระบบส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสม, มีนโยบายที่มุ่งสร้างการมีส่วนร่วมและเสริมพลังผู้ป่วย | มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารจัดการด้านยาอย่างเป็นระบบ ใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ๆ ทำให้องค์กรเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านนี้ | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| 55 การเก็บสำรองยา | มีแนวทางการสำรองยาในระดับ รพ., จัดเก็บยาแบบ First Expire First Out (FEFO), มีการจัดการกับยาหมดอายุอย่างเหมาะสม, มีแผนจัดซื้อเวชภัณฑ์ในแต่ละปี | มีแนวทางการสำรองยาในระดับ รพ. และระดับหน่วยงาน, ระบบสำรองยา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินและการทดแทน, ระบบจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด, มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ, มีการคัดเลือกผู้ขายและตรวจรับยาที่มั่นใจว่าจะได้ยาที่มีคุณภาพ | ระบบจัดซื้อและสำรองยาสร้างความมั่นใจในคุณภาพ/ความคงตัว ความปลอดภัย และความพร้อมใช้ | มีความโดดเด่น เช่น ใช้ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยากับการจัดซื้อเวชภัณฑ์, ระบบการติดตามยาคืนเมื่อพบว่ายามีปัญหา, การจัดการกับยาที่ส่งคืนห้องยา | มีการประเมินและปรับปรุงการเก็บสำรองยาอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ยามีคุณภาพเพียงพอ พร้อมใช้ ในทุกเวลา ทุกสถานการณ์ ทุกสถานที่ | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |

| 6.2 การใช้ยา (MMS.2) | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการสั่งใช้ยาและการให้ยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 56 การสั่งใช้ยาและ ถ่ายถอดคำสั่ง | มีการวิเคราะห์ปัญหาที่มีโอกาสเกิดจากการสั่งใช้ยาและการถ่ายถอดคำสั่งจากข้อมูลที่มีอยู่ในระบบ | มีการกำหนดมาตรการป้องกันปัญหาจากการสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง (ดู SPA), ผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็นได้, | ผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยที่จำเป็นได้ครบถ้วน, มีแนวทางในการสั่งใช้ยาที่ รพ. เลือกระบบ, เริ่มมีระบบ drug reconciliation ในหน่วยงานจำนวนหนึ่ง | มีความโดดเด่น เช่น การใช้ IT ในการสั่งยา การถ่ายถอด และการสื่อสารเกี่ยวกับคำสั่งยา, การจัดทำและใช้ ประโยชน์จาก drug profile, ระบบทบทวน เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม, ระบบ drug reconciliation ที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ | มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสั่งใช้และถ่ายถอดคำสั่ง อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นตัวอย่างในการสั่งใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| 57 การทบทวนคำสั่งเตรียมและจัดจ่าย/ส่งมอบยา | มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาตามแนวทางเบื้องต้นในการคัดกรองปัญหา, มีการให้ข้อมูลการเตรียมยาที่ถูกต้องให้กับผู้เกี่ยวข้อง | การทบทวนคำสั่งใช้ยาสามารถตรวจพบปัญหาสำคัญที่พบบ่อย, มีการนำข้อมูล pre-dispensing error ที่พบบ่อยมาปรับระบบงาน, มีการส่งมอบยาพร้อมข้อมูลคำแนะนำที่เหมาะสม | การทบทวนคำสั่งใช้ยาสามารถตรวจพบปัญหาที่ไม่พบบ่อยได้, มีระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเตรียม/จัดจ่ายยาอย่างถูกต้อง, มีระบบตรวจสอบก่อนส่งมอบ, มีระบบรับข้อมูล dispensing error จากหอผู้ป่วย | มีความโดดเด่น เช่น การใช้ IT เพื่อสื่อสารกับผู้สั่งใช้, ระบบทบทวนเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม, ระบบติดตาม dispensing error ผู้ป่วยนอก | มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการทบทวนคำสั่ง/เตรียม/จัดจ่ายยาอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นตัวอย่างในด้านนี้ มีความคลาดเคลื่อนและความไม่เหมาะสมในระดับต่ำมาก | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|---|--|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 58 การบริหารยาและติดตามผล | มีการวิเคราะห์โอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องจากการเตรียมและบริหารยา | มีการกำหนดมาตรการป้องกันความคลาดเคลื่อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องจากการเตรียมและการบริหารยา, การให้ข้อมูลและฝึกอบรม, สิ่งแวดล้อมที่เอื้อ | มีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้, ระบบ double check ที่เหมาะสม, ระบบบันทึกและติดตามผลการให้ยา, ระบบรายงานเมื่อเกิดปัญหา | มีความโดดเด่น เช่น การใช้ IT ในการบริหารยา, การ empower ให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ | มีการประเมินและปรับปรุงระบบการเตรียมและบริหารยาอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นผู้นำในด้านนี้ ความคลาดเคลื่อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับต่ำมาก | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| II - 7 การตรวจสอบประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN) | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|--|-----|-----|--|-----|-----|--|--|--|--|
| ก. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ / พยาธิวิทยาคลินิก | | | | | | | | | | | | | |
| 59 การวางแผน ทรัพยากร และการ จัดการห้องปฏิบัติการ ทางการแพทย์ | มีบุคลากร สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ เพียงพอสำหรับการตรวจ lab ชั้นพื้นฐาน | | | มีบุคลากร สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ เพียงพอสำหรับการตรวจ lab ที่จำเป็นตลอดเวลา | | | มีบุคลากร สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ เหมาะสมกับบริการของ องค์กร | | | มีความโดดเด่น เช่น มี ระบบบำรุงรักษาเชิง ป้องกัน การสอบเทียบ และการใช้ผลการสอบ เทียบอย่างเหมาะสม | | มีการประเมินและ ปรับปรุงการบริหาร จัดการอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นผู้นำ ในด้านนี้ | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | |
| 60 การจัดบริการ ปฏิบัติการทางการแพทย์ | มีบริการ lab ชั้นพื้นฐาน ที่จำเป็น | | | มีบริการ lab ที่จำเป็น ตลอดเวลา สามารถส่ง ตรวจภายนอกเมื่อ จำเป็น, ผู้เกี่ยวข้อง ได้รับผลในเวลา ที่กำหนด | | | มีระบบป้องกันการ รายงานผลผิดพลาด การรายงานค่าวิกฤติ การรักษาความลับ การ สื่อสารที่ดีกับหน่วยส่ง ตรวจ | | | มีระบบการติดตาม ความน่าเชื่อถือของการ แปลผล, มีการทบทวน ความเหมาะสม และ คุ่มค่า ในการส่งตรวจ | | มีการประเมินและ ปรับปรุงบริการ ห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์อย่างเป็น ระบบ ส่งผลให้องค์กร เป็นผู้นำในด้านนี้ | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | |
| 61 ระบบคุณภาพ ห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์ | มีแนวทางปฏิบัติในการ เก็บส่งตรวจ ปฏิบัติการตรวจ และ การควบคุมคุณภาพที่ จำเป็น | | | มีระบบควบคุมคุณภาพ ภายใน (เครื่องมือ น้ำยา และผลการตรวจ) และมีการตอบสนอง อย่างเหมาะสม | | | มีระบบการทดสอบ ความชำนาญ (proficiency test) และมี การตอบสนองอย่าง เหมาะสม, มีการ ปรับปรุงตามข้อเสนอ แนะสำคัญที่ได้รับจาก องค์กรวิชาชีพ หรือที่ เลี้ยงในเครือข่าย | | | มีระบบบริหารคุณภาพ ที่ครอบคลุมและมี ประสิทธิภาพ, มีการ พัฒนาคุณภาพร่วมกับ วิชาชีพอื่น, ได้รับการ รับรองจากองค์กร ภายนอกครอบคลุมการ ตรวจสำคัญบางส่วน | | ได้รับการรับรองจาก องค์กรภายนอก ครอบคลุมการตรวจ สำคัญส่วนใหญ่ | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | |

| ข. บริการโลหิตวิทยา | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----|--|-----|-----|--|-----|-----|--|-----|---|
| 62 (ก) บริการโลหิตวิทยาใน รพ.ที่ไม่มีคลังเลือด | มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เลือด รวมทั้งการระบุแหล่งที่จะขอรับเลือดในกรณีต่างๆ | | มีระบบการขอเลือดขนส่งเลือด หรือส่งผู้ป่วยไปรับเลือด ที่มีประสิทธิภาพ, มีการเฝ้าระวังปฏิกิริยาจากการให้เลือด และมีการนำบทเรียนมาทบทวนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่รัดกุมในการให้เลือด | | | มีการติดตามผลการดำเนินการ และแสดงให้เห็นว่าสามารถให้เลือดแก่ผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ทันเวลา | | | | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | |
| 62 (ข) บริการโลหิตวิทยาใน รพ.ที่มีคลังเลือด | มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการรับบริจาคโลหิต และการให้บริการโลหิต | | มีการนำมาตรฐานการบริการโลหิตของสภากาชาดไทยมาประเมินและปรับปรุงในส่วนขาด | | | สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการโลหิตของสภากาชาดไทยในหัวข้อที่จำเป็นกับบริบทได้ครบถ้วน | | | มีความโดดเด่น เช่น สามารถเป็นที่พึ่งในด้าน การให้บริการโลหิต ให้แก่ รพ.ในเขตใกล้เคียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ | | มีการประเมินและปรับปรุงบริการโลหิตวิทยาอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นผู้นำในด้านนี้ |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | |

| ค. บริการรังสีวิทยา และ Medical Imaging อื่น ๆ | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 63 การวางแผน ทรัพยากร และการ จัดการบริการรังสี วิทยา | มีบุคลากร สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ เพียงพอสำหรับบริการ รังสีวิทยา ชั้นพื้นฐาน | มีบุคลากร สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ เพียงพอสำหรับบริการ รังสีวิทยาที่จำเป็น ตลอดเวลา | มีบุคลากร สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ เหมาะสมกับบริการของ องค์กร, สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ เป็นไปตามมาตรฐาน, มี ระบบบำรุงรักษาเชิง ป้องกันที่เหมาะสม | สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ ได้รับการ ตรวจสอบและรับรอง จากหน่วยงานที่ รับผิดชอบตามที่ กฎหมายกำหนด | มีการประเมินและ ปรับปรุงการบริหาร จัดการอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นผู้นำ ในด้านนี้ | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| 64 การบริการรังสี วิทยา | มีบริการรังสีวิทยาชั้น พื้นฐานที่จำเป็น, มี ระบบในการเตรียม ผู้ป่วย, มีแนวทางปฏิบัติ ที่จำเป็น | มีบริการรังสีวิทยาที่ จำเป็นตลอดเวลา สามารถส่งตรวจ ภายนอกเมื่อจำเป็น, ผู้เกี่ยวข้องได้รับผลใน เวลาที่กำหนด | บริการรังสีวิทยา ให้ ภาพวินิจฉัยที่มีคุณภาพ และการวินิจฉัยโรคที่ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ โดย มีอันตรายต่อผู้ป่วยและ เจ้าหน้าที่น้อยที่สุด, ผู้ป่วยได้รับคำอธิบาย ผลการตรวจตามความ เหมาะสม | มีความโดดเด่น เช่น การทบทวนความเหมาะสม ในการส่งตรวจ, ระบบติดตามความ น่าเชื่อถือของการแปล ผล, การทบทวนความ เหมาะสมและคุ้มค่าใน การส่งตรวจ | มีการประเมินและ ปรับปรุงระบบบริการ รังสีวิทยา ส่งผลให้ องค์กรเป็นผู้นำในด้านนี้ | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| 65 ระบบคุณภาพและ ความปลอดภัยบริการ รังสีวิทยา | มีแนวทางปฏิบัติในการ ถ่ายภาพรังสี | มีการควบคุมคุณภาพ ของกระบวนการ ถ่ายภาพและล้างฟิล์ม และมีการตอบสนอง อย่างเหมาะสม | มีการควบคุมคุณภาพ ของเครื่องมือที่ใช้ในการ ตรวจทางรังสี / medical imaging อื่นๆ, มีระบบ ป้องกันอันตรายจากรังสี สารทึบรังสี และการแผ่ | มีระบบบริหารคุณภาพ ที่ครอบคลุมและมี ประสิทธิภาพ, มีการ พัฒนาคุณภาพร่วมกับ วิชาชีพอื่น | มีการประเมินและ ปรับปรุงระบบคุณภาพ ส่งผลให้องค์กรเป็น ผู้นำในด้านนี้ | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |

| | | | | | | ระวังผู้ป่วยที่มีความ เสี่ยงสูง, มีการทบทวน อุบัติการณ์และการหา โอกาสพัฒนา | | | | | |
|---|---|--|-----|--|-----|---|-----|---|-----|-----|-----|
| | | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| II – 8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS) | | | | | | | | | | | |
| 8. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS) | | | | | | | | | | | |
| องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการติดตามเฝ้าระวังเพื่อค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวน ควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้ | | | | | | | | | | | |
| 66 นโยบาย แผน การ ติดตามประเมินผล บุคลากร ทรัพยากร การสร้างความรู้ | มีนโยบายและแผนที่ ชัดเจน สอดคล้องกับ ปัญหาในพื้นที่ | มีงบประมาณ เทคโนโลยี ทรัพยากร และบุคลากรที่เหมาะสม | | มีการสร้างความรู้ ความ เข้าใจ ความตระหนัก ในด้านแนวคิด นโยบาย แผน และแนวทาง ปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้า ระวังโรคและภัยสุขภาพ สำหรับบุคลากรทุก ระดับ | | มีความโดดเด่น เช่น ระบบในการกำกับดูแล ติดตามประเมินผล, บุคลากรทุกระดับให้ ความร่วมมือ | | มีการประเมินและ ปรับปรุงอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็น แบบอย่างที่ดีในการ บริหารและทรัพยากร | | | |
| | | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| 67 การเก็บและ วิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้า ระวัง | มีระบบรายงานโรคที่ ต้องเฝ้าระวังตามที่ สธ. กำหนด | มีการวิเคราะห์โรคและ ภัยสุขภาพสำคัญใน พื้นที่และจัดระบบเฝ้า ระวังอย่างเหมาะสม | | มีการบันทึกและจัดเก็บ ข้อมูลที่มีคุณภาพ, ใช้ วิธีการทางระบาดวิทยา ในการวิเคราะห์อย่าง สม่ำเสมอ, มีการ คาดการณ์แนวโน้มและ วางแผนป้องกัน | | มีความโดดเด่น เช่น สามารถตรวจพบการ ระบาดของโรคและภัย สุขภาพที่ไม่อยู่ใน ขอบเขตการเฝ้าระวัง ตามปกติ | | มีการประเมินและ ปรับปรุงกระบวนการ เฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็น แบบอย่างที่ดีในระบบที่ มีประสิทธิภาพ | | | |
| | | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 68 การตอบสนองต่อการระบอบ และการเผยแพร่ข้อมูล | มีมาตรการป้องกันการระบอบ, มีการประสานกับ SRRT, มีช่องทางรับรายงานที่เหมาะสม | มีแผนตอบสนองเหตุฉุกเฉินและเตรียมพร้อมรองรับ, มีการสอบสวนผู้เกี่ยวข้องและ การระบอบอย่างทันท่วงที | มีการสืบค้นและควบคุมการระบอบอย่างทันท่วงที, เผยแพร่ข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง, ตอบสนองต่อการระบอบอย่างเหมาะสม | มีความโดดเด่น เช่นมีความร่วมมือจาก ผู้เกี่ยวข้องใน รพ.และ เครือข่ายนอก รพ. ใน การเฝ้าระวังและควบคุมการระบอบอย่างมีประสิทธิภาพ | มีการควบคุมการระบอบอย่างมีประสิทธิภาพ บทเรียนที่เกิดขึ้นนำมาสู่ระบบที่รัดกุมและความตระหนักในบุคลากร | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | II – 9 การทำงานกับชุมชน (COM) 9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (COM.1) ทีมผู้ให้บริการร่วมมือกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองต่อความต้องการของชุมชนที่รับผิดชอบ. | | | | | | | | | |
| 69 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน | เรียนรู้ชุมชน ศักยภาพและความต้องการของชุมชน | จัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน | วางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน | มีความโดดเด่น เช่นมีระบบเกื้อหนุนการสร้างบริการสุขภาพเติมพื้นที่ที่รับผิดชอบ | มีการประเมินและปรับปรุงการจัดบริการสำหรับชุมชนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ชุมชนทุกแห่งในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นได้ | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |

| 9.2 การเสริมพลังชุมชน (COM.2) | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| ทีมผู้ให้บริการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน. | | | | | | | | | | | | | |
| 70 การเสริมพลังชุมชน | สร้างเครือข่ายระหว่างรพ.กับชุมชน | | | ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคลซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพของแต่ละคน | | | สนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบหลัก | | | มีความโดดเด่น เช่น ชี้นะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะ, สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างชุมชน, การส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี | | มีการประเมินและปรับปรุงการทำงานกับชุมชนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นผู้นำในด้านนี้ ชุมชนมีความเข้มแข็ง เป็นแบบอย่างของการพึ่งตนเองในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ | |
| | | | | | | | | | | | | | |

| ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|-----|-----|--|-----|-----|---|--|---|--|
| III – 1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN) | | | | | | | | | | | | | |
| ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย, กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาสุขภาพ / ความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล. | | | | | | | | | | | | | |
| 71 การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน | มีการวิเคราะห์อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการที่จำเป็นและเร่งด่วน (ด้านกายภาพ ภาษา วัฒนธรรม อื่นๆ) | | | มีการปรับปรุงเพื่อลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการที่สำคัญ | | | มีการใช้ข้อมูลปัญหาสุขภาพของชุมชนที่รับผิดชอบเพื่อการจัดหรือขยายบริการ | | | มีความโดดเด่น เช่น การใช้ IT เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ, การเข้าถึงของกลุ่มผู้ด้อยโอกาส หรือผู้ป่วยฉุกเฉิน, การใช้ lean เพื่อลดขั้นตอน | | มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบเพื่อให้ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นต่างๆ อย่างเหมาะสมกับ health need | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | |
| 72 กระบวนการรับผู้ป่วย | มีการวิเคราะห์ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลฉุกเฉิน/เร่งด่วน, มีแนวทางในการบ่งชี้ผู้ป่วย การประเมินเบื้องต้น การช่วยเหลือฉุกเฉิน การรับเข้าหน่วยบริการวิกฤติ การส่งต่อ | | | มีการบ่งชี้ผู้ป่วยและระบบ triage ที่ดี, มีการช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่ออย่างเหมาะสม, การรับเข้าหน่วยบริการวิกฤติเป็นไปตามเกณฑ์ | | | กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี | | | มีความโดดเด่น เช่น ระบบประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติที่มีประสิทธิภาพ, การใช้ lean เพื่อปรับปรุงกระบวนการรับผู้ป่วย, การบริหารเตียงในหน่วยวิกฤติอย่างมีประสิทธิภาพ | | มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการรับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 73 การให้ข้อมูลและ informed consent | มีแนวทางการให้ข้อมูล และการขอความ ยินยอม | มีการให้ข้อมูลจนเป็นที่ เข้าใจ สำหรับกรณีที่กำหนดไว้ว่าต้องใส่ใจเป็นพิเศษ | ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับข้อมูลที่จำเป็น อย่างชัดเจน เข้าใจง่าย และให้ความยินยอม ด้วยความเข้าใจ, มีการ บันทึกที่เหมาะสม | มีความโดดเด่น เช่น มี ระบบที่ดีในการให้ข้อมูลที่ มีความอ่อนไหว (sensitive) | มีการประเมินและ ปรับปรุงกระบวนการให้ ข้อมูลอย่างเป็นระบบ ก่อให้เกิดความมั่นใจ ความร่วมมือ และการ ปฏิบัติที่ถูกต้องในผู้ป่วย ส่วนใหญ่ | | | | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| III - 2 การประเมินผู้ป่วย (ASM) | | | | | | | | | | |
| ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม. | | | | | | | | | | |
| 74 การประเมินผู้ป่วย | มีการกำหนดแนว ทางการประเมินผู้ป่วย และบันทึกข้อมูล | ผู้ป่วยได้รับการประเมิน ในทุกระบบที่เกี่ยวข้อง, มีการระบุปัญหาและ ความต้องการที่เร่งด่วน และสำคัญ | ผู้ป่วยได้รับการประเมิน เมื่อแรกรับครบถ้วนเป็น องค์กรรวม, มีการใช้ CPG ในกลุ่มโรคสำคัญ, มีการ ประเมินซ้ำในช่วงเวลาที่ เหมาะสม, บันทึกผล การประเมินในเวลาที่เหมาะสม | มีความโดดเด่น เช่น มี ความร่วมมือและ ประสานระหว่างวิชาชีพ ในการประเมินผู้ป่วย, การประเมินสำหรับ ผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ, การ ใช้ CPG ในการประเมิน อย่างกว้างขวาง | มีการปรับปรุง กระบวนการประเมิน ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทำให้ผลลัพธ์การดูแล ผู้ป่วยดีขึ้น | | | | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| 75 การตรวจ investigate ที่จำเป็น | มีบริการตรวจ investigate พื้นฐาน | มีการจัดทำแนวทางการ ตรวจ investigate ที่ จำเป็นตามข้อมูล วิชาการ โดยเฉพาะ อย่างยิ่งในกรณีที่น่า เป็นปัญหา | ผู้ป่วยได้รับการตรวจ investigate ที่จำเป็นใน เวลาที่เหมาะสม, มี ระบบสื่อสารและบันทึก ผลการตรวจ, มีการ รักษาความลับอย่าง เหมาะสม, มีการอธิบาย ผลการตรวจที่ผิดปกติ | มีความโดดเด่น เช่น การประสานกับหน่วย ตรวจ investigate ภายนอกที่มี ประสิทธิภาพ, การใช้ IT ในการสื่อสารและบันทึก ผลการตรวจ | มีการประเมินและ ปรับปรุงกระบวนการ ตรวจ investigate อย่าง เป็นระบบ ส่งผลให้ได้ การวินิจฉัยโรคที่ แม่นยำ | | | | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|-----|-----|---|-----|-----|--|--|--|--|--|
| 76 การวินิจฉัยโรค | การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นไปตามอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมา รพ. | | | การวินิจฉัยโรคครอบคลุมปัญหาทางร่างกายที่สำคัญทุกระบบ | | | การวินิจฉัยโรคครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน, มีการบันทึกในเวลาที่กำหนด, มีบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม | | | มีความโดดเด่น เช่น มีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรคชัดเจน, มีความสอดคล้องในการวินิจฉัยโรคของวิชาชีพต่างๆ, มีการใช้ CPG เพื่อปรับปรุงการวินิจฉัยโรค, มีการวินิจฉัยโรคเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ | | | มีการทบทวนความเหมาะสมและครบถ้วนในการวินิจฉัยโรคพร้อมทั้งนำมาปรับปรุงอย่างเป็นระบบ | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | | |
| III-3 การวางแผน (PLN) | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (PLN.1) | | | | | | | | | | | | | | |
| ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา / ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย. | | | | | | | | | | | | | | |
| 77 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย | มีแผนการดูแลที่แฝงอยู่ในคำสั่งการรักษาหรือบันทึกต่างๆ | | | มีแผนการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน เริ่มมีเป้าหมายของแต่ละวิชาชีพ | | | มีแผนการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย โดยการประสานงานหรือวางแผนร่วมกันระหว่างวิชาชีพ มีเป้าหมายการดูแลร่วมกันที่ชัดเจน, มีการใช้ข้อมูลวิชาการในกลุ่มโรคสำคัญ | | | มีความโดดเด่น เช่น แผนครอบคลุมเป็นองค์รวม, ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมาย, การวางแผนมีพื้นฐานข้อมูลวิชาการเป็นส่วนใหญ่ | | | มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทำให้แผนมีความถูกต้อง สมบูรณ์ และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมายในแผน | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | | |

| 3.2 การวางแผนจำหน่าย (PLN.2) | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 78 การวางแผนจำหน่าย | การวางแผนจำหน่าย เน้นการให้สุขศึกษา ทั่วๆ ไปตามแบบแผนที่ กำหนดไว้ | การวางแผนจำหน่ายทำ ได้ดีในกลุ่มที่มีการ จัดทำแนวทางไว้แล้ว เช่น CareMap | มีการระบุปัญหา/ความ ต้องการที่จะเกิดขึ้นหลัง จำหน่ายอย่างชัดเจน, มี การเตรียมความพร้อม เพื่อให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวสามารถ จัดการกับปัญหา/ความ ต้องการดังกล่าว | มีความโดดเด่น เช่น คำหนึ่งถึงมิติต่างๆ อย่าง รอบด้าน, ทีมสหสาขา วิชาชีพร่วมกันวางแผน, ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม | มีการประเมินและปรับ ประเมินกระบวนการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็น ระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลและช่วย ตนเองได้ รวมถึงการ ประสานให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ ด้อยโอกาสหรือขาด ผู้ดูแล | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1 การดูแลทั่วไป (PCD.1) | | | | | | | | | | | | | | | |
| ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันทั่วทั้งที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 79 การดูแลทั่วไป | มีการจัดทำแนวทาง ปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ ได้สำหรับกระบวนการ ดูแลที่สำคัญ รวมทั้งการ กำหนดความรับผิดชอบ ของบุคลากรระดับต่างๆ | มีการติดตามเพื่อให้ มั่นใจว่าการดูแลต่างๆ เป็นไปตามแนวทางที่ กำหนดไว้, มีการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลและ ประสานการดูแลผู้ป่วย ที่ดี | ผู้ป่วยได้รับการดูแลการ ดูแลอย่างทันทั่วทั้งที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ และแผนการดูแลที่ จัดทำไว้ | มีความโดดเด่น เช่น ผู้ป่วยได้รับการดูแล อย่างเป็นองค์รวม, ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการ กำหนดการดูแล และ แก้ไขปัญหา | มีการประเมินและ ปรับปรุงกระบวนการ ดูแลผู้ป่วยอย่างเป็น ระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลที่เกิน ความคาดหวัง | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| 4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (PCD.2) | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|--------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 การดูแลและ บริการที่มีความเสี่ยง สูง | มีการระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและบริการที่มีความเสี่ยงสูงของรพ. และจัดทำแนวทางการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยดังกล่าว | มีการดูแลตามแนวทางที่กำหนดไว้, ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในเวลาที่เหมาะสม, มีความพร้อมในด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม | การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงกระทำในสิ่งแวดล้อมที่มีความพร้อม (สถานที่ คน เครื่องมือ), มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย | มีความโดดเด่น เช่น มีระบบงานที่ดีและการประสานงานที่ดีกับองค์กรอื่น ทั้งในด้านการขอปรึกษาและการส่งต่อ, มีระบบที่ดีในการตอบสนองเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง (ตามแนวทางใน SIMPLE) | มีการประเมินและปรับปรุงการดูแลที่มีความเสี่ยงสูงอย่างเป็นระบบ ทำให้ผลลัพธ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับที่ต่ำมาก | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | 4.3 การดูแลเฉพาะ (PCD.3) | | | | | | | | | |
| ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 81 การระงับความรู้สึก | มีเครื่องมือพื้นฐานที่สามารถให้บริการระงับความรู้สึกได้, บุคลากรได้รับการฝึกอบรม/ฟื้นฟูทักษะเพียงพอ | ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อม, มีการประเมินและวางแผนเพื่อให้การระงับความรู้สึกอย่างปลอดภัยโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีให้ยาระงับความรู้สึกการทบทวน | กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างรวดเร็วและปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยบุคคลที่เหมาะสม มีการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงที | มีความโดดเด่น เช่น ระบบติดตามภาวะไม่พึงประสงค์, ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยซับซ้อนหรือรุนแรงได้อย่างปลอดภัย, ระบบการดูแล deep sedation ทั่วทั้งองค์กรนวัตกรรม | มีการประเมินและปรับปรุงบริการระงับความรู้สึกอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ ASA mortality rate ดีกว่าค่าเฉลี่ย | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|--|---|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|--|
| 82 การผ่าตัด | สถานที่ เครื่องมือ ระบบงานและบุคลากร เอื้อต่อการผ่าตัดที่ จำเป็นตามบริบทของ รพ. | สถานที่ เครื่องมือ ระบบงาน และบุคลากร เอื้อต่อการผ่าตัดอย่าง ปลอดภัย, ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อม, มีการประเมินและ วางแผนอย่างเหมาะสม | กระบวนการผ่าตัด เป็นไปอย่างราบรื่นและ ปลอดภัย, มีการใช้ surgical checklist เพื่อ ความปลอดภัยในการ ผ่าตัดผู้ป่วย | | | | มีความโดดเด่น เช่น ระบบติดตามภาวะไม่ พียงประสงค์, ความ สามารถในการดูแล ผู้ป่วยซับซ้อนหรือ รุนแรงได้อย่างปลอดภัย | | | | มีการประเมินและ ปรับปรุงบริการผ่าตัด อย่างเป็นระบบ ส่งผล ให้องค์กรเป็นผู้นำใน การให้บริการด้านนี้ |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | |
| 83 อาหารและโภชน บำบัด | ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบ เรื่องอาหารด้วยตนเอง | ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ เหมาะสม เพียงพอกับ ความต้องการพื้นฐาน, การผลิตอาหารเป็นไป ตามหลักสุขาภิบาล อาหาร ป้องกันความ เสี่ยงจากการปนเปื้อน การเน่าเสีย และการ แพร่กระจายของเชื้อโรค | มีบริการอาหารเฉพาะ โรค, มีการประเมิน ภาวะโภชนาการและ ให้บริการโภชนบำบัดที่ เพียงพอและปลอดภัย เมื่อมีข้อบ่งชี้ | | | | มีความโดดเด่น เช่น มี การคัดกรองปัญหา โภชนาการในผู้ป่วยทุก ราย, ให้ความรู้ทางด้าน วิชาการอาหาร โภชนาการและโภชน บำบัดแก่ผู้ป่วยและ ครอบครัวเพื่อให้มี พฤติกรรมที่พึงประสงค์ | | | | มีการประเมินและ ปรับปรุงบริการอาหาร และโภชนบำบัดอย่าง เป็นระบบ ผลลัพธ์การ ใช้โภชนบำบัดในการ ดูแลอยู่ในระดับดีมาก |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | |
| 84 การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย | มีแนวทางสำหรับการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการเมื่อผู้ป่วย เสี่ยงชีวิต | บุคลากรได้รับการ ฝึกอบรม มีความ ตระหนักในความ ต้องการของผู้ป่วย และ นำแนวทางไปปฏิบัติ | ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ ครอบครัวได้รับการ ตอบสนองความต้องการ ด้านต่างๆ อย่าง รอบด้าน (ดู SPA) | | | | มีความโดดเด่น เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับ การดูแลอย่างสมศักดิ์ศรี ของความเป็นมนุษย์, ผู้ป่วยเข้าถึง palliative care & pain management | | | | มีการประเมินและ ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายอย่างเป็น ระบบ ส่งผลให้องค์กร เป็นผู้นำในด้านนี้ |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|-----|-----|---|-----|-----|---|-----|-----|--|--|--|--|--|--|
| 85 การบำบัดอาการ เจ็บปวด | มีแนวทางในการ ประเมินและบำบัด อาการเจ็บปวด | | | เริ่มทดลองระบบการ ประเมินและบำบัด อาการเจ็บปวดในบาง หน่วยงาน | | | มีระบบการประเมินและ บำบัดอาการเจ็บปวด ครอบคลุมทุกหน่วยงาน | | | มีความโดดเด่น เช่น ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการ ควบคุมการบำบัด, มี บริการให้แก่ผู้ป่วยที่อยู่ นอก รพ. | | | มีการประเมินและ ปรับปรุงการบำบัด อาการเจ็บปวดอย่าง เป็นระบบ ส่งผลให้ องค์กรเป็นผู้นำในด้านนี้ | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | | | |
| 86 การฟื้นฟูสภาพ | มีการให้บริการฟื้นฟู สภาพพื้นฐานตาม บริบทของ รพ. | | | มีการประเมินและวางแผนการฟื้นฟูสภาพ อย่างเหมาะสม มีการ สื่อสารเป้าหมายและ แผนระหว่างทีม | | | ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู สภาพอย่างเหมาะสม กับสภาวะของผู้ป่วย, ผู้ป่วยและญาติมีส่วน ร่วมในการวางแผน, มี การวัดผลในเวลาที่เหมาะสม, | | | มีความโดดเด่น เช่น การดูแลอย่างเป็นองค์ รวม ครบทุกมิติ, การ เสริมพลังให้ผู้ป่วย ตระหนักในคุณค่าของ ตน, การติดตามผลหลัง สิ้นสุดโปรแกรม, ครอบครัวมีส่วนร่วม, ความร่วมมือกับ เครือข่ายและชุมชน | | | มีการประเมินและ ปรับปรุงบริการฟื้นฟู สภาพอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิตที่ดี และ องค์กรเป็นผู้นำในด้านนี้ | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | | | |
| 87 การดูแลผู้ป่วยไต วายระยะสุดท้าย | มีทรัพยากรและ บุคลากรที่ได้รับการ ฝึกอบรมเพื่อให้การดูแล ผู้ป่วยไตวายระยะ สุดท้ายแบบที่มีการ ดำเนินการอยู่ | | | ผู้ป่วยได้รับการเตรียม ความพร้อม, มีการ ดำเนินการตาม มาตรฐานเพื่อให้ได้รับ การดูแลรักษาอย่าง ปลอดภัย | | | ในกรณีของการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมต้องผ่าน การตรวจรับรองของ สมาคมโรคไตฯ, มีการ monitor ผลการดูแล ผู้ป่วยและระบบงาน อย่างเหมาะสม | | | มีความโดดเด่น เช่น มี บริการที่หลากหลาย ตามปัญหาและความ พร้อมของผู้ป่วย, การ monitor ผู้ป่วยทุก parameter | | | มีการประเมินและ ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย ไตวายระยะสุดท้าย อย่างเป็นระบบ ส่งผล ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต ที่ดี และองค์กรเป็นผู้นำ ในด้านนี้ | | |
| | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 | | | | | |

| III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP) | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว และกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 88 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง | ผู้ป่วยได้รับข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน | มีการประเมินความต้องการและวางแผนกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย | ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลตนเอง, ได้รับข้อมูลและการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง | มีความโดดเด่น เช่น นวัตกรรมในการจัดกิจกรรมเสริมทักษะ, การให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ, เชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล | มีการประเมินและปรับปรุงการให้ข้อมูลและเสริมพลังอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองและมีส่วนในการช่วยเหลือแนะนำผู้อื่น | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC) | | | | | | | | | | | | | | | |
| ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 89 การดูแลต่อเนื่อง | มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องและมีระบบติดตาม | มีระบบช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาก่อนวันนัดหมาย หรือระบบช่วยเหลือโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องมา รพ., มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องดูแลต่อเนื่อง | มีการประสานข้อมูลกับหน่วยบริการในพื้นที่ ทีมเยี่ยมบ้าน/ทีมเชิงรุก และแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ | มีความโดดเด่น เช่น นำข้อมูลปัญหาการดูแลต่อเนื่องมาวิเคราะห์และปรับปรุงอย่างเป็นระบบ, มีระบบสะท้อนข้อมูลแก่หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง, การสร้างความร่วมมือและพัฒนาศักยภาพให้หน่วยงานต่างๆ | มีการประเมินและปรับปรุงการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นผู้นำในด้านนี้ มีการดูแลในลักษณะ seamless | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

