

ฉบับที่ 6
6th Edition

มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ Hospital and Healthcare Standards

Effective for Healthcare Accreditation 1st October 2026

มีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2569

ผ่านการรับรองจากองค์กรสากล ISQuaEEA



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



ฉบับที่ 6
6th Edition

มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ Hospital and Healthcare Standards

Effective for Healthcare Accreditation 1st October 2026

มีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2569

ผ่านการรับรองจากองค์กรสากล ISQuaEEA



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



มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6

จัดพิมพ์โดย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2027-8844 โทรสาร 0-2026-6680

www.ha.or.th

พิมพ์ที่	:	บริษัท สหमितพรีนติ้งแอนด์พับลิซซิง จำกัด
จำนวนพิมพ์	:	5,000 เล่ม
ราคา	:	500 บาท
ISBN	:	978-616-8024-73-7

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับใช้สำหรับหลักสูตรฝึกอบรมของสถาบัน	:	กันยายน 2568 (จำนวน 2,000 เล่ม)
ฉบับผ่านการรับรองจากองค์กรสากล ISQuaEEA พิมพ์ครั้งที่ 1	:	กุมภาพันธ์ 2569 (จำนวน 5,000 เล่ม)

คำนำ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มุ่งมั่นขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลไทยให้ทัดเทียมระดับสากลอย่างต่อเนื่อง จากความสำเร็จของมาตรฐานฉบับที่ 5 ซึ่งได้รับการรับรองจาก The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (ISQuaEEA) สถาบันจึงได้สานต่อภารกิจสำคัญในการยกระดับมาตรฐานสู่ “ฉบับที่ 6”

มาตรฐานฉบับนี้ ได้รับการพัฒนาขึ้นท่ามกลางบริบทความเปลี่ยนแปลงของโลก ทั้งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมทั้งแนวคิดในการบริหารองค์กร การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย และเป็นไปเพื่อการต่ออายุกระบวนการรับรองมาตรฐานในระดับสากลอย่างต่อเนื่อง สถาบันจึงปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพขึ้นเป็นมาตรฐาน ฉบับที่ 6 โดยการรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน การมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ และองค์กรวิชาชีพมีการเรียงเนื้อหาให้มีความกระชับโดยยังคงสาระหลักเดิมไว้ ขณะเดียวกันก็ได้มีการยกเว้นเนื้อหาใหม่ขึ้นอีกจำนวนหนึ่ง อาทิเช่น การดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ การดูแลด้วยแนวคิดความยั่งยืน การสนับสนุนการดูแลบุคลากรเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในยุคปัจจุบัน

บัดนี้ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6 ได้ผ่านการรับรองจาก ISQuaEEA ซึ่งเป็นการยืนยันถึงคุณภาพและความเป็นสากล สถาบันหวังว่ามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับนี้จะช่วยขึ้นนำการพัฒนากระบวนการและการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้สามารถส่งมอบคุณค่าที่ผู้รับบริการต้องการภายใต้บริบทของตนเอง เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัยและวัฒนธรรมการเรียนรู้ในองค์กร นำไปสู่องค์กรที่ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
กุมภาพันธ์ 2569

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6

ที่ปรึกษา

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ที่ปรึกษาคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ

คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

รศ. ดร. นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

อดีตประธานอนุกรรมการ

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

ประธานอนุกรรมการ

ศ.คลินิก นพ.วิทยา ธิลาพันธ์

อนุกรรมการ

รศ. นพ.กำธร มาลาธรรม

อนุกรรมการ

พล.อ.ท. นพ.อนุตตร จิตตินันทน์

อนุกรรมการ

ดร.กฤษดา แสงดี

อนุกรรมการ

นายเชาวลิต เมฆศิริชกุล

อนุกรรมการ

ภญ.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์

อนุกรรมการ

นพ.สมจิตต์ ชี้เจริญ

อนุกรรมการ

นพ.สุรชัย ปัญญาพฤทธิพงษ์

อนุกรรมการ

พญ.เอกจิตรา สุขกุล

เลขานุการ

บรรณาธิการ

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

พญ.เอกจิตรา สุขกุล

นพ.ทรนง พิลาลัย

นางสาววิญญาวรรณ แมตสถาน

นางสาวธัญญาภา สัจจนาท และนักวิชาการสถาบัน

สารบัญ

คำนำ	III
แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6	1
ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร (Organization Management Overview)	15
I-1 การนำ (Leadership)	16
I-2 กลยุทธ์ (Strategy)	28
I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer)	35
I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (Measurement, Analysis and Knowledge Management)	45
I-5 บุคลากร (Workforce)	53
I-6 การปฏิบัติการ (Operation)	64
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (Key Hospital Systems)	74
II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย (Quality, Risk and Safety Management)	75
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (Professional Governance)	88
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Environment of Care)	97

II-4	การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control)	109
II-5	ระบบเวชระเบียน (Medical Record System)	120
II-6	ระบบการจัดการด้านยา (Medication Management System)	127
II-7	การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง (Diagnostic Investigation and Related Services)	143
II-8	การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance)	162
II-9	การทำงานกับชุมชน (Working with Communities)	167
II-10	การดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Care)	172

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Processes)

177

III-1	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)	178
III-2	การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)	183
III-3	การวางแผน (Planning)	188
III-4	การดูแลผู้ป่วย (Patient Care Delivery)	192
III-5	การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information Provision and Empowerment for Patients/Families)	1219
III-6	การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)	222

ตอนที่ IV ผลการดำเนินงาน (Performance Results)	227
IV-1 ด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results)	228
IV-2 ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Patient and Other Customer-Focused Results)	228
IV-3 ด้านบุคลากร (Workforce Results)	228
IV-4 ด้านการนำและการกำกับดูแล (Leadership and Governance Results)	229
IV-5 ด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)	230
IV-6 ด้านการเงิน (Financial Results)	230
ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)	231
ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation	239
ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 6 เทียบกับฉบับที่ 5	253

ISQuaEEA Certificate of Hospital & Healthcare Standards 6th Edition



แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ สรพ. ได้รับการจัดตั้งเป็นองค์การมหาชนในปี พ.ศ. 2552 โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์กร ในการดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

คณะกรรมการสถาบันได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ ในด้านระบบบริการสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพ ร่วมดำเนินการกำหนดหลักการ ทิศทาง และพัฒนามาตรฐานของสถาบัน ส่งผลให้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 6 มีจุดเด่นดังนี้

1. การพัฒนามาตรฐานตามแนวทาง Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards 6 edition ของ The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (ISQuaEEA) โดยเพิ่มเติมการชี้แนะประเด็นการพัฒนาสถานพยาบาล ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ การดูแลด้วยแนวคิดความยั่งยืน การสนับสนุนการดูแลบุคลากร การมุ่งเน้นผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ
2. การพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมกับสถานพยาบาล องค์กรวิชาชีพ องค์กรด้านสาธารณสุข หน่วยงานกำหนดนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน บุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพ ประชาชน และผู้มีส่วนได้เสีย
3. การมุ่งเน้นประเด็นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน (3P Safety: Patient-Personnel-People Safety)

แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6

4. การบูรณาการเอกลักษณ์บริการสุขภาพของประเทศไทย ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยมิติจิตวิญญาน การแพทย์แผนไทย
5. การมุ่งเน้นมิติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อในระยะยาว อาทิ การควบคุมยาสูบ
6. การส่งเสริมการสร้างสรรค์นวัตกรรมบริการสุขภาพ อาทิ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วย การแพทย์ทางไกล การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน
7. การส่งเสริมการพัฒนาตามคาดการณ์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของโลกที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และชีวิตความเป็นอยู่ในอนาคต
8. การใช้แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน ที่ส่งเสริมการยกระดับการพัฒนาสอดคล้องตามข้อกำหนดโดยรวม

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6 จึงเป็นเสมือนเครื่องมือในการบริหารองค์กรและการพัฒนาคุณภาพ
ในสถานพยาบาล

เป้าหมายของการใช้มาตรฐาน

เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนองค์กรสามารถแสดงผลการดำเนินงานในระดับที่เป็นที่ยอมรับ มีระบบบริหารความเสี่ยงที่ดี และเห็นโอกาสพัฒนาไปสู่ระดับที่เป็นเลิศ

เนื้อหาที่มีการปรับปรุงเพิ่มเติมในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6 ได้ปรับปรุงให้ครอบคลุมตามเกณฑ์ Guideline and Principle for the Development of Health and Social Care Standards 6th edition โดยชั้นนำประเด็นท้าทาย ได้แก่

- เพิ่มเติมมาตรฐานบทที่ I-1.2 ค. การจัดการบริการสุขภาพเพื่อความยั่งยืนและทำประโยชน์ให้สังคม
- เพิ่มเติมมาตรฐานบทที่ I-5 บุคลากร
- เพิ่มมาตรฐานบทที่ I-4.2 ค. การจัดการความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล
- เพิ่มเติมมาตรฐานบทที่ II-7.3 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต
- เพิ่มมาตรฐานบทที่ II-10 การดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล
- เพิ่มมาตรฐานบทที่ III-4.3 ฎ. การดูแลผู้ป่วยวิกฤต

ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 6 เทียบกับฉบับที่ 5 ได้ถูกรวบรวมไว้ในเอกสารฉบับนี้ (ภาคผนวก 3).

ขอบเขตและเนื้อหาของมาตรฐาน

มาตรฐานนี้ใช้สำหรับการพัฒนาและการประเมินโรงพยาบาลทั้งองค์กร ซึ่งสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ โดยเนื้อหาในมาตรฐานแบ่งเป็น 4 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ I ภาพรวมการบริหารองค์กร ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย ตอนที่ IV ผลการดำเนินงาน เนื้อหาในมาตรฐานทั้ง 4 ตอนได้มีการแบ่งเป็นบท โดยเรียงลำดับแต่ละบทตามตัวเลข ดังนี้

- **มาตรฐานตอนที่ I** ประกอบด้วยมาตรฐานบทที่ I-1 ถึง I-6 ครอบคลุมการบริหารองค์กรตั้งแต่การนำ กลยุทธ์ ผู้ป่วยและผู้รับผลงาน การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ บุคลากร และการปฏิบัติการ
- **มาตรฐานตอนที่ II** ประกอบด้วย มาตรฐานบทที่ II-1 ถึง II-10 ครอบคลุมระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาลดังนี้ การบริหารคุณภาพ ความเสี่ยงและความปลอดภัย การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระบบเวชระเบียน ระบบการจัดการด้านยา การตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ การทำงานกับชุมชน และการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล
- **มาตรฐานตอนที่ III** ประกอบด้วย บทที่ III-1 ถึง III-6 เริ่มตั้งแต่ กระบวนการเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผน การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง จนถึงการดูแลต่อเนื่อง
- **มาตรฐานตอนที่ IV** จะเป็นการแสดงถึงผลการดำเนินการ บทที่ IV-1 ถึง IV-6 ประกอบด้วยผลการดำเนินงานต่างๆ ดังนี้ ด้านการดูแลสุขภาพ การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน บุคลากร การนำและการกำกับดูแลระบบงานสำคัญ และด้านการเงิน

แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6



แผนภาพที่ 1 ภาพรวมมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6

แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6

หน้าแรกของแต่ละบท ได้มีการสรุปเนื้อหาจัดทำเป็นแผนภาพไว้ เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของเนื้อหาภายในบทนั้นๆ นอกจากนี้ ยังได้มีการจัดหมวดหมู่ของทุกส่วนในมาตรฐาน มีการกำหนดข้อกำหนดโดยรวม หัวข้อหลักและข้อย่อย โดยเรียงลำดับ แต่ละตอนและบท เพื่อให้สะดวกต่อการศึกษ สร้างการเรียนรู้ และการสืบค้น

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6 ได้มีการปรับรูปแบบและหลักการเขียนข้อกำหนดโดยรวม การกำหนดคำสำคัญ ตามเสียงสะท้อนที่ได้จากการรับฟังความคิดเห็นและการทดลองใช้เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจในมาตรฐานเพิ่มมากขึ้น โดยยังคงรูปแบบการใช้สัญลักษณ์ วิธีการเขียน รวมถึงการเพิ่มคำขยายความที่สำคัญ ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6 ดังนี้

1. ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement) ปรับรูปแบบการเขียนข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐานแต่ละบท ให้มี ประธาน กริยา ประเด็นคุณภาพสำคัญ กระบวนการสำคัญ และเป้าหมายของมาตรฐาน โดยจะกำหนดให้เป็นตัวหนังสือหนาเพื่อความชัดเจนในการนำสู่การออกแบบกระบวนการสู่การปฏิบัติ และเชื่อมโยงกับ HA Scoring ในการให้คะแนน/ประเมินระดับการพัฒนาตั้งแต่ระดับคะแนน 3 ขึ้นไป ทั้งนี้ ข้อกำหนดย่อย (multiple requirement) เป็นส่วนที่อธิบายเพิ่มเติมให้เห็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งไม่เชื่อมโยงกับการให้คะแนน Scoring (รายละเอียดในภาคผนวก 1)

2. กำหนดคำสำคัญในข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐานเพื่อแสดงถึงเจตนาของมาตรฐานที่ขึ้นนำการปฏิบัติที่ชัดเจนระหว่างคำว่า “**ทำให้มั่นใจว่า (ensure)**” และ “**ทำให้เชื่อมั่นว่า (assure)**”

“**ทำให้มั่นใจว่า (ensure)**” เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งควรมีแนวทางการดำเนินการที่เป็นระบบ นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ได้ผลและมีการปรับปรุงแก้ไขเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

“**ทำให้เชื่อมั่นว่า (assure)**” สัมพันธ์กับระบบบริหารจัดการ ซึ่งอาจมีปัจจัยภายนอกที่ยากต่อการควบคุม จึงควรพัฒนาออกแบบพัฒนาระบบควบคู่กับการคาดการณ์ผลการดำเนินงานที่ยอมรับได้โดยมีการพัฒนาต่อเนื่อง

แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6

3. รูปแบบการเขียนให้เป็นลักษณะหัวข้อที่เข้าใจง่าย โดยใช้เครื่องหมายหรือสัญลักษณ์แทนความหมายต่างๆ ดังนี้
 - เครื่องหมายมหัพภาค (.) ใช้เพื่อแสดงการจบเนื้อหาของประโยค
 - เครื่องหมายทวิภาค (:) ใช้ต่อท้ายคำอธิบาย ซึ่งอาจเป็นลำดับขั้น ตัวอย่าง หรือประเด็นที่หลากหลายในข้อกำหนดย่อย (multiple requirement)
 - เลขโรมัน i, ii, iii.... เป็นอนุข้อย่อย แสดงถึงประเด็นที่จะช่วยให้ข้อกำหนดย่อยประสบความสำเร็จ โดยพิจารณาตามบริบทของโรงพยาบาลซึ่งอาจไม่ต้องทำทุกข้อ
 - เครื่องหมายอัฒภาค (;) ใช้ตามหลังอนุข้อย่อยว่ายังมีข้อต่อไปแสดงถึงความเชื่อมโยงของเนื้อหามาตรฐาน
 - เครื่องหมายทับ (/) ระหว่างคำสองคำที่ต่อเนื่องกัน หมายความว่าหรือในคำที่มีความหมายอยู่ในกลุ่มเดียวกัน
4. ปรับภาษาและการเขียนคำที่เข้าใจง่าย โดยอ้างอิงภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
5. ปรับการขึ้นต้นประโยคด้วยคำนามหรือกริยา ให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันในแต่ละหัวข้อ
6. การอธิบายคำที่มีความหมายเฉพาะ หรือยกตัวอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อการนำไปปฏิบัติ ในเชิงอรรถ (footnote) เนื้อหาของเกณฑ์ในมาตรฐานฉบับที่ 6 ได้มีการปรับเปลี่ยนจากฉบับที่ 5 ในหลายประเด็น โดยเนื้อหาที่ปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมจะแสดงด้วยตัวอักษรสีม่วง ผู้ใช้มาตรฐานสามารถดูหัวข้อหลักของเกณฑ์ในมาตรฐานฉบับที่ 6 เทียบกับฉบับที่ 5 ได้จากตารางเปรียบเทียบในภาคผนวก

มาตรฐานฉบับนี้สามารถใช้กับสถานพยาบาลอื่นๆ นอกเหนือจากโรงพยาบาลได้ โดยเน้นการนำข้อกำหนดในตอนต้นที่ I และตอนที่ IV มาใช้ และเลือกข้อกำหนดในตอนต้นที่ II และตอนที่ III เท่าที่เกี่ยวข้องมาใช้

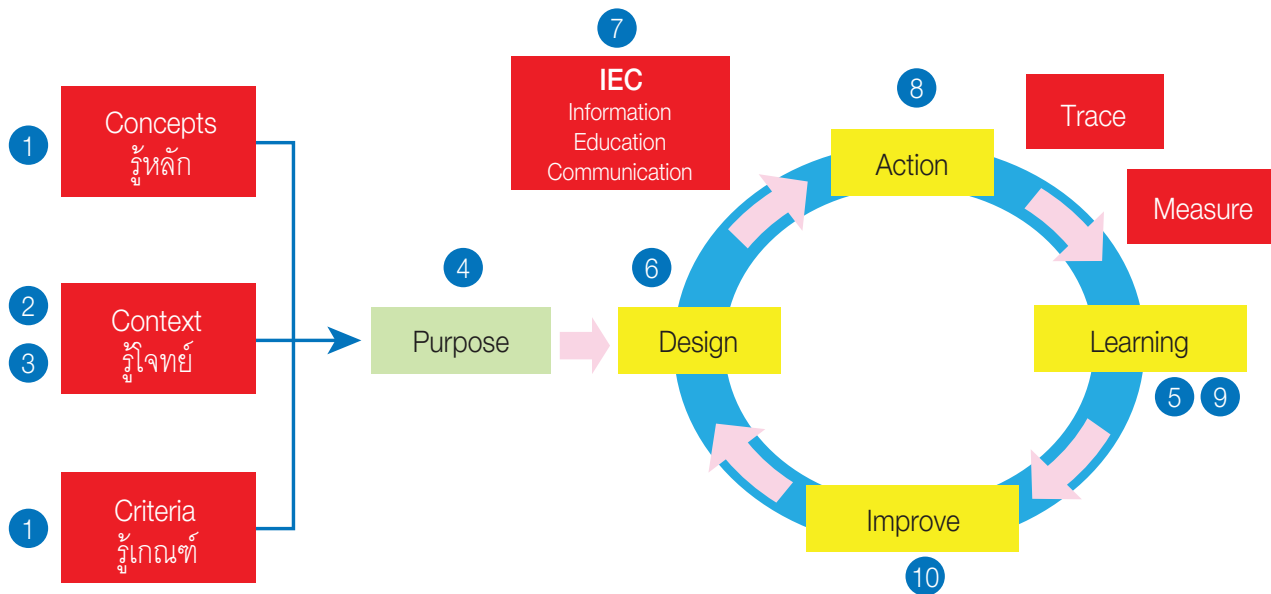
สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐาน

1. การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทาย และความสำคัญ
2. การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (core values & concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ
 - ทิศทางการนำ:** Visionary Leadership, System Perspective, Agility
 - ผู้รับผล:** Patient & Customer Focus, Focus on Health, Community Responsibility
 - คนทำงาน:** Value on Staff, Individual Commitment, Teamwork, Ethic & Professional Standard
 - การพัฒนา:** Creativity & Innovation, Management by Fact, Continuous Process Improvement, Focus on Results, Evidence-based Approach
 - พาเรียนรู้:** Learning, Empowerment
3. วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Purpose-Process-Performance)
4. แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

การใช้มาตรฐานที่ก่อให้เกิดคุณค่า

1. ทำความเข้าใจเป้าหมายและคำสำคัญ (key words) ของมาตรฐานให้กระจ่างชัด สำหรับข้อความหรือศัพท์ที่เข้าใจได้ยาก หรือนึกถึงวิธีนำไปปฏิบัติไม่ออก จะมีคำอธิบายหรือตัวอย่างการปฏิบัติเขียนไว้ที่เชิงอรรถ (footnote)
2. เน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้และยกระดับผลการดำเนินการ
3. เน้นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ในแต่ละระบบ (ศึกษาและทำความเข้าใจเส้นที่เชื่อมต่อองค์ประกอบต่างๆ ในแผนภูมิ) และการเชื่อมโยงระหว่างระบบงานต่างๆ
4. เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และทบทวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ในที่ทำงาน หรือที่ข้างเตียงผู้ป่วย
5. เน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) อย่างเชื่อมโยง
6. ประยุกต์ใช้มาตรฐานอย่างเหมาะสม เช่น ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ 1 กับระดับหน่วยงานด้วย ประยุกต์มาตรฐานว่าด้วยการจัดการกระบวนการในทุกเรื่อง
7. เน้นการทบทวนประเมินผลในระดับภาพรวม และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละระบบ

การประยุกต์แนวคิด 3C-PDSA/DALI ในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ



แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6

- 1. ถอดรหัสมาตรฐาน** อะไรคือเป้าหมายและคุณค่าของมาตรฐาน ใครได้ ใครทำ ต้องทำอะไร
- 2. รับรู้** รู้สถานการณ์จากของจริง (ตามรอย) จากคำพูดของผู้ป่วย (ตามเงา สัมภาษณ์เชิงลึก)
- 3. วิเคราะห์** เก็บข้อมูล ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ หาความหมายจากข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำ
- 4. ตั้งเป้า** วาดภาพให้ชัดว่าอยากเห็นอะไร เปลี่ยน Concept เป็นตัวชี้วัด
- 5. ฝ้าดู** หา Baseline ของตัวชี้วัดที่กำหนด แล้วติดตามต่อเนื่อง
- 6. ออกแบบ** ใช้แนวคิด Human-Centered Design, Human Factor Engineering ร่วมกับการจัดทำคู่มืออย่างง่าย มีมาตรฐานคู่กับความยืดหยุ่น
- 7. สื่อสาร** ใช้การสื่อสารทุกรูปแบบเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติรู้ในสิ่งที่ต้องรู้ ณ จุดปฏิบัติ
- 8. ปฏิบัติ** สนับสนุนและทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบ กระตุ้นให้เกิดต่อมเอ๊ะในผู้ปฏิบัติงาน
- 9. ติดตาม/เรียนรู้** มีผู้รับผิดชอบ เก็บข้อมูล ตามรอย ฝ้าระวัง ประมวลผล สร้างการเรียนรู้ด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย
- 10. ปรับปรุง** ตามโอกาสที่พบ เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลงานที่ดีขึ้น

กิจกรรมการเรียนรู้คู่กับมาตรฐาน HA

การเรียนรู้ (study หรือ learning) เป็นสิ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา การเรียนรู้ในที่นี้ครอบคลุมการทบทวน และติดตามประเมินผลในทุกรูปแบบ ซึ่งมีวิธีการมากมาย เช่น

1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing)

โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติซึ่งจะให้คำตอบว่าทำอะไรให้มีความรู้ในตำราไปสู่การปฏิบัติ ได้จริงและในกรณีที่ไม่สามารถทำตามแนวทางที่ควรจะเป็นได้ จะทำอะไรให้ปลอดภัยที่สุด

2) การอภิปรายกลุ่ม (group discussion & learning)

เมื่อมีเรื่องใหม่เข้ามาซึ่งยังไม่เป็นที่เข้าใจกันอย่างกว้างขวางการมอบหมายให้มีผู้ไปศึกษาและนำมาอภิปราย ในกลุ่มจะทำให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งเหล่านั้น และเป็นการจุดประกายให้นำไปปฏิบัติ

3) สุนทรียสนทนา (dialogue)

เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มที่ได้ผลทั้งในด้านความเข้าใจผู้อื่น ความเข้าใจตนเอง ก่อให้เกิดความสุขและมีพลัง ในการที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า

4) การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ (presentation)

เมื่อมีบางหน่วยงานได้ทดลองปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างแล้ว อาจจะจัดเวทีให้ทีมงานได้นำเสนอ เพื่อรับฟังข้อคิดเห็น หรือ ข้อวิพากษ์ อันจะนำไปสู่การต่อยอดความคิด หรือการปรับทิศทางการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

5) การเขียนบันทึกความก้าวหน้า (portfolio)

จะทำให้ผู้เขียนได้ตกผลึกความคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การเขียนบันทึกอาจจะเป็นการเขียนอย่างอิสระ ไม่ต้อง มีรูปแบบหรืออาจจะเป็นการเขียนตามประเด็นที่กำหนดไว้ เช่น Service Profile, CQI story

6) การใช้ตัวตามรอย (tracer)

เป็นการติดตามสิ่งที่เราค้นเคย สามารถสังเกตเห็นและติดตามไปตามขั้นตอนหรือกระบวนการต่างๆ ได้ง่าย ตัวตามรอยอาจจะเป็นผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มโรค ข้อมูลข่าวสาร ยา สิ่งส่งตรวจ ฯลฯ การตามรอยช่วยให้เราเข้าไปทำความเข้าใจในสถานการณ์จริง ช่วยให้เราเห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน

7) การเยี่ยมสำรวจ/ตรวจสอบภายใน (internal survey/audit)

เป็นการประเมินด้วยคนภายในกันเอง โดยเข้าไปดูในสถานที่จริง เจตคติของการเข้าไปควรเพื่อเข้าไปให้ความช่วยเหลือมากกว่าเพื่อการประเมินเสมือนผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก การเข้าไปพร้อมๆ กันจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายจะให้ผลได้ดีกว่า

8) การทบทวนหลังทำกิจกรรม (after action review)

ทุกครั้งหลังจากทำกิจกรรม ไม่ว่าจะ เป็นกิจกรรมเล็กหรือใหญ่ ทีมงานที่ร่วมกิจกรรมมาทบทวนร่วมกันว่าสิ่งที่ทำลงไปนั้นบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่แรกหรือไม่ อะไรคือความสำเร็จหรือคุณค่าที่ควรรักษา อะไรคือจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงในโอกาสต่อไป

9) การติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (indicator monitoring data analysis & goal achievement assessment)

เป็นการเรียนรู้จากข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งจะช่วยให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง และระดับการปฏิบัติที่แตกต่างจากเป้าหมาย ควรให้ความสำคัญให้มากกับการวิเคราะห์และการเชื่อมโยงข้อมูล ขณะเดียวกันพึงระวังข้อจำกัดหรือผลเสียของการวัดและการประเมินเชิงปริมาณ ซึ่งจะต้องนำเอาการประเมินด้านอื่นๆ มาประกอบด้วย

10) การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ (quality review activities)

เป็นการเรียนรู้จากจุดอ่อน ความเสี่ยง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเสียงสะท้อนต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น พึงระวังว่าจะไม่ใช่การทบทวนเพื่อเป็นการจับผิดตัวบุคคลเป็นเป้าหมายแรก แต่มุ่งเรียนรู้สถานการณ์เพื่อช่วยเหลือบุคคล การเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ได้ย้อนรอยบอกเล่าความรู้สึกและความคิดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ จะช่วยให้เห็นโอกาสพัฒนาในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ง่ายขึ้น

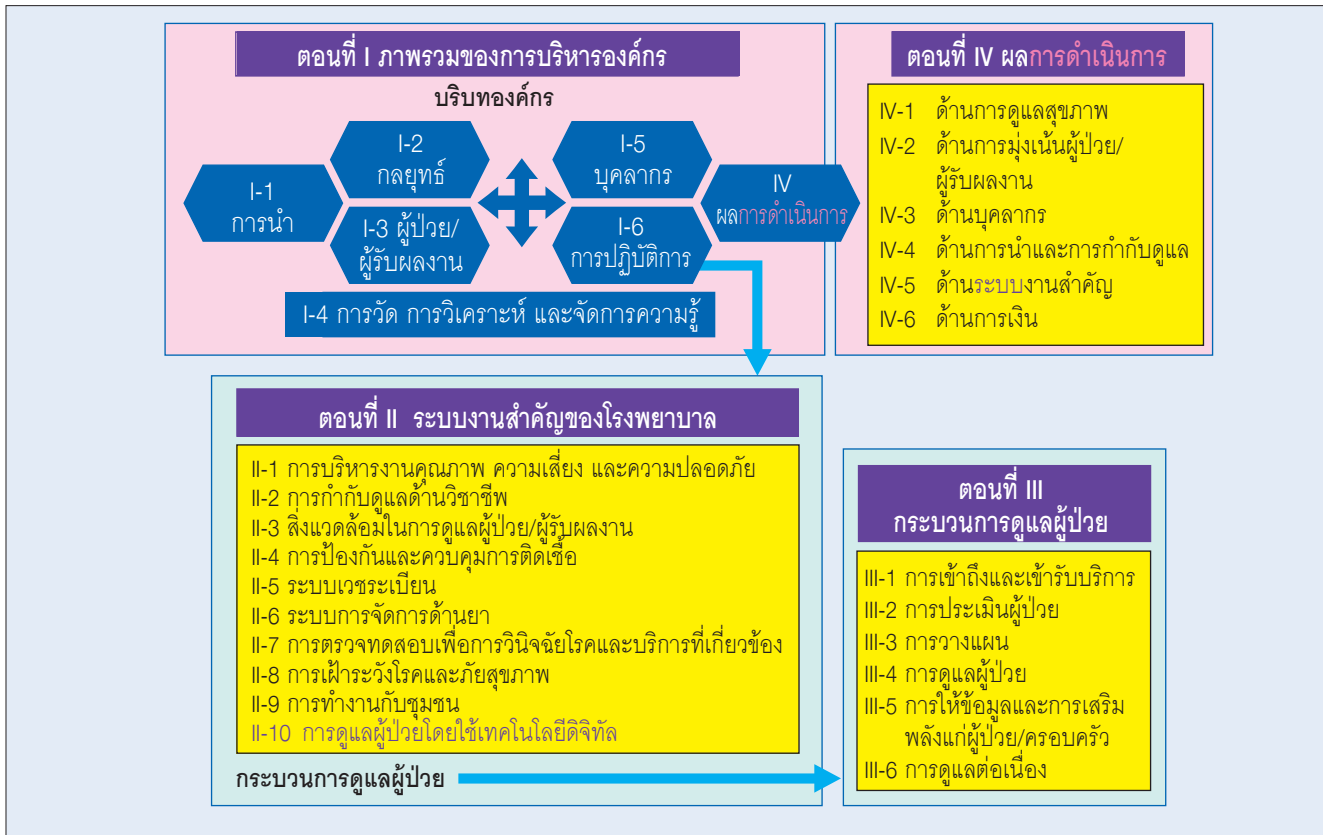
11) การประเมินตนเองตามมาตรฐานและประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (self-assessment of standard compliance)

มาตรฐานเป็นเครื่องมือช่วยให้เราได้มองเห็นว่าระบบงานที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเหมาะสมดีแล้วหรือไม่ มีการนำวงล้อ PDSA มาปฏิบัติอย่างไร สามารถบอกถึงการบรรลุเป้าหมายในแต่ละระบบหรือกระบวนการได้เพียงใด

12) การทบทวนเวชระเบียน (medical record review)

การทบทวนเวชระเบียนในขั้นพื้นฐานคือการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก หากจะให้การทบทวนนั้นมีผลถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ควรจะทบทวนให้เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการดูแลผู้ป่วยและทบทวนว่าเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้างจากการดูแลนั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุงมิใช่การกล่าวโทษหรือหาผู้กระทำผิด

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร (Organization Management Overview)

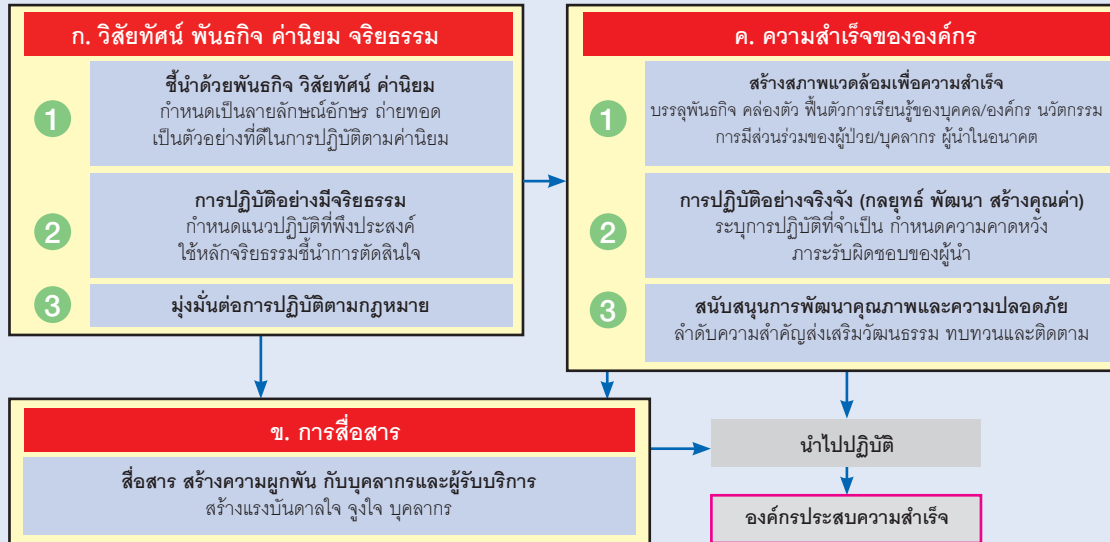


I - 1

การนำ (Leadership)

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

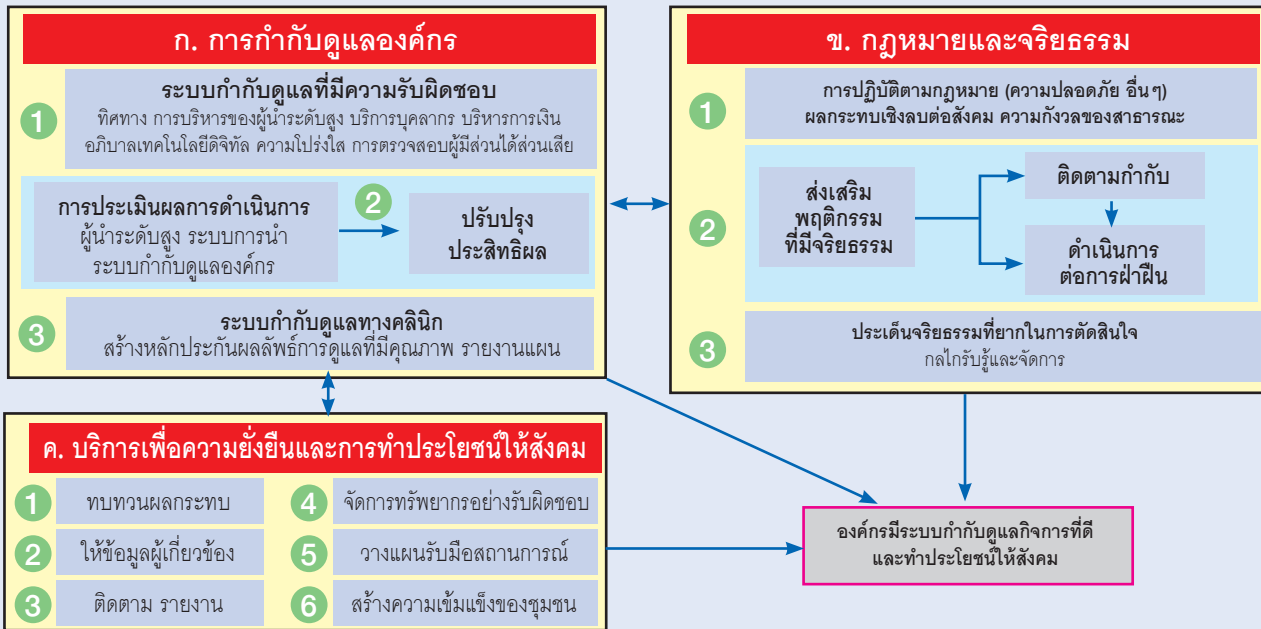
ผู้นำระดับสูงซึ่งนำและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.



ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

1-1.2 การกำกับดูแลองค์กร การจัดการบริการสุขภาพเพื่อความยั่งยืน และการทำประโยชน์ให้สังคม (Governance, Sustainable Healthcare, and Societal Contributions)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบการกำกับดูแลกิจการ ที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และ จัดบริการสุขภาพที่คำนึงถึงความยั่งยืนและทำประโยชน์ให้สังคม.



I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

ผู้นำระดับสูงซึ่งนำและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม การสื่อสาร ที่ได้ผล การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.

ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม (Vision, Mission, Values and Ethics)

(1) ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร:

- (i) กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม เป็นลายลักษณ์อักษร และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ¹;
- (ii) เป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กร.

(2) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม:

- (i) กำหนดแนวทางปฏิบัติที่พึงประสงค์ (codes of conduct) ขององค์กรที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรม² (ethical principle) เป็นลายลักษณ์อักษร;
- (ii) ส่งเสริมการใช้หลักจริยธรรม ซึ่งนำการตัดสินใจและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร ผู้ป่วย³/ผู้รับผลงาน⁴ และสังคม.

¹ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ หมายถึง การถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ไปยังบุคลากร ผู้ส่งมอบ พันธมิตรที่สำคัญ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และผู้มีส่วนได้เสียอื่น

² หลักจริยธรรม หมายถึง หลักแห่งความประพฤติปฏิบัติชอบ ซึ่งมีรากฐานอยู่บนหลักคำสอนของศาสนา ปรัชญาและขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นหลักประพฤติปฏิบัติตนเพื่อบรรลุถึงสภาพชีวิตอันทรงคุณค่าที่พึงประสงค์ และไม่เกิดความเสียหายต่อองค์กร

³ ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่มีารับบริการสุขภาพในการดูแลรักษาโรค การบาดเจ็บ หรืออาการที่ไม่ปกติต่างๆ ทางสุขภาพ และครอบคลุมถึงผู้รับบริการด้านสุขภาพ อื่นๆ เช่น รับบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

⁴ ผู้รับผลงาน หมายถึง ผู้รับบริการด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่ด้านบริการสุขภาพ และผู้รับผลงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่ผู้รับบริการ ดำรงชีวิตมาขอขึ้นสูตร หรือสื่อมวลชนที่ต้องการข่าว เป็นต้น

(3) ผู้นำระดับสูงมุ่งมั่นต่อการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมาย⁵.

ข. การสื่อสาร (Communication)

(1) ผู้นำระดับสูงสื่อสารอย่างได้ผลและสร้างความผูกพันกับบุคลากร และผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน:

(i) สื่อสารสองทิศทาง อย่างเปิดเผย และเข้าใจง่าย;

(ii) สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญและความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงกับบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง;

(iii) สร้างแรงบันดาลใจ จูงใจ เพื่อให้บุคลากรสร้างผลการดำเนินการที่ดีและให้ความสำคัญกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน.

ค. ความสำเร็จขององค์กร (Organization's success)

(1) ผู้นำระดับสูงสร้างสภาพแวดล้อม⁶ ที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ:

⁵ กฎหมาย หมายถึง กฎระเบียบ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการของสถานพยาบาล ครอบคลุม กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับการปกครอง กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างและการคลัง กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพ กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับยา วัตถุ และเครื่องมือทางการแพทย์ และกลุ่มกฎหมายความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

⁶ ผู้นำระดับสูงสร้างสภาพแวดล้อม หมายถึง ผู้นำระดับสูงกำหนดแนวทางการทำงานที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ โดยคำนึงถึงปัจจัยภายในและภายนอก รวมถึงความเสี่ยงที่ยอมรับได้ การเตรียมความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง ทั้งระยะสั้น ระยะยาว วิธีการตอบสนองขององค์กร ระบบการนำ (โครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กร การสื่อสาร การตัดสินใจ) การตอบสนองของพนักงาน ชีตความสามารถ และความเพียงพอ การมีทรัพยากรที่พร้อมใช้งาน การใช้นวัตกรรมด้านเทคโนโลยีดิจิทัล และการบูรณาการข้อมูล เป็นต้น

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (i) ทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจ คล่องตัว (agility) และมีความสามารถในการฟื้นตัว;
 - (ii) ปลูกฝังการเรียนรู้และส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมขององค์กรและบุคลากร;
 - (iii) สร้างวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและบุคลากร;
 - (iv) พัฒนาและเตรียมผู้นำในอนาคต.
- (2) ผู้นำระดับสูงทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง (Focus on Action):
- (i) กำหนดกลยุทธ์ที่มุ่งเน้น การพัฒนาคุณภาพ และการปฏิบัติที่จำเป็น เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร;
 - (ii) กำหนดความคาดหวังต่อผลการดำเนินการขององค์กร และจุดมุ่งเน้นที่สร้างคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน;
 - (iii) แสดงให้เห็นถึงภาระรับผิดชอบของผู้นำ (personnel accountability) ต่อการดำเนินการขององค์กร.
- (3) ผู้นำระดับสูงสนับสนุนความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:
- (i) กำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย;
 - (ii) ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย⁷ การเน้นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง และการเรียนรู้;
 - (iii) ทบทวนและกำกับติดตามผลการดำเนินการ และความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรค.

⁷ วัฒนธรรมความปลอดภัย มีองค์ประกอบสำคัญ อาทิ วัฒนธรรมการรายงาน (reporting culture) วัฒนธรรมการสื่อข้อมูล (informed culture) วัฒนธรรมการเรียนรู้ (learning culture) วัฒนธรรมความยืดหยุ่น (flexible culture) และวัฒนธรรมความเที่ยงธรรม (just culture)

I-1.2 การกำกับดูแลองค์กร การจัดบริการสุขภาพเพื่อความยั่งยืน⁸ และการทำประโยชน์ให้สังคม⁹ (Governance, Sustainable Healthcare, and Societal Contributions)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบการกำกับดูแลกิจการ ที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และจัดบริการสุขภาพที่คำนึงถึงความยั่งยืนและทำประโยชน์ให้สังคม.

ก. การกำกับดูแลองค์กร (Organizational Governance)

(1) องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบกำกับดูแลกิจการ ที่มีความรับผิดชอบในประเด็นต่อไปนี้:

- (i) ทิศทาง วัตถุประสงค์ และแผนกลยุทธ์ขององค์กร
- (ii) การบริหารงาน (operational management)¹⁰ ของผู้นำระดับสูง;

⁸ การจัดการบริการสุขภาพเพื่อความยั่งยืน (sustainable healthcare) หมายถึง การสร้างเสริมสุขภาพและความอยู่ดีมีสุขของประชาชน ซึ่งคำนึงถึงการตอบสนองความต้องการของคนในปัจจุบัน โดยไม่ลดทอนความสามารถในการตอบสนองความต้องการของคนรุ่นถัดไป เช่น การติดตามและลดการปล่อยก๊าซคาร์บอน/ก๊าซเรือนกระจก ทั้งทางตรงและทางอ้อม

⁹ การทำประโยชน์ให้สังคม (societal contribution) หมายถึง การที่องค์กรคำนึงถึงความผาสุกและประโยชน์ของสังคม โดยเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติประจำ ในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี การปฏิบัติตามกฎระเบียบและข้อบังคับ และการสนับสนุนชุมชน โดยมีการกำหนดชุมชนและเรื่องที่เป็นบุคลากรในองค์กรจะมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนให้เกิดความเข้มแข็งตามขนาดและความสามารถขององค์กร ซึ่งการทำประโยชน์ให้สังคมขององค์กรอาจเป็นตัวสร้างเสริมความผูกพันของผู้ป่วย ประชาชนและบุคลากร

¹⁰ การบริหารงาน (operational management) หมายถึง การดำเนินนโยบายการกำหนดเป้าประสงค์หรือเป้าหมายในอนาคตสำหรับบริการต่างๆ ขององค์กร ผ่านการวางแผนและการกำหนดงบประมาณ การสร้างกระบวนการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเหล่านั้น การจัดสรรทรัพยากรและทำให้มั่นใจว่าจะบรรลุตามแผน

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (iii) การบริหารงานบุคลากรที่เป็นธรรม
 - (iv) การบริหารการเงิน¹¹ และงบประมาณ;
 - (v) การอภิบาลเทคโนโลยีดิจิทัล¹²
 - (vi) ผลการดำเนินการขององค์กรและความโปร่งใส;
 - (vii) การตรวจสอบภายในและภายนอก ที่เป็นอิสระและมีประสิทธิผล;
 - (viii) การพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้เสีย.
- (2) องค์กรประเมินและปรับปรุงประสิทธิผลการดำเนินการของ:
- (i) ผู้นำระดับสูง;
 - (ii) ระบบการนำ;
 - (iii) ระบบกำกับดูแลองค์กร.

¹¹ การบริหารทางการเงิน (financial management) หมายถึง การวางแผน การตรวจสอบ การจัดระเบียบและการควบคุม การเงินและสินทรัพย์ขององค์กร

¹² การอภิบาลเทคโนโลยีดิจิทัล (digital technology governance) ครอบคลุมถึงการรวบรวม การใช้ และการปกป้องข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความสมบูรณ์และความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลเมื่อมีการพัฒนามาตรฐานเพื่อใช้ในประเทศหนึ่ง การกำกับดูแลเทคโนโลยีดิจิทัล ควรสอดคล้องกับกฎหมายและข้อบังคับด้านการกำกับดูแลข้อมูลและข้อมูลระดับชาติที่เกี่ยวข้อง

(3) องค์กรวางระบบกำกับดูแลทางคลินิก¹³ ที่มีประสิทธิผล:

- (i) กำหนดให้มีคณะผู้กำกับดูแลทางคลินิก¹⁴ กำกับดูแลองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การทบทวนการดูแลผู้ป่วย การตรวจสอบทางคลินิก (clinical audit) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ประสิทธิภาพของผู้ป่วย การบริหารความเสี่ยง การวิจัยและพัฒนา การเปิดเผยข้อมูล¹⁵ การจัดการสารสนเทศ การศึกษาและฝึกอบรม ต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ และการผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร;
- (ii) คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกได้รับรายงานอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับผลการดำเนินการและกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และแสดงความรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ รวมทั้งสนับสนุนให้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ และติดตามกำกับ.

¹³ การกำกับดูแลทางคลินิก (clinical governance) หมายถึง กรอบที่สถานพยาบาลแสดงให้เห็นถึงการนำและการบริหารจัดการจากทีมบริหารระดับสูงซึ่งแสดงความรับผิดชอบต่อในการกำกับบริการสุขภาพให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ดีมีหลักฐานเชิงประจักษ์และมาตรฐานวิชาชีพ นำมาซึ่งการธำรงคุณภาพและความปลอดภัยในตามมาตรฐานระบบบริการ ตลอดจนยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การจัดการงานคลินิกบริการอย่างเหมาะสมและการสร้างสภาพแวดล้อมที่ช่วยเสริมสร้างงานบริการที่เป็นเลิศ

¹⁴ คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิก หมายถึง คณะกรรมการที่องค์กรมอบหมายให้กำกับดูแลกระบวนการและผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยทุกแง่มุมโดยมีผู้บริหารสูงสุดทางด้านทางการแพทย์เป็นประธาน เป็นอย่างน้อย

¹⁵ การเปิดเผยข้อมูล (openness) หมายถึง การเปิดเผยหรือแสดงข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา ตลอดจนการจัดให้มีช่องทางที่จะรับฟังความคิดเห็นหรือเรื่องราวร้องเรียน

ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม (Legal and Ethical Behavior)

- (1) องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามกฎหมาย และกฎระเบียบ ดังนี้:
 - (i) การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบด้านความปลอดภัย;
 - (ii) การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง¹⁶
 - (iii) การคาดการณ์และเตรียมการเชิงรุกต่อการดำเนินการที่มีผลกระทบต่อสังคม และความกังวลของสาธารณะ¹⁷
- (2) องค์กรส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรม:
 - (i) ส่งเสริมและทำให้มั่นใจว่าจะมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรม¹⁸ ในปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี;
 - (ii) มีการติดตามกำกับและดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม.

¹⁶ **กฎหมายและระเบียบ (law and regulation)** ควรครอบคลุมถึง กฎหมายและระเบียบที่คุ้มครองการจ้างงานผู้พิการ อาชีวอนามัย โครงสร้างอาคาร การคุ้มครองสิ่งแวดล้อม การจัดการของเสีย พ.ร.บ.โรคติดต่อที่ต้องรายงาน พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค ความปลอดภัยด้านอาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ กฎหมายของวิชาชีพ การขึ้นทะเบียนวิชาชีพ มาตรฐานทางเทคนิคต่างๆ เช่น พ.ร.บ.คอมพิวเตอร์ พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

¹⁷ **ความกังวลของสาธารณะ (public concerns)** อาจรวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย การเข้าถึงที่เท่าเทียมและทันกาล สิ่งคุกคามใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น และการจัดการกับของเสียจากการให้บริการทางการแพทย์ (medical waste)

¹⁸ **พฤติกรรมที่มีจริยธรรม** ครอบคลุมจริยธรรมทางการแพทย์และจริยธรรมในการปฏิบัติงาน เช่น ความตรงไปตรงมากับคู่ค้าหรือผู้ส่งมอบ การประเมินผลงานระหว่างหัวหน้ากับลูกน้อง เป็นต้น

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (3) องค์กรจัดให้มีกระบวนการสำหรับการทบทวน การจัดการ และการหาทางออกสำหรับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ¹⁹ ซึ่งอาจเกิดขึ้นในระหว่างการดูแลรักษา. โดยมีการกำหนดกรอบระยะเวลาดำเนินการที่ชัดเจน

ค. การจัดการบริการสุขภาพเพื่อความยั่งยืนและทำประโยชน์ให้สังคม (Sustainable Healthcare and Societal Contribution)

- (1) องค์กรทบทวนในระดับกลยุทธ์ เกี่ยวกับผลกระทบของปัญหาสิ่งแวดล้อม²⁰ ความยั่งยืนของการให้บริการ และวิธีบรรเทาผลกระทบเชิงลบต่อสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากบริการสุขภาพ.

