



# มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ

ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

ปรับปรุง มกราคม 2558



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)





# มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ

ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

ปรับปรุง มกราคม 2558

ภาษาไทย



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ที่ รล ๐๐๐๓.๔/๒๗/๑๗๓



สำนักงานเลขาธิการ  
พระบรมมหาราชวัง กทม. ๑๐๒๐๐

๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๙

เรื่อง พระราชทานชื่อมาตรฐานโรงพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

อ้างถึง หนังสือสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่ สวรส.พรพ. ๓๑๖/๒๕๕๙  
ลงวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตราสัญลักษณ์การจัดงานฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี

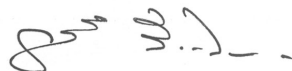
ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่า สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

ได้ปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาล โดยนำมาตรฐานการเสริมสร้างสุขภาพและเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ  
เข้ามาบูรณาการกับมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้อยู่เดิม และจะประกาศใช้ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เพื่อเฉลิมพระเกียรติ  
เนื่องในโอกาสฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี จึงขออนุญาตใช้ชื่อและตราสัญลักษณ์การจัดงานฉลองสิริราชสมบัติ  
ครบ ๖๐ ปี ประดับที่ปกเอกสารฉบับดังกล่าว ความแจ้งอยู่แล้ว นั้น

สำนักราชเลขาธิการพิจารณาแล้ว เห็นสมควรให้ใช้ชื่อมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับดังกล่าวว่า “มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี” และอนุญาตให้เชิญตราสัญลักษณ์การจัดงานฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี ประดับที่ปกเอกสาร ซึ่งความทราบฝ่าละอองธุลีพระบาทแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ ทั้งนี้ ตราสัญลักษณ์ ฯ จะต้องมีรูปแบบและสีถูกต้องตามที่ทางราชการ กำหนด ตามที่แนบมาพร้อมนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ท่านผู้หญิงนฤตรี วีระไวทยะ)

รองราชเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน

ราชเลขาธิการ

กองการในพระองค์

โทร. ๐๒-๒๒๕๓๔๕๗-๖๒ ต่อ ๒๓๐๘ - ๒๓๑๑, ๒๓๑๓

โทรสาร ๐๒-๒๒๕๓๒๖๔

**มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ  
ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย)**

ปรับปรุง มกราคม 2558

พิมพ์ครั้งแรก: มิถุนายน 2558

จัดพิมพ์โดย

**สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)**

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2832-9400 โทรสาร 0-2832-9540

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: กันยายน 2551

ฉบับปรับปรุงครั้งแรก: เมษายน 2554

ฉบับปรับปรุงครั้งที่สอง: มกราคม 2558

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

**ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ**

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิม  
พระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย).--นนทบุรี:  
สถาบัน, 2558.

224 หน้า.

1. โรงพยาบาล--การบริหาร. 2. ระบบบริการสุขภาพ  
--มาตรฐาน. I. ชื่อเรื่อง.

362.11

ISBN 978-616-91681-8-8

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด

(d\_one\_books@yahoo.com)

## คำนำ

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ซึ่งจัดทำเสร็จสิ้นในปี พ.ศ. 2549 มีที่มาจากมาตรฐานหรือเกณฑ์คุณภาพที่มีคุณค่า 3 ส่วน ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้มาตั้งแต่ พ.ศ. 2540 มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพซึ่งกรมอนามัยจัดทำ และเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติสู่องค์กรที่เป็นเลิศ

การบูรณาการมาตรฐานหรือเกณฑ์คุณภาพทั้ง 3 ส่วนเข้าด้วยกัน ช่วยลดความซ้ำซ้อนของเนื้อหามาตรฐานที่มีความใกล้เคียงกันอยู่แล้ว ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติ ในลักษณะของการบูรณาการระหว่างการรักษากับการสร้างเสริมสุขภาพได้ในชีวิตประจำวัน และเป็นการปูพื้นฐานสำหรับองค์กรที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศให้ก้าวไปสู่เป้าหมายได้เร็วยิ่งขึ้น

ทั้งนี้โดยได้รับพระมหากรุณาธิคุณ พระราชทานชื่อมาตรฐานโรงพยาบาล และได้รับอนุญาตให้เชิญตราสัญลักษณ์การจัดงานฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ประดับที่ปกเอกสาร นับเป็นสิริมงคลต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและบริการสุขภาพเป็นที่สุด

มาตรฐานฉบับนี้ได้รับการรับรองจากองค์กรสากล คือ The International Society for Quality in Health Care (ISQua) ครั้งแรกเมื่อเดือนมีนาคม 2553 และครั้งที่สองเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2557

ซึ่งในการรับรองทั้งสองครั้งได้มีการปรับปรุงมาตรฐานให้สอดคล้องกับคำแนะนำของ ISOqua และมีการประกาศใช้มาตรฐานที่มีการปรับปรุงในเดือนเมษายน 2554 และเดือนมกราคม 2558 ตามลำดับ การดำเนินการดังกล่าวจะช่วยให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้นว่าโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐานฉบับนี้มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับเกณฑ์ที่มีความเป็นสากล

**สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)**



# สารบัญ

คำนำ	V
แนวทางการใช้มาตรฐาน	1
เทียบส่วนแก้ไขเพิ่มเติมฉบับ 2554 กับฉบับ 2558	3
<b>ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร</b>	<b>8</b>
I-1 การนำ (LED)	9
I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ (STM)	17
I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF)	25
I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ (MAK)	34
I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (HRF)	41
I-6 การจัดการกระบวนการ (PCM)	53
<b>ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล</b>	<b>63</b>
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)	64
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (PFG)	72
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)	79

II-4	การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)	90
II-5	ระบบเวชระเบียน (MRS)	101
II-6	ระบบการจัดการด้านยา (MMS)	106
II-7	การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN)	117
II-8	การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)	128
II-9	การทำงานกับชุมชน (COM)	133

### **ตอนที่ III    กระบวนการดูแลผู้ป่วย    139**

III-1	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)	140
III-2	การประเมินผู้ป่วย (ASM)	142
III-3	การวางแผน (PLN)	146
III-4	การดูแลผู้ป่วย (PCD)	150
III-5	การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP)	159
III-6	การดูแลต่อเนื่อง (COC)	162

<b>ตอนที่ IV</b>	<b>ผลการดำเนินงานขององค์กร</b>	<b>165</b>
IV-1	ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (PCR)	166
IV-2	ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (CFR)	166
IV-3	ผลด้านการเงิน (FNR)	166
IV-4	ผลด้านทรัพยากรบุคคล (HRR)	167
IV-5	ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR)	167
IV-6	ผลด้านการนำ (LDR)	168
IV-7	ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (HPR)	169
	<b>Scoring Guideline</b>	<b>170</b>
	<b>ความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล</b>	<b>171</b>
	<b>กระบวนการ Hospital Accreditation (HA)</b>	<b>176</b>
	<b>ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)</b>	<b>190</b>



# แนวทางการใช้มาตรฐาน

## เป้าหมายของการใช้มาตรฐาน:

เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม และใช้ประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา

## ขอบเขตของมาตรฐาน:

เป็นมาตรฐานสำหรับการพัฒนาและการประเมินโรงพยาบาลทั้งองค์กร ซึ่งสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ โดยครอบคลุมการทำหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลไว้ด้วย

มาตรฐานฉบับนี้สามารถใช้กับสถานพยาบาลอื่นๆ นอกเหนือจากโรงพยาบาลได้ โดยเน้นการนำข้อกำหนดในตอนต้นที่ 1 และตอนที่ 4 มาใช้ และเลือกข้อกำหนดในตอนต้นที่ 2 และตอนที่ 3 เท่าที่เกี่ยวข้องมาใช้

## สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐาน:

- 1) การพิจารณา**บริบท**ขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยงที่สำคัญ
- 2) การใช้**ค่านิยมและแนวคิดหลัก** (Core Values & Concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ
  - ทิศทางนำ: visionary leadership, systems perspective, agility
  - ผู้รับผล: patient & customer focus, focus on health, community responsibility
  - คนทำงาน: value on staff, individual commitment, teamwork, ethic & professional standard

## แนวทางการใช้มาตรฐาน

- 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
- 2) เน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้และยกระดับผลการดำเนินงาน
- 3) เน้นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ในแต่ละระบบ (ศึกษาและทำความเข้าใจเส้นที่เชื่อมต่อองค์ประกอบต่างๆ ในแผนภูมิ) และการเชื่อมโยงระหว่างระบบงานต่างๆ
- 4) เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และทบทวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ในที่ทำงาน ที่ข้างเตียงผู้ป่วย
- 5) เน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) อย่างเชื่อมโยง
- 6) ประยุกต์ใช้มาตรฐานอย่างเหมาะสม เช่น ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ 1 กับระดับหน่วยงานด้วย ประยุกต์มาตรฐานว่าด้วยการจัดการกระบวนการในทุกเรื่อง
- 7) เน้นการทบทวนประเมินผลในระดับภาพรวม และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละระบบ

## เทียบส่วนแก้ไขเพิ่มเติมฉบับ 2554 กับฉบับ 2558

ข้อความในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติวอลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ส่วนที่มีการแก้ไขเพิ่มเติม เทียบระหว่างฉบับ 2554 กับฉบับ 2558

ฉบับ 2554	ฉบับ 2558
<p><b>I-2.2 ก.</b></p> <p>(5) มีการจัดทำตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผน ระบบการวัดผลครอบคลุมประเด็นสำคัญ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด และหมุนเสริมให้ทั้งองค์กรมุ่งไปในทิศทางเดียวกัน.</p>	<p><b>I-2.2 ก.</b></p> <p>(5) มีการจัดทำตัวชี้วัดสำคัญและใช้ตัวชี้วัดเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอในการติดตามความก้าวหน้าของการนำนโยบาย ขั้นตอนงานวิธีปฏิบัติงาน และแผนงานลงสู่การปฏิบัติ. ระบบการวัดผลครอบคลุมประเด็นสำคัญ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด และหมุนเสริมให้ทั้งองค์กรมุ่งไปในทิศทางเดียวกัน.</p>
<p><b>I-5.1 ข.</b></p> <p>(1) ระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากร พิจารณาประเด็นต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● ความจำเป็นและความต้องการในการเรียนรู้และพัฒนาซึ่งบุคลากร หัวหน้างาน และผู้บริหารระบุ</li><li>● ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ ประวัติการทำงาน และขอบเขตการปฏิบัติงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำ ซึ่งมีการทบทวนทุกระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี</li><li>● ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และการบรรลุแผนปฏิบัติการขององค์กร</li></ul>	<p><b>I-5.1 ข.</b></p> <p>(1) ระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากร พิจารณาประเด็นต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● ความจำเป็นและความต้องการในการเรียนรู้และพัฒนาซึ่งบุคลากร หัวหน้างาน และผู้บริหารระบุ</li><li>● ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ ประวัติการทำงาน และขอบเขตการปฏิบัติงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำ ซึ่งมีการทบทวนทุกระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี</li><li>● ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และการบรรลุแผนปฏิบัติการขององค์กร</li></ul>

## เทียบส่วนแก้ไขเพิ่มเติมฉบับ 2554 กับฉบับ 2558

ฉบับ 2554	ฉบับ 2558
<ul style="list-style-type: none"> <li>● จริยธรรม คุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ</li> <li>● การปรับปรุงผลงานขององค์กร การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี และนวัตกรรม</li> <li>● สมดุลระหว่างวัตถุประสงค์ขององค์กรกับความต้องการของบุคลากร</li> <li>● การเรียนรู้ และสินทรัพย์ความรู้ ขององค์กร</li> <li>● โอกาสและรูปแบบการพัฒนาที่หลากหลาย รวมทั้งการศึกษา การฝึกอบรม การโค้ช การเป็นพี่เลี้ยง การสะสมประสบการณ์ จากการทำงาน (ตามความเหมาะสม)</li> <li>● การถ่ายทอดความรู้จากผู้ที่ลาออกหรือเกษียณอายุ</li> <li>● การหนุนเสริมให้นำความรู้และทักษะใหม่ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● จริยธรรมของบุคลากรในองค์กร คุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ</li> <li>● ประเพณีวัฒนธรรม และมีติทางจิตวิญญาณของผู้มารับบริการ</li> <li>● การปรับปรุงผลงานขององค์กร การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี และนวัตกรรม</li> <li>● สมดุลระหว่างวัตถุประสงค์ขององค์กรกับความต้องการของบุคลากร</li> <li>● การเรียนรู้ และสินทรัพย์ความรู้ ขององค์กร</li> <li>● โอกาสและรูปแบบการพัฒนาที่หลากหลาย รวมทั้งการศึกษา การฝึกอบรม การโค้ช การเป็นพี่เลี้ยง การสะสมประสบการณ์ จากการทำงาน (ตามความเหมาะสม)</li> <li>● การถ่ายทอดความรู้จากผู้ที่ลาออกหรือเกษียณอายุ</li> <li>● การหนุนเสริมให้นำความรู้และทักษะใหม่ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน</li> </ul>



## เทียบส่วนแก้ไขเพิ่มเติมฉบับ 2554 กับฉบับ 2558

ฉบับ 2554	ฉบับ 2558
<p><b>I-5.2 ก.</b></p> <p>(1) องค์กรประเมินขีดความสามารถของบุคลากรและระดับกำลังคนที่ต้องการ. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง และมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบตามความรู้ความสามารถของบุคลากรและข้อกำหนดในกฎหมาย.</p>	<p><b>I-5.2 ก.</b></p> <p>(1) องค์กรมีการจัดทำแผนบริหารทรัพยากรบุคคลที่คำนึงถึงอัตรากำลังบุคลากรที่สาขาวิชาชีพทางสุขภาพกำหนด พร้อมไปกับบริบทขององค์กร ซึ่งแผนดังกล่าวระบุขีดความสามารถของบุคลากรและกำลังคนที่ต้องการ พร้อมทั้งการแบ่งระดับของกำลังคนและความสามารถในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถจัดบริการที่ต้องการได้. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถของบุคลากรและข้อกำหนดในกฎหมาย.</p>
<p>(2) มีกระบวนการที่มีประสิทธิผลในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุลงตำแหน่ง และธำรงรักษาบุคลากรใหม่. บุคลากรใหม่ทั้งที่เป็นเจ้าหน้าที่และผู้ที่มาปฏิบัติงานในองค์กร รวมไปถึงอาสาสมัคร ได้รับการปฐมนิเทศ ฝึกอบรม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในสิ่งที่ เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน การศึกษาต่อเนื่องควรได้รับการส่งเสริมโดยองค์กร มีการรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของบุคลากรในด้านใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรเป็นตัวแทนของความหลากหลายทางข้อคิด วัฒนธรรม และความคิดอ่านของชุมชน.</p>	<p>(2) มีกระบวนการที่มีประสิทธิผลในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุลงตำแหน่ง และธำรงรักษาบุคลากรใหม่. บุคลากรใหม่ทั้งที่เป็นเจ้าหน้าที่ ผู้ที่มาปฏิบัติงานทางคลินิกในองค์กร และอาสาสมัคร ได้รับการปฐมนิเทศอย่างเป็นทางการ ได้รับการฝึกอบรม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในสิ่งที่ เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน การศึกษาต่อเนื่องควรได้รับการส่งเสริมโดยองค์กร มีการรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของบุคลากรในด้านใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรเป็นตัวแทนของความหลากหลายทางข้อคิด วัฒนธรรม และความคิดอ่านของชุมชน.</p>

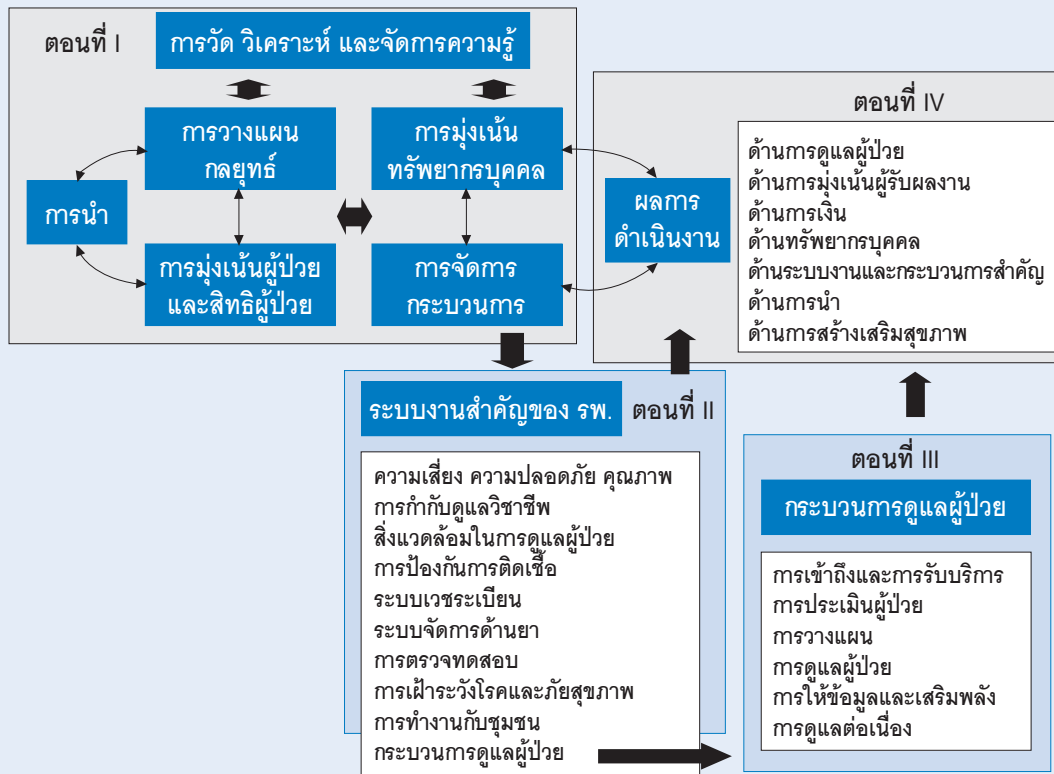
## เทียบส่วนแก้ไขเพิ่มเติมฉบับ 2554 กับฉบับ 2558

ฉบับ 2554	ฉบับ 2558
<p><b>I-5.2 ก.</b></p> <p>(4) องค์กรเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและความเพียงพอ. องค์กรบริหารบุคลากร ความต้องการของบุคลากรและความต้องการขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง, เพื่อป้องกันการลดบุคลากร, และเพื่อลดผลกระทบจากการที่บุคลากรไม่เพียงพอ เมื่อมีความจำเป็น.</p>	<p><b>I-5.2 ก.</b></p> <p>(4) บุคลากรได้รับการประเมินผลงานและสมรรถนะเป็นประจำอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง.</p>
<p><b>II-1.1 ก.</b></p> <p>(1) ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย.</p>	<p>(5) องค์กรเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและความเพียงพอ. องค์กรบริหารบุคลากร ความต้องการของบุคลากรและความต้องการขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่า สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง, เพื่อป้องกันการลดบุคลากร, และเพื่อลดผลกระทบจากการที่บุคลากรไม่เพียงพอ เมื่อมีความจำเป็น.</p> <p><b>II-1.1 ก.</b></p> <p>(1) ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย โดยศึกษาทบทวนข้อมูลความรู้จากแหล่งต่างๆ อย่างกว้างขวาง.</p>

## เทียบส่วนแก้ไขเพิ่มเติมฉบับ 2554 กับฉบับ 2558

ฉบับ 2554	ฉบับ 2558
<p><b>II-1.2 ก.</b></p> <p>(4) มีระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่เหมาะสม. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน.</p>	<p><b>II-1.2 ก.</b></p> <p>(4) องค์กรจัดวางระบบจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล ซึ่งครอบคลุมทะเบียนรายงานความเสี่ยง และระบบรายงานอุบัติการณ์. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน. มีการกำหนดขั้นตอนในการแจ้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและญาติ.</p>
<p><b>III-2 ก.</b></p> <p>(4) ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่กำหนดโดยองค์กร. มีการบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียนผู้ป่วยและพร้อมที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น.</p>	<p><b>III-2 ก.</b></p> <p>(4) ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่เหมาะสมตามที่องค์กรกำหนด. มีการบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียนผู้ป่วยและพร้อมที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น.</p>
<p><b>III-4.1</b></p> <p>(5) ทีมผู้ให้บริการตอบสนองต่อความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตสังคม.</p>	<p><b>III-4.1</b></p> <p>(5) ทีมผู้ให้บริการมีการประเมินความคาดหวังของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและตอบสนองต่อความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตสังคม.</p>

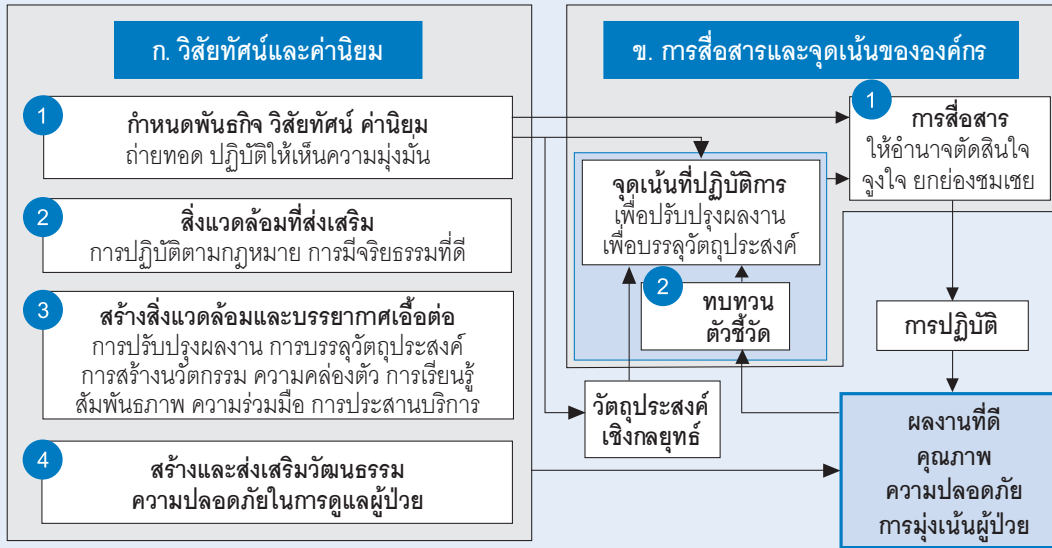
# ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร



I-1 การนำ (LED)

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

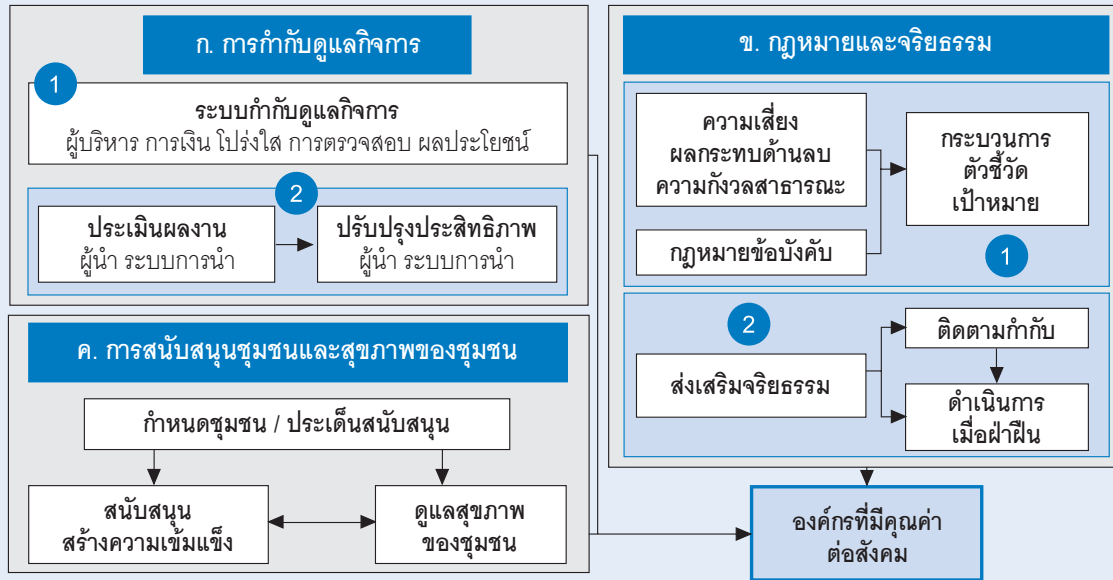
ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ



## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### I-1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (Governance and Social Responsibility)

องค์กรแสดงถึงระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ สร้างความมั่นใจว่ามีการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม และมีส่วนสนับสนุนต่อสุขภาพของชุมชน



## ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)

ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ.

#### ก. วิสัยทัศน์และค่านิยม

- (1) ผู้นำระดับสูงกำหนดและจัดทำเอกสารที่แสดงพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม. ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม ผ่านระบบการนำ<sup>1</sup> ไปยังบุคลากรทุกคนและคู่พันธมิตรสำคัญ เพื่อนำไปปฏิบัติ. การปฏิบัติตนของผู้นำระดับสูงสะท้อนถึงความมุ่งมั่นต่อค่านิยมขององค์กร.
- (2) ผู้นำระดับสูงจัดทำเอกสารที่แสดงจริยธรรมและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคลากรในองค์กร และสร้างสิ่งแวดล้อมขององค์กรที่ส่งเสริม กำหนด และส่งผลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรมที่ดี.

<sup>1</sup> **ระบบการนำ** (leadership system) หมายถึง โครงสร้างและกลไกการตัดสินใจของผู้นำในองค์กร, การสื่อสารและนำผลการตัดสินใจดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ, การเลือกสรรและพัฒนาผู้นำ / ผู้บริหาร, การตอกย้ำค่านิยม ทิศทาง ความคาดหวัง, รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำในสายงานต่างๆ

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (3) ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลงาน<sup>2</sup>, การบรรลุพันธกิจและวัตถุประสงค์ขององค์กร, การสร้างนวัตกรรม, ความคล่องตัวขององค์กร, การเรียนรู้ในระดับองค์กรและบุคลากร, สัมพันธภาพในการทำงานที่ดี, ความร่วมมือและการประสานบริการ.
- (4) ผู้นำระดับสูงสร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย.

---

<sup>2</sup> การปรับปรุงผลงาน (performance improvement) มีความหมายเช่นเดียวกับการพัฒนาคุณภาพ (quality improvement) แต่ครอบคลุมมิติทุกด้านของการดำเนินงานในองค์กร บทบาทของผู้นำในการสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลงานได้แก่ (1) การกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ และลำดับความสำคัญในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย (2) การสร้างหลักประกันว่าบริการที่จัดให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ (3) การสนับสนุน (การให้การฝึกอบรมและโอกาส, การให้แนวทางและความช่วยเหลือ, การจัดอุปสรรคในการพัฒนา, การสร้างแรงจูงใจและให้รางวัล, การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น, การปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพ) และติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย (4) การส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้



## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### ข. การสื่อสารและจุดเน้นขององค์กร

- (1) ผู้นำระดับสูงสื่อสารกับบุคลากร, ให้อำนาจการตัดสินใจ<sup>3</sup>, และจูงใจบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กร. ผู้นำระดับสูงกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารสองทางที่ตรงไปตรงมาทั่วทั้งองค์กร. ผู้นำระดับสูงมีบทบาทเชิงรุกในการให้รางวัลและการยกย่องชมเชย เพื่อหนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน, การมุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ, และการมุ่งเน้นผลงานที่ดี.
- (2) ผู้นำระดับสูงกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงผลงาน การบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์ขององค์กร รวมทั้งระดับความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว. ผู้นำระดับสูงทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อระบุการดำเนินการที่จำเป็น.

<sup>3</sup> การให้อำนาจตัดสินใจ (empowerment) ในความหมายด้านการบริหารจัดการ หมายถึงการให้อำนาจและความรับผิดชอบแก่บุคลากรเพื่อตัดสินใจและดำเนินการอย่างเหมาะสม เป็นผลให้เกิดการตัดสินใจในจุดที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งเป็นจุดที่มีความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย / ผู้รับบริการ และความรู้ในการทำงานมากที่สุด การให้อำนาจตัดสินใจมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้บุคลากรสามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับบริการตั้งแต่เริ่มแรก สามารถปรับปรุงกระบวนการและเพิ่มผลผลิตภาพ, สามารถปรับปรุงผลลัพธ์ของการทำงาน องค์กรจะต้องให้ข้อมูลที่เป็นสำหรับการตัดสินใจของบุคลากรอย่างทันกาลและนำไปใช้ประโยชน์ได้

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### I-1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)

องค์กรแสดงถึงระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ สร้างความมั่นใจว่ามีการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม และมีส่วนสนับสนุนต่อสุขภาพของชุมชน.

#### ก. การกำกับดูแลกิจการ

- (1) องค์กรทบทวนและแสดงให้เห็นระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ในด้านความรับผิดชอบต่อการกระทำของผู้บริหาร, ความรับผิดชอบต่อการเงิน, ความโปร่งใสในการดำเนินงาน, การตรวจสอบที่เป็นอิสระทั้งภายในและภายนอก, และการพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.
- (2) องค์กรประเมินผลงานของผู้นำทุกระดับ<sup>4</sup>. ผู้นำระดับสูงใช้ผลการทบทวนเหล่านี้ไปปรับปรุงประสิทธิผลของผู้นำแต่ละคน และประสิทธิผลของระบบการนำ<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> การประเมินผลงานของผู้นำ อาจใช้การทบทวนในกลุ่มผู้นำ, การประเมินผลงานของผู้บริหารอย่างเป็นทางการ, การสำรวจและรับเสียงสะท้อนจากบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

<sup>5</sup> ระบบการนำที่มีประสิทธิผล (an effective leadership system) คือระบบการนำที่คำนึงถึงความสามารถและความต้องการของบุคลากร / ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น, มีการตั้งความคาดหวังต่อผลการดำเนินงานในระดับสูง, สร้างความภักดีต่อองค์กรและการทำงานเป็นทีมเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร, กระตุ้นและสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม การเสี่ยงในระดับที่เหมาะสม, จัดโครงสร้างองค์กรที่สอดคล้องกับเป้าหมายและหน้าที่, มีกลไกสำหรับผู้นำในการประเมินตนเอง รับข้อมูลป้อนกลับ และนำไปสู่การปรับปรุง

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### ข. พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม

- (1) องค์กรระบุและคาดการณ์ถึงความเสี่ยง / ผลกระทบด้านลบต่อสังคม และความกังวลของสาธารณะ<sup>6</sup> เนื่องจากบริการ / การดำเนินงานขององค์กร. องค์กรมีการเตรียมการเชิงรุกในประเด็นดังกล่าว รวมถึงการใช้กระบวนการที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาล้างแวดล้อม. มีการกำหนดกระบวนการ ตัวชี้วัด และเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้มีการปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย รวมทั้งลดความเสี่ยงหรือผลกระทบด้านลบเหล่านั้น.
- (2) องค์กรส่งเสริมและสร้างความมั่นใจว่าจะมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรมในปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี มีการติดตามกำกับและดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม.

<sup>6</sup> ความกังวลของสาธารณะ (public concerns) อาจรวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย, ค่าใช้จ่าย, การเข้าถึงที่เท่าเทียมและทันกาล, สิ่งคุกคามใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น, และการจัดการกับของเสียจากการให้บริการทางการแพทย์ (medical waste)

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### ค. การสนับสนุนชุมชนและสุขภาพของชุมชน<sup>7, 8</sup>

องค์กรกำหนดชุมชนสำคัญและสิ่งที่จะให้การสนับสนุนแก่ชุมชน. องค์กรสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน<sup>9</sup>. องค์กรสนับสนุนสุขภาพของชุมชน<sup>10</sup>, ประสานงานและสร้างความร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ เพื่อจัดให้มีบริการที่ประสานกันและใช้ทรัพยากรร่วมกัน.

