
Overall Scoring Enquiry Guide

I-1. การนำองค์กร

1. มีการทบทวนภารกิจและเป้าหมายของ รพ., ผู้นำใช้เวลากับการตามแก้ปัญหาต่างๆ เป็นส่วนใหญ่
2. ให้นโยบายสนับสนุนการพัฒนา, Top down, QA
3. สร้างความร่วมมือและสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนา ชี้นำ สื่อสารและติดตามการพัฒนา สร้างแรงจูงใจ
 - กลยุทธ์ที่ก่อให้เกิดความร่วมมือและความตื่นตัวในการพัฒนาองค์กรที่ผู้นำใช้และมีผลกระทบสูงคืออะไร
 - เนื้อหาและวิธีการที่ผู้นำใช้ในการชี้นำการพัฒนาองค์กรคืออะไร
 - อะไรคือแรงจูงใจที่มีพลังที่ผู้นำใช้
4. เน้นการเรียนรู้ เสริมพลัง, มีการประเมินประสิทธิผลของระบบการนำ
 - ผู้นำใช้ผลการพัฒนามาสร้างกระบวนการเรียนรู้ในระดับที่มำและระดับผู้ปฏิบัติงานอย่างไร มีการขยายผลหรือฝังความรู้ที่ได้เข้าไปในระบบงานอย่างไร ตัวอย่างการเรียนรู้สำคัญในองค์กรคืออะไร
 - เจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติได้รับการเสริมพลังอย่างไร ตัวอย่างการเสริมพลังที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการคืออะไร
 - ประเด็นสำคัญที่ทีมนำใช้ในการประเมินประสิทธิผลของระบบการนำคืออะไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร มีการตอบสนองอย่างไร
5. ใช้วิสัยทัศน์และค่านิยม นำองค์กรให้มีผลงานที่ดี (high performing) เป็นองค์กรที่ยั่งยืน (sustainable)
 - ตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่ามีการนำวิสัยทัศน์และค่านิยมมาใช้เป็นหลักในการตัดสินใจและกำหนดพฤติกรรมของสมาชิกในองค์กรอย่างกว้างขวางเป็นเรื่องปกติ

- ตัวอย่างผลการดำเนินงานที่โดดเด่น ซึ่งเป็นผลจากการใช้วิสัยทัศน์และค่านิยมอย่างกว้างขวาง

I-2. การบริหารเชิงกลยุทธ์

1. แผนยังมีลักษณะแยกส่วน ขาดการวิเคราะห์อย่างมีจุดร่วม
2. มีการประมวลแผนเป็นหนึ่งเดียว มีกระบวนการจัดทำตามขั้นตอนที่ดี แต่ยังมีข้อด้อยสำคัญในด้านต่าง ๆ
3. แผนสอดคล้องกับบริบท ปราศจากข้อด้อยสำคัญ บุคลากรรับรู้ มีระบบรายงานและติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุเป้าหมาย
 - บริบทและความท้าทายของ รพ.คืออะไร แผนตอบสนองต่อบริบทและความท้าทายดังกล่าวเพียงใด ครอบคลุมประเด็นสำคัญต่าง ๆ ครบถ้วนหรือไม่
 - มีการกำหนดเป้าหมายของแผนชัดเจนหรือไม่ สามารถวัดได้หรือไม่ ตัวชี้วัดตรงประเด็นกับเป้าหมายหรือไม่
 - ผู้นำติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผนอย่างไร บ่อยเพียงใด ผลการติดตามเป็นอย่างไร มีการตอบสนองอย่างไร
4. มีเป้าหมายที่ท้าทาย การทบทวนนำมาสู่จุดเน้นการพัฒนาที่ชัดเจนและรับรู้ทั่วกัน, มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการวางแผน
 - เนื้อหาของแผนเป็นเรื่องของงานประจำหรืองานพัฒนา การเปลี่ยนแปลงสำคัญที่คาดหวังไว้คืออะไร
 - เป้าหมายที่ท้าทายคืออะไร เป็นความท้าทายในภาพรวมหรือเฉพาะบางข้อ มีเป้าหมายเชิงปริมาณที่ท้าทายอย่างไร
 - จุดเน้นการพัฒนาในขณะนี้คืออะไร มีที่มาอย่างไร แตกต่างจากปีที่ผ่านมาอย่างไร เพราะอะไรจึงมีการเปลี่ยนแปลงจุดเน้น
 - มีการประเมินการรับรู้แผน เป้าหมาย และจุดเน้นการพัฒนาอย่างไร

- กระบวนการวางแผนแตกต่างไปจากปีที่ผ่านมาอย่างไร เพราะอะไรจึงมีการปรับเปลี่ยน
5. องค์กรมีความยืดหยุ่นและเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วเมื่อจำเป็น
- ขอให้ยกตัวอย่างความยืดหยุ่นและความรวดเร็วในการตอบสนองสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

I-3. การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

1. ตั้งรับ ตอบสนองข้อร้องเรียนที่สำคัญเป็นเรื่อง ๆ
2. ระบบจัดการข้อร้องเรียนมีประสิทธิภาพ มีการวิเคราะห์แนวโน้มและนำไปปรับปรุง
3. มีระบบรับรู้/เรียนรู้ความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่ดี และนำไปใช้ประโยชน์ (ออกแบบ/ปรับปรุงระบบงาน), ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสมในทุกขั้นตอนของการดูแล
 - แหล่งข้อมูลและวิธีการที่ รพ.ใช้ในการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน มีอะไรบ้าง สามารถครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสำคัญได้ดีเพียงใด สามารถรับรู้ความต้องการได้ลึกเพียงใด มีความต่อเนื่องพอที่จะรับรู้ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพียงใด
 - มีการสรุปความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและนำไปใช้ประโยชน์ในการออกแบบหรือปรับปรุงระบบงานอย่างไร ทั้งในภาพรวมของ รพ.และ บริการเฉพาะส่วน
 - อะไรคือความต้องการที่มีผลกระทบต่อความเชื่อมั่นและความไว้วางใจของผู้รับบริการในระดับสูง รพ.ตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวอย่างไร
 - ประเด็นสำคัญของการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในแต่ละจุดหรือแต่ละขั้นตอนของการดูแลคืออะไร รพ.สร้างความมั่นใจในการคุ้มครองสิทธิดังกล่าวอย่างไร

4. ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบงาน, การตอบสนองมีความลึกซึ้งและมีความเฉพาะสำหรับแต่ละกลุ่ม, มีการประเมินและปรับปรุงการรับรู้และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการมุ่งเน้นผู้ป่วย
 - ขอให้ยกตัวอย่างการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการออกแบบ/ปรับปรุงระบบงาน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างจากการพัฒนาจากมุมมองของทีมผู้ให้บริการอย่างไร
 - ขอให้ยกตัวอย่างการตอบสนองความต้องการที่มีความลึกซึ้งและมีความเฉพาะสำหรับผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม การตอบสนองดังกล่าวมีที่มาอย่างไร
 - มีการปรับปรุงวิธีการรับรู้ความต้องการของผู้รับบริการอย่างไร
 - อะไรคือสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่าการมุ่งเน้นผู้ป่วยมากขึ้นในช่วง 1-2 ปีนี้
5. มีสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่ให้ความอบอุ่น เอื้อต่อการเยียวยา
 - มีการนำแนวคิดเรื่องสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา (healing environment) มาสู่การปฏิบัติอย่างไร เช่น ภาพ แสง เสียง สวน ปฏิสัมพันธ์
 - พฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจและความรักที่ให้ความอบอุ่นใจแก่ผู้รับบริการ มีการปฏิบัติอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอเพียงใด

I-4.1 การวัดและวิเคราะห์

1. ตัวชี้วัดส่วนใหญ่มาจากงานประจำหรืองานนโยบาย
2. ตัวชี้วัดมาจากการวิเคราะห์บริบทของตนเอง
 - มีตัวชี้วัดใดบ้างที่สะท้อนปัญหาเฉพาะของ รพ.
3. มีการวัดผลงานที่ตรงประเด็นในทุกระดับ มีการวิเคราะห์และนำไปใช้ประโยชน์ (กำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุง และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ)

- การวิเคราะห์ service profile ของแต่ละหน่วยงาน ทำให้เห็นประเด็นคุณภาพของหน่วยงานนั้นๆ ได้ชัดเจน และมีการติดตามตัวชี้วัดตามประเด็นเหล่านั้นครบถ้วนเพียงใด
 - การวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของแต่ละระบบงาน ทำให้เห็นประเด็นคุณภาพของระบบงานนั้นๆ ได้ชัดเจน และมีการติดตามตัวชี้วัดตามประเด็นเหล่านั้นครบถ้วนเพียงใด
 - การวิเคราะห์ความท้าทายขององค์กร ทำให้กำหนดแผนยุทธศาสตร์วัตถุประสงค์ และตัวชี้วัดที่สอดคล้องกันได้เพียงใด
 - มีการติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูล และนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุง/พัฒนา รวมถึงถ่ายทอดสู่การปฏิบัติอย่างไร
4. ตัวชี้วัดตาม critical success factor ของทั้งองค์กรสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน, มีบูรณาการของการวัดเพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทั้งองค์กร, มีการวัดผลงานเปรียบเทียบกับองค์กรอื่น, มีการประเมินและปรับปรุงระบบวัดผลงาน
- Critical success factor เพื่อการบรรลุเป้าหมายของ รพ.คืออะไร อะไรคือตัวชี้วัดตามปัจจัยดังกล่าว ตัวชี้วัดดังกล่าวมีความสอดคล้องกันทั้งองค์กรเพียงใด
 - มีตัวชี้วัดใดบ้างที่ควรวัดครอบคลุมทั้งองค์กร ทำอย่างไรให้เกิดความครอบคลุมดังกล่าว
 - มีตัวชี้วัดใดที่มีการวัดเปรียบเทียบกับองค์กรอื่น
 - ระบบการวัดผลในปีนี้แตกต่างจากปีที่ผ่านมาอย่างไร เหตุใดจึงมีการปรับปรุง
5. ใช้ข้อมูลที่ได้จากการติดตามและวิเคราะห์เพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
- ทีมนำและทีมงานต่างๆ นำข้อมูลตัวชี้วัดที่ติดตามมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์อย่างไร

- เกิดความรู้ในองค์กรอะไรบ้าง ที่เป็นผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานขององค์กร

I-4.2ข. การจัดการความรู้

1. เริ่มต้นการรวบรวมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร
2. มีการรวบรวมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กรอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ
3. มีการแสวงหาความรู้ที่จำเป็น (ทั้ง explicit & tacit), ข้อมูลมีความพร้อมใช้, นำความรู้มาออกแบบระบบงานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย
 - มีการกำหนดความรู้ที่จำเป็นเพื่อการบรรลุพันธกิจของ รพ.อย่างไร อะไรคือ explicit & tacit knowledge ที่จำเป็น
 - มีแนวทางในการแสวงหาความรู้ดังกล่าวอย่างไร ทำอย่างไรให้ข้อมูลมีความพร้อมใช้สำหรับผู้ต้องการใช้
 - ขอให้ยกตัวอย่างการนำความรู้ดังกล่าวมาออกแบบระบบงานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย
4. การจัดการความรู้ส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมในระบบงาน และนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์, มีการประเมินและปรับปรุงระบบการจัดการความรู้
 - มีนวัตกรรมในระบบงานอะไรบ้าง นวัตกรรมดังกล่าวเป็นผลมาจากการจัดการความรู้อย่างไร
 - มีการนำความรู้จากการจัดการความรู้มาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์อย่างไร
 - มีการปรับปรุงระบบการจัดการความรู้อย่างไรในรอบปีที่ผ่านมา
5. การจัดการความรู้ส่งเสริมให้เกิดวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศ
 - อะไรคือ excellence practice ของ รพ., เป็นผลมาจากการจัดการความรู้อย่างไร

I-5. ทรัพยากรบุคคล

1. มีระบบบริหารงานบุคคลตามมาตรฐานทั่วไป
2. บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะตามหน้าที่รับผิดชอบและปัญหาที่เกิดขึ้น, เริ่มต้นวางระบบประเมินผลงานและระบบแรงจูงใจ
3. มีบุคลากรที่มีความรู้เหมาะสมกับหน้าที่และมีจำนวนเพียงพอในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง, บุคลากรมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา มีขวัญกำลังใจและสร้างผลงานที่ดี
 - หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงของ รพ.ได้แก่อะไรบ้าง มีการกำหนดอัตรากำลังที่เหมาะสมไว้อย่างไร สามารถจัดให้มีบุคลากรตามที่กำหนดไว้ได้หรือไม่
 - มีการประเมินความรู้และทักษะที่จำเป็นในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงอย่างไร สร้างความมั่นใจอย่างไรว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานดังกล่าวมีความรู้และทักษะที่จำเป็นเพียงพอ
 - มีการประเมินระดับขวัญกำลังใจของบุคลากรหรือไม่ อย่างไร ผลเป็นอย่างไร
 - บุคลากรมีแรงจูงใจในการสร้างผลงานที่ดีเพียงใด ระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างไร
4. บุคลากรมีความผูกพันและอุทิศตนให้กับองค์กร ใฝ่เรียนรู้ สร้างนวัตกรรม, มีการประเมินและปรับปรุงระบบทรัพยากรบุคคล
 - ผู้นำทราบได้อย่างไรว่าบุคลากรมีความผูกพันและอุทิศตนให้กับองค์กรเพียงใด ใฝ่เรียนรู้และสร้างนวัตกรรมเพียงใด มีการประเมินระดับความผูกพันของบุคลากรอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
 - มีการปรับปรุงระบบทรัพยากรบุคคลอะไรบ้างในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา การปรับปรุงดังกล่าวเป็นผลมาจากอะไร
5. ประยุกต์ใช้แนวคิด spirituality ในการทำงานกับผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน
 - แนวคิด spirituality ที่นำมาใช้มีอะไรบ้าง ก่อให้เกิดผลอย่างไรต่อบรรยากาศในองค์กรและการดูแลผู้ป่วย