¹⁹ **ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากต่อการตัดสินใจ (ethical dilemma)** หมายถึง ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากต่อการตัดสินใจเนื่องจากมีฐานความคิดทางจริยธรรมที่ขัดแย้งกัน หากตัดสินใจบนฐานความคิดหนึ่ง ก็อาจขัดแย้งกับอีกฐานความคิดหนึ่งได้ ซึ่งควรมีความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลาย โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรับรู้และตัดสินใจ เช่น การตัดสินใจไม่เฝ้าการรักษาหรือยุติการรักษา การให้การรักษาที่จำเป็นแต่ขัดกับความประสงค์ของผู้ป่วย การรับผู้ป่วยวิกฤตรายใหม่เข้าไปในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งจำเป็นต้องย้ายผู้ป่วยหนักที่มีอยู่เดิมออก

²⁰ **ผลกระทบของปัญหาสิ่งแวดล้อม** องค์กรควรพิจารณาผลกระทบของปัญหาสิ่งแวดล้อม (เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ) ต่อกิจกรรมและความยั่งยืนของการให้บริการ ผลกระทบเชิงลบต่อสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นโดยกิจกรรมขององค์กร และสิ่งที่องค์กรสามารถทำได้เพื่อลดผลกระทบเชิงลบดังกล่าว เช่น การอนุรักษ์พลังงานและทรัพยากรธรรมชาติ การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกและคาร์บอนฟุตพริ้นท์ การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและการนำกลับมาใช้ใหม่ เป็นต้น

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (2) องค์กรให้ข้อมูลแก่บุคลากรและผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเกี่ยวกับแนวทางเชิงกลยุทธ์ขององค์กรในการจัดบริการที่คำนึงถึงความยั่งยืนต่อสิ่งแวดล้อม²¹ และเป้าประสงค์ขององค์กรในเรื่องนี้
- (3) องค์กรติดตามความคืบหน้าตามเป้าหมายที่การจัดการบริการสุขภาพที่คำนึงถึงความยั่งยืนต่อสิ่งแวดล้อม และรายงานต่อคณะผู้กำกับดูแลองค์กร²².
- (4) องค์กรพิจารณาการจัดการทรัพยากรอย่างมีความรับผิดชอบต่อสังคม:
 - (i) มีแนวทางการใช้และการจัดหาวัสดุ²³ ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม;
 - (ii) บริหารจัดการการใช้พลังงานที่ไม่หมุนเวียน โดยติดตามการใช้พลังงาน ไฟฟ้า ก๊าซ น้ำมัน และแหล่งเชื้อเพลิงอื่นๆ รวมถึงมีแนวทางลดการใช้พลังงานจากเชื้อเพลิงฟอสซิล;

²¹ การจัดการบริการที่คำนึงถึงความยั่งยืนต่อสิ่งแวดล้อม องค์กรควรสร้างวัฒนธรรมของการตระหนักรู้ด้านสิ่งแวดล้อมและการมีส่วนร่วมของพนักงานในการดำเนินการเชิงรุกเพื่อ “ความยั่งยืน” ในฐานะเป็นมิติหนึ่งของการให้บริการที่มีคุณภาพสูง

²² คณะผู้กำกับดูแลองค์กร คือกลุ่มบุคคลที่มีหน้าที่กำกับดูแลองค์กร ที่ถูกกำหนดหรือแต่งตั้ง เช่น คณะกรรมการบริหารองค์กร ควรตระหนักในเป้าประสงค์ขององค์กรเกี่ยวกับการลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม นำมาพิจารณาในการตัดสินใจต่างๆ ตลอดจนติดตามความคืบหน้าในการบรรลุเป้าประสงค์

²³ แนวทางการใช้และการจัดหาวัสดุ องค์กรควรลดการใช้วัสดุและทรัพยากรอย่างสิ้นเปลือง เช่น การลดการใช้วัสดุบรรจุภัณฑ์ การใช้เชื้อเพลิงที่สะอาด การใช้กระดาษที่ไม่จำเป็น การลดการขอตรวจในกรณีที่ไม่มีความจำเป็นทางคลินิก การจัดการทรัพยากรอย่างมีความรับผิดชอบต่อสังคม อาจให้ความสำคัญกับการซื้อผลิตภัณฑ์และบริการที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และการเลือกผู้ส่งมอบที่มุ่งมั่นรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อมและสังคมอย่างชัดเจน

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (iii) ส่งเสริมการใช้พลังงานหมุนเวียน²⁴ ในการบริหารองค์กรและจัดบริการสุขภาพ;
- (iii) ประเมินปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์²⁵ เพื่อติดตามและดำเนินการลดก๊าซเรือนกระจกที่เกิดจากการจัดบริการสุขภาพ.
- (5) องค์กรพิจารณาความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินทางสิ่งแวดล้อม ภูมิอากาศ หรือสุขภาพที่ร้ายแรง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการใช้บริการ และวางแผนตอบสนองต่อสถานการณ์ดังกล่าว (ดูมาตรฐาน I-6.2 ค.ร่วมด้วย)
- (6) องค์กรมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้สังคม กำหนดชุมชนที่สำคัญเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพที่คำนึงถึงความยั่งยืน และให้ความร่วมมือในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน²⁶.

²⁴ พลังงานหมุนเวียน (renewable energy) คือพลังงานที่ผลิตจากทรัพยากรธรรมชาติ เช่น แสงแดด ลม หรือน้ำ ซึ่งเรียกอีกอย่างว่า “พลังงานสีเขียว” หรือ “พลังงานสะอาด” องค์กรควรเปลี่ยนมาใช้แหล่งพลังงานหมุนเวียนหากทำได้ นอกจากนี้ ยังต้องพิจารณาถึงการใช้พลังงาน และแนวทางปฏิบัติในการลดการใช้พลังงาน เช่น ติดตั้งไฟ LED

²⁵ ประเมินปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ เป็นการวัดปริมาณก๊าซเรือนกระจก รวมทั้งคาร์บอนไดออกไซด์ มีเทน และก๊าซอื่นๆ ที่ปล่อยสู่ชั้นบรรยากาศ อันเป็นผลจากกิจกรรมขององค์กร องค์กรสามารถแสดงให้เห็นความมุ่งมั่นในการลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมโดยการลดการปล่อยมลพิษ การจัดทำฐานข้อมูลคาร์บอนฟุตพริ้นท์ถือเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ โดยอาจใช้ชุดข้อมูล เช่น การใช้พลังงาน การใช้ก๊าซระงับความรู้สึก การเดินทาง

²⁶ สร้างความเข้มแข็งของชุมชน หมายถึง ความร่วมมือในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในงานบริการ การศึกษา สุขอนามัย และการเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน เป็นต้น

1 - 2

กลยุทธ์ (Strategy)

1 - 2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินการขององค์กร.

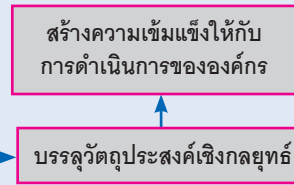
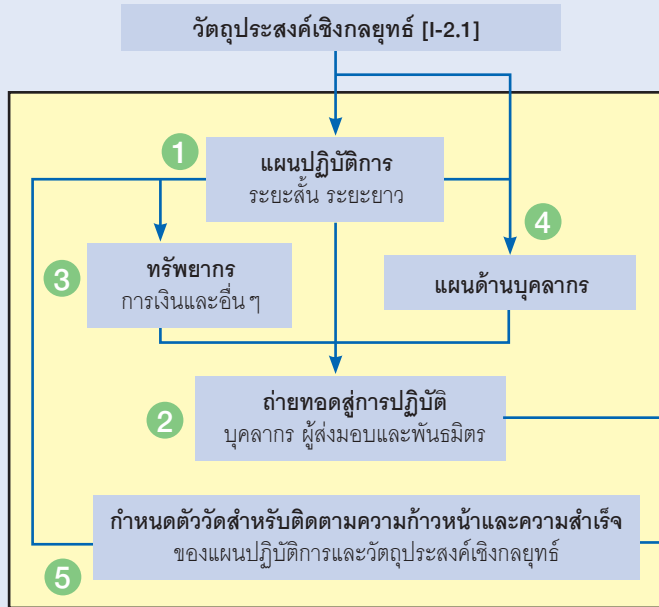


ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

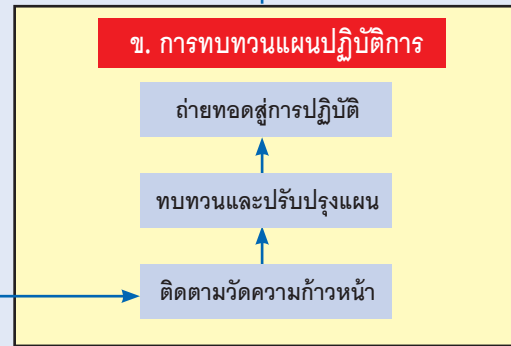
I – 2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ



ข. การทบทวนแผนปฏิบัติการ



I-2.1 ภารกิจกลยุทธ์ (Strategy Development)

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินการขององค์กร

ก. กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning Process)

- (1) องค์กรมีกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสม:
 - (i) มีกระบวนการ ขั้นตอน ผู้มีส่วนร่วม และกรอบเวลาที่เหมาะสม;
 - (ii) มีการใช้ข้อมูลจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว บุคลากร ข้อมูลจากชุมชนตามความเหมาะสมในการวางแผนระบบบริการ;
 - (iii) มีการพิจารณาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการเป็นองค์กรที่คล่องตัว.
- (2) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้ในการจัดทำกลยุทธ์:
 - (i) ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว ชุมชนที่รับผิดชอบและผู้มีส่วนได้เสีย;
 - (ii) ผลการดำเนินงานขององค์กร และข้อมูลสะท้อนการดำเนินงานจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากรและชุมชน
 - (ii) สมรรถนะหลักขององค์กร;
 - (iii) ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ความเสี่ยง และโอกาสเชิงกลยุทธ์;

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (iv) โอกาสเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม²⁷
 - (v) จุดบอดที่อาจมีในกระบวนการวางแผน;
 - (vi) ความสามารถในการนำไปปฏิบัติ.
- (3) กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ส่งเสริมให้เกิดการสร้างนวัตกรรมขององค์กร.
- (4) องค์กรตัดสินใจ²⁸ เรื่องระบบงานขององค์กร ดังนี้:
- (i) กระบวนการทำงานที่ดำเนินการเอง;
 - (i) กระบวนการทำงานที่ให้ผู้ส่งมอบ/พันธมิตรทำ;
 - (iii) กระบวนการทำงานที่สร้างความร่วมมือกับองค์กรภายนอก.

²⁷ **สภาพแวดล้อม** มีความหมาย ครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วย ปัญญาประดิษฐ์ การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม (climate change) ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน

²⁸ **การตัดสินใจพิจารณาจากสมรรถนะหลักขององค์กร** การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และความร่วมมือกับองค์กรภายนอกเพื่อความยั่งยืนและประสิทธิภาพขององค์กร.

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives)

- (1) องค์กรกำหนดลำดับความสำคัญของกลยุทธ์²⁹ ระบุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ และกำหนดเป้าประสงค์ที่วัดได้.
- (2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และโอกาสเชิงกลยุทธ์.
- (3) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพ (health needs) ความต้องการบริการสุขภาพ ของชุมชนหรือกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ³⁰ นำไปสู่ผลลัพธ์บริการสุขภาพ ที่คุณภาพสูงและการดูแลที่ปลอดภัย

²⁹ การจัดลำดับความสำคัญของกลยุทธ์ในช่วงระยะเวลา เช่น 2-5 ปี ควรกำหนดโดยทีมนำเพื่ออธิบายลำดับความสำคัญของทั้งองค์กร ในแง่ของการพัฒนาบริการ เป้าหมายผลลัพธ์ การให้บริการที่มีคุณภาพสูงและปลอดภัย

³⁰ การสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการเยียวยา (healthy and healing environment).

I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ (Action Plan Development and Deployment)

- (1) องค์กรจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์³¹
- (2) องค์กรถ่ายทอดแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ:
 - (i) ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการกับบุคลากรขององค์กร เพื่อให้บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์;
 - (ii) ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการกับผู้ส่งมอบและพันธมิตรที่ร่วมในการขับเคลื่อนกลยุทธ์.
- (3) องค์กรจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ อย่างเพียงพอเพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ และมีการบริหารความเสี่ยงเพื่อ**ทำให้เชื่อมั่นว่าจะสามารถรักษาความมั่นคงทางการเงิน (Financial viability).**

³¹ แผนปฏิบัติการควรระบุวัตถุประสงค์ของการดำเนินการ ควรครอบคลุมวัตถุประสงค์ของระบบบริการต่างๆ เพื่อบรรลุตัวชี้วัดผลดำเนินการของระบบบริการซึ่งอาจเชื่อมโยงไปยังแผนอื่นๆ ภายในองค์กร เช่น ทรัพยากรมนุษย์ ความเสี่ยง การสื่อสาร และแผนทางการเงิน เพื่อบรรลุเป้าหมายองค์กร

- (4) องค์กรจัดทำแผนด้านบุคลากร³² เพื่อสนับสนุนการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
- (5) องค์กรกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินการสำคัญ

ข. การทบทวนแผนปฏิบัติการ (Action Plan Review)

- (1) องค์กรมีกระบวนการติดตามวัดความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์ของแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ³³ ทบทวนและปรับปรุงแผนปฏิบัติการ และถ่ายทอดแผนที่ปรับเปลี่ยนสู่การปฏิบัติ.

³² **แผนบุคลากร** ครอบคลุมเรื่องการทำแผนเพื่อกำหนดจำนวนบุคลากร กลุ่มบุคลากรที่มีความสามารถความเชี่ยวชาญเฉพาะทักษะหรือความรู้เฉพาะ หรือผสมผสานที่ต้องพัฒนาบุคลากร และการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ให้สามารถสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ รวมถึงระบบบริการที่สำคัญให้บรรลุเป้าหมายองค์กร.

³³ **การติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุความสำเร็จของวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และเป้าหมายของแผนปฏิบัติการ** ควรมีรายงานต่อผู้บริหารเป็นประจำตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อตอบสนองต่อผลการติดตาม หรือมี dashboard ข้อมูลระดับสูง เพื่อรายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เป็นประจำ

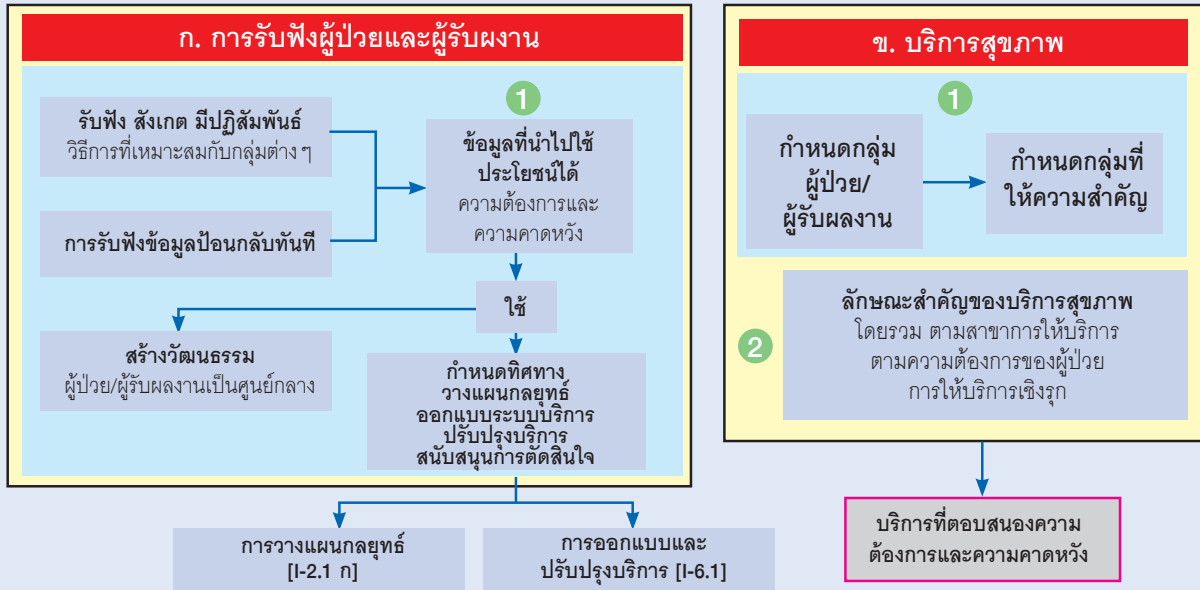
ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I – 3

ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer)

I – 3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Needs and Expectations)

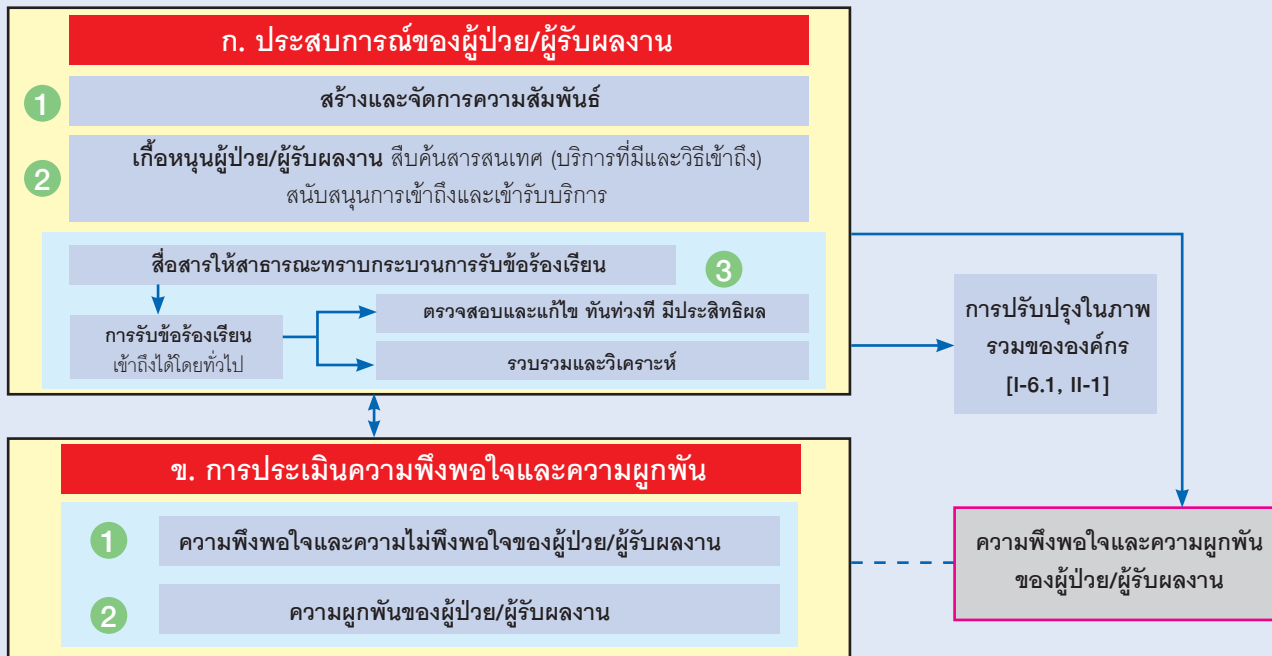
องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวัง.



ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I – 3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Engagement)

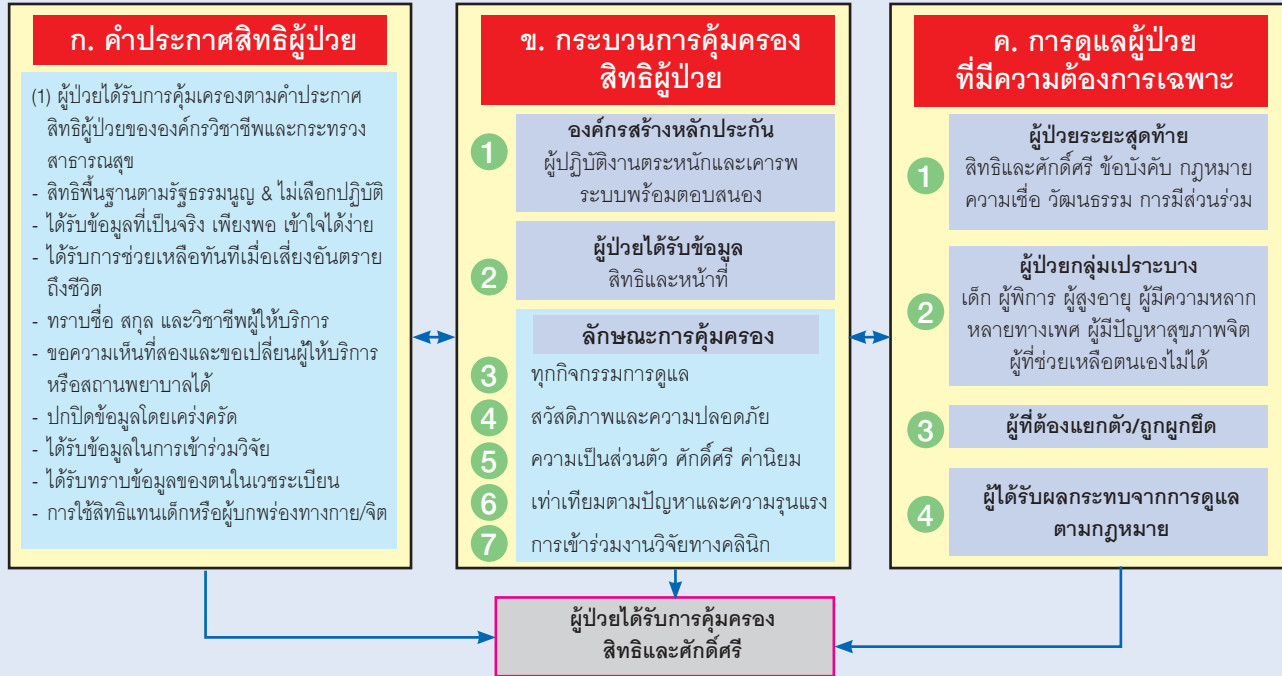
องค์กรสร้างและจัดการความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประเมินความพึงพอใจและความผูกพันด้วยวิธีการที่เหมาะสม.



ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I - 3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patient Rights)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิและเคารพศักดิ์ศรี.



I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Needs and Expectations)

องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวัง.

ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงาน³⁴ (Patient/Customer Listening)

- (1) องค์กรรับฟัง สังเกต และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อให้มีข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์:
 - (i) นำข้อมูลที่ได้มาเรียนรู้/วิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวัง;
 - (ii) มีวิธีการรับฟังที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ;
 - (iii) ค้นหาข้อมูลย้อนกลับจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างทันท่วงทีและสามารถนำไปใช้ได้;
 - (iv) นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดทิศทาง การวางแผนกลยุทธ์ การออกแบบระบบบริการปรับปรุงกระบวนการทำงาน และสนับสนุนการตัดสินใจในการดำเนินการ;
 - (v) ใช้ข้อมูลจากการรับฟังสร้างวัฒนธรรมที่เน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง.

³⁴ การรับฟังผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน หมายถึง การรับฟังเสียงที่สะท้อนหรือแสดงออกถึงความรู้สึก นึกคิด ความคาดหวัง ความต้องการ ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ซึ่งอาจเกิดจากการพูด การตอบแบบสอบถาม การส่งข้อความ การแสดงออก และการกระทำ เป็นต้น โดยอาจใช้กระบวนการรับฟังโดยตรง หรือการสังเกต

ข. บริการสุขภาพ (Health Service Offering)

- (1) องค์กรกำหนดกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และกลุ่มที่ให้ความสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ.
- (2) องค์กรกำหนดลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพ ความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และการกำหนดลักษณะสำคัญ ครอบคลุม:
 - (i) บริการสุขภาพในภาพรวม³⁵;
 - (ii) บริการสุขภาพตามสาขาการให้บริการ³⁶;
 - (iii) บริการสุขภาพตามความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน³⁷;
 - (iv) บริการสุขภาพเชิงรุกตามสถานที่/จุดบริการ/ช่องทางให้บริการ³⁸.

³⁵ บริการสุขภาพในภาพรวม เช่น บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน บริการในคลินิกบริการทั่วไป และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

³⁶ บริการสุขภาพตามสาขาการให้บริการ เช่น บริการสุขภาพสาขาเฉพาะทางต่างๆ และบริการศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่างๆ

³⁷ บริการสุขภาพตามความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน หมายถึง บริการสุขภาพที่คำนึงถึงความเฉพาะของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยแต่ละแผนก เช่น บริการโรคเรื้อรัง บริการผู้สูงอายุ และบริการอาชีพเวชกรรม รวมถึงบริการสุขภาพที่มีความเฉพาะ สำหรับผู้มีข้อจำกัด เช่น ความพิการทางร่างกาย ความบกพร่องทางประสาทสัมผัส และความบกพร่องทางสติปัญญา

³⁸ บริการสุขภาพเชิงรุกตามสถานที่/จุดบริการ/ช่องทางให้บริการ เช่น บริการเยี่ยม/ดูแลที่บ้าน บริการเชิงรุกในชุมชน/สถานประกอบการ และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์/สื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยคำนึงข้อจำกัดของการเข้าถึงบริการด้วยความพิการทางร่างกาย ความบกพร่องทางประสาทสัมผัส และความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมด้วย

I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Engagement)

องค์กรสร้างและจัดการความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประเมินความพึงพอใจและความผูกพันด้วยวิธีการที่เหมาะสม.

ก. ประสบการณ์ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Experience)

- (1) องค์กรสร้างและจัดการความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน โดยเคารพในความชอบส่วนบุคคล เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพันกับองค์กร.
- (2) องค์กรเกื้อหนุนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ให้สามารถสืบค้นข้อมูล/สารสนเทศ และรับการช่วยเหลือ: (ดู II-1.1 ก.(8) ร่วมด้วย)
 - (i) ข้อมูลและสารสนเทศ³⁹ เกี่ยวกับบริการที่มีและวิธีการเข้าถึง;
 - (ii) สนับสนุนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน รวมถึงครอบครัว ให้มีความสะดวกในการเข้าถึงและรับบริการด้านสุขภาพ และการจัดการด้านสุขภาพตนเองและครอบครัว.

³⁹ ข้อมูลและสารสนเทศ หมายถึง ข้อมูลและสารสนเทศที่สืบค้นเพื่อการเข้าถึงและเข้ารับบริการที่ต้องการและบริการที่เป็นทางเลือก ในรูปแบบ/วิธีการที่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประชาชน เข้าถึงและเข้าใจได้ ควรมีหลายภาษาที่ตอบสนองความต้องการ ความหลากหลายของกลุ่มประชากร และชุมชน โดยคำนึงถึงอายุและความสามารถในการเข้าถึงและค้นหาข้อมูลดังกล่าว รวมถึงการตอบสนองความต้องการของผู้ที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้และผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และควรมีการสื่อสารและเผยแพร่ต่อสาธารณะที่ชัดเจน เช่น การเผยแพร่ผ่าน website.

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (3) องค์กรจัดการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิผล:
- (i) จัดให้มีกระบวนการร้องเรียนที่สามารถเข้าถึงได้โดยทั่วไปและมีการสื่อสารกระบวนการดังกล่าวแก่สาธารณะ;
 - (ii) มีกระบวนการในการตรวจสอบและแก้ไขข้อร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ภายในระยะเวลาที่กำหนด;
 - (iii) มีกระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงในภาพรวมขององค์กร.

ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Determination of Patient Customer Satisfaction and Engagement)

- (1) องค์กรประเมินความพึงพอใจ และความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ.
- (2) องค์กรประเมินความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ.

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patient Rights)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิและเคารพศักดิ์ศรี.

ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย (Patient Charter)

(1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข⁴⁰

⁴⁰ คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ข้อมูลจากคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย พ.ศ. 2558 ได้แก่ 1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ 2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่แท้จริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสีย จากตรวจ การรักษา จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต 3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่ 4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน 5. ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่ 6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย 7. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ 8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น 9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย (Patient Rights Protection Process)

- (1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและเคารพสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.
- (2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่⁴¹ ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.
- (3) องค์กรคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย.
- (4) องค์กรจัดการเพื่อให้เกิดสวัสดิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย. ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ความแตกต่างทางเพศ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล.
- (6) องค์กรสร้างหลักประกันในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเป็นธรรม ผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงของโรคเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน.
- (7) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิกได้รับการคุ้มครองสิทธิ.

⁴¹ ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่อันพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ตามประกาศของแพทยสภา ที่ 50/2563

ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ (Care for Patients with Specific Needs)

- (1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.
- (2) ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครองสิทธิและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างเหมาะสม.
- (3) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกตัว หรือต้องถูกผูกยึด ได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสม.
- (4) ผู้ป่วยที่มีอาจเกิดผลกระทบจากการจัดการดูแลตามกฎหมายเฉพาะ ควรได้รับการดูแลที่เหมาะสม⁴²

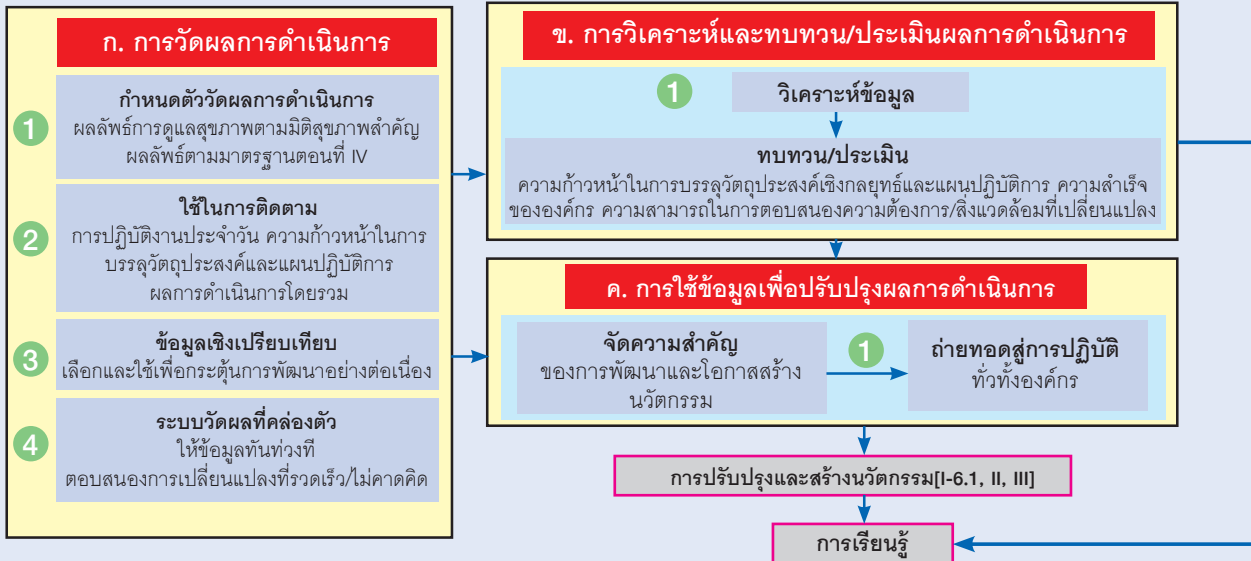
⁴² การดูแลที่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยโรคติดต่อย้ำแรง ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ

I – 4

การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (Measurement, Analysis, and Knowledge Management)

I – 4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร (Measurement, Analysis, and Improvement of Organizational Performance)

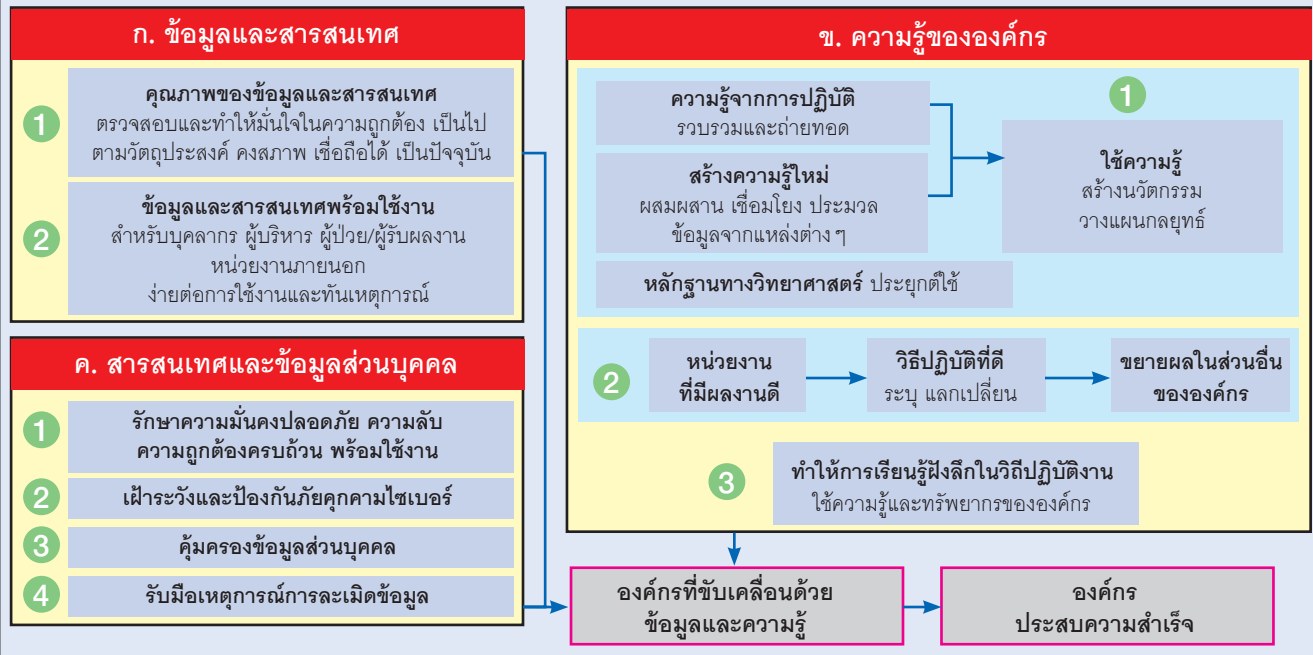
องค์กรกำหนด เลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.



ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I – 4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ (Information and Knowledge Management)

องค์กรมีการจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ ให้มีข้อมูลสารสนเทศ และสินทรัพย์ความรู้ ที่เชื่อมั่นว่ามีคุณภาพ พร้อมใช้งาน และมั่นคงปลอดภัยอย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรให้ประสบความสำเร็จ.



I-4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร (Measurement, Analysis, and Improvement of Organizational Performance)

องค์กรกำหนด เลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.

ก.การวัดผลการดำเนินการ (Performance Measurement)

- (1) องค์กรกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินการ (performance indicator) เพื่อติดตามคุณภาพบริการและผลการดำเนินการโดยรวม ครอบคลุมผลด้านการดูแลสุขภาพ/ผลลัพธ์การดูแลทางคลินิก (clinical outcome)⁴³ ตามมิติคุณภาพที่สำคัญ⁴⁴ ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ผลด้านบุคลากร ผลด้านการนำ/กำกับดูแล ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงาน การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย ผลด้านการเงิน (พิจารณามาตรฐานตอนที่ IV ร่วมด้วย)
- (2) องค์กรใช้ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อติดตามการปฏิบัติงานและผลการดำเนินการขององค์กร ในลักษณะที่เชื่อมโยงและสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน:
 - (i) ติดตามการปฏิบัติงานประจำวัน.

⁴³ ผลลัพธ์การดูแลทางคลินิก เป็นข้อมูลที่บ่งชี้ว่าการดูแล การรักษา หรือบริการอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพและสภาวะของผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่เข้าถึงและเข้ารับบริการ ครอบคลุมข้อมูลผลลัพธ์ในมุมมองของผู้ป่วย เช่น Patient Reported Outcome Measure: PROMs

⁴⁴ มิติคุณภาพที่สำคัญ อาทิ ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ทันเวลา การเข้าถึงบริการ ความต่อเนื่อง การยึดคนเป็นศูนย์กลาง ความเสมอภาค การสร้างเสริมสุขภาพ.

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (ii) ติดตามความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ.
- (iii) ติดตามผลการดำเนินการโดยรวมขององค์กร
- (3) องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ⁴⁵ ที่เหมาะสม เพื่อใช้ประโยชน์ในการกระตุ้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง.
- (4) องค์กรมีระบบวัดผลการดำเนินการที่คล่องตัว และสามารถให้ข้อมูล เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น อย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิดได้ทัน่วงที.

ข. การวิเคราะห์และทบทวน/ประเมินผลการดำเนินการ (Performance Analysis and Review)

- (1) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทบทวน/ประเมินผลการดำเนินการและขีดความสามารถขององค์กร:
 - (i) ความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ;
 - (ii) ความสำเร็จขององค์กร;
 - (iii) ขีดความสามารถในการตอบสนองความต้องการขององค์กรและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป.

ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ (Using Data for Performance Improvement)

- (1) องค์กรนำผลการทบทวนผลการดำเนินการมาใช้จัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและโอกาสสร้างนวัตกรรม และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร. (ดู II-1.1 ก.(5) ร่วมด้วย)

⁴⁵ แหล่งข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบอาจมาจากจากระดับผลงานที่เป็นเลิศ ระดับผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ ผลงานของคู่แข่ง ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน โดยสามารถเข้าร่วมโปรแกรมตัวชี้วัดเปรียบเทียบต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ เช่น ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Program: THIP)

I-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ (Information and Knowledge Management)

องค์กรมีการจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ ให้มีข้อมูล สารสนเทศ และสินทรัพย์ความรู้ ที่เชื่อมั่นว่ามีคุณภาพ พร้อมใช้งาน และมั่นคงปลอดภัยอย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรให้ประสบความสำเร็จ.

ก. ข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information)

- (1) องค์กรตรวจสอบข้อมูลและทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ. ในด้านต่างๆ ดังนี้:
 - (i) ความถูกต้อง (accuracy) เป็นไปตามวัตถุประสงค์ (validity);
 - (ii) ความคงสภาพ⁴⁶ (integrity) เชื่อถือได้ (reliability);
 - (iii) ความเป็นปัจจุบัน (current).
- (2) องค์กรสร้างความเชื่อมั่นว่าข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นมีความพร้อมใช้สำหรับบุคลากร ผู้บริหาร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และหน่วยงานภายนอก ในรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้งานและทันต่อเหตุการณ์ และมีกระบวนการสำรองข้อมูลที่มีความสำคัญ

⁴⁶ **ความคงสภาพ** (integrity) หมายถึง คุณสมบัติของการจัดการข้อมูลที่ต้องสามารถรักษาความถูกต้องครบถ้วนไว้ได้ เมื่อมีการนำข้อมูลไปใช้หรือประมวลผล สาเหตุที่ทำให้ข้อมูลขาดการคงสภาพ มักเกิดจากฐานข้อมูลที่มีความซ้ำซ้อนกัน ปัญหาจากการอ้างอิงเวลาต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูล หรือเมื่อต้องมีการปรับปรุงข้อมูลที่เก็บไว้ในฐานข้อมูล

ข. ความรู้ขององค์กร (Organizational Knowledge)

- (1) องค์กรสร้างและจัดการความรู้ขององค์กร ประกอบด้วย:
 - (i) รวบรวมและถ่ายทอดความรู้จากการปฏิบัติของบุคลากร;
 - (ii) ผสมผสาน เชื่อมโยง และประมวลข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ใหม่;
 - (iii) รวบรวมและถ่ายทอดความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการสร้างนวัตกรรมและวางแผนกลยุทธ์;
 - (iv) การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการและเทคโนโลยีสำหรับบริการสุขภาพ มาประยุกต์ใช้.
- (2) องค์กรแลกเปลี่ยนวิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่ดีขององค์กร ดังนี้:
 - (i) ระบุหน่วยงานหรือหน่วยปฏิบัติการที่มีผลงานที่ดี;
 - (ii) ระบุวิธีหรือแนวทางการปฏิบัติที่ดีเพื่อการแลกเปลี่ยน;
 - (iii) นำวิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่ดีไปปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร.
- (3) องค์กรใช้ความรู้และทรัพยากร ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงาน⁴⁷

⁴⁷ การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงาน หมายถึง การเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานที่เป็นการปฏิบัติจริงอย่างเป็นประจำ มี 2 รูปแบบ คือ 1) การฝังวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวันที่ทำจนเป็นกิจวัตร และส่งผลต่อการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุโดยตรงหรือเห็นโอกาสในการเปลี่ยนแปลงที่มีความสำคัญ 2) การสร้างองค์ความรู้และการแบ่งปันองค์ความรู้ทั่วทั้งองค์กร เช่น การฝังสินทรัพย์ความรู้ (knowledge assets) ที่ได้จากการเรียนรู้เข้าไปในการทำงานประจำ จนเกิดการปฏิบัติจริง เช่น การมีคู่มือ การมี Work instruction ที่มีการปรับปรุงจากการเรียนรู้และนำไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ รวมถึงการสร้างนวัตกรรมที่นำไปใช้ในองค์กร

ค. การจัดการความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Information Security Management and Personal Data Protection)

- (1) องค์กรทำให้มั่นใจว่าระบบสารสนเทศและข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ ทั้งในรูปแบบที่จับต้องได้และอิเล็กทรอนิกส์ มีการรักษาความมั่นคงปลอดภัยอย่างเหมาะสมและเพียงพอ เพื่อรักษาความลับ (confidentiality) ความถูกต้องครบถ้วน (integrity) และสภาพพร้อมใช้งาน (availability)
 - (i) มีมาตรการทางบุคลากร⁴⁸ (people) กระบวนการ (process) และเทคโนโลยี (technology) ที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยง
 - (ii) มีขั้นตอนการดำเนินการที่ครอบคลุมตั้งแต่การระบุความเสี่ยงที่สำคัญ (identify) การป้องกันความเสี่ยง (protect) การตรวจสอบและเฝ้าระวังภัยคุกคาม (detect) การตอบสนองต่อภัยคุกคาม (respond) และการฟื้นฟูสภาพ (recover)
- (2) องค์กรมีการติดตามข่าวสารและเฝ้าระวังภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่เกิดขึ้นใหม่⁴⁹ และทบทวนมาตรการดังกล่าวเป็นระยะหรือเมื่อมีความจำเป็นเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยที่เหมาะสม

⁴⁸ **มาตรการทางบุคลากร** ครอบคลุมเรื่อง การฝึกอบรมพนักงานเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ รวมถึงมาตรการรักษาความปลอดภัยข้อมูลภายใน เช่น มาตรฐาน ISO/IEC 27001 Information security, กรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล Hospital IT Quality Improvement Framework (HITQIF) ฯลฯ

⁴⁹ **ภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่เกิดขึ้นใหม่** เช่น มัลแวร์เรียกค่าไถ่ (ransomware)

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (3) องค์กรทำให้มั่นใจว่าข้อมูลส่วนบุคคลที่สำคัญได้รับการคุ้มครองอย่างเหมาะสมและเพียงพอ โดยมีการดำเนินการที่เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล⁵⁰
- (4) องค์กรมีแผนรับมือเหตุการณ์การละเมิดข้อมูล⁵¹ เพื่อรักษาความปลอดภัยของข้อมูลและแจ้งให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานทราบถึงเหตุการณ์ที่เกิดการละเมิดข้อมูลที่ส่งผลกระทบต่อข้อมูลส่วนบุคคล

⁵⁰ กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data Protection Act: PDPA) มีแนวทางดำเนินการดังนี้ 1. มีการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีฐานทางกฎหมาย (Lawful Basis) ที่สอดคล้องกับกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล 2. มีการแจ้งวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล (Privacy Notice) แก่ผู้ป่วยและเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลหรือผู้แทน 3. มีการดำเนินการตามคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล 4. มีการจัดให้มีมาตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัยที่เหมาะสม 5. การแจ้งเหตุการณ์ละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล (personal data breach incident) 6. การบันทึกรายการเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล (Record of Processing Activities: ROPA) 7. มีการควบคุมการดำเนินงานตามหน้าที่ของผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล (data processor) ที่เก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามคำสั่งหรือในนามของสถานพยาบาล 8. มีการดำเนินการอื่นๆ ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล.

⁵¹ แผนรับมือเหตุการณ์การละเมิดข้อมูล สอดคล้องกับพ.ร.บ.ข้อมูลข่าวสารทางราชการและ พ.ร.บ. การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล อาจรวมถึงขั้นตอนต่างๆ เพื่อลดความเสียหายแรงในกรณีที่เกิดการละเมิดข้อมูลของผู้ป่วย เช่น การตรวจจับและวิเคราะห์ การกักเก็บและการกำจัด โดยการแยกระบบที่ได้รับผลกระทบ การกู้คืนข้อมูล การสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และการวิเคราะห์หลังเกิดเหตุ

1 – 5

บุคลากร (Workforce)

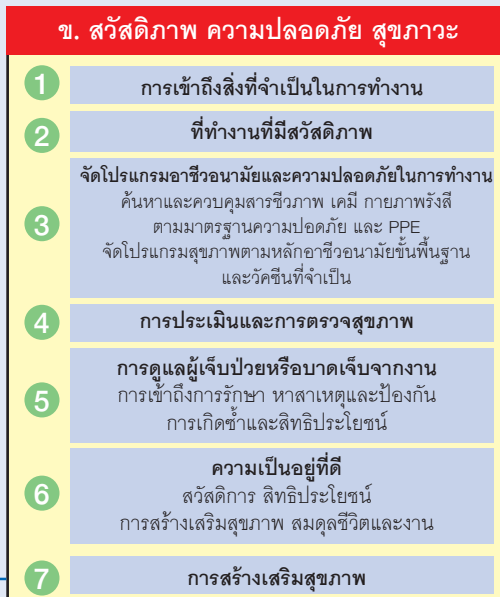
1 – 5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (Workforce Environment)

องค์กรทำให้เชื่อมั่นในการบริหารจัดการขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงานที่เอื้อต่อสวัสดิภาพ ความปลอดภัย และสุขภาวะของบุคลากร เพื่อให้งานองค์กรบรรลุผลสำเร็จ.



งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ

สุขภาพดีและปลอดภัย

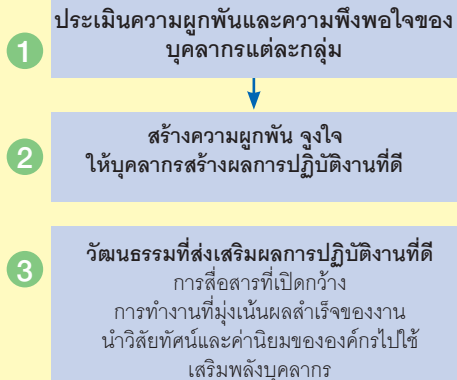


ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I – 5.2 ความผูกพันของบุคลากร (Workforce Engagement)

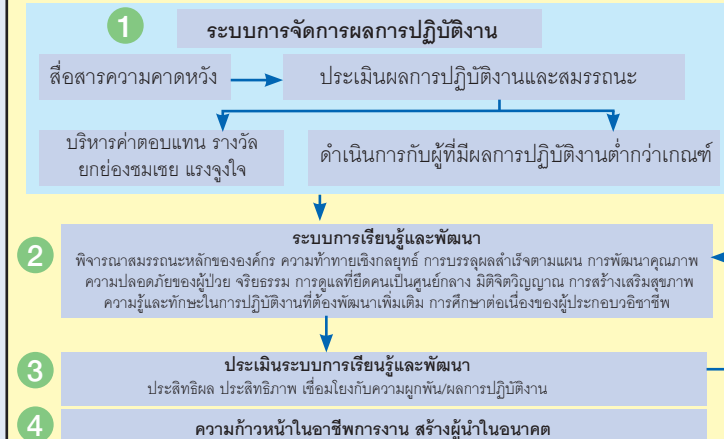
องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร มีระบบบริหารผลการปฏิบัติงานและพัฒนาบุคลากร เพื่อให้บุคลากรมีความสามารถ รักษาบุคลากรไว้และมีผลปฏิบัติงานที่ดี.

ก. การสร้างความผูกพันของบุคลากร



บุคลากรที่ผูกพันและมีแรงจูงใจ

ข. การบริหารผลการปฏิบัติ



บุคลากรที่มีความสามารถ

บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี

I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร⁵² (Workforce Environment

องค์กรทำให้เชื่อมั่นในการบริหารขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงานที่เอื้อต่อสวัสดิภาพ⁵³ ความปลอดภัย และสุขภาพของบุคลากร เพื่อให้งานองค์กรบรรลุผลสำเร็จ.

ก. ขีดความสามารถ⁵⁴ และความเพียงพอของบุคลากร⁵⁵ (Workforce Capability and Capacity)

(1) องค์กรจัดทำแผนบุคลากร โดยคำนึงถึงพันธกิจ วิสัยทัศน์ และรองรับแผนกลยุทธ์;

⁵² บุคลากร หมายถึง บุคลากรประจำ พนักงานชั่วคราว พนักงานที่ทำงานไม่เต็มเวลา พนักงานตามสัญญาจ้าง ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัคร

⁵³ สวัสดิภาพ (security) หมายถึง การปราศจากภัยอันตราย มั่นคง ปลอดภัย ปราศจากการบาดเจ็บหรือตาย รวมทั้งการสูญเสียทรัพย์สินของมีค่าหรือเสียเวลาไป รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่อย่างสุขกาย สุขใจ มีความมั่นใจในการประกอบกิจกรรมต่างๆ และมีการเตรียมป้องกันภัยไว้ล่วงหน้าอย่างถูกต้อง เหมาะสม และสม่ำเสมอ ในสถานที่ทำงาน

⁵⁴ ขีดความสามารถของบุคลากร (workforce capability) หมายถึง ขีดความสามารถขององค์กรในการจัดการขีดความสามารถของบุคลากร ให้บรรลุผลสำเร็จของงานด้วยความรู้ ทักษะ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญของบุคลากร ขีดความสามารถอาจรวมถึงความสามารถในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์ของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ การสร้างนวัตกรรมและปรับเปลี่ยนสู่เทคโนโลยีใหม่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ บริการ และกระบวนการทำงานใหม่ และความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

⁵⁵ ความเพียงพอของบุคลากร (workforce capacity) หมายถึง ความสามารถขององค์กรที่ทำให้เชื่อมั่นว่ามีจำนวนบุคลากรเพียงพอในการบรรลุผลสำเร็จของงาน และส่งมอบผลิตภัณฑ์และบริการให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานได้ รวมทั้งความสามารถในการตอบสนองต่อระดับความต้องการตามฤดูกาลและตามความผันแปรของความต้องการ

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (i) มีการกำหนดระดับอัตรากำลัง ทักษะ สมรรถนะที่ต้องการเพื่อการจัดบริการ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์กร วิชาชีพ.
- (2) องค์กรมีวิธีการที่มีประสิทธิผล ในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และดูแลบุคลากรใหม่ ดังนี้:
 - (i) การรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ การศึกษา ฝึกอบรม ประสบการณ์ และสมรรถนะที่เหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบตามขอบเขตการปฏิบัติงาน;
 - (ii) การสรรหาที่คำนึงถึงหลักความเสมอภาค ความเป็นธรรม ความหลากหลายและการไม่กีดกัน⁵⁶
 - (iii) การปฐมนิเทศและดูแลบุคลากรใหม่อย่างเหมาะสม และทำให้สามารถปรับตัวและเข้ากับวัฒนธรรมองค์กรได้.
- (3) องค์กรจัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากร⁵⁷ เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ สนับสนุนการดูแลมุ่งเน้นผู้ป่วย และผู้รับผลงานอื่น รวมทั้งใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร:
 - (i) กำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพและและผู้ปฏิบัติงานอื่น;
 - (ii) มอบหมายหน้าที่ที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถ และข้อกำหนดในกฎหมาย;

⁵⁶ ความหลากหลายและการไม่กีดกัน (diversity and inclusion) หมายถึง การสนับสนุนความหลากหลายและการไม่กีดกัน ทั้งในด้านเชื้อชาติ วัฒนธรรม พื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคม ความหลากหลายทางเพศ ศาสนา กล่าวคือบุคลากรทุกคนจะต้องได้รับการปฏิบัติในลักษณะเดียวกัน ไม่มีการเลือกปฏิบัติและทำให้บุคลากรรู้สึกแปลกแยกกับบุคคลอื่นในองค์กร

⁵⁷ ระบบการทำงานและบริหารบุคคล ควรคำนึงถึงระบบที่เอื้อต่อการเติบโตด้านจิตวิญญาณของบุคลากรสร้างการมีส่วนร่วมส่งเสริมการออกแบการทำงานที่ยืดหยุ่นตามลักษณะวิถีชีวิต สภาพเศรษฐกิจสังคมของผู้ป่วยและมีความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากร

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (iii) กลไกการทำงานและแนวทางสนับสนุน การประสานงานภายใน การประสานงานระหว่างหน่วยงานและการประสานงานกับบริการภายนอกที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง;
 - (iv) มีการกำกับดูแล สนับสนุน และให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม;
 - (v) ทบทวนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และสิทธิการดูแลรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 3 ปี.
- (4) องค์กรเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและอัตรากำลัง เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการลดบุคลากรและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากบุคลากรไม่เพียงพอ.