<sup>7</sup> ในการประเมินตนเอง องค์กรสามารถอ้างอิงถึงคำตอบในมาตรฐานหมวดที่ II-9 การทำงานกับชุมชน ซึ่งจะมีโอกาสให้รายละเอียดได้มากขึ้น

<sup>8</sup> **ชุมชน** (community) ในที่นี้ครอบคลุมทั้งชุมชนทางภูมิศาสตร์ที่โรงพยาบาลได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ และชุมชนในลักษณะอื่นๆ เช่น กลุ่มบุคคลที่มาร่วมมีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกัน, ชุมชนตามสถานที่ตั้ง (setting), เครือข่ายบริการสุขภาพ เป็นต้น

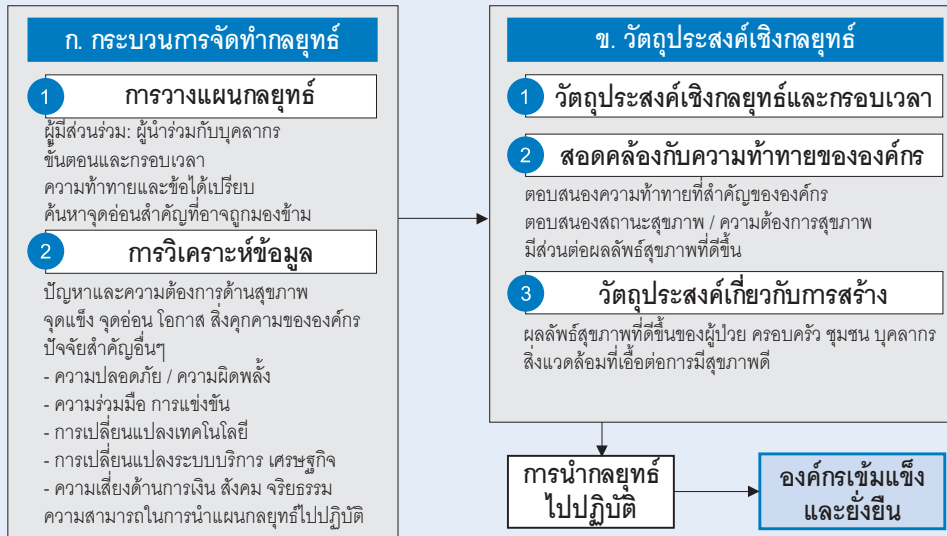
<sup>9</sup> **การสนับสนุนชุมชน** (community support) อาจรวมถึงความพยายามในการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนท้องถิ่นในด้านการให้บริการ การศึกษา สุขอนามัย สิ่งแวดล้อม การส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น

<sup>10</sup> **การสนับสนุนสุขภาพของชุมชน** (community health support) ได้แก่ การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่จะมีผลต่อสุขภาพ, การช่วยให้สมาชิกในชุมชนพัฒนาทักษะและความสามารถที่จำเป็นเพื่อสามารถรับผิดชอบและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทำงานร่วมกับผู้อื่น เพื่อส่งเสริมให้เกิดชุมชนที่มีสุขภาพดี

I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ (STM)

I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

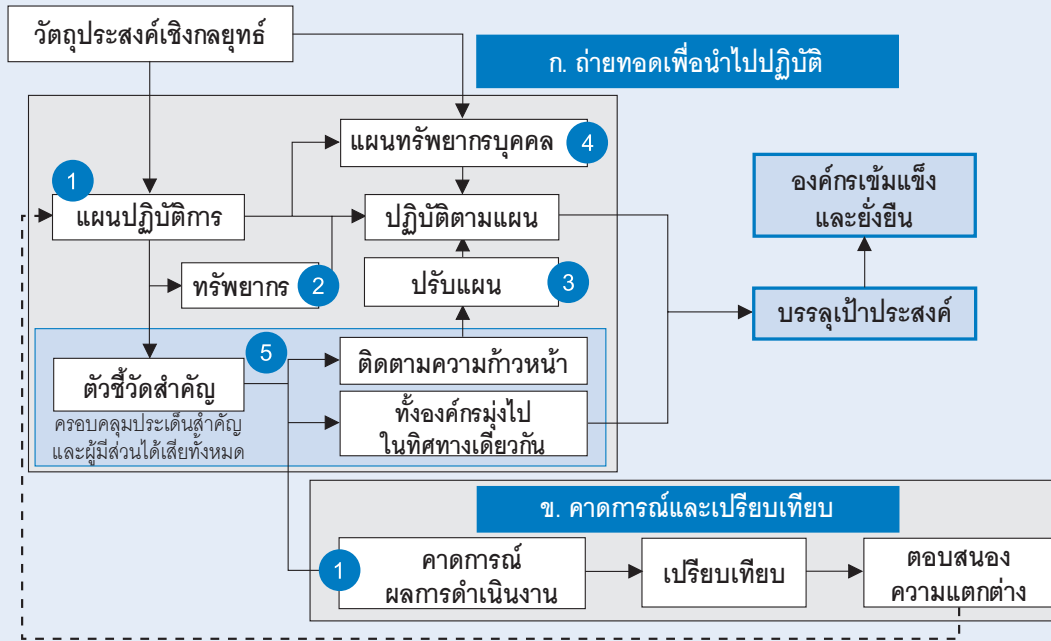
องค์กรกำหนดกลยุทธ์ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความท้าทายขององค์กร และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร



## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Deployment)

องค์กรถ่ายทอดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้า เพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์



## ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1)

องค์กรกำหนดกลยุทธ์<sup>11</sup> และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองกับความท้าทายขององค์กร และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

#### ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์<sup>12</sup>

- (1) ผู้นำระดับสูง ด้วยความร่วมมือของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ ดำเนินการวางแผนกลยุทธ์ตามขั้นตอนและใช้กรอบเวลาที่เหมาะสม. มีการวิเคราะห์และกำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์และข้อได้เปรียบขององค์กร. มีกระบวนการที่ช่วยให้องค์กรทราบถึงจุดอ่อนหรือจุดด้อยสำคัญที่อาจถูกมองข้าม.
- (2) ในกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ มีการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ / ชุมชนที่รับผิดชอบ, จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส ลิงคูกคามขององค์กร รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆ<sup>13</sup> และความสามารถในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ<sup>14</sup>.

<sup>11</sup> กลยุทธ์ (strategy) มีความหมายในเชิงกว้างว่าอาจเป็นผลมาจากหรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้: การจัดบริการใหม่, รายได้ที่เพิ่มขึ้น, การลงทุน, การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร, ความสัมพันธ์ใหม่ๆ กับบุคลากรหรืออาสาสมัคร, การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ, การเป็นผู้นำในการวิจัย, การเป็นผู้ให้บริการเชิงบูรณาการ, การตอบสนองความต้องการของชุมชนหรือความต้องการด้านสาธารณสุข

<sup>12</sup> การจัดทำกลยุทธ์ (strategy development) หมายถึงแนวทางที่องค์กรใช้เตรียมการสำหรับอนาคต ซึ่งอาจจะใช้วิธีการต่างๆ ในการคาดการณ์ พยากรณ์ ทางเลือก ฉากทัศน์ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น นำไปสู่การตัดสินใจและจัดสรรทรัพยากร

<sup>13</sup> การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส ลิงคูกคาม (SWOT analysis) ครอบคลุมปัจจัยสำคัญที่จะมีผลต่อความสำเร็จขององค์กรในอนาคต

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์<sup>15</sup>

- (1) มีการจัดทำเอกสารที่แสดงวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญ และกรอบเวลาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เหล่านั้น.  
(นำเสนอมติวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญ)

ทุกปัจจัย เช่น มุมมอง / ความคาดหวังของผู้รับบริการและชุมชน, วัฒนธรรม นโยบาย แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยและการป้องกัน ความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย, สภาพแวดล้อมด้านความร่วมมือ การแข่งขัน และความสามารถขององค์กรเปรียบเทียบกับองค์กรที่มีลักษณะคล้ายกัน, วงรอบชีวิต (life cycle) ของบริการสุขภาพ, นวัตกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีที่อาจมีผลต่อการจัดบริการ, ความต้องการขององค์กรในด้านบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆ, โอกาสที่จะปรับเปลี่ยนการใช้ทรัพยากรไปสู่บริการสุขภาพที่มีความสำคัญสูงกว่า, ความเสี่ยงทางการเงิน สังคม จริยธรรม กฎระเบียบข้อบังคับ เทคโนโลยี และความเสี่ยงอื่นๆ, ความสามารถในการป้องกันและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน, สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปของระบบบริการสุขภาพและเศรษฐกิจ, ปัจจัยอื่นๆ ที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับองค์กร

<sup>14</sup> **ความสามารถในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ** ควรคำนึงถึงความสามารถในการระดมทรัพยากรและความรู้ที่จำเป็น ความคล่องตัวขององค์กร ในการปฏิบัติตามแผนสำรอง หรือการปรับเปลี่ยนแผนและปฏิบัติตามแผนที่มีการปรับเปลี่ยน

<sup>15</sup> **วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์** (strategic objectives) หมายถึงความมุ่งหมายที่ชัดเจนขององค์กร เป็นสิ่งที่องค์กรจะต้องบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาว เป็นการกำหนดทิศทางระยะยาวขององค์กร และใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กร วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์จะมุ่งเน้นทั้งภายนอกและภายในองค์กร เกี่ยวข้องกับโอกาสและความท้าทายที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ตลาด บริการ หรือเทคโนโลยี



## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองต่อความท้าทายที่สำคัญและใช้ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กร<sup>16</sup>, ตอบสนองต่อสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มประชากรที่ให้บริการ และมีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น.
- (3) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งที่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี.

<sup>16</sup> วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายสำคัญและใช้ข้อได้เปรียบขององค์กร ควรมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ และทำให้ผลการดำเนินงานในภาพรวมขององค์กรเข้มแข็งขึ้น ซึ่งอาจได้แก่ การเข้าถึงและตำแหน่งที่ตั้ง, การปรับบริการให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย (customization), ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร, การสร้างนวัตกรรมอย่างรวดเร็ว, การบริหารความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และผู้รับบริการอื่นๆ, การใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และเทคโนโลยีสารสนเทศในกระบวนการดูแล, คุณภาพและความปลอดภัย, การสร้างเสริมสุขภาพ, การตอบสนองอย่างรวดเร็ว, การให้บริการในลักษณะบูรณาการ, การให้บริการที่มีต้นทุนต่ำ, การสร้างพันธมิตรและแนวร่วมใหม่ๆ

### I-2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2)

องค์กรถ่ายทอดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์.

#### ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการ<sup>17</sup> และการถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ

(1) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ, สร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เป็นผลจากแผนปฏิบัติการ. บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

<sup>17</sup> **แผนปฏิบัติการ** (action plans) หมายถึงแผนซึ่งระบุ**กิจกรรม**ที่เฉพาะเจาะจงเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ รวมทั้งรายละเอียด**ทรัพยากร**ที่ต้องใช้**ช่วงเวลา**ที่ต้องทำให้สำเร็จ

การจัดทำแผนปฏิบัติการเป็นขั้นตอนที่สำคัญเพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีการนำวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่ปฏิบัติทั่วทั้งองค์กรอย่างได้ผล การถ่ายทอดแผนปฏิบัติการเพื่อนำไปปฏิบัติรวมความถึงการกำหนดตัววัดที่ทุกแผนกและทุกหน่วยงานจะเข้าไปในทิศทางเดียวกัน และอาจจำเป็นต้องมีการฝึกอบรมบุคลากรเป็นการเฉพาะหรือการสรรหาบุคลากรใหม่

**ตัวอย่าง** เช่น ถ้า**วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์** มุ่งเน้นที่จะเป็นผู้ให้บริการที่มีต้นทุนต่ำ **แผนปฏิบัติการ**อาจเป็นการออกแบบกระบวนการที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดวันนอนโรงพยาบาล การวิเคราะห์การใช้ทรัพยากรและทรัพย์สิน การวิเคราะห์กลุ่มโรค (DRG) ที่พบบ่อยเพื่อนำไปสู่การป้องกัน **การถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ** อาจรวมถึงการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดลำดับความสำคัญโดยอาศัยการวิเคราะห์ต้นทุนและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น **การวิเคราะห์และประเมินในระดับองค์กร**จะเน้นที่ประสิทธิภาพของกระบวนการ ต้นทุนต่อหน่วย และคุณภาพการดูแล

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (2) องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ เพียงพอที่จะนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติให้บรรลุผล. องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านการเงินและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับแผนปฏิบัติการ. องค์กรจัดสรรทรัพยากรอย่างสมดุลเพื่อให้มั่นใจว่าจะมีทรัพยากรเพียงพอสำหรับสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติ.
- (3) มีการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการและนำแผนที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติ ในกรณีที่มีความจำเป็น.
- (4) องค์กรจัดทำแผนด้านทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ<sup>18</sup> เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ได้. แผนระบุผลกระทบที่มีโอกาสเกิดขึ้นต่อบุคลากร และโอกาสที่จะมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถของบุคลากรและระดับกำลังคนที่ต้องการ.
- (5) มีการจัดทำตัวชี้วัดสำคัญและใช้ตัวชี้วัดเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอในการติดตามความก้าวหน้าของการนำนโยบายขึ้นตอนงาน วิธีปฏิบัติงาน และแผนงานลงสู่การปฏิบัติ. ระบบการวัดผลครอบคลุมประเด็นสำคัญ/ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด และหนุนเสริมให้ทั้งองค์กรมุ่งไปในทิศทางเดียวกัน.

<sup>18</sup> **แผนด้านทรัพยากรบุคคล** (human resources plan) ควรเหมาะสมกับพันธกิจ / โครงสร้างองค์กร / ทรัพยากร สอดคล้องกับความต้องการด้านกำลังคนในปัจจุบันและในอนาคต

*ตัวอย่างองค์ประกอบของแผนทรัพยากรบุคคล:* การออกแบบระบบงานใหม่เพื่อเพิ่มการให้อำนาจในการตัดสินใจแก่บุคลากร, แผนงานริเริ่มเพื่อส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพและผู้บริหาร, แผนงานริเริ่มเพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร, การปรับระบบบริหารค่าตอบแทนและการยกย่องชมเชย, แผนงานริเริ่มเกี่ยวกับการศึกษาและฝึกอบรม เช่น การพัฒนาผู้นำในอนาคต การสร้างความร่วมมือกับมหาวิทยาลัย การฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีใหม่ๆ

## ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### ข. การคาดการณ์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

องค์กรคาดการณ์ผลการดำเนินงานสำหรับตัวชี้วัดสำคัญในข้อ 2.2 ก (5) ตามกรอบเวลาของการวางแผน โดยพิจารณาจากเป้าประสงค์ ผลงานที่ผ่านมา และข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ<sup>19</sup> ที่เหมาะสม. องค์กรตอบสนองต่อความแตกต่างของผลงานเมื่อเทียบกับองค์กรที่ดำเนินงานหรือมีกิจกรรมในลักษณะใกล้เคียงกัน ทั้งความแตกต่างในปัจจุบันและความแตกต่างที่ได้จากการคาดการณ์.

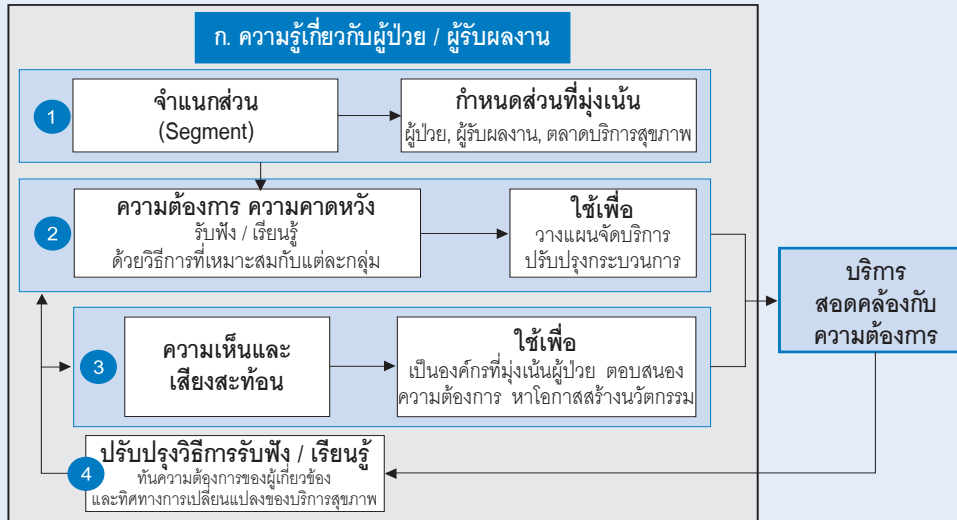
---

<sup>19</sup> ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ (comparative data) อาจจะเป็นระดับผลงานที่เป็นเลิศ, ระดับผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ, ผลงานของคู่แข่ง, ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน

I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF)

I-3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (Patient / Customer Knowledge)

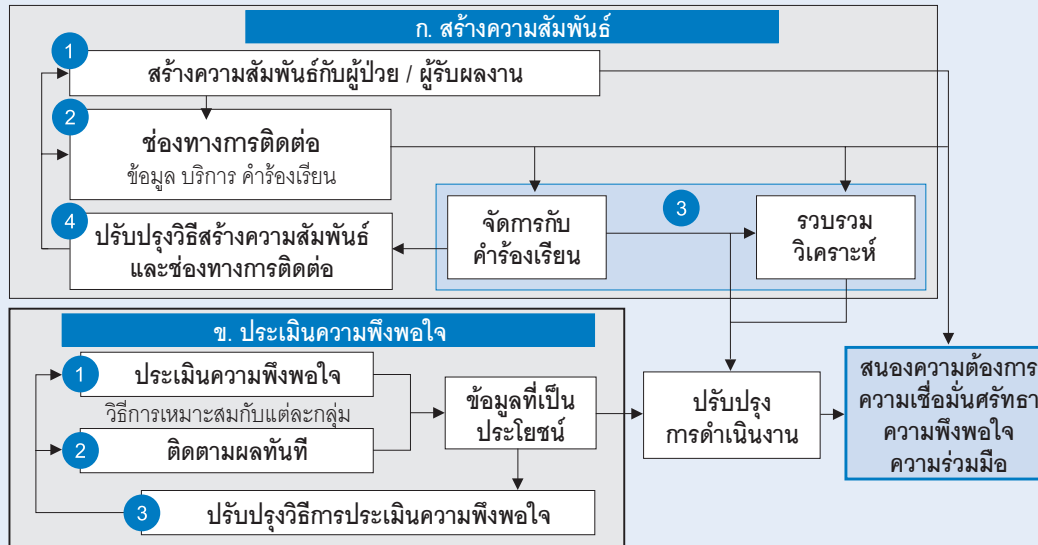
องค์กรเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานของตน เพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว



## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### 1-3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (Customer Relationship and Satisfaction)

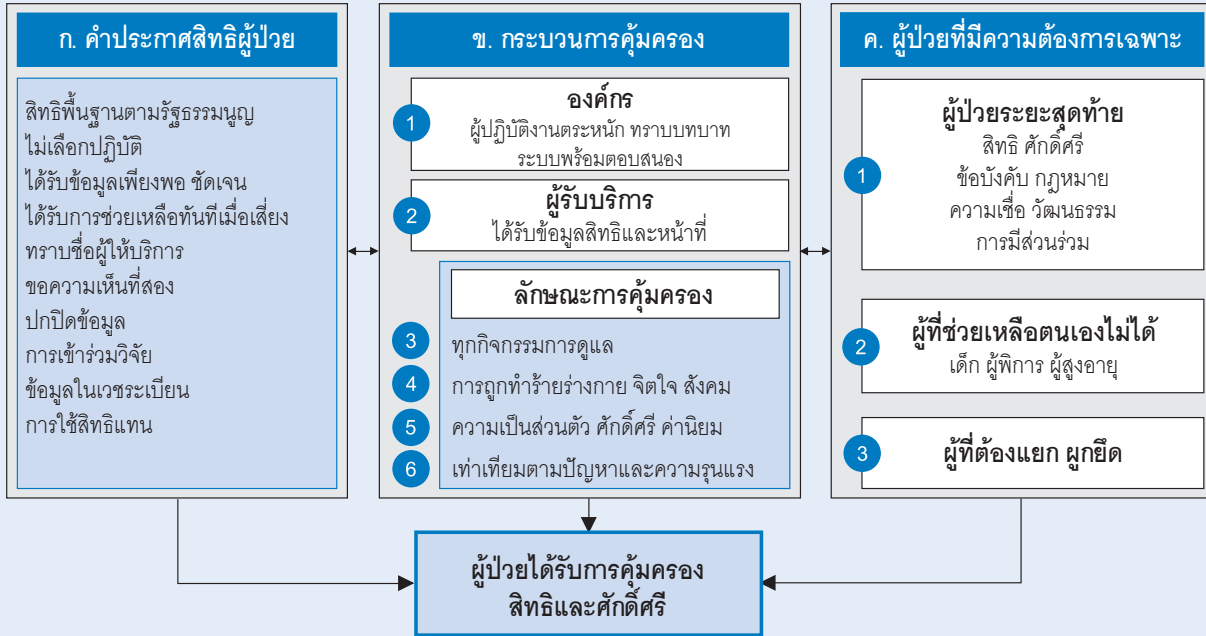
องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา ความพึงพอใจ และความร่วมมือ มีการประเมินและนำข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมาใช้ปรับปรุงการดำเนินงาน



# ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

## I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patient's Rights)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย



### I-3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF.1)

องค์กรเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานของตน เพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว.

#### ก. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน<sup>20</sup>

(1) องค์กรระบุการจำแนกส่วน<sup>21</sup> ของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน กลุ่มผู้รับผลงาน และตลาดบริการสุขภาพ. องค์กรกำหนดว่าจะมุ่งเน้นบริการสุขภาพสำหรับส่วนใดของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน กลุ่มผู้รับผลงาน และตลาดบริการสุขภาพ.

<sup>20</sup> **ผู้รับผลงาน** (customer) เมื่อกล่าวถึงผู้รับผลงานโดยทั่วไป ผู้รับผลงานขององค์กรที่ให้บริการสุขภาพจะหมายความรวมถึงผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับผลงานสำคัญด้วย ในบางที่จะระบุผู้ป่วยแยกไว้อย่างชัดเจน ผู้รับผลงานอื่นๆ นอกจากผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวของผู้ป่วย ชุมชน องค์กรประกันสุขภาพหรือผู้จ่ายเงิน นายจ้าง กระทรวงสาธารณสุข นักเรียน

<sup>21</sup> **ส่วน** (segment) หมายถึงส่วนหนึ่งของผู้ป่วย / ลูกค้า ตลาดบริการสุขภาพทั้งหมด ซึ่งมีลักษณะร่วมที่สามารถจัดกลุ่มได้อย่างมีเหตุผล การจำแนกส่วนนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ผลงานขององค์กรอย่างมีความหมาย ความเข้าใจเรื่องการจำแนกส่วนมีความสำคัญต่อการระบุความต้องการและความคาดหวังที่แตกต่างกันของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ตลาดในส่วนต่างๆ เพื่อให้สามารถจัดบริการได้อย่างเหมาะสม ตัวอย่างการจำแนกส่วนในตลาดบริการสุขภาพอาจใช้ภูมิศาสตร์ ช่องทางการให้บริการ ปริมาณบริการสุขภาพ หรือเทคโนโลยีที่ใช้



## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (2) องค์กรรับฟังและเรียนรู้<sup>22</sup> ความต้องการและความคาดหวัง<sup>23</sup> ของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน รวมทั้งระดับความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน. วิธีการรับฟังเหมาะสมกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน แต่ละกลุ่ม. มีการนำความรู้นี้ไปใช้ในการวางแผนจัดบริการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.
- (3) องค์กรใช้ความเห็นและเสียงสะท้อนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเพื่อเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมากขึ้น, ตอบสนองความต้องการและทำให้ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน พึงพอใจมากขึ้น, และเพื่อค้นหาโอกาสสร้างนวัตกรรม.
- (4) องค์กรปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้ให้ทันความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ.

<sup>22</sup> การรับฟังและเรียนรู้ (listening and learning) อาจรวมถึงการสำรวจ การใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยา การสนทนากลุ่ม การใช้ข้อมูลจาก web และการใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจแสวงหาบริการสุขภาพ

<sup>23</sup> ความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ควรครอบคลุมลักษณะบริการสุขภาพที่สำคัญ มีผลต่อความเชื่อมั่นศรัทธา ความไว้วางใจ ความพึงพอใจ และการตัดสินใจเลือกใช้บริการ เช่น ความแตกต่างจากองค์กรอื่นที่ให้บริการในลักษณะเดียวกัน ช่วงเวลาของการให้บริการ การให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัว ค่าใช้จ่าย ความเป็นส่วนตัว การเคารพสิทธิและศักดิ์ศรี

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### I-3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (PCF.2)

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา ความพึงพอใจ และความร่วมมือ. มีการประเมินและนำข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมาใช้ปรับปรุงการดำเนินงาน.

#### ก. การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

- (1) องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความต้องการ, เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา, และเพื่อให้ได้รับความร่วมมือ.
- (2) มีช่องทางสำหรับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ค้นหาข้อมูลข่าวสาร ขอรับบริการ และเสนอข้อร้องเรียน. องค์กรจัดทำข้อกำหนดที่พึงปฏิบัติสำหรับช่องทางการติดต่อแต่ละรูปแบบและสร้างความมั่นใจว่าข้อกำหนดดังกล่าวได้รับการนำไปปฏิบัติโดยบุคลากรทุกคนและในทุกขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง. มีการแสดงถึงความรับผิดชอบต่อสาธารณะในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่มี คุณภาพบริการ และผลการให้บริการ.
- (3) องค์กรจัดการกับคำร้องเรียนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผลและทัน่วงที. มีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร.
- (4) องค์กรปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์และช่องทางการติดต่อกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ.

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### ข. การประเมินความพึงพอใจ<sup>24</sup>ของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

- (1) มีการประเมินความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน และใช้ข้อมูลนี้เพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน. วิธีการวัดผลเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย / ผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม และได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง.
- (2) มีการติดตามผลหลังการเข้ารับบริการจากผู้ป่วย / ผู้รับผลงานทันที เพื่อให้ได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง<sup>25</sup>.
- (3) องค์กรปรับปรุงวิธีการประเมินความพึงพอใจให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ.

<sup>24</sup> การประเมินความพึงพอใจ อาจจะใช้การสำรวจ การรับเสียงสะท้อนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การรับข้อร้องเรียน, การเก็บข้อมูล อาจจะใช้ internet การติดต่อกับบุคคลโดยตรง การใช้หน่วยงานที่สาม หรือโดยประชานิยม

<sup>25</sup> ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง (actionable feedback) เช่น ลักษณะของบริการ ความสัมพันธ์ ปฏิสัมพันธ์ ที่จะมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการในครั้งต่อไปหรือการแนะนำผู้อื่นมาใช้บริการ

### I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

#### ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

(1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข<sup>26</sup>.

#### ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

(1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและทราบบทบาทของตนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.

<sup>26</sup> คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ได้แก่ 1. สิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ, 2. สิทธิที่จะได้รับบริการโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติ, 3. สิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน, 4. สิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือโดยทันทีเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต, 5. สิทธิที่จะทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ให้บริการแก่ตน, 6. สิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และสิทธิในการขอเปลี่ยนตัวผู้ให้บริการหรือสถานบริการ, 7. สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองโดยเคร่งครัด, 8. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัย, 9. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ, 10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.
- (3) มีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล.
- (6) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน.

### ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

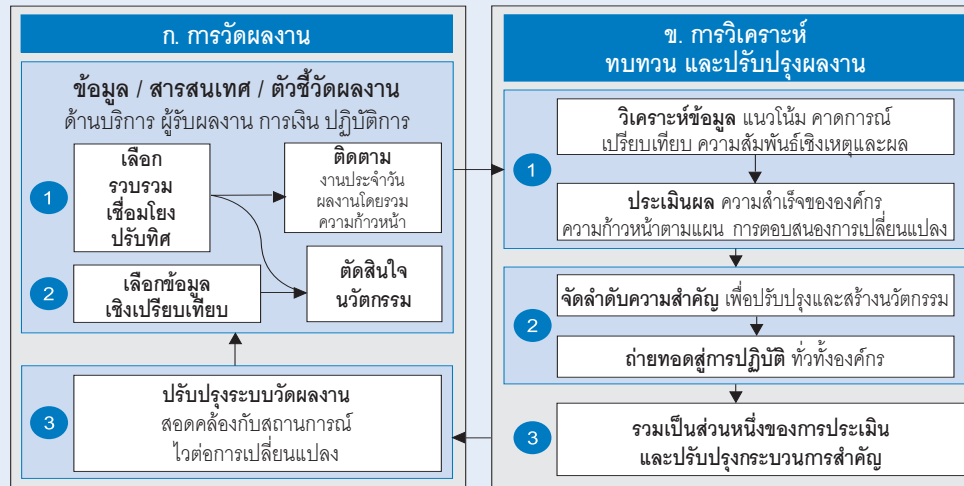
- (1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์<sup>27</sup>. การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.
- (2) ผู้รับบริการที่เป็นเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม.
- (3) มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก หรือถูกยึด อย่างเหมาะสม.

<sup>27</sup> โดยพิจารณาความเหมาะสมกับความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ควบคู่ไปด้วย

I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ (MAK)

I-4.1 การวัดวิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร  
(Measurement, Analysis and Improvement of Organizational Performance)

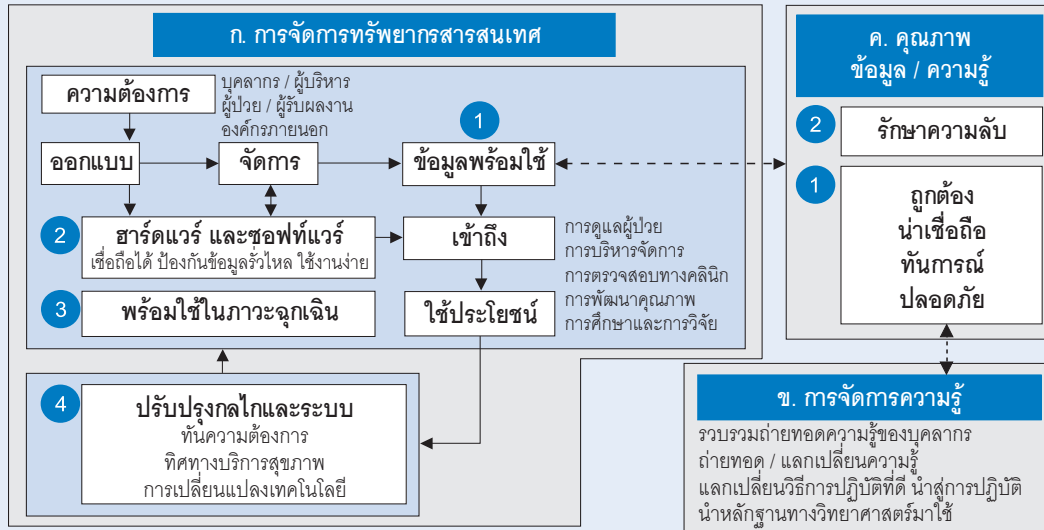
องค์กรจัดให้มีการวัด วิเคราะห์ ปรับทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน โดยใช้ข้อมูลสารสนเทศ ในทุกระดับและทุกส่วนขององค์กร



## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### 1-4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (Management of Information, Information Technology, and Knowledge Management)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีข้อมูล สารสนเทศ ซอฟต์แวร์ และฮาร์ดแวร์ ที่จำเป็น มีคุณภาพ และพร้อมใช้งาน สำหรับบุคลากร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน องค์กรสร้างและจัดการสินทรัพย์ความรู้ของตนเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร



## ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### I-4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1)

องค์กรจัดให้มีการวัด<sup>28</sup> วิเคราะห์ ประเมินทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน<sup>29</sup> โดยใช้ข้อมูลและสารสนเทศ ในทุกระดับและทุกส่วนขององค์กร.

#### ก. การวัดผลงาน<sup>30</sup>

(1) องค์กรเลือก รวบรวม และเชื่อมโยงข้อมูล / สารสนเทศ / ตัวชี้วัดสำคัญที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อใช้ติดตามผลการปฏิบัติงานประจำวัน, ติดตามผลงานขององค์กรโดยรวม, ติดตามความก้าวหน้าตาม วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ, สนับสนุนการตัดสินใจและการสร้างนวัตกรรมขององค์กร.