I-5.2ค. สุขภาพบุคลากร

1. ให้การดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม
2. มีระบบป้องกันโรคและอันตรายจากการทำงานในเชิงรุก
 - โรคและอันตรายจากการทำงานที่มีการป้องกันในเชิงรุกมีอะไรบ้าง มีการติดตามการปฏิบัติตามระบบที่วางไว้อย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
3. บุคลากรดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม
 - รพ.ส่งเสริมให้บุคลากรที่เจ็บป่วยและกลุ่มเสี่ยง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
4. บุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีสภาวะสุขภาพดี, มีการประเมินและปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพบุคลากร
 - มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพและระดับสภาวะสุขภาพของบุคลากรอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
 - มีการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลสุขภาพบุคลากรอย่างไร เป็นผลมาจากอะไร
5. บุคลากรเป็นแบบอย่าง หรือเป็นผู้นำในด้านการสร้างสุขภาพ
 - บุคลากรมีบทบาทอย่างไรในการเป็นแบบอย่างหรือเป็นผู้นำในการสร้างสุขภาพ บทบาทดังกล่าวได้รับการปฏิบัติโดยบุคลากรส่วนใหญ่และในทุกโอกาสหรือไม่

I-6. การจัดการกระบวนการ

1. ใช้ 3P หรือPDSA ในโครงการพัฒนาคุณภาพและงานประจำ
2. ใช้ 3P หรือ PDSA ในการบริหารหน่วยงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย รวมทั้งการติดตามกำกับงานประจำวัน (จุดเน้นของบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA)
 - มีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหน่วยงานชัดเจน สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานเพียงใด

- มีการกำหนดประเด็นคุณภาพสำคัญและจุดเน้นของการพัฒนาที่ชัดเจนเพียงใด มีกิจกรรมคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายและจุดเน้นเพียงใด
 - การออกแบบระบบงานในจุดสำคัญมีความเหมาะสมและรัดกุมเพียงใด
 - สมาชิกในหน่วยงานมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบไว้ได้ดีเพียงใด
 - มีการควบคุมกำกับ การประเมินผล การติดตามและใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดต่างๆ อย่างไร
 - หน่วยงานต่างๆ มีระดับการใช้แนวทางการจัดการกระบวนการในระดับที่ใกล้เคียงกันหรือแตกต่างกันอย่างไร
3. ใช้ 3P หรือ PDSA กับระบบงานหรือกระบวนการหลัก (กระบวนการที่สร้างคุณค่า) และประเด็นเชิงกลยุทธ์ (จุดเน้นของบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA)
- ระบบงาน กระบวนการหลัก ประเด็นเชิงกลยุทธ์ ที่มีการใช้หลัก process management หรือ 3P หรือ PDSA มีอะไรบ้าง
 - มีการกำหนดประเด็นคุณภาพสำคัญและจุดเน้นของการพัฒนาที่ชัดเจนเพียงใด
 - การออกแบบระบบงานในจุดสำคัญมีความเหมาะสมและรัดกุมเพียงใด
 - มีการควบคุมกำกับ การประเมินผล การติดตาม และใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดต่างๆ อย่างไร
4. มีการประเมินและปรับปรุงสัมฤทธิ์ผลของการจัดการกระบวนการของทีมต่างๆ, การพัฒนาที่มีความชัดเจนในเรื่องการบูรณาการ (เชื่อมโยง) และนวัตกรรม
- สัมฤทธิ์ผล (หรือการบรรลุเป้าหมาย) ของระบบงานและทีมงานต่างๆ เป็นอย่างไร มีการใช้หลักการจัดการกระบวนการ หรือ 3P หรือ PDSA ให้เกิดคุณค่าแก่ระบบงานและทีมงานอย่างไร

- มีตัวอย่างของการบูรณาการ (เชื่อมโยง) ระหว่างระบบงานและทีมงานต่างๆ อย่างไร ใช้หลักการหรือวิธีการอะไรในการส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการ
 - มีตัวอย่างการใช้นวัตกรรมในระบบงานต่างๆ อย่างไร
5. การพัฒนาส่งผลให้เกิดคุณค่าต่อผู้รับบริการเพิ่มขึ้นชัดเจน
- การใช้หลัก 3P หรือ PDSA หรือการจัดการกระบวนการส่งผลให้เกิดคุณค่าต่อผู้รับบริการอย่างไร

II-1.1ค. การประเมินตนเอง

1. หาโอกาสพัฒนาจากความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
 - มีการทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ (ในบันไดขั้นที่ 1) เพื่อค้นหาความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ที่มีพึงประสงค์และนำมาปรับปรุงระบบงานอย่างต่อเนื่องเพียงใด
2. หาโอกาสพัฒนาจากการวิเคราะห์กระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ
 - หน่วยงานและระบบงานต่างๆ วิเคราะห์ process flowchart ของตนเพื่อค้นหาความเสี่ยงและโอกาสพัฒนาได้ครอบคลุมเพียงใด
 - มีการนำโอกาสพัฒนาที่วิเคราะห์ได้ไปสู่การปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด
3. ใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ด้วยความเข้าใจ
 - มีการส่งเสริมให้ใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลายต่อไปนี้เพียงใด: การประเมินจุดแข็งจุดอ่อนในงานที่ทำ, การติดตามตัวชี้วัด, การใช้ service profile เพื่อวิเคราะห์งานและการบรรลุเป้าหมาย, การทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย, การตามรอยทางคลินิก, การประเมินตนเองตามมาตรฐาน, การเยี่ยมหน่วยงานเพื่อซักซ้อมความเข้าใจ
 - ทีมงานเข้าใจเป้าหมายของการประเมินตนเองและใช้ประโยชน์จากวิธีการประเมินตนเองต่างๆ อย่างเต็มที่หรือไม่