ข. สวัสดิภาพ ความปลอดภัย และสุขภาวะของบุคลากร (Workforce Security, Safety, and Wellbeing)

- (1) องค์กรมีการปรับปรุงและสนับสนุนเพื่อให้บุคลากรเข้าถึงสิ่งจำเป็นในการทำงานได้อย่างสะดวกและตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็น.
- (2) องค์กรจัดสถานที่ทำงานที่มีสวัสดิภาพ:
 - (i) มีการประเมินความปลอดภัยของสถานที่ทำงาน;
 - (ii) มีมาตรการคุ้มครองสวัสดิภาพและปกป้องบุคลากรจากความรุนแรง การกลั่นแกล้ง การคุกคาม และการล่วงละเมิด;

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (iii) มีการกำหนดและกำกับติดตามจำนวนชั่วโมงการทำงาน โดยคำนึงถึงสุขภาพ ความเครียด และประสิทธิภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน.
- (3) องค์กรมีการคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร⁵⁸ โดยมีแนวทางที่เป็นระบบในการจัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน ครอบคลุมความเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานที่สำคัญ ทั้งในภาวะปกติและในสถานการณ์ภัยพิบัติ/ภาวะฉุกเฉิน (ดู I-6.2 ค.ร่วมด้วย):
- (i) มีการค้นหาอันตราย ประเมินโอกาสการสัมผัส และควบคุมอันตรายจากการทำงานให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย;
 - (ii) มีการเฝ้าระวังทางการแพทย์/สุขภาพ โดยมีการกำหนดสิ่งที่คุกคามไว้ก่อน (medical surveillance and/or health surveillance)
 - (iii) มีการป้องกันการติดเชื้อจากการทำงาน⁵⁹;
 - (iv) มีการให้วัคซีน ยา หรือหัตถการที่เหมาะสมแก่บุคลากรเพื่อป้องกันโรค.
 - (v) มีการจัดหาอุปกรณ์ปกป้อง⁶⁰ ส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) ที่ได้มาตรฐาน เหมาะสมและเพียงพอ;
 - (vi) มีการปกป้องอันตรายจากเข็มและของมีคม;
 - (vii) มีการปกป้องอันตรายจากการสัมผัสเลือด สารคัดหลั่งที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ;

⁵⁸ ความปลอดภัยของบุคลากร ครอบคลุมทั้งความปลอดภัยทางด้านร่างกายและจิตใจ

⁵⁹ ป้องกันการติดเชื้อจากการทำงาน ที่ได้รับหรือสัมผัสกับโอกาสการติดเชื้อ เช่น สัมผัสผู้ป่วย วัณโรคปอด โรคติดต่อทางเดินหายใจ โรคติดต่อผ่านทางเลือดและน้ำเหลือง สารคัดหลั่ง ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี การติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ เป็นต้น

⁶⁰ ปกป้อง หมายถึง การกระทำที่เป็นการปกป้องไม่ให้อันตรายถึงตัวบุคคล เช่น การใช้อุปกรณ์ปกป้องส่วนบุคคล การไม่สวมปลอกเข็มด้วยมือ เป็นต้น

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (viii) มีการปกป้องอันตรายจากสารเคมี⁶¹
 - (ix) มีการปกป้องอันตรายจากการสัมผัสปัจจัยกายภาพ เช่น ความร้อน แสง เสียง รังสี;
 - (x) มีการปกป้องอันตรายจากการสัมผัสปัจจัยด้านชีวกลศาสตร์ด้วยหลักการวิทยาศาสตร์⁶²;
 - (xi) การกำหนดนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางจิตใจในการทำงานของบุคคลากร⁶³ เช่น นโยบายการคุ้มครองและให้ความเป็นธรรมแก่เจ้าหน้าที่ที่แจ้งข้อมูลหรือแจ้งเหตุความไม่ปลอดภัย (Speak up)
- (4) บุคลากรได้รับการประเมินและตรวจสุขภาพ:
- (i) บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงานและบันทึกข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน;
 - (ii) บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะ เพื่อประเมินสมรรถภาพการทำงาน และการเจ็บป่วยหรือติดเชื้อจากการทำงาน ตามลักษณะงาน.
 - (iii) บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีตามกลุ่มเสี่ยงอายุ หรือตามระยะที่เหมาะสมให้บุคลากรตามช่วงอายุ เพื่อนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพและสนับสนุนการประเมินความพร้อมในการปฏิบัติงาน

⁶¹ การจัดหาอุปกรณ์ปกป้อง เช่น สารเคมีในห้องปฏิบัติการ ยาตามสลบ ยาเคมีบำบัด สารชะล้าง สารทำลายเชื้อ

⁶² การยศาสตร์ (ergonomics) หมายถึง ศาสตร์ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคน เครื่องจักร สิ่งแวดล้อม และระบบ แล้วทำการออกแบบ หรือปรับระบบ สิ่งแวดล้อม หรือเครื่องจักรเหล่านั้น ให้เกิดความสะดวกสบาย ความปลอดภัยเหมาะสมกับบุคคล และก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ในการปฏิบัติงาน

⁶³ ความปลอดภัยทางจิตใจในการทำงาน (psychological safety) หมายถึง ความเชื่อของบุคลากรว่าตนจะไม่ถูกลงโทษ หรือทักหน้าจากการพูดถึงความคิด คำถาม ข้อกังวล หรือความผิดพลาด เพราะต่างต้องการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงระหว่างบุคคลเมื่อต้องทำงานร่วมกับผู้อื่น ไม่ต้องการที่จะถูกเพิกเฉยจากการถามคำถามหรือหาข้อมูล ถูกมองว่าไม่มีความสามารถ ถูกมองว่าเป็นคนไม่ดี และถูกมองว่าเป็นคนที่รับกวนการทำงานของผู้อื่น

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (5) องค์กรมีแนวทางที่เป็นระบบในการดูแลบุคลากรที่เจ็บป่วย/บาดเจ็บจากการทำงาน:
 - (i) มีการประเมินและดูแลรักษาอย่างเหมาะสม;
 - (ii) มีระบบการสืบค้นหาสาเหตุ เพื่อควบคุมอันตรายและป้องกันการเกิดซ้ำ;
 - (iii) มีการประเมินทางสุขภาพก่อนกลับเข้าปฏิบัติหน้าที่ (medical assessment for returning to work).
- (6) องค์กรมีแนวทางในการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี
 - (i) มีการกำหนดสวัสดิการและสิทธิประโยชน์เพื่อดูแลและเกื้อหนุนอย่างเหมาะสมกับบุคลากร;
 - (ii) มีกระบวนการเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี เช่น การจัดการความเครียด การป้องกันและจัดการภาวะหมดไฟในการทำงาน การติดตามวัดระดับภาระงาน การจัดการความสมดุลชีวิตและการทำงาน การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต;
 - (iii) มีการกำกับติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลการลาป่วย รวมทั้งสาเหตุการลาออกของบุคลากร เพื่อนำผลมาใช้ในการปรับปรุง
 - (iv) มีแนวทางที่เป็นระบบในการรับรู้ประสบการณ์ สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงาน เพื่อทบทวนกำกับ ติดตาม ตอบสนองต่อประเด็นปัญหาในการทำงาน และนำข้อเสนอแนะไปใช้ในการปรับปรุงโดยคำนึงถึงความเสมอภาค ความหลากหลาย ไม่กีดกัน และความเป็นธรรม.
- (7) องค์กรเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ
 - (i) องค์กรมีนโยบายและวิถีปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ
 - (ii) บุคลากรแต่ละคนมีพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ
 - (iii) บุคลากรมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติในการดูแลสุขภาพกาย ใจ สังคม ของตน

I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร⁶⁴ (Workforce Engagement)

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร มีระบบบริหารผลการปฏิบัติงานและพัฒนาบุคลากร เพื่อให้บุคลากรมีความสามารถ รักษาบุคลากรไว้และมีผลปฏิบัติงานที่ดี.

ก. การสร้างความผูกพันของบุคลากร (Workforce Engagement Building)

- (1) องค์กรประเมินความผูกพัน⁶⁵ และความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่ม.
- (2) องค์กรนำผลประเมินมารวบรวมและวิเคราะห์แนวโน้ม เพื่อใช้ประโยชน์ในการสร้างความผูกพันและแรงจูงใจ.
- (3) องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร:
 - (i) การสื่อสารที่เปิดกว้าง;
 - (ii) การทำงานที่มุ่งเน้นผลสำเร็จของงาน;

⁶⁴ ความผูกพันของบุคลากร หมายถึงระดับความมุ่งมั่นทั้งทางด้านอารมณ์และสติปัญญาของบุคลากร เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล

⁶⁵ การประเมินความผูกพัน หมายถึง การประเมินปัจจัยที่ขับเคลื่อนความผูกพันและประเมินระดับความผูกพัน ประกอบด้วย 1. วิธีการประเมินเป็นทางการ หมายถึง วิธีการประเมินที่มีการวางรูปแบบอย่างเป็นระบบ มีการสื่อสารวิธีการประเมิน/ผลการประเมิน และมีการนำผลการประเมินไปใช้ในวงกว้าง 2. วิธีการประเมินไม่เป็นทางการ หมายถึง วิธีการประเมินในลักษณะกิจกรรมเสริม เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาการสร้างความสัมพันธ์ หรือการค้นหาข้อมูลเบื้องต้น สู่การวางแผนเชิงระบบ เช่น การทำ focus group หรือ การทำ exit interview เป็นต้น

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (iii) เอื้อต่อการนำวิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์กรไปใช้;
- (iv) เสริมพลังบุคลากร ให้เห็นคุณค่าและความหมายของคนและงาน โดยอาจใช้มิติจิตวิญญาณในการขับเคลื่อน.

ข. การบริหารผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร (Performance Management and Development)

- (1) องค์กรมีระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน (performance management system) เพื่อให้บุคลากรมีแรงจูงใจพัฒนาสมรรถนะให้เหมาะสมตามหน้าที่รับผิดชอบ รักษาบุคคลไว้ และมีผลการปฏิบัติงานที่ดี:
 - (i) มีการสื่อสารความคาดหวังและช่วยเหลือให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี;
 - (ii) มีแนวทางที่เป็นระบบในการประเมินผลการปฏิบัติงานและสมรรถนะที่สัมพันธ์กับมาตรฐานกำหนดตำแหน่งและขอบเขตการปฏิบัติงานเป็นประจำ;
 - (iii) มีการบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร;
 - (iv) มีแนวทางที่เป็นระบบในการดำเนินการอย่างกับบุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานต่ำกว่าเกณฑ์อย่างเหมาะสม.
- (2) องค์กรมีระบบการเรียนรู้และพัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนความต้องการขององค์กรและการพัฒนาตนเองของบุคลากร โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้:
 - (i) สมรรถนะหลักขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การบรรลุผลสำเร็จของแผนปฏิบัติการ;
 - (ii) การปรับปรุงผลการดำเนินการ/การพัฒนาคุณภาพขององค์กร ความปลอดภัยของผู้ป่วยการเปลี่ยนแปลงขององค์กร และนวัตกรรม;

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (iii) จริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพและที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพ;
 - (iv) การดูแลที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง⁶⁶ มิติทางสังคมและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย⁶⁷ รับรู้คุณค่าและความหมายของงานที่ทำ และมีการเติบโตจากภายใน;
 - (v) การสร้างเสริมสุขภาพ;
 - (vi) การพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานเพิ่มเติม จากผลประเมินการปฏิบัติงาน;
 - (vii) ความจำเป็นและความต้องการในการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ และความต้องการขององค์กร.
- (3) องค์กรประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากร โดยพิจารณาเชื่อมโยงกับผลการประเมินความผูกพันของบุคลากร ผลการปฏิบัติงานของบุคลากร และผลการดำเนินการขององค์กรร่วมด้วย.
- (4) องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากร วางแผนการสร้างผู้บริหารและผู้นำในอนาคต.

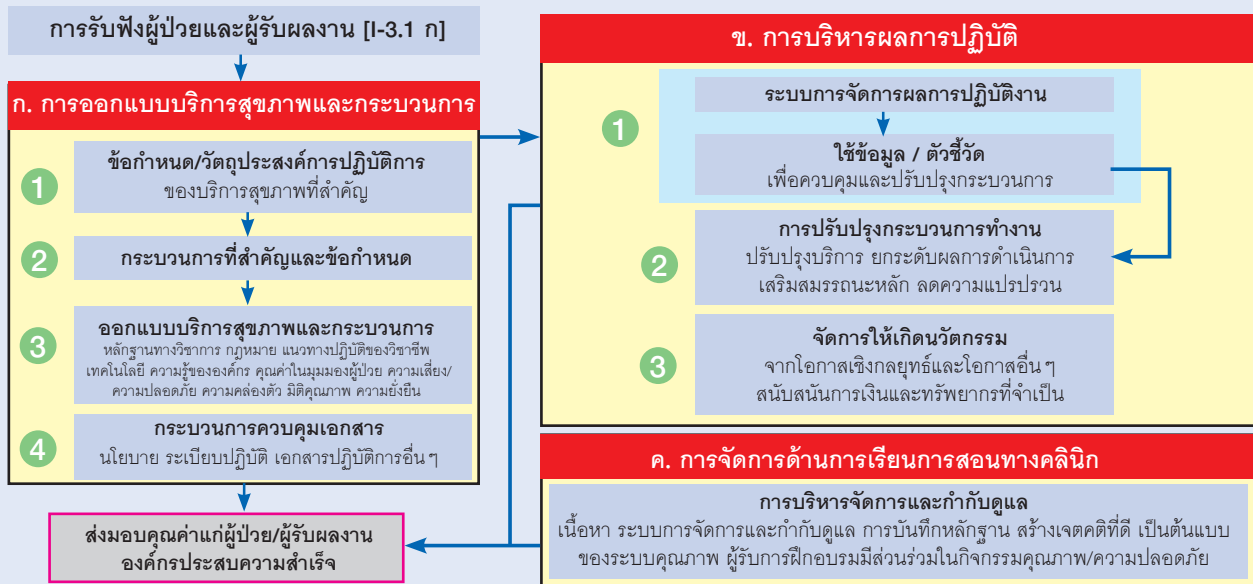
⁶⁶ การดูแลที่ยึดผู้คนเป็นศูนย์กลาง (people-centred care) หมายถึง การดูแลที่คำนึงถึงปัจจัย ความสำคัญ ความต้องการ และข้อจำกัดของแต่ละคนเป็นหลักในการดูแล เช่น การมุ่งเน้นบูรณาการการดูแลผู้ป่วย สิทธิผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ การจัดการข้อร้องเรียน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร การให้ข้อมูลและลงนามยินยอมรับการดูแลรักษา ความเชื่อทางวัฒนธรรม และความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ แต่ละกลุ่ม

⁶⁷ มิติทางสังคมและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง การเรียนรู้/พัฒนาสมรรถนะบุคลากรและผู้นำ ควรบูรณาการมิติจิตวิญญาณในองค์ประกอบ 4 ด้าน 1. การรับรู้ชีวิตด้านในหรือคุณค่าภายใน 2. การทำงานที่มีความหมาย 3. การมีจิตสำนึกร่วมความเป็นชุมชน 4. การเชื่อมโยงกับสิ่งที่มีพลังหรือที่ศรัทธา

I – 6 การปฏิบัติการ (Operation)

I – 6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่ามีการออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการให้บริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ รวมถึงกระบวนการจัดการเรียนการสอนทางคลินิก เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.



ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

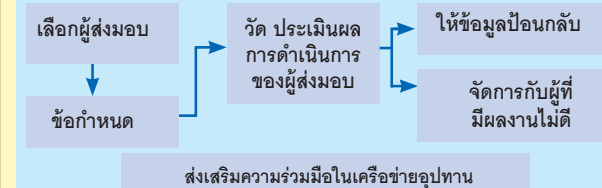
1 – 6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (Operation Effectiveness)

องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่ามีการบริหารจัดการในการปฏิบัติการ การจัดการเครือข่ายอุปทาน การจัดการด้านความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติ/ อุทกภัย อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ

ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ

- 1 การบริหารและกำกับดูแลกระบวนการตามลำดับความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน
- 2 ควบคุมต้นทุนโดยรวมของการปฏิบัติการ ป้องกัน AE/ความผิดพลาด/การทำงานซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมจำเป็น สมดุลระหว่างประสิทธิภาพและความคาดหวัง
- 3 ระบบบริหารจัดการเทคโนโลยีปฏิบัติการและเทคโนโลยีสารสนเทศ สนับสนุนกระบวนการทำงาน

ข. การจัดการเครือข่ายอุปทาน



ค. ความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติ/อุทกภัย

- 1 สภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย การป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ต้นเหตุ การฟื้นฟูสภาพเดิม
- 2 วิเคราะห์ → ระบุภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้น
- 3 แผนรองรับภาวะฉุกเฉินที่พ้นจากภัยพิบัติ/ความต่อเนื่องของกิจการ การป้องกันภัยพิบัติ การบริหารความต่อเนื่องของบริการสุขภาพและระบบสารสนเทศ การเคลื่อนย้ายทรัพยากร/โครงสร้าง การฟื้นฟูสภาพเดิมหรือปรับปรุงระบบใหม่
- 4 การฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ

ประสิทธิผลของการปฏิบัติการ

ส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน องค์กรประสบความสำเร็จ

I-6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่ามีการออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ รวมถึงกระบวนการจัดการเรียนการสอนทางคลินิก เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. การออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงาน (Healthcare Service and Processes Design)

- (1) องค์กรระบุข้อกำหนดที่สำคัญของบริการสุขภาพ หรือวัตถุประสงค์การปฏิบัติการของบริการสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว และบุคลากร.
- (2) องค์กรระบุกระบวนการทำงานและกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ และระบุข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการเหล่านี้.
- (3) องค์กรออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงานให้ตอบสนองต่อข้อกำหนด โดยใช้:
 - (i) หลักฐานทางวิชาการ;
 - (ii) กฎหมาย;
 - (iii) แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ;
 - (iv) เทคโนโลยี;
 - (v) ความรู้ขององค์กร;
 - (vi) คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน;
 - (vii) ความเสี่ยง และความปลอดภัย;
 - (ix) ความจำเป็นเพื่อความคล่องตัว;
 - (x) มิตិคุณภาพ และการคำนึงถึงความยั่งยืน.

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (4) องค์กรมีกระบวนการควบคุมเอกสารสำหรับนโยบาย⁶⁸ อาจรวมถึงข้อกำหนดต่างๆ เช่น การตั้งชื่อเอกสาร การกำหนดวันที่ของเอกสาร การอนุมัติและลงนาม การตรวจสอบเอกสารตามเวลาที่กำหนด และกระบวนการเพื่อให้แน่ใจว่าพนักงานสามารถเข้าถึงเอกสารปัจจุบันได้ และเอกสารที่ล้าสมัยจะถูกลบออกจากระบบ

ข. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ (Process Management and Improvement)

- (1) องค์กรนำกระบวนการไปปฏิบัติ โดย:

- (i) ทำให้เชื่อมั่นว่าการปฏิบัติงานประจำวันของกระบวนการทำงานและกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญเป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการเหล่านั้น;
- (ii) มีการใช้ข้อมูล/ตัวชี้วัดที่สำคัญในการควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างเหมาะสม และมีกระบวนการเพื่อติดตามความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์การปฏิบัติการหรือข้อกำหนดของบริการสุขภาพ (เช่น การมีรายงานต่อผู้บริหารอย่างสม่ำเสมอและแผนปฏิบัติการเพื่อตอบสนองผลการติดตาม).

- (2) องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานและกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ เพื่อ:

- (i) ปรับปรุงบริการสุขภาพและยกระดับผลการดำเนินการขององค์กร;
- (ii) เสริมสร้างความแข็งแกร่งของสมรรถนะหลักขององค์กร;
- (iii) ลดความแปรปรวนของกระบวนการ.

- (3) องค์กรจัดการให้เกิดนวัตกรรม (Innovation Management) โดยส่งเสริมให้นำโอกาสเชิงกลยุทธ์และโอกาสสร้างนวัตกรรมอื่นๆ (ดู I-4.1 ค.(1) ร่วมด้วย) มาพัฒนานวัตกรรม⁶⁹ และมีการสนับสนุนการเงินและทรัพยากรที่จำเป็น.

⁶⁸ กระบวนการควบคุมเอกสาร ระเบียบปฏิบัติ และเอกสารปฏิบัติการอื่นๆ ในรูปแบบของอิเล็กทรอนิกส์ กระดาษ หรือใช้ร่วมกัน

⁶⁹ นวัตกรรมที่พัฒนาควาามถึง คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและระบบบริการ ความคุ้มค่าและประโยชน์ที่ได้รับในระบบบริการ และโอกาสพัฒนาต่อยอดเป็นงานวิจัยที่สามารถขยายผลได้ในอนาคต

ค. กระบวนการจัดการด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิก (Clinical Education and Training Management)

- (1) กระบวนการจัดการเรียนการสอนทางคลินิก ต้องคำนึงถึงการบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน/ผู้ฝึก/ผู้เรียน และการได้รับความรู้/ประสบการณ์ของผู้ฝึก/ผู้เรียนอย่างเหมาะสม ดังนี้:
 - (i) การจัดการเรียนการสอนที่มีเนื้อหาเป็นไปตามหลักสูตรหรือแผนการฝึกอบรม;
 - (ii) ระบบการบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่เพียงพอสำหรับแต่ละระดับของนักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรมเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและการได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษา/ผู้รับการฝึกอบรมที่ใกล้เคียงกัน;
 - (iii) การบันทึกหลักฐานของการกำกับดูแลนักศึกษา/ผู้รับการฝึกอบรม;
 - (iv) การสร้างเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแก่นักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรม เป็นต้นแบบที่ดีของระบบคุณภาพ นักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรม เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของระบบคุณภาพและความปลอดภัย.

I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (Operation Effectiveness)

องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่ามีการบริหารจัดการในการปฏิบัติการ การจัดการเครือข่ายอุปทาน⁷⁰ การจัดการด้านความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติ/ฉุกเฉิน อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ

ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ (Process Efficiency and Effectiveness)

- (1) องค์กรบริหารจัดการและกำกับดูแลกระบวนการตามลำดับความรับผิดชอบในการปฏิบัติการตามแนวทางปฏิบัติที่องค์กรกำหนดและสอดคล้องกับข้อกำหนดของวิชาชีพเพื่อส่งมอบผลงานที่มีคุณภาพและความปลอดภัย
- (2) องค์กรควบคุมต้นทุนโดยรวมของการปฏิบัติการ โดย:
 - (i) การป้องกันอุบัติเหตุ ความผิดพลาด และการทำงานซ้ำ;
 - (ii) การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ;
 - (iii) การกำหนดการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมจำเป็น⁷¹;

⁷⁰ เครือข่ายอุปทาน (supply network) หมายถึง ความสัมพันธ์ขององค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกันในการส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือระบบบริการ จากผู้ส่งมอบไปยังองค์กร ตามแนวคิดระบบนิเวศที่มีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งอาจต้องมีการประสานกับผู้ส่งมอบจำนวนมากหรือองค์กรอาจเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายที่ซับซ้อน โดยมีความเชื่อมโยงและพึ่งพาซึ่งกันและกันมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่เป็นห่วงโซ่จ่ายๆ เหมือนห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ในอดีต

⁷¹ การกำหนดใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมจำเป็น เช่น ทรัพยากรทางการแพทย์ การใช้ยา เวชภัณฑ์ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น เป็นต้น

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

(iv) สร้างความสมดุลระหว่างความต้องการควบคุมต้นทุนและประสิทธิภาพ กับข้อกำหนดและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน.

(3) องค์กรมีระบบบริหารจัดการเทคโนโลยีปฏิบัติการ (Operation Technology)⁷² และเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology) ในการสนับสนุนกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล.

ข. การจัดการเครือข่ายอุปทาน (Supply Network Management)

(1) องค์กรจัดการเครือข่ายอุปทาน เพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะได้รับบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยองค์กรคู่สัญญา⁷³ หรือเครือข่ายความร่วมมือ⁷⁴/ผลิตภัณฑ์ พัสตุ และบริการอื่น⁷⁵ ที่มีคุณภาพสูงและคำนึงถึงความยั่งยืน โดย:

⁷² เทคโนโลยีปฏิบัติการ (Operation Technology) อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ทางอุตสาหกรรม เช่น เกตเวย์ IoT (IoT Gateway) และระบบควบคุม (Control System) ต่างๆ ที่ใช้ในการตรวจสอบและควบคุมระบบ อุปกรณ์ เครื่องจักร กระบวนการ และโครงสร้างพื้นฐานของอุตสาหกรรม การผลิตที่นำมาใช้ในสถานพยาบาลและทางการแพทย์

⁷³ บริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยองค์กรคู่สัญญา หมายถึง บริการสุขภาพที่องค์กรให้หน่วยงาน กลุ่มบุคคล หรือองค์กรอื่นมาให้บริการสุขภาพในสถานพยาบาล โดยองค์กรเป็นผู้อนุญาตให้ดำเนินการในองค์กร หรือบริการสุขภาพที่องค์กรบริหารจัดการให้ไปรับบริการภายนอกองค์กร

⁷⁴ บริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยเครือข่ายความร่วมมือ หมายถึง บริการสุขภาพที่มีความเชื่อมต่อกันในนิเวศของระบบบริการสุขภาพ (ecosystem) ส่งเสริมความร่วมมือภายในเครือข่ายอุปทาน (Collaboration) ที่เชื่อมต่อกันด้วย clinical pathway และ patient journey เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน เช่น เครือข่ายการส่งต่อบริการ

⁷⁵ ผลิตภัณฑ์ พัสตุและบริการอื่น เช่น เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ วัสดุการแพทย์ที่จำเป็น เช่น N95, surgical mask, gown, alcohol และบริการอื่นๆ เช่น งานทำความสะอาด งานรักษาความปลอดภัย งานบริการอาหาร ระบบขนส่งคมนาคมระหว่างองค์กร เป็นต้น

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (i) คัดเลือกผู้ส่งมอบที่มีคุณสมบัติ และอยู่ในสถานะที่สามารถตอบสนองความต้องการขององค์กร และส่งเสริมผลการดำเนินงานขององค์กร;
- (ii) ส่งเสริมความร่วมมือภายในเครือข่ายอุปทาน;
- (iii) มีการจัดทำข้อกำหนดที่ชัดเจนและรัดกุม เพื่อนำไปใช้กำกับติดตามและประเมินผู้ส่งมอบ และสื่อสารความคาดหวังต่อผลการดำเนินงาน;
- (iv) มีการวัดและประเมินผลการดำเนินการของผู้ส่งมอบ และให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ส่งมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุง;
- (v) ดำเนินการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงกันได้.

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ค. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติ⁷⁶ และภาวะฉุกเฉิน⁷⁷ (Safety and Emergency/ Disaster Preparedness)

- (1) องค์กรทำให้เกิดสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงการป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบการวิเคราะห์หัตถ์เหตุของความล้มเหลว และการทำให้พื้นที่คืนสู่สภาพเดิม.
- (2) องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เพื่อระบุภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และส่งผลต่อความต้องการด้านบริการสุขภาพในพื้นที่.
- (3) องค์กรจัดทำและทบทวนแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน/แผนฟื้นฟูจากภัยพิบัติ แผนบริหารความต่อเนื่องขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการเตรียมความพร้อมของระบบงาน⁷⁸ บุคลากรและสถานที่ในการดำเนินการโดยคำนึงถึง:

⁷⁶ **ภัยพิบัติ** หมายถึง ภัยที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน โดยส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ และวิถีชีวิตของผู้คนในสังคมเป็นวงกว้าง ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) ภัยพิบัติทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นเองและเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงสภาวะภูมิอากาศหรือภาวะโลกร้อน เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหว พายุและการระบาดของโรคติดต่อ 2) ภัยพิบัติที่มนุษย์สร้าง เช่น อัคคีภัยในพื้นที่หรือชุมชน อุบัติเหตุจากอุตสาหกรรม และการก่อการร้ายทางชีวภาพ

⁷⁷ **ภาวะฉุกเฉิน** (emergency) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด โดยไม่ได้มีการคาดคิดล่วงหน้า มีผลสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้บริการผู้ป่วยต้องหยุดชะงัก เช่น ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ ไม่สามารถใช้งานได้ หรือเหตุการณ์ทำให้ต้องปรับระบบบริการหรือเกิดความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย เช่น อุบัติเหตุหมู่ การประท้วง การเดินขบวน การบุกรุกสถานที่ การชู้วางระเบิดในสถานพยาบาล

⁷⁸ **การเตรียมความพร้อมของระบบงาน** ควรครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย การแยกผู้ป่วยและการจัดการสิ่งปนเปื้อน กิจกรรมช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และครอบครัว การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ระบบสาธารณสุขโรค การรักษาความปลอดภัย การสื่อสาร การเคลื่อนย้าย การขนส่ง การจัดเตรียมอาหาร การจัดเตรียมสถานที่สำรอง การประสานงานกับองค์กรอื่น และการรายงาน

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (i) การป้องกันภัยพิบัติ⁷⁹
 - (ii) การบริหารจัดการให้เกิดความต่อเนื่อง⁸⁰ ของระบบบริการ ระบบปฏิบัติการ⁸¹ และระบบสารสนเทศ⁸²;
 - (iii) การเคลื่อนย้าย ทรัพยากรและโครงสร้าง;
 - (iv) การฟื้นฟูให้กลับสู่สภาพเดิมหรือการปรับปรุงระบบใหม่.
- (4) องค์กรดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทดสอบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ.

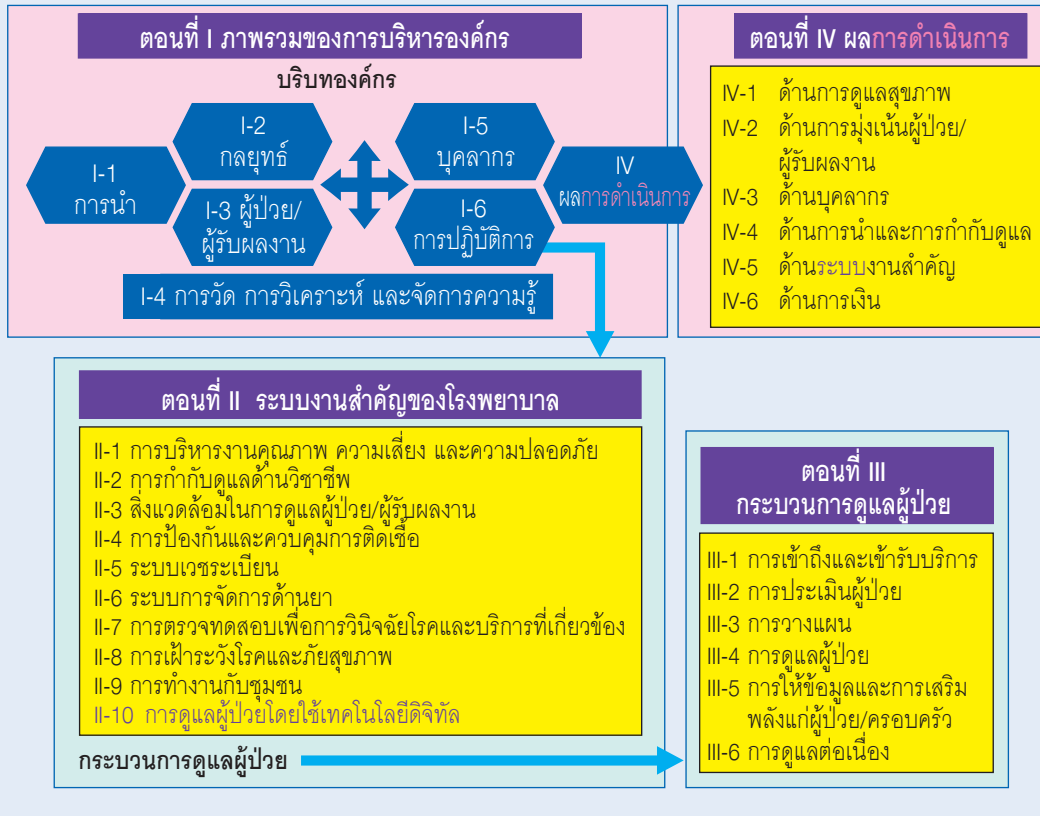
⁷⁹ **การป้องกันภัยพิบัติ** หมายถึง การป้องกันผลกระทบอันเกิดจากภัยพิบัติที่จะมีผลกระทบต่อองค์กร และการดำเนินการขององค์กร

⁸⁰ **การบริหารจัดการให้เกิดความต่อเนื่อง** หมายถึง การเตรียมความพร้อมขององค์กรในการเผชิญกับภาวะฉุกเฉินโดยมีการจัดทำแผนบริหารความต่อเนื่อง (Business Continuity Plan: BCP) โดยต้องมีการซ้อมแผนเพื่อให้สามารถบริหารจัดการระบบบริการ ระบบปฏิบัติการ และระบบสารสนเทศได้เมื่อเกิดสถานการณ์จริง

⁸¹ **ระบบปฏิบัติการที่ใช้เทคโนโลยีเชิงปฏิบัติงาน**ในการตรวจสอบและควบคุมระบบ อุปกรณ์ เครื่องจักร กระบวนการ ในสถานพยาบาลและเครื่องมือแพทย์

⁸² **ระบบสารสนเทศ** แผนบริหารความต่อเนื่องในระบบสารสนเทศต้องครอบคลุม แผนกู้คืนระบบหลังภัยพิบัติ ซึ่งอาจพิจารณาถึงสถานการณ์การณต่างๆ เช่น การโจมตีทางไซเบอร์หรือความล้มเหลวระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) และวิธีการสร้างความต่อเนื่องของบริการในสถานการณ์ดังกล่าวที่จัดทำเป็นเอกสารและผ่านการทดสอบแล้ว

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (Key Hospital Systems)



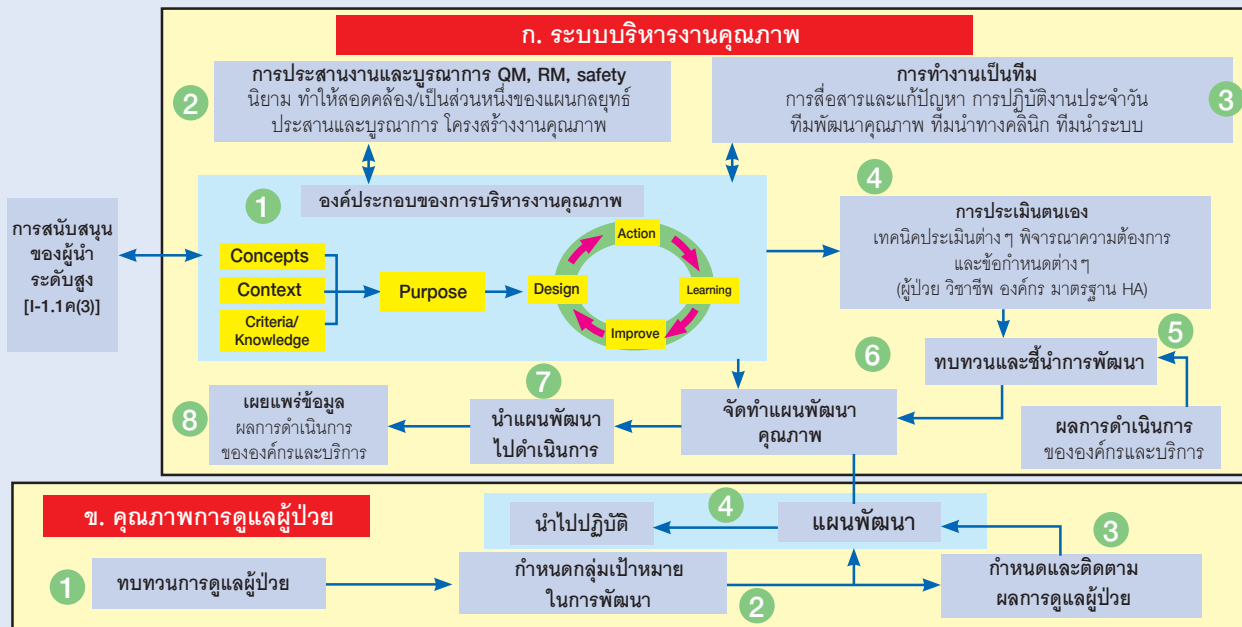
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 1

การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย (Quality, Risk and Safety Management)

II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่ามีการบริหารงานคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมเหมาะสม และได้ผล



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1.2 การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย (Safety and Risk Management)

องค์กรให้มั่นใจว่ามีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน.



ข. ข้อกำหนดจำเพาะ

การจัดการความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (I-5.1 ข)
 การจัดการอาคาร สิ่งก่อสร้าง และสถานที่ (II-3.1)
 การจัดการเครื่องมืออุปกรณ์และการฝึกอบรมผู้ใช้ (II-3.2)

ยาและเวชภัณฑ์ (II-6)
 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (II-4)
 เวชระเบียนและข้อมูลของผู้ป่วย (II-5)
 การจัดการยา (II-6)
 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (II-10)

II-1.1 มธบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่ามีการบริหารงานคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม⁸³ เหมาะสมและได้ผล

ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ (Quality Management System)

- (1) องค์กรนำระบบบริหารงานคุณภาพสู่การปฏิบัติ โดยมีองค์ประกอบสำคัญเพื่อสนับสนุนการออกแบบการนำสู่การปฏิบัติ การธำรง การเรียนรู้ และการพัฒนากระบวนการบริหารงานคุณภาพ โดย:
 - (i) มีการบริหารคุณภาพตามแนวคิดการบริหารงานคุณภาพ (concept) โดยคำนึงถึงบริบทขององค์กร (context) ความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และสอดคล้องกับหลักเกณฑ์/แนวปฏิบัติที่เหมาะสม (criteria);
 - (ii) มีการกำหนดวัตถุประสงค์คุณภาพ (objective/purpose) ที่ใช้ติดตามประเมินผลได้;
 - (iii) นำไปสู่การออกแบบ (design) ระบบ/กระบวนการที่ยึดผู้คนเป็นศูนย์กลาง นำสู่การปฏิบัติ (action) ที่ได้ผล มีการกำกับติดตาม ประเมินผล และการเรียนรู้ (learning) อย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาระบบ/กระบวนการ (improve) สร้างนวัตกรรม บูรณาการ รวมถึงการออกแบบใหม่ (re-design) อย่างเป็นระบบ.

⁸³ การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เป็นแนวทางการดูแลที่คำนึงถึงสุขภาวะทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ผู้รับบริการ โดยคำนึงว่าการดูแลอาจได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการหลายราย และคำว่า “แบบองค์รวม” หมายความว่าความถึงการดูแลโดยรวม ซึ่งอาจขยายไปถึงการพิจารณาความต้องการการดูแลทางกายภาพของผู้ป่วย/ผู้รับบริการในบริการสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตใจของผู้รับบริการในบริการสุขภาพกาย

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (2) องค์กรมีการประสานงานและบูรณาการนำระบบการบริหารงานคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสียงไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้:
- (i) กำหนดนิยาม “ความเสียง” และ “คุณภาพ” สื่อสารในองค์กร เพื่อนำไปปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน;
 - (ii) กำหนดให้การบริหารงานคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสียง เป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์ (เชื่อมโยงกับ I-2 กลยุทธ์);
 - (iii) ผู้นำทุกระดับสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย โดยทบทวน กำกับติดตามแก้ไขปัญหาอุปสรรคประเมิณผล และพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง;
 - (iv) มีการประสานและบูรณาการแผนงาน/กิจกรรมทั้งหมดเกี่ยวกับคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสียงในทุกขั้นตอนของการวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล;
 - (v) มีการจัดโครงสร้างงานคุณภาพ และกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบที่เหมาะสมกับบริบทองค์กร เพื่อสนับสนุนการบูรณาการและประสานแผนพัฒนาคุณภาพให้ได้ผล.
- (3) องค์กรส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในทุกระดับ⁸⁴
- (i) มีการสื่อสารและร่วมกันแก้ปัญหาที่ได้ผล;
 - (ii) มีความร่วมมือกันของบุคลากร ในการดูแลผู้ป่วยและให้บริการที่มีคุณภาพสูง โดยตระหนักถึงความปลอดภัยและความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ;

⁸⁴ ทำงานเป็นทีมในทุกระดับ ได้แก่ ภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (iii) มีทีมคร่อมสายงาน/สหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่ออกแบบและกำกับดูแลภาพรวมของการพัฒนาระบบ⁸⁵.
- (4) องค์กรใช้การประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสในการพัฒนา ดังนี้:
- (i) มีการใช้เทคนิค/เครื่องมือการประเมินผล⁸⁶ อย่างเหมาะสม;
 - (ii) มีการประเมินการออกแบบระบบบริการเทียบกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (เชื่อมโยงกับบท I-3.1);
 - (iii) มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินการกับเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ขององค์กร แนวปฏิบัติที่มีหลักฐานวิชาการรองรับมาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ และตัวเทียบ (benchmark) ตามระดับที่เหมาะสม เพื่อยกระดับคุณภาพบริการ;
 - (iv) มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย⁸⁷ และเหมาะสม.
- (5) องค์กรรวบรวม ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูล ผลลัพธ์ ผลการดำเนินการ และโอกาสพัฒนาที่ได้จากการประเมินตนเองมาใช้ในการทบทวนและชี้้นำการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Quality Improvement Activities) (เชื่อมโยงบทที่ I-4.1 และตอนที่ IV)

⁸⁵ กำกับดูแลภาพรวมของการพัฒนาระบบ เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมนำระบบงานสำคัญ เป็นต้น

⁸⁶ การใช้เทคนิค/เครื่องมือการประเมินผล เช่น วิธีการเชิงคุณภาพ วิธีการประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ การวิจัย เป็นต้น

⁸⁷ การประเมินตนเองที่หลากหลาย เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้าและรายงานการประเมินตนเองในระดับหน่วยงาน/องค์กร การใช้ตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจภายใน การสำรวจและสัมภาษณ์ผู้ป่วย การทบทวนเชิงคุณภาพ การตรวจสอบและป้อนกลับข้อมูล การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด เป็นต้น

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (6) องค์กรจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ เพื่อตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาสำคัญ **ครอบคลุมการพัฒนาทั้งองค์กร:**
 - (i) มีการกำหนดเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบชัดเจน;
 - (ii) ระบุกิจกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์;
 - (iii) ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง;
 - (iv) ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ;
 - (v) ใช้ติดตามและประเมินผลได้.
- (7) องค์กรสื่อสารแผนพัฒนาคุณภาพกับผู้มีส่วนได้เสีย นำแผนไปดำเนินการ และติดตามประเมินผลการพัฒนา.
- (8) องค์กรเผยแพร่ข้อมูลผลการดำเนินงานขององค์กรและผลการดำเนินงานของบริการต่อสาธารณะ เช่น เผยแพร่เว็บไซต์ แผ่นพับ หรือสื่อสารสาธารณะอื่นๆ.

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Quality)

- (1) ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย⁸⁸ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.

⁸⁸ การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียน/การตรวจสอบทางคลินิก/การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ การทบทวนอุบัติการณ์/ภาวะแทรกซ้อน/การเสียชีวิต การทบทวนการใช้ทรัพยากร การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย การประเมินความรู้ความสามารถและทักษะ การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย การทบทวนการใช้ยา การทบทวนการใช้เลือด การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล การทบทวนตัวชี้วัด โดยผู้ป่วยครอบคลุมถึงผู้รับบริการสุขภาพด้านสร้างเสริมและป้องกัน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก⁸⁹ ที่จะเป็นเป้าหมายการพัฒนา และกำหนดเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ในการดูแล.
- (3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัววัดที่เหมาะสมในการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.
- (4) ทีมดูแลผู้ป่วยจัดทำแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและนำแผนไปดำเนินการ โดยใช้กิจกรรม/วิธีการที่หลากหลาย⁹⁰ ตามความเหมาะสม.

⁸⁹ **กลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population)** หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยด้วยภาวะใดภาวะหนึ่งหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้รับการผ่าตัดตมอง หรือ กลุ่มสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย เช่น กลุ่มสตรี และเด็กปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี) กลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 5-14 ปี) กลุ่มเด็กวัยรุ่น (อายุ 15-21 ปี) กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) หรือกลุ่มที่มีความต้องการเฉพาะ เช่น แรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้พิการ/ด้อยโอกาส เป็นต้น

⁹⁰ **กิจกรรม/วิธีการที่หลากหลาย** เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ฝึกอบรม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า การสร้างนวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษา ฟื้นฟู ตามความเหมาะสม เป็นต้น

II-1.2 การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย (Safety and Risk Management)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป (General Requirements)

- (1) องค์กรกำหนดกรอบงานการบริหารความเสี่ยง (risk management framework) ซึ่งสนับสนุนการออกแบบระบบ การนำไปปฏิบัติ การธำรง และการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง เป็นแนวทางเชิงกลยุทธ์ เพื่อการจัดบริการสุขภาพอย่างปลอดภัย ประกอบด้วย:
 - (i) ขอบเขต วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง และเกณฑ์สำหรับการประเมินความเสี่ยง;
 - (ii) นโยบายการบริหารความเสี่ยงที่แสดงความมุ่งมั่นในการบริหารความเสี่ยงและทิศทางการดำเนินการ;
 - (iii) แผนบริหารความเสี่ยง เป้าหมายด้านความปลอดภัย และตัวชี้วัดผลด้านความปลอดภัย;
 - (iv) หน้าที่ความรับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย;
 - (v) กลไกการรายงาน/รับรู้ความเสี่ยงและอุบัติการณ์⁹¹
 - (vi) กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงกับผู้เกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้เสีย;
 - (vii) ระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย.

⁹¹ องค์กรอาจเข้าร่วมโปรแกรมรายงานอุบัติการณ์ของประเทศ (National Reporting and Learning System: NRLS) โดยบูรณาการข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ขององค์กรกับภาพรวมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาเชิงระบบของประเทศ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (2) องค์กรมีกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิผลและเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อป้องกันอันตรายและสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน:
- (i) มีกระบวนการบริหารความเสี่ยง ซึ่งประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง⁹² การวิเคราะห์ระดับความเสี่ยง จากโอกาสที่จะเกิดและความรุนแรง/ผลที่จะตามมา การกำหนดมาตรการป้องกันและบรรเทาความเสี่ยง และนำไปปฏิบัติ การติดตามและทบทวนความเสี่ยง;
 - (ii) ใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) ที่ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน/เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการความเสี่ยงเชิงรุกและใช้ในการติดตามอย่างต่อเนื่อง ให้เป็นปัจจุบัน ที่ส่งเสริมความเป็นปัจจุบันและพลวัตในการจัดการความเสี่ยง.

⁹² การระบุความเสี่ยง ควรครอบคลุมความเสี่ยงเชิงกลยุทธ์ ความเสี่ยงจากการดำเนินงานและการเงิน รวมถึงความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(3) องค์กรกำหนดและนำกลยุทธ์ความปลอดภัย⁹³ ที่มีหลักฐานอ้างอิงและเหมาะสมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและจัดบริการสุขภาพ⁹⁴:

- (i) คำแนะนำตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชนของประเทศไทย (Thailand Patient, Personnel, and People Safety Goals⁹⁵);
- (ii) คำแนะนำขององค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง;

⁹³ กลยุทธ์ความปลอดภัย องค์กรสามารถศึกษา Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 ซึ่งองค์การอนามัยโลกเชิญชวนประเทศสมาชิกทั่วโลกบูรณาการแนวทางสู่การปฏิบัติโดยมีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

⁹⁴ การดูแลผู้ป่วยและการจัดบริการสุขภาพ ตัวอย่างเช่น กระบวนการระบุตัวผู้ป่วยในทุกขั้นตอนการรักษอย่างเป็นระบบ มาตรการป้องกันความเสี่ยงจากการวินิจฉัยโรค การตรวจวินิจฉัยและการรายงานผลการตรวจ คำแนะนำที่ ให้การดูแลที่ ให้การละเว้นการดูแล การหกล้ม การปกป้องผู้ใช้บริการที่เปราะบาง การหลบหนีจากบริการ การรักษา การใส่ยา การผ่าตัดและหัตถการรุกราน การใช้เลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด การระบุและถ่ายโอนตัวอย่างทางชีวภาพ

⁹⁵ Thailand Patient, Personnel, and People Safety Goals หมายถึง เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชนของประเทศไทย ที่กำหนดโดยคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย ประกอบด้วยหัวข้อหลัก Patient Safety: S-Safe Surgery, I-Infection Prevention & Control, M-Medication and Blood Safety, P-Process of care, L-Line, Tube and Catheter & Laboratory, E- Emergency Response, Personnel Safety: S-Security of Information and Social Media, I-Infection Exposure, M-Mental Health and Mediation, P- Process of Work, L- Lane and Legal, E- Environment Safety, และ People Safety: S-Social Responsibilities, I-Information System Management, M-Medication and Product Safety, P-Process Strengthening for Health Promotion and People Safety, L- Law and Life, E-Emergency Response

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (iii) คำแนะนำที่มีหลักฐานอ้างอิงอื่นๆ เช่น ความท้าทายระดับโลกเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (WHO Global Patient Safety Challenges), ฎบัตรเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (WHO Patient Safety Rights Charter), และกฎบัตรเรื่องความปลอดภัยของบุคลากร (WHO Charter on Health Worker Safety) ที่เผยแพร่ โดยองค์การอนามัยโลก.
- (4) องค์กรใช้กระบวนการจัดการอุบัติการณ์ (incident management) ที่ทันเวลาและได้ผล โดยกระบวนการประกอบด้วย:
- (i) การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ ครอบคลุมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร หรือผู้มาเยือน;
 - (ii) การตรวจสอบ สืบค้น วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (root cause analysis) และตอบสนองต่ออุบัติการณ์;
 - (iii) การตอบสนองต่ออุบัติการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย⁹⁶ ด้วยการวิเคราะห์เชิงระบบ โดยมุ่งเน้นไปที่กระบวนการและปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ และการเรียนรู้เพื่อหาวิธีการป้องกันการเกิดซ้ำในอนาคต;
 - (iv) การเปิดเผยข้อมูล (provide open disclosure) เกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์นั้นตามความเหมาะสม⁹⁷ โดยผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือมีบทบาทหน้าที่;

⁹⁶ **อุบัติการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety incident)** หมายรวมถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event) หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย และเหตุเกือบพลาด (near miss incident) และความผิดพลาดในกระบวนการดูแลที่ไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายใดๆ ต่อผู้ป่วย

⁹⁷ องค์ประกอบของการเปิดเผยข้อมูลอย่างเปิดเผยอาจประกอบด้วย การขอโทษหรือแสดงความเสียใจ การอธิบายข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ซึ่งครอบคลุมครอบครัว ญาติและผู้ดูแล เล่าประสบการณ์ของตน และคำอธิบายขั้นตอนที่ดำเนินการเพื่อจัดการกับเหตุการณ์และป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (v) การฝึกอบรมบุคลากรเรื่องการระบุความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์ สาเหตุเชิงระบบ และวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติการณ์;
 - (vi) การสนับสนุนและช่วยเหลือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย⁹⁸ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ.
- (5) องค์กรประเมิน พัฒนา เรียนรู้ และรายงานผลการดำเนินงานเรื่องความเสี่ยงและความปลอดภัย:
- (i) การประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาและเรียนรู้;
 - (ii) การรายงานผลการระบุ การจัดการ และการบรรเทาความเสี่ยง รวมถึงบทเรียนที่ได้รับ ต่อคณะกรรมการกำกับดูแลอย่างสม่ำเสมอ;
 - (iii) การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยทั่วทั้งองค์กรและนำมาปรับปรุงเพื่อสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยในองค์กร.