<sup>28</sup> แนวคิดสำคัญสำหรับการนำระบบวัดผลงานไปใช้ให้ประสบความสำเร็จ คือการกำหนดทิศทางของตัวชี้วัดทั้งองค์กรให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน (alignment) และการบูรณาการ (integration) ตัวชี้วัดจากแหล่งต่างๆ เพื่อให้เป็นข้อมูลและสารสนเทศที่ครอบคลุมทั้งองค์กร รวมถึงการที่ผู้นำระดับสูงติดตามตัวชี้วัดผลงานที่มีความสำคัญต่อผลงานโดยรวมขององค์กรจากแหล่งข้อมูลทุกระดับ

<sup>29</sup> ผลงานหรือผลการดำเนินงาน (performance) คือ output และ outcome ที่เกิดจากกระบวนการ ผลิตภัณฑ์ และบริการ ที่สามารถนำมาใช้ประเมินและเปรียบเทียบกับเป้าหมายหรือผลงานที่ผ่านมาได้ อาจแบ่งผลงานได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) ด้านผลิตภัณฑ์และบริการ 2) ด้านการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน 3) ด้านการเงิน 4) ด้านปฏิบัติการ

<sup>30</sup> การวัดผลงาน (performance measurement) จะถูกนำมาใช้ในการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลจริง เพื่อกำหนดทิศทางขององค์กร และ จัดสรรทรัพยากรในระดับต่างๆ ให้สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับทิศทางขององค์กร



## ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (2) องค์กรเลือกข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบ<sup>31</sup> ที่สำคัญ และทำให้มั่นใจว่ามีการนำไปใช้สนับสนุนการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ.
- (3) องค์กรปรับปรุงระบบการวัดผลงานให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางของบริการสุขภาพ, วัตถุประสงค์เปลี่ยนแปลงภายในหรือภายนอกที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด.

### ข. การวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลงาน

- (1) องค์กรทบทวนประเมินผลงาน<sup>32</sup> และขีดความสามารถขององค์กร. มีการวิเคราะห์<sup>33</sup> เพื่อสนับสนุนการทบทวน

<sup>31</sup> **ข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบ** (comparative data and information) เป็นสิ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงผลงานขององค์กร ทำให้เกิดความเข้าใจกระบวนการและผลงานขององค์กรได้ดีขึ้น รวมทั้งช่วยในการวิเคราะห์และตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษ และการสร้างพันธมิตร ข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบอาจจะเป็นระดับผลงานที่ดีที่สุด, ระดับผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ, ผลงานของคู่แข่ง, ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน

<sup>32</sup> **การทบทวนประเมินผลงานขององค์กร** (organizational performance reviews) ควรใช้ข้อมูลจากการวัดผลงานขององค์กร โดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการในหมวด I-2.1 และ I-2.2 รวมทั้งอาจใช้ข้อมูลจากการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานฉบับนี้

<sup>33</sup> **การวิเคราะห์** (analysis) หมายถึงการตรวจสอบข้อมูลและข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจที่ดี การวิเคราะห์ขององค์กรในภาพรวมจะช่วยชี้แนะการตัดสินใจและการบริหารจัดการเพื่อบรรลุผลลัพธ์สำคัญและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร **การวิเคราะห์ประกอบด้วย** การประเมินแนวโน้ม, การคาดการณ์ทั้งในระดับองค์กร ระดับธุรกิจโดยรวม การคาดการณ์เทคโนโลยี, การเปรียบเทียบ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล และการหาความสัมพันธ์ระหว่างกัน เพื่อสนับสนุนการทบทวนผลงานขององค์กร การทราบต้นเหตุของปัญหา และช่วยจัดลำดับความสำคัญในการใช้ทรัพยากร

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ประเมินผลและสร้างความมั่นใจว่าได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือ. องค์กรใช้การทบทวนนี้เพื่อประเมินความสำเร็จขององค์กร, ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ, และความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงขององค์กรและสิ่งแวดล้อมภายนอก.

- (2) องค์กรนำสิ่งที่ได้จากการทบทวนประเมินผลงานขององค์กรมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงและหาโอกาสสร้างนวัตกรรม, พร้อมทั้งถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร.
- (3) องค์กรนำผลการทบทวนประเมินผลงานขององค์กร ไปใช้ในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญอย่างเป็นระบบ.

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### I-4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (MAK.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีข้อมูล สารสนเทศ ซอฟต์แวร์ และฮาร์ดแวร์ ที่จำเป็น มีคุณภาพ และพร้อมใช้งาน สำหรับบุคลากร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน. องค์กรสร้างและจัดการสินทรัพย์ความรู้ของตนเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร.

#### ก. การจัดการทรัพยากรสารสนเทศ

- (1) ข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับบุคลากร / ผู้บริหาร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / องค์กรภายนอก มีความพร้อมใช้งาน เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการ การตรวจสอบทางคลินิก การพัฒนาคุณภาพ การศึกษา และการวิจัย. แผนงานและการจัดการสารสนเทศ<sup>34</sup> มีความเหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร.
- (2) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์มีความเชื่อถือได้ ป้องกันไม่ให้อุปกรณ์ล้มเหลว และใช้งานง่าย.
- (3) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ มีความพร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน.
- (4) องค์กรปรับปรุงกลไกการจัดให้มีข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ที่พร้อมใช้ ให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง ทิศทางของบริการสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี.

<sup>34</sup> แผนงานและการจัดการสารสนเทศ (information management) เช่น มาตรฐานข้อมูล มาตรฐานเทคโนโลยี ขั้นตอนในการดำเนินการ เกณฑ์การเก็บข้อมูล ระยะเวลาและวิธีในการคงเก็บข้อมูล เกณฑ์การปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัย การรักษาความปลอดภัยและความลับ

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### ข. การจัดการความรู้ขององค์กร

มีการจัดการความรู้ขององค์กรเพื่อให้เกิดสิ่งต่อไปนี้: การรวบรวมและถ่ายทอดความรู้ของบุคลากร, การถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ที่เป็นประโยชน์จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และองค์กรภายนอก, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่ดีหรือที่เป็นเลิศ และนำไปสู่การปฏิบัติ, การประมวลและนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์, และการนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการดูแลรักษาามาประยุกต์ใช้.

### ค. คุณภาพของข้อมูล สารสนเทศ และความรู้

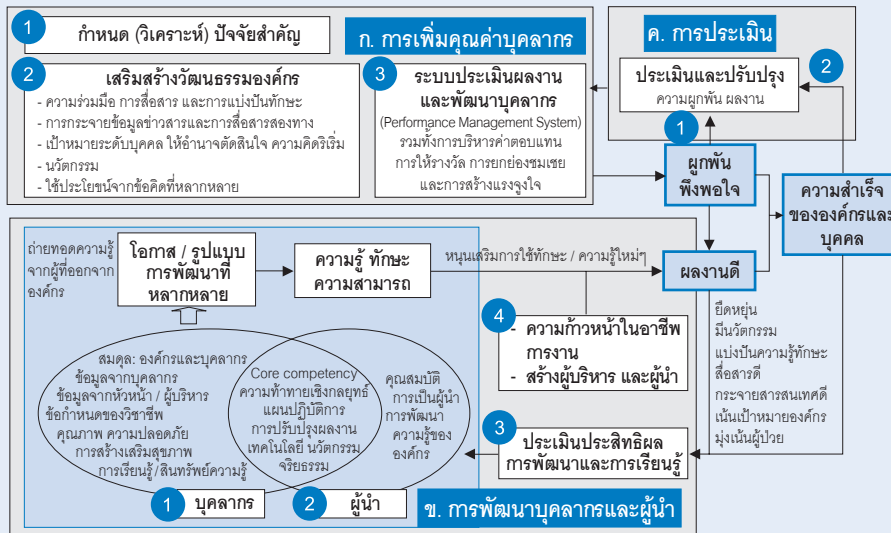
- (1) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าข้อมูล สารสนเทศ และความรู้ขององค์กร มีความแม่นยำ เชื่อถือได้ ทันเหตุการณ์ และปลอดภัย.
- (2) องค์กรสร้างความมั่นใจในการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศ.

# ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

## I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (HRF)

### I-5.1 ความผูกพันของบุคลากร (Staff Engagement)

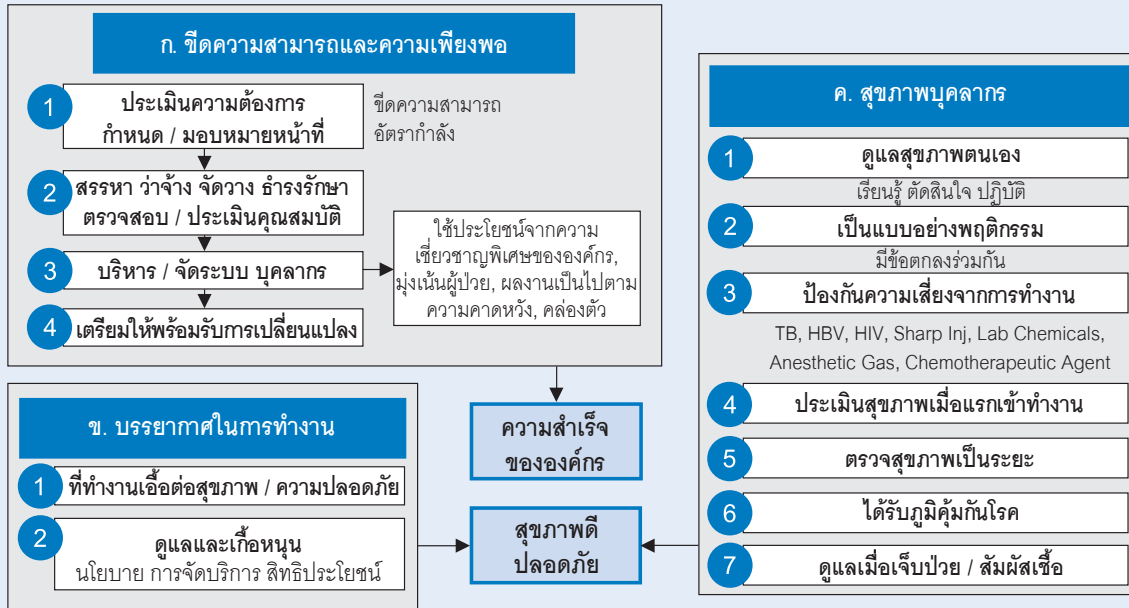
องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ เพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์กรและระดับบุคคล บุคลากรและผู้นำได้รับการพัฒนาเพื่อให้อำนาจตัดสินใจให้สร้างผลงานที่ดี



## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### 1-5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (Staff Environment)

องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลัง เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีความสุขและมีความปลอดภัย



## ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### I-5.1 ความผูกพันของบุคลากร<sup>35</sup>

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ เพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์กรและระดับบุคคล. บุคลากรและผู้นำได้รับการพัฒนาเพื่อให้สร้างผลงานที่ดี.

#### ก. การเพิ่มคุณค่าบุคลากร

(1) องค์กรกำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน<sup>36</sup> และความพึงพอใจ<sup>37</sup> ของบุคลากรแต่ละกลุ่ม และแต่ละส่วน.

- <sup>35</sup> **ความผูกพันของบุคลากร** หมายถึง ระดับของมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล คำว่า staff engagement บางคนอาจจะแปลว่า “การผูกใจบุคลากร” หรือใช้คำต่างๆ ว่า “ร่วมด้วย ช่วยกัน”
- การสร้างความผูกพัน* ครอบคลุมการสร้างความสัมพันธ์ การสร้างความพึงพอใจ การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร การบริหารค่าตอบแทน และสร้างแรงจูงใจ การฝึกอบรม
- บุคลากรที่มีความผูกพันกับองค์กร* จะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร งานที่ได้รับมอบหมายเป็นงานที่มีคุณค่า สอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัว สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร และมีความรับผิดชอบต่อความสำเร็จของงาน
- <sup>36</sup> **ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันระหว่างบุคลากรกับองค์กร** ควรพิจารณา สภาพแวดล้อมที่สร้างแรงจูงใจในการทำงานเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย และความสำเร็จขององค์กร, ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและผู้ปฏิบัติงาน, ความรู้สึกที่ตนเองมีความสำคัญ, บรรยากาศของความร่วมมือ ใ้วางใจ, การสื่อสารที่ดี, การให้อำนาจตัดสินใจ, การฝึกอบรม, ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน, การยกย่องชมเชยและการให้รางวัล, โอกาสที่เท่าเทียมกัน, การอยู่ร่วมกันเสมือนญาติพี่น้อง
- <sup>37</sup> **ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากร** ควรพิจารณาประเด็นเรื่องค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน การแก้ไขปัญหาและข้อร้องเรียน การพัฒนาความรู้ความสามารถ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การช่วยเหลือของผู้บริการ ความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน ภาระงาน การสื่อสาร ความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม ความมั่นคงในงาน

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (2) องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดี<sup>38</sup> และมีแรงจูงใจ ดังต่อไปนี้
- ความร่วมมือ การสื่อสารและการแบ่งปันทักษะที่มีประสิทธิผล ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพต่างสาขา ระหว่างผู้ที่อยู่ต่างหน่วยงาน และต่างสถานที่ (ตามความเหมาะสม)
  - การกระจายข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารสองทางกับหัวหน้างานและผู้บริหารที่มีประสิทธิผล
  - การตั้งเป้าหมายระดับบุคคล การให้อำนาจตัดสินใจ และความคิดริเริ่ม
  - นวัตกรรมภายใต้สภาพแวดล้อมของงาน
  - ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากข้อคิด วัฒนธรรม และความคิดเห็นที่หลากหลายของบุคลากร.
- (3) ระบบประเมินและพัฒนาผลงานบุคลากร (staff performance management system) ส่งเสริมให้บุคลากรสร้างผลงานที่ดี มีความผูกพันกับองค์กร, หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / การให้บริการสุขภาพ, และการนำแผนไปปฏิบัติให้สำเร็จผล. ระบบดังกล่าวนำประเด็นเรื่องการบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย<sup>39</sup> และการสร้างแรงจูงใจมาพิจารณาด้วย.

<sup>38</sup> ลักษณะของการทำงานที่มีผลงานที่ดี (good performance) คือมีความยืดหยุ่น มีนวัตกรรม มีการแบ่งปันความรู้และทักษะ มีการสื่อสารที่ดี มีการกระจายสารสนเทศที่ดี มีจุดเน้นสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร มุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่นๆ ตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป

<sup>39</sup> วิธีการยกย่องชมเชย อาจเป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นรายบุคคลและเป็นรายกลุ่ม



## ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### ข. การพัฒนาบุคลากรและผู้นำ<sup>40</sup>

(1) ระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากร พิจารณาประเด็นต่อไปนี้

- ความจำเป็นและความต้องการในการเรียนรู้และพัฒนา ซึ่งบุคลากร หัวหน้างาน และผู้บริหารระบุ
- ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ ประวัติการทำงาน และขอบเขตการปฏิบัติงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำ ซึ่งมีการทบทวนทุกระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี
- ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และการบรรลุแผนปฏิบัติการขององค์กร
- จริยธรรมของบุคลากรในองค์กร คุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ
- ประเพณีวัฒนธรรม และมีติทางจิตวิญญาณของผู้มารับบริการ
- การปรับปรุงผลงานขององค์กร การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี และนวัตกรรม

<sup>40</sup> **การพัฒนาบุคลากร** ขึ้นกับลักษณะการจัดบริการสุขภาพขององค์กร ความรับผิดชอบของบุคลากร ลำดับขั้นในการพัฒนาขององค์กรและบุคลากร

เนื้อหาการพัฒนาที่จำเป็น อาจจะเป็นการศึกษาต่อเนื่องทางคลินิก การแข่งขันทักษะและความรู้ การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม การแก้ปัญหา การแปลความหมายและใช้ข้อมูล การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน ภาษาและวัฒนธรรม การวิเคราะห์และปรับปรุง กระบวนการ การลดความสูญเปล่าและรอบเวลา การจัดลำดับความสำคัญตามกลยุทธ์ขององค์กร เนื้อหาการเรียนรู้ที่จำเป็นอาจจะเป็นทักษะขั้นสูงเกี่ยวกับเทคโนโลยีใหม่ๆ หรือทักษะพื้นฐาน เช่น ทักษะคอมพิวเตอร์ ก็ได้

บุคลากรที่ทำงานสัมผัสกับผู้ป่วย ควรเรียนรู้และฝึกอบรมเกี่ยวกับบริการที่จัดให้ผู้ป่วย การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงาน การแก้ปัญหาหรือข้อผิดพลาด การตอบสนองและทำให้เกินกว่าความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่นๆ

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- สมดุลระหว่างวัตถุประสงค์ขององค์กรกับความต้องการของบุคลากร
- การเรียนรู้<sup>41</sup> และสินทรัพย์ความรู้<sup>42</sup> ขององค์กร
- โอกาสและรูปแบบการพัฒนาที่หลากหลาย<sup>43</sup> รวมทั้งการศึกษา การฝึกอบรม การโค้ช การเป็นพี่เลี้ยง การสะสมประสบการณ์จากการทำงาน (ตามความเหมาะสม)
- การถ่ายทอดความรู้จากผู้ที่ลาออกหรือเกษียณอายุ
- การหนุนเสริมให้นำความรู้และทักษะใหม่ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน.

<sup>41</sup> **การเรียนรู้ขององค์กร** (organizational learning) อาจเกิดจากการวิจัยและพัฒนา การประเมินและปรับปรุงวิธีการทำงาน ความคิดและข้อมูลจากบุคลากร ผู้ป่วย และผู้รับผลงานอื่นๆ การแลกเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงานที่ดี และการจัดระดับเทียบเคียง (benchmarking)

<sup>42</sup> **สินทรัพย์ความรู้** (knowledge assets) หมายถึงทรัพยากรทางปัญญาที่มีการส่งสมภายในองค์กร เป็นสมบัติขององค์กรและบุคลากร อยู่ในรูปแบบของสารสนเทศ ความคิด การเรียนรู้ ความเข้าใจ ความจำ ทักษะ ความสามารถ สินทรัพย์ความรู้อาจจะเก็บไว้ในตัวบุคลากร ฐานข้อมูล เอกสาร แนวทางปฏิบัติ นโยบายและระเบียบปฏิบัติ ซอฟต์แวร์ ลิขสิทธิ์ สินทรัพย์ความรู้อาจจะอยู่ในตัวผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ผู้ส่งมอบ และองค์กรพันธมิตรด้วย สินทรัพย์ความรู้เป็นความรู้ในภาคปฏิบัติ (know how) ที่องค์กรมีไว้เพื่อใช้ ลงทุน และพัฒนาให้เติบโต การสร้างและจัดการสินทรัพย์ความรู้ขององค์กรเป็นส่วนสำคัญที่จะสร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงาน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ

<sup>43</sup> **รูปแบบการพัฒนาบุคลากร** อาจจะทำภายในหรือนอกองค์กร อาจจะเป็นการฝึกอบรมระหว่างปฏิบัติงาน การเรียนในห้องเรียน การเรียนจากคอมพิวเตอร์ การเรียนทางไกล หรือรูปแบบของการศึกษาและฝึกอบรมอื่นๆ การฝึกอบรมอาจจะเกิดจากการได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานภายในหรือนอกองค์กร.

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (2) ระบบพัฒนาและเรียนรู้สำหรับผู้นำ พิจารณาประเด็นต่อไปนี้
- การพัฒนาคุณสมบัติการเป็นผู้นำเฉพาะตัว
  - การพัฒนาความรู้ขององค์กร
  - จริยธรรมในการให้บริการสุขภาพและการดำเนินกิจการ
  - ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และการบรรลุแผนปฏิบัติการขององค์กร
  - การปรับปรุงผลงานขององค์กร การเปลี่ยนแปลง และนวัตกรรม
  - โอกาสและรูปแบบการพัฒนาที่หลากหลาย รวมทั้งการศึกษา การฝึกอบรม การโค้ช การเป็นที่เลี้ยง การสะสมประสบการณ์จากการทำงาน (ตามความเหมาะสม).
- (3) องค์กรประเมินประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ โดยพิจารณาผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล และผลงานขององค์กรร่วมด้วย.
- (4) องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ. องค์กรมีการวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ.

## ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### ค. การประเมินความผูกพันของบุคลากร

- (1) องค์กรประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร ด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม แต่ละส่วนของบุคลากร, และใช้ตัวชี้วัดเหล่านี้เพื่อปรับปรุงความผูกพันของบุคลากร.
- (2) องค์กรนำผลการประเมินความผูกพันของบุคลากรมาเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ / กิจกรรมขององค์กร ในตอนที่ IV เพื่อระบุโอกาสในการปรับปรุงทั้งความผูกพันของบุคลากรและผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ / กิจกรรมขององค์กร.

### I-5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร

องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลัง เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ. องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพดี และมีความปลอดภัย.

#### ก. ขีดความสามารถ<sup>44</sup> และความเพียงพอ<sup>45</sup> ของบุคลากร

(1) องค์กรมีการจัดทำแผนบริหารทรัพยากรบุคคลที่คำนึงถึงอัตรากำลังบุคลากรที่สภาวิชาชีพทางสุขภาพ กำหนดพร้อมไปกับบริบทขององค์กรซึ่งแผนดังกล่าวระบุขีดความสามารถของบุคลากรและกำลังคนที่ต้องการ พร้อมทั้งการแบ่งระดับของกำลังคนและความสามารถในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถจัดบริการที่ต้องการได้. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถของบุคลากรและข้อกำหนดในกฎหมาย.

<sup>44</sup> **ขีดความสามารถของบุคลากร** (staff capability) หมายถึง ความสามารถขององค์กรในการบรรลุผลสำเร็จของกระบวนการทำงานด้วยความรู้ ทักษะ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญของบุคลากร ขีดความสามารถ อาจรวมถึงความสามารถในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน การสร้างนวัตกรรมและปรับเปลี่ยนสู่เทคโนโลยีใหม่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ บริการ และกระบวนการทำงานใหม่ และเพื่อให้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

<sup>45</sup> **ความเพียงพอของบุคลากร** (staff capacity) หมายถึง ความสามารถขององค์กรที่ทำให้มั่นใจว่ามีระดับของบุคลากรเพียงพอในการบรรลุผลสำเร็จของกระบวนการทำงาน และส่งมอบผลิตภัณฑ์และบริการให้ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานได้ รวมทั้งความสามารถในการตอบสนองต่อระดับความต้องการตามฤดูกาลและตามความผันแปรความต้องการ

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (2) มีกระบวนการที่มีประสิทธิผลในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุลงตำแหน่ง และธำรงรักษาบุคลากรใหม่ บุคลากรใหม่ทั้งที่เป็นเจ้าหน้าที่ ผู้ที่มาปฏิบัติงานทางคลินิกในองค์กร และอาสาสมัคร ได้รับการปฐมนิเทศ อย่างเป็นทางการ ได้รับการฝึกอบรม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน การศึกษาต่อเนื่องควรได้รับการส่งเสริมโดยองค์กร มีการรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของ บุคลากรในด้านใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์<sup>46</sup>. องค์กรสร้างความมั่นใจ ว่าบุคลากรเป็นตัวแทนของความหลากหลายทางข้อคิด วัฒนธรรม และความคิดอ่านของชุมชน.
- (3) องค์กรบริหารและจัดระบบบุคลากรเพื่อ:
- ให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ
  - ใช้ประโยชน์จากความสำเร็จวิชาชีพพิเศษขององค์กร
  - หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / การให้บริการสุขภาพ
  - ให้ผลดำเนินการเป็นไปตามความคาดหวังหรือดีกว่า
  - ตอบสนองต่อความท้าทายเชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
  - คล่องตัวพอที่จะตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป.
- (4) บุคลากรได้รับการประเมินผลงานและสมรรถนะเป็นประจำ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง.
- (5) องค์กรเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและความเพียงพอ. องค์กรบริหารบุคลากร ความต้องการของบุคลากรและความต้องการขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่า สามารถ

<sup>46</sup> รวมทั้งควรมีการเก็บบันทึกประวัติและข้อมูลข่าวสารของบุคลากรเป็นความลับ ทันสมัย และสมบูรณ์

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง, เพื่อป้องกันการลดบุคลากร, และเพื่อลดผลกระทบจากการที่บุคลากรไม่เพียงพอ เมื่อมีความจำเป็น.

### ข. บรรยากาศในการทำงาน

- (1) องค์กรสร้างความมั่นใจและดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้สถานที่ทำงานเอื้อต่อสุขภาพ ปลอดภัย และมีการป้องกันภัย. มีการกำหนดตัววัดผลงานและเป้าหมายการปรับปรุงสำหรับแต่ละประเด็นดังกล่าว.
- (2) องค์กรให้การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรด้วยนโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ ซึ่งปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคลากรที่มีความหลากหลายแต่ละกลุ่ม.

### ค. สุขภาพบุคลากร

- (1) บุคลากรมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติในการดูแลสุขภาพกาย ใจ สังคม ของตน.
- (2) บุคลากรมีข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และแบบอย่างวัฒนธรรมองค์กรในการสร้างเสริมสุขภาพ.
- (3) องค์กรประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไวรัสตับอักเสบบี และ HIV จากผู้ป่วย, เข็มฉีดยาหรือของมีคมขาด, สารเคมีในห้องปฏิบัติการ, ก๊าซดมสลบ และยาเคมีบำบัด.

<sup>47</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในอดีตหรือปัจจุบันซึ่งอาจจะทำให้เสี่ยงต่อการรับหรือแพร่กระจายโรคติดต่อ

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (4) บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงาน และมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน ได้แก่ การตรวจสุขภาพทั่วไป ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน ประวัติการเจ็บป่วย<sup>47</sup> และอุบัติเหตุ รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน.
- (5) บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินการเจ็บป่วยเนื่องมาจากการทำงาน รวมทั้งการติดเชื้อซึ่งอาจจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆ ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ.
- (6) บุคลากรได้รับภูมิคุ้มกันโรคติดต่ออย่างเหมาะสม<sup>48</sup>.
- (7) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม. องค์กรจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับทั้งการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อ ชี้อุปกรณ์ในการจำกัดการปฏิบัติหน้าที่ และการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อซึ่งครอบคลุมถึงการให้ภูมิคุ้มกันและการจำกัดการปฏิบัติงาน.

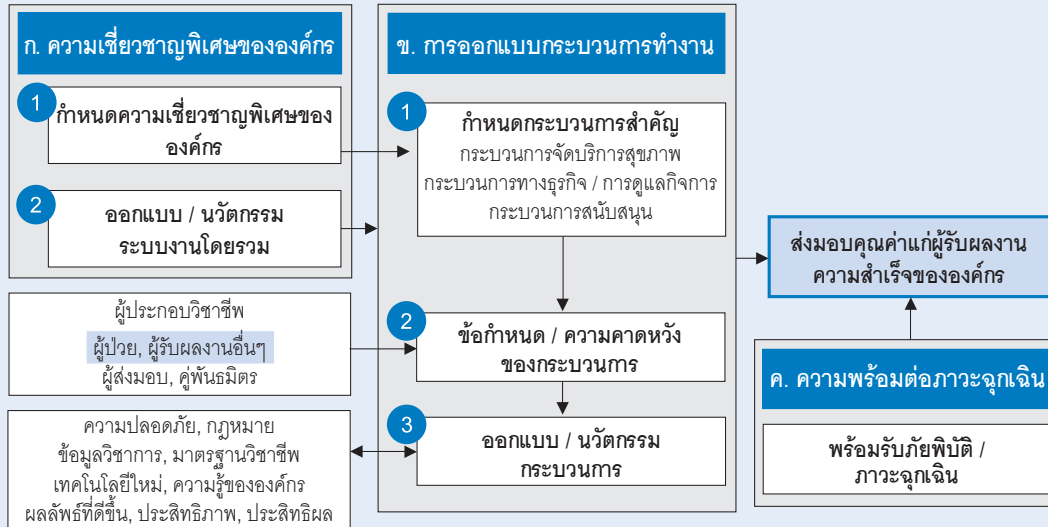
<sup>48</sup> เช่น วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีสำหรับผู้ที่มีโอกาสสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งสูง



I-6 การจัดการกระบวนการ (PCM)

I-6.1 การออกแบบระบบงาน (Work System Design)

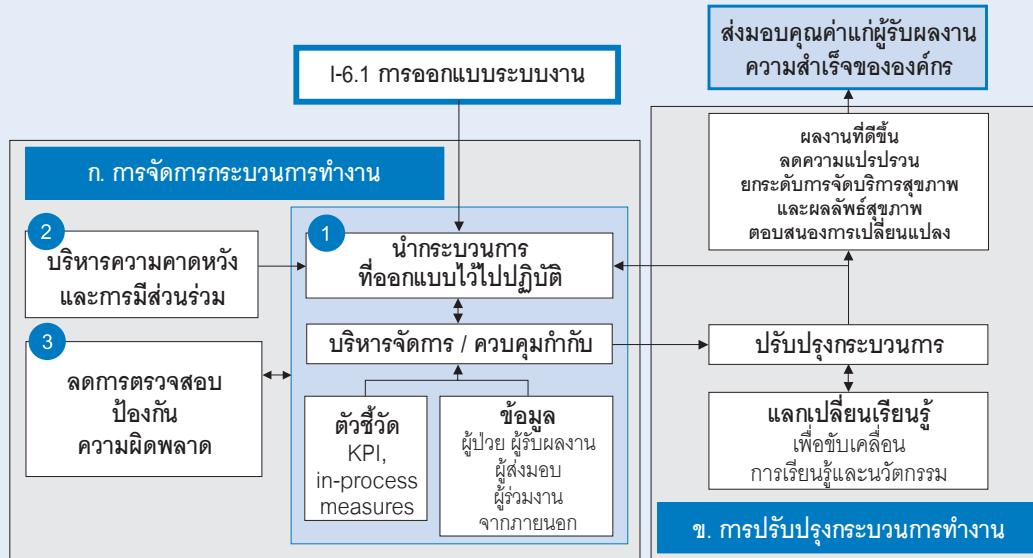
องค์กรกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษของตน ออกแบบระบบงาน และกระบวนการสำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น ๆ พร้อมทั้งบริหารภาวะฉุกเฉิน และบรรลุความสำเร็จขององค์กร



## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### I-6.2 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน (Work Process Management and Improvement)

องค์กรนำกระบวนการทำงานสำคัญไปปฏิบัติ บริหารจัดการ และปรับปรุงกระบวนการดังกล่าว เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น และเพื่อบรรลุความสำเร็จขององค์กร



## ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### I-6.1 การออกแบบระบบงาน

องค์กรกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษของตน ออกแบบระบบงาน และกระบวนการสำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่นๆ, พร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน, และบรรลุความสำเร็จขององค์กร.

#### ก. ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร<sup>49</sup>

- (1) องค์กรกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษของตน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพันธกิจ สิ่งแวดล้อม และแผนปฏิบัติการ.
- (2) องค์กรออกแบบระบบงาน<sup>50</sup> โดยรวม และสร้างนวัตกรรมให้กับระบบงาน โดยใช้ทรัพยากรจากภายนอกอย่างเหมาะสม.