- มีการประสานหรือบูรณาการวิธีการประเมินตนเองต่างๆ เข้าด้วยกันอย่างไร
4. ใช้การวิจัยประเมินผล, มีการใช้ตัวเทียบเพื่อยกระดับเป้าหมาย เช่น ตัวเทียบในระดับกลุ่มหรือระดับชาติ / ความต้องการของผู้ป่วย / เป้าหมายขององค์กร
- รพ. นำการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการประเมินตนเอง / ประเมินการปฏิบัติ ตามมาตรฐานอย่างไร มีการดำเนินการอย่างไรเรียบง่ายและกว้างขวางเพียงใด
 - รพ. ใช้ตัวเทียบเพื่อยกระดับเป้าหมาย (benchmark) อะไรบ้าง เทียบกับอะไร ผลการใช้ตัวเทียบทำให้เกิดการปรับปรุงอย่างก้าวกระโดดหรือไม่อย่างไร
5. มีวัฒนธรรมของการประเมินตนเอง
- ตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นว่า รพ.มีวัฒนธรรมของการประเมินตนเองมีอะไรบ้าง

II-1.1ง. การทำงานเป็นทีม

1. มีความเป็นทีมในหน่วยงาน ในงานประจำ และการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน, มีแนวทางในการขอคำปรึกษาและการดูแลผู้ป่วยซับซ้อนร่วมกันระหว่างสาขาที่เกี่ยวข้อง
2. มีความเป็นทีมในระบบงาน ทีมคร่อมสายงาน และทีม นำระดับต่างๆ (team formation)
3. ทีมระบบงาน ทีมคร่อมสายงาน และทีมนำระดับต่างๆ ทำหน้าที่ดูแลภาพรวม ติดตามความก้าวหน้า เชื่อมโยงกับทีมนำสูงสุดและทีมที่เกี่ยวข้อง (effective function of team)
 - ขอให้ยกตัวอย่างบทบาทหน้าที่ของทีมระบบงาน (HR, IM, Env, IC, PTC, MSO, NSO, HP) ทีมคร่อมสายงาน (PCT/CLT) และทีมนำระดับต่างๆ

- ทีมใดบ้างที่สามารถทำหน้าที่ดูแลภาพรวมและติดตามความก้าวหน้าได้ดี อะไรคือความสำเร็จที่เกิดขึ้น
 - ขอให้ยกตัวอย่างการเชื่อมโยงระหว่างทีมในระดับกลางกับทีมนำสูงสุด และทีมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
4. มีการติดตามประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของทีมระบบงานต่าง ๆ
- ประเด็นที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพของทีมระบบงานต่าง ๆ มีอะไรบ้าง ผลการประเมินเป็นอย่างไร เรื่องอะไรที่เป็นจุดอ่อน ทีมใดที่เป็นจุดอ่อน มีการปรับปรุงอย่างไร
5. มีวัฒนธรรมของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ เป็นแบบอย่างที่ดี
- ขอให้ยกตัวอย่างแบบอย่างของวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

II-1.2ก. การบริหารความเสี่ยง

1. ตอบสนองปัญหา/เหตุการณ์เฉพาะรายเหมาะสม
2. มีระบบรายงานอุบัติการณ์, มีการทำ RCA และวางระบบป้องกันที่รัดกุม, มีกิจกรรมสร้างความตื่นตัวในงานประจำ
 - มีวิธีการส่งเสริมให้มีการรายงานอุบัติการณ์อย่างทันที่และครอบคลุม อุบัติการณ์สำคัญให้มากที่สุดอย่างไร มีการวางระบบและแรงจูงใจอย่างไร
 - ทีมงานได้เรียนรู้คุณค่าของการทำ RCA อย่างไร ขอให้ยกตัวอย่าง RCA ที่ทีมคิดว่าทำให้เข้าใจความหมายของ root cause ได้ดีที่สุดมา 2-3 ตัวอย่าง มีการนำไปใช้วางระบบป้องกันอย่างไร มีการขยายผลความเข้าใจจากกรณีดังกล่าวอย่างไร
 - มีกิจกรรมสร้างความตื่นตัวในเรื่องความเสี่ยงในงานปกติประจำอย่างไร (เช่น safety brief, patient safety walk around)

- มีการนำกิจกรรมทบทวนคุณภาพที่เริ่มต้นไว้ในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA มาปฏิบัติในงานปกติประจำอย่างไร เช่น การทบทวนข้างเตียง การทบทวนเวชระเบียนขณะผู้ป่วยนอนรักษาตัว การทบทวนการส่งต่อ ฯลฯ
3. วิเคราะห์ความเสี่ยงรอบด้าน (ทั้งที่เคยเกิดและที่มีโอกาสเกิด), ระบบงานได้รับการออกแบบอย่างรัดกุมและนำไปปฏิบัติ
- มีการรวบรวมสถิติเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นในองค์กรมาจัดลำดับความสำคัญ และออกแบบระบบงานเพื่อป้องกันความเสี่ยงได้ครอบคลุมเพียงพอ, การออกแบบระบบมีความรัดกุมเพียงพอ, มีการพิจารณาแนวคิดเรื่องการออกแบบเพื่อแก้ปัญหาข้อจำกัดของ human factor ใดๆ, มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อเรียนรู้เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ทางคลินิกได้ครอบคลุมเพียงพอ
 - มีการวิเคราะห์โอกาสเกิดความเสี่ยงในขั้นตอนและจุดต่างๆ ของการให้บริการอย่างไร, มีการออกแบบระบบงานเพื่อป้องกันความเสี่ยงสอดคล้องกับโอกาสและความรุนแรงที่จะเกิดความเสี่ยงอย่างไร
 - สร้างความมั่นใจอย่างไรว่าระบบที่ออกแบบไว้ได้รับการนำไปปฏิบัติอย่างเหมาะสม, มีการติดตามการปฏิบัติในเรื่องที่สำคัญอะไรบ้าง ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
4. บูรณาการระบบงานและระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง, มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยง
- มีการเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์และความเสี่ยงต่างๆ ใดๆ, มีการวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลอย่างไร
 - มีการนำข้อมูลจากระบบบริการความเสี่ยงไปใช้ประโยชน์ในระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างไร เช่น การพัฒนาบุคลากร การออกแบบระบบงานต่างๆ ในภาพรวม
 - มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบบริการความเสี่ยงอย่างไร นำไปสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง
5. วัฒนธรรมความปลอดภัยเด่นชัด

- มีข้อมูลอะไรที่แสดงให้เห็นว่ามีวัฒนธรรมความปลอดภัย ทั้งในด้านเจตคติ ความเชื่อ พฤติกรรม กระบวนการและผลลัพธ์ (ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ)