สรุปผลคะแนนตาม Scoring

| หัวข้อ | คะแนน |
|--|-------|
| I-1 การนำ | |
| 01 ผู้นำระดับสูงชั้นนำองค์กร (พันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม) | |
| 02 การส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี (สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา วัฒนธรรมความปลอดภัย) | |
| 03 การสื่อสาร เสริมพลัง จูงใจ เน้นที่การปฏิบัติ | |
| 04 ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ | |
| 05 ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม | |
| I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ | |
| 06 กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล | |
| 07 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายและครอบคลุม HP | |
| 08 การถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ | |
| 09 การวางแผนและจัดสรรทรัพยากร | |
| 10 การคาดการณ์ การวัดผล และติดตามความก้าวหน้า | |
| I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงา | |
| 11 การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม | |
| 12 การสร้างความสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อ การจัดการคำร้องเรียน | |
| 13 การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง | |
| 14 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโดยทั่วไป | |
| 15 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ (เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ การแยก/ผูกมัด) | |
| I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ | |
| 16 ระบบการวัดผลการดำเนินงาน | |
| 17 การวิเคราะห์ข้อมูลและการทบทวนผลการดำเนินงาน | |
| 18 การจัดการสารสนเทศ | |
| 19 การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ | |
| 20 การจัดการความรู้ | |
| I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล | |
| 21 ความผูกพันและความพึงพอใจ | |
| 22 ระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ | |
| 23 ระบบพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ | |
| 24 การบริหารและจัดระบบบุคลากร | |
| 25 สุขภาพของบุคลากร | |
| I-6 การจัดการกระบวนการ | |
| 26 การกำหนดงานที่เป็น core competency ขององค์กร และการออกแบบระบบงานโดยรวม | |
| 27 ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ | |
| 28 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน | |

| หัวข้อ | คะแนน |
|--|-------|
| II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ | |
| 29 การสนับสนุนจากผู้นำ การเชื่อมโยงและประสานงาน | |
| 30 การทำงานเป็นทีม | |
| 31 การประเมินตนเอง | |
| 32 ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย | |
| 33 การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย (ที่แนะนำไว้ในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA) | |
| 34 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ | |
| II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ | |
| 35 ระบบบริหารการพยาบาล | |
| 36 ปฏิบัติการทางการพยาบาล | |
| 37 องค์กรแพทย์ | |
| II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย | |
| 38 โครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ | |
| 39 การกำกับดูแลและบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม | |
| 40 การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตรายอย่างปลอดภัย | |
| 41 การจัดทำแผนฝึกซ้อม ตรวจสอบระบบ เพื่อป้องกันอัคคีภัย | |
| 42 เครื่องมือ | |
| 43 ระบบสาธารณูปโภค | |
| 44 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ | |
| 45 การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม | |
| II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ | |
| 46 การออกแบบระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ | |
| 47 การจัดการและทรัพยากร | |
| 48 การป้องกันการติดเชื้อ | |
| 49 การเฝ้าระวังการติดเชื้อและติดตามกำกับ | |
| 50 การควบคุมการระบาดของการติดเชื้อ | |
| II-5 ระบบเวชระเบียน | |
| 51 การวางแผนและออกแบบระบบบริหารเวชระเบียน | |
| 52 ความสมบูรณ์ของการบันทึก | |
| 53 การทบทวนเวชระเบียน | |
| II-6 ระบบการจัดการด้านยา | |
| 54 การวางแผนและการจัดการ | |
| 55 การเก็บสำรองยา | |
| 56 การสั่งจ่ายและถ่ายทอดคำสั่ง | |
| 57 การทบทวนคำสั่งเตรียมและจัดจ่าย/ส่งมอบยา | |
| 58 การบริหารยาและติดตามผล | |

| หัวข้อ | คะแนน |
|---|-------|
| II-7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง | |
| 59 การวางแผนทรัพยากร และการจัดการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ | |
| 60 การจัดบริการปฏิบัติการทางการแพทย์ | |
| 61 ระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ | |
| 62 (ก) บริการโลหิตวิทยาในโรงพยาบาลที่ไม่มีคลังเลือด | |
| 62 (ข) บริการโลหิตวิทยาในโรงพยาบาลที่มีคลังเลือด | |
| 63 การวางแผนทรัพยากร และการจัดการบริการรังสีวิทยา | |
| 64 การบริการรังสีวิทยา | |
| 65 ระบบคุณภาพและความปลอดภัยบริการรังสีวิทยา | |
| II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ | |
| 66 นโยบาย แผน การติดตามประเมินผล บุคลากร ทรัพยากร การสร้างความรู้ | |
| 67 การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวัง | |
| 68 การตอบสนองต่อการระบาด และการเผยแพร่ข้อมูล | |
| II-9 การทำงานกับชุมชน | |
| 69 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน | |
| 70 การเสริมพลังชุมชน | |
| III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ | |
| 71 การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน | |
| 72 กระบวนการรับผู้ป่วย | |
| 73 การให้ข้อมูลและ informed consent | |
| III- 2 การประเมินผู้ป่วย | |
| 74 การประเมินผู้ป่วย | |
| 75 การตรวจ investigate ที่จำเป็น | |
| 76 การวินิจฉัยโรค | |
| III-3 การวางแผน | |
| 77 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย | |
| 78 การวางแผนจำหน่าย | |
| III-4 การดูแลผู้ป่วย | |
| 79 การดูแลทั่วไป | |
| 80 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง | |
| 81 การระงับความรู้สึก | |
| 82 การผ่าตัด | |
| 83 อาหารและโภชนบำบัด | |
| 84 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย | |
| 85 การบำบัดอาการเจ็บปวด | |
| 86 การฟื้นฟูสภาพ | |
| 87 การดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย | |

| หัวข้อ | คะแนน |
|---|-------|
| III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว | |
| 88 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง | |
| III-6 การดูแลต่อเนื่อง | |
| 89 การดูแลต่อเนื่อง | |

Scoring Guideline 2018

Scoring Guideline 2018

| Item | Ref | Area | แนวทางการให้คะแนน | | |
|------|-----------------|---|--|--|--|
| | | | Score 3 | Score 4 | Score 5 |
| 1 | I-1.1ก(1)(2)(3) | การขึ้นองค์กร โดยผู้นำระดับสูง | ผู้นำระดับสูงขึ้นองค์กรด้วยวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม จริยธรรม (กำหนด สื่อสาร เป็นแบบอย่าง) | หัวหน้าหน่วยงานมีความเข้าใจ นำไปปฏิบัติ และถ่ายทอดให้บุคลากรในหน่วยงาน (มี passion ใน วิสัยทัศน์และใช้ค่านิยมของ รพ.และของ HA เป็นหลัก ในการตัดสินใจ) กำลังคนรับรู้การเป็นแบบอย่างและความพยายามของ ผู้นำในเรื่องค่านิยม | กำลังคนส่วนใหญ่บอกได้ว่าตนมีบทบาทอย่างไรในการ ปฏิบัติตามการขึ้นำ เห็นการเปลี่ยนแปลงเข้าใกล้วิสัยทัศน์เป็นลำดับ |
| 2 | I-1.1ข | การสื่อสาร สร้างความผูกพัน โดยผู้นำ | มีการกำหนดจุดเน้น (เช่น นโยบายที่มุ่งเน้น การตัดสินใจสำคัญ) และช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจน (รวมทั้งการสื่อสารสองทางและการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการ) | มีการประเมินความเข้าใจ ความมั่นใจ แรงจูงใจต่อทิศทางและจุดเน้นขององค์กร มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง | ระบบการสื่อสารได้ผลดี มีประสิทธิภาพ กำลังคนเข้าใจประเด็นที่ผู้นำต้องการสื่อสาร ให้ความร่วมมือ และมีแรงจูงใจในการสร้างผลงานที่ดี performance ในประเด็นที่เป็นจุดเน้นมีแนวโน้มที่ดีขึ้น |
| 3 | I-1.1ค(1)(2) | การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา | ผู้นำระดับสูงกำหนดจุดเน้นสำหรับการปฏิบัติที่ชัดเจน (มุ่งที่การสร้างคุณค่าและบรรลุพันธกิจ) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและความสำเร็จ เป็นองค์กรที่คล่องตัว มีกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้/การพัฒนาคุณภาพ/วัฒนธรรมความปลอดภัย/การมุ่งเน้นผู้รับบริการ | มีการประเมินวัฒนธรรมการเรียนรู้/คุณภาพ/ความปลอดภัย/มุ่งเน้นผู้รับบริการ มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง | มีการปฏิบัติตามจุดเน้นและประสบความสำเร็จตามพันธกิจ วัฒนธรรมการเรียนรู้/คุณภาพ/ความปลอดภัย/มุ่งเน้นผู้รับบริการ อยู่ในระดับดี |
| 4 | I-1.2ก(1)(2) | ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ | มีระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบจากภายนอกที่เป็นอิสระ, มีระบบรายงานต่อผู้กำกับดูแลกิจการ | มีการประเมินผู้นำ ระบบการนำ/ระบบกำกับดูแล, มีการพัฒนาผู้นำและระบบการนำตามผลการประเมิน | มีระบบกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพในทุกองค์ประกอบ (การควบคุมกำกับและการกำหนดทิศทาง) |
| 5 | I-1.2ก(3) | ระบบกำกับดูแลทางคลินิก | มีการสุบรายงานคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยให้คณะกรรมการที่องค์กรกำหนดอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง รวมทั้งแผนปฏิบัติการในรอบเวลาต่อไป, มีการตอบสนองและติดตามจากคณะกรรมการ | มีการดำเนินการตามองค์ประกอบสำคัญครบถ้วน, คณะกรรมการกำกับดูแลมีองค์ประกอบเหมาะสมที่สามารถสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูงได้, มีการประเมินและปรับปรุงระบบกำกับดูแลทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง | มีการตอบสนองต่อความท้าทายด้านคลินิกที่สำคัญอย่างเหมาะสมด้วยกลไกการกำกับดูแลทางคลินิก |

| Item | Ref | Area | แนวทางการให้คะแนน | | |
|------|-----------------------|---|--|---|---|
| | | | Score 3 | Score 4 | Score 5 |
| 6 | I-1.2ข(1)(2)(3),ค(1) | การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อ สาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม | มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง/ประเด็นสำคัญที่ต้องปฏิบัติ, มีการเตรียมการเชิงรุก/กำหนดมาตรการที่เหมาะสม และนำไปปฏิบัติ, มีกลไกเพื่อการรับรู้และจัดการกับ ethical dilemma | มีการประเมินการปฏิบัติและตอบสนองอย่างเหมาะสม, มีการนำ ethical dilemma มาเรียนรู้ร่วมกัน และมีการ พัฒนาระบบงานต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการต่างๆ เพื่อลด dilemma | ปฏิบัติได้สูงกว่ามาตรฐานที่กฎหมายกำหนด, เป็นแบบอย่างของการอนุรักษ์ทรัพยากร/สิ่งแวดล้อม การป้องกันผลกระทบด้านลบ และการกำกับดูแล จริยธรรม |
| 7 | I-2.1ก(1)(2)(3)(4)(5) | กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ ข้อมูล | มีกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ที่ชัดเจนตามขั้นตอนที่ กำหนดไว้, มีการกำหนด strategic advantage & strategic challenge ที่ชัดเจน มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็น, มีการประมวลแผนกลยุทธ์ขององค์กรเป็นหนึ่งเดียว (ตอบสนองและเชื่อมโยงความต้องการของต้นสังกัด องค์กร หน่วยย่อย), มีการกำหนดข้อได้เปรียบและความท้าทายเชิงกลยุทธ์ (strategic advantages & strategic challenges) ที่ชัดเจน | มีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างครอบคลุม รวมทั้งการ เปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และใช้ข้อมูลเชิง ปริมาณที่สามารถหาได้, มีการพิจารณาและปรับปรุงเพื่อลด potential blind spot ในการจัดทำกลยุทธ์ | มีการพิจารณาโอกาสเชิงกลยุทธ์ (strategic opportunities), ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงแบบ พลิกโฉม, ความคล่องตัวขององค์กร ในการจัดทำกลยุทธ์, มีการใช้วิธีการต่างๆ ในการคาดการณ์ พยากรณ์ทางเลือก ฉากทัศน์ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ในอนาคต |
| 8 | I-2.1ข(1)(2)(3) | วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความ ท้าทาย ครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ | มีความสอดคล้องระหว่างความท้าทายเชิงกลยุทธ์กับ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์, มีการกำหนดค่าเป้าหมายและกรอบเวลาที่บรรลุ, วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ครอบคลุมคุณภาพ ความ ปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ | มีการปรับค่าเป้าหมายให้ท้าทายตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น, วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะ หลักขององค์กร ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และโอกาส เชิงกลยุทธ์, วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สะท้อนสมดุลระหว่างความ ต้องการด้านต่างๆ ขององค์กร วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ ของสังคม/ชุมชนที่รับผิดชอบ | วัตถุประสงค์ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่จะสร้างความ เข้มแข็ง ความสำเร็จและความยั่งยืนให้กับการ ดำเนินงานขององค์กร (ตอบโจทย์อนาคตขององค์กร) |