<sup>49</sup> **ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร** (core competencies) คือความสามารถที่มีความสำคัญในเชิงกลยุทธ์ ซึ่งทำให้เกิดความได้เปรียบผู้อื่น หรือผู้อื่นพยายามจะเลียนแบบ

<sup>50</sup> **ระบบงาน** (work systems) หมายถึง การรวมของกระบวนการทำงานที่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ระบบงานมีเป้าหมายที่ชัดเจน ระบบที่สมบูรณ์ควรประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า (รวมถึงบุคลากร ผู้ส่งมอบ คู่พันธมิตร) กระบวนการ ผลผลิตหรือผลลัพธ์ และการป้อนกลับ ระบบงานขององค์กรอาจจะครอบคลุมการศึกษาและวิจัยตามพันธกิจขององค์กรด้วย

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### ข. การออกแบบกระบวนการทำงาน

- (1) องค์กรกำหนดกระบวนการทำงานสำคัญ<sup>51</sup> ซึ่งสัมพันธ์กับความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร. กระบวนการเหล่านี้นำไปสู่การส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นๆ และความสำเร็จขององค์กร. (นำเสนอกระบวนการทำงานที่สำคัญ)
- (2) องค์กรจัดทำข้อกำหนด (คุณลักษณะที่คาดหวัง)<sup>52</sup> ที่สำคัญของกระบวนการข้างต้น โดยใช้ข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นๆ ผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอก. (นำเสนอข้อกำหนด / ความคาดหวังที่สำคัญ)

<sup>51</sup> **กระบวนการทำงานสำคัญ** (key work processes) คือ ชุดของปฏิบัติการ เหตุการณ์ กลไก หรือขั้นตอนการทำงานที่ต่อเนื่องสัมพันธ์กัน ก่อให้เกิดคุณค่าแก่ผู้รับผลงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กระบวนการทำงานขององค์กรบริการสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่

- (1) กระบวนการจัดบริการสุขภาพ (healthcare process)
- (2) กระบวนการทางธุรกิจหรือการดูแลกิจการ (business process) เป็นกระบวนการที่ไม่ใช่การจัดบริการสุขภาพโดยตรง แต่มีความสำคัญต่อความสำเร็จและความเติบโตขององค์กร เช่น การสร้างนวัตกรรม การวิจัยและพัฒนา การจัดการเทคโนโลยี การจัดการสารสนเทศ และการจัดการความรู้ การจัดการห่วงโซ่อุปทาน การจ้างเหมาหน่วยงานภายนอก การบริหารโครงการ การขายและการตลาด การระดมทุน กระบวนการนโยบายสาธารณะ
- (3) กระบวนการสนับสนุน (support process) เช่น การจัดการอาคารสถานที่ การทำความสะอาด เวชระเบียน การเงินการบัญชี บริการด้านกฎหมาย ประชาสัมพันธ์ ความสัมพันธ์กับชุมชน การจัดการห่วงโซ่อุปทาน การดำเนินงานในกระบวนการเหล่านี้ไม่ขึ้นกับลักษณะของบริการสุขภาพ แต่ขึ้นกับความต้องการภายในองค์กร

<sup>52</sup> ข้อกำหนดหรือคุณลักษณะที่ควรให้ความสำคัญร่วมด้วย คือ ความยืดหยุ่นและความรวดเร็วในการตอบสนองการเปลี่ยนแปลง องค์กรอาจจะต้องพิจารณาข้อกำหนดสำหรับผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอกไปพร้อมกัน

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

(3) องค์กรออกแบบ<sup>53</sup>และสร้างสรรค์นวัตกรรมสำหรับกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองข้อกำหนด / ความคาดหวังสำคัญข้างต้น โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย หลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ เทคโนโลยีใหม่ๆ<sup>54</sup> ความรู้ขององค์กร โอกาสที่จะต้องปรับเปลี่ยน ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น รอบเวลา ผลิตภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล.

<sup>53</sup> **กระบวนการออกแบบ** (design processes) อาจระบุถึงการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพไปจากเดิม เช่น จากการใช้บริการในลักษณะผู้ป่วยในเป็นผู้ป่วยนอก, การนำเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาใช้กับบริการที่มีอยู่เดิม, หรือการจัดทำ critical pathway ซึ่งจะต้องมีการพิจารณาคุณลักษณะที่ต้องการ

*ปัจจัยที่ควรพิจารณาในการออกแบบ* ได้แก่ ผลลัพธ์สุขภาพที่ต้องการ ความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง ความทันเวลา การเข้าถึง การประสานงาน ความต่อเนื่องของการดูแล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจ ความคาดหวังที่หลากหลาย ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและการใช้เทคโนโลยีที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการวัดผล ความสามารถในการปฏิบัติ ความเพียงพอหรือขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะที่จำเป็น การมีแหล่งที่จะส่งต่อ ความสามารถของผู้ส่งมอบ เทคโนโลยี ศักยภาพและการใช้ประโยชน์จากสถานที่ ข้อกำหนดทางกฎหมาย และเอกสาร

*การออกแบบที่มีประสิทธิผล* ต้องพิจารณาเวลาและผลิตภาพของกระบวนการให้บริการ ซึ่งอาจจะทำโดยออกแบบใหม่หรือปรับรื้อกระบวนการเพื่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและเพื่อตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป

<sup>54</sup> **เทคโนโลยีใหม่ๆ** ที่ควรพิจารณาในการออกแบบกระบวนการทำงานคือการใช้ e-technology เพื่อการสื่อสารและแบ่งปันข้อมูล เช่น electronic medical record, telemedicine

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

(4) องค์กรมีการจัดกระบวนการงานเอกสารที่ทำให้มั่นใจว่านโยบาย ยุทธศาสตร์ กระบวนการ แผนงาน และรายงานการประชุมที่สำคัญ ได้รับการบันทึก โดยเอกสารและบันทึกต่างๆ มีกระบวนการควบคุมเอกสารที่ดี ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ได้แก่

- ผู้มีอำนาจลงนามเป็นผู้อนุมัติการเผยแพร่และใช้เอกสาร การอนุมัติอาจอยู่ในรูปแบบของลายเซ็น หรือ การอนุมัติผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่มีรหัสผ่าน
- การจัดการที่ทำให้มั่นใจว่าเอกสารรุ่นล่าสุดอยู่ ณ จุดที่มีการนำไปใช้
- การจัดการที่ทำให้มั่นใจว่าเอกสารอยู่ในสภาพที่อ่านได้ง่าย และการเปลี่ยนแปลงสามารถสังเกตได้ง่าย (โดยใช้ชื่อเอกสาร วันที่ออก เลขที่เอกสาร หรือเครื่องหมายอื่นๆ ที่เหมาะสม)
- การปรับปรุงเอกสารเป็นระยะตามความจำเป็น และมีการอนุมัติใหม่
- การป้องกันไม่ให้มีการใช้เอกสารที่ยกเลิกไปแล้ว โดยไม่ตั้งใจ และวิธีการระบุเอกสารที่ยกเลิกไปแล้ว ในกรณีที่เอกสารนั้นยังต้องถูกจัดเก็บไว้เพื่อจุดประสงค์บางอย่าง
- การประยุกต์ใช้กระบวนการควบคุมเอกสารกับเอกสารที่ได้รับมาจากภายนอกองค์กร

## ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### ค. ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน

องค์กรสร้างความมั่นใจในการเตรียมพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานเพื่อรองรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน<sup>55</sup>, โดยพิจารณาการป้องกัน การบริหารจัดการ ความต่อเนื่องของการให้บริการผู้ป่วยและชุมชน การเคลื่อนย้าย และการฟื้นฟู.

---

<sup>55</sup> ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน (disasters and emergencies) อาจเกิดสืบเนื่องกับอากาศ ระบบสาธารณสุขโรค ความมั่นคง การระบาดของโรคติดต่อ  
องค์กรควรพิจารณาทั้งภัยพิบัติในชุมชนซึ่งจะต้องตอบสนอง และอุบัติการณ์ในองค์กรที่จะมีผลต่อความต่อเนื่องในการให้บริการ (เช่น อัคคีภัย ระบบสาธารณสุขโรคซัดซ์).

### I-6.2 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน

องค์กรนำกระบวนการทำงานสำคัญไปปฏิบัติ บริหารจัดการ และปรับปรุงกระบวนการดังกล่าว เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น และเพื่อบรรลุความสำเร็จขององค์กร.

#### ก. การจัดการกระบวนการทำงาน

- (1) องค์กรนำกระบวนการทำงานที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ และสร้างความมั่นใจว่าจะจะเป็นไปตามข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการ (บรรลุคุณลักษณะที่คาดหวัง). มีการนำข้อมูลจากผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่น ผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอก มาใช้ในการจัดการกระบวนการดังกล่าว. องค์กรใช้ตัวชี้วัดผลงานสำคัญ และตัวชี้วัดระหว่างการทำงานเพื่อควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.
- (2) มีการพิจารณาความคาดหวังของผู้ป่วย. มีการอธิบายกระบวนการบริการสุขภาพและผลลัพธ์ที่น่าจะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่สามารถตอบสนองได้. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและนำความสมัครใจ (preference) ของผู้ป่วยมาพิจารณาในการให้บริการ.
- (3) องค์กรพยายามลดค่าใช้จ่ายโดยรวมในการตรวจสอบ ป้องกันการต้องทำงานซ้ำและความผิดพลาด.



## ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### ข. การปรับปรุงกระบวนการทำงาน<sup>56</sup>

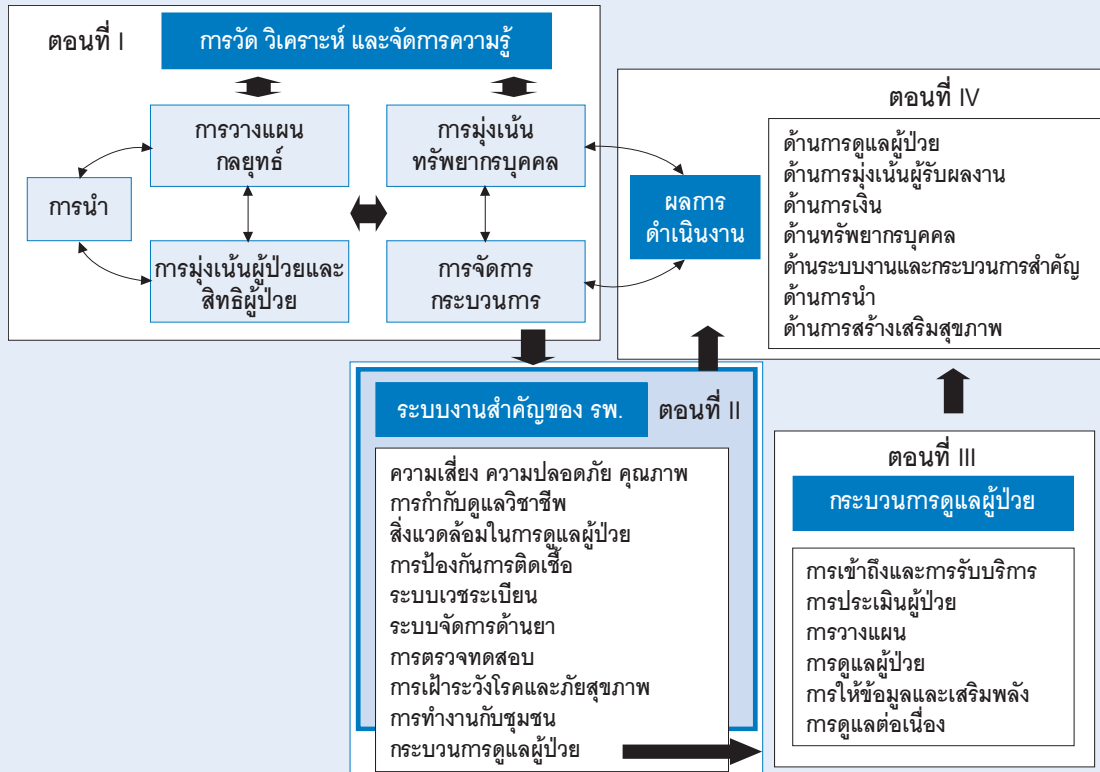
องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อให้ได้ผลงานที่ดีขึ้น ลดความแปรปรวน ยกกระดับการจัดบริการสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพ<sup>57</sup> และเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและทิศทางด้านบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปรับปรุงและบทเรียนระหว่างหน่วยงานและกระบวนการต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้และนวัตกรรมในองค์กร.

<sup>56</sup> การปรับปรุงกระบวนการทำงาน อาจจะใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่น (1) การแลกเปลี่ยนกลยุทธ์ที่ประสบความสำเร็จภายในองค์กรเพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้และนวัตกรรม, (2) การวิเคราะห์กระบวนการและการวิจัยปฏิบัติการ, (3) การวิจัยและพัฒนา, (4) การจัดระดับเทียบเคียง (benchmarking), (5) การปรับเปลี่ยนเทคโนโลยี, (6) การใช้สารสนเทศจากผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น, (7) การใช้ข้อมูลการเงินเพื่อประเมินผลทางเลือกและกำหนดลำดับความสำคัญ, (8) การปรับรี้อระบบ (re-engineering) ฯลฯ

<sup>57</sup> นำเสนอข้อมูลผลการปรับปรุงกระบวนการทำงาน ในการประเมินตนเองตามมาตรฐานตอนที่ IV



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

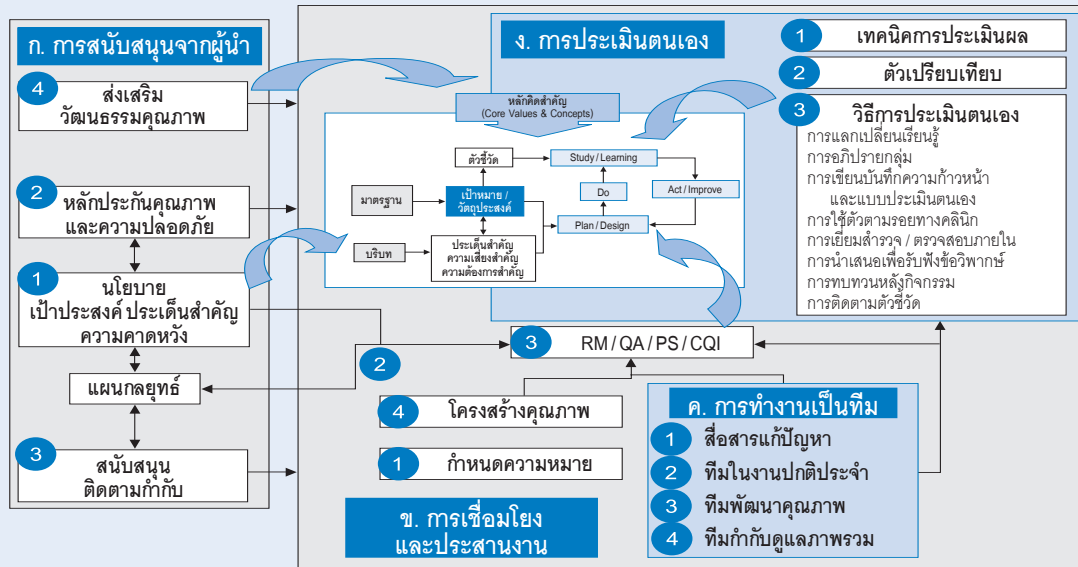


## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)

#### II-1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Overview)

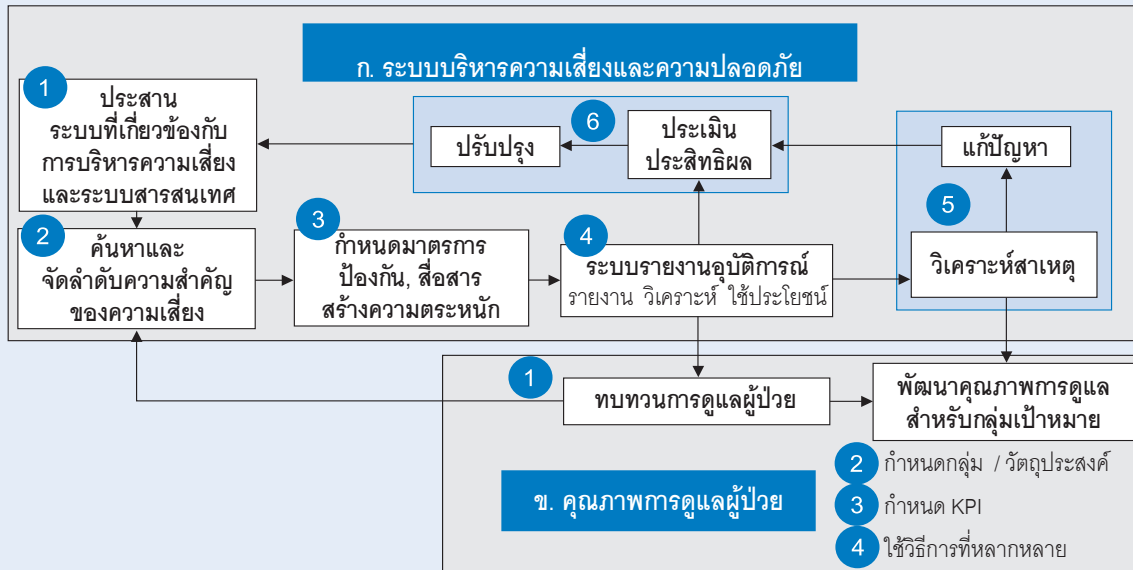
มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (Risk, Safety, and Quality Management)

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (RSQ.1)

มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

#### ก. การสนับสนุนจากผู้นำ

- (1) ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย โดยศึกษาทบทวนข้อมูลความรู้จากแหล่งต่างๆ อย่างกว้างขวาง.
- (2) ผู้นำระดับสูงสร้างหลักประกันว่าบริการที่จัดให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ.
- (3) ผู้นำทุกระดับให้การสนับสนุน<sup>58</sup> และติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย.
- (4) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้.

#### ข. การเชื่อมโยงและประสานงาน

- (1) มีการกำหนดความหมายของคำว่า “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” ที่จะใช้ในการทำงานขององค์กร.
- (2) โปรแกรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ เป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร.
- (3) มีการบูรณาการและประสานโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในทุกขั้นตอนของการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล.

<sup>58</sup> การสนับสนุนความพยายามในการพัฒนาคุณภาพโดยผู้นำ ได้แก่ การให้การฝึกอบรมและโอกาส การให้แนวทางและความช่วยเหลือ การจัดอุปสรรคในการพัฒนา การสร้างแรงจูงใจและให้รางวัล การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น การปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพ

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) มีโครงสร้างคุณภาพที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับองค์กรเพื่อประสานและช่วยเหลือสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ. มีการกำหนดความรับผิดชอบ (accountability & responsibility) ในการพัฒนาคุณภาพและการพัฒนาผลการดำเนินงาน.

### ค. การทำงานเป็นทีม

- (1) มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผล ทั้งภายในหน่วยงาน / วิชาชีพ, ระหว่างหน่วยงาน / วิชาชีพ, ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร, และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ.
- (2) บุคลากรร่วมมือกันให้บริการและดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง โดยตระหนักในความรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ทีมในงานปกติประจำ).
- (3) องค์กรส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย ทั้งทีมที่รวมตัวกันเองและทีมที่ได้รับมอบหมาย, ทีมภายในหน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน / สหสาขาวิชาชีพ, ทีมทางด้านคลินิกและด้านอื่นๆ (ทีมพัฒนาคุณภาพ).
- (4) องค์กรจัดให้มีทีมคร่อมสายงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทางการให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมที่รับผิดชอบต่อระบบงานสำคัญขององค์กร (ทีมกำกับดูแลภาพรวม).

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ง. การประเมินตนเอง

- (1) มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่ใช้วิธีการเชิงคุณภาพ ไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย.
- (2) มีการประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับความต้องการของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร / หน่วยงาน ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากลตามความเหมาะสม.
- (3) มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึก ความก้าวหน้าและแบบประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจหรือตรวจสอบภายใน การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2)

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสาน สอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ.

#### ก. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

- (1) มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่างๆ, รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง.
- (2) มีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป<sup>59</sup> ในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกันที่มุ่งปกป้องผู้ป่วย/ผู้มารับบริการ จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย.
- (3) มีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนักรู้อย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล.
- (4) องค์กรจัดวางระบบจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล ซึ่งครอบคลุมทะเบียนรายงานความเสี่ยง และระบบรายงานอุบัติการณ์. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน. มีการกำหนดขั้นตอนในการแจ้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและญาติ.

<sup>59</sup> วิธีการค้นหาความเสี่ยง อาจใช้การสังเกตกระบวนการทำงานโดยตรง, การสำรวจสถานที่, การพูดคุยกับบุคลากรและผู้เชี่ยวชาญ, การทบทวน และวิเคราะห์อุบัติการณ์, การวิเคราะห์ FMEA, การทบทวนเวชระเบียน, และการทบทวนวรรณกรรม

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (5) มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (root cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบ<sup>60</sup>ที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม.
- (6) มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น.

---

<sup>60</sup> ปัจจัยเชิงระบบ (system factors) ที่อยู่เบื้องหลังปัญหา เช่น การฝึกอบรม การสื่อสาร ข้อมูลข่าวสาร คักยภาพของบุคลากร การออกแบบระบบงาน ภาระงาน การนิเทศ

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

- (1) มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย<sup>61</sup>อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.
- (2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก<sup>62</sup> เป็นเป้าหมายที่จะพัฒนา กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ.
- (3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.
- (4) ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิทยุองค์รวม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์ root cause นวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษา ฟื้นฟูตามความเหมาะสม.

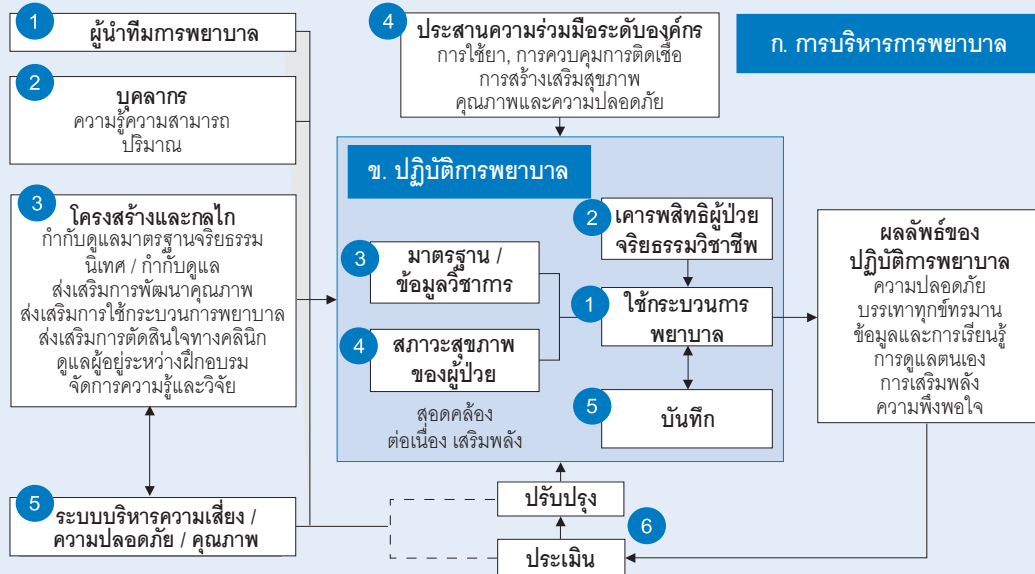
<sup>61</sup> การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย, การทบทวนเวชระเบียน / การตรวจสอบทางคลินิก / การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ, การทบทวนอุบัติการณ์ / ภาวะแทรกซ้อน / การเสียชีวิต, การทบทวนการใช้ทรัพยากร, การทบทวนความเหมาะสมในการใช้ยา, การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน, การประเมินความรู้ความสามารถและทักษะ, การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย, การทบทวนการใช้จ่าย, การทบทวนการใช้เลือด, การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล, การทบทวนตัวชี้วัด

<sup>62</sup> กลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) คือกลุ่มผู้ป่วยด้วยภาวะใดภาวะหนึ่งหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ทารกแรกเกิด, ผู้ป่วยวัณโรค, ผู้ติดเชื้อ HIV, ผู้รับการผ่าตัดสมอง

II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (PFG)

II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพ ด้านการพยาบาล (Nursing)

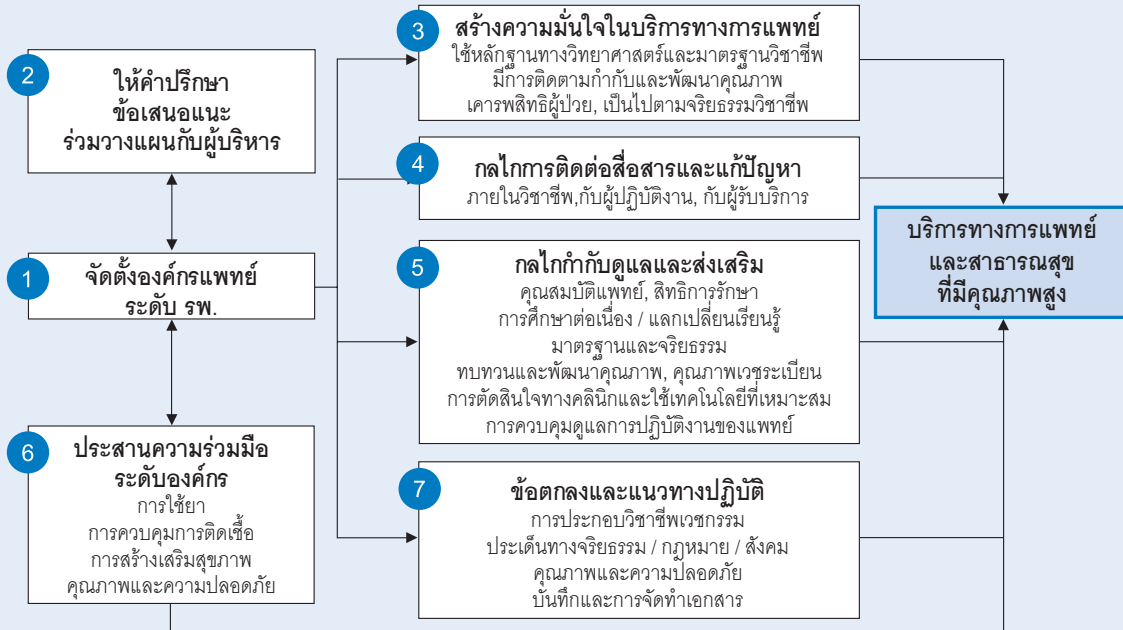
มีระบบบริหารการพยาบาลรับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพ ด้านการแพทย์ (Medical Staff)

มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ รับผิดชอบต่อการส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-2.1 การพยาบาล (PFG.1/NUR)

มีระบบบริหารการพยาบาลรับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร

#### ก. การบริหารการพยาบาล

- (1) ผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เพียงพอ ทั้งในด้านปฏิบัติการพยาบาล และด้านบริหารการพยาบาล.
- (2) ระบบบริหารการพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าจะมีบุคลากรทางการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ<sup>63</sup> และปริมาณเพียงพอ<sup>64</sup> สำหรับบริการที่องค์กรจัดให้มี.
- (3) ระบบบริหารการพยาบาลมีโครงสร้างและกลไกที่ทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้ได้อย่างได้ผล:
  - การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
  - การนิเทศ กำกับดูแล และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
  - การส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล

<sup>63</sup> การสร้างความมั่นใจด้านความรู้ความสามารถ ได้แก่ การตรวจสอบและประเมินผลคุณสมบัติ สมรรถนะของบุคลากรพยาบาลให้เหมาะสมกับลักษณะงาน การกำหนดขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ การส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการพยาบาล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

<sup>64</sup> การสร้างความมั่นใจด้านความเพียงพอ ได้แก่ การกำหนดอัตรากำลังอย่างเหมาะสม และจัดให้มีบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานเพียงพอกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
  - การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม
  - การจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพ.
- (4) ระบบบริหารการพยาบาลประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การควบคุม การติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย.
- (5) การบริหารความเสี่ยง การบริหารความปลอดภัย และการบริหารคุณภาพของปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้อง และสนับสนุนเป้าหมาย / วัตถุประสงค์ขององค์กร และมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ.
- (6) มีการประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาลในองค์ประกอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้รับบริการ ความสามารถในการดูแลตนเอง การเสริมพลัง ความพึงพอใจ และนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล.

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ข. ปฏิบัติการพยาบาล

- (1) พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพสูง เบ็ดเสร็จผลมผลสาน และเป็นองค์รวม โดยมีการประสานความร่วมมือกับวิชาชีพอื่น.
- (2) พยาบาลให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ.
- (3) พยาบาลให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล ที่ทันสมัย มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง.
- (4) พยาบาลให้การดูแลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม ของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง, โดยมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนหลังจำหน่ายร่วมกับทีมสุขภาพ และผู้รับบริการ / ครอบครัว, เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง ควบคุมปัจจัยเสี่ยง และสามารถใช้แหล่งทรัพยากรในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม.
- (5) บันทึกทางการพยาบาลแสดงถึงการพยาบาลผู้รับบริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และเป็นประโยชน์ในการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการพยาบาล และการวิจัย.



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-2.2 แผนก (PFG.2/MED)

มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ รับผิดชอบต่อการส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

- (1) มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูง และด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ.
- (2) องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะและร่วมวางแผนกับผู้บริหารเกี่ยวกับการจัดบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง.
- (3) องค์กรแพทย์สร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการแพทย์อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และมาตรฐานวิชาชีพ มีการติดตามกำกับและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เคารพในสิทธิผู้ป่วยและเป็นไปตามจริยธรรมวิชาชีพ.
- (4) มีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์กับ ผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้ใช้บริการ.
- (5) องค์กรแพทย์ทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้ได้อย่างได้ผล:
  - การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์
  - การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเอง มีความชำนาญ
  - การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

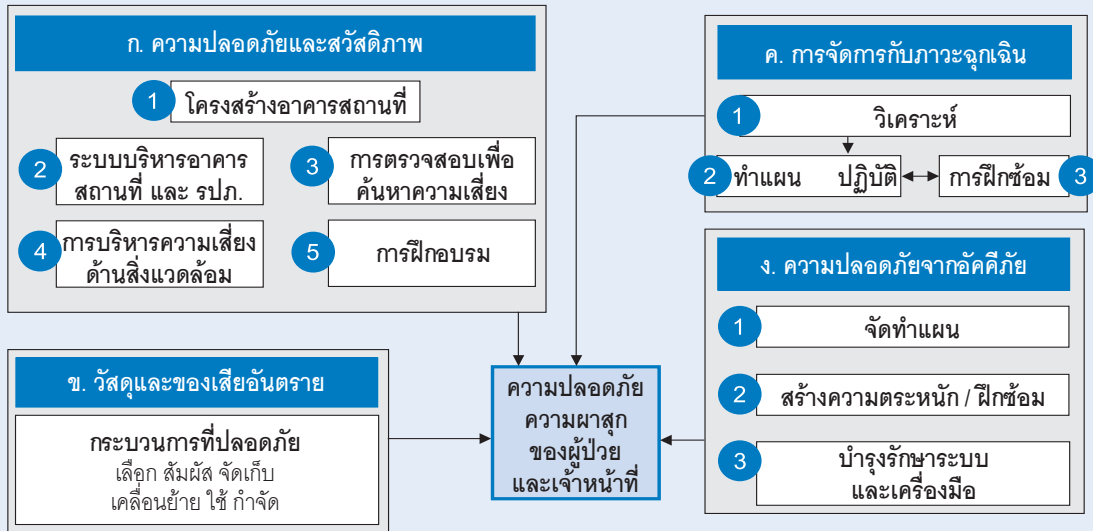
## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
  - การกำกับดูแลการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
  - การกำกับดูแลคุณภาพเวชระเบียน
  - การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
  - การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
  - การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ
- (6) องค์กรแพทย์ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการใช้ยา การควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย.
- (7) มีข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ที่ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ ครอบคลุมเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม, ประเด็นทางจริยธรรม / กฎหมาย / สังคม, คุณภาพและความปลอดภัย, การพัฒนาความรู้ความสามารถ, บันทึกลงและการจัดทำเอกสาร.