II-1.2ข. คุณภาพทางคลินิก

1. เริ่มต้นใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพทางคลินิก เช่น indicator, CPG
2. ใช้เครื่องมือที่หลากหลายเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลกลุ่มผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามหลัก 3P **คะแนน 3 จะดูที่ครอบคลุม 2 เอาแค่ใช้เครื่องมือเป็น**
 - มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญในแต่ละสาขาที่จะพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างไร มีความเชื่อมต่อระหว่างกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยกับการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญอย่างไร **สามารถนำปัญหาที่พบจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยมาดำเนินการพัฒนาได้มากน้อยเพียงใด**
 - ในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญเหล่านั้น มีการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ เป้าหมายการดูแล และตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพียงใด
 - มีการใช้เครื่องมือและแนวคิดต่อไปนี้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มอย่างไร: standardized process/QA, holistic/humanized, evidence based, human factor engineering, benchmarking, innovation
3. การพัฒนาคุณภาพทางคลินิกครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสำคัญในแต่ละสาขา, มีการ monitor อย่างเหมาะสม, มีการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย
 - การพัฒนาคุณภาพทางคลินิกครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสำคัญในแต่ละสาขาได้มากน้อยเพียงใด
 - มีการ monitor ผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกอย่างไร

- มีการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างไร มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างไร ใช้อะไรเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกเวชระเบียนมาทบทวน เพื่อให้มั่นใจว่าจะสามารถค้นพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้มากที่สุด
 - มีการนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบมาสู่การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้มากน้อยเพียงใด
4. ผสมผสานงานวิจัยกับการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก หรือ R2R, มีการประเมินและปรับปรุงการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก, ผลลัพธ์ทางคลินิกมีแนวโน้มที่ดีขึ้น
- มีการนำการวิจัยมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกอย่างไร
 - ผลการประเมินความพยายามในการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกเป็นอย่างไร นำมาสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง
 - ผลลัพธ์ทางคลินิกที่มีแนวโน้มที่ดีขึ้นมีอะไรบ้าง กลุ่มเป้าหมายที่จะให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นคืออะไร
5. ผลลัพธ์ทางคลินิกอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีเลิศ
- ผลลัพธ์ทางคลินิกที่อยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีเลิศมีอะไรบ้าง

II-2.1ก. การบริหารการพยาบาล

1. มีการบริหารการพยาบาลโดยการมีส่วนร่วม มีแนวทางหรือมาตรฐานการปฏิบัติงานที่จำเป็น
2. มีการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และหน้าที่รับผิดชอบ, มีระบบประกันคุณภาพทางการพยาบาลในประเด็นที่สำคัญ
3. มีระบบการนิเทศงาน/กำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ, มีการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง, ปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วยได้รับการตรวจพบทันการณ์และตอบสนองอย่างเหมาะสม, มีการพัฒนาคุณภาพตามจุดเน้นขององค์กรร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง

- ฝ่ายการพยาบาลกำหนดประเด็นและเป้าหมายในการนิเทศงานอย่างไร ใช้เทคนิคในการนิเทศอย่างไรที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการพัฒนาของบุคลากรทางการพยาบาล (เช่น การเป็นโค้ช)
 - จุดแข็งจุดอ่อนในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทางการพยาบาลคืออะไร, มีการเชื่อมโยงการใช้กระบวนการพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยของวิชาชีพอื่นอย่างไร
 - มีการติดตามอย่างไรว่าปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วยได้รับการตรวจพบอย่างทันการณ์และตอบสนองอย่างเหมาะสม
 - ผลงานการพัฒนาคุณภาพตามจุดเน้นของฝ่ายการพยาบาลมีอะไรบ้าง
 - ผลงานการพัฒนาคุณภาพตามจุดเน้นขององค์กรร่วมกับผู้เกี่ยวข้องมีอะไรบ้าง
4. มีการเรียนรู้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อนำปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มาปรับปรุงระบบงาน พัฒนาวิชาชีพและพัฒนาบุคลากร, มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารการพยาบาล
- มีบทเรียนในนำปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มาปรับปรุงระบบงานร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ อย่างไร ยกตัวอย่างการปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น
 - มีบทเรียนในการนำปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มาพัฒนาวิชาชีพและพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลอย่างไร
 - ประเด็นสำคัญในการประเมินระบบบริหารการพยาบาลมีอะไร ผลการประเมินเป็นอย่างไร นำมาสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง
5. ระบบบริหารการพยาบาลมีนวัตกรรมหรือใช้ model เกื้อหนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการพยาบาลในลักษณะ holistic / humanized สอดคล้องกับปัญหา วิถีชีวิต และบริบททางสังคมของผู้ป่วย อย่างปลอดภัย

- ขอให้ยกตัวอย่างการใช้แนวคิดหรือ model การดูแลทางการแพทย์ ในลักษณะ holistic / humanized ที่สอดคล้องกับปัญหา วิถีชีวิต และ บริบททางสังคมของผู้ป่วย

II-2.2 องค์การแพทย์

1. มีการพบปะกันในกลุ่มแพทย์อย่างสม่ำเสมอและมีกิจกรรมร่วมกันเพื่อเพื่อ แสดงจุดยืนและชี้แจงไว้ซึ่งมาตรฐานแห่งวิชาชีพ
2. มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์และกำหนดประเด็นสำคัญที่จำเป็นต้องมีการพัฒนา และประสานเพื่อนำไปปฏิบัติ
3. มีกลไกกำกับดูแลและส่งเสริมให้เกิดบริการทางการแพทย์ที่ดี มีมาตรฐาน และจริยธรรม, แพทย์แต่ละคนประเมินผลการดูแลผู้ป่วยของตนอย่าง สม่ำเสมอ
4. มีบทบาทเด่นชัดในการเป็นผู้นำและชี้ทิศทางเรื่องคุณภาพและความ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย, มีการประเมินและปรับปรุงระบบกำกับดูแล มาตรฐานและจริยธรรม
5. องค์กรแพทย์เป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมให้ รพ.มีบริการทางการแพทย์ ที่มีคุณภาพและน่าไว้วางใจ

II-3.1 ก. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย

1. อาคารสถานที่ที่ได้รับการดูแลความสะอาดและเป็นระเบียบ, สถานที่อาจมี ข้อจำกัดซึ่งไม่อาจแก้ไขได้ในเวลาอันสั้น
2. มีการปรับปรุงเพื่อลดความเสี่ยงทางโครงสร้างกายภาพที่เห็นชัดเจน
3. โครงสร้างอาคารสถานที่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด, เอื้อต่อการทำงาน และให้บริการได้อย่างปลอดภัย สะดวกสบาย, พื้นที่ใช้สอยเพียงพอ, แสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม, มีระบบระบายอากาศที่ดี, อาคารสถานที่ได้รับการบำรุงรักษาอย่างดี