| Item | Ref | Area | แนวทางการให้คะแนน | | |
|------|--------------------|--|---|--|--|
| | | | Score 3 | Score 4 | Score 5 |
| 9 | I-2.2ก(1)(2)(3)(4) | การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร | มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ, มีการจัดสรรทรัพยากรที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | มีแผนปฏิบัติการ/โครงการระยะสั้นและระยะยาว, มีการถ่ายทอดแผนปฏิบัติการไปสู่ผู้ส่งมอบและพันธมิตรที่ร่วมขับเคลื่อน, มีการประเมินความตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์, มีทรัพยากรเพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติให้บรรลุผล, มีแผนงานริเริ่มด้านกำลังคนและระบบงานเพื่อสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์, มีความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผนเป็นส่วนใหญ่ | มีการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการในลักษณะบูรณาการ, สามารถบรรลุค่าเป้าหมายที่ท้าทายได้ |
| 10 | I-2.2ก(5), ข | การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า | มีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตามความก้าวหน้าและความสำเร็จของการนำแผนสู่การปฏิบัติ | ตัวชี้วัดครอบคลุมประเด็นสำคัญและมี alignment ทั้งองค์กร, มีการติดตามตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ และวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องโดยทีมผู้รับผิดชอบ | การติดตามประเมินความก้าวหน้าทำให้สามารถปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการได้อย่างทันเวลา |
| 11 | I-3.1ก(1)(2) | การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม | มีการรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นด้วยวิธีที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม | มีนวัตกรรมในการรับรู้และช่องทางการรับรู้ที่หลากหลาย, มีการรับฟังข้อมูลป้อนกลับทันทีหลังเข้ารับบริการ มีการวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มและนำข้อมูลไปวางแผน/ปรับปรุงบริการ, มีการปรับปรุงวิธีการรับฟัง/เรียนรู้ | มีการรับฟังเสียงจากกลุ่มที่น่าจะเป็นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานในอนาคต, มีความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่ลึกซึ้งและนำไปใช้ในการสร้างความผูกพันได้ |
| 12 | I-3.1ข(1) | การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน | มีการประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ ของผู้ป่วยด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ และนำมากำหนดโอกาสพัฒนา | มีการประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ, มีการปรับปรุงวิธีการประเมินความพึงพอใจ | มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการประเมินและวิเคราะห์ ทำให้เพิ่มความครอบคลุมและความลึกซึ้งในการประเมิน |
| 13 | I-3.2ก(1)(2)(3) | การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก | มีการนำข้อมูลความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น มากำหนดคุณลักษณะบริการ เพื่อให้เป็นองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมากขึ้น, มีการอำนวยความสะดวกในการค้นหาข้อมูลข่าวสาร การเข้ารับบริการ และการรับความช่วยเหลือ | มีการนำคุณลักษณะบริการที่กำหนดไปดำเนินการและติดตามประเมินผล, มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่จะให้ความสำคัญในการจัดการสุขภาพ | มีระบบและการประสานงานที่ติดกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านสังคม |

| Item | Ref | Area | แนวทางการให้คะแนน | | |
|------|--------------|--|--|--|---|
| | | | Score 3 | Score 4 | Score 5 |
| 14 | I-3.2ข(1)(2) | การสร้างความสัมพันธ์และจัดการคำร้องเรียน | มีแนวทางในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในแต่ละสถานการณ์ที่ชัดเจน, มีการจัดการกับคำร้องเรียนอย่างได้ผลและทันทั่วทั้ง | มีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร | มีความสำเร็จในการจัดการความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ครอบครัวเมื่อเกิด AE, การจัดการคำร้องเรียนเชื่อมโยงไปถึงการปรับระบบที่ root cause หรือปัจจัยองค์กร ทำให้เรียกความเชื่อมั่นกลับคืนมาและป้องกันการเกิดซ้ำ |
| 15 | I-3.3 | การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย | ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนัก ผู้ป่วยได้รับข้อมูล, ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิในทุกกิจกรรมการดูแลปกป้องจากการถูกทำร้าย เคารพความเป็นส่วนตัว, มีการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องแยกหรือผูกขี้ด | ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยม และความเชื่อส่วนบุคคล, มีการประเมินและปรับปรุงการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย | องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน, ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเสียชีวิตอย่างสงบและเป็นไปตามหนังสือแสดงความจำนง |
| 16 | I-4.1 ก | การวัดผลการดำเนินงาน | มีการวัดผลเพื่อติดตามงานประจำและการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน/ระบบงาน/กลยุทธ์ มีความสอดคล้องของตัวชี้วัดในทุกระดับ มีการใช้เสียงของผู้ป่วยเพื่อสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งคนเป็นศูนย์กลาง | มีการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสมในสถานพยาบาลกลุ่มเดียวกัน มีการประเมินและปรับปรุงระบบการวัดผลการดำเนินการตามความเหมาะสม | มีการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบในระดับชาติ/นานาชาติ/ข้ามธุรกิจ |
| 17 | I-4.1ข ค | การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลการดำเนินการ และนำไปใช้ปรับปรุง | มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จ (ใช้การวิเคราะห์ห่างาย เช่น trend, comparison ระหว่างกลุ่มหรือหน่วยงานภายใน) มีการใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดลำดับความสำคัญของการพัฒนาและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ | มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้เทคนิคก้าวหน้ามากขึ้น แสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของปัจจัยต่างๆ ทำให้ได้ความรู้ใหม่ มีการประเมินความสามารถในการตอบสนองความต้องการขององค์กรและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป มีการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร | การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการนำมาสู่การปรับปรุงระบบงาน/นโยบายสำคัญ การสร้างนวัตกรรม |
| 18 | I-4.2ก | คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ | มีข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นพื้นฐานเพื่อการให้บริการ การบริหาร และการพัฒนาคุณภาพ มีการตรวจสอบข้อมูลและทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ | มีการประเมินการตอบสนองความต้องการใช้ข้อมูลครอบคลุมผู้ใช้ทุกส่วน, คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ มีการปรับปรุงตามผลการประเมิน ข้อมูลและสารสนเทศอยู่ในรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้งาน และทันเหตุการณ์ | มีข้อมูลและสารสนเทศที่มีคุณภาพ สนับสนุนการบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร (หรือตอบสนองความต้องการขั้นก้าวหน้าขององค์กร) |

| Item | Ref | Area | แนวทางการให้คะแนน | | |
|------|-------------------|---|---|--|---|
| | | | Score 3 | Score 4 | Score 5 |
| 19 | I-4.2ข | การจัดการระบบสารสนเทศ | มีคู่มือและการกำกับให้ปฏิบัติในเรื่องต่อไปนีของระบบสารสนเทศ (hardware & software): ความเชื่อถือได้ ความมั่นคงปลอดภัย การรักษาความลับ การเข้าถึงข้อมูล cybersecurity การส่งข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ | มีการประเมินและปรับปรุงการจัดการระบบสารสนเทศที่ระบุไว้ในคะแนน 3 | มีระบบที่เป็นแบบอย่าง นำ good practice หรือมาตรฐานที่เกี่ยข้องมาปฏิบัติอย่างได้ผลและทั่วถึง |
| 20 | I-4.2ก | ความรู้ขององค์กร | มีการใช้ tacit & explicit knowledge ในการปฏิบัติงาน และดูแลผู้ป่วย มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปความรู้เชิงปฏิบัติไว้ถ่ายทอด | มีการประมวลข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ใหม่ มีการขยายผล good practice ในเชิงรุกอย่างเป็นระบบ มีการใช้ความรู้เพื่อสร้างนวัตกรรมและวางแผนกลยุทธ์ | การเรียนรู้ฝังลึกในการปฏิบัติงานขององค์กร |
| 21 | I-5.1ก | ขีดความสามารถและความเพียงพอ | มีการวางแผน สรรหา ว่าจ้าง บรรจุ ปฐมนิเทศ ฝึกอบรมกำลังคน เพื่อให้มีขีดความสามารถและอัตรากำลังเพียงพอสำหรับทำหน้าที่ตามพันธกิจ มีการจัดการกำลังคนที่เหมาะสมในหน่วยงานที่มีความเสี่ยง | มีการจัดระบบงานที่ดีเพื่อสนับสนุนการมุ่งเน้นผู้ป่วย มีการเตรียมกำลังคนให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง มีการประเมินและปรับปรุงระบบการบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลัง | เป็น role model ในการจัดระบบงานเพื่อให้งานบรรลุผล ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร และมุ่งคนเป็นศูนย์กลาง |
| 22 | I-5.1ข ค(1)(3)(4) | สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน | มีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน มีการจัด โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคนครบถ้วนทุกองค์ประกอบ | มีการประเมินและปรับปรุงโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน | |
| 23 | I-5.1 ค(2) | การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน | กำลังคนมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพของตน | กำลังคนเป็นแบบอย่างในด้านพฤติกรรมสุขภาพ หรือมีส่วนในการกระตุ้นการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน | วิถีปฏิบัติขององค์กรเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ |
| 24 | I-5.2ก | ความผูกพันและผลการปฏิบัติงาน ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน | ใช้ปัจจัยพื้นฐานเพื่อสร้างความผูกพัน เช่น ความสัมพันธ์ ความร่วมมือ การสื่อสาร โอกาส การเสริมพลัง การ feed back มีระบบประเมินผลงานเพื่อบริหารค่าตอบแทนและสร้างแรงจูงใจที่เป็นธรรม | มีการสร้างความผูกพันของกำลังคนที่มีความเฉพาะในแต่ละกลุ่ม เพื่อให้มีผลงานที่ดี ใช้ PMS เป็นเครื่องมือในการสื่อสารเพื่อให้เข้าใจเป้าหมายและความคาดหวังขององค์กรร่วมกัน | แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของระดับกิจกรรมสร้างความผูกพันและ PMS กับระดับความผูกพันและระดับผลงานที่ดีขึ้น |

| Item | Ref | Area | แนวทางการให้คะแนน | | |
|------|------------------|--|---|---|---|
| | | | Score 3 | Score 4 | Score 5 |
| 25 | I-5.2ข | การพัฒนากำลังคนและผู้นำ | มีการจัดการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการขององค์กรและของกำลังคน ครอบคลุมประเด็นที่ระบุในมาตรฐานทั้งหมด การปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับผิดชอบ และการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น | มีการจัดตั้งอำนาจความสะดวกในการเรียนรู้ มีการสร้างแรงจูงใจให้พัฒนาตนเอง มีการจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานและแผนสร้างผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงาน มีการประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา | การประเมินระบบการเรียนรู้ นำความผูกพัน ผลการปฏิบัติงานของกำลังคนและองค์กร มาพิจารณาด้วย |
| 26 | I-6.1ก ข, I-6.2ก | การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล | มีการใช้ 3P ในทุกส่วนขององค์กร (หน่วยงาน ระบบงาน กระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการสนับสนุน) มีการพัฒนาคุณภาพตามโอกาสที่พบ มีการควบคุมต้นทุนโดยรวมของการปฏิบัติการ | มีการระบุ process requirement ที่ชัดเจน นำไปใช้ในการออกแบบกระบวนการและกำหนดตัววัด มีการปรับปรุงเพื่อลดความสูญเปล่าในกระบวนการที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่า มีการนำ priority for improvement ที่ได้รับการชี้แนะจากองค์กร [I-4.1ค] ไปปฏิบัติอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาคร่อมสายงานหรือสหสาขาวิชาชีพ | แสดงให้เห็นผลลัพธ์ของการปรับปรุงกระบวนการต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดด |
| 27 | I-6.1ค | การจัดการห่วงโซ่อุปทาน | มีการจัดการห่วงโซ่อุปทานสำหรับผลิตภัณฑ์และบริการที่มีความสำคัญสูง ครอบคลุมมาตรฐาน (เลือกผู้ส่งมอบ ทำข้อกำหนด ประเมินผลผู้ส่งมอบ ให้ข้อมูลป้อนกลับ จัดการกับผู้ส่งมอบที่ผลงานไม่ตรงข้อกำหนด) | มีการประเมินและปรับปรุงการจัดการห่วงโซ่อุปทาน | |
| 28 | I-6.1ง | การจัดการนวัตกรรม | ส่งเสริมให้มีการนำแนวคิดและวิธีการใหม่ๆ มาใช้แก้ปัญหา | ส่งเสริมให้นำโอกาสเชิงกลยุทธ์ [I-2.1ก(2)] มาพัฒนานวัตกรรม สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น | มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมทั้งองค์กรอย่างเป็นระบบ |
| 29 | I-6.1จ | การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก | มีข้อตกลงและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีทรัพยากรที่เหมาะสม และมีการกำกับดูแลที่เพียงพอ | มีการสร้างเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแก่นักศึกษา/ผู้รับการฝึก มีการติดตามประเมินผลโปรแกรมการเรียนการสอนทางคลินิก ทั้งในมิติด้านการเรียนรู้และคุณภาพ/ความปลอดภัยของการให้บริการ | |