⁹⁸ การสนับสนุนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ เช่น กระบวนการที่ไม่เลือกปฏิบัติ ให้โอกาสในการสรุปเหตุการณ์หลังเกิดเหตุการณ์ และให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์เกิดขึ้นซ้ำ โดยไม่ต้องกลัวการถูกตำหนิหรือการแก้แค้น การช่วยเหลือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์คือการดูแลบุคลากรที่อาจได้รับอันตรายทางจิตใจ หรือเป็น “เหยื่อรายที่สอง” (second victim)

ข. ข้อกำหนดจำเพาะ (Specific Requirements)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงที่ดำเนินการแบบบูรณาการกับระบบงานที่เป็นความเสี่ยงสำคัญอย่างมีประสิทธิภาพดังนี้:

- (1) การจัดการความปลอดภัยและอาชีวอนามัย/โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร; (เชื่อมโยง I-5.1 ข).
- (2) การจัดทำพื้นที่เพียงพอ พร้อมการบำรุงรักษา การทำความสะอาด และการตรวจสอบสถานพยาบาลตามแผน เพื่อให้การให้บริการมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ; (เชื่อมโยง II-3).
- (3) การตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาและเปลี่ยนเครื่องมืออุปกรณ์อย่างเป็นระบบและวางแผนไว้ โดยมีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการใช้งานเพื่อสนับสนุนการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ; (เชื่อมโยง II-3).
- (4) กระบวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมกับบริการสุขภาพที่องค์กรจัด; (เชื่อมโยง II-4).
- (5) การจัดการเวชระเบียน และข้อมูลของผู้ป่วย; (เชื่อมโยง II-5).
- (6) การจัดการยา (ครอบคลุมการจัดหา การจัดเก็บ การส่งจ่ายยา การผสมยา การจ่ายยา และการบริหารยา) การตรวจสอบความถูกต้องของยาและการกำจัดยาอย่างปลอดภัย; (เชื่อมโยง II-6).
- (7) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย. (เชื่อมโยง II-10).

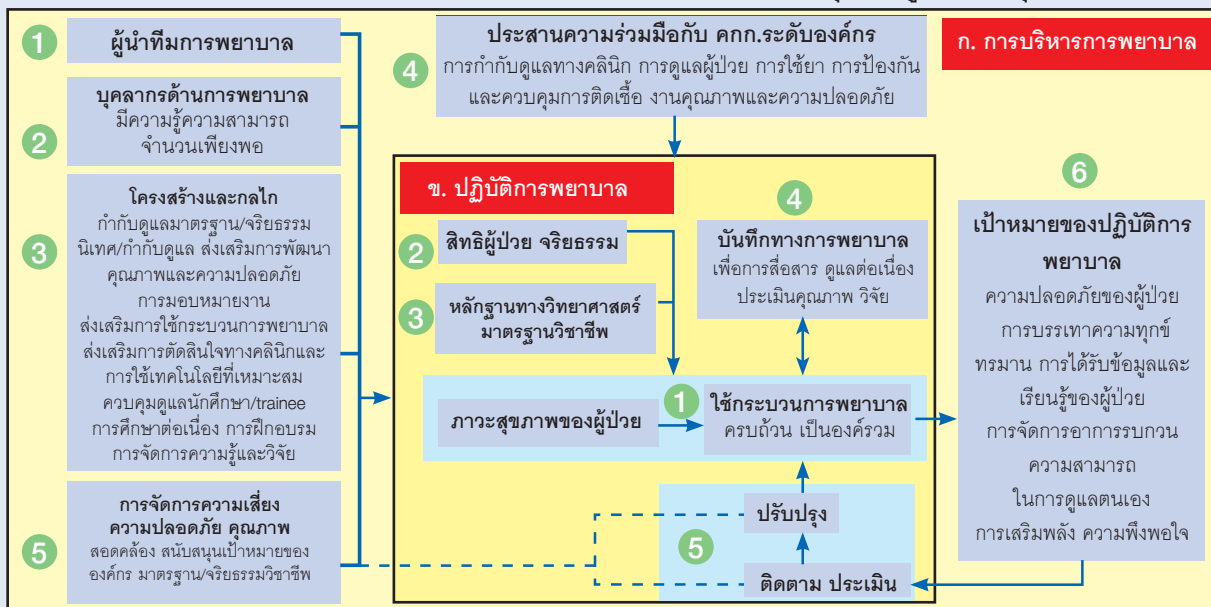
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 2

การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (Professional Governance)

II – 2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing Governance)

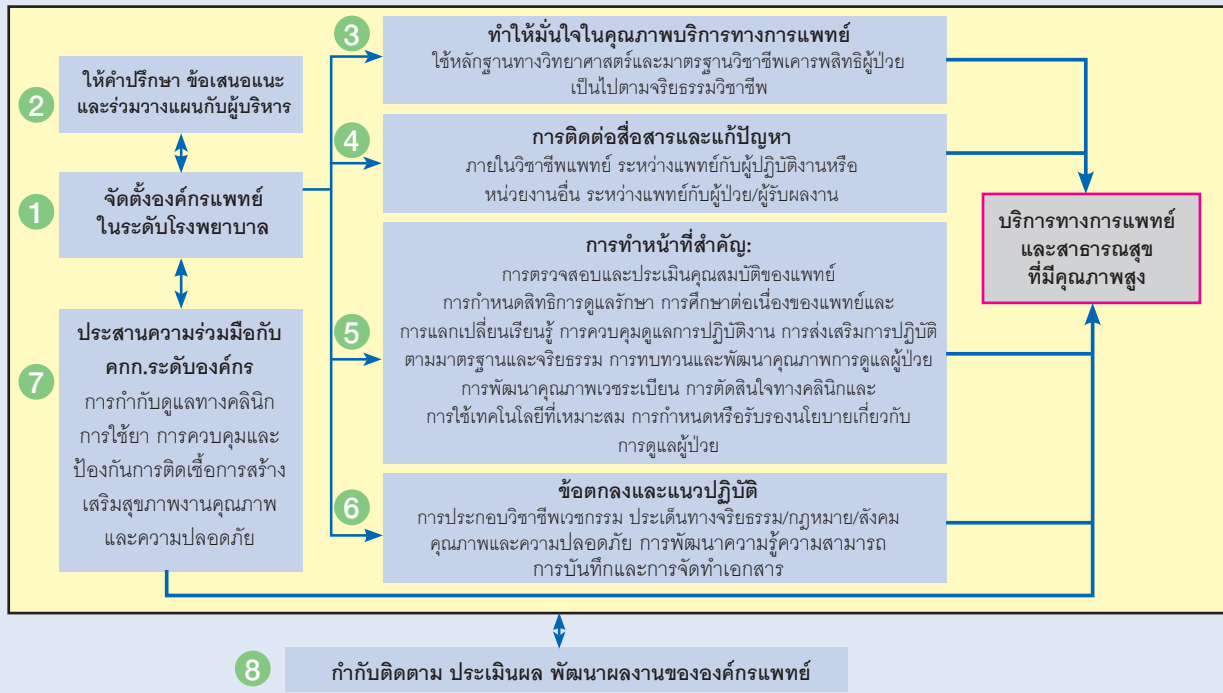
องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่ามีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II - 2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์ (Medical Staff Governance)

องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่าองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.



II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing Governance)

องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่ามีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

ก. การบริหารการพยาบาล (Nursing Administration)

- (1) ผู้นำสูงสุดและผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์เพียงพอ ทั้งในด้านการบริหาร⁹⁹ และการปฏิบัติการพยาบาล.

⁹⁹ เช่น การนำด้วยวิสัยทัศน์ การเป็นโค้ช การมีทักษะการสื่อสารที่ดี การมีทักษะการสร้างสัมพันธ์ที่ดี การวางแผนความสำเร็จขององค์กร ความเป็นมืออาชีพในวิชาชีพการพยาบาล การสร้างเครือข่ายและเสริมพลังชุมชน ความเป็นนานาชาติ การให้การสนับสนุน เป็นต้น

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (2) องค์กรมีระบบบริหารการพยาบาลที่ทำให้เชื่อมั่นว่าจะมีบุคลากรด้านการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ¹⁰⁰ และจำนวนเพียงพอ¹⁰¹ เหมาะสมกับบริการที่องค์กรจัดให้มี โดยครอบคลุมทั้งบุคลากรขององค์กรและผู้ปฏิบัติงานที่มาจากภายนอก.
- (3) องค์กรมีระบบบริหารการพยาบาลที่มีโครงสร้างและกลไกการทำงานที่สำคัญต่อไปนี้ได้อย่างได้ผล:
 - (i) การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;
 - (ii) การนิเทศ กำกับดูแล และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและบุคลากร;
 - (iii) การมอบหมายงานที่เหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบ;

¹⁰⁰ การทำให้เชื่อมั่นด้านความรู้ความสามารถ หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อให้มีบุคลากรทางการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ และทักษะเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน เช่น การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติและสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับลักษณะงานที่มอบหมาย การกำหนดขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ การส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่อง และการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นต้น

¹⁰¹ การสร้างความมั่นใจด้านความเพียงพอ หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อให้มีบุคลากรทางการพยาบาลในจำนวนที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และบุคลากรปลอดภัย เช่น การกำหนดหลักเกณฑ์/แนวทางการจัดอัตรากำลังอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยตามความหนักเบาหรือระดับความต้องการดูแล (patient acuity) แนวทางการบริหารจัดการอัตรากำลังในภาวะฉุกเฉิน การบริหารจัดการให้มีบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนอัตรากำลังระยะสั้น ระยะยาว ที่สอดคล้องกับนโยบาย พันธกิจ หรือกลยุทธ์องค์กร เป็นต้น

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (iv) การส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วย;
 - (v) การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;
 - (vi) การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษา และพยาบาลที่อยู่ในช่วงเวลาการฝึกอบรมในโรงพยาบาล;
 - (vii) การจัดการศึกษาต่อเนื่องตามข้อกำหนดของสภาวิชาชีพ การวางแผนพัฒนาบุคลากรเพื่อสนับสนุนพันธกิจ และกลยุทธ์องค์กร การฝึกอบรมก่อนและระหว่างประจำการ เพื่อให้มั่นใจว่าบุคลากรทางการพยาบาล มีความรู้ทักษะและความพร้อมในการให้บริการ รวมถึงการจัดการความรู้และส่งเสริมการศึกษาวิจัย.
- (4) องค์กรมีระบบบริหารการพยาบาลที่ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลทางคลินิก การดูแลผู้ป่วย การใช้ยา การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ งานคุณภาพและความปลอดภัย.
- (5) องค์กรมีการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ที่สอดคล้องและสนับสนุนเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ขององค์กร และมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ.
- (6) องค์กรมีการประเมินการบรรลุเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาล ในองค์ประกอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การบรรเทาความทุกข์ทรมาน การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้ป่วย การจัดการอาการรบกวนความสามารถในการดูแลตนเอง การเสริมพลัง ความพึงพอใจ และนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุง/พัฒนา ระบบบริหารการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง.

ข. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practices)

- (1) ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคมของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน โดยมีการประสานการทำงานเป็นทีมร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และครอบครัว ตลอดจนวางแผนให้การดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานได้รับบริการที่มีคุณภาพสูง ครอบคลุม รอบด้านและครบถ้วน และเป็นองค์รวม.
- (2) ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ.
- (3) ให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานของวิชาชีพการพยาบาลที่ทันสมัย.
- (4) บันทึกและรายงานทางการพยาบาลแสดงถึงการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่อง เป็นประโยชน์ในการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการพยาบาล และการวิจัย.
- (5) มีการติดตามประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง.

II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์ (Medical Staff Governance)

องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่าองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

- (1) องค์กรจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาล เพื่อให้ทำให้เชื่อมั่นว่าจะให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ.
- (2) องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนกับผู้บริหารเกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก และการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง.
- (3) องค์กรแพทย์สร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการแพทย์อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ มาตรฐานวิชาชีพ เคารพในสิทธิผู้ป่วย และเป็นไปตามจริยธรรมวิชาชีพ.
- (4) องค์กรมีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหา ทั้งภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงาน/หน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน อย่างได้ผล.
- (5) องค์กรแพทย์ทำหน้าที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีมาตรฐาน รอบด้านและครบถ้วน และเป็นองค์กรรวมดังนี้:
 - (i) การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์;
 - (ii) การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความรู้ ความชำนาญ/เชี่ยวชาญ;

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (iii) การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์¹⁰² และการพัฒนาความรู้ต่อเนื่องทางวิชาชีพ ตามที่องค์กรวิชาชีพแนะนำ;
 - (iv) การให้คำแนะนำ ปรีกษา และ/หรือควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ แพทย์ที่อยู่ขณะการฝึกอบรม แพทย์จบใหม่ และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ;
 - (v) การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;
 - (vi) การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพื่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค การตัดสินใจทางคลินิก การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การปฏิบัติโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ การคาดการณ์และจัดการความเสี่ยง และการดูแลที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง;
 - (vii) การส่งเสริมให้แพทย์มีบทบาท และเป็นผู้นำในการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย;
 - (viii) การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน;
 - (ix) การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิก และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;
 - (x) การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย.
- (6) องค์กรแพทย์มีข้อตกลงและแนวปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ที่ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ ครอบคลุมประเด็น:
- (i) การประกอบวิชาชีพเวชกรรม;

¹⁰² การศึกษาต่อเนื่อง ครอบคลุมการบูรณาการ เรื่อง Continuing Professional Development ในกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องที่กำหนด โดยศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ (ศ.น.พ.)

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

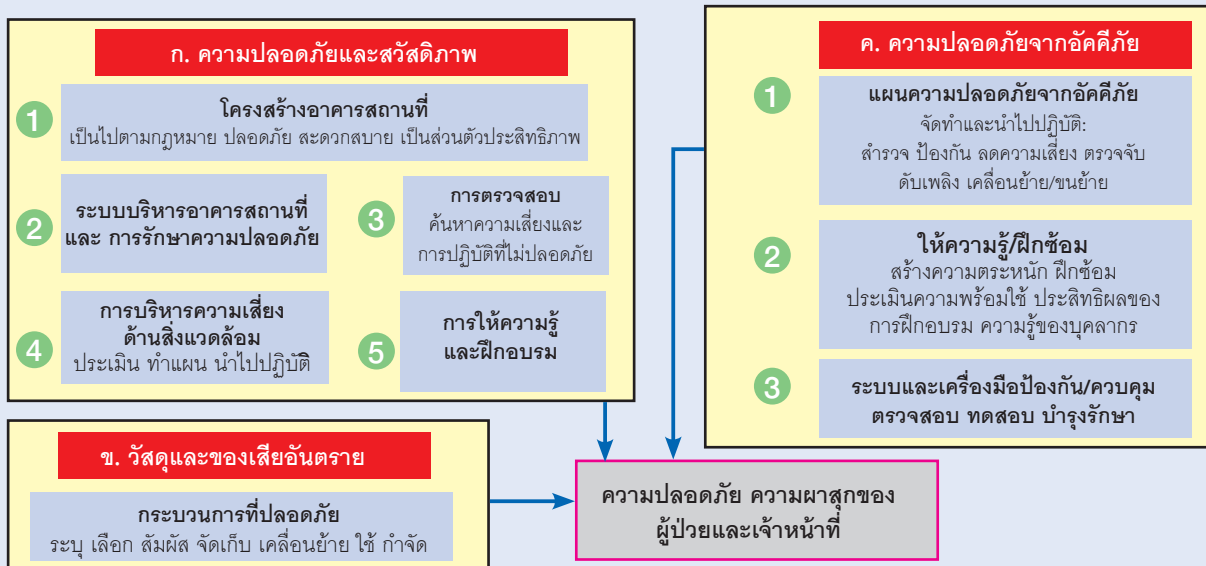
- (ii) ประเด็นทางจริยธรรม/กฎหมาย/สังคม;
 - (iii) คุณภาพและความปลอดภัย;
 - (iv) การพัฒนาความรู้ความสามารถ;
 - (v) การบันทึกและการจัดทำเอกสาร.
- (7) องค์กรแพทย์ประสานความร่วมมือ กับคณะกรรมการระดับองค์กรที่มีหน้าที่ออกแบบและกำกับดูแลภาพรวมของการพัฒนาระบบการดูแลทางคลินิก และระบบงานสำคัญ เช่น การกำกับดูแลทางคลินิก คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การส่งเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย
- (8) องค์กรแพทย์มีการกำกับติดตามและประเมินผลงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง.

II – 3

สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Environment of Care)

II – 3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (Physical Environment and Safety)

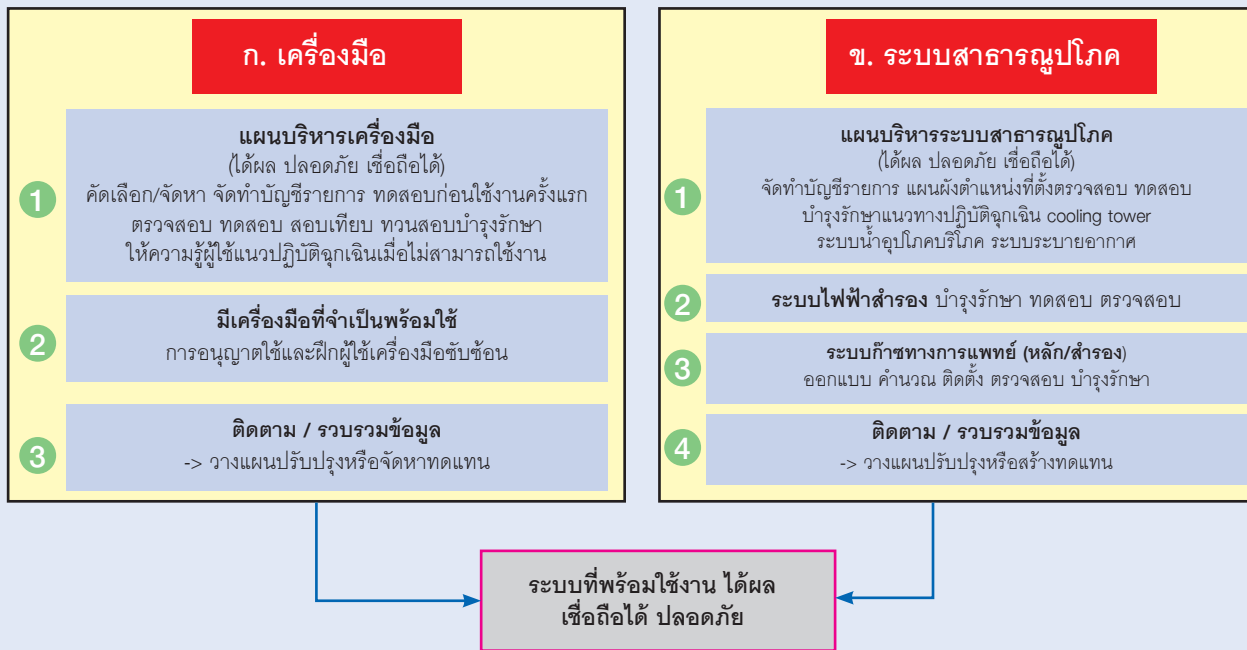
องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่าสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการวัสดุและของเสียอันตราย การป้องกันและควบคุมอัคคีภัย เชื้อต่อความปลอดภัย และสวัสดิภาพของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค (Equipment and Utility System)

องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่ามีระบบเครื่องมือและสาธารณูปโภคที่จำเป็น พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา เพื่อการใช้งานที่ได้ผล เชื่อถือได้ และปลอดภัย.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (Environment for Health Promotion and Environment Protection)

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้สถานพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน.

ก. การสร้างเสริมสุขภาพ

- 1 สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ
- 2 สถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ
- 3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาและสร้างความสัมพันธ์
- 4 การเข้าถึงอาหาร/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- 5 การใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพและคำนึงถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

สถานที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การเรียนรู้ การสร้างความสัมพันธ์ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

- 1 ระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ ศักยภาพ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแล คู่มือ การตรวจคุณภาพน้ำบนที่ก น้ำที่ผ่านการบำบัดมีค่ามาตรฐาน
- 2 ลดปริมาณของเสีย / carbon footprint นำมาใช้ซ้ำ ลดการใช้ แปรรูปลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก
- 3 ระบบกำจัดขยะ ภาชนะรองรับ การแยกขยะ/ขนย้าย/จัดที่พิกขยะ การฝึกอบรม การกำจัดขยะติดเชื้อ/ขยะอันตราย การจัดหา/ตรวจสอบผู้รับช่วง
- 4 พิทักษ์ ปกป้อง ปรับปรุง สิ่งแวดล้อม ร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่น ๆ ประเมินและรับฟังเสียงสะท้อน

II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (Physical Environment and Safety)

องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่าสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการวัสดุและของเสียอันตราย การป้องกันและควบคุม ทัศนียภาพ เอื้อต่อความปลอดภัยและสวัสดิภาพของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน

ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ (Safety and Security)

- (1) โครงสร้างอาคารสถานที่ขององค์กร:
 - (i) เป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่ และมาตรฐานวิชาชีพ;
 - (ii) มีการออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยของอาคารเอื้อต่อความปลอดภัย ความสะดวกสบาย ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และการทำงานที่มีประสิทธิภาพ.
- (2) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบให้กำกับดูแลระบบบริหารอาคารสถานที่ ความปลอดภัย การรักษาความปลอดภัย ติดตามและปรับปรุงระบบดังกล่าวในทุกแง่มุม.
- (3) องค์กรตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมอย่างน้อยทุก 6 เดือนในพื้นที่ที่ให้บริการผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทุกปีในพื้นที่อื่นๆ.
- (4) องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงรุก¹⁰³ นำไปจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและนำสู่การปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงที่พบ ป้องกันการเกิดอันตราย ชำรงไว้ซึ่งสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย บุคลากร และผู้มาเยือน.

¹⁰³ การประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงรุก รวมถึง การประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (5) บุคลากรทุกคนได้รับการฝึกอบรมและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และเอื้อต่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ.

ข. วัสดุและของเสียอันตราย (Hazardous Materials and Waste)

- (1) องค์กรจัดการวัสดุและของเสียอันตราย¹⁰⁴ อย่างปลอดภัย ด้วยการระบุรายการวัสดุและของเสียอันตราย ที่ใช้หรือที่เกิดขึ้น ใช้กระบวนการที่ปลอดภัยในการคัดเลือก สัมผัส จัดเก็บ เคลื่อนย้าย ใช้ และกำจัดวัสดุ และของเสียอันตรายดังกล่าว ให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง.

ค. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย (Fire Safety)

- (1) องค์กรจัดทำแผนความปลอดภัยจากอัคคีภัยและนำไปปฏิบัติ ครอบคลุมประเด็นดังนี้:
- (i) การสำรวจพื้นที่เสี่ยง;
 - (ii) การป้องกัน/การลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย;
 - (iii) การตรวจจับแต่เริ่มแรก;
 - (iv) การดับเพลิง;
 - (v) การเคลื่อนย้าย/ขนย้ายออกจากอาคารอย่างปลอดภัย เมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉิน.

¹⁰⁴ วัสดุและของเสียอันตราย เช่น ยาหมดอายุ ยาเหลือใช้ ยาเคมีบำบัด สารเคมี สารกัมมันตรังสี ขยะติดเชื้อและของมีคม ของเสียที่เป็นพิษ หรือเป็นอันตราย

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (2) องค์กรให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักทั่วทั้งองค์กร และดำเนินการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ:
- (i) มีการค้นหาจุดอ่อนและโอกาสพัฒนา;
 - (ii) มีการประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ;
 - (iii) มีการประเมินประสิทธิผลของการฝึกอบรมและความรู้ของบุคลากรจากการฝึกซ้อมเพื่อรองรับอัคคีภัย.
- (3) องค์กรตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือ ในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย¹⁰⁵ ให้พร้อมใช้งานอย่างสม่ำเสมอ.

¹⁰⁵ ระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย เช่น เครื่องตรวจจับควัน เครื่องแจ้งสัญญาณไฟไหม้ ระบบดับเพลิง (ท่อน้ำ สารเคมี ดับเพลิง ระบบฉีดน้ำ) อุปกรณ์ผจญเพลิง เป็นต้น

II-3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค (Equipment and Utility System)

องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่ามีระบบเครื่องมือและสาธารณูปโภคที่จำเป็น พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา เพื่อการใช้งานที่ได้ผล เชื่อถือได้ และปลอดภัย.

ก. เครื่องมือ (Equipment)

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารเครื่องมือ¹⁰⁶ และนำไปปฏิบัติ เพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ ซึ่งแผนประกอบด้วย:
 - (i) กระบวนการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ;
 - (ii) การจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือที่ครอบคลุมอยู่ในแผน;
 - (iii) การทดสอบสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องมือก่อนใช้งานครั้งแรก;
 - (iv) การตรวจสอบ ทดสอบ การสอบเทียบ การทวนสอบ เพื่อติดตามความเที่ยงตรงของเครื่องมือ และบำรุงรักษาเครื่องมืออย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด;
 - (v) การให้ความรู้แก่ผู้ใช้ การให้คำปรึกษาทางเทคนิคโดยผู้มีความชำนาญ และการฝึกอบรมบุคลากรในการใช้เครื่องมือได้อย่างปลอดภัย;
 - (vi) แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้.

¹⁰⁶ ระบบเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์เสริมตามที่กำหนดใน พ.ร.บ. เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 และฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติม ระบบโปรแกรมสนับสนุนการดูแล เครื่องมือเทคโนโลยีดิจิทัลทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแล รวมถึงการแพทย์ทางไกล และการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (2) องค์กรมีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ได้มาตรฐาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย:
 - (i) เครื่องมือที่ซับซ้อนต้องใช้โดยผู้ที่ได้รับอนุญาตการใช้จากองค์กร;
 - (ii) บุคลากรผ่านการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ.
- (3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลของระบบเครื่องมือ และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการวางแผนปรับปรุงหรือจัดหาทดแทนในระยะยาว.

ข. ระบบสาธารณูปโภค¹⁰⁷ (Utility Systems)

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารระบบสาธารณูปโภคเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย พร้อมใช้ตลอดเวลา และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนนี้ประกอบด้วย:
 - (i) การจัดทำบัญชีรายการองค์ประกอบของระบบสาธารณูปโภค;
 - (ii) แผนผังตำแหน่งที่ตั้งต่างๆ ของระบบสาธารณูปโภค;
 - (iii) การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษา อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด;
 - (iv) แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณูปโภคไม่สามารถใช้งานได้;
 - (v) การดูแลบำรุงรักษาและตรวจสอบฝ้าระวังระบบ Cooling tower และการป้องกันและควบคุมปริมาณเชื้อโรคในระบบน้ำอุปโภค/บริโภค;

¹⁰⁷ ระบบสาธารณูปโภค ได้แก่ ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ ระบบก๊าซที่ใช้ในทางการแพทย์และระบบสุญญากาศ ระบบขนส่งวัสดุอุปกรณ์ ระบบไอน้ำ ระบบติดต่อสื่อสาร ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (vi) ประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศ เพื่อควบคุมการปนเปื้อนในอากาศและการตรวจสอบ¹⁰⁸ อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด.
- (2) องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับก๊าซที่ใช้ทางการแพทย์ให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด¹⁰⁹ โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ.
- (3) องค์กรจัดให้มีระบบก๊าซทางการแพทย์ ทั้งระบบหลัก และระบบสำรองต้องได้รับการออกแบบ คำนวณติดตั้ง และตรวจสอบที่ถูกต้องตามมาตรฐาน และต้องเพียงพอต่อการให้บริการ รวมทั้งการดูแล และบำรุงรักษาระบบจะต้องได้รับการตรวจสอบที่เหมาะสมได้มาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ¹¹⁰
- (4) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขป้อน เพื่อใช้วางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน

¹⁰⁸ ควบคุมการปนเปื้อนในอากาศและการตรวจสอบ เช่น ห้องควบคุมการติดเชื้อ ห้องสะอาดปราศจากเชื้อ ห้องความดันบวก ห้องความดันลบ เป็นต้น

¹⁰⁹ จุดบริการที่จำเป็นต้องมีไฟฟ้าสำรอง ได้แก่ ระบบเตือนภัย ไฟทางออก ป้ายบอกทางออก ระบบสื่อสารฉุกเฉิน ที่เก็บเลือด/กระดุก/เนื้อเยื่อ/ยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ ห้องฉุกเฉิน ลิฟต์ (มีอย่างน้อย 1 ตัวสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้) เครื่องอัดอากาศทางการแพทย์ ระบบสุญญากาศจุดที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ห้องผ่าตัด ห้องพักรฟื้น ห้องคลอด หน่วยทารกแรกเกิด

¹¹⁰ ต้องมีการตรวจสอบคุณภาพของก๊าซทางการแพทย์เป็นระยะโดยเฉพาะก๊าซทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลผลิตขึ้นใช้เอง เช่น อากาศทางการแพทย์ เป็นต้น

II-3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (Environment for Health Promotion and Environment Protection)

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้สถานพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพะแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน.

ก. การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

- (1) องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพะ การเยียวยา และการสร้างสัมพันธ์ภาพ สำหรับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานครอบครัว บุคลากร และผู้มาเยือน.
- (2) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ.
- (3) องค์กรส่งเสริมการเข้าถึง การบริโภค อาหาร/ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงวิถีชีวิต และไม่มีค่าใช้จ่ายหน่วยผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ.
- (4) องค์กรส่งเสริมการเข้าถึง การบริโภค อาหาร/ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงชีวิต และไม่มีค่าใช้จ่ายหน่วยผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ
- (5) องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่อันตรายต่อสุขภาพ และคำนึงถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม.

ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (Environment Protection)

- (1) องค์กรมีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ:
 - (i) มีศักยภาพในการบำบัดเหมาะสมกับปริมาณน้ำทิ้ง;
 - (ii) มีการดูแลรักษาระบบโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม;
 - (iii) มีคู่มือกำหนดมาตรฐานขั้นตอนและวิธีปฏิบัติงานควบคุมดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย;
 - (iv) มีการตรวจคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดตามที่กฎหมายกำหนด¹¹¹;
 - (v) มีการบันทึกและรายงานผลการดำเนินงานของระบบบำบัดน้ำเสีย¹¹²;
 - (vi) น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดในช่วงเวลาที่ระบบรับภาระมากที่สุดมีค่ามาตรฐานตามที่หน่วยราชการ.
- (2) องค์กรจัดการเพื่อลดปริมาณของเสีย/คาร์บอนฟุตพริ้นท์:
 - (i) จัดให้มีระบบการนำมาใช้ซ้ำ (reuse);
 - (ii) การลดปริมาณการใช้ (reduction);
 - (iii) การแปรรูป (recycle);

¹¹¹ กฎหมายกำหนดมีการจัดการน้ำเสียได้มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามที่กฎหมายกำหนด (ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม)

¹¹² การบันทึกและรายงานผลการดำเนินงานของระบบบำบัดน้ำเสีย ตามมาตรา 80 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (iv) การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกทั้งทางตรงและทางอ้อม¹¹³
- (3) องค์กรมีระบบและวิธีการกำจัดขยะมูลฝอยทุกประเภท ที่ถูกสุขลักษณะและถูกต้องตามกฎหมาย:
- (i) มีภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสม และเพียงพอ;
 - (ii) มีกระบวนการแยกรับ/ขนย้าย/จัดที่พัก สำหรับขยะทั่วไป/ขยะติดเชื้อ/ขยะอันตราย ที่รัดกุม;
 - (iii) มีการฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี;
 - (iv) มีกระบวนการในการกำจัดขยะทั่วไป ขยะมูลฝอยติดเชื้อ และขยะมูลฝอยที่เป็นพิษ/อันตราย อย่างเหมาะสม;
 - (v) มีกระบวนการจัดหา/ตรวจสอบผู้รับช่วง การกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ และขยะมูลฝอยที่เป็นพิษ/อันตราย ที่เหมาะสม.
- (4) องค์กรร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ดำเนินการพิทักษ์ปกป้องและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ประเมินและรับฟังเสียงสะท้อนในการกำจัดของเสียของโรงพยาบาลที่มีผลกระทบต่อชุมชน.

¹¹³ การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม การจัดการที่ใส่ใจในการลดคาร์บอน (low-carbon care) ติดตามและจัดการการใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ ลดการใช้บริการสุขภาพและการดูแลที่เกินจำเป็น (reduce overuse of health and care services) การมุ่งเน้นการดูแลเชิงป้องกัน การประสานการดูแลเพื่อลดจำนวนการนัดของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ การลดการส่งตรวจทดสอบที่เกินจำเป็น การลดการทำหัตถการ/กิจกรรมการดูแลที่สิ้นเปลือง

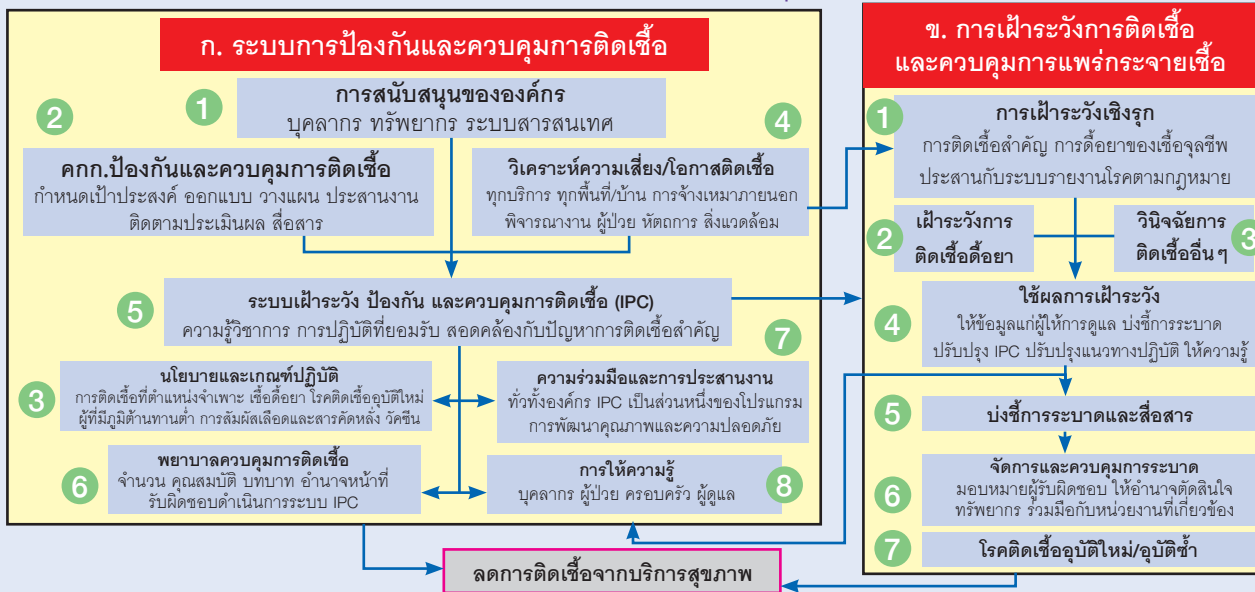
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 4

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control)

II – 4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control Program)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ มีการประสานงานที่ดี และมีประสิทธิภาพ เพื่อลดการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention Practices)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อการป้องกันและลดการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.



II-4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control Program)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ มีการประสานงานที่ดี และมีประสิทธิภาพ เพื่อลดการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.

ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control Program)

- (1) ผู้นำองค์กรสนับสนุนระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยจัดให้มีบุคลากรที่มีความสามารถ¹¹⁴ มีทรัพยากรเพียงพอ และมีระบบสารสนเทศที่ทันสมัยรองรับการทำงาน.
- (2) องค์กรจัดให้มีคณะกรรมการที่ประกอบด้วยสมาชิกวิชาชีพที่สอดคล้องกับภารกิจด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่น แพทย์¹¹⁵ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นักระบาดวิทยา และนักจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อเป็นกลไกดำเนินงานและประสานงานกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โดยให้ทำหน้าที่ต่างๆ ดังนี้:

¹¹⁴ ผู้นำควรสร้างเสริมความสามารถของบุคลากร โดยสนับสนุนให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้อง ได้รับการอบรมหรือศึกษาด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรดังกล่าวมีความรู้ เข้าใจและสามารถร่วมกันพัฒนาและวางระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้

¹¹⁵ แพทย์ ควรเป็นแพทย์ที่รับผิดชอบเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวจากการปฏิบัติหรือการศึกษาข้อมูลวิชาการ ควรได้รับการฝึกอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อโดยเฉพาะการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมที่จัดขึ้นโดยองค์กรมาตรฐาน และควรมีการฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอ.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (i) กำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ มาตรการ ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ;
 - (ii) ออกแบบ/กำกับดูแลระบบเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ;
 - (iii) วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ;
 - (iv) สรุปผลการดำเนินการและสื่อสารกับทุกภาคส่วนในองค์กรเพื่อนำมาปรับปรุงนโยบายและแนวทางปฏิบัติ เพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล.
- (3) องค์กรกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นลายลักษณ์อักษร ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้:
- (i) การติดเชื้อที่ตำแหน่งจำเพาะ/อุปกรณ์จำเพาะ¹¹⁶ ;
 - (ii) มาตรการเพื่อจัดการและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา¹¹⁷ รวมถึงมีมาตรการกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพให้เป็นไปอย่างเหมาะสม ตามแนวทางในข้อ II-6.1 ก (5);
 - (iii) มาตรการรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อุตุนิซ้า;
 - (iv) การดูแลและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ;

¹¹⁶ ตำแหน่งจำเพาะ/อุปกรณ์จำเพาะ เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการใช้สายสวนหลอดเลือดชนิดต่างๆ การติดเชื้อในกระแสเลือด และการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์ต่างๆ ที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร

¹¹⁷ องค์กรประกอบหลักของการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา ได้แก่ การเฝ้าระวังและติดตามอัตราการพบเชื้อดื้อยา การแยกผู้ป่วยตามกลไกการแพร่กระจายเชื้อรวมทั้งการทำความสะอาดมืออย่างถูกต้อง การกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย และระบบบริหารจัดการแบบสหสาขาวิชาชีพ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (v) การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในระหว่างปฏิบัติงาน การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง หรือโรคติดต่อ เช่น วัณโรคและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และมีมาตรการที่ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อในวงกว้าง (ในกรณีเป็นโรคที่ระบอบได้ง่าย);
 - (vi) การให้บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามมาตรฐานที่แนะนำโดยองค์การวิชาชีพ.
- (4) องค์กรวิเคราะห์ความเสี่ยง/โอกาสเกิดการติดเชื้อที่ครอบคลุมทุกบริการและทุกพื้นที่ ที่มีผลต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และบุคลากร โดยคำนึงถึงลักษณะของงาน ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย หัตถการ โครงสร้างสิ่งแวดล้อม และบุคลากร การวิเคราะห์ครอบคลุมถึงหน่วยงานจ้างเหมาบริการจากภายนอก การติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา และครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการใส่คาอูปรณ์เครื่องมือแพทย์กลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน.
- (5) องค์กรออกแบบระบบและแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ บริการ และกลุ่มเป้าหมายทั้งในผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และบุคลากร บนพื้นฐานของความรู้วิชาการ
- (6) องค์กรมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control Nurse: ICN) แบบเต็มเวลา อย่างน้อยหนึ่งคน¹¹⁸ โดย ICN ควรมีจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาลตามสัดส่วนที่กำหนด ทำหน้าที่รับผิดชอบ การดำเนินการระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ผู้ทำหน้าที่นี้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ผ่านการศึกษา ฝึกอบรม และการปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ ตลอดจนสอดคล้องกับปัญหาการติดเชื้อสำคัญขององค์กร ประสบการณ์

¹¹⁸ กรณีโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัด สามารถใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาในช่วงเปลี่ยนผ่านที่ต้องแสดงให้เห็นถึงแนวทางปฏิบัติ แผนการพัฒนา และการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

มีการกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบที่ชัดเจน ให้สามารถใช้มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษาเมื่อรับรู้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วย/บุคลากรของโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ.

- (7) ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยซึ่งมีความร่วมมือและการประสานงานที่ดีภายในทั่วทั้งองค์กร ร่วมกับพันธมิตร ผู้ป่วย และครอบครัว.
- (8) องค์กรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากร แพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยองค์กรทำให้มั่นใจได้ว่าบุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักและมีการปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเป็นวัฒนธรรม.

ข. การเฝ้าระวังการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ (Infection Surveillance and Control)

- (1) องค์กรเฝ้าระวังการติดเชื้อจากบริการสุขภาพในเชิงรุกจากลำดับความสำคัญที่ระบุไว้ โดยใช้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐาน วิธีการเฝ้าระวังและการวิเคราะห์ซึ่งเป็นที่ยอมรับทางวิชาการและสอดคล้องกับบริบทขององค์กร ครอบคลุมตลอดภาวะต่อเนื่องของการดูแล กำหนดระบบการเฝ้าระวังหลังจำหน่ายที่มีความเหมาะสมกับบริบท และประสานกับผู้รับผิดชอบในระบบรายงานโรคตามที่กฎหมายกำหนด.
- (2) องค์กรมีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อดี้อย่า รวมทั้งมีระบบการติดตามแบบแผนการติดยาของเชื้อจุลชีพ.
- (3) องค์กรมีกระบวนการในการวินิจฉัยและยืนยันเมื่อสงสัยการติดเชื้อจากบริการสุขภาพอย่างรวดเร็ว สำหรับผู้ป่วยที่ซึ่งไม่ได้มีระบบการเฝ้าระวังไปข้างหน้าในข้อ (1).

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) องค์กรใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อบ่งชี้การระบาด ปรับปรุงระบบการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติและป้องกันการติดเชื้อในลักษณะเดียวกัน และเพื่อให้ความรู้แก่บุคลากร.
- (5) องค์กรจัดทำแนวทางการบ่งชี้การระบาดของโรคหรือเชื้อก่อโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และนำไปปฏิบัติ มีการระบุการระบาดในลักษณะของบุคคล สถานที่ เวลา การนำแนวทางไปปฏิบัติ และสื่อสารข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.
- (6) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบพร้อมด้วยทรัพยากรและอำนาจตัดสินใจที่เพียงพอ เพื่อบริหารจัดการและควบคุมการระบาด โดยร่วมมือกับหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้อง.
- (7) องค์กรมีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกำหนดวิธีการในการรับรู้สถานการณ์โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่เป็นระบบและเชื่อมโยงกับหน่วยงานสาธารณสุขภายนอก และชุมชน และมีการสื่อสารภายในองค์กรได้ทันต่อสถานการณ์.

II-4.2 การปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention Practices)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อการป้องกันและลดการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.

ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป (General Infection Prevention Practices)

(1) องค์กรมีการจัดทำระเบียบ/แนวทางปฏิบัติในการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อและนำไปปฏิบัติ ดังนี้:

- (i) การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ จากผู้ป่วยสู่ผู้ป่วย บุคลากร ญาติ และสิ่งแวดล้อม (isolation precautions) ซึ่งประกอบด้วย Standard Precautions และ Transmission-based precautions¹¹⁹ ;
- (ii) การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ สำหรับอุปกรณ์ที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้

¹¹⁹ **Standard Precautions** หมายถึง ชุดของการปฏิบัติพื้นฐานเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกราย ไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะมีการติดเชื้อหรือมีอาการหรือไม่ อาทิ การทำความสะอาดมือ (hand hygiene) การใช้เสื้อผ้าและอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เมื่อคาดว่าจะมีการสัมผัสแหล่งโรค การป้องกันการถูกเข็มหรือวัสดุมีคมอื่นที่มิดำ สุขอนามัยเกี่ยวกับการไอจาม การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การจัดการเสื้อผ้าและเครื่องนอนผู้ป่วย การจัดการขยะ การจัดการเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ส่วน Transmission-based precautions แบ่งออกเป็น Contact, Droplet, Vector และ Airborne transmission

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (iii) การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวแต่มีราคาแพงหรือจัดหาได้ยากกลับมาใช้ใหม่ (ถ้าสามารถนำมาใช้ได้)¹²⁰;
 - (iv) การควบคุมการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อเครื่องมือแพทย์ที่สถานพยาบาลยืมจากบริษัทผู้ผลิต (loaner instrument).
- (2) องค์กรมีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ดังนี้:
- (i) การก่อสร้างและปรับปรุงพื้นที่ภายในองค์กร ต้องมีการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อและผลกระทบอื่นที่เกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง แล้ววางมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น;
 - (ii) องค์กรจัดโครงสร้างอาคารสถานที่ วางระบบการควบคุมสภาพแวดล้อม ระบบระบายอากาศ และระบบสาธารณสุขโดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสม¹²¹ และบำรุงรักษาอาคารสถานที่ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค;

¹²⁰ การใช้งานเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ซ้ำอาจทำได้ภายใต้เงื่อนไขที่สอดคล้องกับคำแนะนำการใช้งานจากผู้ผลิตและมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ การจัดการครอบคลุมถึง การกำหนดชนิดของวัสดุอุปกรณ์ที่อนุญาตให้ใช้งานซ้ำได้ จำนวนครั้งสูงสุดที่จะใช้ซ้ำได้ ลักษณะทางกายภาพที่บ่งชี้ว่าวัสดุอุปกรณ์นั้นไม่ควรนำมาใช้ซ้ำแล้ว กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อและกระบวนการทำความสะอาดวัสดุอุปกรณ์นั้น ระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้งานวัสดุอุปกรณ์นั้น

¹²¹ การควบคุมสภาพแวดล้อม เช่น ห้องแยกระบบความดันอากาศเป็นบวก (positive pressure room) ห้องแยกผู้ป่วยโรคที่แพร่เชื้อทางอากาศ (Airborne infection isolation room: AIIR) การจัดระบบระบายอากาศและปรับอากาศ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (iii) องค์กรจัดให้มีพื้นที่แยกโรค (zoning) และเส้นทางการเคลื่อนย้าย (patient flow) สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคที่อาจจะมีการแพร่ระบาดได้ง่าย;
 - (iv) องค์กรแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน;
 - (v) การทำความสะอาดพื้นผิวของอาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยด้วยความเหมาะสม เช่น กรณีนี้อุปกรณ์ผู้ป่วยที่ต้องมีความเข้มงวดในการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเป็นพิเศษ¹²².
- (3) มีการระบุพื้นที่ทำงานที่ต้องใส่ใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามมาตรการที่กำหนด โดยพื้นที่ควรให้ความสำคัญ¹²³

ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ (Specific Infection Prevention Practices)

- (1) มีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำ การติดเชื้อในกระแสเลือด

¹²² การทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเป็นพิเศษ ทำความสะอาดพื้นผิวด้วยน้ำยาฆ่าเชื้ออย่างถูกต้องตามข้อแนะนำการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อแต่ละชนิด เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อสูงสุด

¹²³ ระบุพื้นที่ทำงานที่ ได้แก่ ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยวิกฤติ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความแออัด หน่วยบริการฉุกเฉิน หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด ผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษาเพียงพอ และผู้ป่วยเด็ก ห้องแยกผู้ป่วยโรคติดเชื้ออันตราย หน่วยงานทันตกรรม หน่วยไตเทียม หน่วยงานเตรียมยา หน่วยให้ยาเคมีบำบัดแบบวันเดย์วอล์ก หน่วยจ่ายกลาง โรงครัว หน่วยกายภาพบำบัด หน่วย X-ray ห้อง/หน่วยผ่าชั้นสุตรศพ หน่วยซักฟอก

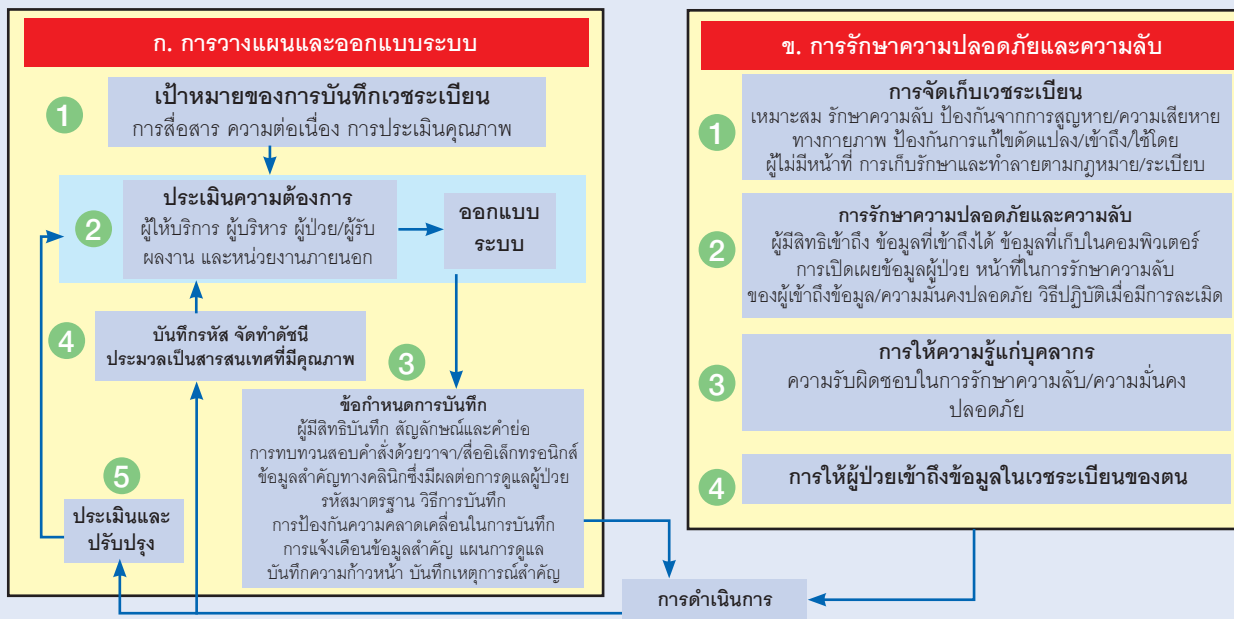
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการใช้สายสวนหลอดเลือดและการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับหัตถการที่สำคัญตามบริบทของพื้นที่ ตามแนวทางปฏิบัติที่องค์กรกำหนด รวมทั้งมีการกำหนดระบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ.

- (2) มีการดำเนินการตามระเบียบปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ.
- (3) มีกระบวนการในการจัดการเชื้อที่ดื้อยาตามองค์ประกอบหลักดังกล่าวข้างต้น และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ โดยมุ่งเน้นการควบคุมเชื้อดื้อยาที่มีผลกระทบสูงต่อภาวะสุขภาพและผลการรักษา เช่น เชื้อดื้อยาที่พบบ่อย มีอัตราการตายสูง.
- (4) มีการดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานพยาบาล และมีการกำหนดระบบการประสานงานการดูแลผู้ป่วยกับเครือข่าย/ชุมชนอย่างเหมาะสม.
- (5) มีแผนปฏิบัติการและมีการซ้อมแผนรับมือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำตามบริบทพื้นที่.
- (6) มีการดำเนินการตามแนวทาง/ขั้นตอนในการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งจากผู้ป่วย หรือเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อจากการทำงานและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน มีการจัดให้บุคลากรได้รับวัคซีนที่จำเป็นตามความเหมาะสม บุคลากรมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อจากบุคลากรผู้ติดเชื้อ.
- (7) มีการดำเนินการดูแลบุคลากรที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ/เสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง (เชื่อมโยง I-5.1 ข.)
- (8) มีการดำเนินการประสานงานเครือข่าย หรือส่งต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อ/เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เพื่อได้รับการดูแลต่ออย่างมีประสิทธิภาพ.