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)

II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (Physical Environment and Safety)

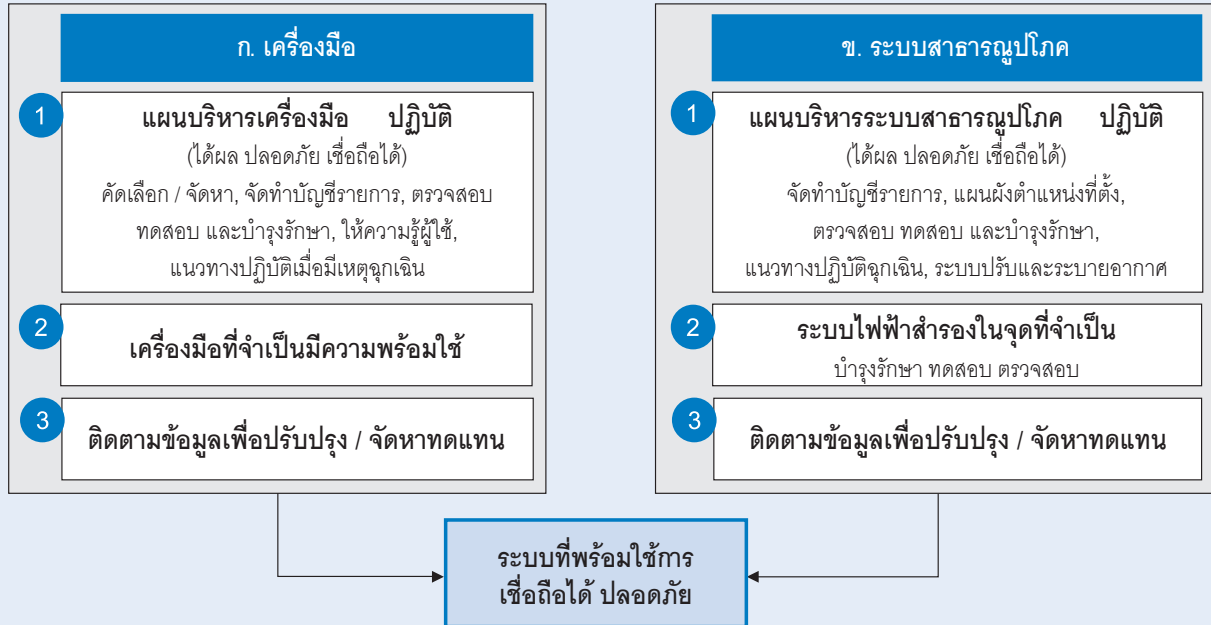
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และผู้มาเยือน องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค (Equipment and Utility System)

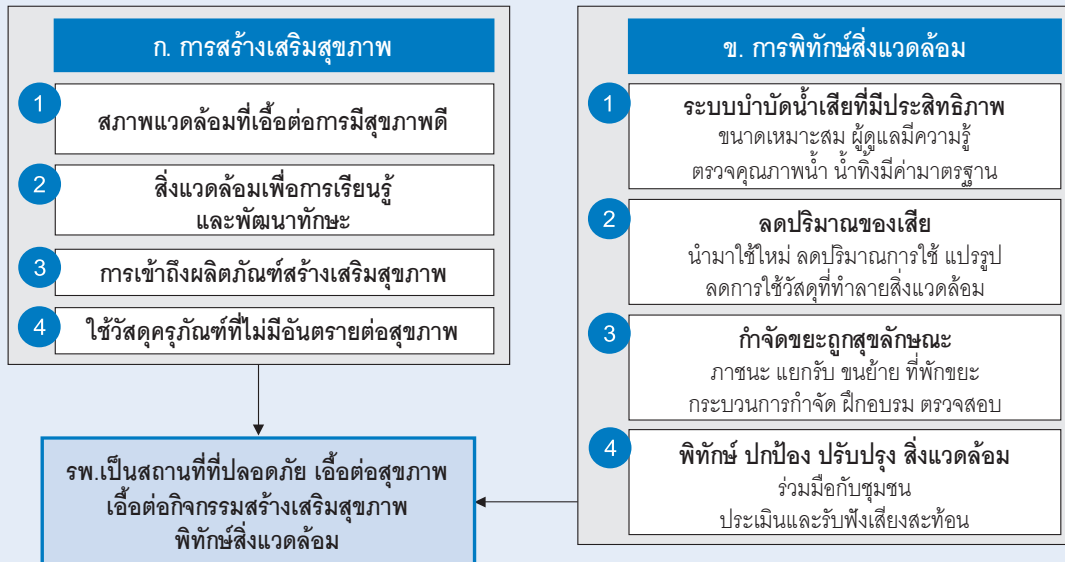
องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งานทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็นอยู่ตลอดเวลา



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

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

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ เอื้อต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเฝ้าต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ.

#### ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ<sup>65</sup>

- (1) โครงสร้างอาคารสถานที่ขององค์กรเป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่. การออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยของอาคารเฝ้าต่อความปลอดภัย ความสะดวกสบาย ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และการทำงานที่มีประสิทธิภาพ.
- (2) มีผู้ได้รับมอบหมายให้กำกับดูแล<sup>66</sup> ระบบงานบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย (อาจเป็นบุคคลเดียวกันหรือหลายคน). มีการติดตามและปรับปรุงระบบงานดังกล่าวในทุกแง่มุม.

<sup>65</sup> **ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ** ในที่นี้ครอบคลุมทั้งความปลอดภัยจากความเสี่ยงทางด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม (safety) และความปลอดภัยจากการกระทำของบุคคลที่ไม่ประสงค์ดี (security) เช่น การควบคุมการเข้าไปในพื้นที่ควบคุมซึ่งองค์กรกำหนด การป้องกันการลักพาตัวทารกหรือเด็กเล็ก การป้องกันการทำร้ายร่างกายผู้ป่วย การป้องกันการโจรกรรมทรัพย์สิน

<sup>66</sup> **การกำกับดูแล** (oversight) ครอบคลุมการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การให้ความรู้แก่บุคลากร การทดสอบและติดตามกำกับแผนงาน การทบทวนและปรับปรุงแผนงานเป็นระยะ

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (3) องค์กรตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยทุกหกเดือนในพื้นที่ให้บริการผู้ป่วย / ผู้มาเยือน และทุกปีในพื้นที่อื่นๆ.
- (4) องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและนำไปปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงที่ระบุไว้ ป้องกันการเกิดอันตราย ตอบสนองต่ออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น อ่างไร้ซึ่งสภาพอาคารสถานที่ที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย / ผู้มาเยือน และบุคลากร.
- (5) บุคลากรทุกคนได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ.

### ข. วัสดุและของเสียอันตราย<sup>67</sup>

- (1) องค์กรจัดการต่อวัสดุและของเสียอันตรายอย่างปลอดภัย ด้วยการระบุนโยบายการวัสดุและของเสียอันตรายที่ใช้หรือที่เกิดขึ้น, ใช้กระบวนการที่ปลอดภัยในการเลือก ล้มผัส<sup>68</sup> จัดเก็บ<sup>69</sup> เคลื่อนย้าย ใช้ และกำจัดวัสดุและของเสียอันตรายดังกล่าว.

<sup>67</sup> วัสดุและของเสียอันตราย (hazardous materials and waste) ได้แก่ สารเคมี ยาเคมีบำบัด สารกัมมันตภาพรังสี ของเสียทางการแพทย์ ที่ติดเชื้อรวมทั้งของมีคม

<sup>68</sup> การสัมผัสวัสดุและของเสียอันตราย ควรมีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตราย อุปกรณ์ป้องกัน และแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดการหกเลอะเทอะหรือปนเปื้อน

<sup>69</sup> การจัดเก็บวัสดุและของเสียอันตราย ควรมีอุปกรณ์และสถานที่สำหรับการจัดเก็บที่เหมาะสม โดยมีการแยกสถานที่เป็นสัดส่วนอย่างชัดเจน

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน<sup>70</sup>

- (1) องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความอ่อนแอต่อการเกิดอันตราย<sup>71</sup> เพื่อระบุภาวะฉุกเฉินที่เป็นไปได้และองค์กรต้องเข้าไปมีบทบาทในการให้บริการ.
- (2) องค์กรจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ<sup>72</sup>, การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน<sup>73</sup> และนำไปใช้ปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์.
- (3) องค์กรดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทดสอบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน.

<sup>70</sup> **ภาวะฉุกเฉิน** (emergency) ได้แก่เหตุการณ์ซึ่งเกิดจากธรรมชาติหรือน้ำมือของมนุษย์ที่มีผลสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (พายุ น้ำท่วม แผ่นดินไหว) ทำให้บริการผู้ป่วยต้องหยุดชะงัก (ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ ไม่สามารถใช้งานได้) หรือทำให้ความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน (อาวูชิวภาพ ตึกถล่ม อุบัติเหตุหมู่)

<sup>71</sup> **การวิเคราะห์ความอ่อนแอต่อการเกิดอันตราย** (hazard vulnerability analysis) คือการระบุภาวะฉุกเฉินที่เป็นไปได้ และผลกระทบที่จะมีต่อการดำเนินงานขององค์กรทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งความต้องการบริการจากองค์กร

<sup>72</sup> **การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ** ควรระบุกลยุทธ์ กิจกรรม และผู้รับผิดชอบในการเตรียมความพร้อมของทรัพยากรและการสร้างศักยภาพเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินแต่ละประเภท

<sup>73</sup> **การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน** ควรครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย การแยกผู้ป่วยและการจัดการสิ่งปนเปื้อน กิจกรรมช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และครอบครัว การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ระบบสาธารณูปโภค การรักษาความปลอดภัย การสื่อสาร การเคลื่อนย้าย การจัดเตรียมสถานที่สำรอง การประสานงานกับองค์กรอื่น และการรายงาน



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

- (1) องค์กรจัดทำแผนความปลอดภัยจากอัคคีภัยและนำไปปฏิบัติ. แผนครอบคลุม การป้องกัน / การลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย<sup>74</sup>, การตรวจจับแต่เริ่มแรก, การดับเพลิง, และการเคลื่อนย้าย / ขนย้ายออกจากอาคารอย่างปลอดภัยเมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉิน.
- (2) องค์กรให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักทั่วทั้งองค์กร และดำเนินการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ<sup>75</sup>. มีการค้นหาจุดอ่อนและโอกาสพัฒนา, ประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ, ประเมินประสิทธิผลของการฝึกอบรมเพื่อรองรับอัคคีภัย, และประเมินความรู้ของบุคลากร<sup>76</sup> จากการฝึกซ้อม.
- (3) องค์กรตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย<sup>77</sup> อย่างสม่ำเสมอ.

<sup>74</sup> การป้องกัน/การลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย รวมถึงการตรวจสอบจุดเสี่ยงและวิธีการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย, การลดปริมาณวัสดุที่อาจจะเป็นเชื้อเพลิงเมื่อเกิดอัคคีภัย

<sup>75</sup> การฝึกซ้อมแผนอัคคีภัย บุคลากรทุกคนควรเข้าร่วมในการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างน้อยปีละครั้ง

<sup>76</sup> การประเมินความรู้ของบุคลากร เช่น วิธีการแจ้งเหตุ, การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย, การใช้อุปกรณ์ดับเพลิง

<sup>77</sup> ระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน เครื่องแจ้งสัญญาณไฟไหม้ ระบบดับเพลิง (ท่อน้ำสารเคมีดับเพลิง ระบบฉีดน้ำ) อุปกรณ์ผจญเพลิง

### II-3.2 เครื่องมือและระบบสารสนเทศ (ENV.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งานทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสารสนเทศที่จำเป็นอยู่ตลอดเวลา.

#### ก. เครื่องมือ

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ. แผนประกอบด้วยกระบวนการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ, การจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือที่ครอบคลุมอยู่ในแผน, การทดสอบสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องมือก่อนใช้งานครั้งแรก, การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือ อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด, การให้ความรู้แก่ผู้ใช้, การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการใช้เครื่องมือได้อย่างปลอดภัย และแนวทางปฏิบัติเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับเครื่องมือ<sup>78</sup>.
- (2) การจัดเตรียมเครื่องมือที่จำเป็น มีความพร้อมใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย เครื่องมือที่ซับซ้อนต้องใช้โดยผู้ผ่านการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ และองค์กรให้การอนุญาตในการใช้เครื่องมือชิ้นนั้น.
- (3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือ และใช้เพื่อการวางแผนปรับปรุงหรือจัดหาทดแทนในระยะยาว.

<sup>78</sup> แนวทางปฏิบัติเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับเครื่องมือ ได้แก่ แนวทางปฏิบัติเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้, การแก้ไขปัญหาทางคลินิกเมื่อเครื่องมือแพทย์ไม่สามารถใช้งานได้, การมีเครื่องมือสำรอง, การดำเนินการเพื่อให้มีการซ่อมเครื่องมือ

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ข. ระบบสาธารณสุขปโลก<sup>79</sup>

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารระบบสาธารณสุขปโลกเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ. แผนประกอบด้วยการจัดทำบัญชีรายการองค์ประกอบในการปฏิบัติงานของระบบ, แผนผังตำแหน่งที่ตั้งต่างๆ ของระบบ, การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษา อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด, แนวทางปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณสุขปโลกมีปัญหา<sup>80</sup>, การลดปริมาณเชื้อโรคใน cooling tower และระบบน้ำ, ประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศเพื่อควบคุมการปนเปื้อนในอากาศ<sup>81</sup>.
- (2) องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด<sup>82</sup> โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ.
- (3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขปโลก และใช้วางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน.

<sup>79</sup> **ระบบสาธารณสุขปโลก** ได้แก่ ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ ระบบแก๊สทางการแพทย์และสูญญากาศ ระบบขนส่งวัสดุอุปกรณ์ ระบบไอน้ำ ระบบสื่อสาร ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูล

<sup>80</sup> **แนวทางปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณสุขปโลกมีปัญหา** ได้แก่ แนวทางปฏิบัติเมื่อระบบสาธารณสุขปโลกขัดข้อง การเตรียมความพร้อมของแหล่งสำรองต่างๆ และการทดสอบความพร้อมใช้ของแหล่งสำรองดังกล่าว

<sup>81</sup> **การปนเปื้อนในอากาศ** ได้แก่ เชื้อโรค แก๊ส คาร์บอน ผุ่น

<sup>82</sup> **จุดบริการที่จำเป็นต้องมีไฟฟ้าสำรอง** ได้แก่ ระบบเตือนภัย, ไฟทางออก, บ้ายบอกทางออก, ระบบสื่อสารฉุกเฉิน, ที่เก็บเลือด กระจก และเนื้อเยื่อ, ห้องฉุกเฉิน, ลิฟท์ (มีอย่างน้อย 1 ตัวสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้), เครื่องอัดอากาศทางการแพทย์, ระบบสูญญากาศ, จุดที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยชีวิต, ห้องผ่าตัด, ห้องพักฟื้น, ห้องคลอด, หน่วยทารกแรกเกิด

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3)

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ เอื้อต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.

#### ก. การสร้างเสริมสุขภาพ

- (1) องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพทางด้านสังคม จิตใจ<sup>83</sup> ที่ดีสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร.
- (2) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับบริการอื่นๆ และประชาชนทั่วไป.
- (3) องค์กรส่งเสริมการเข้าถึง การบริโภคอาหาร / ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบุคคล.
- (4) องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ.

<sup>83</sup> เช่น ความรู้สึกละอายสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศของโรงพยาบาลเป็นเสมือนบ้านของผู้ป่วย

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

(1) มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ:

- มีขนาดเหมาะสมกับปริมาณน้ำทิ้งของโรงพยาบาล
- มีการดูแลรักษาระบบโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม
- มีการตรวจคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดตามข้อกำหนดของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง
- น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดในช่วงเวลาที่ระบบรับภาระมากที่สุดมีค่ามาตรฐานตามที่หน่วยราชการกำหนด.

(2) องค์กรจัดการเพื่อลดปริมาณของเสียโดยจัดให้มีระบบการนำมาใช้ใหม่ การลดปริมาณการใช้ การแปรรูป และลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม.

(3) มีระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกต้องลักษณะ:

- มีภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสม และเพียงพอ
- มีระบบ / อุปกรณ์ในการแยกเก็บ / ขนย้าย / จัดที่พัก ขยะทั่วไป / ขยะติดเชื้อ / ขยะอันตราย ที่รัดกุม
- มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี
- มีกระบวนการในการกำจัดขยะติดเชื้อและขยะอันตรายอย่างเหมาะสม
- มีการตรวจสอบการกำจัดขยะติดเชื้อของผู้รับช่วง.

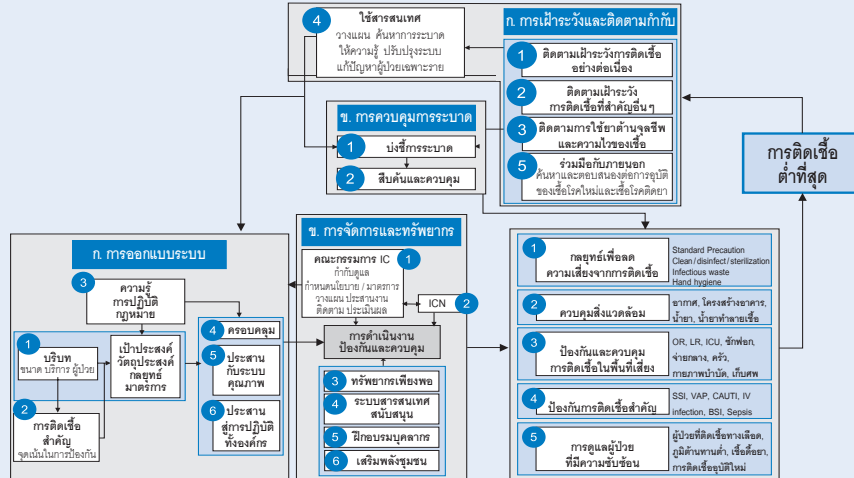
(4) องค์กรร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ดำเนินการพิทักษ์ปกป้องและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม, รวมทั้งมีการประเมิน และพึงเสียงสะท้อนในการกำจัดของเสียของโรงพยาบาลที่มีผลกระทบต่อชุมชน.

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)

#### II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control)

4.3 องค์กรใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังและติดตามกำกับ เพื่อค้นหาและควบคุมการติดเชื้อ และจัดการกับสถานการณ์ที่มีผลกระทบของการติดเชื้อในโรงพยาบาล



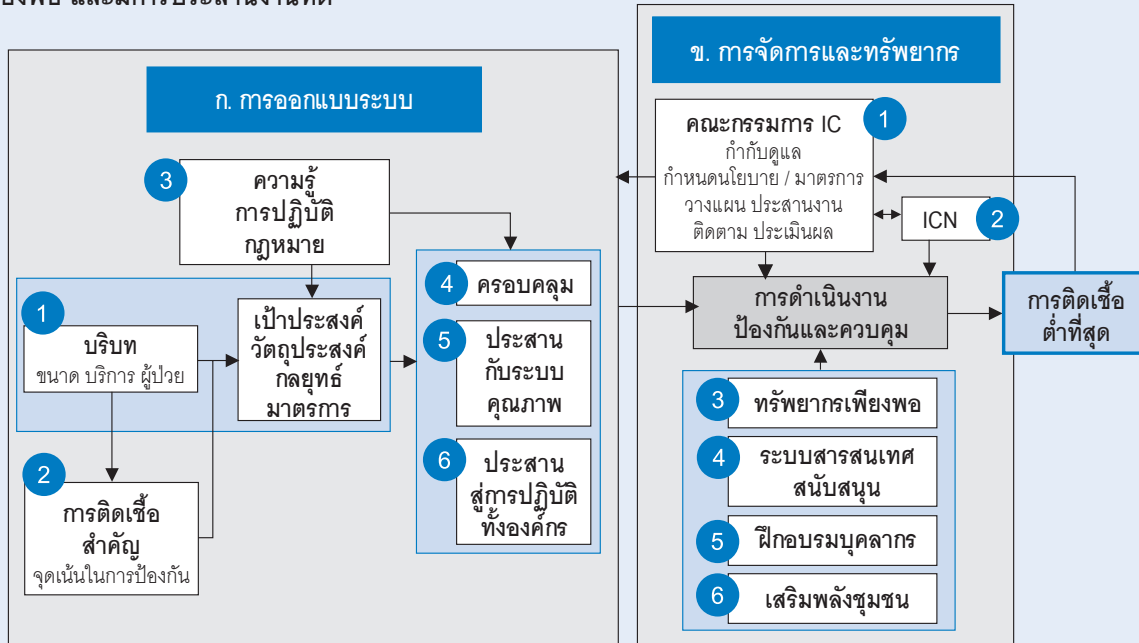
4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กรได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสม ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี

4.2 องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control Program)

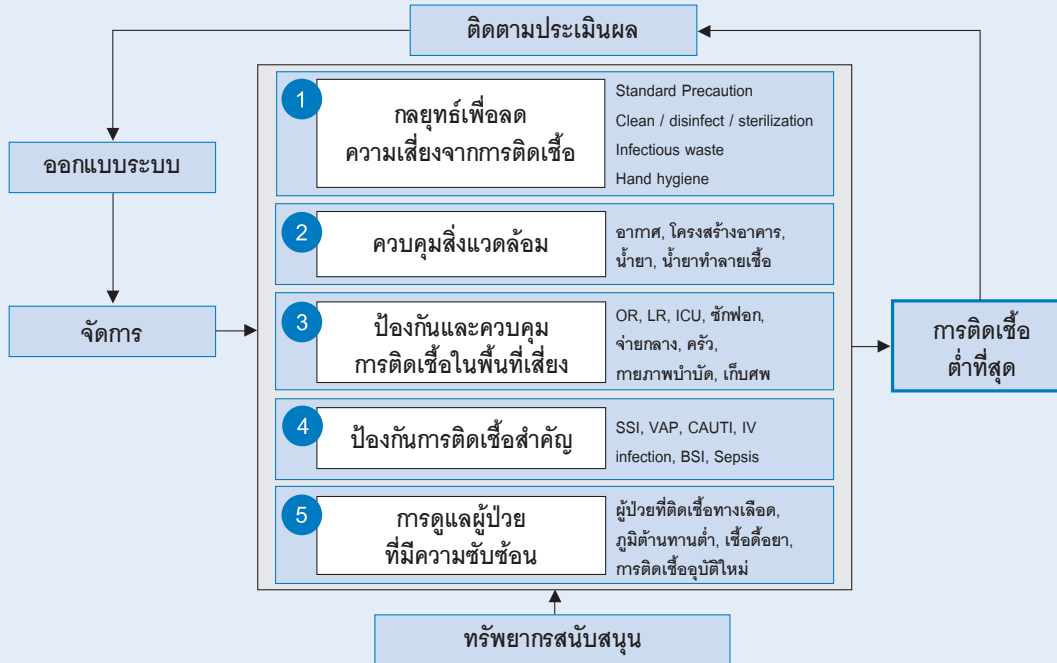
ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กร ได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสม ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-4.2 ปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

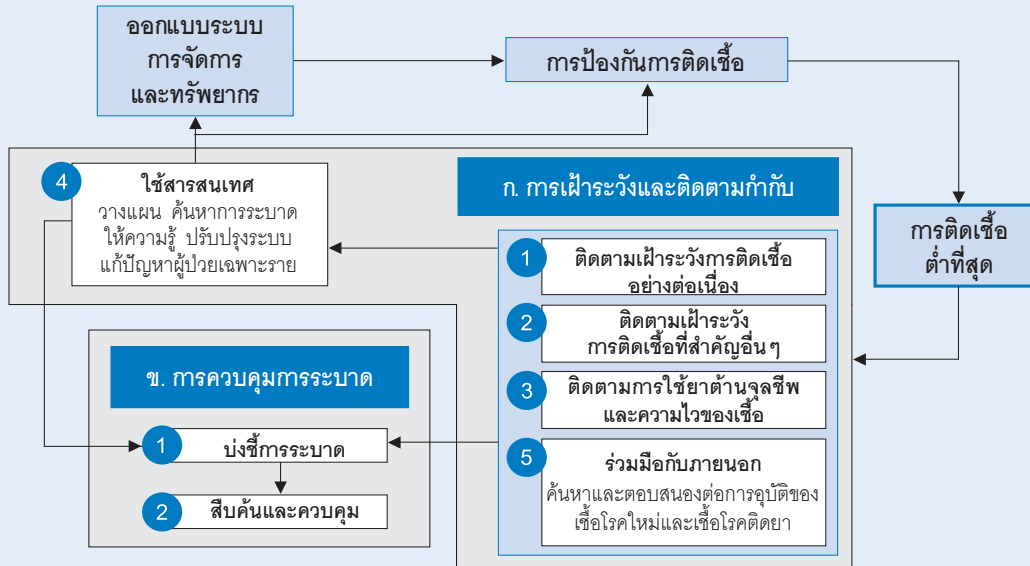




## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-4.3 การเฝ้าระวัง ติดตามกำกับ และควบคุมการระบาด (Sueveillance, Monitoring, and Outbreak Control)

องค์กรใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังและติดตามกำกับ เพื่อค้นหาและควบคุมการติดเชื้อ และจัดการกับสถานการณ์ที่มีภาวะระบาดของเชื้อในโรงพยาบาล



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-4.1 ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC.1)

ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กร ได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสม ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.

#### ก. การออกแบบระบบ

- (1) มีการกำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ และมาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมกับขนาดขององค์กร บริการที่จัด และผู้ป่วยที่ให้บริการ.
- (2) มีการกำหนดการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา รวมทั้งตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล.
- (3) ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออยู่บนพื้นฐานของความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัย การปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ เป็นไปตามข้อกำหนดในกฎหมาย และจัดทำแนวทางปฏิบัติไว้เป็นลายลักษณ์อักษร.
- (4) ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย บุคลากร และผู้มาเยือน.
- (5) กระบวนการควบคุมการติดเชื้อเชื่อมประสานเป็นส่วนหนึ่งของระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยขององค์กรโดยรวม.
- (6) มีการประสานกระบวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ซึ่งได้รับการนำไปปฏิบัติโดยบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอ และอาจรวมถึงบ้านของผู้ป่วย<sup>84</sup>.

<sup>84</sup> การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่บ้านของผู้ป่วย เช่น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การสวนปัสสาวะด้วยตนเอง การป้องกันไข้หวัดนก

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ข. การจัดการและทรัพยากร

- (1) มีบุคคลหรือคณะกรรมการได้รับมอบให้ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบงาน กำหนดนโยบายและมาตรการ การวางแผน ประสานงาน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานรวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบาย.
- (2) มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN<sup>85</sup>) ในจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล ทำหน้าที่ รับผิดชอบการดำเนินงานระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. ผู้ทำหน้าที่นี้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ผ่านการ ศึกษา ฝึกอบรม ประสบการณ์ และมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน โดยมีอำนาจที่จะใช้มาตรการควบคุมการ ติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษาเมื่อรับรู้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล.
- (3) มีทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ.
- (4) ระบบสารสนเทศขององค์กรสนับสนุนระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ.
- (5) บุคลากรได้รับการอบรมความรู้อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อ นโยบายขององค์กร และ บทบาทของบุคลากรในการป้องกันการติดเชื้อ.
- (6) มีการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ครอบครัว / ชุมชน ถึงวิธีการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อในครัวเรือน / ชุมชน.

<sup>85</sup> ICN = Infection Control Nurse

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-4.2 การป้องกันการติดเชื้อ (IC.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล.

#### ก. การป้องกันการติดเชื้อ

(1) มีการระบุความเสี่ยงจากการติดเชื้อในหัตถการและกระบวนการต่างๆ และมีการดำเนินการตามกลยุทธ์เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อมุ่งต่อไปนี้:

- การใช้ standard precautions และ isolation precautions
- การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ
- การจัดการ (ล้างมือ จัดเก็บ กำจัด) กับสิ่งที่ปนเปื้อนเชื้อโรค
- การส่งเสริมการล้างมือและสุขอนามัยของบุคคล.

(2) มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม<sup>86</sup>

- การจัดโครงสร้าง การระบายอากาศ และบำรุงรักษาอาคารสถานที่เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค

<sup>86</sup> การควบคุมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การประเมินความเสี่ยง, กลยุทธ์ในการทำความสะอาดและทำลายเชื้อ, การจัดการกับขยะติดเชื้อ, ระบบระบายอากาศ, การควบคุมฝุ่นละอองระหว่างการก่อสร้าง, การติดตามประสิทธิภาพของการกรองอากาศและมาตรการควบคุมฝุ่นละออง, การป้องกันการปนเปื้อนทางอากาศ (airborne contamination) ในห้องผ่าตัดเมื่อมีการผ่าตัดผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค, การติดตาม endotoxin ในน้ำที่ใช้สำหรับ hemodialysis, การควบคุมแมลง, การติดตามความดันอากาศในห้องที่ใช้ negative airflow หรือ positive airflow

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- การจัดให้มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการล้างมือ การทำความสะอาด และการแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน.
- (3) มีการระบุพื้นที่ทำงานที่ต้องใส่ใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ต่อไปนี้:
- ห้องผ่าตัด
  - ห้องคลอด
  - หอผู้ป่วยวิกฤติ
  - หน่วยซักฟอก<sup>87</sup>
  - หน่วยจ่ายกลาง<sup>88</sup>

<sup>87</sup> การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยซักฟอก ได้แก่ การบรรจุถุงผ้าเปื้อนที่จุดใช้งาน, การขนส่งผ้าเปื้อนโดยพาหนะที่เหมาะสม, การทำความสะอาดพาหนะใส่ผ้าอย่างสม่ำเสมอ, การดูแลบริเวณที่รับผ้าเปื้อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนไปยังบริเวณที่สะอาด, การแยกผ้าเปื้อนและผ้าสะอาด, การรักษาความสะอาด ป้องกันฝุ่นและสิ่งสกปรกระหว่างการเคลื่อนย้ายและรับส่งผ้าสะอาด, การป้องกันบุคลากรที่ต้องสัมผัสผ้าเปื้อน, การล้างมือหลังจากสัมผัสกับผ้าเปื้อน

<sup>88</sup> การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยจ่ายกลาง ได้แก่ การมีสถานที่แยกเฉพาะ, การมีพื้นที่ทำงานเพียงพอและออกแบบพื้นที่ทำงานเหมาะสม, การจราจรแบบเดินทางเดียว, การจำกัดบุคคลที่จะเข้ามาในหน่วยงาน, การไหลเวียนของอากาศจากบริเวณสะอาดไปสู่บริเวณที่ปนเปื้อน, การล้างมือ, การติดตามประสิทธิภาพของการเตรียมอุปกรณ์และการทำให้ปราศจากเชื้อ, การมีบุคลากรที่เพียงพอและได้รับการฝึกอบรมอย่างเหมาะสม

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- โรงครัว<sup>89</sup>
  - หน่วยกายภาพบำบัด<sup>90</sup>
  - ห้องเก็บศพ.
- (4) มีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำและการติดเชื้อในกระแสเลือด.
- (5) มีนโยบายและวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิตและผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การจัดการกับการติดเชื้อที่ต้อยาและการติดเชื้อที่อุบัติขึ้นใหม่.

<sup>89</sup> การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงครัว ได้แก่ การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการเตรียมอาหารและสุขอนามัยส่วนบุคคล, การใช้อุปกรณ์ป้องกัน, การจับต้องอาหารที่ยังไม่ได้ปรุง, การปรุงอาหาร, การทำความสะอาดบริเวณที่เตรียมอาหาร, การเก็บอาหาร, การควบคุมอุณหภูมิที่ใช้ปรุงอาหารและเก็บอาหาร, การลดการปนเปื้อน, อุณหภูมิที่ใช้ทำความสะอาดภาชนะ, การทำความสะอาดเครื่องทำน้ำแข็ง, การล้างมือ, การจัดการกับเศษอาหาร, การกำจัดแมลง, สุขอนามัยของเจ้าหน้าที่, การสอบสวนโรคเมื่อมีการระบาดของโรกระบบทางเดินอาหาร

<sup>90</sup> การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยกายภาพบำบัด ได้แก่ การทำความสะอาดและทำลายเชื้ออุปกรณ์ธาราบำบัด, การล้างมือ, การทำความสะอาดอุปกรณ์ออกกำลังกาย

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-4.3 การเฝ้าระวัง ติดตามกำกับ และควบคุมการระบาด (IC.3)

องค์กรใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังและติดตามกำกับ เพื่อค้นหาและควบคุมการติดเชื้อ และจัดการกับสถานการณ์ที่มีการระบาดของเชื้อในโรงพยาบาล.