| Item | Ref | Area | แนวทางการให้คะแนน | | |
|------|-----------------------------|--|---|--|--|
| | | | Score 3 | Score 4 | Score 5 |
| 30 | I-6.2ข | ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ | มีการเตรียมความพร้อม (ของระบบงาน สถานที่ อุปกรณ์) และฝึกซ้อมเพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และพร้อมรับมือภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งความพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ | มีการประเมินการเตรียมความพร้อมและปรับปรุง | มีระบบบริหารความต่อเนื่องของกิจการ (Business Continuity Management System) ภายใต้วาระวิกฤติ |
| 31 | II-1.1ก (1)(2)(3)(4)(10) | ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงาน และบูรณาการ การทำงานเป็นทีม | มีการใช้ PDSA ในการบริหารงานคุณภาพในหน่วยงาน/ระบบงาน/กระบวนการหลัก, การบริหารงานคุณภาพ ความปลอดภัย และความเกี่ยวข้อง เป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร ผู้นำสนับสนุนความพยายามในการพัฒนาคุณภาพ, มีการจัด โครงสร้างงานคุณภาพที่เหมาะสมกับองค์กร, | มีการใช้ 3C-PDSA ในการบริหารงานคุณภาพใน หน่วยงาน/ระบบงาน/กระบวนการหลัก, ผู้นำทบทวนและติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง, มีการประสานและบูรณาการแผนงาน/กิจกรรมทั้งหมด เกี่ยวกับคุณภาพ ความปลอดภัย และความเกี่ยวข้อง | มีวัฒนธรรมการเรียนรู้ วัฒนธรรมคุณภาพ |
| 32 | II-1.1ก(5)(8)(9) | การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ | มีการประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนาในทุกระดับ, จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและนำไปปฏิบัติ | องค์กรเข้าร่วม โปรแกรมตัวชี้วัดเปรียบเทียบกับ, แผนพัฒนาคุณภาพครอบคลุมการพัฒนาทั้งองค์กร, มีการประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จตาม เป้าหมายของหน่วยงาน/ระบบงาน/กระบวนการสำคัญ/ แผนการพัฒนาคุณภาพ, มีการนำผลการประเมินตนเองมาเรียนรู้ร่วมกัน | มีการใช้การวิจัยหรือเครื่องมือขั้นก้าวหน้าในการ ประเมินระบบงานสำคัญ, มีวัฒนธรรมการประเมินตนเอง |
| 33 | II-1.1ข(1) | การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย | มีการทบทวนที่ครอบคลุมโอกาสเกิดปัญหาสำคัญ และ นำมาสู่การปรับปรุงระบบงาน | มีการทบทวนที่บูรณาการเข้าเป็นกิจกรรมประจำของ หน่วยงาน มีการติดตามการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น | มีวัฒนธรรมของการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการมีระบบ concurrent monitoring |
| 34 | II-1.1ข(2)(3)(4) | การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย | การพัฒนาคุณภาพทางคลินิกครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ ในแต่ละสาขา, มีการ monitor KPI อย่างเหมาะสม | ผสมผสานแนวคิดและวิธีการที่หลากหลายในการพัฒนา คุณภาพทางคลินิก, ผลลัพธ์ทางคลินิกมีแนวโน้มดีขึ้น | นำกระบวนการวิจัย (เช่น R2R) มาใช้ในการพัฒนา คุณภาพทางคลินิก, มีการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกที่มีผลกระทบสูง |
| 35 | II-1.2ก(1)(6) | ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย | มีนโยบาย ขอบเขต วัตถุประสงค์ แผน คู่มือ หน้าที่ รับผิดชอบ ทักษะการ ที่ชัดเจน | มีการประเมินและปรับปรุงประสิทธิผลของระบบ บริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย, มีการประเมินและปรับปรุงวัฒนธรรมความปลอดภัย | ผลการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับ ก้าวหน้า |
| 36 | II-1.2ก(2)(3) | กระบวนการบริหารความเสี่ยง | มี risk profile ในภาพรวมของทั้ง รพ., มีการใช้ risk register เพื่อการจัดการความเสี่ยงสำคัญของ รพ. | มีการติดตามและทบทวนความเสี่ยงต่างๆ อย่าง เหมาะสมกับระดับความเสี่ยง นำมาสู่การปรับปรุง มาตรการป้องกันอย่างสม่ำเสมอ | มีการใช้แนวคิดการออกแบบมาตรการป้องกันที่ได้ผล (เช่น HFE, design thinking), มีการ update คู่มือการปฏิบัติงานและสื่อสารให้ ผู้เกี่ยวข้องในเวลาที่เหมาะสม |

| Item | Ref | Area | แนวทางการให้คะแนน | | |
|------|------------|---------------------------|--|---|--|
| | | | Score 3 | Score 4 | Score 5 |
| 37 | II-1.2ก(4) | การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ | มีระบบรายงานอุบัติการณ์ และการทำ RCA ตามเกณฑ์ที่องค์กรกำหนด | มีการรับรู้อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งจากการรายงาน การทบทวนเวชระเบียน และอื่นๆ, มีการทำ RCA ทั้งในกรณีที่มีความรุนแรงและเหตุเกือบพลาดที่พบบ่อย นำมาสู่การปรับปรุงที่ปัจจัยองค์กร, มีการเชื่อมโยงผลการทำ RCA กับการทบทวนมาตรการป้องกัน (ใน risk register) | แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานที่มีผลกระทบสูง อันเป็นผลจากการทบทวนอุบัติการณ์ |
| 38 | II-2.1ก | ระบบบริหารการพยาบาล | มีโครงสร้างและกลไกในเรื่องมาตรฐาน/จริยธรรมวิชาชีพ การนิเทศและกำกับดูแล การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ/ความปลอดภัย การจัดการกำลังคน, | มีโครงสร้างและกลไกในการส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิก การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การจัดการความรู้ การวิจัย, มีการประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุนเป้าหมายขององค์กร, มีการประเมินประสิทธิภาพของการบริหารและกำกับดูแลวิชาชีพพยาบาลและนำไปปรับปรุง | มีการบริหารการพยาบาลโดยมีส่วนร่วม มีระบบกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ ใช้หลักการเป็นโค้ชในการนิเทศงาน, |
| 39 | II-2.1ข | ปฏิบัติการทางการพยาบาล | พยาบาลใช้มาตรฐานวิชาชีพ กระบวนการพยาบาล และบันทึกที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย | พยาบาลมีการเรียนรู้ร่วมกับสาขาวิชาชีพเพื่อปรับปรุงระบบงานและพัฒนาวิชาชีพ, มีการประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาล และนำผลไปปรับปรุง | พยาบาลให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงและเป็นองค์รวม |
| 40 | II-2.2 | องค์กรแพทย์ | มีโครงสร้างและกลไกในเรื่องมาตรฐาน/จริยธรรมวิชาชีพ การกำกับดูแล การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ/ความปลอดภัย การกำหนดคสิทธิดูแลผู้ป่วย การศึกษาต่อเนื่อง เวชระเบียน การจัดทำข้อตกลงและแนวปฏิบัติ | มีโครงสร้างและกลไกในการส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิก การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม, มีการประสานความร่วมมือกับ PCT/คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง/ผู้บริหาร และสนับสนุนเป้าหมายขององค์กร, มีการประเมินประสิทธิภาพของการกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์และนำไปปรับปรุง | องค์กรแพทย์เป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมและกำกับดูแลให้ รพ.มีบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและน่าไว้วางใจ |

| Item | Ref | Area | แนวทางการให้คะแนน | | |
|------|-----------|---|---|---|--|
| | | | Score 3 | Score 4 | Score 5 |
| 41 | II-3.1ก,ข | ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย | โครงสร้างอาคารสถานที่ที่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด, มีการตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย, มีแนวทางที่รัดกุมในการจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย, บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การจัดการวัสดุและของเสียอันตราย | มีการออกแบบและจัดพื้นที่ใช้สอยเพื่อความปลอดภัย ความเป็นส่วนตัว ประสิทธิภาพในการทำงาน, มีการประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงรุก ทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม และนำไปปฏิบัติ, มีการกำกับดูแล ติดตาม และปรับปรุงระบบบริหารอาคารสถานที่ การจัดการวัสดุและของเสียอันตราย | เป็นแบบอย่างของการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย |
| 42 | II-3.1ค,ง | การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และการป้องกันอัคคีภัย | มีการวิเคราะห์เพื่อระบุภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิด, มีการทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉินและอัคคีภัย พร้อมอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็น, มีการอบรมและซ้อมแผน | การซ้อมแผนรองรับภาวะฉุกเฉินและอัคคีภัยครอบคลุมทุกสภาวะการณ์และผู้เกี่ยวข้องทั้งในและนอก รพ., มีการปรับปรุงแผนและเตรียมความพร้อมจากการประเมินผลการฝึกซ้อม | |
| 43 | II-3.2ก,ข | ระบบการบริหารเครื่องมือและสาธารณูปโภค | มีแผนบริหารเครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค ระบบการจัดการ ตรวจสอบความเพียงพอ ดูแลความพร้อมใช้, มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน ตรวจสอบ ทดสอบ และ calibrate ที่เหมาะสม, มีความมั่นใจในการทำงานของระบบไฟฟ้าและแก๊สทางการแพทย์สำรองในพื้นที่จำเป็น | มีการติดตามและรวบรวมข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือและสาธารณูปโภค นำข้อมูลไปใช้วางแผนปรับปรุงหรือจัดหาทดแทนในระยะยาว, มีการจัดระบบบริการเครื่องมือที่ดีและมีศักยภาพในการซ่อมบำรุง, มีระบบในการใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนอย่างปลอดภัย | มีเครื่องมือเพียงพอสำหรับดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน, มีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย พร้อมใช้งานตลอดเวลา |
| 44 | II-3.3ก | สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ | มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์ ความผ่อนคลาย การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นระเบียบ สบายตา ปราศจากการรบกวน | มีการใช้สุนทรียศาสตร์ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา, ส่งเสริมการเข้าถึง/การบริโภค อาหาร/ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม, ส่งเสริมการใช้วัสดุรักษ์กันที่ไม่มียาอันตรายต่อสุขภาพ | เป็นแบบอย่างของสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาและการเรียนรู้ |