II – 5.1 ระบบเวชระเบียน (Medical Record System)

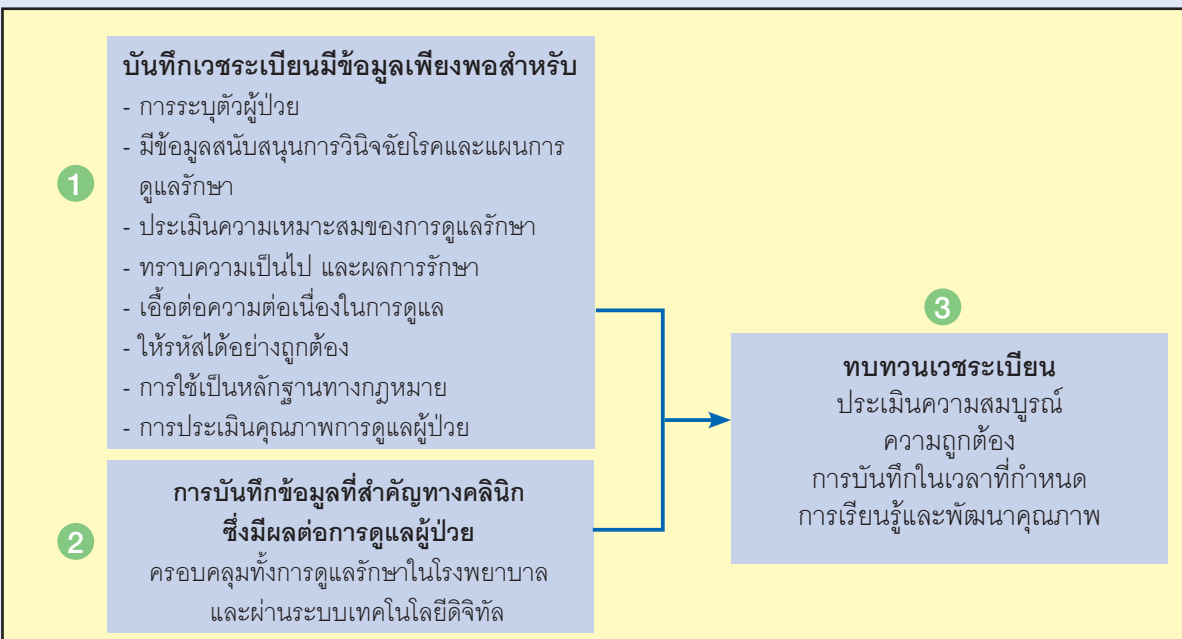
องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่ามีระบบเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพและมั่นคงปลอดภัย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และบุคลากร.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (Patient Medical Record)

องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่าผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย



II-5.1 ระบบเวชระเบียน¹²⁴ (Medical Record System)

องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่ามีระบบเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพและมั่นคงปลอดภัย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และบุคลากร.

ก. การวางแผนและออกแบบระบบ (Planning and Design)

- (1) องค์กรกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกันโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยเป้าหมายครอบคลุม การสื่อสาร ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ.
- (2) องค์กรออกแบบระบบเวชระเบียนเป็นผลจากการประเมินความต้องการของ บุคลากร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง.

¹²⁴ **เวชระเบียน** หมายถึง บันทึกทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วย เอกสารการยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ข้อมูลบ่งชี้เฉพาะของบุคคล การรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ ผลการชันสูตรบาดแผล หรือผลการชันสูตรพลิกศพ ผลการบันทึก รูปภาพหรือเครื่องหมายอื่นใด จากอุปกรณ์เครื่องมือในสถานพยาบาล หรือเอกสารการบันทึกการกระทำใดๆ ที่เป็นการสั่งการรักษา การปรึกษาเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่อื่น การรับผู้ป่วยรักษา ต่อการกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่สถานพยาบาลกำหนดไว้ เอกสารอื่นๆ ที่ใช้ประกอบเพื่อการตัดสินใจทางการแพทย์ เพื่อการประสานงานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเอกสารอื่นใดที่สถานพยาบาลกำหนดไว้ว่าเป็นเอกสารทางเวชระเบียน นอกจากนี้ยังรวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่อดิจิทัล หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR) ซึ่งเป็นรูปแบบของเวชระเบียนที่มีการพัฒนาขึ้นในปัจจุบัน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (3) เวชระเบียนผู้ป่วยมีข้อมูลที่ถูกต้อง สมบูรณ์ เป็นปัจจุบัน และไม่สูญหายง่าย เพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปลอดภัยครอบคลุมการบันทึกเวชระเบียนทางอิเล็กทรอนิกส์¹²⁵ การบันทึกเวชระเบียนควรเป็นไปตามข้อกำหนดต่อไปนี้:
- (i) มีการกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกและปรับแก้ไขในเวชระเบียน;
 - (ii) มีการใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐาน;
 - (iii) มีการรับและทวนสอบคำสั่งการรักษาด้วยวาจา หรือผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์;
 - (iv) มีการใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการที่เป็นมาตรฐาน;
 - (v) มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ระบุวันเวลา แล้วเสร็จในเวลาที่กำหนด และมีการลงนามที่ชัดเจน;
 - (vi) มีการออกแบบการบันทึกเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูลซึ่งครอบคลุมข้อมูลตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น ข้อมูลรูปภาพ ออกแบบการสอบทาน และการลงนามทางอิเล็กทรอนิกส์ ที่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และสื่อสารทำความเข้าใจตรงกันในองค์กร;
 - (vii) มีการแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ;
 - (viii) มีการบันทึกความก้าวหน้า สิ่งที่สังเกตพบ รายงานการให้คำปรึกษา ผลการตรวจวินิจฉัย และแผนการดูแลรักษาที่ทุกวิชาชีพใช้ร่วมกัน;

¹²⁵ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หมายถึง เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งแฟ้มที่ถูกบันทึกข้อมูลบริการ ข้อมูลทางการแพทย์ และข้อมูลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน โดยพื้นฐานแพลตฟอร์มของโรงพยาบาลหรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (ix) เหตุการณ์สำคัญ เช่น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และการตอบสนองต่อการดูแลรักษา รวมถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น¹²⁶.
- (4) ข้อมูลในบันทึกเวชระเบียนได้รับการบันทึกที่รหัสและจัดทำดัชนี และประมวลผลเป็นสารสนเทศเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพในเวลาที่เหมาะสม.
- (5) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบตอบสนองต่อความต้องการขององค์กรและผู้ป่วย.

ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ (Security and Confidentiality)

- (1) การจัดเก็บเวชระเบียนทั้งในรูปแบบเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์:
- (i) มีการจัดเก็บอย่างเหมาะสม;
 - (ii) มีการจัดเก็บที่รักษาความลับได้;
 - (iii) มีการจัดเก็บที่ปลอดภัย ได้รับการป้องกันจากการสูญหาย ความเสียหายทางกายภาพ รวมถึงการโจมตีทางไซเบอร์ การแก้ไขดัดแปลง เข้าถึง หรือใช้โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่;
 - (iv) ถูกเก็บรักษาและถูกทำลายตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง.

¹²⁶ การบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในเวชระเบียน เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและทีมผู้ให้การรักษาในการติดตาม เฝ้าระวัง และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (2) องค์กรกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียน ได้แก่:
 - (i) การกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล;
 - (ii) การระบุข้อมูลที่เกี่ยวข้องแต่ละระดับสามารถเข้าถึงได้;
 - (iii) มาตรการในการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์;
 - (iv) กระบวนการทำลายควรเป็นไปเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลยังคงเป็นความลับ
 - (v) หน้าที่ในการรักษาความลับของผู้ที่เข้าถึงข้อมูล
- (3) องค์กรให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการรักษาความลับและวิธีการจัดการเมื่อมีการขอให้เปิดเผยหรือดำเนินการกับข้อมูลซึ่งอาจเป็นการละเมิดการรักษาความลับ.
- (4) องค์กรมีกระบวนการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศในเวชระเบียนของตนหรือผู้ได้รับมอบอำนาจตามกฎหมายได้ โดยมีการทำความเข้าใจในเนื้อหาและข้อจำกัดของสิ่งที่บันทึกอย่างถูกต้องเหมาะสม.

II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (Patient Medical Record)

องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่าผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

- (1) บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอ สำหรับ:
 - (i) สื่อสารระหว่างผู้ให้บริการในการระบุดูแลผู้ป่วย;
 - (ii) สนับสนุนการวินิจฉัยโรคและแผนการดูแลรักษา;
 - (iii) ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา;
 - (iv) ทราบความเป็นไปของการรักษาและผลการรักษา;
 - (v) เอื้อต่อความต่อเนื่องในการดูแล;
 - (vi) ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง;
 - (vii) ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย;
 - (viii) ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย.
- (2) มีการบันทึกข้อมูลที่สำคัญทางคลินิกซึ่งมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย (significant clinical documentation) รวมถึงการวินิจฉัยโรคและหัตถการโดยใช้คำศัพท์ทางคลินิกที่เป็นที่เข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมทั้งการดูแลรักษาในโรงพยาบาลและผ่านระบบเทคโนโลยีดิจิทัล;
- (3) มีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด และการทบทวนเวชระเบียนเพื่อเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพบริการ.

II – 6

ระบบการจัดการด้านยา (Medication Management System)

II – 6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Medication Oversight and Supportive Environment)

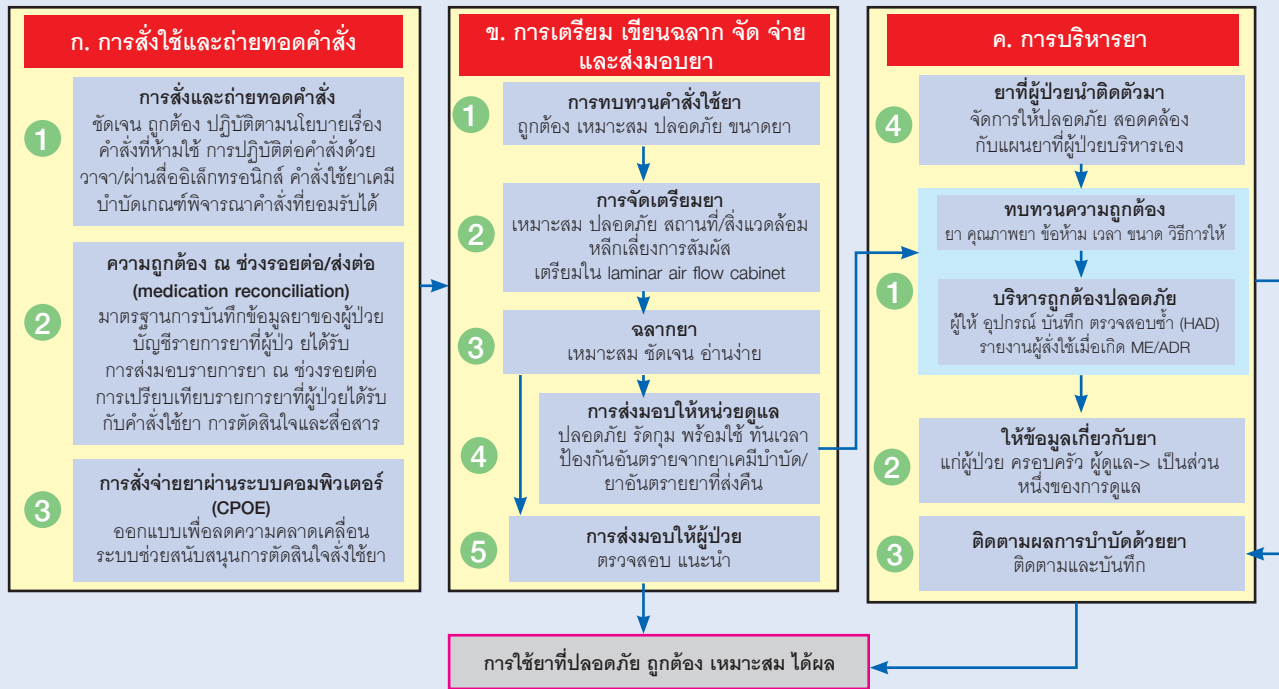
องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียา ที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้ สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (Medication Use Practices)

องค์กรทำให้มั่นใจว่าการใช้ยามีความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.



II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Medication Oversight and Supportive Environment)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียา¹²⁷ ที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้ สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.

ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (Medication Management Oversight)

- (1) องค์กรจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical and Therapeutic Committee - PTC) จากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่สำคัญ ดังนี้:

¹²⁷ ยา นิยามตามพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2562 หมายถึง วัตถุที่รับรองไว้ในตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศ (ซึ่งครอบคลุม ตำรายาแผนปัจจุบัน เช่น ตำรายาของประเทศไทย ตำรายามาตรฐานสมุนไพรไทย และตำรายาแผนโบราณ) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์ วัตถุที่เป็นเภสัชเคมีภัณฑ์ หรือเภสัชเคมีภัณฑ์สำเร็จรูป หรือ วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้าง หรือการกระทำหน้าที่ใดๆ ของร่างกายมนุษย์หรือสัตว์

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (i) ออกแบบและกำกับดูแลระบบการจัดการด้านยา¹²⁸ ครอบคลุมการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล¹²⁹ (telepharmacy) ให้มีความปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล¹³⁰ มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิภาพ.
- (ii) จัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น¹³¹ มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง โดยนำข้อมูลความปลอดภัยด้านยาและความคุ้มค่ามาประกอบการพิจารณา;

¹²⁸ กำกับดูแลยาทุกชนิดในโรงพยาบาล ทั้งสารที่บรั้งสีหรือสารที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค ยาที่ใช้ในห้องผ่าตัด วัคซีน รวมถึงสมุนไพรและยาแผนไทย ที่มีใช้ในโรงพยาบาล โดยอาจแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญด้านยาแต่ละประเภทเข้าเป็นคณะกรรมการหรืออนุกรรมการภายใต้ PTC และมีการติดตามผลการใช้ยาดังกล่าวในระบบของโรงพยาบาล เช่น การแพ้ยา ความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นต้น

¹²⁹ การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (telepharmacy) หมายถึง การบริหารทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) และการให้บริการที่เกี่ยวข้องแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับผลงาน โดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยหรือผู้รับผลงานได้ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสาร (telecommunication) รวมทั้งการส่งมอบยาถึงบ้านผู้ป่วย

¹³⁰ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การจัดวางระบบและกระบวนการจัดการด้านยา ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุดทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อสังคม ในทางปฏิบัติสามารถอ้างอิงตามแนวทางคณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มเติม

¹³¹ การจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น ทำโดยใช้เกณฑ์คัดเลือก ซึ่งประกอบด้วยข้อบ่งชี้ ประสิทธิภาพ ข้อมูลความปลอดภัย ความเสี่ยง และต้นทุน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (iii) กำหนดมาตรการความปลอดภัยสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความปลอดภัยเคลื่อนสูง¹³² และการขอใช้ยา ที่อยู่นอกบัญชียาเมื่อจำเป็น¹³³;
- (iv) กำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อการป้องกันความปลอดภัยเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากยา¹³⁴ แล้วนำสู่การปฏิบัติ และมีการตรวจสอบการปฏิบัติ;
- (v) กำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง¹³⁵ และทำให้หมั่นใจในความ ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยซึ่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง ด้วยกระบวนการ

¹³² **มาตรการความปลอดภัย** เช่น แบบฟอร์มสั่งยามาตรฐาน แนวทางการสั่งใช้ยา ระบบตรวจสอบ ระบบเตือนความจำ ข้อจำกัดในการใช้ การบริหารยา และการเก็บรักษายา ตลอดจนการติดตามอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับยาที่ต้องติดตามความปลอดภัย (safety monitoring program) เป็นต้น

¹³³ กรณีที่จำเป็นต้องใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียา มีกระบวนการในการอนุญาตและจัดหาโดยพิจารณา ความจำเป็น ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยง และความสามารถในการติดตามผล

¹³⁴ **นโยบายการป้องกันความปลอดภัยเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา** เช่น มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาส เกิดปัญหา การป้องกันการสั่งใช้ยาที่มีอันตรายรุนแรง การส่งเสริมการใช้ข้อห้ามทางยา เป็นต้น

¹³⁵ **ยาที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (high-alert medication)** หมายถึง ยาที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการใช้ผิดวัตถุประสงค์ มีโอกาสเกิดความปลอดภัยเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาสูง อาจรวมถึงยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาทดลอง ยาที่ต้องควบคุม ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่มีพิสัยการบำบัดแคบ (narrow therapeutic range) ยาทางจิตเวช ยาทางวิสัญญี ยาที่มีชื่อคล้ายกัน หรือออกเสียงคล้ายกัน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา สั่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่ายยา บริหารยา บันทึกข้อมูล และติดตามกำกับการใช้ยา.

- (2) องค์กรสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นและมีนโยบายที่เอื้ออำนวยให้ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดสามารถติดตามกำกับ การดำเนินการแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use Program) และแผนงานดูแลการใช้ยาด้านจุลชีพ (Antimicrobial Stewardship Program) ด้วยมาตรการร่วมกันหลายประการให้มีการใช้อย่างเหมาะสม¹³⁶.
- (3) องค์กรติดตามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ และสนับสนุนให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดวิเคราะห์ ประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

¹³⁶ การใช้ยาด้านจุลชีพอย่างเหมาะสม เช่น การให้ยาด้านจุลชีพเฉพาะเพื่อการรักษาโรคติดเชื้อ หรือใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อตามคำแนะนำมาตรฐาน การไม่ให้ยาด้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดนานเกินกว่า 24 ชั่วโมง เป็นต้น รวมทั้งมีการวัดผลการปฏิบัติงาน และมีการสื่อสารผลการปฏิบัติงานสู่ผู้เกี่ยวข้องสม่ำเสมอ

ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Supportive Environment)

- (1) ผู้ประกอบวิชาชีพ¹³⁷ได้รับการประเมินและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา¹³⁸ การใช้งานที่เหมาะสมและปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี.
- (2) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่:
 - (i) ข้อมูลทั่วไป¹³⁹;
 - (ii) ข้อมูลการวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา;
 - (iii) ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น¹⁴⁰.
- (3) องค์กรมีข้อมูลยาที่จำเป็น¹⁴¹ในรูปแบบที่ใช้งานง่ายในขณะสั่งใช้ จัดและให้ยาแก่ผู้ป่วย.

¹³⁷ ผู้ประกอบวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ

¹³⁸ ความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา เช่น ระบบยาของโรงพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วย การดำเนินการเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา และบทบาทหน้าที่ของแพทย์ในเรื่องยา ฯลฯ

¹³⁹ ข้อมูลทั่วไปที่สำคัญ เช่น การแพ้ยา การตั้งครรภ์ น้ำหนักตัว พื้นที่ผิวเมื่อต้องใช้คำนวณขนาดยา ฯลฯ

¹⁴⁰ ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เช่น การทำหน้าที่ของตับและไต ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง ฯลฯ

¹⁴¹ ข้อมูลยาที่จำเป็น เช่น บัญชียาโรงพยาบาล ข้อมูลความคงตัวของยา ความเข้ากันไม่ได้ระหว่างยา-ยา หรือ ยา-สารละลาย การเก็บรักษายาแต่ละชนิดอย่างถูกต้อง ฯลฯ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) องค์กรมีระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา โดยมีการเตือนอย่างเหมาะสม สำหรับอันตรายระหว่างยา การแพ้ยา ขนาดต่ำสุดและสูงสุดสำหรับยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง และมีแนวทางสำหรับการไม่ปฏิบัติตามสัญญาณเตือนเมื่อมีข้อบ่งชี้.
- (5) การสั่งใช้ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย บริหารยา และผลิตยา กระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งสะอาด มีพื้นที่และแสงสว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีสมาธิกับเรื่องยาโดยไม่มีกรรบกวน.
- (6) องค์กรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติและสนับสนุนทรัพยากรในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลที่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ¹⁴² .
- (7) การใช้เครื่องจ่ายยาอัตโนมัติ (automated dispensing machines) ต้องมีการตรวจสอบวันหมดอายุของยา ในเครื่องและมีฉลากยาครบถ้วนตามมาตรฐาน
- (8) การให้ผู้ป่วยไปรับยาจากร้านยาต้องมีข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วน ได้แก่ ใบสั่งยาโดยแพทย์ ประวัติแพ้ยา การวินิจฉัย และมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลกับร้านยาให้ตรวจสอบได้

¹⁴² ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการทำมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)

ค. การจัดหาและเก็บรักษา ยา (Medication Procurement and Storage)

- (1) องค์กรจัดหายาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาขาดแคลน¹⁴³ และยาที่จำเป็นเร่งด่วน¹⁴⁴
- (2) ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย:
 - (i) เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพและความคงตัว¹⁴⁵ พร้อมใช้ ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร.
 - (ii) มีระบบการเก็บยา การแยกยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย (Look Alike Sound Alike Drugs: LASA) ยาชนิดเดียวกันที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ยาหมดอายุหรือยาที่ถูกเรียกคืนแยกเป็นสัดส่วน.
 - (iii) ไม่มีการเก็บสารอิเล็กทรอนิกส์เข้มข้นที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย.

¹⁴³ การจัดการกับปัญหาขาดแคลน ได้แก่ การจัดหา การสื่อสารกับผู้สั่งซื้อยาและเจ้าหน้าที่ การจัดทำแนวทางการใช้หรือจ่ายยาทดแทน การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ

¹⁴⁴ การจัดหาที่จำเป็นเร่งด่วน ได้แก่ ยาช่วยชีวิต ยาฉุกเฉิน วัคซีน เซรุ่ม หรือยาอื่นๆ ที่องค์กรกำหนดให้เป็นยาสำคัญในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งการจัดหาในสถานการณ์ภัยพิบัติ

¹⁴⁵ การสร้างความมั่นใจว่ายาที่มีความคงตัว ได้แก่ การแยกยาหมดอายุหรือยาเสื่อมสภาพออกไว้ต่างหากอย่างชัดเจน การดูแลสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในด้านอุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้น การถ่ายเทอากาศ สำหรับยาที่มีความไวต่ออุณหภูมิหรือแสง

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (iv) ยาเคมีบำบัด ก๊าซและสารละลายที่ระเหยง่ายสำหรับการระงับความรู้สึกได้รับการเก็บในพื้นที่ที่มีการระบายอากาศได้ดี.
- (3) องค์กรจัดให้มียาและ/หรือเวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ อยู่ตลอดเวลา มีระบบควบคุม¹⁴⁶ และดูแลให้เกิดความปลอดภัย และมีการจัดทดแทนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป.
- (4) องค์กรมีระบบที่จะจ่ายยาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในเวลาที่ห้องยาปิด.
- (5) องค์กรจัดการกับยาที่หมดอายุหรือยาที่ส่งคืนมาที่ห้องยาอย่างเหมาะสม เช่น ยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้ โดยยาที่ไม่ได้ใช้จะได้รับการเก็บรักษาอย่างปลอดภัยจากการใช้งานที่ไม่เหมาะสม ก่อนที่จะกำจัดทิ้งอย่างปลอดภัย
- (6) องค์กรมีระบบการกำกับควบคุมการบริหารจัดการยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด.

¹⁴⁶ ระบบควบคุมยาฉุกเฉิน เช่น มีการจัดเก็บยาฉุกเฉินในลักษณะที่สามารถระบุได้ว่ายาที่บรรจุในภาชนะนั้นยังมีครบถ้วนและไม่หมดอายุ

II-6.2 มาตรฐานการใช้ยา (Medication Use Practices)

องค์กรทำให้มั่นใจว่าการใช้ยามีความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.

ก. การสั่งใช้และถ่ายถอดคำสั่ง (Ordering and Transcribing)

- (1) ผู้สั่งใช้ยาเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนและถ่ายถอดคำสั่งอย่างถูกต้อง มีการสื่อสารคำสั่งใช้ยาที่เป็นมาตรฐานเพื่อลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาด มีการจัดทำ นำไปปฏิบัติ และตรวจสอบการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้:
 - (i) “คำสั่งใช้ยา” ที่ห้ามใช้¹⁴⁷;
 - (ii) การปฏิบัติต่อคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ คำสั่งด้วยวาจา และคำสั่งผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์;
 - (iii) คำสั่งใช้ยาที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้า (pre-printed order) และจัดทำข้อปฏิบัติสำหรับคำสั่งใช้ยาเคมีบำบัด;
 - (iv) เกณฑ์พิจารณาคำสั่งใช้ยาที่ยอมรับได้.
- (2) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จัดวางกระบวนการทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล (medication reconciliation):
 - (i) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร;

¹⁴⁷ “คำสั่งใช้ยา” ที่ห้ามใช้ เช่น ใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นสากล เช่น สั่งยาเป็น cc. เพราะอาจจะมองเป็นเลขศูนย์ได้ เป็นต้น

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (ii) ทีมสหวิชาชีพ ระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ¹⁴⁸ อย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการนี้ในทุกจุดของการให้บริการ;
 - (iii) ทีมสหวิชาชีพ ส่งมอบรายการยาล่าสุดของผู้ป่วยที่ใช้ในโรงพยาบาล ยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ต่อ และยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานที่บ้านให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในชั้นตอนถัดไป¹⁴⁹
 - (iv) ทีมสหวิชาชีพ เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหายาที่ตกหล่นสั่งซ้ำ ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด;
 - (v) แพทย์ มีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และสื่อสารการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย.
- (3) ในกรณีที่มีการสั่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (Computerized Physician Ordering Entry system: CPOE) ระบบดังกล่าวมีการออกแบบเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา และมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการสั่งใช้ยา.

¹⁴⁸ การระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ชื่อยา ขนาดยา ความถี่ และวิธีการบริหารยา วันเวลาที่ใช้ยาครั้งสุดท้าย (last dose taken)

¹⁴⁹ การดูแลผู้ป่วยในชั้นตอนถัดไป เช่น การส่งมอบรายการยาล่าสุด เพื่อรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น จำหน่ายผู้ป่วยส่งผู้ป่วยในมาตรฐานที่ตึกผู้ป่วยนอก เป็นต้น

ข. การเตรียม การเขียนฉลาก การจัดจ่าย และการส่งมอบยา (Preparing, Labelling, Dispensing, and Delivery)

- (1) ทีมผู้ให้บริการมีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความถูกต้อง:
 - (i) มีการตรวจสอบความเหมาะสมและความปลอดภัยก่อนการบริหารยาครั้งแรกของยาแต่ละขนาน หรือ ทบทวนเร็วที่สุดหลังบริหารยาในกรณีฉุกเฉิน;
 - (ii) มีการตรวจสอบซ้ำสำหรับการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยไตบกพร่องรุนแรง และผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัด;
 - (iii) เภสัชกรติดต่อกับผู้สั่งใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย.
- (2) ทีมผู้ให้บริการมีการจัดเตรียมยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย:
 - (i) สถานที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศ อุณหภูมิ และแสงสว่างที่เหมาะสม;
 - (ii) แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน;
 - (iii) ทีมเภสัชกรรมหลีกเลี่ยงการสัมผัสยาโดยตรงระหว่างการจัดเตรียม;
 - (iv) เวชภัณฑ์และสารละลายปราศจากเชื้อได้รับการเตรียมในตู้ปลอดเชื้อที่ควบคุมการไหลของม่านอากาศเป็นทิศทางเดียว (laminar air flow cabinet).

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (3) ยาได้รับการติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่าย ติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท¹⁵⁰ มีฉลากยาติดจนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยา.
- (4) ทีมผู้ให้บริการมีการส่งมอบยาให้หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่:
 - (i) ปลอดภัย รัดกุม และพร้อมใช้ ในเวลาที่ทันความต้องการของผู้ป่วย;
 - (ii) มีการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่สัมผัสยาเคมีบำบัดและยาอันตรายอื่นๆ มีการจัดเตรียมชุด
 - (iii) อุปกรณ์ทำความสะอาดยาหรือสารอันตรายหกกระเด็น (hazardous drug spill kit) ที่สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก; ยาที่ถูกส่งคืนได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์ การคงสภาพ และได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม;
- (5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม
 - (i) มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ
 - (ii) มีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม¹⁵¹ โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม
 - (iii) ครอบคลุมการพิจารณาวิธีการหรือแนวทางการส่งมอบยาที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัยในการส่งยาในรูปแบบอื่นๆ ตามบริบทที่เปลี่ยนแปลง.

¹⁵⁰ การติดฉลากที่ภาชนะบรรจุยา รวมทั้ง Syringe สำหรับฉีดยาและ Flush สายน้ำเกลือที่เตรียมนอกห้องผู้ป่วยหรือไกลจากเตียงผู้ป่วยทั้งหมด

¹⁵¹ การให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ความปลอดภัย ความถูกต้อง ความสามารถในการบริหารยาและมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยานั้นๆ ควรครอบคลุมอย่างน้อยในกลุ่มยาเด็ก ยาที่มีช่วงการรักษาที่แคบ ยาที่มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์สำคัญ ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษ เช่น ยาสูดพ่น เป็นต้น

ค. การบริหารยา (Administration)

- (1) ทีมผู้ให้บริการมีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้อง
 - (i) โดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม;
 - (ii) มีการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระ¹⁵² ก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ณ จุดให้บริการ
 - (iii) มีการบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงสำหรับกรณีการให้ยาล่าช้าหรือลืมให้;
 - (iv) ผู้สั่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา.
- (2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาด้วยวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษร แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน¹⁵³ ข้อมูลที่ให้พิจารณาตามความเหมาะสม:
 - (i) รวมถึงชื่อยา เป้าหมายการใช้ ประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น;
 - (ii) วิธีการใช้ยาอย่างปลอดภัยและเหมาะสม;
 - (iii) วิธีการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา;

¹⁵² การตรวจสอบซ้ำโดยอิสระ หมายถึง การสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม โดยผู้ตรวจสอบคนละคนที่เป็นอิสระต่อกัน หากกรณีมีข้อจำกัดมีบุคลากรสำหรับการตรวจสอบเพียงคนเดียว ต้องทำการ Double check โดยการดูซ้ำอีกครั้ง และเป็นการใช้ Cognitive review ไม่ใช่เพียงทำตามขั้นตอน

¹⁵³ ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้สามารถเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลโดยใช้ยาอย่างปลอดภัย และได้ผล

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (iv) สิ่งที่ต้องทำเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา
- (3) ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อสร้างความมั่นใจในความเหมาะสมของเภสัชบำบัดและลดโอกาสเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์
 - (4) ทีมผู้ให้บริการมีการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน ทีมผู้ให้บริการจัดให้มีกระบวนการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยสามารถบริหารเองได้ ว่าเป็นยาตัวใด กับผู้ป่วยรายใด วิธีการเก็บรักษายาโดยผู้ป่วยและกำจัดยาอย่างปลอดภัยให้ผู้ป่วย การให้ความรู้ และการบันทึก

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 7

การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค¹⁵⁴ และบริการที่เกี่ยวข้อง (Diagnostic Investigation and Related Services)

II – 7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ (Radiology/Medical Imaging Services)

องค์กรทำให้มั่นใจว่าบริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง นำเชื่อถือ โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคลากรน้อยที่สุด เพื่อการวินิจฉัยโรคและดูแลอย่างเหมาะสม.



¹⁵⁴ บริการตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค ครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก/พยาธิวิทยากายวิภาค บริการตรวจทางรังสีวิทยา/medical imaging บริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ เช่น การส่องกล้อง การตรวจการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก (Medical Laboratory / Clinical Pathology Service)

องค์กรทำให้มั่นใจว่าบริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก/พยาธิวิทยากายวิภาค ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อการวินิจฉัยโรคและดูแลที่เหมาะสม.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 7.3 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต (Blood Bank and Transfusion Service)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีบริการโลหิตที่ได้ตามมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และลดการสิ้นเปลืองสูญเสียเลือด เพื่อผลิตภัณฑ์โลหิตที่มีคุณภาพปลอดภัย และเพียงพอแก่ผู้ป่วย

- 1 บริการธนาคารเลือดและบริการโลหิตที่ได้มาตรฐาน บริหารจัดการโลหิตอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรเพียงพอ และสามารถจัดการและประสานการใช้ทรัพยากร ตรวจสอบคุณภาพโลหิต
- 2 มาตรฐานธนาคารเลือดและบริการโลหิต ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์ฯ
- 3 ประเมินผลการรักษา โดยการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด
- 4 ระบบบริหารคุณภาพ ประเมินและพัฒนา

II – 7.4 พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก (Anatomical Pathology, Cell Cytology and Forensic Clinic Service)

องค์กรทำให้มั่นใจว่าบริการพยาธิวิทยากายวิภาค เซลล์วิทยานิติเวชศาสตร์ และนิติเวชคลินิก ให้ข้อมูลถูกต้อง น่าเชื่อถือ เพื่อการวินิจฉัยโรค และดูแลที่เหมาะสม

- 1 ปฏิบัติตามมาตรฐานที่จัดทำโดยองค์กรวิชาชีพ มีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

II – 7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ (Other Diagnostic Investigation)

องค์กรทำให้มั่นใจว่าบริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ ให้ข้อมูลถูกต้อง น่าเชื่อถือ เพื่อการวินิจฉัยโรคและดูแลที่เหมาะสม

- 1 การจัดการผู้ป่วย ประเมินก่อนตรวจ เตรียมผู้ป่วย ให้ข้อมูล ขอความยินยอม ในบริการที่เสี่ยงสูง
- 2 แปลผลโดยผู้มีความรู้ การบันทึก การสื่อสาร

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ (Radiology/Medical Imaging Services)

องค์กรทำให้มั่นใจว่าบริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง นำเชื่อถือ โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคลากรน้อยที่สุด เพื่อการวินิจฉัยโรคและดูแลอย่างเหมาะสม.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ (Planning, Resource and Management)

- (1) องค์กรวางแผนและการจัดบริการรังสีวิทยาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กรและลักษณะของผู้ป่วยที่ให้การดูแล แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ¹⁵⁵ และระดับผลงานที่คาดหวัง มีการบริหารและกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและกฎหมาย ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการรังสีวิทยาได้ภายในเวลาที่เหมาะสม โดยบริการขององค์กรหรือได้รับการส่งต่อ.
- (2) องค์กรมีบุคลากรที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถรับผิดชอบงานแต่ละด้านตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง.
- (3) การตรวจวินิจฉัย การทำหัตถการ และการรักษาทางรังสีวิทยาหรือภาพทางการแพทย์อื่นๆ ทำโดยผู้มีความรู้ คุณวุฒิและประสบการณ์ มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม.

¹⁵⁵ ทรัพยากรที่ต้องการ ครอบคลุมบุคลากร พื้นที่บริการ เทคโนโลยี เครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีวิทยา ที่เพียงพอและเหมาะสม

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) บริการรังสีวิทยามีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ เอื้อต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย¹⁵⁶.
- (5) บริการรังสีวิทยามีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีพร้อมให้บริการ ให้หลักประกันในการป้องกันอันตรายจากรังสี และได้รับการตรวจสอบจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด¹⁵⁷.
- (6) องค์กรจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา (radiology information technology) ที่เหมาะสมกับขอบเขตบริการ¹⁵⁸.
- (7) องค์กรมีการประเมิน คัดเลือก กำกับ และติดตามคุณภาพของบริการรังสีวินิจฉัยที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจตามข้อตกลง รวมถึงการใช้บริการรังสีวินิจฉัยจากผู้ให้บริการภายนอก (outsource).

¹⁵⁶ **พื้นที่ใช้สอย** ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ การป้องกันอันตรายจากรังสี การปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับและการตรวจสอบ การแบ่งพื้นที่ปฏิบัติการและจัดเก็บอย่างเหมาะสม ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน การแยกพื้นที่รอสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสารกัมมันตรังสี และป้ายเตือนเกี่ยวกับความปลอดภัย

¹⁵⁷ **การตรวจสอบจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด** เช่น การตรวจสอบคุณภาพและความปลอดภัย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ใบบันทึกครอบครอง หรือใช้เครื่องกำเนิดรังสีเพื่อการวินิจฉัยทางการแพทย์ จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ

¹⁵⁸ **เทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา** ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ 1. มีการจัดการเครือข่ายระบบสารสนเทศที่เหมาะสมและดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง 2. มีระบบจัดเก็บสำรองภาพทางรังสีและการกู้คืนข้อมูล 3. จอแสดงภาพทางรังสีเพื่อการแปลผลภาพของรังสีแพทย์ต้องให้ความละเอียดไม่น้อยกว่าความละเอียดของภาพที่ได้จากเครื่องตรวจทางรังสีนั้นๆ

(8) ผู้ให้บริการมีการสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้บริการรังสีวิทยาอย่างสม่ำเสมอ¹⁵⁹

ข. การให้บริการรังสีวิทยา (Radiology Service Provision)

(1) ผู้ป่วยมีใบคำขอส่งตรวจรักษาทางรังสีจากแพทย์ผู้ส่งตรวจ:

- (i) คำขอส่งตรวจระบุข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจที่ชัดเจน เป็นข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมบนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการ และข้อแนะนำขององค์กรวิชาชีพ;
- (ii) การส่งตรวจคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงข้อห้ามในการส่งตรวจ;

(2) ผู้ให้บริการให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม:

- (i) มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง.
- (ii) มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อให้มั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ และป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์.

(3) ผู้ป่วยได้รับการบริการรังสีวิทยาในเวลาที่เหมาะสมตามลำดับความเร่งด่วน พิจารณาจากระดับความรุนแรง ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ และโอกาสเกิดอันตรายจากการรอคอย มีระบบทางด่วน (fast track) สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจอย่างเร่งด่วน.

¹⁵⁹ การสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้บริการรังสีวิทยา ได้แก่ การประชุม การให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในขณะที่ได้รับการรังสีวิทยา:
 - (i) มีการประเมินและเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังตรวจหรือทำหัตถการ;
 - (ii) ให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับผู้ป่วยหนัก ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และผู้ป่วยหลังได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาท.
- (5) กระบวนการถ่ายภาพรังสีเป็นไปอย่างเหมาะสม:
 - (i) ได้รับคำอธิบายขั้นตอนต่างๆ;
 - (ii) วิธีการตรวจ การจัดทำ การใช้อุปกรณ์ การแสดงเครื่องหมาย เป็นไปอย่างถูกต้อง;
 - (iii) การตั้งค่าเทคนิคการเอกซเรย์ที่เหมาะสมตามหลักวิชาการและความปลอดภัยของผู้ป่วย;
 - (iv) กรณีที่มีการฉีดสารเปรียบต่าง (contrast media) ต้องมีการซักประวัติการแพ้ยา การวัดสัญญาณชีพ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และตรวจดูค่าการทำงานของไต เพื่อระวังการเกิดภาวะ contrast-induced nephropathy.
- (6) ผู้ให้บริการมีการแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี:¹⁶⁰
 - (i) มีเครื่องมือที่สามารถแสดงค่าปริมาณรังสีบนจอภาพของเครื่องมือ มีการแสดงข้อมูลนั้นบนภาพรังสีหรือใน Picture Archiving and Communication System (PACS) และมีข้อมูลปริมาณรังสีรวมที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางรังสี.

¹⁶⁰ การแสดงข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ เลขที่โรงพยาบาล วันที่ทำการตรวจ ชื่อสถานพยาบาล ทำที่ถ่าย มีสัญลักษณ์บอกตำแหน่งซ้ายหรือขวา ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ หรือ exposure factor

(7) การแปลผลภาพรังสีทำโดย:

- (i) รังสีแพทย์หรือแพทย์ที่ได้รับมอบหมายซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทางนั้นๆ;
- (ii) มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม;
- (iii) มีการสื่อสารระหว่างรังสีแพทย์และแพทย์ผู้ส่งตรวจ ในกรณีที่ผลการวินิจฉัยผิดปกติ มีอาการรุนแรงหรือมีความเร่งด่วนในการตรวจรักษา.

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (Quality and Safety Management)

- (1) ผู้ให้บริการมีการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไปนี้ขณะให้บริการรังสีวิทยา:
 - (i) การระบุตัวผู้ป่วย อวัยวะที่ตรวจ ตำแหน่งที่ตรวจ และการตรวจทางรังสีที่ถูกต้องก่อนการตรวจ;
 - (ii) การแพ้สารทึบรังสี;
 - (iii) การได้รับรังสีโดยไม่จำเป็นในสตรีมีครรภ์;
 - (v) การป้องกันการติดเชื้อ;
 - (vi) อุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะรอรับบริการ ขณะรับบริการ และขณะเคลื่อนย้าย;
 - (vii) ความพร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ.
- (2) ผู้ให้บริการมีการจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี (radiation protection) ประกอบด้วย:

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (i) การมีและการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางป้องกันอันตรายจากรังสี¹⁶¹;
 - (ii) การมีและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีเพียงพอตามความจำเป็น¹⁶²;
 - (iii) การวัดและควบคุมปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ;
 - (v) การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี;
 - (vi) การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอันตรายจากรังสี;
 - (vii) การกำจัดการกัมมันตรังสี กากรังสี และขยะทางรังสีอย่างเหมาะสมและปลอดภัย.
- (3) ทีมผู้ให้บริการมีระบบบริหารคุณภาพ¹⁶³ ประกอบด้วย:
- (i) มีผู้รับผิดชอบระบบ;
 - (ii) มีเอกสารนโยบายและคู่มือการปฏิบัติงาน;
 - (iii) มีระบบประกันคุณภาพของภาพรังสี เครื่องมือ อุปกรณ์;
 - (iv) มีการดูแลรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน พร้อมทั้งบันทึกประวัติ;
 - (v) แผนบำรุงรักษาเชิงป้องกัน รวมทั้งแผนการจัดการและทดแทนสำหรับเครื่องมือและอุปกรณ์;

¹⁶¹ ศึกษาเพิ่มเติมได้จากแนวทางการป้องกันอันตรายจากรังสีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรตามเกณฑ์และแนวทางการพัฒนา
งานรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558

¹⁶² **อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสี** เช่น lead apron, thyroid shield, gonad shield, collimator เป็นต้น

¹⁶³ สามารถศึกษาได้จากคู่มือการป้องกันอันตรายจากเครื่องกำเนิดรังสีเอกซ์ สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข ฉบับล่าสุด

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (vi) มีระบบกำกับและตรวจสอบการทำงานตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ;
- (vii) การบริหารความเสี่ยง; (ดู II-1.2)
- (viii) การติดตามและประเมินประสิทธิผลของบริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา
- (ix) การรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และผู้ร่วมงาน;
- (x) แผนงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก (Medical Laborator/Clinical Pathology Service)

องค์กรทำให้มั่นใจว่าบริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก/พยาธิวิทยากายวิภาค ให้ข้อมูล ที่ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ เพื่อการวินิจฉัยโรคและดูแลที่เหมาะสม.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ (Planning, Resources, and Management)

- (1) องค์กรวางแผนจัดบริการ:
 - (i) ตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ความคาดหวังของผู้ใช้บริการ;
 - (ii) แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง¹⁶⁴.
- (2) ห้องปฏิบัติการมีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ เหมาะสม:
 - (i) มีการออกแบบเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย;
 - (ii) มีการแยกส่วนปฏิบัติการ ชุรการและสถานที่จัดเก็บตัวอย่างที่เหมาะสม;
 - (iii) ใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อ การตรวจทดสอบ¹⁶⁵.
- (3) ห้องปฏิบัติการมีบุคลากรที่เพียงพอ และมีความรู้ความสามารถในการทำงานที่ต้องการ.

¹⁶⁴ ระดับผลงานที่คาดหวัง เช่น accuracy, precision, reportable range, analytical specificity, analytical sensitivity, turn-around time

¹⁶⁵ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการทดสอบ ได้แก่ ความปราศจากเชื้อ ฝุ่นละออง การรบกวนจากคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า รังสี ความชื้น ไฟฟ้า อุณหภูมิ สารเคมีที่เป็นพิษ กลิ่น ระดับเสียงและการสั่นสะเทือน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) ห้องปฏิบัติการมีเครื่องมือและอุปกรณ์
 - (i) เครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมสำหรับทำการตรวจทดสอบที่ต้องการ ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย¹⁶⁶ ;
 - (ii) มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน;
 - (iii) มีการพิจารณาผลการสอบเทียบ และการใช้ผลการสอบเทียบอย่างเหมาะสม;
 - (iv) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด (ถ้ามี).
- (5) องค์กรจัดการเครือข่ายอุปทานสำหรับห้องปฏิบัติการอย่างได้ผล:
 - (i) คัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานของงานบริการจากภายนอก เครื่องมือวิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของบริการห้องปฏิบัติการอย่างระมัดระวัง;
 - (ii) มีการประเมินผู้จัดจำหน่ายน้ำยา วัสดุ และบริการที่มีความสำคัญสูง มีระบบควบคุมคลังพัสดุพร้อมด้วยบันทึกที่เหมาะสม.
- (6) องค์กรประเมิน คัดเลือก และติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ รวมทั้งมีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือให้ข้อคิดเห็นสำหรับการทดสอบบางอย่าง.
- (7) องค์กรสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ มีการแลกเปลี่ยนความเห็นหรือข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ¹⁶⁷.

¹⁶⁶ สภาพการทำงานที่ปลอดภัย ครอบคลุมถึง มาตรการการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า รังสี สารเคมี จุลชีพ อุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็น รวมทั้ง การกำจัดของเสียอันตรายต่างๆ

¹⁶⁷ การแลกเปลี่ยนความเห็นหรือข้อมูลอย่างสม่ำเสมอด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การประชุม การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ

ข. การให้บริการ (Service Provision)

- (1) ห้องปฏิบัติการมีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจที่ดี¹⁶⁸ ได้แก่
 - (i) การจัดเก็บ การสัมผัส ภาชนะบรรจุ การเขียนฉลาก การซีบ่ง การรักษาสภาพ การนำส่งพร้อมใบส่งตรวจ
 - (ii) มีการประเมินคุณสมบัติของสิ่งส่งตรวจตามเกณฑ์
 - (iii) สามารถทวนสอบสิ่งส่งตรวจและตัวอย่างที่แบ่งมาตรวจได้.
- (2) ห้องปฏิบัติการมีกระบวนการตรวจวิเคราะห์ที่มั่นใจว่าผลการตรวจมีความถูกต้อง เชื่อถือได้ โดย
 - (i) การใช้วิธีวิเคราะห์มาตรฐานที่เหมาะสมซึ่งได้รับการทวนสอบ (validate) ว่าให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ.
 - (ii) มีการตรวจสอบ (verify) ว่า น้ำยา วิธีวิเคราะห์ เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์เป็นไปตามข้อกำหนด และเหมาะสมกับการใช้งาน.
- (3) ห้องปฏิบัติการส่งมอบรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องแก่ผู้ใช้บริการในเวลาที่เหมาะสม โดยคำนึงถึง
 - (i) การรักษาความลับ
 - (ii) ค่าวิกฤติที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย
 - (iii) การจัดเก็บสำเนาข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ในระบบที่สามารถสืบค้นได้
 - (iv) หากมีการแก้ไขรายงานผลต้องสามารถทวนสอบกลับไปยังฉบับตั้งต้นได้.

¹⁶⁸ การจัดการกับสิ่งส่งตรวจที่ดี ได้แก่ การจัดเก็บ การสัมผัส ภาชนะบรรจุ การเขียนฉลาก การซีบ่ง การรักษาสภาพ (preservation) การนำส่งพร้อมใบส่งตรวจ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) ห้องปฏิบัติการจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถทำการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติมได้เมื่อจำเป็น และมีการกำจัดสิ่งส่งตรวจที่เหลือจากการวิเคราะห์อย่างปลอดภัย.

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (Quality and Safety Management)

- (1) ห้องปฏิบัติการมีโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพซึ่งครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทุกด้าน และประสานกับหน่วยงานอื่นในองค์กร โดยโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพครอบคลุม:
- (i) การชี้บ่งปัญหา/โอกาสพัฒนา;
 - (ii) การบันทึกความผิดพลาดและการรายงานอุบัติการณ์;
 - (iii) การติดตามตัวชี้วัดสำคัญ;
 - (iv) การแก้ไข/ป้องกันปัญหา;
 - (v) การติดตามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบคุณภาพตลอดกระบวนการตรวจวิเคราะห์ (pre-examination, examination, and post examination);
 - (vi) การควบคุมเอกสาร;
 - (vii) การส่งเสริมการใช้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Lab Use: RLU)
 - (viii) เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร;
 - (ix) การประเมินประสิทธิผลของการจัดการและบริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (2) ห้องปฏิบัติการเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ (proficiency testing - PT) ตามขอบเขตและความซับซ้อนของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ หรือจัดให้มีระบบประเมินความน่าเชื่อถือของการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธีอื่นมาติดตามประสิทธิภาพของวิธีการตรวจวิเคราะห์ มีหลักฐานว่ามีการนำปัญหาทั้งหมดที่พบจากการทดสอบความชำนาญหรือระบบประเมินอื่นมาแก้ไขโดยเร็ว.
- (3) ห้องปฏิบัติการวางระบบควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control: IQC) เพื่อติดตาม performance ของการวิเคราะห์โดยมีการกำหนดช่วงค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ นำผลการควบคุมคุณภาพภายในและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีวิธีการยืนยันความน่าเชื่อถือของผลการตรวจวิเคราะห์ กรณีที่ไม่มีการสอบเทียบหรือไม่มีสารควบคุม.
- (4) ห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อมในการวางระบบคุณภาพและเข้าสู่กระบวนการรับรองตามมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ มีการนำมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับมาใช้ประโยชน์ และขอรับการประเมินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง¹⁶⁹

¹⁶⁹ การประเมินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ISO15189, MoPH Lab) สภาเทคนิคการแพทย์ สภาเทคนิคการแพทย์ หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทยซึ่งมีการประเมินและรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการ พยาธิวิทยาคลินิก พยาธิวิทยากายวิภาค เซลล์วิทยา นิติเวชศาสตร์ นิติเวชคลินิก และธนาคารเลือด/บริการโลหิต เป็นต้น

II-7.3 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต (Blood Bank and Transfusion Service)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีธนาคารเลือดและงานบริการโลหิตที่ได้ตามมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบผลิตภัณฑ์โลหิตที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และเพียงพอแก่ผู้ป่วย.

- (1) องค์กรจัดบริการธนาคารเลือดและงานบริการโลหิตที่ได้ตามมาตรฐาน เพื่อส่งมอบผลิตภัณฑ์โลหิตที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และเพียงพอแก่ผู้ป่วย ครอบคลุมประเด็น ดังนี้:
 - (i) นำหลักการบริหารจัดการโลหิต (Patient Blood Management) มาใช้ในการจัดการบริการโลหิต ให้มีประสิทธิภาพลดการสิ้นเปลืองสูญเสีย เพื่อให้สามารถลด/หลีกเลี่ยงการให้เลือดโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย;
 - (ii) มีบุคลากรที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการฝึกอบรม¹⁷⁰ เป็นประจำ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด (Safe Blood Transfusion);
 - (iii) มีการจัดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ลดการสิ้นเปลืองสูญเสีย มีการประสานการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานอย่างเหมาะสม¹⁷¹
 - (iv) มีการใช้ระบบบริการตรวจคุณภาพโลหิตจากหน่วยงานบริการที่ได้มาตรฐานและน่าเชื่อถือ¹⁷².

¹⁷⁰ บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการฝึกอบรม เช่น การฝึกอบรมภาคปฏิบัติควบคู่กับการประเมินการปฏิบัติใน Critical Control Point เป็นต้น

¹⁷¹ การใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เช่น ระบบห้องปฏิบัติการ ระบบจัดการยา ระบบห่วงโซ่อุปทาน ระบบโลจิสติกส์ การร่วมกันดำเนินโครงการบริการในรูปแบบต่างๆ เป็นต้น

¹⁷² หน่วยงานบริการที่ได้มาตรฐานและน่าเชื่อถือ เช่น ห้องปฏิบัติการตรวจเชื้อในโลหิตบริจาคของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ เป็นต้น

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (2) ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต นำมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ที่ได้รับการยอมรับในระดับประเทศหรือสากล¹⁷³ มาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการมีการประเมินและบันทึกผลการประเมินหลังการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดในเวชระเบียนอย่างเหมาะสม.
- (4) ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิตมีโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพที่เหมาะสม และประเมินประสิทธิผลของการจัดบริการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา.