#### ก. การเฝ้าระวังและติดตามกำกับ

- (1) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับองค์กรอย่างต่อเนื่อง. องค์กรติดตามความเสี่ยง อัตรา และแนวโน้มของการติดเชื้อในเชิงรุก.
- (2) มีการติดตามเฝ้าดูการเกิดปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่รุนแรง ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มีระบบการเฝ้าระวังไปข้างหน้าในข้อ (1).
- (3) มีการติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพ และความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ (ถ้าเป็นไปได้) และสื่อสารให้บุคคลและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง.
- (4) มีการนำสารสนเทศจากการติดตามเฝ้าระวังมาใช้ในการวางแผน ค้นหาการระบาด ให้ความรู้ ประเมินผล และปรับปรุงระบบงาน รวมทั้งตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย.
- (5) องค์กรทำงานร่วมกับส่วนราชการ องค์กรอื่น และชุมชน เพื่อค้นหาและตอบสนองต่อการอุบัติของเชื้อโรคใหม่และเชื้อโรคที่ดื้อยา.

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ข. การควบคุมการระบาด

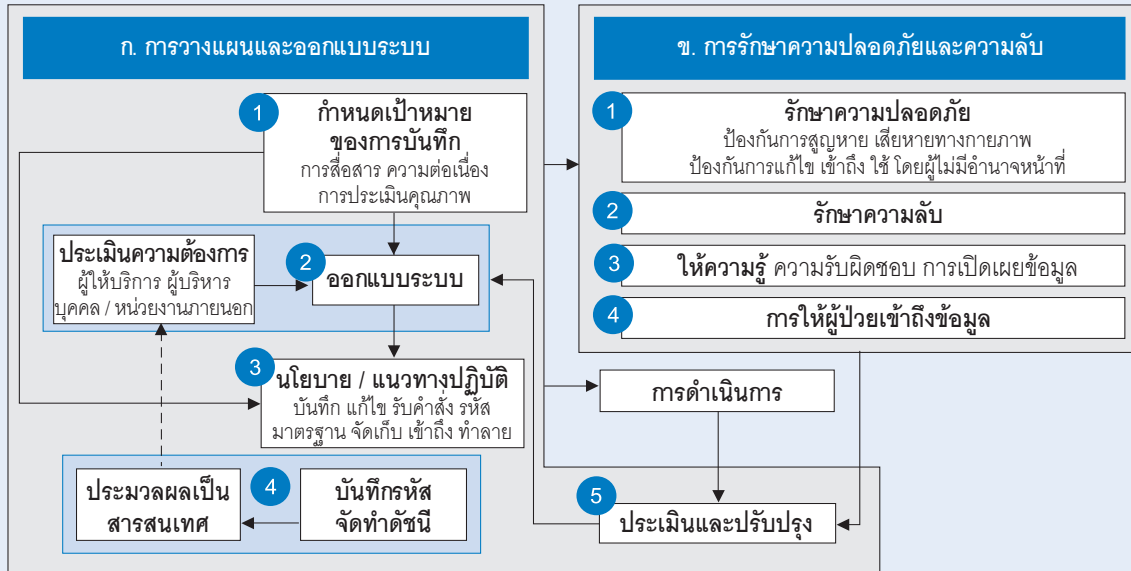
- (1) มีการบ่งชี้การเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของ การติดเชื้อด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง, ระบาดวิทยา ข้อมูลจากบุคลากรทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ, ทบทวนรายงานผลการตรวจทางจุลชีววิทยาเพื่อตรวจหา การเพิ่มขึ้นผิดปกติของเชื้อบางชนิดอย่างสม่ำเสมอ (ถ้าเป็นไปได้).
- (2) เมื่อมีการระบาดเกิดขึ้น ทีมผู้รับผิดชอบในการควบคุมการติดเชื้อมีทรัพยากรและอำนาจในการสืบค้นและใช้ มาตรการควบคุมที่เหมาะสม อย่างรอบด้านและทันกาล.



II-5 ระบบเวชระเบียน (MRS)

II-5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (Record Management System)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-5.2 เวนระเบียนผู้ป่วย (Patient Medical Record)

ผู้ป่วยทุกรายมีเวเนระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้อ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

1

บันทึกเวเนระเบียนมีข้อมูลเพียงพอสำหรับ

- การระบุตัวผู้ป่วย
- มีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค
- ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา
- ทราบความเป็นไป การเปลี่ยนแปลง และผลการรักษา
- เชื่อมต่อความต่อเนื่องในการดูแล
- ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง
- การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

2

ทบทวนเวเนระเบียนเป็นระยะ  
ประเมินความสมบูรณ์  
ความถูกต้อง  
การบันทึกในเวลาที่กำหนด

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (MRS.1)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.

#### ก. การวางแผนและออกแบบระบบ

- (1) มีการกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกันโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง. เป้าหมายครอบคลุม การสื่อสาร ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ.
- (2) การออกแบบระบบเวชระเบียนเป็นผลจากการประเมินความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้บริหาร รวมทั้งบุคคล และหน่วยงานภายนอก.
- (3) องค์กรมีนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วยที่เหมาะสม ในด้านการบันทึก การแก้ไข การรับคำสั่ง การใช้รหัสมาตรฐาน การจัดเก็บ การเข้าถึง และการทำลาย<sup>91</sup>.
- (4) ข้อมูลในบันทึกเวชระเบียนได้รับการบันทึกที่รหัสและจัดทำดัชนีเพื่อนำไปประมวลผลเป็นสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพในเวลาที่เหมาะสม.

<sup>91</sup> นโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเวชระเบียน ได้แก่ การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน, การใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐาน, การบันทึกข้อมูลที่มีความสำคัญและแบบฟอร์มมาตรฐาน, การระบุชื่อผู้บันทึก วันที่และเวลาที่บันทึก, การบันทึกข้อมูลแต่ละประเภทในเวลาที่กำหนดไว้, การแก้ไขบันทึกเวชระเบียน, การจัดเก็บ การรักษาความปลอดภัย และการค้นหาเวชระเบียน, การเข้าถึงเวชระเบียนตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ รวมทั้งการใช้เพื่องานวิจัย, การเก็บรักษาและการทำลายเวชระเบียน, การรับคำสั่ง การบันทึก และการรับรองคำสั่งการรักษาด้วยวาจา, การใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสเหตุการณ์ที่เป็นมาตรฐาน

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (5) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบตอบสนองความต้องการขององค์กรและผู้ป่วย<sup>92</sup>.

### ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ

- (1) เวชระเบียนได้รับการป้องกันการสูญหาย ความเสียหายทางกายภาพ และการแก้ไขดัดแปลง เข้าถึง หรือใช้โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่.
- (2) องค์กรกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียน<sup>93</sup>.
- (3) องค์กรให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการรักษาความลับ วิธีการจัดการเมื่อมีการขอให้เปิดเผยข้อมูลซึ่งเป็นการละเมิดการรักษาความลับ.
- (4) องค์กรมีกระบวนการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศในเวชระเบียนของตนได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายร่วมอยู่ด้วย.

<sup>92</sup> ระบบบริหารเวชระเบียน ได้แก่ ความเหมาะสมของแบบบันทึกต่างๆ, ระยะเวลาที่มีการเก็บรักษาเวชระเบียน, ประสิทธิภาพของระบบการจัดเก็บและค้นหาเวชระเบียน, ความปลอดภัยในการจัดเก็บเวชระเบียน, คุณภาพในการให้รหัส, การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ

<sup>93</sup> นโยบายและแนวทางปฏิบัติเพื่อรักษาความลับของข้อมูล ได้แก่ การกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล, ข้อมูลที่ผู้เกี่ยวข้องแต่ละระดับสามารถเข้าถึงได้, มาตรการในการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์, การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย, หน้าที่ในการรักษาความลับของผู้ที่เข้าถึงข้อมูล, วิธีปฏิบัติเมื่อมีการละเมิด

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (MRS.2)

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.

(1) บันทึกวเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอสำหรับ:

- การระบุตัวผู้ป่วย
- มีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค
- ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา
- ทราบความเป็นไป การเปลี่ยนแปลง และผลการรักษา
- เชื่อมต่อความต่อเนื่องในการดูแล
- ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง
- การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย.

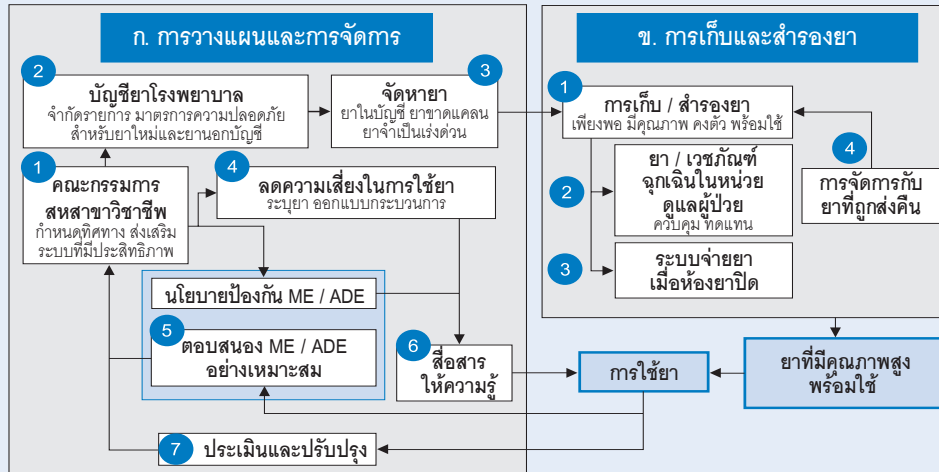
(2) มีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และการบันทึกในเวลาที่กำหนด.

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)

#### II-6.1 การวางแผน การจัดการ การเก็บและสำรองยา (Medication Planning, Management, and Storage)

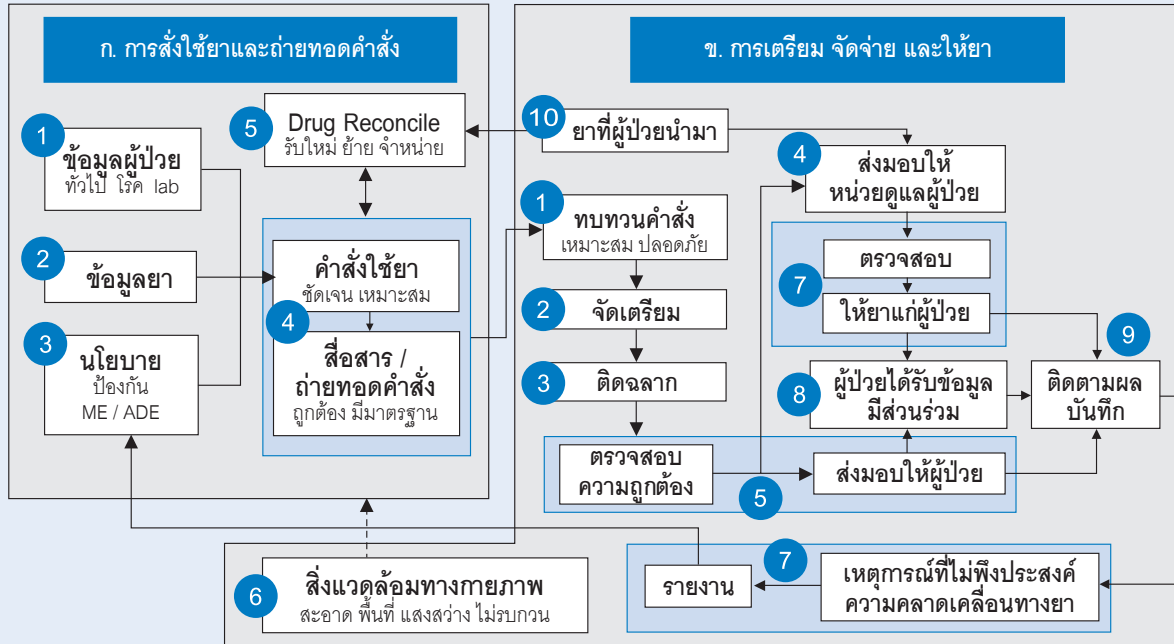
องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล พร้อมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-6.2 การใช้ยา (Medication Use)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการสั่งใช้ยาและการให้ยา ที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-6.1 การวางแผน การจัดการ การเก็บและสำรองยา (MMS.1)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล พร้อมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย.

#### ก. การวางแผนและการจัดการ

- (1) มีคณะกรรมการหรือกลุ่มบุคคลที่มาจากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่กำหนดทิศทางและส่งเสริมให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ.
- (2) มีการจัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น<sup>94</sup>. มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง<sup>95</sup>. มีการกำหนดมาตรการความปลอดภัยสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูง<sup>96</sup> รวมทั้งมีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการขอใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาเมื่อจำเป็น<sup>97</sup>.

<sup>94</sup> การจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น ทำโดยใช้เกณฑ์คัดเลือกซึ่งประกอบด้วยข้อบ่งชี้ ประสิทธิภาพ ข้อมูลความปลอดภัย ความเสี่ยง และต้นทุน

<sup>95</sup> ข้อมูลที่ใช้ทบทวนบัญชียา เช่น ข้อมูลความปลอดภัยจากการทบทวนอุบัติการณ์ ประสิทธิภาพของยา ยาที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูง ครอบคลุมรายการยาที่ซื้อพ้อง มองคล้าย หรือปัจจัยที่มีผลกระทบ

<sup>96</sup> มาตรการความปลอดภัย เช่น แบบฟอร์มสั่งยามาตรฐาน แนวทางการสั่งใช้ยา ระบบตรวจสอบ ระบบเตือนใจ ข้อจำกัดในการใช้ การบริหารยา และการเก็บรักษายา ตลอดจนการติดตามอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับยาที่ต้องติดตามความปลอดภัย (Safety monitoring program)

<sup>97</sup> กรณีที่จำเป็นต้องใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียา มีกระบวนการในการอนุญาตและจัดหาโดยพิจารณา ความจำเป็น ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยง และความสามารถในการติดตามผล



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (3) การจัดหายาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง. มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาขาดแคลน<sup>98</sup>และยาที่จำเป็นเร่งด่วน<sup>99</sup>.
- (4) องค์การระบุยาซึ่งมีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง<sup>100</sup>, ออกแบบกระบวนการที่เหมาะสมปลอดภัยในการจัดหา เก็บรักษา สั่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่าย ให้ และติดตามกำกับยา เพื่อลดความเสี่ยงในการใช้ยาเหล่านี้.
- (5) องค์การกำหนดนโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา<sup>101</sup>และนำสู่การปฏิบัติ. มีการตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและความคลาดเคลื่อนทางยา

<sup>98</sup> การจัดการกับปัญหาขาดแคลน ได้แก่ การจัดหา การสื่อสารกับผู้สั่งใช้ยาและเจ้าหน้าที่ การจัดทำแนวทางการใช้หรือจ่ายยาทดแทน การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ

<sup>99</sup> การจัดหาที่จำเป็นเร่งด่วน เช่น ยาช่วยชีวิต ยาฉุกเฉิน วัคซีน เซรุ่ม หรือยาอื่นๆ ที่องค์การกำหนดให้เป็นยาสำคัญ รวมทั้งการจัดการในสถานการณ์ภัยพิบัติ

<sup>100</sup> เป็นยาที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการใช้ผิดวัตถุประสงค์ มีโอกาสเกิดคลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาสูง อาจรวมถึงยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาดลอง ยาที่ต้องควบคุม ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่มีพิสัยการบำบัดแคบ (narrow therapeutic range) ยาทางจิตเวช ยาที่มีชื่อคล้ายกันหรือออกเสียงคล้ายกัน

<sup>101</sup> นโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่ควรมี ได้แก่ การป้องกันการสั่งใช้คู่ยาที่มีอันตรกิริยารุนแรง ส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยา มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา (เช่น การใช้คำสั่ง PRN การใช้คำสั่งยีน การใช้คำสั่งหยุดยาอัตโนมัติ การใช้คำสั่งเติมต่อ การใช้คำสั่งที่ปรับขนาดยา การใช้คำสั่งลดยา การใช้คำสั่งที่ระบุพิสัย การสั่งยาผสมซึ่งไม่มีจำหน่าย การสั่งใช้อุปกรณ์สำหรับใช้ยา การสั่งยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาดลอง การสั่งยาสมุนไพร การสั่งยาเมื่อจำหน่าย)

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ที่เกิดขึ้นหรือที่มีโอกาสเกิดขึ้น.

- (6) ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการประเมินและเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา<sup>102</sup> และการใช้ยาที่เหมาะสม ปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี.
- (7) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารจัดการด้านยาเปรียบเทียบกับเป้าประสงค์ของระบบ<sup>103</sup>. มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

---

<sup>102</sup> ความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา เช่น ระบบยาของโรงพยาบาล ความปลอดภัยผู้ป่วย การดำเนินการเพื่อลดความคลาดเคลื่อน และบทบาทหน้าที่ของบุคลากรการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

<sup>103</sup> เป้าประสงค์ของระบบยา เช่น ความปลอดภัย ความเหมาะสม ประสิทธิภาพ

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ข. การเก็บสำรองยา

- (1) ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะมียาใช้อย่างเพียงพอ, มีคุณภาพและความคงตัว<sup>104</sup>, พร้อมใช้, ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่, ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและผลไม่พึงประสงค์จากยา<sup>105</sup>, สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา, มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ, โดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร.
- (2) มีการจัดให้มียา และ / หรือ เวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ อยู่ตลอดเวลา, มีระบบควบคุม<sup>106</sup> และดูแลให้เกิดความปลอดภัย, และมีการจัดทดแทนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป.
- (3) มีระบบที่จะจ่ายยาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในเวลาที่ต้องการปิด.
- (4) มีการจัดการกับยาที่ส่งคืนมาที่ห้องยาอย่างเหมาะสม เช่น ยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้.

<sup>104</sup> การสร้างความมั่นใจว่ายามีความคงตัว ได้แก่ การแยกหมตอายุ หรือ ยาเสื่อมสภาพออกไว้ต่างหากอย่างชัดเจน, การดูแลสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในด้านอุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้น การถ่ายเทอากาศ สำหรับยาที่มีความไวต่ออุณหภูมิ และแสง

<sup>105</sup> การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและผลไม่พึงประสงค์จากยา เช่น มีการแยกเก็บยาที่มีโอกาสสับสนได้ง่ายออกจากกัน (ยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย), มีการจำกัดการสำรองยาไว้ที่หน่วยดูแลผู้ป่วย, ไม่มีการเก็บอิเล็กทรอนิกส์เข้มข้นไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วยยกเว้นในหน่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อย่างเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งในกรณีดังกล่าวต้องมีมาตรการเป็นพิเศษเพื่อป้องกันการให้ยาโดยพลั้งเผลอ

<sup>106</sup> ระบบควบคุมยาฉุกเฉิน เช่น มีการจัดเก็บยาฉุกเฉินในลักษณะที่สามารถระบุได้ว่ายาที่บรรจุในภาชนะนั้นยังมีครบถ้วนและไม่หมดอายุ

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-6.2 การชื้อยา (MMS.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการสั่งซื้อยาและการให้ยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล.

#### ก. การสั่งซื้อยาและถ่ายทอดคำสั่ง

- (1) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป<sup>107</sup>, การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการชื้อยา, และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น<sup>108</sup>.
- (2) มีข้อมูลยาที่จำเป็นในรูปแบบที่ใช้ง่าย ในขณะที่สั่งใช้ จัด และให้ยาแก่ผู้ป่วย.
- (3) องค์กรจัดทำนโยบายเพื่อป้องกันความผิดพลาด / คลาดเคลื่อน และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการสั่งซื้อยา และการถ่ายทอดคำสั่ง พร้อมทั้งนำสู่การปฏิบัติ, ครอบคลุมการระบุรายละเอียดที่จำเป็นในคำสั่งชื้อยา<sup>109</sup>, การระมัดระวังเป็นพิเศษสำหรับยาที่ดูคล้ายกันหรือชื่อเรียกคล้ายกัน, มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งชื้อยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา<sup>110</sup> และการป้องกันการใช้คู่มือที่มีอันตรายรุนแรง.

<sup>107</sup> ข้อมูลทั่วไปที่สำคัญ เช่น การแพ้ยา การตั้งครรภ์ น้ำหนักตัว พื้นที่ผิวเมื่อต้องใช้คำนวณขนาดยา

<sup>108</sup> ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เช่น การทำหน้าที่ของตับและไต ในกลุ่มผู้ป่วยที่ชื้อยาที่ต้องระมัดระวังสูง

<sup>109</sup> นโยบายการระบุรายละเอียดที่จำเป็นในคำสั่งชื้อยา เช่น เงื่อนไขการระบุชื่อการค้าหรือชื่อทั่วไป, เงื่อนไขที่ต้องระบุข้อบ่งชี้ในการชื้อยา

<sup>110</sup> มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งชื้อยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา เช่น การใช้คำสั่ง PRN, การใช้คำสั่งยีน, การใช้คำสั่งหยุดยาอัตโนมัติ, การใช้คำสั่งเติมต่อ, การใช้คำสั่งที่ปรับขนาดยา, การใช้คำสั่งลดยา, การใช้คำสั่งที่ระบุฟิลล์, การสั่งยาผสมซึ่งไม่มีจำหน่าย, การสั่งชื้ออุปกรณ์สำหรับชื้อยา, การสั่งยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาดลอง, การสั่งยาสมุนไพร, การสั่งยาเมื่อจำหน่าย

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) มีการเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนและถ่ายทอดคำสั่งอย่างถูกต้อง. มีการกำหนดมาตรฐานการสื่อสารคำสั่งใช้ยาเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน<sup>111</sup>. มีการทบทวนและปรับปรุงคำสั่งใช้ยาที่จัดพิมพ์ไว้ล่วงหน้าให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ.
- (5) มีกระบวนการในการระบุข้อชี้รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ<sup>112</sup>อย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้ข้อชี้รายการนี้ในการให้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยในทุกจุดของการให้บริการ. มีการเปรียบเทียบข้อชี้รายการยาที่ผู้ป่วยกำลังใช้กับคำสั่งแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีการรับไว้ ย้ายหอผู้ป่วย และ / หรือ จำหน่าย.

<sup>111</sup> มาตรฐานการสื่อสารคำสั่งใช้ยาเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน เช่น การสั่งโดยวาจา ตัวย่อที่ไม่ควรใช้

<sup>112</sup> การระบุข้อชี้รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ชื่อยา ขนาดยา ความถี่ และวิธีการบริหารยา

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ข. การเตรียม การจัดจ่าย และการให้ยา

- (1) มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความเหมาะสมและความปลอดภัย.
- (2) มีการจัดเตรียมยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย<sup>113</sup>. แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย<sup>114</sup> หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน<sup>115</sup>.
- (3) ยาได้รับการติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่ายติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท<sup>116</sup> และมีฉลากยาดัดจนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยา.
- (4) มีการส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ปลอดภัย รัดกุม และพร้อมให้ใช้ ในเวลาที่ทันความต้องการของผู้ป่วย.

<sup>113</sup> การเตรียมยาที่เหมาะสมและปลอดภัย มีการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ปลอดภัย ใช้เทคนิคเพื่อให้มั่นใจในความถูกต้อง และใช้เทคนิคป้องกันการปนเปื้อนที่เหมาะสมสำหรับการเตรียมยาในทุกจุด

<sup>114</sup> การเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (extemporaneous preparation) คือเภสัชภัณฑ์ที่เตรียมขึ้นใช้ในทันที หรือมิได้เตรียมล่วงหน้า โดยอาศัยศาสตร์และศิลป์ในการเตรียมยา อาจเนื่องมาจากไม่มีรูปแบบหรือขนาดดังกล่าวจำหน่าย ตอบสนองความต้องการของแพทย์สำหรับผู้ป่วย เฉพาะราย เฉพาะโรคหรือกลุ่มที่มีความสำคัญเช่นเด็กเล็ก ทารก รวมทั้งยาเตรียมปราศจากเชื้อ เช่น ยาฉีด IV adm, TPN, Cytotoxic prep, ยาหยอดตา หรือยาที่มุ่งหมายอื่นๆ ที่ต้องเตรียมโดยวิธีปราศจากเชื้อ เช่น dilution ของ heparin

<sup>115</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันการปนเปื้อนจากเชื้อโรค ซึ่งจะต้องใช้ความระมัดระวังในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเก็บ เตรียม และบรรจุ

<sup>116</sup> การติดฉลากที่ภาชนะบรรจุยา รวมทั้งไซริงก์สำหรับฉีดยาและ flush สายน้ำเกลือที่เตรียมนอกห้องผู้ป่วยหรือไกลจากเตียงผู้ป่วยทั้งหมด

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม<sup>117</sup>.
- (6) การสั่งใช้ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย และให้ยา กระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งมีความสะอาด มีพื้นที่และแสงสว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีสมรรถภาพกับการใช้ยาโดยไม่มีกรอบกวน.
- (7) มีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน<sup>118</sup>, โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา / ขนาดยา / วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม<sup>119</sup>. ผู้สั่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา.
- (8) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนได้รับ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแล เพื่อเป้าหมายความถูกต้อง ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการใช้ยา<sup>120</sup>.

<sup>117</sup> การให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ความถูกต้อง ความสามารถในการบริหารยาและมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยานั้นๆ ควรครอบคลุมอย่างน้อยในกลุ่มยาเด็ก ยาที่มีช่วงการรักษาที่แคบ ยาที่มีอาการอันไม่พึงประสงค์สำคัญ ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษเช่น ยาสูดพ่น

<sup>118</sup> อุปกรณ์การให้ยา เช่น infusion pump

<sup>119</sup> เมื่อมีข้อสงสัยหรือความท้วงติงในการใช้ยา ควรมีการปรึกษากับแพทย์ผู้สั่งใช้หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

<sup>120</sup> ความรู้ที่ผู้ป่วยควรได้รับ เช่น การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ข้อบ่งชี้เมื่อควรขอคำปรึกษาจากเภสัชกร

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (9) ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อสร้างความมั่นใจในความเหมาะสมของเภสัชบำบัดและลดโอกาสเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์<sup>121</sup>.
- (10) มีการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน.

---

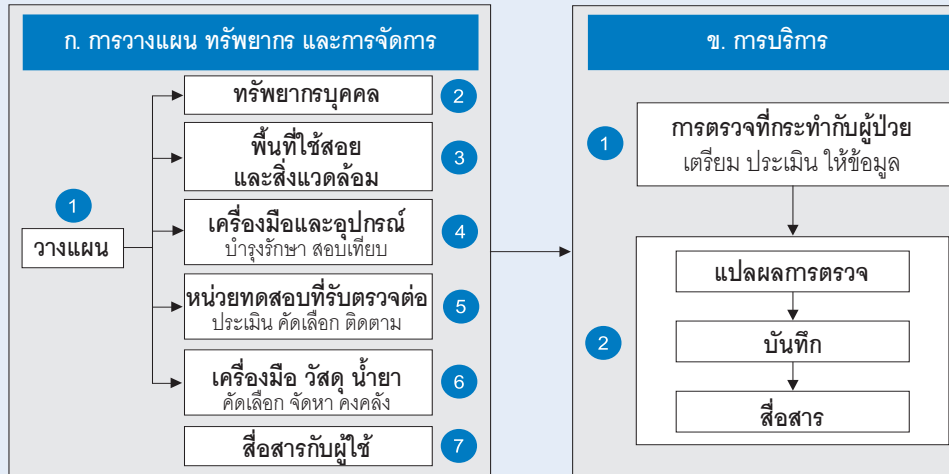
<sup>121</sup> การติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยา ควรระบุถึงการตอบสนองของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ปัญหาที่เกิดขึ้นหรือมีโอกาสเกิดขึ้น รวมทั้งมีกระบวนการเฝ้าระวังการตอบสนองต่อยาใหม่ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นครั้งแรก



II-7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค<sup>122</sup> และบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN)

II-7.1 ข้อกำหนดทั่วไป สำหรับการตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค  
(Diagnostic Investigation and Related Services: General Requirements)

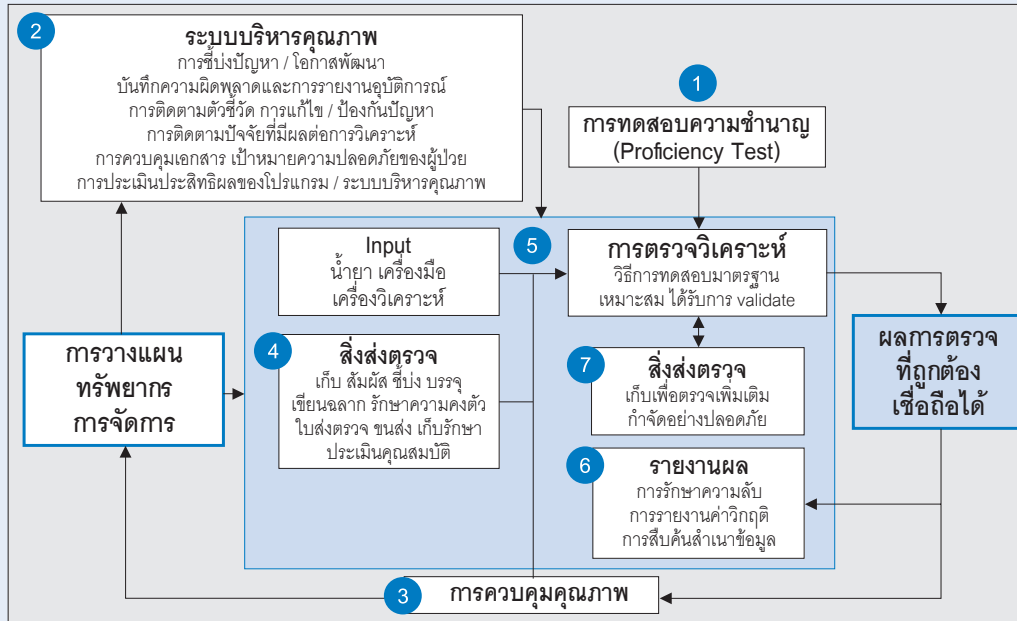
บริการตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรคให้ข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-7.2 ก. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ / พยาธิวิทยาคลินิก (Medical Laboratory / Clinical Pathology)

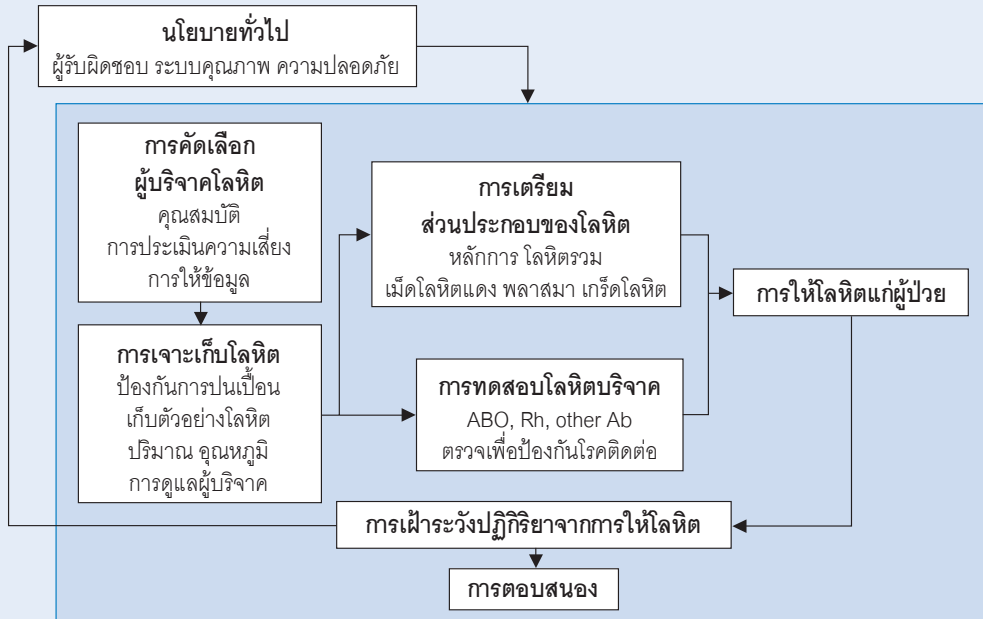
ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ มีกระบวนการตรวจวิเคราะห์และระบบบริหารคุณภาพที่เป็นหลักประกันว่าจะให้ผลการตรวจที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-7.2 ข. คลังเลือด (Blood Bank)

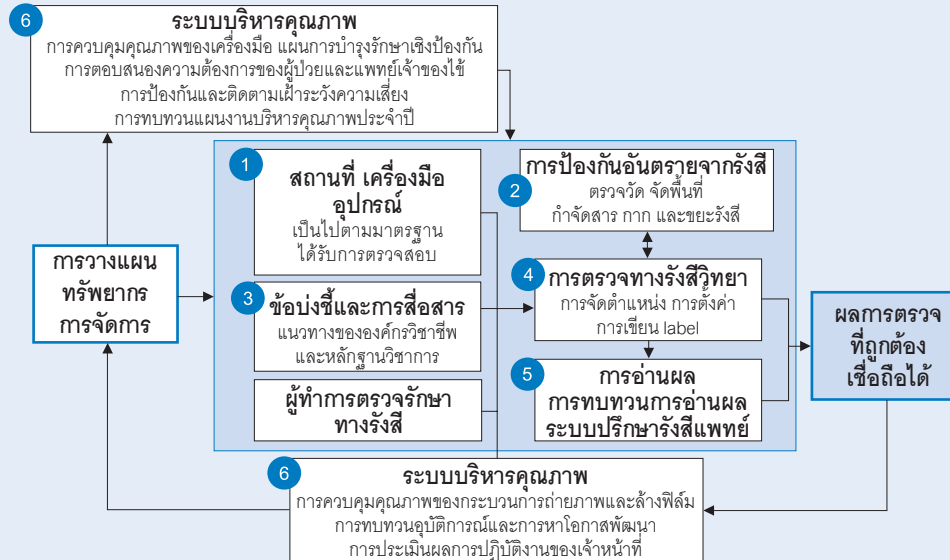
องค์กรนำมาตรฐานงานบริการโลหิตและธนาคารเลือด ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-7.2 ค. บริการรังสีวิทยา และ Medical Imaging อื่น ๆ (Radiology and Othe Medical Imaging Services)

บริการรังสีวิทยาและ Medical Imaging ให้ภาพวินิจฉัยที่มีคุณภาพ และการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-7.1 ข้อกำหนดทั่วไป (DIN.1)

บริการตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรคให้ข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ โดยมีอัตราตายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.

#### ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

- (1) มีการวางแผนจัดบริการตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้และความคาดหวังของผู้ใช้. แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง<sup>123</sup>.
- (2) มีทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถในการทำงานที่ต้องการ.
- (3) บริการตรวจทดสอบมีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ, ได้รับการออกแบบเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีการแยกเขต<sup>124</sup>และสถานที่จัดเก็บที่เหมาะสม<sup>125</sup> และใส่ใจต่อการดูแลสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการตรวจทดสอบ<sup>126</sup>.

<sup>123</sup> ระดับผลงานที่คาดหวัง เช่น accuracy, precision, reportable range, analytical specificity, analytical sensitivity, turn around time

<sup>124</sup> การแยกเขต ควรพิจารณาการแยกเขตระหว่างหน่วยย่อยซึ่งมีลักษณะกิจกรรมที่เข้ากันไม่ได้และการป้องกันการปนเปื้อนข้ามหน่วย

<sup>125</sup> สถานที่จัดเก็บที่เหมาะสม ควรคำนึงถึงสถานที่จัดเก็บสิ่งส่งตรวจ อุปกรณ์ สารเคมี เอกสาร

<sup>126</sup> สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการทดสอบ ได้แก่ ความปราศจากเชื้อ ฝุ่นละออง การรบกวนจากคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า รังสี ความชื้น ไฟฟ้า อุณหภูมิ สารเคมีที่เป็นพิษ กลิ่น ระดับเสียงและการสั่นสะเทือน

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) บริการตรวจทดสอบมีเครื่องมือและอุปกรณ์<sup>127</sup>พร้อมสำหรับทำการตรวจทดสอบที่ต้องการ ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย<sup>128</sup>, มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน, มีการสอบเทียบ<sup>129</sup> และการใช้ผลการสอบเทียบ<sup>130</sup>อย่างเหมาะสม. เครื่องมือผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด (ถ้ามี).
- (5) มีการประเมิน คัดเลือก และติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการ / หน่วยตรวจสอบที่รับตรวจต่อ, รวมทั้งมีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือข้อคิดเห็นสำหรับการทดสอบบางอย่าง (เช่น การทดสอบด้านเนื้อเยื่อวิทยาและด้านเซลล์วิทยา).
- (6) มีการคัดเลือกและตรวจสอบการจัดซื้อจัดหา บริการจากภายนอก เครื่องมือวิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของบริการห้องปฏิบัติการ / หน่วยทดสอบ อย่างระมัดระวัง. มีการประเมินผู้ผลิตหรือผู้ขายน้ำยา วัสดุ และบริการที่มีความสำคัญสูง. มีระบบควบคุมคลังพร้อมด้วยบันทึกที่เหมาะสม.

<sup>127</sup> **อุปกรณ์** ครอบคลุมถึง วัสดุอ้างอิง น้ำยา และระบบวิเคราะห์

<sup>128</sup> **สภาพการทำงานที่ปลอดภัย** ครอบคลุมถึง มาตรการการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า รังสี สารเคมี จุลชีพ อุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็น รวมทั้งการกำจัดของเสียอันตรายต่างๆ

<sup>129</sup> **การสอบเทียบ** ควรกระทำกับ เครื่องมือ อุปกรณ์ น้ำยา ระบบตรวจวิเคราะห์

<sup>130</sup> **การใช้ผลการสอบเทียบ** เช่น การใช้ correction factors ที่เป็นปัจจุบันเพื่อปรับค่าที่ได้จากการตรวจวิเคราะห์

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (7) มีการสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ / หน่วยทดสอบ ด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำ<sup>131</sup> การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ<sup>132</sup>.

### ข. การจัดบริการ

- (1) ในการตรวจทดสอบที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง มีการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจและก่อนเข้ารับการตรวจ มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ ลดอันตรายต่อผู้ป่วย และมั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง.
- (2) มีการแปลผลการตรวจโดยผู้มีความรู้และประสบการณ์ ระบุสิ่งผิดปกติ<sup>133</sup> หรือการวินิจฉัยที่ชัดเจน. มีการสื่อสารผลการตรวจให้แก่แพทย์เจ้าของไข้เป็นลายลักษณ์อักษรในเวลาที่เหมาะสม.

<sup>131</sup> ข้อมูลที่ให้คำแนะนำ เช่น ทางเลือกในการทดสอบ ความถี่ ประเภทของตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ

<sup>132</sup> มีการสื่อสารผลกระทบทางคลินิกที่จะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจให้ผู้ใช้ทราบก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลง

<sup>133</sup> **สรุปสิ่งที่พบ** ควรครอบคลุม คำอธิบายต่อประเด็นทางคลินิกที่ระบุไว้โดยผู้ส่งตรวจ การเปรียบเทียบกับผลการตรวจที่ผ่านมา รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคหรือข้อเสนอแนะสำหรับการตรวจเพิ่มเติมเมื่อจำเป็น

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-7.2 ข้อกำหนดเพิ่มเติมสำหรับแต่ละบริการ (DIN.2)

#### ก. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ / พยาธิวิทยาคลินิก

- (1) ห้องปฏิบัติการเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ (proficiency testing - PT) ตามขอบเขตและความซับซ้อนของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ, หรือจัดให้มีระบบประเมิน performance อื่นๆ เพื่อพิจารณาความน่าเชื่อถือของการตรวจวิเคราะห์. มีหลักฐานว่ามีการนำปัญหาทั้งหมดที่พบจากการทดสอบความชำนาญหรือระบบประเมินอื่นมาแก้ไขโดยทันที.
- (2) ห้องปฏิบัติการมีโปรแกรม / ระบบบริหารคุณภาพซึ่งครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทุกด้าน และประสานกับส่วนอื่นๆ ในองค์กร. โปรแกรม / ระบบบริหารคุณภาพครอบคลุม การชี้บ่งปัญหา / โอกาสพัฒนา, บันทึกความผิดพลาดและการรายงานอุบัติการณ์, การติดตามตัวชี้วัด, การแก้ไข / ป้องกันปัญหา, การติดตามปัจจัยก่อนและหลังการตรวจวิเคราะห์ที่มีผลต่อการตรวจวิเคราะห์, การควบคุมเอกสาร, เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย, และการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม / ระบบบริหารคุณภาพ.
- (3) ห้องปฏิบัติการดำเนินการควบคุมคุณภาพเพื่อติดตาม performance ของการตรวจวิเคราะห์, รวมทั้งการจัดทำ tolerance limit, จำนวนและความถี่ของ control, การนำข้อมูลการควบคุมคุณภาพและสารสนเทศที่เกี่ยวข้องมาสู่ปฏิบัติการแก้ไขปัญหา, และวิธีการเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของผลการตรวจทดสอบเมื่อไม่มีการ calibrate หรือไม่มีวัสดุควบคุม.
- (4) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ ได้แก่ การเก็บ, การสัมผัส (handle), การชี้บ่ง, การบรรจุ, การเขียนฉลาก, การรักษาความคงตัว, ไปส่งตรวจ, การขนส่ง, และการเก็บรักษา เป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติที่ดีของ



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ห้องปฏิบัติการ. มีการประเมินคุณสมบัติของสิ่งส่งตรวจเพื่อใช้ในการรับ / ปฏิเสธ / แผลผล. สามารถทวนสอบสิ่งส่งตรวจและตัวอย่างที่แบ่งใช้ได้.

- (5) กระบวนการตรวจวิเคราะห์สร้างความมั่นใจว่าผลการตรวจมีความถูกต้อง เชื่อถือได้, ด้วยการใช้วิธีการทดสอบมาตรฐานที่เหมาะสมและได้รับการ validate ว่าให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ. มีการ verify ว่าน้ำยาวิธีการทดสอบ เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์ ผลิตภัณฑ์หรือบริการ เป็นไปตามข้อกำหนดที่ระบุไว้.
- (6) มีการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องแก่ผู้ใช้ในเวลาที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการรักษาความลับ ระดับความผิดปกติของผลการตรวจที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และการสืบค้นสำเนาข้อมูล.
- (7) มีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถทำการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติมได้เมื่อจำเป็น, และมีการกำจัดสิ่งส่งตรวจที่เหลืออย่างปลอดภัย.
- (8) ห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อม นำมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับมาใช้ประโยชน์ และขอรับการประเมินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย.

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ข. คลังเลือด

- (1) องค์กรนำมาตราฐานงานบริการโลหิตและธนาคารเลือด ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ.

### ค. บริการรังสีวิทยา และ Medical Imaging อื่นๆ

- (1) หน่วยบริการทางรังสีวิทยาและ medical imaging อื่นๆ มีความพร้อมของสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ ที่จะให้หลักประกันในการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่, เป็นไปตามมาตรฐาน กฎระเบียบ ข้อบังคับ, ได้รับการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด.
- (2) มีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันอันตรายจากรังสีอย่างเคร่งครัด. มีการตรวจวัดรังสีและการรายงานผล. การจัดพื้นที่ห้องตรวจและป้ายแสดงบริเวณรังสีที่ชัดเจน. มีการกำจัดสารกัมมันตรังสี กากรังสี และ ขยะทางรังสีอย่างเหมาะสมและปลอดภัย.
- (3) มีข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่เพียงพอ ในการส่งตรวจทางรังสีวิทยาหรือ medical imaging อื่นๆ. มีการสื่อสาร ข้อบ่งชี้ดังกล่าวให้หน่วยบริการและแพทย์ที่จะทำการตรวจและอ่านผล. ข้อบ่งชี้และการสื่อสารดังกล่าว อยู่บนพื้นฐานแนวทางขององค์กรวิชาชีพและหลักฐานทางวิชาการ.
- (4) การตรวจทางรังสีวิทยาเป็นไปอย่างถูกต้อง, มีการเขียน label ที่ถูกต้องและเหมาะสม. มีการจัดทำมาตรฐาน เกี่ยวกับการจัดตำแหน่งและการตั้งค่าในการถ่ายภาพรังสี เพื่อให้ได้ภาพถ่ายที่มีคุณภาพ และผู้ป่วยได้รับ รังสีน้อยที่สุด.

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (5) การตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยาหรือ medical imaging อื่นๆ ทำโดยผู้มีความรู้และประสบการณ์ มีระบบการบริการรังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม.
- (6) บริการรังสีวิทยามีแผนงาน / ระบบบริหารคุณภาพที่จะสร้างความมั่นใจในคุณภาพของภาพรังสีที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด ประกอบด้วย:
- การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจทางรังสี / medical imaging อื่นๆ และแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน
  - การควบคุมคุณภาพของกระบวนการถ่ายภาพและล้างฟิล์ม (กระบวนการทางรังสีเทคนิค<sup>134</sup>)
  - การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้
  - การป้องกันและติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยง เช่น ความเสี่ยงจากการได้รับรังสี ความเสี่ยงในการใช้ยา
  - การทบทวนอุบัติการณ์และการหาโอกาสพัฒนา
  - การประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
  - การทบทวนแผนงานบริหารคุณภาพประจำปี.

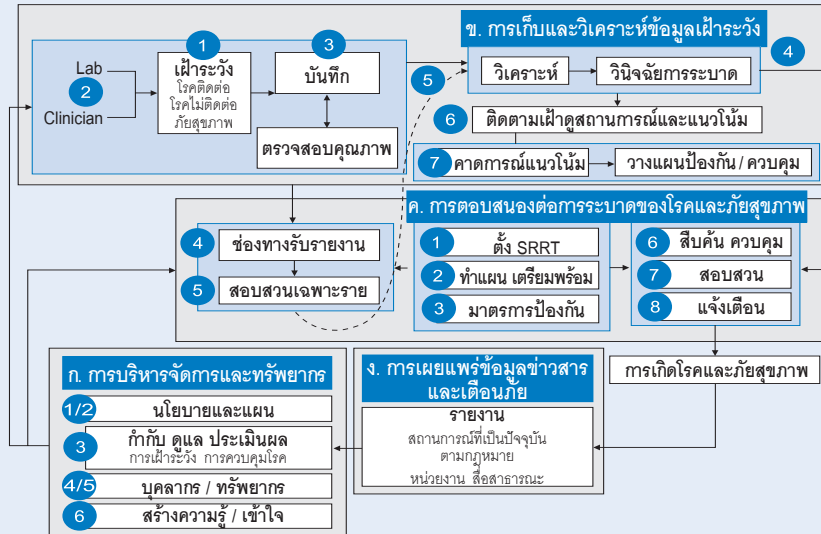
<sup>134</sup> การควบคุมคุณภาพของกระบวนการถ่ายภาพและล้างฟิล์ม เช่น การตรวจสอบคุณภาพของ processor ประจำวัน, การตรวจสอบความสะอาดของห้องมืดประจำสัปดาห์, การตรวจสอบ visual checklist ประจำเดือน, การตรวจสอบ phantom images ทุกสามเดือน, การตรวจสอบ viewboxes ทุกสามเดือน, การทำ repeat analysis ทุกสามเดือน, การวิเคราะห์การตกค้างของ fixer บนแผ่นฟิล์มทุกหกเดือน, การตรวจสอบ fog ในห้องมืดทุกหกเดือน, การตรวจสอบ screen-film contact ประจำปี, การตรวจสอบ screen cleanliness ประจำปีหรือเมื่อจำเป็น

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)

#### II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance)

องค์กรมีความมั่นใจว่ามีการติดตามเฝ้าระวังเพื่อค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติ อย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-8. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการติดตามเฝ้าระวังเพื่อค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.

#### ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร

- (1) มีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน.
- (2) มีแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ<sup>135</sup>ที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่.
- (3) มีระบบในการกำกับดูแล กำหนดนโยบายและมาตรการ วางแผน ประสานงาน<sup>136</sup> ติดตามประเมินผล<sup>137</sup> และปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวัง.
- (4) มีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะ ทำหน้าที่เฝ้าระวังและสอบสวนโรค ในจำนวนที่เหมาะสม<sup>138</sup>.

<sup>135</sup> แผนปฏิบัติการควรได้จากการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งในการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และการจัดลำดับความสำคัญ

<sup>136</sup> การประสานงาน ครอบคลุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกองค์กร

<sup>137</sup> การติดตามประเมินผล ควรพิจารณาผลลัพธ์ต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย: ความเป็นปัจจุบันของสถานการณ์โรคสำคัญที่เฝ้าระวัง, ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลเฝ้าระวัง, การใช้ประโยชน์ข้อมูลเฝ้าระวังเพื่อเร่งรัดหรือปรับเปลี่ยนมาตรการควบคุมป้องกันโรค, ความทันต่อสถานการณ์ในการสอบสวนโรคสำคัญ, ความสามารถในการหยุดยั้งการเกิดผู้ป่วยรายใหม่

<sup>138</sup> จำนวนบุคลากรที่ทำหน้าที่เฝ้าระวัง เหมาะสมกับจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ หรือจำนวนเตียงของโรงพยาบาล

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (5) มีงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ ที่เพียงพอ มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สำหรับการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ.
- (6) มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ในด้านแนวคิด นโยบาย แผน และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ.

### ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง

- (1) มีการเฝ้าระวังโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและปัญหาสุขภาพอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ องค์กร และตามที่กฎหมายหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด.
- (2) ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ.
- (3) มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง. ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และเปรียบเทียบกับข้อมูลที่มีอยู่เดิมได้.
- (4) มีการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมายข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยใช้วิธีการทางระบาดวิทยา.

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (5) มีการค้นหาการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรค<sup>139</sup> ทั้งจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวังรับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางคลินิก และทบทวนรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ.
- (6) มีการติดตามเฝ้าดูสถานการณ์และแนวโน้มของโรคที่เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน.
- (7) มีการคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันควบคุมโรค.

### ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ

- (1) มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) จากสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ.
- (2) มีแผนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และมีการเตรียมพร้อมในการรองรับตลอดเวลา.
- (3) มีการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็น เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค.

<sup>139</sup> การระบาด มีความหมายเป็น 2 ลักษณะ

- (1) *Epidemic* หมายถึง การเกิดโรคมามากผิดปกติเกินกว่าจำนวนที่เคยมีในช่วงระยะเวลาเดียวกันของปีก่อนๆ (mean + 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

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) มีช่องทางและบุคลากรที่สามารถรับรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากบุคลากรทางคลินิก ตลอด 24 ชั่วโมง.
- (5) มีการดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างทัน่วงที.
- (6) เมื่อมีการระบาดเกิดขึ้น ทีมผู้รับผิดชอบในการสอบสวนควบคุมโรคมีทรัพยากรและอำนาจในการสืบค้นและใช้มาตรการควบคุมที่เหมาะสมอย่างรอบด้านและทันกาล.
- (7) มีการสอบสวนการระบาด เหตุการณ์ผิดปกติ การป่วยเป็นกลุ่มก้อน หรือพบแนวโน้มที่บ่งบอกว่าอาจมีการระบาด เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้างอย่างทัน่วงที.
- (8) มีการแจ้งเตือนการเกิดโรคและภัยสุขภาพไปยังชุมชน ส่วนราชการ และองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างทันเวลา.

### ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย

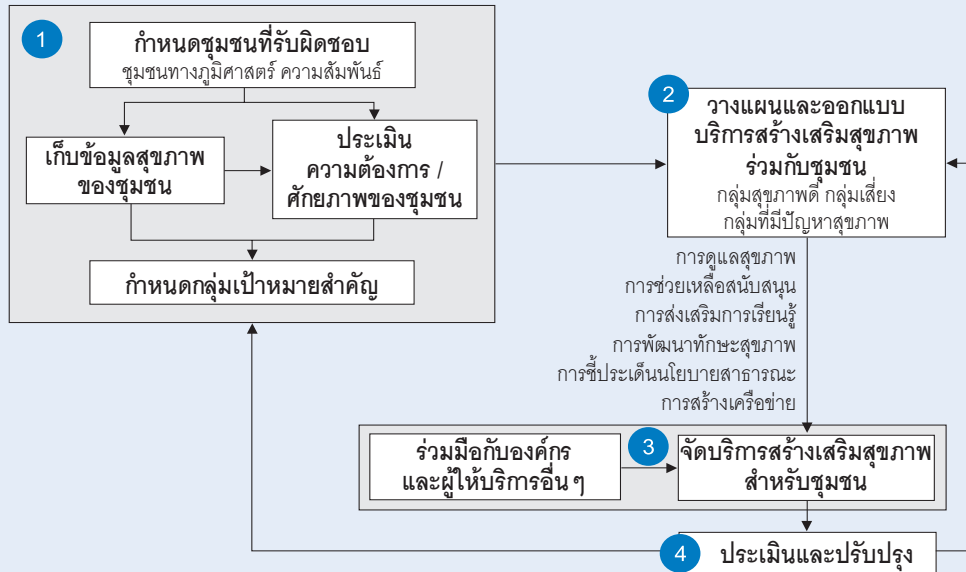
- (1) มีการจัดทำรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่เฝ้าระวัง การระบาด และการดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค.
- (2) มีการรายงานโรคไปยังสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ กฎหมายระหว่างประเทศ และกฎข้อบังคับอื่นๆ.
- (3) มีการเผยแพร่สารสนเทศการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัจจุบันไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสาธารณะอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อการวางแผนป้องกันและควบคุมโรค.



### II-9 การทำงานกับชุมชน (COM)

#### II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (Health Promotion for the Community)

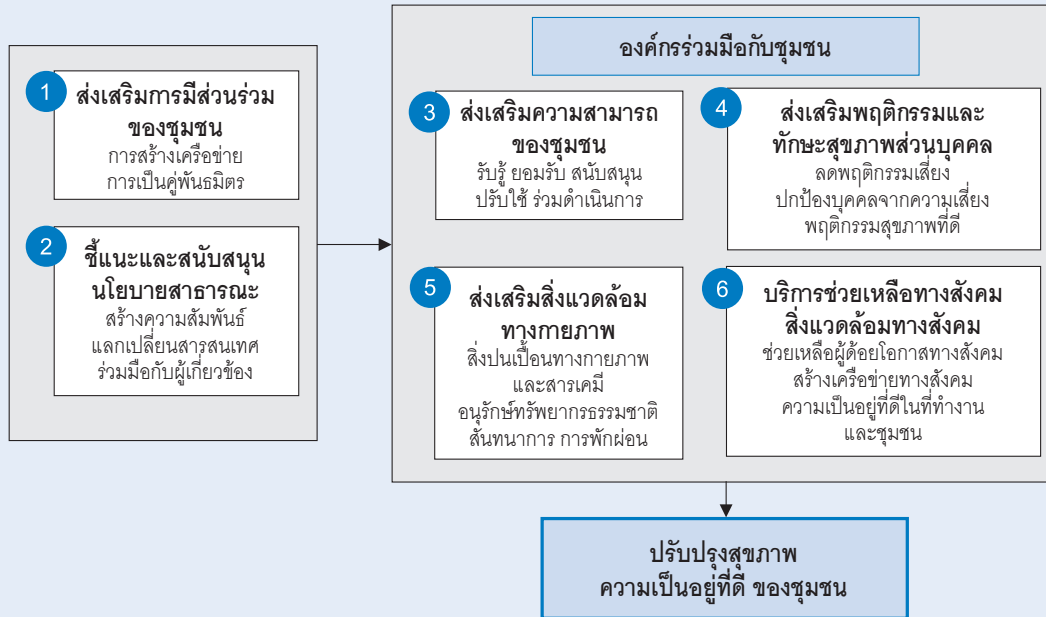
ทีมผู้ให้บริการร่วมมือกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองต่อความต้องการของชุมชนที่รับผิดชอบ



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-9.2 การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment)

ทีมผู้ให้บริการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (COM.1)

ทีมผู้ให้บริการร่วมมือกับชุมชน<sup>140</sup> จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองต่อความต้องการของชุมชนที่รับผิดชอบ.

- (1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดชุมชนที่รับผิดชอบ, ประเมินความต้องการ<sup>141</sup> และศักยภาพของชุมชน, และกำหนดกลุ่มเป้าหมายสำคัญในชุมชน.
- (2) ทีมผู้ให้บริการวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ<sup>142</sup> ร่วมกับชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการและปัญหาของชุมชน.
- (3) ทีมผู้ให้บริการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน<sup>143</sup> โดยร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ.
- (4) ทีมผู้ให้บริการติดตามประเมินผลและปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน.

<sup>140</sup> **ชุมชน** อาจจะเป็นชุมชนทางภูมิศาสตร์ หรือชุมชนที่เกิดจากความสัมพันธ์ของกลุ่มคนที่มีเป้าหมายเดียวกัน

<sup>141</sup> **การประเมินความต้องการของชุมชน** ครอบคลุมถึงการเก็บรวบรวมสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ศักยภาพ และความเสียด้านสุขภาพในชุมชน

<sup>142</sup> **การออกแบบและวางแผนบริการสร้างเสริมสุขภาพ** ควรใช้ข้อมูลทั้งในระดับบุคคล ระดับกลุ่มบุคคล และระดับชุมชน, ควรครอบคลุมกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ, แผนควรประกอบด้วยเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ที่ต้องการ และตัวชี้วัดที่เหมาะสม

<sup>143</sup> **บริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน** อาจครอบคลุมการดูแล การช่วยเหลือสนับสนุน การส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะสุขภาพ การชี้ประเด็นที่เป็นนโยบายสาธารณะ และการสร้างเครือข่าย

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-9.2 การเสริมพลังชุมชน (COM.2)

ทีมผู้ให้บริการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

- (1) องค์กรส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายของชุมชน รวมทั้งการเป็นคู่พันธมิตร<sup>144</sup> ที่เข้มแข็งกับชุมชน.
- (2) องค์กรมีส่วนร่วมในการชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยการสร้างความสัมพันธ์ ร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้อง และแลกเปลี่ยนสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง.
- (3) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมความสามารถ<sup>145</sup>ของกลุ่มต่างๆ ในชุมชนเพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญ.
- (4) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล (รวมถึงความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม) ซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพของแต่ละคน<sup>146</sup>.

<sup>144</sup> องค์กรทำงานเป็นคู่พันธมิตรกับชุมชนด้วยการแลกเปลี่ยนสารสนเทศ ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร

<sup>145</sup> การส่งเสริมความสามารถของกลุ่มในชุมชน มีขั้นตอนเป็นลำดับคือ รับรู้, ยอมรับ, สนับสนุน, ปรับใช้, ร่วมดำเนินการ

<sup>146</sup> พฤติกรรมและทักษะส่วนบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย อาหาร), การลดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ, การปกป้องส่วนบุคคลให้พ้นจากความเสียหาย, การจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

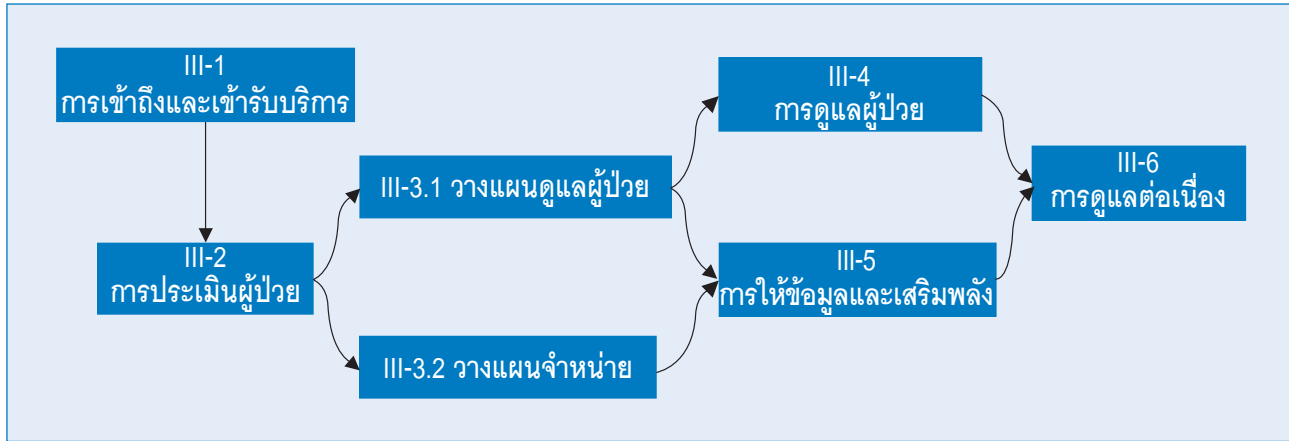
- (5) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี<sup>147</sup>.
- (6) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคม และสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี<sup>148</sup>.

<sup>147</sup> **สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี** ได้แก่ การลดสิ่งปนเปื้อนทางกายภาพและสารเคมี เช่น ฝุ่นละอองในอากาศ สารพิษหรือสารตกค้างในอาหาร เลียง, การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ, สิ่งแวดล้อมเพื่อสันติภาพ การพักผ่อน สมดุลของชีวิตและ กิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ

<sup>148</sup> **สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี** ได้แก่ การช่วยเหลือทางสังคมในกลุ่มเป้าหมาย (เช่น ผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม), การสร้างเครือข่ายทางสังคม, ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงานและชุมชน



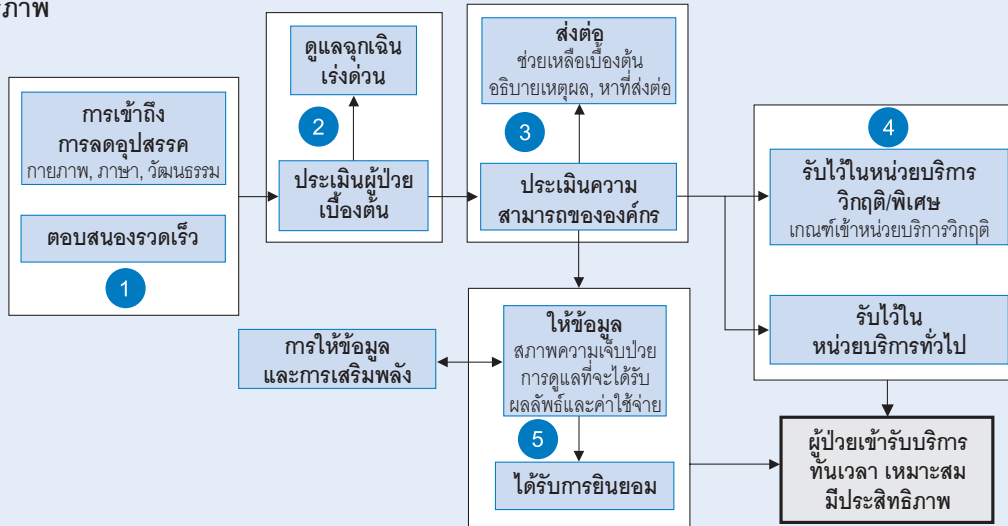
### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย



III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาสุขภาพ / ความต้องการของผู้ป่วย ทันท่วงที มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ





### III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

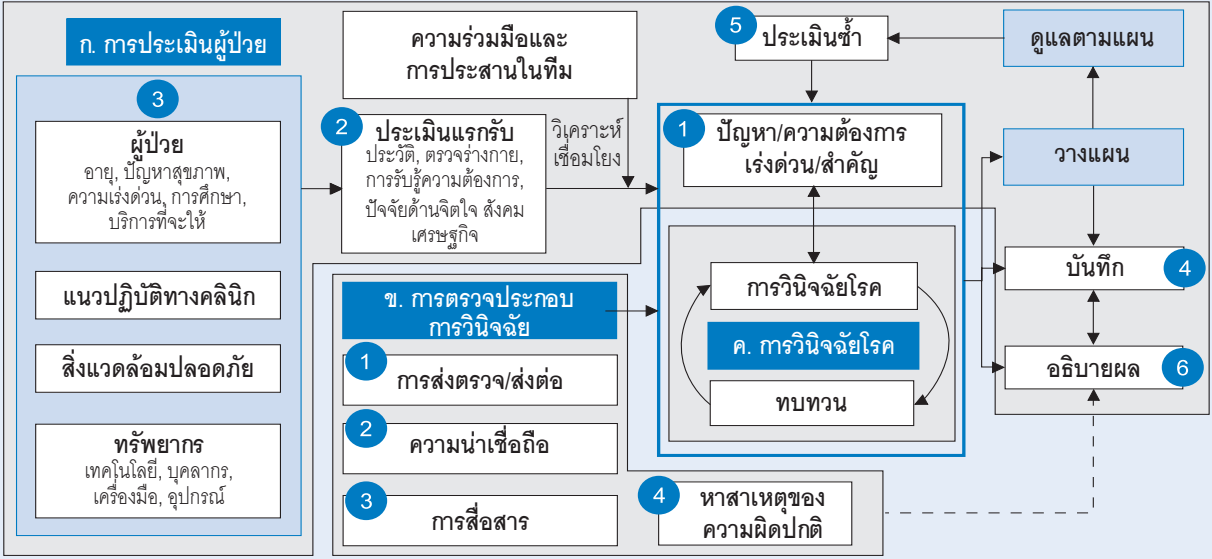
ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย, กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาสุขภาพ / ความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ.