| Item | Ref | Area | แนวทางการให้คะแนน | | |
|------|---------|--|--|---|---|
| | | | Score 3 | Score 4 | Score 5 |
| 45 | II-3.3ข | การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม | ระบบบำบัดน้ำเสียและการกำจัดขยะมีความเหมาะสมกับ รพ., มีกระบวนการที่ชัดเจน เหมาะสม ถูกสุขลักษณะ ดำเนินการโดยผู้มีความรู้ (ทั้งในด้านการบำบัดน้ำเสีย การกำจัดขยะทั่วไปและขยะติดเชื้อ), มีการติดตามและตอบสนองต่อค่าน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัด อย่างเหมาะสม | ค่าน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดเป็นไปตามมาตรฐานอย่าง ต่อเนื่อง (โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่ระบบรับภาระมากที่สุด), มีการลดปริมาณของเสียและลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม, มีการตรวจสอบการกำจัดขยะติดเชื้อของผู้รับช่วง, มีการประเมินและพึงเสียงสะท้อนในการกำจัดของเสียของ รพ. ที่มีผลกระทบต่อชุมชน | มีความร่วมมือกับชุมชนในการพิทักษ์และปรับปรุง สิ่งแวดล้อม, เป็นแบบอย่างของการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม |
| 46 | II-4.1ก | ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention & Control-IPC) | มีกรรมการและผู้รับผิดชอบชัดเจน, มีเป้าหมายและกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับ รพ., IPC ครอบคลุมการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาด วิทยาตามบริบทของรพ. ครอบคลุมทุกพื้นที่, ออกแบบระบบบนพื้นฐานความรู้วิชาการ, มีทรัพยากร และสิ่งอำนวยความสะดวกสนับสนุน เพียงพอ, กำลังคนได้รับการอบรมความรู้อย่างต่อเนื่อง | ระบบ IT สนับสนุนการทำงานของ IPC, มีความร่วมมือและการประสานงานที่ดีทั่วทั้งองค์กร, มีการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ครอบครัวและชุมชน, มีการประเมินและปรับปรุง IPC | IPC ประสานกลมกลืนกับ QMS & PS, IPC พร้อมรับมือกับปัญหาการติดเชื้อใหม่ๆ และภาวะ ถูกเงินจากการติดเชื้อ |
| 47 | II-4.1ข | การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ | มีการเฝ้าระวัง HAI ระหว่างที่ผู้ป่วยนอน รพ. (prospective surveillance), มีการให้ข้อมูลผลการเฝ้าระวังแก่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ความรู้แก่บุคลากร และใช้ข้อมูลเพื่อบ่งชี้การ ระบาด, | การเฝ้าระวังครอบคลุมช่วงเวลาหลังจากจำหน่ายผู้ป่วย ในบาง HAI รวมทั้งติดตามแบบแผนการคือยาของเชื้อ จุลชีพ, มีการวินิจฉัยการติดเชื้อจากบริการสุขภาพในผู้ป่วยที่ ไม่ได้อยู่ในกลุ่ม prospective surveillance และนำข้อมูล มาประมวลผลร่วมด้วย, มีการประเมินประสิทธิภาพของการเฝ้าระวัง, มีการใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อปรับปรุง IPC มีการจัดการและควบคุมการระบาด โดยร่วมมือกับ หน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง | มีการเฝ้าระวังและสรุปผลในลักษณะ real time, มีการควบคุมการระบาดที่มีประสิทธิภาพ |

| Item | Ref | Area | แนวทางการให้คะแนน | | |
|------|------------|------------------------------------|--|--|--|
| | | | Score 3 | Score 4 | Score 5 |
| 48 | II-4.2ก | การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป | มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ การควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ และการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ครอบคลุม กระบวนการและพื้นที่ต่างๆ, มีการฝึกอบรมและส่งเสริมให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้, มีการระบุประเด็นที่เป็นความเสี่ยงในพื้นที่ต่างๆ | มีการประเมิน compliance ของการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ที่สำคัญ และนำมาปรับปรุงการปฏิบัติ | มีระบบที่นำไปวางใจในเรื่อง standard precaution, isolation precaution, การทำให้ปราศจากเชื้อ, การลดการแพร่กระจายเชื้อ และการปกป้องผู้มีความต้านทานต่ำ |
| 49 | II-4.2ข | การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ | มีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร, มีการดูแลเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง หรือติดเชื้อจากการทำงานอย่างเหมาะสม | มีการดำเนินการอย่างรัดกุมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การติดเชื้อที่คือยา, มีการประเมินและปรับปรุงมาตรการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ | มีการดำเนินการอย่างรัดกุมในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ออุบัติใหม่, อัตราการติดเชื้อสำคัญขององค์กรมีแนวโน้มลดลงหรืออยู่ในระดับต่ำ |
| 50 | II-5.1 ก/ข | ระบบบริหารเวชระเบียน | มีการร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียน, มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียนที่รัดกุม, มีระบบการรักษาความปลอดภัยและความลับ | มีการประมวลผลข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อประโยชน์ในการวางแผนและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย, มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียน, มีการระบุการให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนของคนได้ | ระบบเวชระเบียนสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้บริหาร ผู้ป่วย และหน่วยงานภายนอกได้ดี |
| 51 | II-5.2 | การทบทวนและความสมบูรณ์ของการบันทึก | มีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และการบันทึกในเวลาที่กำหนด | มีการออกแบบบันทึกเวชระเบียนที่เอื้อต่อการบันทึกร่วมกัน (เช่น รายการปัญหา แผนการดูแล) และแยกพื้นที่การบันทึกเป็นสัดส่วน, มีการปรับปรุงความสมบูรณ์และความถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียน, เวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสารและการดูแลต่อเนื่อง | มีการปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกจากการรับฟังเสียงสะท้อนของทีมต่างวิชาชีพ, มีการบันทึกเหตุผลของการตัดสินใจ, เวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการเรียนรู้ การวิจัย การประเมินคุณภาพ และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย |

| Item | Ref | Area | แนวทางการให้คะแนน | | |
|------|------------|---|--|--|---|
| | | | Score 3 | Score 4 | Score 5 |
| 52 | II-6.1 ก | การกำกับดูแลการจัดการด้านยา | มีการจัดตั้ง PTC จากสหสาขาวิชาชีพ มีหน้าที่ชัดเจน ครอบคลุม, มีการกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อป้องกัน ME, ADE, และการใช้ HAD, เริ่มดำเนินการแผนงาน ใช้ยาสมเหตุผลและแผนงานดูแลการใช้ยาด้านจุลชีพ | PTC ติดตามตัวชี้วัดที่ตรงประเด็นกับเป้าหมายของระบบยา ประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา, มีการติดตามการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่กำหนดไว้, มีการติดตามตัวชี้วัดตามแผนงาน ใช้ยาสมเหตุผลฯ ที่เป็นประเด็นสำคัญของ รพ. และตอบสนองอย่างเหมาะสม | การกำกับดูแลสำหรับการจัดการด้านยามีประสิทธิภาพ ให้ความมั่นใจในความปลอดภัย ความสมเหตุสมผล และประสิทธิผลในการใช้ยา |
| 53 | II-6.1 ข/ค | สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษา | ผู้ประกอบการวิชาชีพได้รับการอบรมเพิ่มความรู้เกี่ยวกับระบบยาทุกปี, ผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายและข้อมูลยาที่จำเป็น, มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมในการทำงานเกี่ยวกับยา, มีการปฏิบัติตามแนวทางจัดหาและเก็บรักษาที่องค์กรกำหนด | มีการประเมินความรู้เกี่ยวกับระบบยาของผู้เกี่ยวข้อง และนำไปกำหนดเนื้อหาการฝึกอบรม, มีระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยและข้อมูลยาตามที่เกี่ยวข้องต้องการ, มีการประเมินและปรับปรุงการเก็บรักษาเพื่อให้มั่นใจในความเหมาะสมและปลอดภัย | มีระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับระบบยา, มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องการเก็บรักษา |
| 54 | II-6.2 ก | การสั่งใช้ยาและการถ่ายถอดคำสั่ง | มีการปฏิบัติตามแนวทางการสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่งที่องค์กรกำหนด, มีการทำ med reconcile ในขั้นการรับเป็นผู้ป่วยใน | มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง, มีการทำ med reconcile ในทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องการสั่งใช้ยา การถ่ายถอดคำสั่ง และการทำ med reconcile ทำให้มั่นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผล |
| 55 | II-6.2 ข | การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา | มีการปฏิบัติตามแนวทางที่องค์กรกำหนด (การทบทวนคำสั่งใช้ยา การตรวจสอบซ้ำ การเขียนฉลาก การส่งมอบยา), มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการ, มีการส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วยในเวลาทันความต้องการ | มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการเตรียม จัดจ่าย และส่งมอบยา, แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด, มีฉลากยาที่ครบถ้วนชัดเจนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องการทบทวนคำสั่ง การเตรียมการเขียนฉลาก การจัดจ่าย และการส่งมอบยา ทำให้มั่นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และความทันเวลา |
| 56 | II-6.2 ค | การบริหารยาและติดตามผล | มีการปฏิบัติตามแนวทางที่องค์กรกำหนด (การบริหารยา การให้ข้อมูล การติดตามผล การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำมา) | มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการบริหารยาและติดตามผล | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องการบริหารยา และติดตามผล, มีการนำ digital technology มาใช้เพื่อลดความผิดพลาดในการตรวจสอบและบันทึก |

| Item | Ref | Area | แนวทางการให้คะแนน | | |
|------|------------|--|--|---|---|
| | | | Score 3 | Score 4 | Score 5 |
| 57 | II-7.1 | บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์ | มีการวางแผน ทรัพยากร และการจัดการตามข้อกำหนด, มีบริการรังสีวิทยาที่จำเป็นตลอดเวลา, ให้ภาพวินิจฉัยที่มีคุณภาพ โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด, มีระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัยตามข้อกำหนด | การแปลผลภาพรังสีทำโดยรังสีแพทย์, มีการทบทวนความเหมาะสมและคุ้มค่าของการส่งตรวจ ความน่าเชื่อถือของการแปลผล, มีการติดตามคุณภาพของบริการรังสีวินิจฉัยที่ส่งผู้ป่วย ไปรับการตรวจภายนอก, มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการจัดบริการรังสีวิทยา |
| 58 | II-7.2 | บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก | มีการวางแผน ทรัพยากร และการจัดการตามข้อกำหนด, มีบริการ lab ที่จำเป็นตลอดเวลา, มีระบบป้องกันการรายงานผลผิดพลาด การรายงานค่าวิกฤติ การรักษาความลับ การสื่อสารที่ดีกับหน่วยส่งตรวจ, มีระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัยตามข้อกำหนด | มีการติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ รวมทั้งประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือข้อคิดเห็นสำหรับการทดสอบบางอย่าง, มีการประเมินและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะขององค์กรที่สรุป มีข้อตกลง, มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการจัดบริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ |
| 59 | II-7.3 | ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต | (สำหรับ รพ.ที่ไม่มีธนาคารเลือด) มีระบบการขอเลือดขนส่งเลือด หรือส่งผู้ป่วยไปรับเลือดที่มีประสิทธิภาพ สามารถให้เลือดแก่ผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ทันเวลา, (สำหรับ รพ.ที่มีธนาคารเลือด) สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการโลหิตของสภากาชาดในหัวข้อที่จำเป็นกับบริบทได้ครบถ้วน | สามารถเป็นที่พึ่งในด้านบริการให้บริการโลหิตให้แก่ รพ. ในเขตใกล้เคียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ, มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการงานบริการโลหิตอย่างต่อเนื่อง | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการให้บริการโลหิต |
| 60 | II-7.4/7.5 | พยาธิวิทยากายวิภาค และบริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ | มีการนำมาตรฐานพยาธิวิทยากายวิภาคมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน, การตรวจวินิจฉัยที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง ให้ความมั่นใจในความปลอดภัยและผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ | มีการประเมินและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการให้บริการพยาธิวิทยากายวิภาคและบริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ |

| Item | Ref | Area | แนวทางการให้คะแนน | | |
|------|------------|---|--|--|--|
| | | | Score 3 | Score 4 | Score 5 |
| 61 | II-8 | การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ | มีนโยบาย แผน ผู้รับผิดชอบ งบประมาณและทรัพยากร สร้างความรู้ในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ, มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลที่มีคุณภาพ, มีการใช้วิธีการทางระบาดวิทยาในการวิเคราะห์ข้อมูล อย่างสม่ำเสมอ, มีการสืบค้นและควบคุมการระบาดอย่างทันที่ | มีการเชื่อมโยงข้อมูลจากส่วนงานต่างๆ ในการเฝ้าระวัง, มีการตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง และเครือข่ายนอก รพ., มีการติดตามประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพ |
| 62 | II-9 | การทำงานกับชุมชน | องค์กรร่วมกับชุมชนจัดบริการส่งเสริมสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน, องค์กรสนับสนุนความสามารถของชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน ส่งเสริมการพัฒนา พฤติกรรมและทักษะสุขภาพของบุคคลและครอบครัว | องค์กรส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคม ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ชี้นโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ, มีการประเมินและปรับปรุงบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและการเสริมพลังชุมชน | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานกับชุมชน |
| 63 | III-1(1-3) | การเข้าถึงบริการ | มีบริการที่จำเป็นตามปัญหาสุขภาพของชุมชน, มีการลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ, มีการประสานงานที่ดีในการรับผู้ป่วยส่งต่อ, มีการคัดแยกผู้ป่วย (triage) อย่างเหมาะสม | มีการใช้ทางเลือกต่างๆ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ, มีการประเมินและปรับปรุงการจัดบริการ,ตอบสนอง ความต้องการของชุมชน การเข้าถึงบริการ และระยะเวลาารอคอย | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการจัดบริการตอบสนองความต้องการของชุมชนและการเข้าถึงบริการ |
| 64 | III-1(4-8) | กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent | มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยอย่างทันเวลา ตามเกณฑ์ที่องค์กร กำหนด มีการประสานงานที่ดี, มีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าใจง่าย, มีการขอ บันทึก และจัดเก็บ informed consent, มีการกำหนดบริการหรือกิจกรรมที่จะต้องขอ informed consent เป็นการเฉพาะเพิ่มจากกรณียอมรับการรักษา ทั่วไป, มีการปฏิบัติตามแนวทางเกี่ยวกับการบ่งชี้ผู้ป่วยที่องค์กร กำหนด | มีการประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติที่มี ประสิทธิภาพ, มีการนำข้อมูลสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยต่อมาปรับปรุง กระบวนการดูแลและพัฒนาศักยภาพ (ตามความเหมาะสม), มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล การขอ informed consent และการบ่งชี้ผู้ป่วย | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล การขอ informed consent และการบ่งชี้ผู้ป่วย |

| Item | Ref | Area | แนวทางการให้คะแนน | | |
|------|-----------|---|---|---|--|
| | | | Score 3 | Score 4 | Score 5 |
| 65 | III-2 ก/ข | การประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค | มีการประเมินแรกรับและบันทึกตามเกณฑ์ที่องค์กรกำหนด, มีการใช้ CPG สิ่งแวดล้อม และวิธีการที่เหมาะสมในการประเมิน, มีการอธิบายผลการประเมินให้ผู้ป่วย/ครอบครัว ด้วยภาษาที่ชัดเจนเข้าใจง่าย, มีการประเมินซ้ำในเวลาที่เหมาะสม, ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็น | มีการประสานการประเมินเพื่อลดความซ้ำซ้อน, มีความร่วมมือในการวิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมินในผู้ป่วยที่ซับซ้อน, มีการประเมินและปรับปรุงการประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค |
| 66 | III-2 ค | การวินิจฉัยโรค | มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคและการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ที่องค์กรกำหนด | มีการทบทวนความถูกต้อง เหมาะสม ทันเวลา ของการวินิจฉัยโรค การมีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคโดยแต่ละวิชาชีพ, มีการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคและนำมาปรับปรุง | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการวินิจฉัยโรค |
| 67 | III-3.1 | การวางแผนการดูแลผู้ป่วย | มีแผนการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย, มีการใช้หลักฐานวิชาการหรือ CPG มาใช้ในการวางแผน, มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลตามสถานะของผู้ป่วย | มีการเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆ ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย, ผู้ป่วย/ครอบครัว มีโอกาสร่วมตัดสินใจและวางแผน มีการบันทึกแผนการดูแลผู้ป่วยระหว่างวิชาชีพที่ชัดเจนง่ายต่อการใช้ร่วมกัน ระบุเป้าหมายและบริบทที่จะให้ | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย |
| 68 | III-3.2 | การวางแผนจำหน่าย | มีการประเมินและระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย, มีการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและจัดการกับปัญหาได้หลังจำหน่าย, มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยซ้ำเป็นระยะ | การวางแผนจำหน่ายครอบคลุมผู้ป่วยทุกรายที่มีข้อบ่งชี้และสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย, แพทย์ พยาบาล วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วย/ครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย, มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการวางแผนจำหน่าย |

| Item | Ref | Area | แนวทางการให้คะแนน | | |
|------|-----------|---|--|---|---|
| | | | Score 3 | Score 4 | Score 5 |
| 69 | III-4.1 | การดูแลทั่วไป | มีการกำหนดความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสม, มีการใช้หลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับของวิชาชีพในการดูแล ตอบสนองปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม, มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ | มีการประเมินและตอบสนองความคาดหวังของครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม, มีการสื่อสารและประสานงานที่ดีเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล, มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั่วไป | มีสิ่งแวดล้อมและกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลผู้ป่วย |
| 70 | III-4.2 | การดูแลผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง | มีการระบุกลุ่มผู้ป่วย/บริการที่มีความเสี่ยงสูง และจัดทำแนวทางการดูแล ปกป้องรุมเพื่อนำแนวทางไปปฏิบัติ, มาตรการที่มีความเสี่ยงสูง ทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมด้านเครื่องมือและผู้ช่วย, มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย | มีทีมผู้เชี่ยวชาญมาช่วยทีมผู้ให้บริการเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (rapid response team), มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย/บริการที่มีความเสี่ยงสูง | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลผู้ป่วย/ให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง |
| 71 | III-4.3 ก | การระงับความรู้สึก | มีการประเมินผู้ป่วยและวางแผนระงับความรู้สึก, ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็น และมีส่วนร่วม, ผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ, กระบวนการระงับความรู้สึก การใช้เครื่องมือ/วัสดุ/ยา เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ | มีการประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ซับซ้อน, มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการระงับความรู้สึก | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการระงับความรู้สึก |
| 72 | III-4.3 ข | การผ่าตัด | มีการประเมินและวางแผนการผ่าตัดอย่างเหมาะสม, มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว, ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ, มีกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ สถานที่ เครื่องมือ ระบบงาน และบุคลากร เอื้อต่อการผ่าตัดอย่างปลอดภัย | มีความสามารถและการประสานงานกับวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยซับซ้อนหรือรุนแรงได้อย่างปลอดภัย, มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด |

| Item | Ref | Area | แนวทางการให้คะแนน | | |
|------|-----------|---------------------------|---|---|---|
| | | | Score 3 | Score 4 | Score 5 |
| 73 | III-4.3 ค | อาหารและ โภชนาบำบัด | มีระบบบริการอาหารที่ดี ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม, ผู้ป่วยที่มีปัญหา/ความเสี่ยง ได้รับการประเมินภาวะ โภชนาการ ให้โภชนาบำบัดที่เหมาะสม, มีการให้ความรู้ด้านอาหารแก่ผู้ป่วยและครอบครัว, มีการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหาร | มีการคัดกรองปัญหาโภชนาการ ในผู้ป่วยทุกราย, มีการให้ความรู้ด้านอาหาร โภชนาการ และ โภชนาบำบัด แก่ผู้ป่วย/ครอบครัวเพื่อให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์, มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการเกี่ยวกับบริการ อาหารและ โภชนาบำบัดอย่างต่อเนื่อง | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการจัดบริการ อาหารและ โภชนาบำบัด |
| 74 | III-4.3 ง | การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย | บุคลากรมีความตระหนัก ในความต้องการของผู้ป่วย ระยะท้าย, ผู้ป่วยได้รับการประเมินและตอบสนองความต้องการทั้ง ด้านร่างกายและจิตใจ, มีการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างเหมาะสม | มีการดูแลระดับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายอย่าง สมศักดิ์ศรี, มีระบบสนับสนุนให้ผู้ป่วยหนังสือแสดงเจตจำนงในการดูแลระยะท้ายและปฏิบัติให้เป็นไปตามหนังสือแสดง เจตจำนง, มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจาก ไปอย่างสงบ, มีการตอบสนองต่อความต้องการด้านสังคมและจิต วิญญาณอย่างเหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ระยะท้าย |
| 75 | III-4.3 จ | การจัดการความปวด | ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองความปวดและประเมินความ ปวดอย่างครอบคลุม, ผู้ป่วยได้รับแจ้งเกี่ยวกับ โอกาสที่จะเกิดความปวด ล่วงหน้า, ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการจัดการความปวด, ผู้ป่วยที่มีความปวด ได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่าง เหมาะสม | ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการควบคุมการบำบัด, มีระบบที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีได้นอน รพ.สามารถเข้าถึงยา บำบัดความปวดที่จำเป็น, มีการประเมินและปรับปรุงการจัดการความปวดอย่าง ต่อเนื่อง | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการจัดการความปวด |
| 76 | III-4.3 ฉ | การฟื้นฟูสภาพ | มีการประเมินและวางแผนการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยอย่าง เหมาะสม, ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสมกับสภาวะ ของผู้ป่วย, มีการกำหนดเป้าหมายและติดตามประเมินผลการฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยแต่ละราย, บริการฟื้นฟูสภาพเป็นไปตามมาตรฐาน กฏระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง | การฟื้นฟูสภาพครอบคลุมเป็นองค์รวม (ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ), มีการประสานงานระหว่างการฟื้นฟูสภาพใน รพ.ที่ ต่อเนื่องที่บ้าน, มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการฟื้นฟูสภาพ อย่างต่อเนื่อง | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการจัดบริการฟื้นฟู สภาพ |

| Item | Ref | Area | แนวทางการให้คะแนน | | |
|------|-----------------|-------------------------------------|---|---|--|
| | | | Score 3 | Score 4 | Score 5 |
| 77 | III-4.3 ข | การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง | มีการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน, กรณีที่มีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หน่วยบริการนั้นได้รับรองจาก ตรต., มีการ monitor ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม | มีบริการที่หลากหลายตามปัญหาและความพร้อมของผู้ป่วย, มีการประเมินและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง |
| 78 | III-5 | การให้ข้อมูลและเสริมพลัง | มีการประเมินปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยเพื่อวางแผนกิจกรรมการเรียนรู้, ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง, มีการประเมินการรับรู้และความเข้าใจ, ทีมให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ คำปรึกษาที่เหมาะสม และมีการติดตามปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเอง, มีการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้ผู้ป่วย/ครอบครัว | การประเมินเพื่อวางแผนครอบคลุมขีดความสามารถภาวะด้านอารมณ์และจิตใจ ความพร้อมในการเรียนรู้และดูแลตนเอง, ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, มีการประเมินความสามารถในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติ, ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลตนเอง, มีการใช้นวัตกรรมในการจัดกิจกรรมเสริมทักษะ, มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการให้ข้อมูลและเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการให้ข้อมูลและเสริมพลัง |
| 79 | III-6 | การดูแลต่อเนื่อง | มีการส่งต่อที่ทันเวลาและปลอดภัย มีการดูแลและสื่อสารขณะส่งต่อที่เหมาะสม, มีระบบนัดหมาย ระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาคตามความเหมาะสม, มีการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยให้หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง | มีการสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย, มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการดูแลต่อเนื่อง | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลต่อเนื่อง |
| 80 | IV-1, III-1 | ผลลัพธ์ในมิติการเข้าถึง | มีการวัดที่ตรงประเด็น ครบถ้วน และมีการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด | ตัววัดสำคัญส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดีกว่าค่าเฉลี่ย หรือมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง | ตัววัดสำคัญอยู่ในระดับ top quartile |
| 81 | IV-1, III-5/6 | ผลลัพธ์ในมิติความต่อเนื่องในการดูแล | มีการวัดที่ตรงประเด็น ครบถ้วน และมีการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด | ตัววัดสำคัญส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดีกว่าค่าเฉลี่ย หรือมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง | ตัววัดสำคัญอยู่ในระดับ top quartile |
| 82 | IV-1, III-2/3/4 | ผลลัพธ์ในมิติความเหมาะสมในการดูแล | มีการวัดที่ตรงประเด็น ครบถ้วน และมีการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด | ตัววัดสำคัญส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดีกว่าค่าเฉลี่ย หรือมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง | ตัววัดสำคัญอยู่ในระดับ top quartile |