¹⁷³ มาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต เช่น มาตรฐานที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย หรือราชวิทยาลัยพยาธิแห่งประเทศไทย

II-7.4 พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก (Anatomical Pathology, Cell Cytology and Forensic Clinic Service)

องค์กรทำให้มั่นใจว่าบริการพยาธิวิทยากายวิภาค เซลล์วิทยา นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก ให้ข้อมูลถูกต้อง น่าเชื่อถือ เพื่อการวินิจฉัยโรคและดูแลที่เหมาะสม.

- (1) องค์กรนำมาตรฐานพยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก ที่จัดทำโดยองค์กรวิชาชีพ¹⁷⁴ มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และมีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการ.

¹⁷⁴ องค์กรวิชาชีพ เช่น ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย เป็นต้น

II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ (Other Diagnostic Investigation)

องค์กรทำให้มั่นใจว่าบริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ ให้ข้อมูลถูกต้อง น่าเชื่อถือ เพื่อการวินิจฉัยโรคและดูแลที่เหมาะสม.

- (1) การตรวจทดสอบที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง
 - (i) มีการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจและก่อนเข้ารับการตรวจ
 - (ii) มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ ลดอันตรายต่อผู้ป่วย และมั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ.
 - (iii) มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง.
- (2) มีการแปลผลการตรวจโดยผู้มีความรู้และประสบการณ์ บันทึกสรุปลักษณะที่พบ¹⁷⁵ หรือการวินิจฉัยที่ชัดเจน มีการสื่อสารผลการตรวจให้แก่แพทย์เจ้าของไข้เป็นลายลักษณ์อักษรในเวลาที่เหมาะสม.

¹⁷⁵ **สรุปลักษณะที่พบ** ควรครอบคลุม คำอธิบายต่อประเด็นทางคลินิกที่ระบุไว้โดยผู้ส่งตรวจ การเปรียบเทียบกับผลการตรวจที่ผ่านมา รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคหรือข้อเสนอแนะสำหรับการตรวจเพิ่มเติมเมื่อจำเป็น

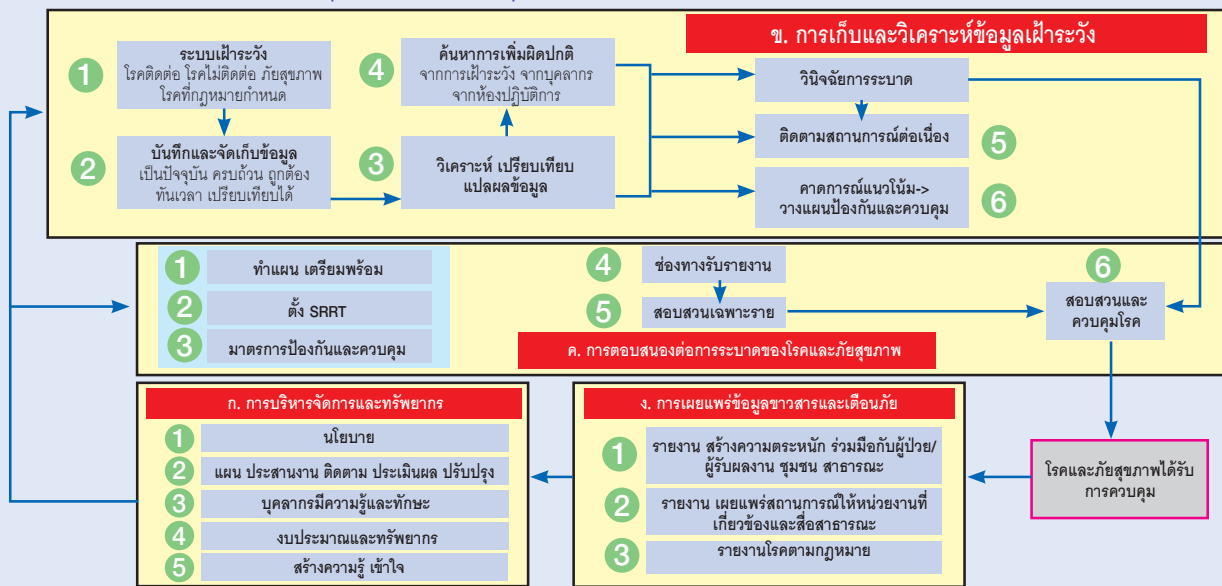
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 8

การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance)

II – 8. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance)

องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่ามีระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ สำหรับการค้นหา การเฝ้าดูสถานการณ์ การตอบสนองต่อการระบาด สอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้ การวางแผนป้องกันควบคุมโรค การเผยแพร่ข่าวสารและเตือนภัยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้โรคและภัยสุขภาพได้รับการควบคุม.



II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ เพื่อใช้ในการค้นหา ฝ้าติดตาม และตอบสนองต่อการระบาด สอบสวนและควบคุมการแพร่กระจาย รวมถึงเผยแพร่ข้อมูล และแจ้งเตือนภัยอย่างได้ผล.

ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร (Management and Resources)

- (1) องค์กรมีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมพื้นที่ภายในองค์กร¹⁷⁶ และพื้นที่ชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบ.
- (2) องค์กรมีแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ มีการประสานงาน ติดตามประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวังโรค.
- (3) องค์กรมีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะ ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ในจำนวนที่เหมาะสม.
- (4) องค์กรมีงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ ที่เพียงพอ มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สำหรับการเฝ้าระวังโรค สอบสวนโรค และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ.
- (5) องค์กรสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ในด้านแนวคิด นโยบาย แผน และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ.

¹⁷⁶ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-5.1 ข. สวัสดิภาพ ความปลอดภัย และสุขภาพของบุคลากร และ II-4.1 ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง (Data Collection and Analysis for Surveillance)

- (1) องค์กรมีระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพอื่นๆอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ องค์กร และเป็นไปตามกฎระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด.
- (2) ทีมผู้ให้บริการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และเปรียบเทียบกับข้อมูลที่มีอยู่เดิมได้.
- (3) ทีมผู้ให้บริการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมายข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยใช้วิธีการทางระบาดวิทยา.
- (4) ทีมผู้ให้บริการค้นหาและตรวจจับการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรค¹⁷⁷ ทั้งจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง รับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ และทบทวนรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ.
- (5) องค์กรติดตามฝ้าดูสถานการณ์และแนวโน้มของโรคที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน.
- (6) องค์กรคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันควบคุมโรค.

¹⁷⁷ การระบาด แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ 1. Epidemic หมายถึง การเกิดโรคมกผิดปกติเกินกว่าจำนวนที่เคยมีในช่วงระยะเวลาเดียวกันของปีก่อนๆ (mean \pm 2 S.D.) มักเกิดกับโรคที่พบบ่อยๆ เป็นโรคประจำถิ่น เช่น การระบาดของโรคหัด 2. Outbreak หมายถึง โรคที่มีผู้ป่วยตั้งแต่ 2 รายขึ้นไปในระยะเวลาอันสั้น หลังจากร่วมกิจกรรมด้วยกันมา (common activity) มักเกิดกับโรคที่พบประปราย แต่จำนวนไม่มาก (sporadic disease) เช่น การระบาดของอาหารเป็นพิษ ในกรณีที่เป็นโรคติดต่ออันตรายซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นในชุมชนนั้นมาก่อน หรือเคยเกิดมานานแล้วและกลับมาเป็นอีก ถึงแม้มีผู้ป่วยเพียง 1 รายก็ถือว่าเป็นการระบาด

ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ¹⁷⁸ (Response to an Epidemic of Diseases and Health Hazards)

- (1) องค์กรมีแผนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และมีการเตรียมความพร้อมในการรองรับตลอดเวลา.
- (2) องค์กรมีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team - SRRT) จากสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ.
- (3) องค์กรกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็น เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค.
- (4) องค์กรมีช่องทางและบุคลากรที่สามารถรับรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ตลอด 24 ชั่วโมง.
- (5) องค์กรดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างทันที่.
- (6) ทีมผู้รับผิดชอบในการสอบสวนควบคุมโรคมียุทธศาสตร์และอำนาจตามกฎหมายในการตรวจสอบและใช้มาตรการควบคุมโรคที่เหมาะสมและทันเหตุการณ์เมื่อมีการระบาดเกิดขึ้น.

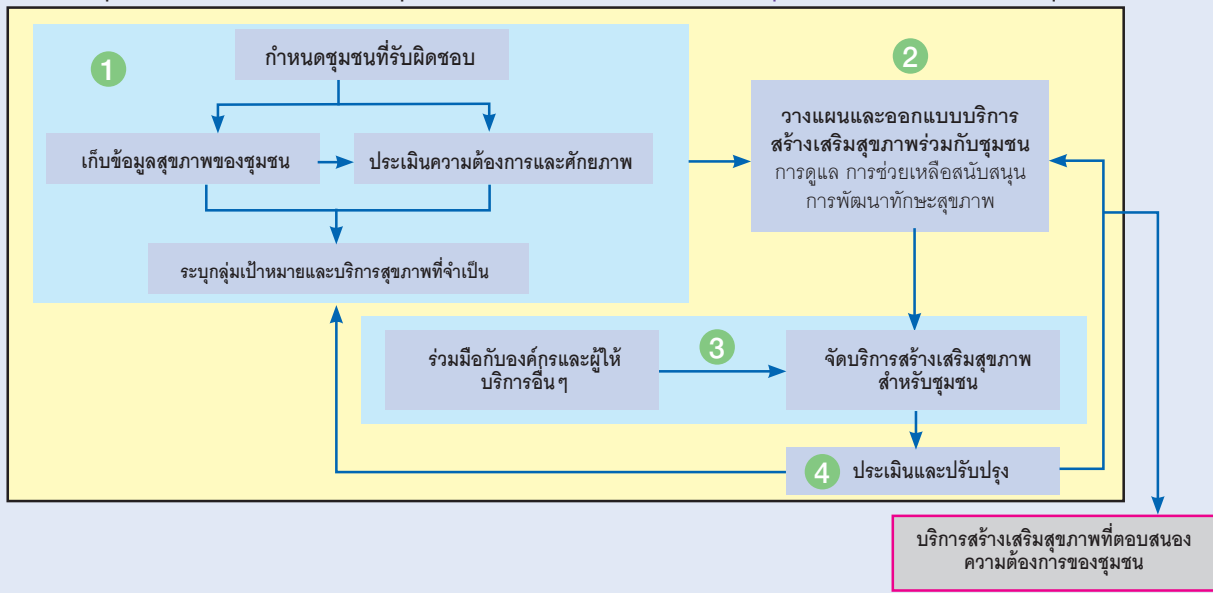
¹⁷⁸ **ภัยสุขภาพ** หมายถึง สภาวะ สิ่งแวดล้อม พืช สัตว์ สารเคมี/สารอื่นๆที่สถานะของเหลว ของแข็ง ก๊าซ หรือเป็นองค์ประกอบร่วมกัน ที่มีโอกาสส่งผลกระทบต่อ สุขภาพ สุขภาวะ หรือก่อให้เกิดการบาดเจ็บ สูญเสีย ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ต่อบุคคลใดๆ เช่น การบริโภคยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน การจมน้ำ และภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เช่น ภัยจากภาคอุตสาหกรรม/เกษตรกรรม ภัยจากมลพิษสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย (Information Dissemination and Alert)

- (1) องค์กรจัดให้มีทีมที่รับผิดชอบเรื่องการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพเพื่อสื่อสารข้อมูล สร้างความตระหนัก ความเข้าใจ และสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานชุมชน และสังคม.
- (2) องค์กรจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพทั้งในด้านการเฝ้าระวังการระบาดที่เกิดขึ้น และการดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสารณะ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ.
- (3) องค์กรรายงานโรคไปยังสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 และกฎข้อบังคับอื่นๆ.

II – 9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (Health Promotion for Communities)

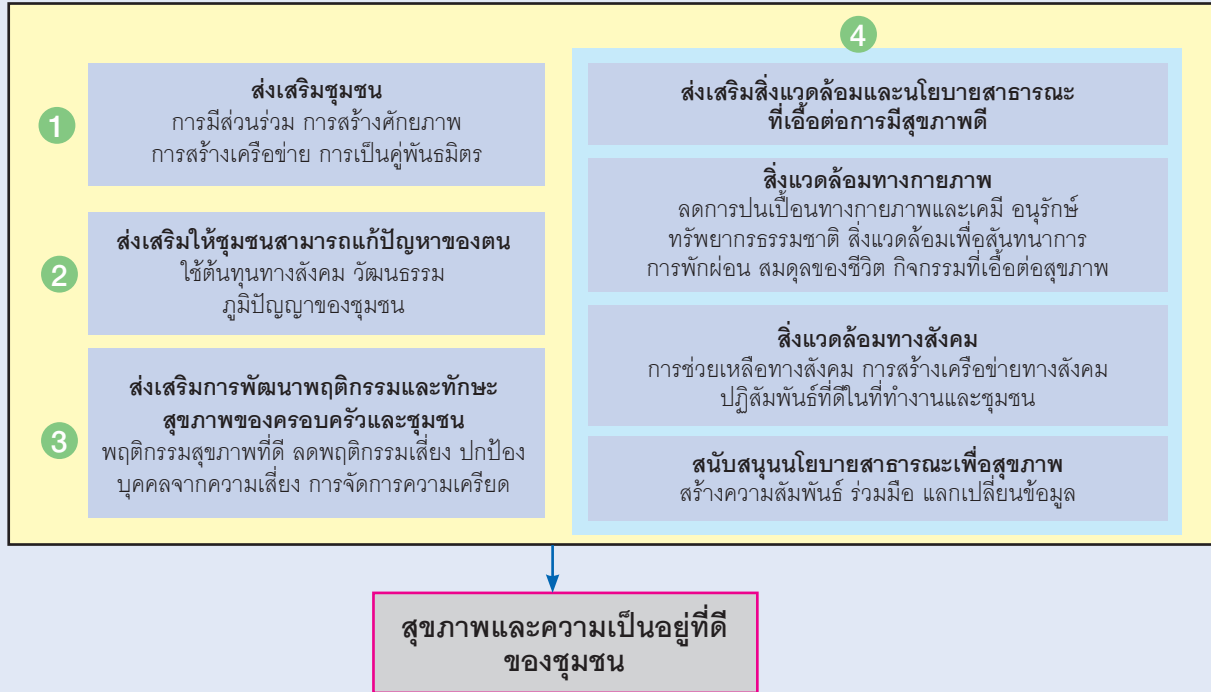
องค์กรร่วมกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพและความต้องการของชุมชน.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 9.2 การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment)

องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.



II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (Health Promotion for Communities)

องค์กรร่วมกับชุมชน¹⁷⁹ จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพและความต้องการของชุมชน.

- (1) องค์กรกำหนดชุมชนที่รับผิดชอบและทำความเข้าใจบริบทของชุมชน มีการประเมินความต้องการด้านสุขภาพและศักยภาพของชุมชน¹⁸⁰ และระบุกลุ่มเป้าหมายและบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชุมชน.
- (2) องค์กรร่วมกับชุมชนวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ¹⁸¹ ที่ตอบสนองความต้องการและปัญหาของชุมชน.
- (3) องค์กรร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน .
- (4) องค์กรติดตามประเมินผล ตลอดจนแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกับชุมชนในการปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน.

¹⁷⁹ **ชุมชน** หมายถึง ชุมชนทางภูมิศาสตร์ หรือชุมชนที่เกิดจากความสัมพันธ์ของกลุ่มคนที่มีเป้าหมายเดียวกัน สามารถกำหนดได้โดยองค์กร เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของการพัฒนาและมีเป้าหมายร่วม

¹⁸⁰ **การประเมินความต้องการของชุมชน** ครอบคลุมถึงการเก็บรวบรวมสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ศักยภาพ และความเสียด้านสุขภาพในชุมชน

¹⁸¹ **บริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน** อาจครอบคลุมการดูแล การช่วยเหลือสนับสนุน การส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะสุขภาพ

II-9.2 การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment)

องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

- (1) องค์กรส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพ และการสร้างเครือข่ายของชุมชน รวมทั้งการเป็นคู่พันธมิตร¹⁸² ที่เข้มแข็งกับชุมชน.
- (2) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน¹⁸³ เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญโดยใช้ต้นทุนทางสังคม วัฒนธรรมและภูมิปัญญาของชุมชน.
- (3) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรมและทักษะสุขภาพของบุคคล¹⁸⁴ และครอบครัว.

¹⁸² องค์กรทำงานเป็นคู่พันธมิตรกับชุมชนด้วยการแลกเปลี่ยนสารสนเทศ ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร

¹⁸³ สามารถกำหนดกลุ่มที่มีเป้าหมายร่วมได้ เช่น กลุ่มโรคต่างๆ กลุ่มวัยต่างๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หรือกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มหญิงให้นมบุตร ทารกแรกเกิด - 5 ปี กลุ่มผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม เป็นต้น

¹⁸⁴ พฤติกรรมและทักษะส่วนบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย อาหาร กิจกรรมทางกาย การผ่อนคลาย โภชนาการ การนอนหลับ สัมพันธภาพที่ดี และหลีกเลี่ยงสารเสี่ยง) การลดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การปกป้องส่วนบุคคลให้พ้นจากความเสี่ยง การจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) องค์กรส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ¹⁸⁵ และทางสังคม¹⁸⁶ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยการสร้างความสัมพันธ์ ร่วมมือ และแลกเปลี่ยนสารสนเทศกับผู้เกี่ยวข้อง.

¹⁸⁵ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การลดสิ่งปนเปื้อนทางกายภาพและสารเคมี เช่น ฝุ่น ละอองในอากาศ สารพิษหรือสารตกค้างในอาหาร เสียง น้ำบริโภคสะอาด การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมเพื่อสันติทางการ การพักผ่อน สมดุลของชีวิต และกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ

¹⁸⁶ สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การช่วยเหลือทางสังคมในกลุ่มเป้าหมาย (เช่น ผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม) การสร้างเครือข่ายทางสังคม ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงานและชุมชน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 10

การดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Care)

II - 10 การดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Care)

องค์กรทำให้มั่นใจว่าการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมีความเหมาะสมและปลอดภัย โดยคำนึงถึงผลลัพธ์และความเสี่ยงที่เหมาะสม.



II-10 การดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล¹⁸⁷ (Digital Care)

องค์กรทำให้มั่นใจว่าการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมีความเหมาะสมและปลอดภัย โดยคำนึงถึงผลลัพธ์และความเสี่ยงอย่างเหมาะสม

- (1) องค์กรมีการกำหนดวัตถุประสงค์ กลยุทธ์ กลุ่มเป้าหมาย และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทขององค์กร โดยมีการวิเคราะห์ที่คำนึงถึงประโยชน์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า รวมทั้งการทำงานร่วมกันได้กับระบบอื่น (interoperability) และมีการจัดหาทรัพยากร การวางแผน การนำไปใช้งาน และการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ.
- (2) องค์กรมีกระบวนการที่ทำให้มั่นใจว่า การดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลขององค์กรจะไม่ส่งผลกระทบต่อเชิงลบโดยไม่สมควร ต่อการรับบริการของผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลหรือไม่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้.
- (3) องค์กรมีกลไกที่เหมาะสมในการวางแผนการใช้งานระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล รวมถึงการนำระบบปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) มาใช้ โดยการมีส่วนร่วมหรือปรึกษาผู้ให้บริการหรือบุคลากร

¹⁸⁷ ตัวอย่าง การดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine and information-sharing platforms) หมายถึง ระบบงานที่มีการนำดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่อยู่ต่างสถานที่ด้วยวิธีการส่งสัญญาณข้อมูลภาพ และเสียง หรือวิธีการอื่นใด ในการให้บริการการแพทย์และสาธารณสุขของสถานพยาบาลแก่ผู้ขอรับบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรึกษา การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- ที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษา และบุคลากรในบทบาทที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจมุมมองเชิงปฏิบัติและความจำเป็นในการฝึกอบรมหรือพัฒนาบุคลากร.
- (4) องค์กรมีแผนในการนำระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้งานอย่างสมเหตุผล (rational use) สอดคล้องกับหลักการทางวิชาการหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ คำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย และคำนึงถึงผลทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ (intended and unintended consequences) ที่อาจเกิดขึ้น.
 - (5) องค์กรมีการควบคุมดูแลให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล รวมถึงการนำระบบปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) เป็นไปตามกฎหมายและข้อกำหนด/มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง และเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานเพื่อวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice).
 - (6) องค์กรมีการบริหารความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และมีการป้องกันผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์
 - (i) องค์กรมีการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ ข้อมูลส่วนบุคคล ความปลอดภัยของผู้ป่วย และผลที่ไม่ตั้งใจ (unintended consequences) ที่สำคัญ.
 - (ii) องค์กรจัดให้มีการติดตาม เฝ้าระวัง และประเมินผล ครอบคลุมการนำข้อเสนอแนะหรือข้อร้องเรียนและความคลาดเคลื่อนหรือผิดพลาด จากการใช้ระบบปัญญาประดิษฐ์ (AI)¹⁸⁸ ในกระบวนการดูแลรักษา มาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

¹⁸⁸ การติดตามการใช้ระบบปัญญาประดิษฐ์ (AI) อาจครอบคลุมถึง การรับข้อเสนอแนะจากบุคลากร เกี่ยวกับประสิทธิภาพและการทำงานของระบบ การตรวจสอบ (audit) ผลการทดสอบที่ได้จากระบบ AI เพื่อประเมินความเสี่ยงและลดความเสี่ยง ของการวินิจฉัยเกินจริงหรือการวินิจฉัยที่พลาด การติดตามข้อร้องเรียนหรือข้อเสนอแนะจากผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบ AI การติดตามความต้องการสนับสนุนด้านเทคนิค ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบ AI การรวบรวมและวิเคราะห์สถิติ เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลด้วยระบบ AI กับการดูแลแบบเผชิญหน้า (person-to-person care)

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (7) องค์กรจัดให้มีการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิคที่สามารถให้การสนับสนุนและคำปรึกษาได้ตามความจำเป็น¹⁸⁹ มีแนวทางสำหรับการสนับสนุนทางเทคนิคที่เหมาะสม เพื่อให้การใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ซึ่งอาจมาจากผู้รับจัดหาระบบ (vendor) ที่ปฏิบัติงานทางเทคนิคภายใน องค์กร หรือการสนับสนุนทางเทคนิคจากแหล่งอื่นตามข้อตกลงหรือสัญญา.
- (8) องค์กรมีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการใช้งานระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล โดยครอบคลุมถึง
- (i) การประเมินและคัดกรองตามข้อบ่งชี้
 - (ii) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการใช้ระบบปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการการดูแล¹⁹⁰ รวมถึงข้อจำกัด/ความเสี่ยงที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย
 - (iii) การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (หากทำได้และมีทางเลือกในการดูแลโดยวิธีการอื่น)

¹⁸⁹ ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิคควรให้การสนับสนุนในด้านการทดสอบและการตรวจสอบคุณภาพที่จำเป็น ก่อนที่ระบบใดๆ จะถูกนำมาใช้งาน อย่างเต็มรูปแบบ

¹⁹⁰ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ระบบปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการให้การดูแลรักษา เช่น การชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการที่การดูแล และการรักษาบางส่วนได้รับการดำเนินการ โดยครอบคลุมถึงบทบาทของระบบ AI ในการวินิจฉัยโรค การพัฒนาการรักษาเฉพาะบุคคล (personalized medicine) วิธีการที่ใช้ในการตรวจสอบความเอนเอียงของระบบ (bias) และการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (iv) กำหนดบทบาทหน้าที่และภาระรับผิดชอบ (accountability) ของผู้ให้บริการต่อผลจากการดูแลผู้ป่วย โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลดังกล่าว โดยเฉพาะในกรณีของปัญญาประดิษฐ์ (AI)¹⁹¹ (ถ้ามี)
 - (v) การแก้ไขปัญหาในกรณีที่มีข้อขัดข้องหรือภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์.
- (9) องค์กรมีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในเวชระเบียนหรือระบบสารสนเทศอย่างเหมาะสมและเพียงพอสำหรับการสื่อสารและการดูแลต่อเนื่อง และมีการควบคุมคุณภาพของข้อมูลดังกล่าวอย่างเหมาะสม.
- (10) องค์กรมีการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นระยะว่ามีความสมเหตุผล (rational use) สอดคล้องกับหลักการทางวิชาการหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ ส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและความปลอดภัย โดยคำนึงถึงผลทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ (intended and unintended consequences) และมีการปรับปรุงและพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ.

¹⁹¹ การพิจารณาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการใช้ระบบ AI เช่น ความเอนเอียงของระบบที่เกิดจากข้อมูลที่ใช้ฝึกสอน ความปลอดภัย และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ตลอดจนความไม่โปร่งใสในการสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Processes)



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III – 1

การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)

III – 1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)

องค์กรทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน สามารถเข้าถึงและเข้ารับบริการสุขภาพที่จำเป็นได้โดยสะดวก ทันเวลา และปลอดภัย เหมาะสม กับปัญหาและความต้องการ มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานที่มีประสิทธิผล และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

ก. การจัดบริการ

- 1 กำหนดและจัดบริการที่จำเป็น รวบรวม/วิเคราะห์ความต้องการบริการในปัจจุบันและอนาคต
- 2 จัดช่องทางเข้าถึงบริการ เหมาะสม ปลอดภัย ลดการแพร่กระจายเชื้อ

ข. การเข้าถึง

- 1 อุปสรรคต่อการเข้าถึงน้อยที่สุด กายภาพ ภาษา วัฒนธรรม จิตวิญญาณ เทคโนโลยี ช่วงเวลาให้บริการ ระยะเวลาคอย
- 2 ประสานงานเพื่อการส่งต่อ เวลาเหมาะสม ปลอดภัย
- 3 คัดกรอง จำแนกกลุ่มการให้บริการ เฝ้าระวัง ช่วยเหลือ
- 4 คัดแยก (triage) -> ให้การดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วน
- 5 เกณฑ์การรับผู้ป่วย การช่วยเหลือกรณีส่งต่อ

ค. การเข้ารับบริการ

- 1 การรับเข้าหน่วยบริการวิกฤติ / บริการพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- 2 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว ความจำเป็น การดูแลที่จะได้รับ ข้อจำกัด ผลลัพธ์ ค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยเข้าใจและมีเวลาพิจารณาก่อนตัดสินใจ
- 3 ขอความยินยอมหลังได้รับข้อมูล การผ่าตัดและหัตถการรุกราน การระงับความรู้สึก การทำให้งบระดับปานกลาง/ลึก บริการที่มีความเสี่ยงสูง การวิจัย การถ่ายภาพหรือกิจกรรมประชาสัมพันธ์
- 4 กรณีปฏิเสธการรักษา เคารพ ช่วยเหลือ
- 5 การบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

เข้าถึงสะดวก
รับไว้ดูแลทันเวลา ปลอดภัย
ระบบมีประสิทธิภาพ

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)

องค์กรทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน สามารถเข้าถึงและเข้ารับบริการสุขภาพที่จำเป็นได้โดยสะดวก ทันเวลา และปลอดภัย เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานที่มีประสิทธิภาพ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

ก. การจัดบริการ (Service Arrangement)

- (1) ทีมผู้ให้บริการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหา รวมทั้งเป็นความต้องการบริการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และชุมชน ในปัจจุบันและอนาคต เพื่อกำหนดและจัดบริการที่จำเป็น.
- (2) องค์กรจัดช่องทางการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย¹⁹² โดยคำนึงถึงความเหมาะสม ความปลอดภัย และลดการแพร่กระจายเชื้อในกรณีโรคติดต่อ.

ข. การเข้าถึง (Access)

- (1) ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงและใช้บริการได้โดยมีอุปสรรคน้อยที่สุด.
 - (i) โครงสร้าง อาคาร สถานที่ ที่เกี่ยวข้องกับบริการ สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก และมีสิ่งอำนวยความสะดวก

¹⁹² ช่องทางการเข้าถึงของผู้ป่วย เช่น การมารับบริการด้วยตนเอง การมาด้วยระบบ EMS การใช้ Tele-health หรือ Tele-medicine การเยี่ยมบ้าน การจัดบริการที่บ้าน เป็นต้น

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ในการลดข้อจำกัดทางกายภาพสำหรับการเข้าถึงบริการ¹⁹³;

- (ii) ทีมผู้ให้บริการพยายามลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ในด้านภาษา วัฒนธรรม ความเชื่อ ศาสนา สังคม เทคโนโลยีและอุปสรรคอื่นๆ โดยคำนึงถึงสิทธิและความเป็นธรรมของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ;
 - (iii) ทีมผู้ให้บริการจัดช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละประเภท;
 - (iv) ระยะเวลารอคอยเพื่อเข้าถึงบริการเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และสอดคล้องกับความจำเป็นของโรค/สภาวะของผู้ป่วย.
- (2) องค์กรมีการประสานงานที่ดีกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา¹⁹⁴ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย.
 - (3) ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้รับการคัดกรอง (screen) โดยการซักประวัติ ตรวจสอบสัญญาณชีพที่จำเป็นเบื้องต้น เพื่อจำแนกกลุ่มการให้บริการในช่องทางที่เหมาะสมและปลอดภัย และมีกระบวนการเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม.
 - (4) ผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ฉุกเฉินได้รับการคัดแยก (triage) ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว และได้รับการดูแลตามความเร่งด่วนอย่างเหมาะสม โดยบุคลากรที่มีคุณสมบัติและอุปกรณ์/เครื่องมือที่เหมาะสม.

¹⁹³ การลดข้อจำกัดทางกายภาพสำหรับการเข้าถึงบริการ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทางลาดสำหรับผู้ป่วยรถเข็น ป้ายบอกทางที่ชัดเจน หรือระบบเทคโนโลยีในการนัดหมาย เป็นต้น

¹⁹⁴ การประสานงานที่ดีกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วย เช่น โรงพยาบาลอื่น สถานีตำรวจ สถานพยาบาลปฐมภูมิ/หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น

- (5) ทีมผู้ให้บริการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนด ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้และช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกว่า.

ค. การเข้ารับบริการ (Entry)

- (1) การรับเข้า/ย้ายเข้าหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.
- (2) ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล ผู้ให้บริการมีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว:
 - (i) ข้อมูลที่ให้การครอบคลุมประเด็น ดังนี้:
 - เหตุผลความจำเป็นที่ต้องรับไว้;
 - การดูแลรักษาที่จะได้รับ ข้อจำกัดทางการรักษา (ถ้ามี);
 - ผลลัพธ์/โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน;
 - ความครอบคลุมของสิทธิการรักษาและค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น.
 - (ii) องค์กรทำให้น่ามั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ด้วยความเข้าใจ สามารถขอความเห็นเพิ่มเติมจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นโดยอิสระ และมีเวลาพิจารณาที่เพียงพอก่อนจะตัดสินใจ.
- (3) ผู้ให้บริการมีกระบวนการขอความยินยอมจากผู้ป่วย/ครอบครัว โดยมีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมไว้ในเวชระเบียนก่อนที่จะให้บริการหรือให้เข้าร่วมกิจกรรมต่อไปนี้:

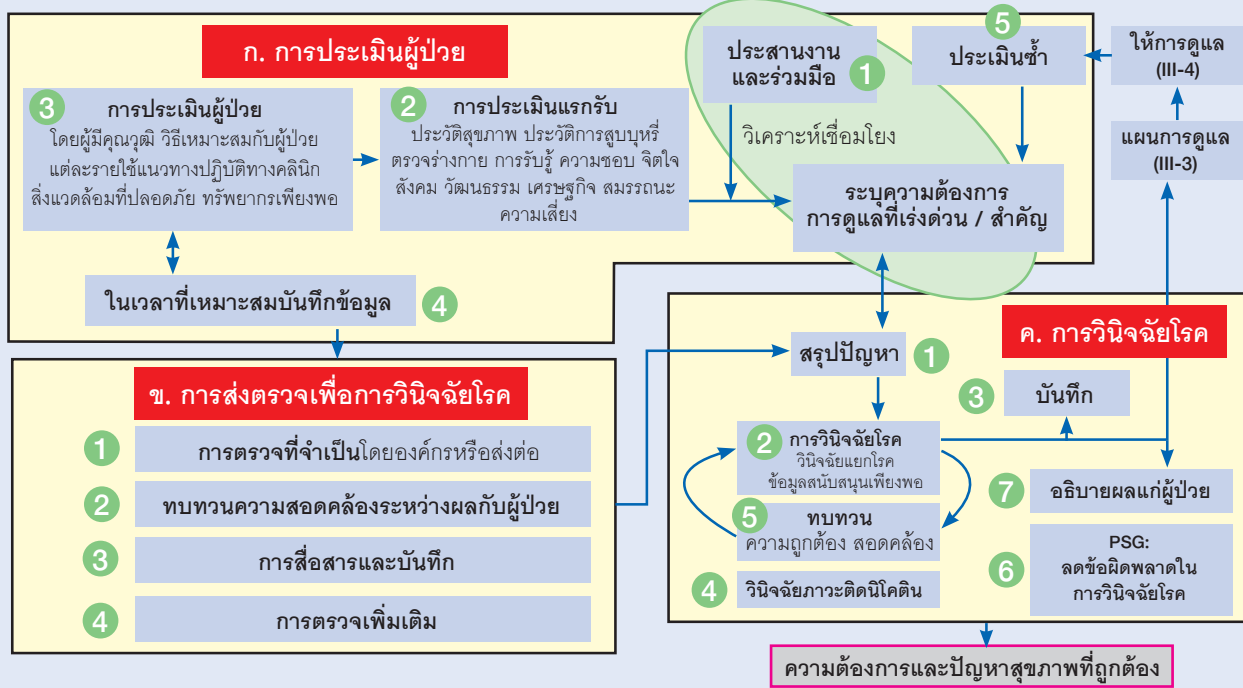
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (i) การทำผ่าตัดและหัตถการรุกราน (invasive procedure) การระงับความรู้สึก และการทำให้สงบในระดับปานกลาง/ระดับลึก;
 - (ii) บริการที่มีความเสี่ยงสูงที่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์;
 - (iii) การเข้าร่วมวิจัย/ทดลอง;
 - (iv) การถ่ายภาพ/กิจกรรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งควรมีการระบุระยะเวลา/ขอบเขตที่ให้ความยินยอมไว้.
- (4) กรณีมีการปฏิเสธการดูแลรักษา ทีมผู้ให้บริการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน มีกระบวนการช่วยเหลือดูแลเบื้องต้นและติดตามอย่างเหมาะสม.
- (5) องค์กรจัดทำและนำแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องไปปฏิบัติในทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแลรักษา.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III – 2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแล อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.



III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแล อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.

ก. การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

- (1) การประเมินผู้ป่วยมีการประสานงานและร่วมมือระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง:
 - (i) ประเมินรอบด้านและครบถ้วน และลดความซ้ำซ้อน;
 - (ii) วิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมิน;
 - (iii) ระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วน/สำคัญ.
 - (iv) มีการบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียนอย่างเหมาะสมและครบถ้วน
- (2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย:
 - ประวัติสุขภาพ;
 - ประวัติครอบครัว;
 - แบบแผนพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยา และวิถีการดำรงชีวิตเป็นต้น;
 - การตรวจร่างกาย;
 - การรับรู้ความต้องการของตนโดยตัวผู้ป่วยเอง;

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย¹⁹⁵;
 - การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ;
 - ความสามารถ/สมรรถนะในการประกอบกิจวัตร (functional assessment);
 - การระบุผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายระหว่างกระบวนการดูแล¹⁹⁶ มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป.
- (3) บุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมทำการประเมินผู้ป่วยโดยใช้วิธีการและแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การประเมินผู้ป่วยดำเนินการในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและมีทรัพยากรเพียงพอ¹⁹⁷.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่เหมาะสมตามที่องค์กรกำหนด มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนตามข้อกำหนดในเวชระเบียน และพร้อมที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น.
- (5) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองต่อการดูแล.

¹⁹⁵ ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย (preferences of patients) เช่น จะเรียกขานตัวบุคคลว่าอย่างไร ผลกระทบจากการเรียกขาน ตัวเลือกในการดูแลและวิธีการรักษาผู้ป่วย เสื้อผ้าและการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ อาหาร/เครื่องดื่มและมีอาหาร กิจกรรม/ความสนใจ/ความเป็นส่วนตัว/ผู้มาเยือน

¹⁹⁶ ครอบคลุมการประเมินความเสี่ยง ที่เกี่ยวกับการจัดการด้านยา การพลัดตกหกล้ม โอกาสในการติดเชื้อ โภชนาการ ผลจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว เช่น แผลกดทับ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง เป็นต้น

¹⁹⁷ ทรัพยากรในการประเมินผู้ป่วย ควรพิจารณาถึง เทคโนโลยี บุคลากร เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้เก็บข้อมูล

ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค (Diagnostic Investigation)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นตามศักยภาพขององค์กร และได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่นตามความเหมาะสม.
- (2) มีการทบทวนความสอดคล้องระหว่างผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคกับสภาวะโรคของผู้ป่วย.
- (3) มีการสื่อสารและบันทึกผลการตรวจ เพื่อการวินิจฉัยโรคที่มีประสิทธิผล ทำให้มั่นใจว่า:
 - (i) แพทย์ได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม ทันเวลา;
 - (ii) ผลการตรวจสามารถสืบค้นได้ง่าย ไม่สูญหาย;
 - (iii) มีการรักษาความลับอย่างรัดกุม.
- (4) ทีมผู้ให้บริการพิจารณาการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคเพิ่มเติมเมื่อพบว่ามี ความจำเป็นเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และสามารถอธิบายเหตุผลความจำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว.

ค. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

- (1) ทีมผู้ให้บริการสรุปประเด็นปัญหาที่ได้จากประวัติ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค.
- (2) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคและวินิจฉัยแยกโรคที่ครอบคลุม โดยมีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ และมีการทบทวนการวินิจฉัยเมื่อได้รับข้อมูลประกอบเพิ่มเติมหรือมีการเปลี่ยนแปลงของอาการและสภาวะโรค.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

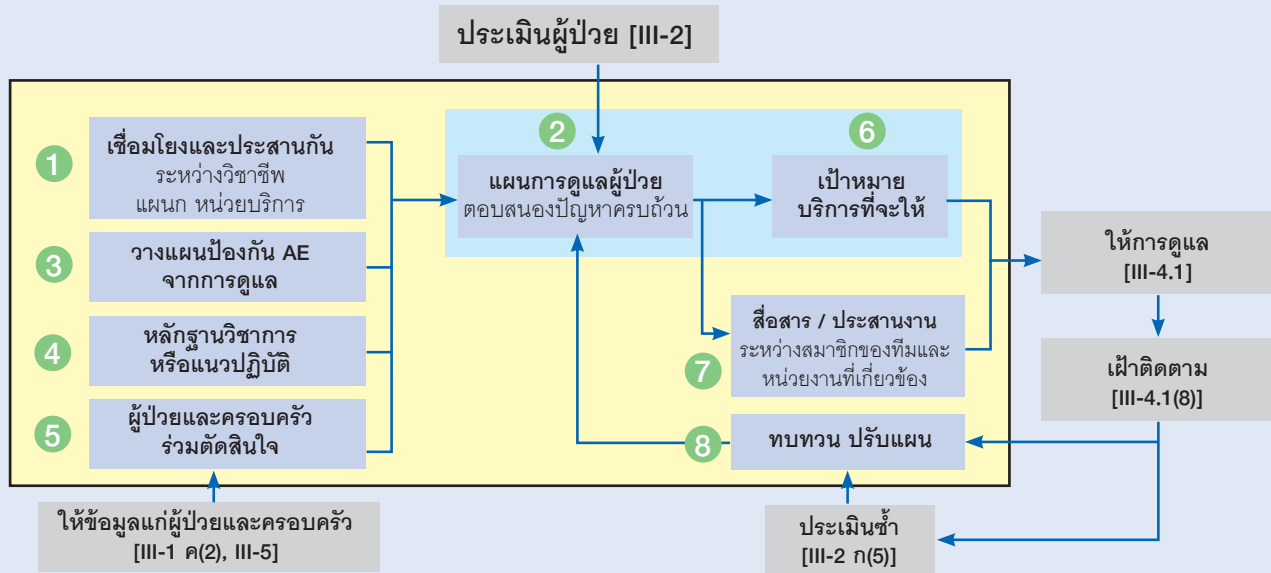
- (3) มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคภายในเวลาที่กำหนดไว้ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค
- (4) ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ได้รับการบันทึกการวินิจฉัยโรคภาวะติดยาโคติน (nicotine dependence) ตามเกณฑ์ที่กำหนด.
- (5) ทีมผู้ให้บริการทบทวนความถูกต้องและครบถ้วนของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพในทีมผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ.
- (6) องค์กรกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูล ทบทวนเวชระเบียน เพื่อการปรับปรุงและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง.
- (7) ทีมผู้ให้บริการอธิบายผลการประเมิน ผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค และผลการวินิจฉัยโรคให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย.

III – 3

การวางแผน (Planning)

III – 3.1 การวางแผนการดูแล (Planning of Care)

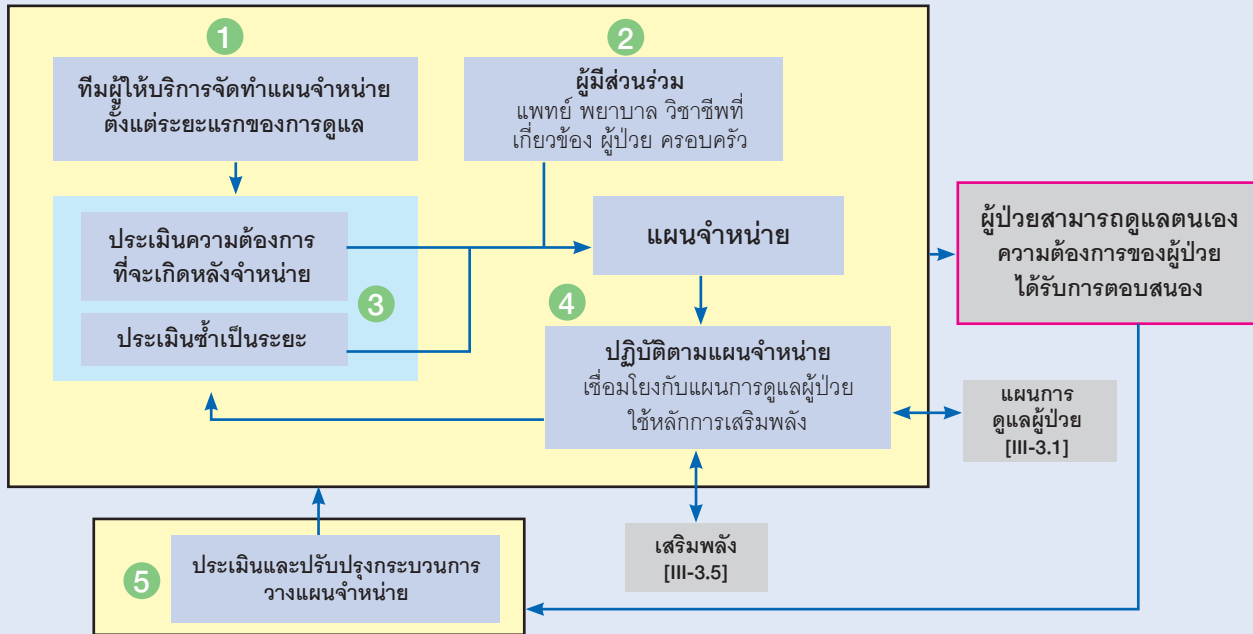
ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกรายมีแผนการดูแลที่ประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III – 3.2 การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning)

ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้สามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา/ความต้องการ หลังจำหน่ายออกจากองค์กร.



III-3.1 การวางแผนการดูแล (Planning of Care)

ทีมผู้ให้บริการทำให้นั้นใจว่าผู้ป่วยทุกรายมีแผนการดูแลที่ประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์¹⁹⁸.

- (1) การวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ.
- (2) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองอย่างครบถ้วนต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินและการตรวจวินิจฉัย¹⁹⁹.
- (3) ทีมผู้ให้บริการวางแผนเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป.
- (4) ทีมผู้ให้บริการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติ ที่เหมาะสมมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย.
- (5) ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจ²⁰⁰ เลือกรักษา รวมถึงวางแผนการดูแล:
 - (i) วิธีการ/ทางเลือกในการดูแลและรักษา²⁰¹ หลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ;
 - (ii) การพิจารณาความเชื่อและความชอบส่วนบุคคล;

¹⁹⁸ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หมายถึง เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยที่เกิดจากกระบวนการดูแลรักษา ครอบคลุมถึงการเกิดโรคภาวะแทรกซ้อน การบาดเจ็บ ความทุกข์ทรมาน ความพิการ และการเสียชีวิต และอาจจะเป็นอันตรายทางด้านสังคม หรือจิตใจ ซึ่งมุ่งเน้นในเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้เชิงระบบ (preventable harms)

¹⁹⁹ รวมถึงวางแผนการเลิกบุหรื โดยวิธีการต่างๆ เช่น การให้ความรู้ การเข้าร่วมโครงการเลิกบุหรื หรือการพิจารณาการใช้ยาเลิกบุหรืตามความเหมาะสม

²⁰⁰ ร่วมตัดสินใจเลือกรักษา หมายถึง ผู้ป่วยและญาติร่วมแลกเปลี่ยนและรับรู้ข้อมูลทั้งวิธีการ ประโยชน์และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากวิธีการรักษา กับทีมผู้ให้บริการ โดยข้อมูลต่างๆ ควรมีความพร้อมในหลายภาษาและรูปแบบเพื่อความเข้าใจและเกิดประโยชน์ในการรับรู้และร่วมตัดสินใจเลือกรักษา

²⁰¹ ทางเลือกการรักษาครอบคลุมทั้งรูปแบบ/วิธีการรักษาเพื่อการดูแลรักษาและการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (iii) การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีโอกาสเกิดกับผู้ป่วย;
 - (iv) มีการระบุนสมาชิกครอบครัว/ผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมการอภิปรายอย่างเหมาะสม.
- (6) แผนการดูแลผู้ป่วยมีการระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ ครอบคลุมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และบริการที่จะให้.
 - (7) ทีมผู้ให้บริการสื่อสาร/ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างได้ผล เพื่อแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติได้ในเวลาที่เหมาะสม โดยทีมผู้ให้บริการเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ.
 - (8) ทีมผู้ให้บริการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป.

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning)

ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้สามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา/ความต้องการ หลังจำหน่ายออกจากองค์กร.

- (1) ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกของการรักษา โดยคำนึงถึงความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย
- (2) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย²⁰²
- (3) ทีมผู้ให้บริการประเมินและระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และประเมินซ้ำเป็นระยะในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล และปรับปรุงแผนการจำหน่ายให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล.
- (4) ทีมผู้ให้บริการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง.
- (5) ทีมผู้ให้บริการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.

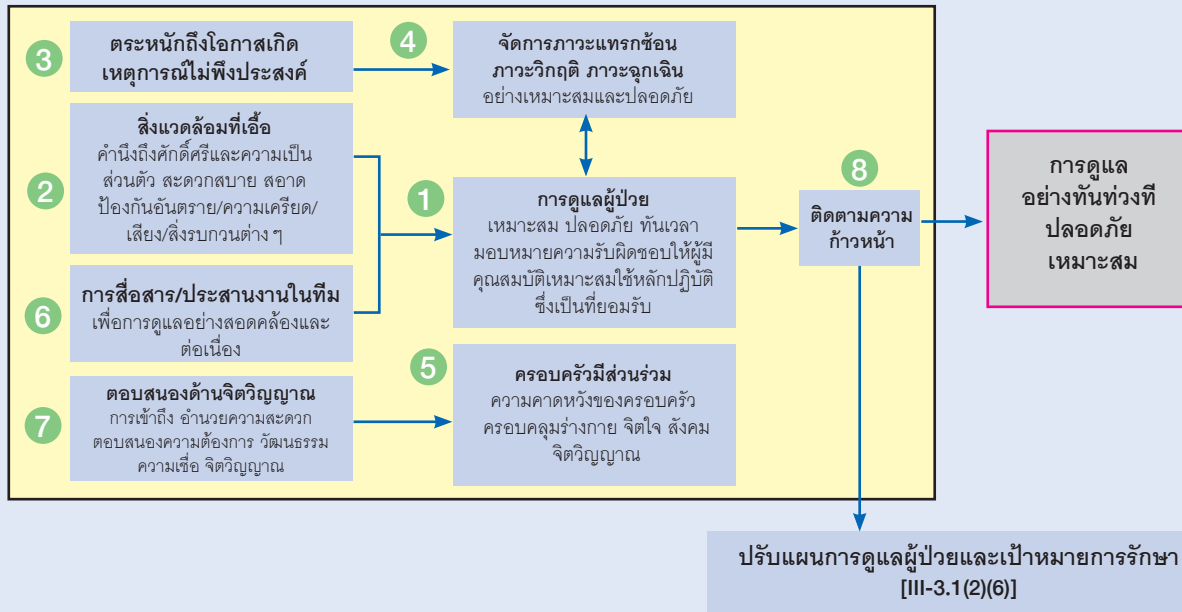
²⁰² รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมวางแผนจำหน่ายของทีมดูแลต่อเนื้อที่บ้าน

III – 4

การดูแลผู้ป่วย (Patient Care Delivery)

III -4.1 การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)

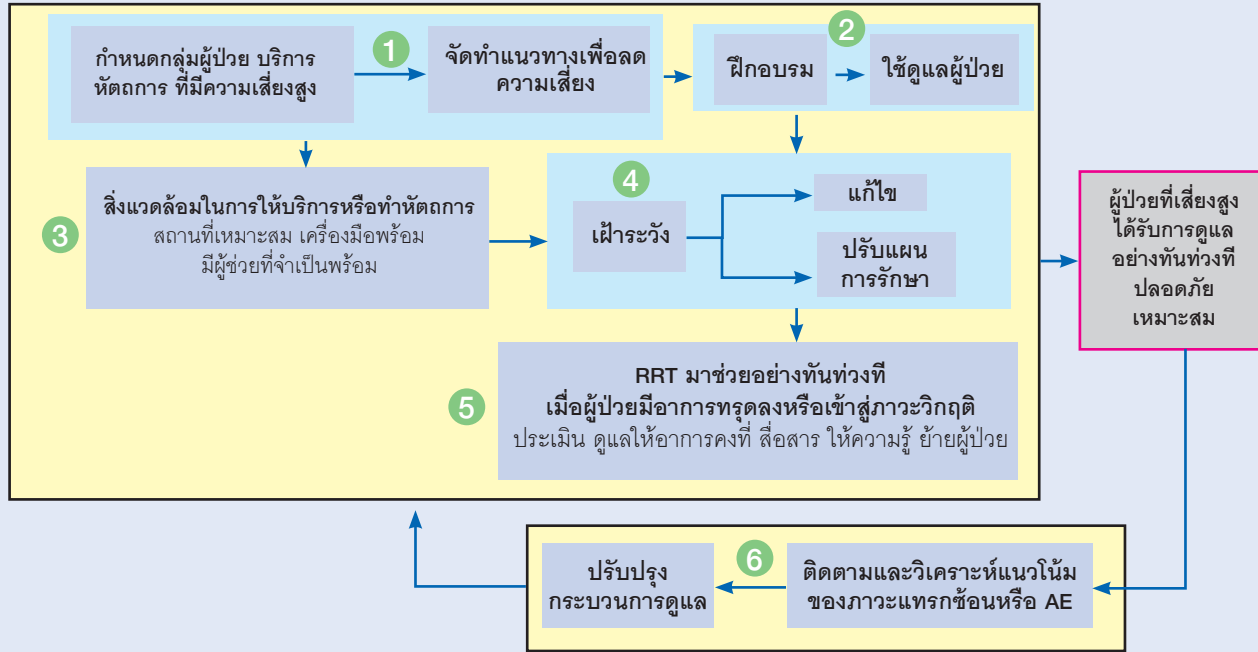
ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III - 4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (High-Risk Patients and High-Risk Services)

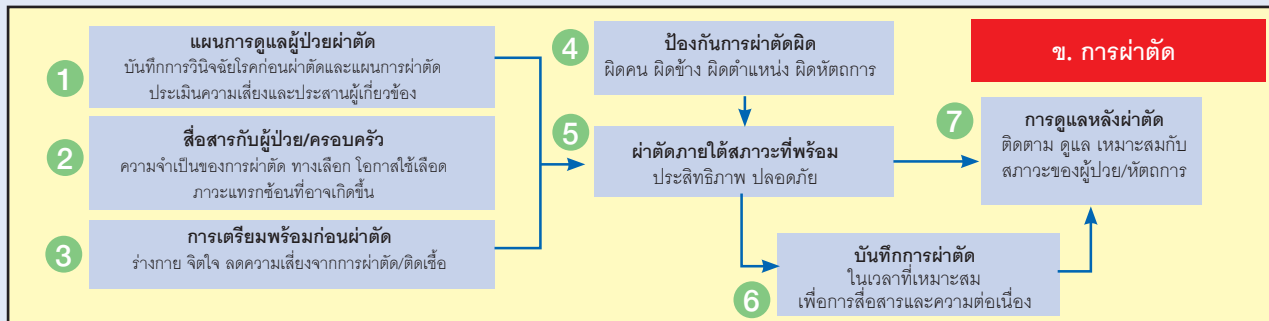
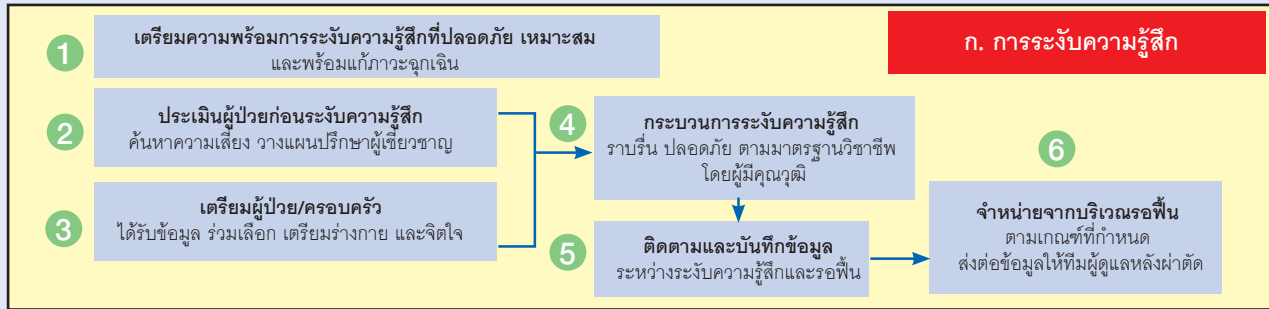
ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงทุกรายได้รับบริการ และเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ได้อย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III - 4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลในบริการเฉพาะ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III - 4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลในบริการเฉพาะ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ค. อาหารและโภชนาบำบัด

1

อาหารที่เหมาะสม
คุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ ระบบบริการอาหารที่ดี
วิเคราะห์และป้องกันความเสี่ยง

3

ให้ความรู้ด้านอาหาร โภชนาการ โภชนาบำบัด
เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมและบริโภคอาหาร

2

ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการ
ประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนโภชนาบำบัด ดูแลตามแผน

4

การผลิตอาหาร จัดเก็บ ส่งมอบ จัดการกับ
ลักษณะ/อุปกรณ์/ของเสีย/เศษอาหาร
ปลอดภัย หลีกเลี่ยงอุบัติเหตุ ลดความเสี่ยง

1

ตระหนักในความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะ

ง. การดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคอง

2

ประเมิน / ประเมินซ้ำ
อาการ การตอบสนองต่อการบำบัด ความต้องการ
ด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ

4

ประสานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
ระหว่างสมาชิกทีมกับการดูแลที่บ้าน/ชุมชน

3

แผนการดูแล

5

จัดทำ/สื่อสาร แผนดูแลล่วงหน้า
และหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการ
การรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต

6

การดูแลในช่วงใกล้เสียชีวิต
บรรเทาอาการ ตอบสนองความต้องการ
ด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ
ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจ

4

ระบบดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III - 4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลในบริการเฉพาะ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ.