4. เป็นสถานที่ที่ให้ความอบอุ่น เป็นมิตร, มีการออกแบบโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค
5. สถานที่เอื้อต่อการเยียวยา

III-3.1 ข.-ง.วัสดุ/ของเสียอันตราย ภาวะฉุกเฉิน อัคคีภัย

1. โครงสร้างอาคารสถานที่ที่ไม่มีความเสี่ยงด้านอัคคีภัยที่ชัดเจน, มีการจัดทำแผนป้องกันและรองรับเมื่อเกิดอัคคีภัย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ
2. มีการอบรมและฝึกซ้อมแผน, มีการติดตั้งเครื่องมือและวางระบบเกี่ยวกับอัคคีภัยอย่างเหมาะสมกับประเภทวัสดุที่ติดไฟในแต่ละพื้นที่, มีการวางระบบเกี่ยวกับการจัดการกับวัสดุ/ของเสียอันตรายอย่างเหมาะสม
3. การซ้อมแผนอัคคีภัยและภาวะฉุกเฉินครอบคลุมทุกสภาวะการณ์และผู้เกี่ยวข้องทั้งในและนอก รพ., มีการตรวจสอบปัจจัยเสี่ยงต่ออัคคีภัย วัสดุ และของเสียอันตรายอย่างสม่ำเสมอ และปรับปรุงเพื่อป้องกัน
4. มีการปรับปรุงแผนและการเตรียมความพร้อมจากการประเมินผลการฝึกซ้อม
5. มีการจัดการและการเตรียมความพร้อมเป็นแบบอย่างที่ดี

II-3.2 เครื่องมือ

1. มีระบบการจัดการ การตรวจสอบความเพียงพอ ดูแลความพร้อมใช้ของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ในแต่ละหน่วยงาน
2. มีการกำหนดระดับขั้นต่ำของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ในแต่ละหน่วยงาน สํารวจและวางแผนจัดหา
3. มีเครื่องมือและระบบสาธารณสุขป้กคเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน, มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน ทดสอบ ตรวจสอบ และ calibrate ที่เหมาะสม.
4. มีระบบการจัดการและสํารองเครื่องมือเพื่อให้เกิดความเพียงพอและมีประสิทธิภาพ, มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อปรับปรุงระบบและการจัดหาทดแทน

5. ให้คำปรึกษาการบำรุงรักษาแก่ รพ. ในเครือข่ายหรือหน่วยงานใกล้เคียงภายนอกได้

III-3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

1. มีความพยายามในการแก้ไขปัญหาในระบบบำบัดน้ำเสียและกำจัดขยะซึ่งอาจจะมีโครงสร้างไม่เหมาะสมกับ รพ.
2. มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยทางกายภาพและปราศจากการรบกวน, ระบบบำบัดน้ำเสียมีขนาดเหมาะสมกับ รพ., มีกระบวนการที่ชัดเจนในการบำบัดน้ำเสียและกำจัดขยะโดยผู้มีความรู้
3. มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์และความผ่อนคลาย, มีระบบบำบัดน้ำเสียและการกำจัดขยะที่มีประสิทธิภาพ, ค่าน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดเป็นไปตามมาตรฐาน
4. มีสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะของผู้รับบริการอย่างได้ผล, รพ. พยายามลดประมาณของเสียและลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม, รพ. ร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ในการพิทักษ์และปรับปรุงสิ่งแวดล้อม
5. เป็นแบบอย่างในการเรียนรู้ให้แก่องค์กรอื่นๆ

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

1. มีผู้รับผิดชอบงาน IC ชัดเจน, เริ่มมีแนวทางปฏิบัติที่จำเป็น
2. ผู้รับผิดชอบมีความรู้และคุณสมบัติเหมาะสม, มีมาตรการป้องกันครอบคลุมการติดเชื้อที่พบบ่อยและมีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ
3. การป้องกันและควบคุมครอบคลุมการติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทของ รพ., มาตรการที่กำหนดได้รับการปฏิบัติ, ระบบเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพ, อัตราการติดเชื้อที่สำคัญมีแนวโน้มลดลง
4. มีบูรณาการระหว่างงาน IC กับ CQI และระบบงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ ชัดเจน มีประสิทธิภาพ, การป้องกันและควบคุมครอบคลุมเชื้อโรคที่มีความสำคัญ

ทางระบาดวิทยาทั้งหมด รวมทั้งที่บ้านของผู้ป่วย และการส่งต่อระหว่าง รพ., มีการประเมินและปรับปรุงระบบ IC

5. มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เป็นแบบอย่าง, อัตราการติดเชื้อสำคัญอยู่ในระดับต่ำ

II-5 ระบบเวชระเบียน

1. มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึก การแก้ไข การจัดเก็บ และการเข้าถึงเวชระเบียนที่เหมาะสม
2. มีการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนตามแบบฟอร์มของ สปสช./พรพ. อย่างน้อย 3 ฉบับต่อเดือนสำหรับแพทย์แต่ละคน
3. ระบบบริหารเวชระเบียนมีประสิทธิภาพ, เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ไม่น้อยกว่า 50%, มีการประมวลผลข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อประโยชน์ในการวางแผนและการปรับปรุงดูแลผู้ป่วย
4. มีการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียน และนำปัญหาที่พบไปปรับปรุงระบบงาน (เช่น การใช้ trigger เพื่อคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวนหา AE และปรับปรุง)
5. ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแล ต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

II-6 ระบบจัดการด้านยา

1. มีการค้นหาและทบทวนกรณีเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (ME/ADE)
2. มีการออกแบบหรือปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (ME/ADE) ที่สำคัญ
3. มาตรการป้องกัน ME/ADE ได้รับการปฏิบัติ, มีระบบเฝ้าระวัง ME/ADE ที่มีประสิทธิภาพ, ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมและมีระบบติดตามการใช้ยา

ของผู้ป่วย, มีระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้มียาที่มีคุณภาพ และเพียงพอ

4. มีการประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา, มีการนำนวัตกรรมต่างๆ มาใช้เพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา, มีระบบส่งเสริมความเหมาะสมในการใช้ยา, มีการสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยและเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผน
5. มีผลลัพธ์ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม ถูกต้อง ปลอดภัย