จ. การจัดการความปวด

- 1 การคัดกรองและประเมินความปวด ความรุนแรงและลักษณะของความปวด
- 2 การจัดการความปวด multi-modalities, ให้ระงับการตอบสนอง และ AE, ประเมินซ้ำ และปรับการรักษา
- 3 ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โอกาสเกิดความปวด ทางเลือก ผลข้างเคียงและข้อพึงระวัง ความร่วมมือที่คาดหวัง
- 4 ดูแลโดยบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ
- 5 ให้ความรู้และสนับสนุนผู้ป่วยและผู้ดูแล

ฉ. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ

- 1 ประเมิน -> วางแผนฟื้นฟูที่ครอบคลุม ประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ องค์กร: ร่างกาย กิจกรรม สิ่งแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคล
- 2 บริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ มีคุณภาพ/ปลอดภัย ตามปัญหาของผู้ป่วย/หลักฐานวิชาการ วัดผลลัพธ์ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน
- 3 สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้ข้อมูลเพียงพอเพื่อการตัดสินใจ ทักษะเพื่อการดูแลตนเอง
- 4 ให้บริการโดยบุคลากรที่มีความรู้/ทักษะ/ความเชี่ยวชาญ ตามมาตรฐาน/กฎระเบียบ/ข้อบังคับ

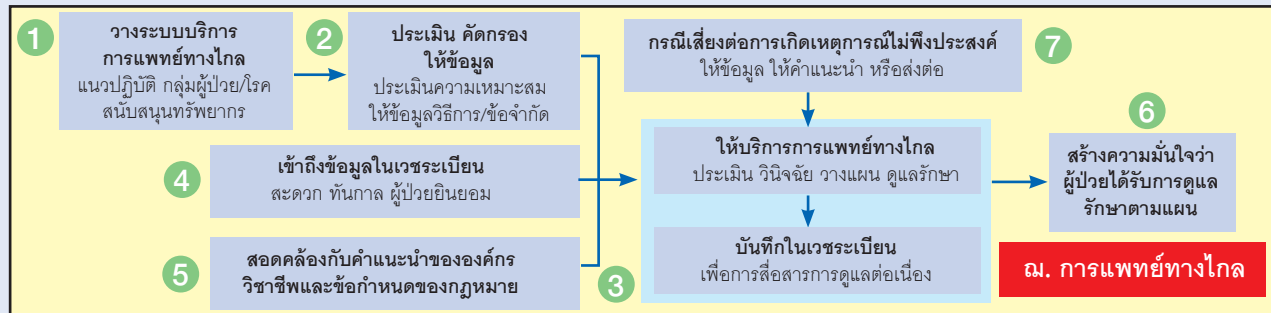
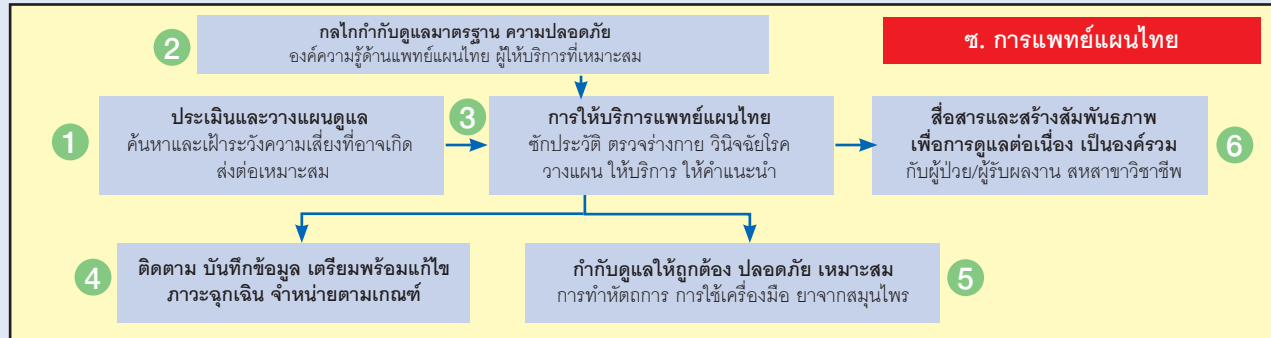
ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

- 1 เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานในบริบทและทรัพยากรของโรงพยาบาล
- 2 บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้รับการรับรองจากคณะอนุกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) กำกับดูแลกรณีดำเนินการโดยบริษัทภายนอก monitor & supervise if outsourced

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III - 4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

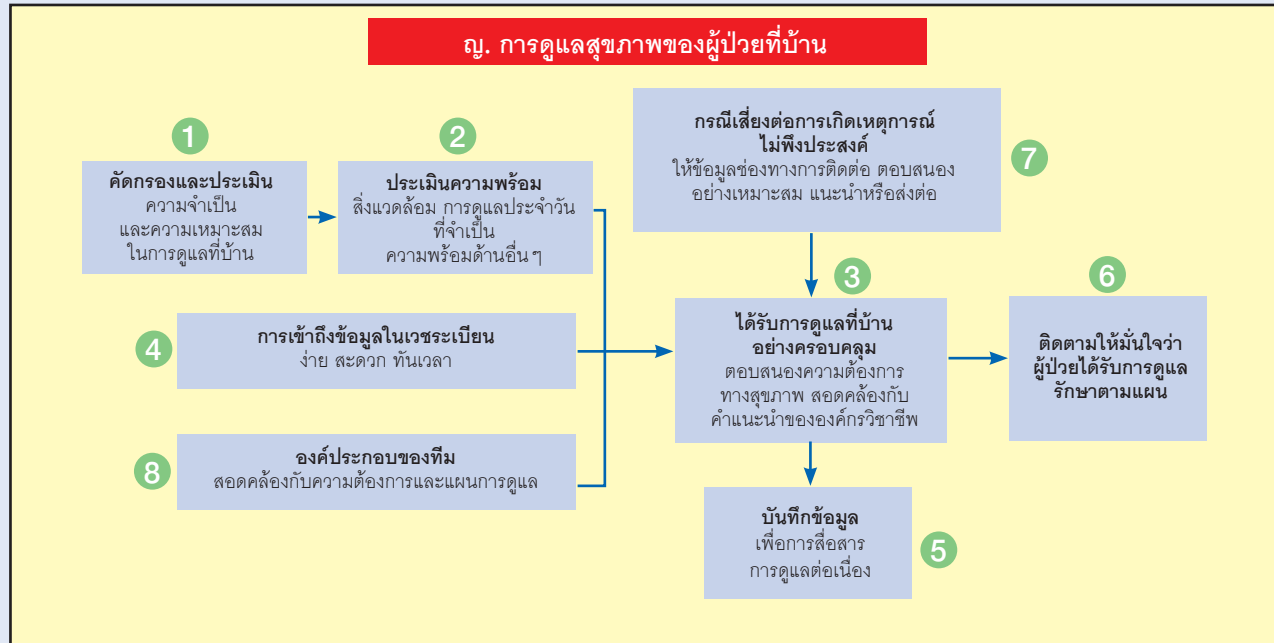
ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลในบริการเฉพาะ อย่างทัน่วงที่ ปลอดภัย และเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III - 4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

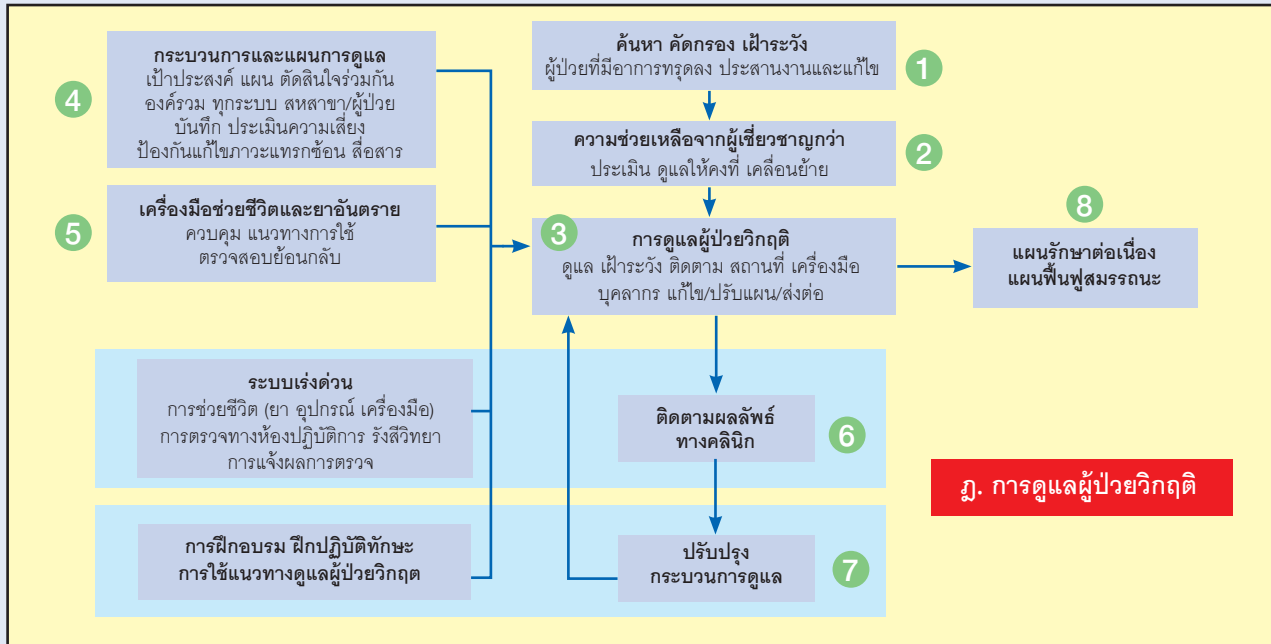
ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลในบริการเฉพาะ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III - 4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลในบริการเฉพาะ อย่างทัน่วงที่ ปลอดภัย และเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ.



III-4.1 การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)

ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการดูแลอย่างทันที่่วงที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- (1) ทีมผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ให้การดูแลผู้ป่วยในทุกจุดบริการ อย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันที่่วงที่ ตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน.
- (2) องค์กรมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความสะอาด สบายและความสะอาด การป้องกันอันตราย/ความเครียด/เสียง/สิ่งรบกวนต่างๆ
- (3) ทีมผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยด้วยความตระหนักและคำนึงถึงโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และผู้ให้บริการ.
- (4) ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ ภาวะฉุกเฉิน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อย่างเหมาะสม และปลอดภัย.
- (5) ทีมผู้ให้บริการประเมินความคาดหวังของครอบครัวในการมีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วย ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ.
- (6) ทีมผู้ให้บริการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความสอดคล้องและความต่อเนื่องในการดูแล.
- (7) ทีมผู้ให้บริการจัดช่องทางการเข้าถึง อำนวยความสะดวก และจัดบริการเฉพาะเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ บริบทเชิงวัฒนธรรม ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย.
- (8) ทีมผู้ให้บริการติดตามความก้าวหน้าและการปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง

III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (High-Risk Patients and High-Risk Services)

ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงทุกรายได้รับบริการ และเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ได้อย่างทันทั่วถึง ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- (1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดกลุ่มผู้ป่วย²⁰³ การดูแลบริการ²⁰⁴ และเหตุการณ์²⁰⁵ ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อจัดทำแนวทางหรือการดูแลเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว²⁰⁶.

²⁰³ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เด็กอายุน้อย (0-5 ปี) หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่สับสนหรือไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายอวัยวะ ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

²⁰⁴ การดูแล/บริการที่มีความเสี่ยงสูง เช่น บริการที่ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนเพื่อรักษาภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ธรรมชาติของการรักษาที่มีความเสี่ยง หรือบริการที่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การฟอกเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้เครื่องผูกยึด การให้ยาเพื่อให้หลับลึก (moderate and deep sedation) หรือทีมผู้ดูแลที่หลากหลายและประสบการณ์ต่างกัน เช่น การร่วมดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์หลายคน หรือการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาแพทย์/นักศึกษาสาขาวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข เป็นต้น รวมถึงการใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด การใช้รังสีชนิดก่อก่อน ไอโซโทปกัมมันตรังสี และเวชศาสตร์นิวเคลียร์ การใช้ยาที่เป็นพิษต่อเซลล์ (cytotoxic drugs) และการใช้ยาที่ควบคุม การวิจัยและการทดลองทางคลินิก เครื่องมือหรืออุปกรณ์ไฟฟ้า การใช้เลเซอร์ และการดูแล/บริการในภาวะฉุกเฉิน

²⁰⁵ เหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง หมายถึง เหตุการณ์ที่มีความซับซ้อนมีองค์ประกอบและรูปแบบที่มีความเฉพาะ หรือการผ่าตัดและเหตุการณ์ที่มีการรุกราน (surgical and invasive procedures) ทุกชนิดที่ต้องทำในภาวะเร่งรีบหรือภาวะฉุกเฉิน

²⁰⁶ การลดความเสี่ยง ครอบคลุมถึงการส่งต่อผู้ป่วยหรือการงดทำเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง กรณีที่สถานพยาบาลไม่มีความพร้อม

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (2) ทีมผู้ให้บริการได้รับการฝึกอบรมตามมาตรฐานวิชาชีพ ให้สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง²⁰⁷
- (3) การให้บริการหรือทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ต้องทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือและผู้ที่มีความรู้ความสามารถที่จำเป็น.
- (4) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หรือผู้ป่วยที่ได้รับการ/ทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย²⁰⁸ และดำเนินการแก้ไข/ปรับเปลี่ยนแผนการดูแลได้ทันท่วงที.
- (5) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ มีความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญกว่า²⁰⁹ มาช่วยทีมผู้ให้บริการอย่างทันท่วงที (เมื่อมีการร้องขอ) ในการประเมิน ดูแลผู้ป่วยให้มีอาการคงที่ ให้ความรู้ และการย้ายผู้ป่วยตามความจำเป็น.
- (6) ทีมผู้ให้บริการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อน/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลให้เกิดความปลอดภัย.

²⁰⁷ สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ภาวะฉุกเฉินต่างๆ และสถานการณ์โรคระบาด เป็นต้น

²⁰⁸ เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง เช่น กราฟบันทึกสัญญาณชีพที่มีแถบสีแสดงถึงระดับสัญญาณชีพที่ต้องมีการทบทวน (แถบสีเหลือง) หรือมีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (แถบสีแดง) ดูตัวอย่าง SAGO (Standard Adult General Observation) chart ของ ออสเตรเลีย

²⁰⁹ อาจเรียกระบบนี้ว่า Rapid Response System ซึ่งองค์ประกอบสำคัญได้แก่ Rapid Response Team (RRT) หรือ Medical Emergency Team ซึ่งจะนำความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติของตนไปที่ข้างเตียงผู้ป่วยทันทีที่เจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือ

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลในบริการเฉพาะ อย่างทันท่วงที่ ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ก. การระงับความรู้สึก (Anesthesia Care)

- (1) ทีมผู้ให้บริการเตรียมความพร้อมการระงับความรู้สึกให้ปลอดภัย และเหมาะสม โดยมีแนวทางที่ชัดเจน มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินขณะการระงับความรู้สึก²¹⁰ และระหว่างรอฟื้น มีการยอมรับภาวะฉุกเฉิน และมีการเตรียม/ใช้เครื่องมือ วัสดุ และยา ตามที่องค์การวิชาชีพด้านวิสัญญีแนะนำ พร้อมใช้อย่างทันท่วงที่.
- (2) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วย²¹¹ ก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะการระงับความรู้สึก และนำผลประเมินมาวางแผนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม รวมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง.
- (3) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และอาจมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการระงับความรู้สึก และบันทึกข้อมูลการประเมินในเวชระเบียน.
- (4) กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดี

²¹⁰ การเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินขณะการระงับความรู้สึก เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจได้ยาก ภาวะอุณหภูมิขึ้นสูงอย่างอันตราย (malignant hyperthermia) การแพ้ยา การเข้าถึงยา dantrolene อย่างทันเวลา

²¹¹ รวมถึงการนำความต้องการหรือประสบการณ์ของผู้ป่วยมาสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูล และประสานการดูแล

- ที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสม²¹².
- (5) ผู้ป่วยได้รับการติดตามและบันทึกข้อมูลการดูแลขณะระงับความรู้สึกและในช่วงรอฟื้น.
 - (6) ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้นโดยบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีการส่งต่อข้อมูลไปให้แก่ทีมผู้ดูแลหลังผ่าตัดเพื่อเกิดการดูแลต่อเนื่อง.

ข. การผ่าตัด (Surgical Care)

- (1) ทีมผู้ให้บริการวางแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดแต่ละราย โดย:
 - (i) นำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยทั้งหมดมาพิจารณา;
 - (ii) มีการบันทึกแผนการผ่าตัด และการวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัดไว้ในเวชระเบียน;
 - (iii) มีการประเมินความเสี่ยงและประสานกับผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลที่ปลอดภัย.
- (2) ทีมผู้ให้บริการอธิบายความจำเป็น ทางเลือกของวิธีการผ่าตัด²¹³ โอกาสที่ต้องใช้เลือด ความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย.
- (3) ทีมผู้ให้บริการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัดต่างๆ เพื่อ

²¹² บุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ตามมาตรฐานองค์กรวิชาชีพด้านวิสัญญี อ้างอิงประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง มาตรฐานการระงับความรู้สึก ปีปัจจุบัน

²¹³ วิธีการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดแบบดั้งเดิม การผ่าตัดแผลเล็ก การผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ เป็นต้น

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ให้ผู้ป่วยมีความพร้อม ลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการติดเชื้อ ทั้งในกรณีผ่าตัดฉุกเฉิน กรณีผ่าตัดที่มีกำหนดนัดล่วงหน้า รวมถึงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ.

- (4) ทีมผู้ให้บริการมีกระบวนการที่ทำให้มั่นใจในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลและผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย²¹⁴.
- (6) ทีมผู้ให้บริการบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดในเวชระเบียนผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการ และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา.
- (7) ทีมผู้ให้บริการติดตามดูแลหลังผ่าตัดที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย และลักษณะการทำหัตถการ.

²¹⁴ การดูแลและการผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย หมายถึง การจัดแบ่งพื้นที่ การกำหนดการไหลเวียน และการป้องกันการปนเปื้อนในห้องผ่าตัด การทำความสะอาดบริเวณห้องผ่าตัดและเตียงผ่าตัด การทำความสะอาดเครื่องมือ/อุปกรณ์ผ่าตัด และทำให้ปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ การเตรียมเครื่องมือ/อุปกรณ์/เจ้าหน้าที่ช่วยผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การดูแลระหว่างรอผ่าตัด การตรวจนับเครื่องมือและอุปกรณ์ การจัดการกับชิ้นเนื้อที่ออกมาจากผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤติกับผู้ป่วย

ค. อาหารและโภชนบำบัด (Food and Nutrition Therapy)

- (1) ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยมีระบบบริการอาหารที่ดี มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ²¹⁵ ตลอดจนมีการดำเนินมาตรการป้องกันที่เหมาะสม.
- (2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือความเสี่ยงด้านโภชนาการได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนโภชนบำบัด และได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ.
- (3) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการและโภชนบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมและบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่.
- (4) การผลิตอาหาร การจัดเก็บ การส่งมอบ และการจัดการกับภาวะ/อุปกรณ์/ของเสีย/เศษอาหาร เป็นไปอย่างปลอดภัยตามหลักปฏิบัติที่ยอมรับทั่วไป เพื่อลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อน การเน่าเสีย การเกิดแหล่งพำหะนำโรค และการแพร่กระจายของเชื้อโรค.

²¹⁵ ความเสี่ยงจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับอาหารในเวลาที่เหมาะสม การจัดอาหารที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้ ให้ผู้ป่วย การเตรียมอาหารที่ไม่เหมาะสมให้ผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยอาจสำลักได้ เป็นต้น

ง. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

- (1) ทีมผู้ให้บริการ มีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีลักษณะเฉพาะโดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน.
- (2) ผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับการประเมิน/ประเมินซ้ำ เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตใจ สังคม²¹⁶ จิตวิญญาณ²¹⁷.
- (3) ทีมผู้ให้บริการนำผลประเมินที่ได้ มาวางแผนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว.
- (4) องค์กรประสานเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมและระหว่างหน่วยบริการกับการดูแลที่บ้าน/ชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง.
- (5) ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) และหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต²¹⁸ โดยเป็นไปตามความประสงค์ และในกรณีที่มีการจัดทำให้มีการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยได้รับทราบ.

²¹⁶ ความต้องการด้านสังคม เช่น การอยู่ร่วมกัน การยอมรับ การมีส่วนร่วม ครอบคลุมถึงความพร้อมทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

²¹⁷ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น ความเชื่อในศาสนา และวัฒนธรรมประเพณี ของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น

²¹⁸ หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข การทำ Withholding Withdrawal Life Sustaining Treatment (WW LST) เป็นต้น ในกรณีที่มีข้อขัดแย้งหรือไม่สามารถบรรลุความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัวในการวางแผนดูแลทีมผู้ให้บริการร่วมพิจารณาวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย

- (6) ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลระยะสุดท้าย (end of life) หรือในช่วงใกล้เสียชีวิต (terminal care) อย่างเหมาะสม ทั้งในด้านการบรรเทาอาการ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ.
- (7) องค์กรมีระบบดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย (care for carer) เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย.

จ. การจัดการความปวด (Pain Management)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเรื่องความปวดทั้งความปวดเฉียบพลันและความปวดเรื้อรัง เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความปวด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างครอบคลุม ทั้งความรุนแรงของความปวดและลักษณะของความปวด.
- (2) ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการจัดการความปวด โดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อบรรลุเป้าหมายที่พึงปรารถนา ที่เป็นไปได้ ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังทั้งการตอบสนองต่อการจัดการความปวดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีการประเมินซ้ำและมีการปรับการรักษาที่เหมาะสม.
- (3) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยและ/ครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการจัดการความปวด โดยข้อมูลที่ให้ ประกอบด้วย:
 - (i) โอกาสเกิดความปวดจากกิจกรรมการดูแลหรือหัตถการ;
 - (ii) ทางเลือกในการจัดการความปวด;

- (iii) ผลข้างเคียงและข้อพึงระวัง;
- (iv) ความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ป่วย.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลจัดการความปวดจากบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสม.²¹⁹
- (5) ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้และการช่วยเหลือสนับสนุนการจัดการความปวด หลังจากจำหน่ายทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก.

จ. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ (Rehabilitation Services)

- (1) ทีมผู้ให้บริการ²²⁰นำผลประเมินของผู้ป่วยมาประเมิน²²¹ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มาวางแผน

²¹⁹ บุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสม อาทิ บุคลากรผู้มีความรู้ความชำนาญตามมาตรฐานวิชาชีพหรือภายใต้การกำกับของบุคลากรดังกล่าว

²²⁰ ทีมผู้ให้บริการ หมายถึง ทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู/แพทย์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์หรือช่างกายอุปกรณ์ นักแก้ไขการพูด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์หรือตามบริบทของสถานบริการนั้นๆ

²²¹ การประเมินผู้ป่วย มีการประเมินแรกรับและประเมินซ้ำที่ครอบคลุมรวมถึงระดับความสามารถหรือสมรรถนะในการประกอบชีวิตประจำวัน เพื่อให้สามารถระบุระดับความสามารถที่คาดหวังหลังทำการฟื้นฟูสมรรถภาพ (expected functional level) และระยะเวลาที่ควรทำการฟื้นฟู (duration of rehabilitation needed) รวมถึง แผนการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ (rehabilitation plan) ที่จำเป็น

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพที่จำเป็นและครอบคลุมด้านสุขภาพ²²² ให้สอดคล้องในทิศทางเดียวกัน และบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ในระยะเวลาที่เหมาะสม.

- (2) ทีมผู้ให้บริการ ให้บริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพของผู้ป่วย²²³ ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และอยู่บนพื้นฐานหลักฐานวิชาการ และมีการวัดผลลัพธ์การฟื้นฟูอย่างเป็นรูปธรรมด้วยเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน.
- (3) ทีมผู้ให้บริการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ:
 - (i) ให้ข้อมูลเพียงพอ²²⁴ สำหรับการตัดสินใจ.

²²² **องค์รวมด้านสุขภาพ** โดยองค์รวมด้านสุขภาพวางอยู่บนพื้นฐานของหลักการบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (international Classification of functioning, disability and health: ICF) ซึ่งหมายรวมถึง มิติด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกาย(body functions and structure), มิติด้านกิจกรรมและการมีส่วนร่วม (activity and participation), ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factors) และปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors)

²²³ **การบริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ** การมีกระบวนการให้บริการดำเนินการฟื้นฟูสภาพร่างกายหรือความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยครอบคลุมถึงการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสมมีกระบวนการในการส่งต่อและดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ และมีระบบในการติดตามผลลัพธ์ของการบริการอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมถึงชุมชน สอดคล้องตามบริบทของสถานพยาบาล

²²⁴ **ข้อมูลที่เพียงพอ** ครอบคลุมถึงเป้าหมาย แผน และบริการ การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพที่จำเป็นต้องได้รับ เพื่อใช้ประโยชน์ตลอดกระบวนการฟื้นฟู และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

- (ii) เสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ²²⁵
- (4) การให้บริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ เป็นไปเพื่อบรรลุเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพและความปลอดภัย ตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง โดยบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสม.

ข. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Care of Patients with Chronic Kidney Diseases)

- (1) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง²²⁶ ให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานในบริบทและทรัพยากรของโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัย.
- (2) ในกรณีที่โรงพยาบาลมีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ศูนย์ไตเทียม/หน่วยไตเทียมของโรงพยาบาล หรือของหน่วยงานภายนอก (outsource) ต้องได้รับการรับรองมาตรฐานจากองค์กรวิชาชีพหรือหน่วยงานที่ได้รับการยอมรับ²²⁷ และในกรณีที่มีการดำเนินการโดยบริษัทภายนอก โรงพยาบาลต้องมีการกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานเช่นเดียวกับของโรงพยาบาล.

²²⁵ การดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การดูแลตนเองได้ตามความสามารถ ที่สามารถพัฒนาต่อเนื่องและสามารถฟื้นตัวได้อย่างเต็มศักยภาพในระดับที่เหมาะสม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

²²⁶ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การรักษาเพื่อการชะลอการเสื่อมของไต การตรวจคัดกรองและการรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคไต (เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะผิดปกติของกระดูกและแร่ธาตุ เป็นต้น) การวางแผนก่อนการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง การปลูกถ่ายไต และการรักษาแบบประคับประคอง

²²⁷ อาทิ รับรองมาตรฐานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ศ.ร.ต.) แพทยสภา

ช. การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine)

- (1) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแล และใช้ข้อมูลการประเมินนี้เพื่อวางแผนการดูแลหรือพิจารณาส่งต่ออย่างเหมาะสม.
- (2) องค์กรมีกลไกกำกับดูแลมาตรฐานและความปลอดภัยของการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย โดยบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม²²⁸.
- (3) ทีมผู้ให้บริการ ประเมิน ชักประวัติ²²⁹ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค²³⁰วางแผนการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา²³¹ การฟื้นฟูสภาพและการให้คำแนะนำผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยนำหลักธรรมานามัย เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ และองค์ความรู้อื่นที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้.
- (4) ทีมผู้ให้บริการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วย/ผู้รับบริการให้มีความครบถ้วน และเผื่อระวัง การเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉิน และมีการจำหน่ายผู้ป่วย/ผู้รับบริการตามเกณฑ์ที่เหมาะสม.

²²⁸ บุคคลที่ให้บริการการแพทย์แผนไทย หมายถึง บุคคลที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจากสภาการแพทย์แผนไทย หรือทำงานภายใต้ผู้ประกอบวิชาชีพ

²²⁹ ชักประวัติที่มีความจำเพาะเพิ่มเติม เช่น ธาตุเจ้าเรือน สมุฏฐาน มูลเหตุการเกิดโรค

²³⁰ การวินิจฉัยด้านการแพทย์แผนไทย เช่น ตามธาตุ 42 ประการ ตามตรีธาตุ ตามเบญจอินทรีย์ ตามหมอสุมุตติ

²³¹ การรักษา เช่น การใช้ยาสมุนไพรปรุงเฉพาะราย ยาตำรับ ยาเดี่ยว การนวด การประคบ การอบน้ำสมุนไพร การทบหม้อเกลือ และการให้บริการหัตถการอื่น

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (5) องค์กรมีกลไกในการกำกับดูแลการทำหัตถการ การใช้เครื่องมือ และยาจากสมุนไพรมตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย ให้ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสมกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการเฉพาะราย.
- (6) องค์กรสื่อสารและสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และเป็นองค์รวม.

ฉ. การแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine)

- (1) องค์กรวางระบบ แนวทางปฏิบัติ กำหนดกลุ่มผู้ป่วย/โรค รวมถึงสนับสนุนทรัพยากรสำหรับการแพทย์ทางไกล.
- (2) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยการแพทย์ทางไกล จะได้รับการประเมิน คัดกรอง ความเหมาะสมเพื่อเข้ารับบริการ และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแล/ข้อจำกัด ก่อนแสดงความยินยอมในการรับบริการ.
- (3) ผู้ป่วยได้รับการแพทย์ทางไกล ประกอบด้วยกระบวนการประเมิน วินิจฉัย วางแผน หรือดูแลรักษา ตามแนวทางปฏิบัติ โดยข้อมูลการให้บริการได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง.
- (4) ผู้ให้บริการการดูแลผู้ป่วยการแพทย์ทางไกล สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วยในระบบเวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันกาล โดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลการแพทย์ทางไกลในแนวทางที่สอดคล้องกับองค์กรวิชาชีพที่เป็นที่เชื่อถือได้แนะนำ และเป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกำหนด²³²

²³² กฎหมายที่เกี่ยวข้องกำหนด เช่น การรักษาความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคล เป็นต้น

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (6) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผ่านทางไกลจะได้รับ การรักษา ยา เวชภัณฑ์ การทำหัตถการ หรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผน หรือสั่งการรักษาไว้.
- (7) กรณีที่คาดว่า การตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาผ่านทางไกลอาจทำให้เกิดหรือมีเหตุอันทำให้ เชื่อได้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษา ด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม.

ญ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน (Home-based care)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการประเมินและคัดกรอง ตามข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมและความจำเป็นในการดูแลสุขภาพที่บ้าน.
- (2) ผู้ป่วยได้รับการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม การดูแลประจำวันที่จำเป็น และความพร้อมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน อย่างรอบด้านและครบถ้วน รวมถึงมิติด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้สามารถได้รับการดูแลได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิผลและปลอดภัย.
- (3) ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามแผนการดูแลที่ตอบสนองอย่างครบถ้วนต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย/ ครอบครัวที่สอดคล้องกับผลการประเมิน และสอดคล้องกับแนวทาง/คำแนะนำขององค์กรวิชาชีพ.
- (4) ทีมผู้ให้บริการ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นในระบบเวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันเวลา.
- (5) ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผน และการดูแล ได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียน เพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง และการส่งผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (6) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถทำให้มั่นใจว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแล ยา เวชภัณฑ์ การทำหัตถการ การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ การดูแลต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผนการดูแลไว้ โดยมีการติดตามและประเมินผล.
- (7) กรณีที่คาดว่า การตรวจวินิจฉัยหรือให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอาจก่อให้เกิดหรือมีเหตุอันทำให้เชื่อได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์:
 - (i) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีช่องทางในการติดต่อทีมผู้ให้บริการที่สะดวกและทันการณ์;
 - (ii) ผู้ให้บริการตอบสนองตามแนวทางและกรอบเวลาที่เหมาะสม;
 - (iii) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม;
- (8) มีองค์ประกอบของทีมผู้ให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการทางสุขภาพและแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย.

ฎ. การดูแลผู้ป่วยวิกฤต²³³ (Critical Care Services)

- (1) ทีมผู้ให้บริการสถานพยาบาลจัดให้มีระบบและแนวทางในการค้นหา คัดกรอง และเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง (deteriorating patients) ที่มีประสิทธิภาพ²³⁴ เพื่อประเมินความรุนแรงและมีแนวทางประสานดำเนินงานและแก้ไขอย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต.

²³³ ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง หรือมีภาวะคุกคามต่อชีวิต เช่น มีระบบอวัยวะล้มเหลวหรือเกือบล้มเหลว อย่างน้อย 1 ระบบ จำเป็นต้องได้รับการติดตามอาการ เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด หรือ ต้องได้รับการดูแลรักษาในทันที โดยอาจต้องการหัตถการที่จำเป็นหรือใช้เครื่องพยุงชีพต่างๆ เช่น ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับยา Vasopressor ใส่สายสวนหัวใจ เป็นต้น

²³⁴ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยวิกฤต เช่น Early warning score หรือสำหรับเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง กราฟบันทึกสัญญาณชีพที่มีแถบสีแดงแสดงถึงระดับสัญญาณชีพที่ต้องมีการทบทวน (แถบสีเหลือง) หรือมีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (แถบสีแดง) เป็นต้น

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (2) ทีมผู้ให้บริการมีความช่วยเหลือจากทีมผู้เชี่ยวชาญกว่า ในการดูแลภาวะวิกฤตภายในระยะเวลาที่กำหนด ในการประเมินและดูแลให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่หรือเหมาะสม ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิด หรือส่งต่อเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต.
- (3) ทีมผู้ให้บริการดำเนินการให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลรักษา เฝ้าระวัง และติดตามการเปลี่ยนแปลง อย่างเคร่งครัดและเป็นระบบ ในสถานที่ที่เหมาะสมทั้งด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์เครื่องมือ ศักยภาพ และความเพียงพอของบุคลากร ที่พร้อมดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันที่ รวมถึงมีแนวทางที่สามารถประเมินความพร้อมและความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยหรือสถานพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะเรื่อง ในเวลาที่เหมาะสม.
- (4) ทีมผู้ให้บริการกำหนดกระบวนการและแผนการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแบบองค์รวมโดยสหสาขาวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ครอบคลุมทุกระบบของร่างกาย²³⁵ และมีการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ รวมถึงมีการประเมินความเสี่ยง วางระบบป้องกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้จากการดูแล โดยมีการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางเป้าประสงค์และแผนการรักษาที่เหมาะสมรวมถึงการตัดสินใจร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ.

²³⁵ กระบวนการและแผนการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทุกระบบแบบองค์รวม อาทิ ระบบประสาท ระบบการหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิต เป็นต้น โดยอ้างอิงแนวทางปฏิบัติจาก Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine. (2022). Guidelines for the Provision of Intensive Care Services (V2.1). หรือตามที่สมาคมเวชบำบัดแห่งประเทศไทยให้คำแนะนำ

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (5) ทีมผู้ให้บริการจัดให้มีระบบควบคุมการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตและยาอันตราย โดยมีแนวทางการใช้อย่างปลอดภัย พร้อมระบบตรวจสอบย้อนกลับ รวมถึงมีระบบติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกที่ทันต่อการดูแลหรือปรับเปลี่ยนการรักษา และมีการทบทวนผลการดูแลรักษาเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการจัดให้มีระบบเร่งด่วนในการบริหารยา อุปกรณ์และเครื่องมือที่สำคัญจำเป็นสำหรับการช่วยชีวิต การให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา โดยสามารถให้บริการและแจ้งผลตรวจอย่างเร่งด่วนที่ถูกต้องแม่นยำภายในเวลาที่กำหนดให้แก่ผู้ป่วยวิกฤต.
- (7) ทีมผู้ให้บริการควรได้รับการฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามบริบทของตน และนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการทบทวน ติดตาม และวิเคราะห์แนวโน้มผลของการดูแลรักษาและภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและความปลอดภัยต่อไป.
- (8) ทีมผู้ให้บริการมีการทบทวน ติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มผลของการดูแลรักษาและภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและความปลอดภัยต่อไป
- (9) เมื่อผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตแล้ว ควรมีการวางแผนการรักษาที่ต่อเนื่อง ทั้งบนหอผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก รวมทั้ง แผนการฟื้นฟูสมรรถนะร่างกายที่เหมาะสม เพื่อป้องกันหรือบรรเทาผลแทรกซ้อนหลังภาวะวิกฤต (post-intensive care syndrome) ที่อาจเกิดขึ้น พร้อมชี้แจงแผนการรักษาเหล่านี้ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ.

III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information Provision and Empowerment for Patients/Families)

ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับข้อมูลและกิจกรรมที่วางแผนไว้ เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของตนเองให้คงสุขภาพและมีสุขภาวะ รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างความสุขภาวะเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง.

- (1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้อย่างครอบคลุมปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย²³⁶ และสอดคล้องกับผลการประเมินและวางแผนดูแลผู้ป่วย (จาก III-2, III-3) และขีดความสามารถของผู้ป่วย/ครอบครัว.
- (2) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้ป่วยและครอบครัว:
 - (i) ให้ข้อมูลที่จำเป็น;
 - (ii) ช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้สำหรับการดูแลตนเองและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพและสุขภาวะดี²³⁷;

²³⁶ กิจกรรมการเรียนรู้ที่ครอบคลุมปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย เช่น โปรแกรมการเลิกบุหรี่ คำแนะนำการจัดการความเครียด การใช้ยา การปรับสภาพแวดล้อม แนวทางการออกกำลังกายและควบคุมอาหาร การจัดการกับยาเสพติด เป็นต้น

²³⁷ ผลลัพธ์ของการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรค วิถีชีวิต และวิธีการยกระดับสุขภาพในขณะที่ยังมีโรคและในสภาพแวดล้อมที่บ้าน

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (iii) กิจกรรมเหมาะสมกับปัญหา ทันทเวลา มีความชัดเจนและเป็นที่ยอมรับ²³⁸;
- (iv) มีการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์จิตใจและคำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว²³⁹.
- (4) ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย/ครอบครัว ร่วมกันกำหนดแผนการดูแลตนเอง (self-care plan) ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย²⁴⁰ รวมทั้งติดตามเพิ่มปัจจัยเอื้อและลดปัญหาอุปสรรค เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้.
- (5) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และสอบถามความเข้าใจและการปฏิบัติอย่างถูกต้องกับผู้ป่วย ทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และการเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัว.

²³⁸ กระบวนการให้ข้อมูลควรเป็นไปอย่างเปิดกว้างและยืดหยุ่น ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม ระดับการรู้หนังสือ ภาษา ความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วยและครอบครัว

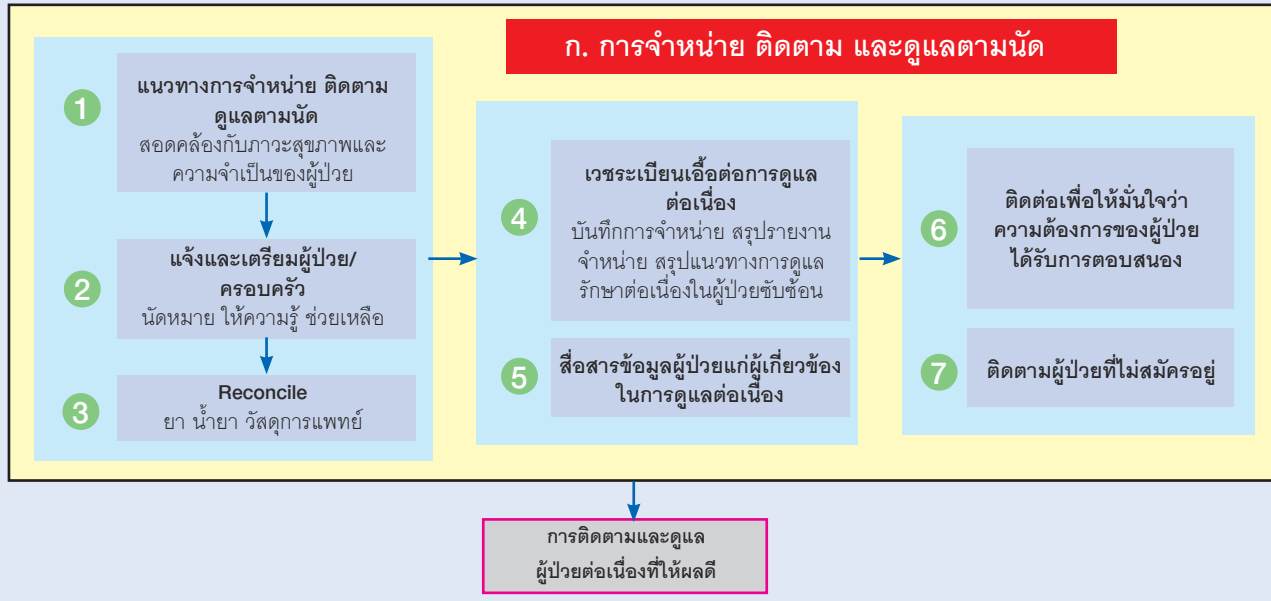
²³⁹ การช่วยเหลือด้านอารมณ์จิตใจ เริ่มต้นด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเองและเป็นมิตรในแต่ละพื้นที่บริการของโรงพยาบาล มีการประเมินความเครียดเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือวิกฤติที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและช่วยเหลือให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยวิธีการเชิงบวก

²⁴⁰ แผนการดูแลตนเอง (self-care plan) ควรดำเนินการควบคู่กับการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนโดยช่วยสร้างความเข้าใจในบทบาท ขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการทำหน้าที่ สอนพฤติกรรมเชิงบวก และอธิบายผลที่ตามมาหากไม่สามารถทำหน้าที่ดังกล่าว

III – 6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

III – 6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

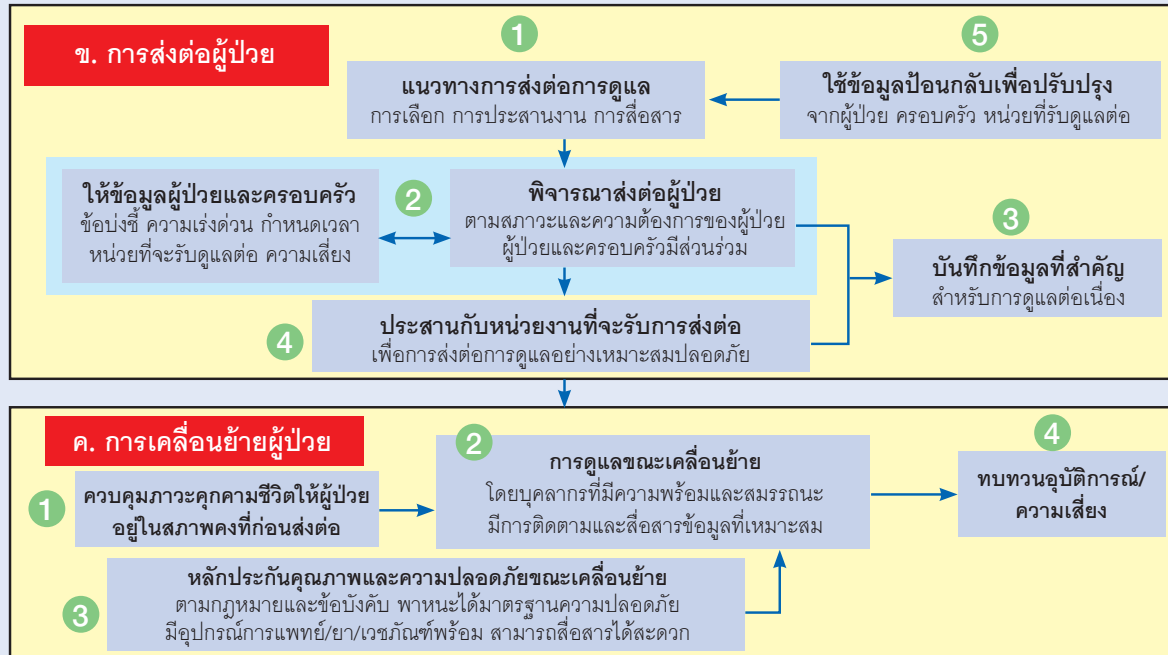
ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่ามีการสร้างความร่วมมือและประสานงาน เพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III – 6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่ามีการสร้างความร่วมมือและประสานงาน เพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.



III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่ามีการสร้างความร่วมมือและประสานงาน เพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.

ก. การจำหน่าย การติดตาม และการดูแลตามนัด (Discharge, Monitor, and Follow-up)

- (1) องค์กรจัดทำแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วย การติดตาม และการดูแลตามนัด ที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพของผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการนำมาปฏิบัติ.
- (2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เมื่อจำหน่ายผู้ป่วย:
 - (i) ผลลัพธ์ที่คาดหวังหลังจากจำหน่าย;
 - (ii) การนัดหมายเพื่อติดตามหรือรับการรักษาต่อเนื่อง หรือการส่งต่อการดูแลไปยังสถานพยาบาลอื่น;
 - (iii) การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง;
 - (iv) การขอความช่วยเหลือหรือคำปรึกษาเมื่อมีปัญหา.
- (3) ทีมผู้ให้บริการตรวจสอบและทำให้มั่นใจว่ายาน้ำยา หรือวัสดุการแพทย์ ที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อจำหน่ายเป็นไปตามแผนการดูแลล่าสุดและปลอดภัย.
- (4) บันทึกเวชระเบียนเอื้อต่อการดูแลต่อเนื่องที่ได้ผล:
 - (i) ทีมผู้ให้บริการบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยในเวชระเบียนอย่างครบถ้วน ถูกต้อง และทันกาล;
 - (ii) เวชระเบียนผู้ป่วยในมีสรุปรายงานจำหน่ายที่มีรายละเอียดเพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่อง;
 - (iii) สรุปแนวทางการดูแลรักษา ในเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหรือมีการดูแลที่ซับซ้อน ที่ทีมผู้ให้บริการสามารถใช้สำหรับการดูแลต่อเนื่องได้.
- (5) ทีมผู้ให้บริการประสานและสื่อสารข้อมูลกับหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลต่อเนื่อง (เมื่อมีข้อบ่งชี้)

- (6) ทีมผู้ให้บริการติดต่อกับผู้ป่วยและครอบครัวหลังการจำหน่าย เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงกระบวนการ.
- (7) องค์กรมีกระบวนการในการติดตามผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจรับการรักษาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงบริการ.

ข. การส่งต่อผู้ป่วย²⁴¹ (Patient Referral)

- (1) องค์กรกำหนดแนวทางการส่งต่อการดูแลผู้ป่วย²⁴² (transfer of care) การเลือกสถานพยาบาล การประสานงาน การสื่อสารข้อมูล.
- (2) ทีมผู้ให้บริการพิจารณาส่งต่อการดูแลผู้ป่วยตามสถานะและความสมัครใจของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่สำคัญ เช่น ข้อบ่งชี้ ความเร่งด่วน กำหนดเวลา หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่จะรับดูแลต่อ และความเสี่ยง.
- (3) ทีมผู้ให้บริการบันทึกข้อมูลที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ทั้งในเวชระเบียนและเอกสารการส่งต่อ เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อและเมื่อไปถึงหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย.
- (4) ทีมผู้ให้บริการประสานงานกับหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่รับดูแลต่อ สื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับสถานะทางคลินิกของผู้ป่วยและการรักษาที่ได้รับ.

²⁴¹ การส่งต่อผู้ป่วย (Patient Referral) หมายถึง การส่งผู้ป่วยไปรับบริการวินิจฉัย การรักษา การรักษาต่อเนื่อง หรือการดูแลต่อเนื่อง ไปยังหน่วยงานอื่นในสถานพยาบาลเดียวกัน หรือไปยังสถานพยาบาลอื่นตามวัตถุประสงค์ของการส่งต่อ ซึ่งต้องมีการประสานการดูแลและส่งต่อข้อมูลความต้องการที่ชัดเจนระหว่างหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่ส่งต่อและรับผู้ป่วย

²⁴² การส่งต่อการดูแลผู้ป่วย (transfer of care) หมายถึง การส่งมอบความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เช่น การดูแลช่วยเหลือชีวิต การดูแลที่มีความซับซ้อน การดูแลระยะประคับประคอง การดูแลระยะฟื้นฟูสภาพ/สมรรถภาพ และการดูแลต่อเนื่อง จากทีมผู้ให้บริการที่ส่งต่อการดูแลไปยังทีมผู้ให้บริการที่รับดูแลต่อ

- (5) ทีมผู้ให้บริการใช้ข้อมูลป้อนกลับจากผู้ป่วย/ครอบครัว หรือหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่รับดูแลต่อ เพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลและกระบวนการส่งต่อ.

ค. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย²⁴³ (Patient Transport)

- (1) ทีมผู้ให้บริการให้การรักษายาบาลเพื่อควบคุมภาวะคุกคามชีวิตให้มั่นใจว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพคงที่ (stabilization) ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย.
- (2) การดูแลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยดำเนินการโดยบุคลากรที่มีสมรรถนะ/ขีดความสามารถ มีการเฝ้าติดตาม²⁴⁴ และสื่อสารข้อมูลที่เหมาะสม.
- (3) องค์กรทำให้มั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล:
 - (i) บริการขนส่งผู้ป่วยเป็นไปตามกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง;
 - (ii) ยานพาหนะที่ใช้เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ได้มาตรฐานความปลอดภัย มีอุปกรณ์การแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์ ที่พร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสามารถสื่อสารและปรึกษากับสถานพยาบาลที่ส่งต่อหรือที่จะรับผู้ป่วยได้สะดวก.
- (4) องค์กรมีระบบตรวจสอบหรือการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับอุบัติเหตุหรือความเสี่ยงในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย.

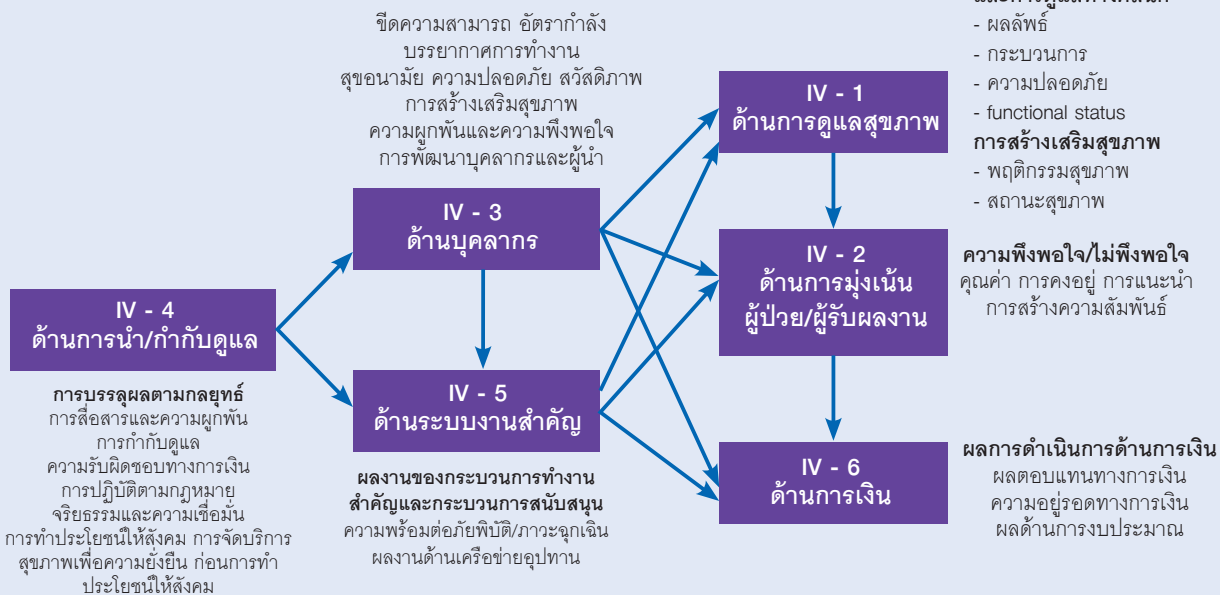
²⁴³ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (patient transport) หมายถึง กระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ดูแล

²⁴⁴ การดูแลและเฝ้าติดตามที่เหมาะสม ประกอบด้วย การเฝ้าระวังสัญญาณชีพของผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับ ยา สารน้ำ เลือด ออกซิเจน และสารอื่นๆ ผ่านอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งการบันทึกข้อมูลต่างๆ

ตอนที่ IV ผลการดำเนินงาน (Performance Results)

ตอนที่ IV ผลการดำเนินงาน (Performance Results)

องค์กรแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานที่ดีและการปรับปรุงในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ผลด้านการดูแลสุขภาพ/การดูแลทางคลินิก การสร้างเสริมสุขภาพ ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ผลด้านบุคลากร ผลด้านการนำและการกำกับดูแล ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการ และผลด้านการเงิน



ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ

IV-1 ด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย²⁴⁵/ผู้รับผลงานอื่น การดูแลทางคลินิก²⁴⁶ ทั้งในด้านผลลัพธ์ กระบวนการ ความปลอดภัย และ functional status.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและสถานะสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่สำคัญ ประชากรในชุมชน.

IV-2 ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Patient and Other Customer-Focused Results)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่าจากมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน การคงอยู่ การแนะนำ และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน.

IV-3 ด้านบุคลากร (Workforce Results)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับขีดความสามารถ ระดับอัตราากำลังการรักษาไว้ และทักษะที่เหมาะสมของบุคลากร.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับบรรยากาศการทำงาน สุขอนามัย ความปลอดภัย สวัสดิภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ สิทธิประโยชน์และบริการของบุคลากร.

²⁴⁵ ตัวชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วย ได้มาจากการวิเคราะห์โรคสำคัญที่โรงพยาบาลให้การดูแล ซึ่งแต่ละโรคควรจะมีชุดของตัวชี้วัดซึ่งสะท้อนประเด็นสำคัญของโรคนั้นๆ อย่างครบถ้วน

²⁴⁶ ตัวชี้วัดด้านการดูแลทางคลินิก ได้มาจากการวิเคราะห์ระบบงานสำคัญและระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เช่น ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระบบยา ระบบเวชระเบียน ระบบบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น

- (3) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจของบุคลากร และความผูกพันของบุคลากร.
- (4) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรและผู้นำ.

IV-4 ด้านการนำและการกำกับดูแล (Leadership and Governance Results)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุผลตามกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการขององค์กร.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญของการดำเนินการของผู้บริหารระดับสูงในเรื่องการสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับบุคลากรและผู้รับผลงาน.
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการกำกับดูแลกิจการ การกำกับดูแลทางคลินิก และความรับผิดชอบต่อด้านการเงินทั้งภายในและภายนอกองค์กร²⁴⁷.
- (4) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการปฏิบัติตามหรือปฏิบัติได้เหนือกว่าข้อกำหนดด้านกฎหมาย และกฎระเบียบ.
- (5) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม และความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อผู้บริหารระดับสูง และการกำกับดูแลกิจการ.

²⁴⁷ ผลของความรับผิดชอบต่อทางการเงิน เช่น รายงานการตรวจสอบทางการเงิน ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบ การตอบสนองของผู้บริหาร

- (6) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการทำประโยชน์และการสนับสนุนชุมชนที่สำคัญ ด้านการจัดบริการสุขภาพเพื่อความยั่งยืน ก่อนการทำประโยชน์

IV-5 ด้านกระบวนการสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินการของกระบวนการทำงานสำคัญ (ตามมาตรฐานตอนที่ I และ II) และกระบวนการสนับสนุนสำคัญ ครอบคลุมตัวชี้วัดด้านผลิตรอบเวลา ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และมิติคุณภาพที่เกี่ยวข้องอื่นๆ.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญของประสิทธิภาพระบบความปลอดภัยขององค์กร การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน และผลการดำเนินการด้านเครือข่ายอุปทาน.

IV-6 ด้านการเงิน (Financial Results)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญของผลการดำเนินการด้านการเงิน รวมทั้งตัวชี้วัดด้านผลตอบแทนทางการเงิน ความมั่นคงทางการเงิน และผลการดำเนินการด้านการใช้งบประมาณ.

ภาคผนวก 1

แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

คำชี้แจงประกอบการใช้ HA Scoring

แนวคิด

HA Scoring เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมิน maturity ของระบบคุณภาพ ในการพัฒนาโรงพยาบาล รวมถึงใช้ประโยชน์จากมาตรฐาน HA ในการยกระดับการพัฒนาและการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งจัดทำขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดที่ปรับเปลี่ยน โดยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานและผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการสถาบัน ดังนี้

(1) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Healthcare Standards) ประกอบไปด้วย:

- มาตรฐาน 4 ตอน (parts) คือ ตอนที่ I-IV
- มาตรฐานทุกตอนจะมีการแบ่งเป็นบท (chapters) เช่น มาตรฐานตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร มีมาตรฐาน บทที่ I-1 ถึง I-6
- มาตรฐานบางบทจะมีการจัดหมวดหมู่ (sections) เช่น มาตรฐานตอนที่ I บทที่ I-1 การนำ มี 3 หมวดหมู่ คือ ก.วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม จริยธรรม ข. การสื่อสาร ค. ความสำเร็จขององค์กร
- มาตรฐานทุกบทจะมีข้อกำหนด (requirements) 3 ระดับ คือ
 1. ข้อกำหนดพื้นฐาน (basic requirements) ที่จะกำหนดอยู่ในชื่อของบท
 2. ข้อกำหนดในภาพรวม (overall requirements) เป็นข้อความที่อยู่ใต้ชื่อบทครอบคลุมประเด็นสำคัญและเป้าหมายของมาตรฐานในบทนั้น
 3. ข้อกำหนดย่อย (multiple requirements) เป็นข้อความที่เป็นแนวทางปฏิบัติที่สามารถเลือกไปปฏิบัติหรือพัฒนาต่อยอดให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงระบบงานอย่างต่อเนื่อง เช่น ข้อความที่กำหนดในอนุข้อกำหนด

ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

- (2) การประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานโดย HA Scoring เป็นการประเมินรายบท โดยเป็นการประเมินกระบวนการปฏิบัติตามมาตรฐาน ตอนที่ I-III จำนวน 54 บท และประเมินผลการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานตามมาตรฐาน ตอนที่ IV จำนวน 6 บท
- (3) การประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานโดย HA Scoring มีระดับการให้คะแนนเป็นไปเพื่อเพิ่ม Maturity ของการพัฒนา ตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (quality management) และการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติโดยสอดคล้องกับ 3P-DALI เป็นการให้คะแนนการเชิงกระบวนการที่มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (quality improvement) จากการเรียนรู้และใช้ประโยชน์จากผลลัพธ์เพื่อยกระดับการพัฒนาผลการดำเนินงานสู่ความเป็นเลิศ
- (4) ปรับคำอธิบายการให้คะแนนที่ชัดเจน ตามข้อเสนอแนะ และผลจากการทดลองใช้มาตรฐานในแนวทางกำหนดระดับคะแนน เช่น แกะไขคำว่า “**ประเด็นสำคัญ**” เป็น “**ประเด็นสำคัญตามมาตรฐาน**” หรือ คำว่า “**ได้ผล**” เป็น “**ผลของการปฏิบัติ (effective implement)**” เป็นต้น เพื่อมุ่งเน้นการปฏิบัติได้จริงตามข้อกำหนดภาพรวม และมีการกำกับติดตาม (process control) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในประเด็นสำคัญที่กำหนด ไม่ใช่ผลลัพธ์สุดท้าย (end result) ที่กำหนดเป็นตัวชี้วัด
- (5) กำหนดให้มีเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ของผู้ป่วย/บุคลากร โดยเลือกจากข้อกำหนดที่มีในมาตรฐาน เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามที่คณะกรรมการสถาบันประกาศในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความมั่นใจในระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยในประเด็นที่สำคัญ โดยโรงพยาบาลต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมตามที่กำหนด
- (6) การเยี่ยมสำรวจคือการทบทวนโดยมิตรจากภายนอก (external peer review) เพื่อรับรู้ระดับ Maturity ของระบบคุณภาพที่พัฒนา และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

- (7) ผู้เยี่ยมสำรวจมีหน้าที่ในการ
 - รับรู้บริบทและผลงานการพัฒนาของโรงพยาบาล
 - สร้างกระบวนการเรียนรู้จากผลงานของโรงพยาบาล
 - ร่วมกับโรงพยาบาลในการจัดทำประเด็นในแผนการพัฒนา (Issues for Improvement-IFI) ที่เหมาะสมและสมบูรณ์
 - ใช้ประโยชน์จากข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ในการวางระบบเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและบุคลากร
- (8) โรงพยาบาลมีหน้าที่ในการ
 - ใช้ HA Scoring ในการประเมินตนเองตามข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน เพื่อหาโอกาสพัฒนาเพื่อยกระดับ maturity และสร้างวัฒนธรรมคุณภาพในโรงพยาบาล
 - พาผู้เยี่ยมสำรวจตามรอยระบบงานต่างๆ ของโรงพยาบาล
 - ใช้ประโยชน์จากข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย
- (9) การใช้ HA Scoring สำหรับการพัฒนาระบบงานของสถานพยาบาล ควรมุ่งเพื่อยกระดับ maturity ของระบบคุณภาพ ในการพัฒนาระบบงานในองค์กรให้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องไปสู่ความยั่งยืน มิใช่เพียงคาดหวังคะแนนผ่านเกณฑ์การรับรองเท่านั้น

แนวทางการใช้ HA Scoring 2025 สำหรับโรงพยาบาล

- (1) ศึกษามาตรฐานและแนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพเพื่อเรียนรู้ทำความเข้าใจในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ
- (2) ทีมงานที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องกับมาตรฐานเรื่องนั้นร่วมกันประเมินความสมบูรณ์ของระบบคุณภาพ ในการพัฒนาโรงพยาบาล ตาม Scoring Guideline ในที่นี้ หมายถึง การประเมินระดับการพัฒนาที่โรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายของมาตรฐาน ซึ่งแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ โดยแบ่งเป็นคะแนนกระบวนการ (process) และคะแนนผลการดำเนินการ (result)
- (3) แนวทางการให้คะแนนกระบวนการตาม HA Scoring เป็นการประเมินระดับการพัฒนากระบวนการปฏิบัติ ตามมาตรฐาน ตอนที่ I-III โดยให้ความสำคัญกับการประเมินการปฏิบัติตามข้อกำหนดภาพรวมของมาตรฐาน แต่ละบท และให้คะแนนเชิงกระบวนการที่มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องแบบครบกระบวนการ Design-Action-Learning-Improvement ที่สอดคล้องกับเป้าหมายและคุณค่ามาตรฐาน (C: Concept) ประเด็นสำคัญตามมาตรฐาน (C: Criteria) และบริบทของสถานพยาบาล (C: Context)
- (4) แนวทางการให้คะแนนผลการดำเนินงานตาม HA Scoring เป็นการประเมินผลการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานตามมาตรฐาน และมีระดับการพัฒนาผลดำเนินการด้านต่างๆตามมาตรฐานตอนที่ IV ให้ความสำคัญกับการกำหนดการวัดและติดตามผลการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ มีการเรียนรู้และใช้ประโยชน์จากผลลัพธ์เพื่อยกระดับการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ

ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

- (5) การประเมินคะแนนตาม HA Scoring เป็นการร่วมกันให้ระดับคะแนนที่ประเมินการดำเนินงานในประเด็นต่างๆ ของโรงพยาบาลตามมาตรฐาน ว่าการออกแบบ แนวทางปฏิบัติ และการถ่ายทอดแนวทางไปสู่การปฏิบัติ ได้บรรลุผล ครอบคลุมประเด็นสำคัญ การวัดผลทบทวนและปรับปรุงการดำเนินการ จนสามารถเป็นแบบอย่างได้ ตลอดจนการแสดงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ว่าอยู่ระดับใด หากมีความเห็นที่แตกต่างกัน ให้ระบุดูเชิงและโอกาสพัฒนาในมุมมองของแต่ละคนออกมาให้มากที่สุด นำโอกาสพัฒนาไปดำเนินการแล้วจึงกลับมาประเมินใหม่
- (6) ร่วมกันให้ความเห็นเกี่ยวกับระดับ Maturity ของระบบคุณภาพ ที่ทำได้ของแต่ละข้อกำหนด และให้จัดทำแผนการพัฒนา เพื่อยกระดับ Maturity สู่ score 3 หรือ 4 หรือ 5 แล้วแต่กรณี
- (7) ประเมิน Score ในแบบประเมินตนเอง (self assessment report) เขียนสิ่งที่สามารถทำได้ดีตามมาตรฐาน และแผนการพัฒนาในสิ่งที่เป็โอกาสพัฒนา เพื่อการติดตามในการพัฒนาต่อเนื่องและเรียนรู้ร่วมกับทีม
- (8) เมื่อสถานพยาบาลมีความพร้อมในการรับการประเมิน ส่งเอกสารแบบประเมินตนเองมายัง สรพ. เพื่อเข้าสู่กระบวนการขอการรับรองคุณภาพ ส่ง Score และแผนการพัฒนา พร้อมเอกสารตามที สรพ. กำหนด มายัง สรพ. เพื่อขอรับการเยี่ยมสำรวจ
- (9) จัดเตรียมเอกสารสำหรับการ Verify การปฏิบัติหรือผลการประเมินต่างๆ ไว้ที่โรงพยาบาลอย่างเป็นทางการหมดหมู่

ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

แนวทางการกำหนดระดับคะแนน Scoring guideline

Score	Process	Result
1	ออกแบบและเริ่มต้นปฏิบัติ Design & early stage of implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน แต่ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ตามมาตรฐาน Partial implementation	ติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตามประเด็นที่สำคัญ Relevant and valid measure
3	มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมพื้นที่สำคัญ/ประเด็นสำคัญ ตามมาตรฐานและบริบท โดยได้ผลของการปฏิบัติ Effective implementation	วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด Get use of measures
4	มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่องและบูรณาการ Continuous improvement and Integration	มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) Good results (better than average)
5	มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีที่มีการเปลี่ยนแปลง เชิงผลกระทบ Role model, good practices, innovation, impact	มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile)

ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

(1) พิจารณาตามระดับ Maturity ของระบบคุณภาพของการพัฒนา

1.1 มาตรฐานหมวดกระบวนการ (Process)

- คะแนน 1 Design & Early Stage of Implementation เริ่มมีการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ เช่น มีการกำหนดโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง วางแผน วางแนวทางปฏิบัติ กำหนดผู้รับผิดชอบ (ใช้เป็นแนวทางประเมินระดับ Score 1 กับมาตรฐานในส่วนนี้ทุกข้อ)
- คะแนน 2 Partial Implementation แนวทางปฏิบัติที่กำหนดมีความเหมาะสมกับบริบท เริ่มมีการนำแนวทางไปสู่การปฏิบัติ มีการกำกับติดตามให้เกิดการปฏิบัติ ความครอบคลุมอาจจะยังไม่สมบูรณ์แต่ต้องครอบคลุมข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัยและประเด็นสำคัญตามมาตรฐาน (ใช้เป็นแนวทางประเมินระดับ Score 2 กับมาตรฐานในส่วนนี้ทุกข้อ)
- คะแนน 3 Effective implementation มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างครอบคลุมประเด็นหรือพื้นที่สำคัญ และได้ผลของการปฏิบัติ บรรลุเป้าหมายในประเด็นสำคัญที่กำหนดตามมาตรฐาน และบริบทองค์กร
- คะแนน 4 Continuous Improvement and Integration มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญ มีการเชื่อมโยงและบูรณาการกับกระบวนการ/ระบบงานที่เกี่ยวข้อง
- คะแนน 5 Role Model, Good Practices, Innovation, Impact เป็นแบบอย่างที่ดีที่มีการถอดองค์ความรู้ มีการใช้นวัตกรรมที่ส่งผลดี เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงผลกระทบ

ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

1.2 มาตรฐานหมวดผลลัพธ์ (Result)

- คะแนน 1 Measure มีการออกแบบการวัดผล
- คะแนน 2 Relevant and Valid Measure มีการติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตามประเด็นที่สำคัญ
- คะแนน 3 Get Use of Measures มีการวัดที่ตรงประเด็นตามเป้าหมายมาตรฐาน และครอบคลุมประเด็นสำคัญเป็นส่วนใหญ่ โดยมีการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดเพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง
- คะแนน 4 Good Results (better than average) ตัววัดตามประเด็นสำคัญส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดีกว่าค่าเฉลี่ยในบริบทเดียวกัน หรือมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- คะแนน 5 Very Good Results (top quartile) ตัววัดตามประเด็นสำคัญอยู่ในระดับ Top Quartile

(2) พิจารณาตามระดับความยากง่ายในการดำเนินการ

- 2.1 อาจจะนำข้อกำหนดในมาตรฐานแต่ละประเด็นมาพิจารณาว่าประเด็นใดที่ทำได้ง่ายที่สุด และยากขึ้นเป็นลำดับขั้น โดยพยายามให้สอดคล้องกับแนวทางในข้อ 1)
- 2.2 อาจจะพิจารณาระดับความยากง่ายตามศักยภาพของโรงพยาบาล

(3) พิจารณาตามลำดับขั้นตอนที่โรงพยาบาลต้องดำเนินการก่อนหลัง

- 3.1 อาจพิจารณาว่าในความเป็นจริง มี Sequence ของการดำเนินการวางระบบงานอย่างไรบ้าง เช่น เริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูล การออกแบบระบบ การฝึกอบรม การนำสู่การปฏิบัติ เป็นต้น

(4) พยายามให้มีการพิจารณาในภาพรวม ให้มีรายละเอียดเท่าที่จำเป็น ไม่ต้องคัดลอกมาจากมาตรฐานทั้งหมด

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

ค่านิยมและแนวคิดหลัก หรือหลักคิดที่กระบวนการ HA นำมาใช้ เกิดจากการผสมผสานหลักคิดของการพัฒนาคุณภาพ การดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ เกิดจากการประยุกต์แนวคิด TQM การสะสม หลักคิดที่เกิดจากการดำเนินการพัฒนาในแต่ละขั้นตอน และมาผสมผสานกับข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาองค์กรที่ ประสบความสำเร็จที่ MBNQA นำมาใช้

หลักคิดเหล่านี้เป็นสิ่งที่จะช่วยกำกับวิธีการคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม ซึ่งสามารถใช้ประยุกต์ได้ในทุกมาตรฐาน ทุกสถานการณ์ เป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วระดับหนึ่ง และสามารถพัฒนาให้มีมากขึ้นได้

หลักคิดหรือปรัชญาของ TQM ที่นำมาใช้ในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้แก่ **ลูกค้าสำคัญที่สุด** (customer focus), **จุดความฝันร่วมกัน** (common vision), **ทีมงานสัมพันธ์** (team work), **มุ่งมันกระบวนการ** (process focus), **สานด้วยอริยัจฉะ** (problem solving), **ดีที่ผู้นำ** (visionary leadership), **ทำตัวอย่างต่อเนื่อง** (continuous improvement)

เมื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับแรกมาใช้ หลักคิดที่ใช้กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่เกิดผลอย่างแท้จริง ได้แก่ **Individual Commitment, Team Work, Customer Focus**

การพัฒนาคุณภาพตามบันได 3 ขั้นสู่ HA ได้ข้อสรุปของหลักคิดในบันไดขั้นที่ 1 ว่า **ทำงานประจำให้ดี, มีอะไรให้คุยกัน, ขยันทบทวน** และหลักคิดในบันไดขั้นที่ 2 ว่า **เป้าหมายชัด วัตถุประสงค์ ให้คุณค่า อย่ายึดติด**

เมื่อผสมผสานหลักคิดทั้งหมดเข้าด้วยกันและจัดเป็นหมวดหมู่ จะได้เป็น 5 หมวด ดังนี้

1. **ทิศทางการนำ:** Visionary Leadership, Systems Perspective, Agility

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

2. ผู้รับผล: Patient & Customer Focus, Focus on Health, Community Responsibility
3. คนทำงาน: Value on Staff, Individual Commitment, Teamwork, Ethic & Professional Standard
4. การพัฒนา: Creativity & Innovation, Management by Fact, Continuous Process Improvement, Focus on Results, Evidence-Based Approach
5. พาเรียนรู้: Learning, Empowerment

1. ทิศทางนำ

1.1 Visionary Leadership

คืออะไร

ผู้นำที่มีสายตากว้างไกล เปลี่ยนแปลงสังคม มองภาพใหญ่ คิดเชิงกลยุทธ์ นำเสนอความท้าทาย จูงใจให้คนเก่งมารวมตัวกัน สู่เป้าหมายที่สูงกว่า

ทำไม

ผู้นำคือผู้กำหนดทิศทาง เป็นแบบอย่าง อนุญาตและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง

ทำอย่างไร

- กำหนดทิศทาง สร้างค่านิยม ตั้งความคาดหวัง
- กำหนดกลยุทธ์ ระบบงาน วิธีการไปสู่เป้าหมาย กระตุ้นนวัตกรรม
- นำค่านิยมและกลยุทธ์มาชี้นำกิจกรรมและตัดสินใจ
- มองเห็นโอกาสในปัญหาอุปสรรค
- กระตุ้น จูงใจ สนับสนุน ส่งเสริมให้คนในองค์กรมี Innovator's DNA

- เป็นแบบอย่างที่ดีในการใช้กระบวนการทัศน์ใหม่ เช่น องค์กรที่มีชีวิต

1.2 Systems Perspective

คืออะไร

การมองภาพรวมอย่างครบถ้วนครอบคลุมทุกองค์ประกอบ เห็นการเชื่อมต่อภายใน การพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นเหตุเป็นผล การพิจารณาวรรอบของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และระบบสะท้อนกลับ

ทำไม

การบริหารและพัฒนาแบบแยกส่วน ไม่ก่อให้เกิดความสำเร็จอย่างคุ้มค่า และทำให้สมาชิกในองค์กรสับสน อ่อนล้า

ทำอย่างไร

- สังเคราะห์ (synthesis) มองภาพรวมขององค์กรใช้ความต้องการหลักขององค์กร เป้าหมายเชิงกลยุทธ์และแผนงานเป็นพื้นฐาน
- มุ่งไปในแนวทางเดียวกัน (alignment) ทำให้เป้าหมาย แผนงาน กระบวนการ ตัวชี้วัด และกิจกรรมต่างๆ สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน
- บูรณาการ (integration) เชื่อมโยงแนวคิด องค์ประกอบและระบบต่างๆ ขององค์กรเข้าด้วยกัน

1.3 Agility

คืออะไร

ความสามารถในการปรับตัวอย่างรวดเร็วและมีความยืดหยุ่น การตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

ทำไม

สังคมคาดหวังที่จะได้รับบริการอย่างรวดเร็ว

การปรับตัวที่รวดเร็วคือการก้าวไปข้างหน้าก่อนผู้อื่น

ทำอย่างไร

- ลดความซับซ้อนของกระบวนการทำงาน ยกเลิกกฎระเบียบที่ไม่จำเป็น
- ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้เกิดการตอบสนองที่รวดเร็ว ยืดหยุ่น ตรงความต้องการเฉพาะ
- ผู้ปฏิบัติงานได้รับอำนาจในการตัดสินใจ ภายใต้มาตรฐานที่จำเป็น
- การออกแบบระบบบริการที่ได้ผล ประหยัด ให้คุณค่ากับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย
- ให้ความสำคัญกับการวัดและลดวงรอบเวลา ควบคู่ไปกับการปรับปรุงด้านอื่นๆ

2. ผู้รับผล

2.1 Patient and Customer Focus

คืออะไร

สนองความต้องการ ใช้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อผลลัพธ์ที่ดี

ผู้รับผลงานมีทั้งเพื่อนร่วมงานซึ่งเป็นผู้รับผลงานภายใน และผู้ป่วย ครอบครัว ฯลฯ ที่เป็นผู้รับผลงานภายนอก

ทำไม

หน้าที่หลักของระบบบริการสุขภาพคือการมีสุขภาพดีของประชาชน ครอบครัว ชุมชน

ทำอย่างไร

- รับรู้ปัญหา/ความต้องการ ทั้งระดับบุคคล กลุ่มโรค ทั่วไป ชุมชน

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

- ตอบสนอง ให้บริการที่ตรงปัญหา ได้ผล ปลอดภัย ใส่ใจ เคารพสิทธิ/ศักดิ์ศรี ใช้มาตรฐานวิชาชีพ ดูแลด้วยความระมัดระวัง ดูแลอย่างเต็มความสามารถ เอาใจเขามาใส่ใจเรา
- รับเสียงสะท้อน

2.2 Focus on Health

คืออะไร

แนวคิดเรื่องสุขภาพคือดุลยภาพ

การนำภาวะที่เป็นปกติของบุคคลมาใช้ประโยชน์ต่อสุขภาพ

ทำไม

การเจ็บป่วยจำนวนมาก ไม่รู้สาเหตุ แต่สามารถดูแลให้มีความสุขได้

สุขภาพะ พบได้ทั้งในยามเจ็บป่วยหรือแม้ยามจะเสียชีวิต

ผู้ป่วย มีทั้งส่วนที่ป่วยและไม่ป่วย ในตัวคนเดียวกัน

ทำอย่างไร

- ใช้แนวคิด Focus on Health กับผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วย
- หาโอกาสสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยทุกราย
- พิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพอย่างครอบคลุม
- สร้างสมดุลของการสร้างสุขภาพะ และการบำบัดรักษา
- ใช้แนวคิดสุขภาพะกำเนิด (salutogenesis)
- ฝึกรอยู่กับปัจจุบัน แบ่งปันพลังบวกให้ผู้ป่วย

2.3 Community Responsibility

คืออะไร

การปฏิบัติตามกฎระเบียบ ป้องกันผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรม ช่วยเหลือและดูแลสุขภาพชุมชน

ทำไม

บริการสุขภาพอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสังคม

องค์กรบริการสุขภาพมีหน้าที่ดูแลสุขภาพชุมชนนอกเหนือจากบริการในที่ตั้ง

ทำอย่างไร

- ปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
- อนุรักษ์ทรัพยากรและการลดความสูญเปล่าตั้งแต่ต้นทาง
- คาดการณ์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทั้งในด้านสถานที่ การใช้รังสี/สารเคมี อันตรายด้านชีวภาพ และวางแผนป้องกันความเสี่ยง/อันตรายที่จะเกิดขึ้น
- ตอบสนองอย่างเปิดเผยเมื่อเกิดปัญหา
- การให้บริการสุขภาพแก่ชุมชน ค้นหาศักยภาพในชุมชนและสนับสนุนให้ชุมชนมีความสามารถในการดูแลปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง

3. คนทำงาน

3.1 Value on Staff

คืออะไร

ส่งเสริมการมีและการใช้ศักยภาพ มีแรงจูงใจทำงานให้ได้ผลดี มีความสุข

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

ทำไม

คนคือทรัพย์สินที่มีค่าขององค์กร มีมูลค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

Systems Approach ได้ผลดีกว่าการกล่าวโทษ

ทำอย่างไร

- มีกัลยาณมิตร/ศรัทธา ใช้วิธีการแห่งปัญญา คิดถูกวิธี คิดมีระเบียบ คิดมีเหตุผล คิดเร้ากุศล
- ผู้นำแสดงความมุ่งมั่น ยกย่องชมเชยเจ้าหน้าที่ ส่งเสริมการพัฒนาดตนเอง
- ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้ สร้างสิ่งแวดล้อมให้กล้าคิดกล้าทำ
- จัดวิธีทำงานที่ยืดหยุ่น มีสมรรถนะ หลากหลาย
- ใช้ Systems Approach ในการแก้ปัญหาความผิดพลาด
- ถามคนทำงานว่า “อะไรคือสิ่งสำคัญที่สุดที่ต้องการให้ปรับปรุง” และตอบสนอง

3.2 Individual Commitment

คืออะไร

คือการทำงานที่แต่ละคนมีความมุ่งมั่นในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ยึดถือเป้าหมายและความสำเร็จขององค์กรเป็นหลัก

ทำไม

ความสำเร็จขององค์กรเป็นผลรวมของความพยายามของทุกคน

คุณภาพต้องเริ่มที่แต่ละคน ทำทันที ทำต่อเนื่อง ทำเรื่องใกล้ตัว

ทำอย่างไร

- แต่ละคนทำงานประจำให้ดี ทำเต็มความสามารถ รับผิดชอบ ใเอื้ออาทร
- พัฒนางานของตน ร่วมพัฒนากับผู้อื่น
- ผู้นำกำหนดความคาดหวังที่เหมาะสม ให้การสนับสนุน เสริมพลัง เป็นแบบอย่าง

3.3 Teamwork

คืออะไร

การรับฟัง ร่วมคิด ร่วมทำ ภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ
ระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงาน การเป็นพันธมิตรระหว่างองค์กรต่างๆ

ทำไม

บริการสุขภาพมีความซับซ้อน ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างกว้างขวาง

ทำอย่างไร

- สร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ มีความยืดหยุ่น การตอบสนอง การแลกเปลี่ยนความรู้
- ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและประสานงานที่ดีในการปฏิบัติงานประจำ
- ทำงานเป็นทีมเพื่อพัฒนาในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตามโอกาสพัฒนาที่พบ
- มีกลไกดูภาพรวม กำหนดทิศทางการพัฒนา ติดตามกำกับการพัฒนาในกลุ่มผู้ป่วยหรือระบบงานหลัก โดยทีมสหสาขาวิชาชีพหรือทีมคร่อมสายงาน
- ขยายไปสู่ความร่วมมือกับภายนอก

3.4 Ethical and Professional Practice

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ

การกำกับดูแลจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกัน

ทำไม

การตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพมีความสำคัญต่อผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

สังคมมีความคาดหวังสูงต่อผู้ประกอบวิชาชีพ และรับไม่ได้กับผลไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดจากการละเลยหรือ

การปฏิบัติที่ปราศจากจริยธรรมและมาตรฐาน

ผู้ประกอบวิชาชีพจำเป็นต้องมีอิสระในการตัดสินใจ ความมีอิสระนั้นต้องควบคู่ไปกับความรับผิดชอบ

ผู้ประกอบวิชาชีพต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการให้คำแนะนำหรือพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสม

สำหรับผู้ป่วย

ทำอย่างไร

- ผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคนมีจิตสำนึกในการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ พัฒนาตนเองให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น
- ด้วยหลักง่ายๆ ว่า “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” หรือ “ดูแลคุณญาติมิตร” จะช่วยป้องกันปัญหาได้มาก
- มีกลไกที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะควบคุมกำกับกันเองทั้งในลักษณะของการป้องปรามและดำเนินการเมื่อเกิดปัญหา เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการและวิชาชีพอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานร่วมกัน

4. การพัฒนา

4.1 Creativity and Innovation

คืออะไร

การเปลี่ยนแปลงที่ใช้วิธีการและแนวคิดใหม่

ทำไม

หัวใจสำคัญของนวัตกรรมคือจินตนาการ

การพัฒนาด้วยวิธีใหม่ๆ ไม่อาจใช้การได้ผลอีกต่อไป

สถานการณ์ที่คำตอบไม่ชัดเจน เป็นโอกาสเปิดสำหรับจินตนาการและนวัตกรรม

ทำอย่างไร

- จัดการให้นวัตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กรและงานประจำ
- ผู้บริหารส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทดลองความคิดใหม่ๆ ส่งเสริมการฝึกอบรมด้านความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม
- ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมในกระบวนการจัดบริการ

4.2 Management by Fact

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์อย่างเหมาะสม

ทำไม

ข้อมูลข่าวสารที่ดีที่สุดทำให้ทราบระดับปัญหาที่แท้จริง ลำดับความสำคัญ สาเหตุของปัญหา ข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่างๆ

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

ทำอย่างไร

- คัดเลือกและใช้ตัวชี้วัด ซึ่งสะท้อนสิ่งที่มีความสำคัญทางคลินิก สุขภาพของชุมชน และการบริหารจัดการขององค์กร โดยวัดอย่างสมดุลในทุกด้าน
- วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาแนวโน้ม คาดการณ์ และดูความเป็นเหตุเป็นผล
- ประเมินและปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดหรือดัชนีชี้วัดเพื่อให้เหมาะสมกับเป้าประสงค์ยิ่งขึ้น
- สร้างวัฒนธรรมการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในทุกระดับ

4.3 Continuous Process Improvement

คืออะไร

การหาโอกาสพัฒนา และดำเนินการปรับปรุงกระบวนการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง มีการขยับเป้าหมายของผลงานขึ้นอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความเป็นไปได้

ทำไม

สถานการณ์เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด ความคาดหวังของผู้รับผลงานที่เพิ่มขึ้น มีโอกาสทำให้เรียบง่ายและมีประสิทธิภาพขึ้นเสมอ

ทำอย่างไร

- วัฒนธรรมการค้นหาโอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ: บุคคล โครงการ หน่วยงาน องค์กร
- ใช้กลยุทธ์ในการค้นหาโอกาสพัฒนาที่หลากหลาย เช่น การทบทวนผลงาน การรับฟังผู้รับผลงาน การเปรียบเทียบกับข้อกำหนด/มาตรฐาน มีทีมงานจากสหสาขาวิชาชีพมามองภาพรวม

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

- สนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- สร้างกระบวนการเรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนา

4.4 Focus on Results

คืออะไร

การกำหนดเป้าหมายของงาน/การพัฒนาที่ผลลัพธ์และคุณค่าที่ผู้มีส่วนได้เสียจะได้รับ

ทำไม

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้มีเป้าหมายร่วมกันชัดเจน เชื่อมโยงแผนงานและกิจกรรมได้

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้เกิดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้มีส่วนได้เสียสำคัญจะทำให้เกิดความศรัทธาต่อองค์กร

ทำอย่างไร

- วัดผลการดำเนินการขององค์กรโดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์สำคัญ
- ใช้ตัวชี้วัดผลเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ ร่วมกันอย่างสมดุล เพื่อสื่อถึงความสำคัญ ติดตามผลการดำเนินการ และนำไปสู่การปรับปรุงผลลัพธ์
- รักษาสมดุลของคุณค่าระหว่างผู้มีส่วนได้เสียสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ ชุมชน ผู้จ่ายเงิน ธุรกิจ นักศึกษา ผู้ส่งมอบและพันธมิตร ผู้ลงทุน และสาธารณชน

4.5 Evidence-based Approach

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

การใช้ข้อมูลวิชาการในการให้บริการสุขภาพ/ดูแลผู้ป่วย

ทำไม

บริการสุขภาพที่ปลอดภัย ได้ผล มีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสม จะต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการ ซึ่งพิสูจน์ประสิทธิผลของวิธีการตรวจรักษาต่างๆ

บริการสุขภาพต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนต่างๆ มากมาย การใช้ดุลยพินิจของผู้ประกอบวิชาชีพควบคู่กับการใช้ข้อมูลวิชาการจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของเทคโนโลยีบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว แม้ความรู้ที่เขียนไว้ในตำราก็อาจจะล้าสมัยเร็วเกินกว่าที่คิด

ทำอย่างไร

- นำ CPG ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย
- Gap Analysis
- นำศาสตร์ทางด้านระบาดวิทยาคลินิกและเศรษฐศาสตร์คลินิกมาช่วยในการตัดสินใจ
- นำข้อมูลวิชาการมาใช้ประกอบกับเครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ โดยอาศัยกลุ่มผู้ป่วยและปัญหาสำคัญในผู้ป่วยดังกล่าวเป็นตัวตั้ง

5. พาเรียนรู้

5.1 Learning

คืออะไร

การเรียนรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ของสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบสนอง ปรับตัว เพิ่มประสิทธิภาพ

ทำไม

สิ่งมีชีวิตต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอด องค์กรก็เปรียบเหมือนสิ่งมีชีวิต

ทำอย่างไร

- ให้การศึกษา ฝึกอบรม ให้โอกาสพัฒนา สร้างแรงจูงใจ
- เรียนรู้ด้วยการมีส่วนร่วม
- หาโอกาสที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงและทำให้ดีขึ้น
- ปลุกฝังการเรียนรู้เข้าไปในวิถีการทำงานปกติประจำวัน
- ใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย การให้บริการ สถานที่สิ่งแวดล้อม สร้างการเรียนรู้

5.2 Empowerment

คืออะไร

ให้พลังทุกคนในการดูแลสุขภาพตนเอง

ให้พลังเจ้าหน้าที่แก้ปัญหา พัฒนางานด้วยตนเอง

ทำไม

การเสริมพลังทำให้เกิดความรับผิดชอบ ตรงประเด็น มีประสิทธิภาพ ไม่ต้องพึ่งพิง ขยายวงกว้าง

ทำอย่างไร

- ผู้มีอำนาจเห็นประโยชน์ เต็มใจลดอัตราและการผูกขาดอำนาจของตน
- ผู้บริหารกระจายอำนาจและเพิ่มพลังการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติงาน
- ผู้ประกอบวิชาชีพพยายามให้ผู้ป่วย ประชาชน สามารถดูแลตนเอง
- มีการสื่อสารที่ดี มีข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสม มีการประเมินและสะท้อนกลับ

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 6 เทียบกับฉบับที่ 5

ภาคผนวก 3
ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 6 เทียบกับฉบับที่ 5

สำหรับหัวข้อที่มีการเพิ่มเข้ามาใหม่ในฉบับที่ 6 จะมีระบุไว้ในรหัสอ้างอิงของฉบับที่ 5 ว่า “ใหม่”

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 6	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร		
I-1 การนำ		
I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง	ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม	ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม
	ข. การสื่อสาร	ข. การสื่อสาร
	ค. ความสำเร็จขององค์กร	ค. ความสำเร็จขององค์กร
I-1.2 การกำกับดูแลองค์กร การจัดบริการสุขภาพเพื่อความยั่งยืน และการทำประโยชน์ให้สังคม	ก. การกำกับดูแลองค์กร	ก. การกำกับดูแลองค์กร
	ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม	ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม
	ค. การจัดบริการสุขภาพเพื่อความยั่งยืน และทำประโยชน์ให้สังคม	ค. ความทำประโยชน์ให้สังคม

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 6 เทียบกับฉบับที่ 5

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 6	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5
I-2 กลยุทธ์		
I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์	ก. กระบวนการวางแผนกลยุทธ์	ก. กระบวนการวางแผนกลยุทธ์
	ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ	ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ
	ข. การทบทวนแผนปฏิบัติการ	ข. การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ
I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน		
I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงาน	ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงาน
	ข. บริการสุขภาพ	ข. บริการสุขภาพ
I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	ก. ประสบการณ์ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	ก. ประสบการณ์ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
	ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
I-3.3 สิทธิผู้ป่วย	ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย	ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย
	ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย	ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 6	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5
	ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ	ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ
I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้		
I-4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร	ก. การวัดผลการดำเนินการ ข. การวิเคราะห์/ทบทวนและประเมินผลการดำเนินการ ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ	ก. การวัดผลการดำเนินการ ข. การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินการ ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ
I-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้	ก. ข้อมูลและสารสนเทศ ข. ความรู้ขององค์กร ค. การจัดการความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	ก. ข้อมูลและสารสนเทศ ค. ความรู้ขององค์กร ใหม่
I-5 บุคลากร		
I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร	ก. ชีตความสามารถ และความเพียงพอของบุคลากร	ก. ชีตความสามารถ และความเพียงพอของบุคลากร

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 6	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5
	ข. สวัสดิภาพ ความปลอดภัย และ สุขภาวะของบุคลากร	ข. การสนับสนุนการทำงานและสวัสดิภาพของบุคลากร ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน ง. ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร
I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร	ก. การสร้างความผูกพันของบุคลากร	ก. การประเมินความผูกพันของบุคลากร
	ข. การบริหารผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร	ข. วัฒนธรรมองค์กร ค. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร
I-6 การปฏิบัติการ		
I-6.1 กระบวนการทำงาน	ก. การออกแบบบริการสุขภาพและ กระบวนการทำงาน	ก. การออกแบบบริการสุขภาพ และกระบวนการทำงาน
	ข. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ	ข. การนำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติ และปรับปรุงกระบวนการ
	ค. กระบวนการจัดการด้านการเรียน การสอนและการฝึกอบรมทางคลินิก ย้ายไป I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ	จ. การจัดการด้านการเรียนการสอน ทางคลินิก
		ค. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน ง. การจัดการนวัตกรรม

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 6	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5
I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ	ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ	ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ
	ข. การจัดการเครือข่ายอุปทาน	I-6.1 กระบวนการทำงาน ค. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน
	ค. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติ และภาวะฉุกเฉิน	ค. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติ และภาวะฉุกเฉิน
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล		
II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย		
II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ	ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ	ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ
	ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย	ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย
II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง	ก. ข้อกำหนดทั่วไป	ก. ข้อกำหนดทั่วไป
	ข. ข้อกำหนดจำเพาะ	ข. ข้อกำหนดจำเพาะ
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ		
II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล	ก. การบริหารการพยาบาล	ก. การบริหารการพยาบาล
	ข. การปฏิบัติการพยาบาล	ข. ปฏิบัติการพยาบาล

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 6	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5
II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์	การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์	การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน		
II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย	ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ	ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ
	ข. วัสดุและของเสียอันตราย	ข. วัสดุและของเสียอันตราย
	ค. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย	ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย
II-3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณสุขป้อน	ก. เครื่องมือ	ก. เครื่องมือ
	ข. ระบบสาธารณสุขป้อน	ข. ระบบสาธารณสุขป้อน
II-3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	ก. การสร้างเสริมสุขภาพ	ก. การสร้างเสริมสุขภาพ
	ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ		
II-4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
	ข. การเฝ้าระวังการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ	ข. การเฝ้าระวังการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 6	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5
II-4.2 การปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ	ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป	ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป
	ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ	ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ
II-5 ระบบเวชระเบียน		
II-5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน	ก. การวางแผนและออกแบบระบบ	ก. การวางแผนและออกแบบระบบ
	ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ	ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ
II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย	เวชระเบียนผู้ป่วย	เวชระเบียนผู้ป่วย
II-6 ระบบการจัดการด้านยา		
II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน	ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา	ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา
	ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน	ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน
	ค. การจัดหาและเก็บรักษา	ค. การจัดหาและเก็บรักษา
II-6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา	ก. การสั่งใช้และถ่ายถอดคำสั่ง	ก. การสั่งใช้และถ่ายถอดคำสั่ง
	ข. การเตรียม การเขียนฉลาก การจัดจ่าย และการส่งมอบยา	ข. การเตรียม การเขียนฉลาก การจัดจ่าย และการส่งมอบยา
	ค. การบริหารยา	ค. การบริหารยา

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 6 เทียบกับฉบับที่ 5

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 6	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5
II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง		
II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์	ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ	ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ
	ข. การให้บริการรังสีวิทยา	ข. การให้บริการรังสีวิทยา
	ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย	ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย
II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/ พยาธิวิทยาคลินิก	ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ	ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ
	ข. การให้บริการ	ข. การให้บริการ
	ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย	ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย
II-7.3 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก
II-7.4 พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก	พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก	ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต
II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ	บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ	บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ		
	ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร	ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 6 เทียบกับฉบับที่ 5

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 6	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5
	ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง	ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง
	ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ	ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ
	ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย	ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย
II-9 การทำงานกับชุมชน		
II-9.1 การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน	การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน	การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน
II-9.2 การเสริมพลังชุมชน	การเสริมพลังชุมชน	การเสริมพลังชุมชน
II-10 การดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	การดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	ใหม่
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย		
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ		
	ก. การจัดการบริการ	ก. การจัดการบริการ
	ข. การเข้าถึง	ข. การเข้าถึง
	ค. การเข้ารับบริการ	ค. การเข้ารับบริการ

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 6 เทียบกับฉบับที่ 5

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 6	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5
III-2 การประเมินผู้ป่วย		
	ก. การประเมินผู้ป่วย	ก. การประเมินผู้ป่วย
	ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค	ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค
	ค. การวินิจฉัยโรค	ค. การวินิจฉัยโรค
III-3 การวางแผน		
III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	การวางแผนการดูแลผู้ป่วย
III-3.2 การวางแผนจำหน่าย	การวางแผนจำหน่าย	การวางแผนจำหน่าย
III-4 การดูแลผู้ป่วย		
III-4.1 การดูแลทั่วไป	การดูแลทั่วไป	การดูแลทั่วไป
III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง	การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง	การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง
III-4.3 การดูแลเฉพาะ	ก. การระงับความรู้สึก	ก. การระงับความรู้สึก
	ข. การผ่าตัด	ข. การผ่าตัด
	ค. อาหารและโภชนบำบัด	ค. อาหารและโภชนบำบัด
	ง. การดูแลแบบประคับประคอง	ง. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 6 เทียบกับฉบับที่ 5

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 6	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5
	จ. การจัดการความปวด	จ. การจัดการความปวด
	ฉ. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ	ฉ. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ
	ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
	ซ. การแพทย์แผนไทย	ซ. การแพทย์แผนไทย
	ฅ. การแพทย์ทางไกล	ฅ. การแพทย์ทางไกล
	ญ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน	ญ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน
	ฎ. การดูแลผู้ป่วยวิกฤต	ใหม่
III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว	การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว	การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว
III-6 การดูแลต่อเนื่อง		
	ก. การจำหน่าย การติดตาม และการดูแลตามนัด	ก. การจำหน่าย การติดตาม และการดูแลตามนัด
	ข. การส่งต่อผู้ป่วย	ข. การส่งต่อผู้ป่วย
	ค. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	ค. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 6 เทียบกับฉบับที่ 5

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 6	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5
ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ		
IV-1	IV-1 ด้านการดูแลสุขภาพ	IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ
IV-2	IV-2 ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน	IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน
IV-3	IV-3 ด้านบุคลากร	IV-3 ผลด้านบุคลากร
IV-4	IV-4 ด้านการนำและการกำกับดูแล	IV-4 ผลด้านการนำและการกำกับดูแล
IV-5	IV-5 ด้านระบบงานสำคัญ	IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ
IV-6	IV-6 ด้านการเงิน	IV-6 ผลด้านการเงิน

จุดเด่นในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6

1. การพัฒนามาตรฐานตามแนวทาง Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards 6 edition ของ The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (ISQua EEA) โดยเพิ่มเติมการชี้้นำประเด็น การพัฒนาสถานพยาบาล ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ การดูแลด้วยแนวคิดความยั่งยืน การสนับสนุนการดูแล บุคลากร การมุ่งเน้นผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ
2. การพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมกับสถานพยาบาล องค์กรวิชาชีพ องค์กรด้านสาธารณสุข หน่วยงานกำหนดนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน บุคลากร ผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพ ประชาชน และผู้มีส่วนได้เสีย
3. การมุ่งเน้นประเด็นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน (3P Safety: Patient-Personnel-People Safety)
4. การบูรณาการเอกลักษณ์บริการสุขภาพของประเทศไทย ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยมิติจิตวิญญาณ การแพทย์แผนไทย
5. การมุ่งเน้นมิติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อในระยะยาว อาทิ การควบคุมยาสูบ
6. การส่งเสริมการสร้างสรรค์นวัตกรรมบริการสุขภาพ อาทิ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วย การแพทย์ทางไกล การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน
7. การส่งเสริมการพัฒนาตามคาดการณ์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของโลกที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ในอนาคต
8. การใช้แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน ที่ส่งเสริมการยกระดับการพัฒนาสอดคล้องตามข้อกำหนดโดยรวมมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 6 จึงเป็นเสมือนเครื่องมือในการบริหารองค์กรและการพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาล

คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ISBN 978-616-8024-73-7



9 786168 024737

ราคา 500 บาท