II-7ก. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

1. มีบริการ lab ชั้นพื้นฐานที่จำเป็น, มีแนวทางปฏิบัติในการเก็บส่งตรวจ ปฏิบัติการตรวจ และการควบคุมคุณภาพที่จำเป็น
2. มีบริการ lab ที่จำเป็นตลอดเวลา สามารถส่งตรวจภายนอกเมื่อจำเป็น, มีระบบควบคุมคุณภาพภายใน (เครื่องมือ น้ำยา และผลการตรวจ) และมีการตอบสนองอย่างเหมาะสม, ผู้เกี่ยวข้องได้รับผลในเวลาที่กำหนด
3. มีระบบการทดสอบความชำนาญ (proficiency test) และมีการตอบสนองอย่างเหมาะสม, มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะสำคัญ ที่ได้รับจากองค์กรวิชาชีพ (สำหรับ รพ. 60 เดียงขึ้นไป) หรือพี่เลี้ยงในเครือข่าย (สำหรับ รพ. เล็กกว่า 60 เดียง), มีระบบป้องกันการรายงานผลผิดพลาดและการรายงานค่าวิกฤติ
4. มีระบบบริหารคุณภาพที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ, มีการทบทวนความเหมาะสม และคุ่มค่า ในการส่งตรวจ, มีระบบการติดตามความน่าเชื่อถือของการแปลผล, มีการพัฒนาคุณภาพร่วมกับวิชาชีพอื่น
5. ได้รับการรับรองจากองค์กรภายนอกที่ให้การรับรองมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ

II-7ข. คลังเลือด

(ไม่มีคลังเลือดของ รพ.)

1. มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เลือด รวมทั้งการระบุแหล่งที่จะขอรับเลือดในกรณีต่างๆ
2. มีระบบการขอเลือด ขนส่งเลือด หรือส่งผู้ป่วยไปรับเลือด ที่มีประสิทธิภาพ, มีการเฝ้าระวังปฏิกิริยาจากการให้เลือด และมีการนำบทเรียนมาทบทวน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่รัดกุมในการให้เลือด
3. มีการติดตามผลการดำเนินการ และแสดงให้เห็นว่าสามารถให้เลือดแก่ผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ทันเวลา

II-7ข. คลังเลือด

(มีคลังเลือดของ รพ.)

1. มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการรับบริจาคโลหิต และการให้บริการโลหิต
2. มีการนำมาตรฐานการบริการโลหิตของสภาวิชาชีพไทยมาประเมินและปรับปรุงในส่วนของ
3. สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการโลหิตของสภาวิชาชีพไทยในหัวข้อที่จำเป็นกับบริบทได้ครบถ้วน
4. สามารถเป็นที่พึ่งในด้านบริการโลหิตให้แก่ รพ. ในเขตใกล้เคียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. เป็นแบบอย่างที่ดีของระบบการให้บริการโลหิต

II-7ค. บริการรังสีวิทยา

1. มีบริการรังสีวิทยาที่จำเป็น, มีระบบในการเตรียมผู้ป่วย, มีแนวทางปฏิบัติที่จำเป็น
2. สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ เป็นไปตามมาตรฐานและได้รับการตรวจสอบ, มีระบบป้องกันอันตรายจากรังสี สารทึบรังสี และการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

3. บริการรังสีวิทยา ให้ภาพวินิจฉัยที่มีคุณภาพและการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด, ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายผลการตรวจตามความเหมาะสม
4. มีระบบบริหารคุณภาพที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ, มีการพัฒนาคุณภาพร่วมกับวิชาชีพอื่น, มีการทบทวนความเหมาะสมในการส่งตรวจ, มีระบบการติดตามความน่าเชื่อถือของการแปลผล
5. เป็นแบบอย่างที่ดีของบริการรังสีวิทยา

II-8 ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

1. มีระบบรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังตามที่ สธ.กำหนด
2. มีการวิเคราะห์โรคและภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่และจัดระบบเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม
3. มีการติดตามสถานการณ์และแนวโน้ม, เผยแพร่ข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง, ตอบสนองต่อการระบาดอย่างเหมาะสม
4. มีความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องใน รพ.และเครือข่ายนอก รพ. ในการเฝ้าระวังและควบคุมการระบาดอย่างมีประสิทธิภาพ
5. เป็นแบบอย่างที่ดีของระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

II-9 การทำงานกับชุมชน

1. เรียนรู้ชุมชนและความต้องการของชุมชน, สร้างเครือข่ายระหว่าง รพ.กับชุมชน
2. จัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน
3. วางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน, สนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน
4. ชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะ, สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างชุมชน, มีการประเมินและปรับปรุงระบบการทำงานกับชุมชน

5. ชุมชนมีความเข้มแข็ง เป็นแบบอย่างของการพึ่งตนเองในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

1. มีระบบการประเมินเบื้องต้นให้การช่วยเหลือฉุกเฉิน และส่งต่ออย่างเหมาะสม, มีแนวทางปฏิบัติในการระบุ และทวนสอบตัวผู้ผู้ป่วย ก่อนการให้บริการในขั้นตอนต่างๆ
2. มีการลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการในด้านกายภาพ ภาษา วัฒนธรรม และอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย
3. กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาของผู้ป่วย ทันทเวลา มีการประสานงานที่ดี, ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย และให้ความยินยอมด้วยความเข้าใจ
 - ผู้ป่วยฉุกเฉินและเร่งด่วนที่พบบ่ยได้แก่อะไรบ้าง มีวิธีการอย่างไรที่จะสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยดังกล่าวได้รับไว้ดูแลอย่างทันทเวลาและมีการประสานงานที่ดี
 - เป้าหมายหลักของการใช้ informed consent ของ รพ.คืออะไร มีวิธีการอย่างไรที่จะสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นและเป็นที่ยอมรับก่อนที่จะลงนามยินยอม
4. มีการประเมินและปรับปรุงการเข้าถึงและกระบวนการรับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าถึงของกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การให้ข้อมูล)
 - กลุ่มผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มผู้ป่วยที่จะมีปัญหาในการเข้าถึงบริการมีกลุ่มใดบ้าง ผลการประเมินการเข้าถึงเป็นอย่างไร นำมาสู่การปรับปรุงการเข้าถึงอะไรบ้าง
 - การประเมินผลความเหมาะสมและความทันทเวลาในการรับผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นอย่างไร นำมาสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง

- การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยเป็นอย่างไร นำมาสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง
5. มีผลลัพธ์ที่แสดงให้เห็นว่า ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นต่าง ๆ อย่างเหมาะสมกับ health need
- อะไรคือปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนในชุมชน มีข้อมูลอะไรที่แสดงให้เห็นว่าประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นสำหรับปัญหาสุขภาพดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม และมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี

III-2 การประเมินผู้ป่วย

1. มีการกำหนดแนวทางการประเมินผู้ป่วยและบันทึกข้อมูล, มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยที่เกินความสามารถของ รพ., การประเมินและการวินิจฉัยโรคเน้นตามอาการสำคัญและประเมินทางร่างกาย
2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินในทุกกระบวนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการประเมินทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม, ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่เหมาะสมในเวลาเร็วที่สุดและบันทึกในเวชระเบียน
3. ผู้ป่วยได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพเมื่อแรกรับครบถ้วน (ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม) และเหมาะสม (ตาม CPG/evidence), มีการบันทึกข้อมูลการประเมินและการวินิจฉัยโรคที่สมบูรณ์พร้อมข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค, มีการประเมินซ้ำอย่างเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
 - มีวิธีการอย่างไรที่จะสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการอย่างครบถ้วน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านจิตใจและสังคม)
 - มีการใช้ CPG หรือข้อมูลวิชาการมากำหนดแนวทางในการประเมินผู้ป่วยโรคใดบ้าง มีการอำนวยความสะดวกให้ใช้แนวทางดังกล่าวอย่างไร มีการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวได้มากน้อยเพียงใด มีแนวทางที่ครอบคลุมโรคสำคัญที่อาจเป็นปัญหาได้มากเพียงใด

- มีการกำหนดเวลาและรายละเอียดที่ต้องบันทึกข้อมูลการประเมินไว้
อย่างไร ได้รับการปฏิบัติได้ดีเพียงใด
 - โรคที่อาจมีปัญหาคงค้างต้องในการวินิจฉัยมีอะไรบ้าง
4. มีความร่วมมือและประสานระหว่างวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วย, มีการ
ทบทวนความถูกต้องครบถ้วนในการประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรคพร้อม
ทั้งนำมาปรับปรุง
 5. การประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรคมีความถูกต้อง ทันเวลา ทำให้ผลลัพธ์
การดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับที่น่าพอใจ

III-3.1 การวางแผนดูแลผู้ป่วย

1. มีแผนการดูแลที่แฝงอยู่ในคำสั่งการรักษาหรือบันทึกต่าง ๆ
2. มีแผนการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน เริ่มมีเป้าหมายของแต่ละวิชาชีพ
3. มีแผนการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยที่พบจากการประเมิน โดยการ
ประสานงานหรือวางแผนร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และมีเป้าหมายร่วมกันที่
ชัดเจน
4. แผนครอบคลุมเป็นองค์รวม ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน
และกำหนดเป้าหมาย, มีการประเมินและปรับปรุงระบบการวางแผนดูแล
ผู้ป่วย
5. แผนการดูแลมีความสมบูรณ์ ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับที่น่าพึง
พอใจ

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย

1. มีการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยที่ รพ.กำหนด
2. มีการประเมินข้อบ่งชี้ที่จะต้องวางแผนจำหน่าย, มีการเตรียมความพร้อมเพื่อ
ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้บางส่วน

3. มีการค้นหา/ระบุ ปัญหา/ความต้องการที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่ายอย่างชัดเจน (รวมทั้งข้อจำกัดต่าง ๆ), มีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหา/ความต้องการดังกล่าว โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
4. การเตรียมจำหน่ายคำนึงถึงมิติต่าง ๆ อย่างรอบด้าน, ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน (ตามความเหมาะสม), มีการประเมินและปรับปรุงระบบการวางแผนจำหน่าย
5. ประสานให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพิงทรัพยากรจากชุมชนในระยะยาว ผู้ป่วยที่ด้อยโอกาสหรือขาดผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

III-4.1 การดูแลทั่วไป

1. มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับได้สำหรับกระบวนการดูแลที่สำคัญ รวมทั้งการกำหนดความรับผิดชอบของบุคลากรระดับต่าง ๆ
2. มีการติดตามเพื่อให้มั่นใจว่าการดูแลต่าง ๆ เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้, มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยที่ดี
3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลการดูแลอย่างทันที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพและแผนการดูแลที่จัดทำไว้
4. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม โดยเฉพาะการตอบสนองปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตสังคม, ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดการดูแล และแก้ไขปัญหา
5. ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เกินความคาดหวัง

III-4.2 การดูแลที่มีความเสี่ยงสูง

1. มีการระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและบริการที่มีความเสี่ยงสูงของ รพ. และจัดทำแนวทางการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยดังกล่าว
2. มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย, ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในเวลาที่เหมาะสม, มีความพร้อมในด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม

3. มีการตอบสนองอย่างรวดเร็วและเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเข้าสู่ภาวะวิกฤติ
4. มีระบบงานที่ดีและการประสานงานที่ดีกับองค์กรอื่น ทั้งในด้านการขอปรึกษาและการส่งต่อ, มีการประเมินและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
5. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนในระดับที่ต่ำมาก

III-4.3 ค. อาหารและโภชนบำบัด

1. ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเรื่องอาหารด้วยตนเอง
2. ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม เพียงพอกับความต้องการพื้นฐาน, การผลิตอาหารเป็นไปตามหลักสุขาภิบาลอาหาร ป้องกันความเสี่ยงจากการปนเปื้อน การเน่าเสีย และการแพร่ กระจายของเชื้อโรค
3. มีบริการอาหารเฉพาะโรค, มีการคัดกรองปัญหาโภชนาการในผู้ป่วยทุกราย, มีการประเมินภาวะโภชนาการและให้บริการโภชนบำบัดที่เพียงพอและปลอดภัยเมื่อมีข้อบ่งชี้
4. มีการให้ความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการและโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์, มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริการอาหารและโภชนาการ
5. มีการจัดระบบที่เป็นแบบอย่างได้, ผลลัพธ์การใช้โภชนบำบัดในการดูแลอยู่ในระดับดีมาก

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง

1. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน
2. มีการประเมินและวางแผนกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

3. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง
4. มีการประเมินและปรับปรุงระบบการให้ข้อมูลและเสริมพลัง, ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจและมีความสามารถที่จะดูแลตนเองตามแผนการดูแลที่ร่วมกันกำหนด
5. ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองและมีส่วนในการช่วยเหลือแนะนำผู้อื่น

III-6 การดูแลต่อเนื่อง

1. มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องและมีระบบติดตาม
2. มีระบบช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาก่อนวันนัดหมาย หรือระบบช่วยเหลือโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องมา รพ., มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องดูแลต่อเนื่อง
3. มีการประสานข้อมูลกับหน่วยบริการในพื้นที่ ทีมเยี่ยมบ้าน/ทีมเชิงรุก และแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ
4. นำข้อมูลปัญหาการดูแลต่อเนื่องมาวิเคราะห์และปรับปรุงอย่างเป็นระบบ, มีระบบสะท้อนข้อมูลแก่หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
5. มีการสร้างความร่วมมือและพัฒนาศักยภาพให้กับหน่วยงานต่างๆ เพื่อการดูแลต่อเนื่องในลักษณะ seamless และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้