- (1) ชุมชนสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เหมาะสมกับความต้องการของตน. ทีมผู้ให้บริการพยายามลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ในด้านกายภาพ ภาษา วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และอุปสรรคอื่นๆ. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองต่อผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว. ระยะเวลารอคอยเพื่อเข้ารับบริการเป็นที่ยอมรับของชุมชนที่ใช้บริการ.
- (2) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการประเมินและดูแลรักษาเป็นอันดับแรก.
- (3) มีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้. ถ้าไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับไว้ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกว่า.
- (4) การรับย้ายหรือรับเข้าหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.
- (5) ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล, มีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การดูแลที่จะได้รับ ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น แก่ผู้ป่วย / ครอบครัว อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย. มีกระบวนการขอความยินยอมจากผู้ป่วย / ครอบครัวก่อนที่จะให้บริการหรือกระทำหัตถการสำคัญ และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย / ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอด้วยความเข้าใจ มีเวลาที่จะพิจารณาก่อนตัดสินใจ และมีการบันทึกที่เหมาะสม.

III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)

III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม



### III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.

#### ก. การประเมินผู้ป่วย

- (1) มีการประเมินผู้ป่วยครอบคลุมรอบด้านและประสานงานกันเพื่อลดความซ้ำซ้อน, ผู้ประกอบวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยร่วมมือกันวิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมิน. มีการระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนและสำคัญ.
- (2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย ประวัติสุขภาพ, การตรวจร่างกาย, การรับรู้ความต้องการของตนโดยผู้ป่วยเอง, การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม<sup>149</sup> วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ.
- (3) วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย<sup>150</sup> ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ<sup>151</sup>. มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและทรัพยากรเพื่อชี้้นำการประเมินผู้ป่วย ถ้ามีแนวทางดังกล่าว.

<sup>149</sup> ปัจจัยด้านสังคม รวมถึงความช่วยเหลือจากชุมชนและครอบครัวเมื่อออกจากโรงพยาบาล ความสามารถในการสื่อสาร และความสามารถในการดูแลตนเอง

<sup>150</sup> วิธีการประเมินผู้ป่วยที่เหมาะสม ควรพิจารณา อายุ ปัญหาสุขภาพ ความเร่งด่วน ระดับการศึกษา / ภาษา / วัฒนธรรมของผู้ป่วย การตรวจประกอบการวินิจฉัยโรคที่เคยทำ บริการหรือการรักษาที่จะให้แก่ผู้ป่วย

<sup>151</sup> ทรัพยากรในการประเมินผู้ป่วย ควรพิจารณา เทคโนโลยี บุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ การเก็บข้อมูล

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (4) ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่เหมาะสมตามที่องค์กรกำหนด. มีการบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียนผู้ป่วยและพร้อมที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น.
- (5) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา.
- (6) ทีมผู้ให้บริการอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย.

#### ข. การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค

- (1) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นครบถ้วน หรือได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่นในเวลาที่เหมาะสม.
- (2) มีการประเมินความน่าเชื่อถือของผลการตรวจประกอบการวินิจฉัยโรค โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับสถานะของผู้ป่วย.
- (3) มีระบบสื่อสารและบันทึกผลการตรวจที่มีประสิทธิผล ทำให้มั่นใจว่าแพทย์ได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม สามารถสืบค้นผลการตรวจได้ง่าย ไม่สูญหาย และมีการรักษาความลับอย่างเหมาะสม.
- (4) มีการอธิบายหรือส่งตรวจเพิ่มเติม เมื่อพบว่าผลการตรวจมีความผิดปกติ.

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

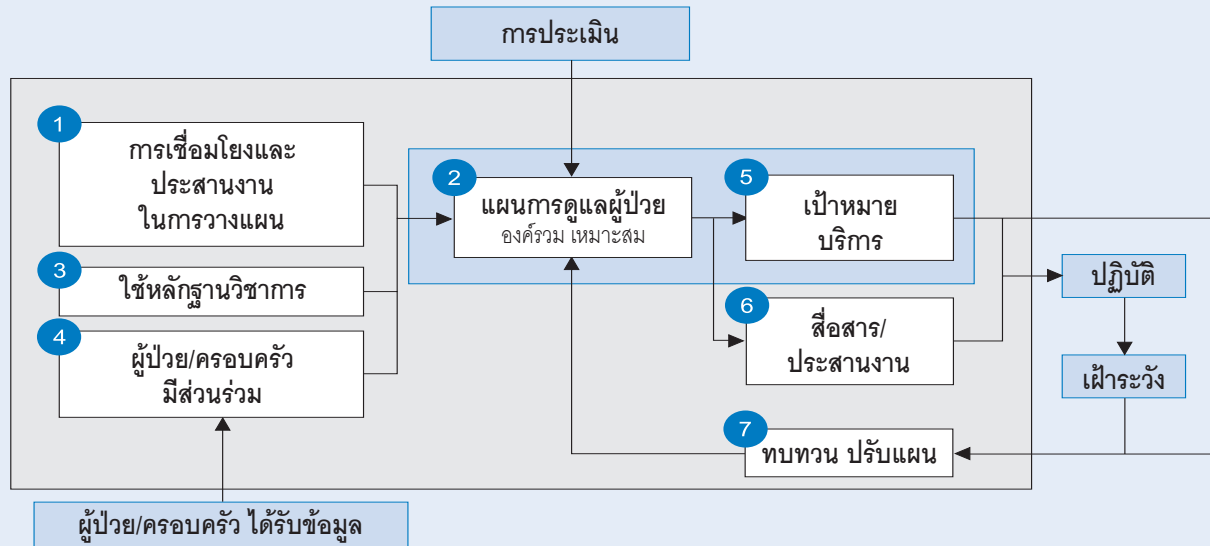
#### ค. การวินิจฉัยโรค

- (1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูลเพียงพอเพื่ออธิบายเหตุผลของการวินิจฉัยโรค. มีการลงบันทึกการวินิจฉัยโรคภายในเวลาที่กำหนดไว้ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม. มีการทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพ ในทีมผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ.

III-3 การวางแผน (PLN)

III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)

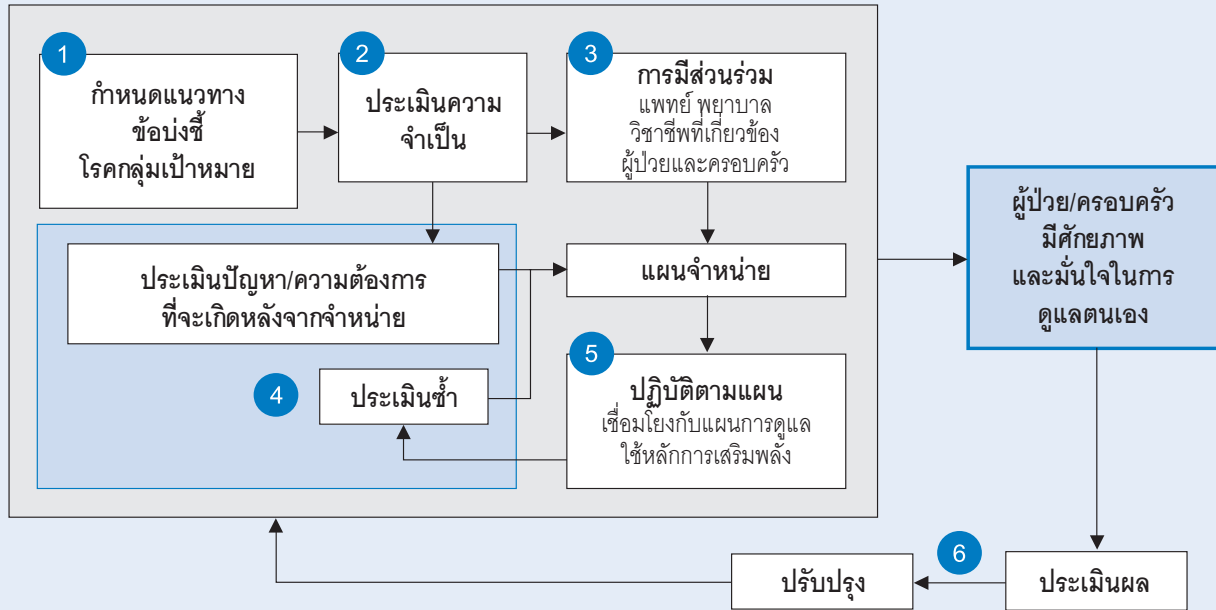
ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันเป็นอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา / ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย



### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning)

มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล



## ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

### III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (PLN.1)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา / ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย.

- (1) การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ.
- (2) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองต่อปัญหา / ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินอย่างเป็นองค์รวม<sup>152</sup>.
- (3) มีการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย.
- (4) ผู้ป่วย / ครอบครัวมีโอกาสตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และร่วมในการวางแผนการดูแล.
- (5) แผนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมเป้าหมายที่ต้องการบรรลุและบริการที่จะให้เพื่อบรรลุเป้าหมาย.
- (6) มีการสื่อสาร / ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลในเวลาที่เหมาะสม โดยสมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ.
- (7) มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป.

<sup>152</sup> แผนการดูแลผู้ป่วยที่ตอบสนองปัญหา / ความต้องการอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ค่านึงถึงวิถีชีวิต ข้อจำกัด ความคาดหวัง ของผู้ป่วย/ครอบครัว



## ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

### III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (PLN.2)

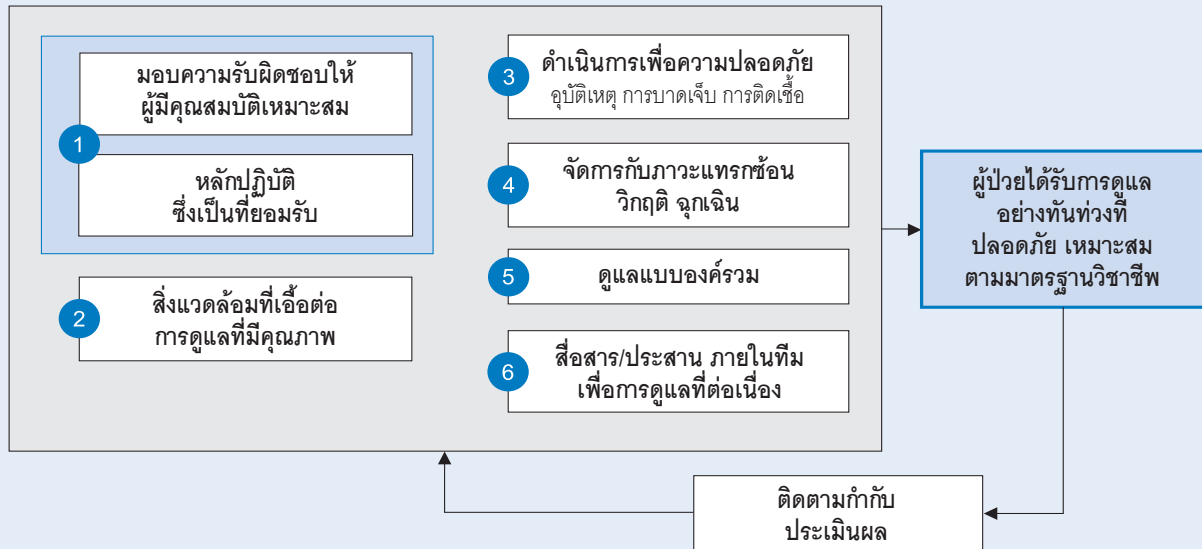
มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล.

- (1) มีการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย.
- (2) มีการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่เริ่มแรกที่เป็นไปได้.
- (3) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย.
- (4) มีการประเมินและระบุปัญหา / ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และประเมินซ้ำเป็นระยะ ในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล.
- (5) มีการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง.
- (6) มีการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.

III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD)

III-4.1 การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)

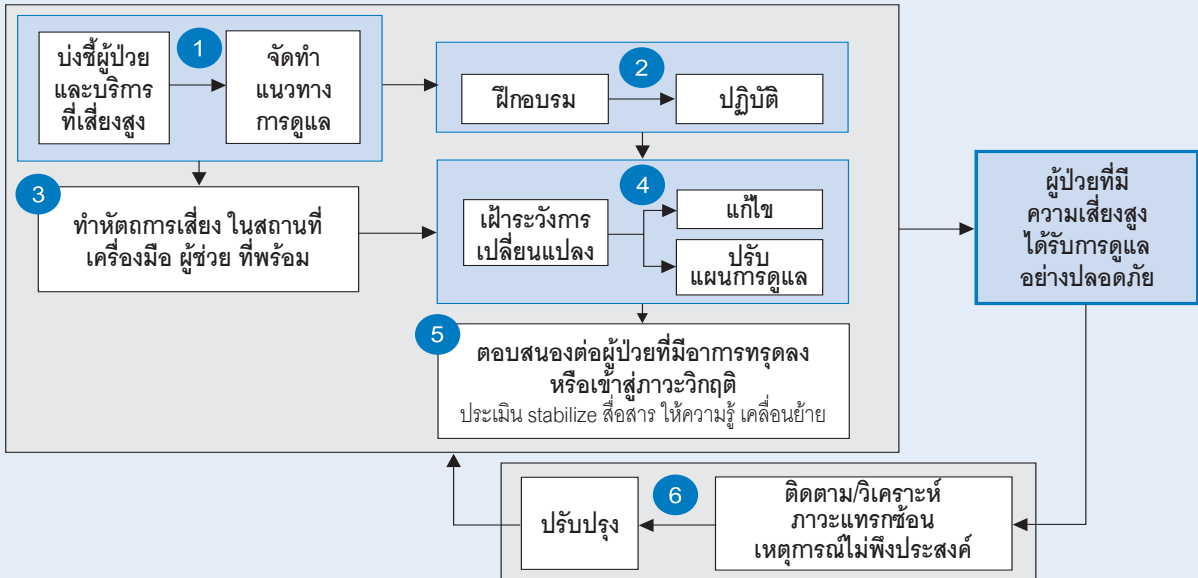
ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย เหมาะสม และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ



### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (Care of High-Risk Patients and Provision of High-Risk Services)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ



### III-4.1 การดูแลทั่วไป (PCD.1)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันที่่วงที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- (1) มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา โดยมอบหมายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม. การดูแลในทุกจุดบริการเป็นไปตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน.
- (2) มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความสะอาด สบายและความสะอาด การป้องกันอันตราย / ความเครียด / เสียง / สิ่งรบกวนต่างๆ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการดำเนินการทุกวิถีทางเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ หรือการติดเชื้อ.
- (4) ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน อย่างเหมาะสมและปลอดภัย.
- (5) ทีมผู้ให้บริการมีการประเมินความคาดหวังของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและตอบสนองต่อความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตสังคม.
- (6) มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความต่อเนื่องในการดูแล.

## ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

### III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (PCD.2)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันทั่วถึง ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- (1) ทีมผู้ให้บริการวิเคราะห์ผู้ป่วย<sup>153</sup> และบริการ<sup>154</sup>ที่มีความเสี่ยงสูง และร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงดังกล่าว.
- (2) บุคลากรได้รับการฝึกอบรม เพื่อนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงมาสู่การปฏิบัติด้วยความเข้าใจ.
- (3) การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง จะต้องทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือและผู้ช่วยที่จำเป็น.
- (4) มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันทั่วถึง.

<sup>153</sup> ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เด็กอายุน้อย, ผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยฉุกเฉินที่สับสนหรือไม่รู้สีกตัว, ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายอวัยวะ, ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

<sup>154</sup> บริการที่มีความเสี่ยงสูง อาจจะเป็นบริการที่ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนเพื่อรักษาภาวะที่คุกคามต่อชีวิต, ธรรมชาติของการรักษาที่มีความเสี่ยง, หรือบริการที่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การฟอกเลือด, การช่วยฟื้นคืนชีพ, การใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด, การใช้เครื่องผูกยึด, การให้ยาเพื่อให้หลับลึก (moderate and deep sedation)

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (5) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ, มีความช่วยเหลือจากทีมผู้เชี่ยวชาญกว่ามาช่วย ทีมผู้ให้บริการอย่างทันท่วงทีในการประเมินผู้ป่วย การช่วย stabilize ผู้ป่วย การสื่อสาร การให้ความรู้ และการย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น.
- (6) ทีมผู้ให้บริการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย.

### III-4.3 การดูแลเฉพาะ (PCD.3)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

#### ก. การระงับความรู้สึก

- (1) มีการประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการระงับความรู้สึก, นำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม รวมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง.
- (2) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึกถ้าเป็นไปได้. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการระงับความรู้สึก.
- (3) กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในระดับของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม<sup>155</sup>.
- (4) มีการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึกและในช่วงรอฟื้นอย่างครบถ้วน. มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินระหว่างการระงับความรู้สึกและระหว่างรอฟื้น. ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้นโดยผู้มีความรู้ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
- (5) มีการใช้เครื่องมือ วัสดุ และยาตามที่องค์กรวิชาชีพด้านวิสัญญีแนะนำ

<sup>155</sup> บุคลากรที่จะทำหน้าที่ให้การระงับความรู้สึก ควรได้รับการฝึกอบรมและมีจำนวนผู้ป่วยขั้นต่ำที่ให้การระงับความรู้สึกในแต่ละปี ตามที่องค์กรวิชาชีพกำหนด

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### ข. การผ่าตัด

- (1) มีการวางแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดแต่ละรายโดยนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยมาพิจารณา. มีการบันทึกแผนการผ่าตัดและการวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัดไว้ในเวชระเบียน. มีการประเมินความเสี่ยงและประสานกับผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลที่ปลอดภัย.
- (2) มีการอธิบายความจำเป็น ทางเลือกของวิธีการผ่าตัด โอกาสที่จะต้องใช้เลือด ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย.
- (3) มีการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อม ลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการติดเชื้อ ทั้งในกรณีผ่าตัดฉุกเฉินและกรณีผ่าตัดที่มีกำหนดนัดล่วงหน้า. มีกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลและผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย<sup>156</sup>.
- (5) มีการบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดในเวชระเบียนผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ตระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา.
- (6) มีการติดตามดูแลหลังผ่าตัดเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยและลักษณะการผ่าตัด.

<sup>156</sup> การดูแลและการผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย หมายถึง การจัดแบ่งพื้นที่ การกำหนดการไหลเวียน และการป้องกันการปนเปื้อนในห้องผ่าตัด, การทำความสะอาดบริเวณห้องผ่าตัดและเตียงผ่าตัด, การทำความสะอาดเครื่องมือ / อุปกรณ์ผ่าตัด และทำให้ปราศจากเชื้อ, การเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ และเจ้าหน้าที่ช่วยผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย, การดูแลระหว่างรอผ่าตัด, การตรวจนับเครื่องมือและอุปกรณ์, การจัดการกับชิ้นเนื้อที่ออกมาจากผู้ป่วย, การเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤติกับผู้ป่วย



## ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

### ค. อาหารและโภชนบำบัด

- (1) ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยมีระบบบริการอาหาร<sup>157</sup>ที่ดี.
- (2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนโภชนบำบัด, ได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ.
- (3) มีการให้ความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการและโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมและบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่.
- (4) การผลิตอาหาร<sup>158</sup> การจัดเก็บ การส่งมอบ และการจัดการกับภาชนะ / อุปกรณ์ / ของเสียบ / เศษอาหาร เป็นไปอย่างปลอดภัยตามหลักปฏิบัติที่ยอมรับทั่วไป เพื่อลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อน การเน่าเสีย การเกิดแหล่งพาหะนำโรค และการแพร่กระจายของเชื้อโรค.

<sup>157</sup> ระบบบริการอาหารที่ดี ได้แก่ การจัดทำเมนูอาหาร การกำหนดเวลาให้บริการ ระบบการล้างอาหาร ระบบการตรวจสอบ การประเมินติดตาม การบริโภคและแก้ไขปรับปรุง

<sup>158</sup> กระบวนการผลิตอาหาร ครอบคลุม การเลือกซื้อและการเก็บวัตถุดิบ การจัดเตรียมและการประกอบอาหาร การบรรจุภาชนะ

## ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

### ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- (1) บุคลากรมีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย.
- (2) ผู้ป่วย / ครอบครัว ได้รับการประเมิน / ประเมินซ้ำ เกี่ยวกับอาการ การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างเหมาะสมทั้งในด้านการบรรเทาอาการ, ความต้องการด้านจิตสังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ<sup>159</sup>, การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ.

### จ. การบำบัดอาการเจ็บปวด

- (1) ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการเจ็บปวดอย่างเหมาะสมกับระดับความรุนแรงและลักษณะของอาการเจ็บปวด.
- (2) ทีมผู้ให้บริการให้การบำบัดรักษาอาการเจ็บปวดอย่างเหมาะสม.

### ฉ. การฟื้นฟูสภาพ

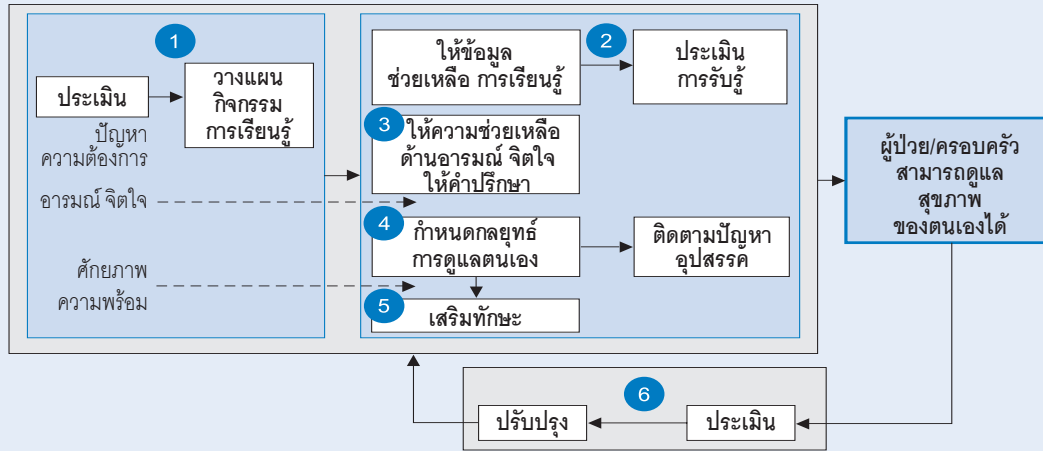
- (1) มีการวางแผนฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยตามผลการประเมินด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เพื่อชี้้นำการดูแลด้านฟื้นฟูสภาพตามสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย.
- (2) การฟื้นฟูสภาพช่วยฟื้นฟู ยกระดับหรืออ้าวงไว้ซึ่งระดับที่เหมาะสมในการใช้งานอวัยวะ การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเอง การพึ่งตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย.

<sup>159</sup> ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น การเคารพในศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว (IMP)

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

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้ เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกระดับของการดูแล



### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP)

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว และทำกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล.

- (1) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้. การประเมินครอบคลุม ปัญหา / ความต้องการของผู้ป่วย, ชีตความสามารถ, ภาวะทางด้านอารมณ์ จิตใจ, ความพร้อมในการเรียนรู้และดูแลตนเอง.
- (2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่จำเป็นและช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเองและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี แก่ผู้ป่วยและครอบครัว<sup>160</sup>, อย่างเหมาะสมกับปัญหา เวลา มีความชัดเจนและเป็นที่ยอมรับ<sup>161</sup>. มีการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์จิตใจและคำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว<sup>162</sup>.

<sup>160</sup> ผลลัพธ์ของการให้ข้อมูล ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรค วิธีชีวิต และวิธีการยกระดับสุขภาพในขณะที่ยังมีโรคและในสภาพแวดล้อมที่บ้าน

<sup>161</sup> กระบวนการให้ข้อมูลควรเป็นไปอย่างเปิดกว้างและยืดหยุ่น ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม ระดับการรู้หนังสือ ภาษา ความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วยและครอบครัว

<sup>162</sup> การช่วยเหลือด้านอารมณ์จิตใจ เริ่มต้นด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเองและเป็นมิตรในแต่ละพื้นที่บริการของโรงพยาบาล, มีการประเมินความเครียดเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือวิกฤติที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและช่วยเหลือให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยวิธีการเชิงบวก

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

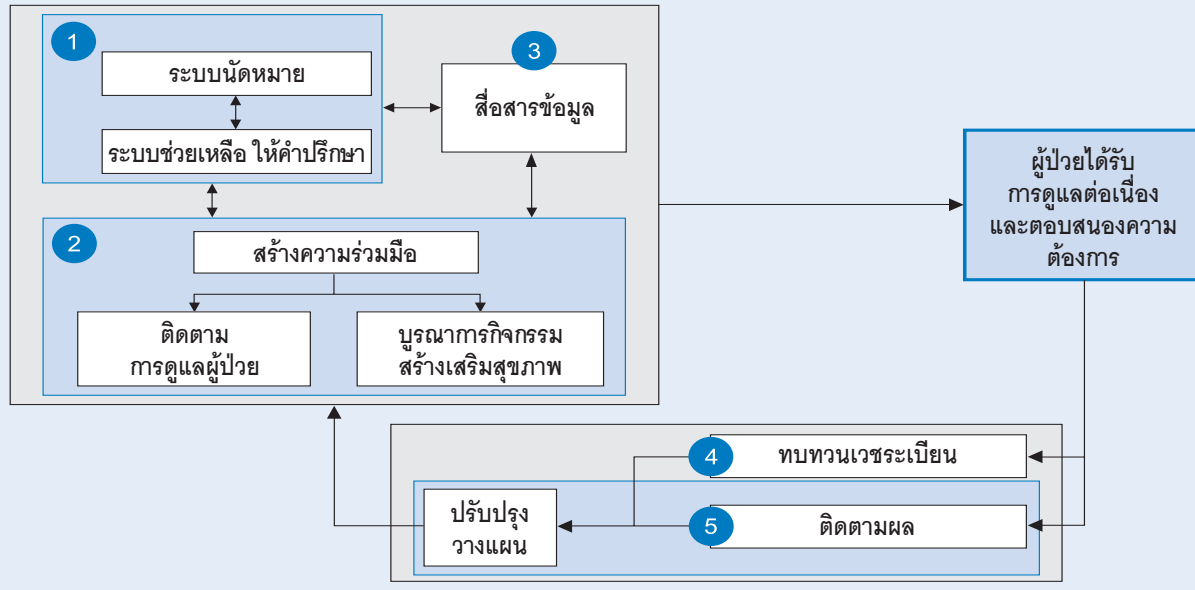
- (4) ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย / ครอบครัว ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์การดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย<sup>163</sup>, รวมทั้งติดตามปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง.
- (5) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย / ครอบครัวยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และการเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัวย.

<sup>163</sup> การกำหนดกลยุทธ์การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ควรดำเนินการควบคู่กับการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนโดยช่วยสร้างความเข้าใจในบทบาท ขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการทำหน้าที่ สอนพฤติกรรมเชิงบวก และอธิบายผลที่ตามมาหากไม่สามารถทำหน้าที่ดังกล่าว

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตาม และดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี



### III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.

- (1) มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้. มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม.
- (2) องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ ชุมชน และองค์กรอื่นๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยและบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย.
- (3) มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง ทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย.
- (4) มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูลสำหรับการดูแลต่อเนื่อง.
- (5) มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง<sup>164</sup> เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำผลการติดตามมาปรับปรุง/วางแผนบริการในอนาคต.

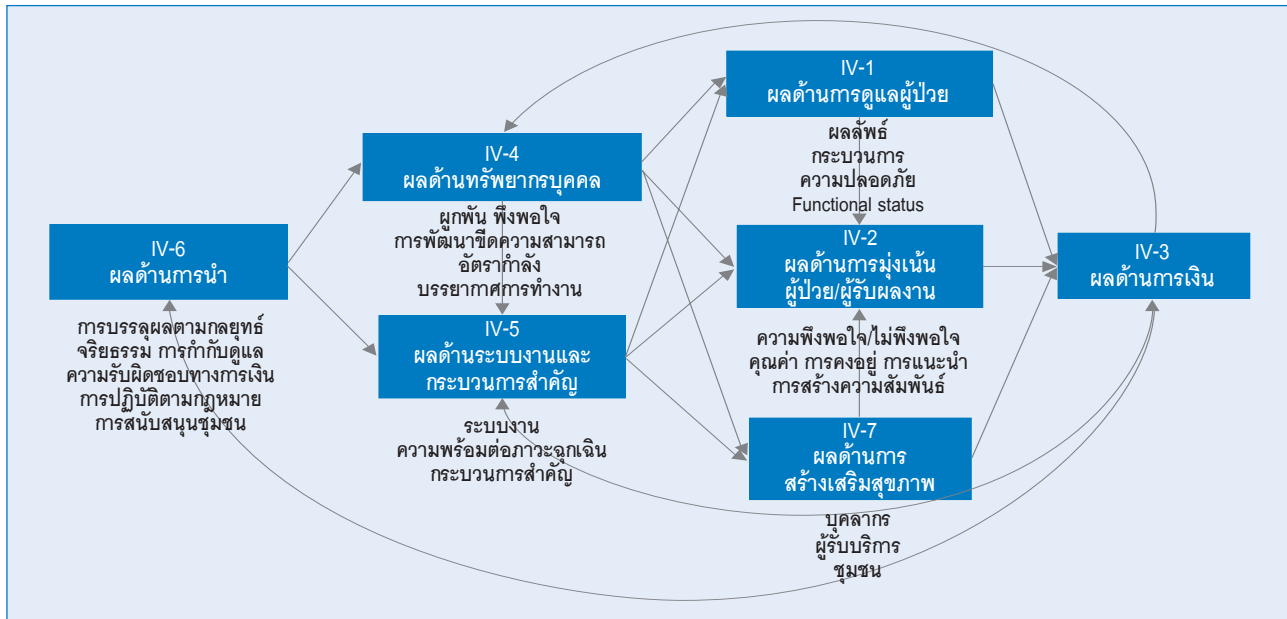
<sup>164</sup> ติดตามผลจากผู้ป่วยโดยตรงหรือจากหน่วยบริการสุขภาพที่ได้รับการส่งต่อ





## ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร

องค์กรแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานที่ดีและการปรับปรุงในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ผลด้านการดูแลผู้ป่วย ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่นๆ ผลด้านการเงิน ผลด้านบุคลากร ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ ผลด้านการนำ และผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ.



## ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร

### IV-1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (PCR)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านผลลัพธ์ กระบวนการ ความปลอดภัย และ functional status ของผู้ป่วย<sup>165</sup>.

### IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (CFR)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจ, ความไม่พึงพอใจ, คุณค่าจากมุมมองของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่นๆ, การคงอยู่ การแนะนำ และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับผลงาน.

### IV-3 ผลด้านการเงิน (FNR)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญของผลการดำเนินงานด้านการเงิน<sup>166</sup>.

<sup>165</sup> ตัวชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วย ได้มาจากการวิเคราะห์โรคสำคัญที่โรงพยาบาลให้การดูแล ซึ่งแต่ละโรคควรมีชุดของตัวชี้วัดซึ่งสะท้อนประเด็นสำคัญของโรคนั้นๆ อย่างครบถ้วน

<sup>166</sup> ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานทางการเงิน เช่น รายได้, กำไรขาดทุน, สินทรัพย์สุทธิ, ประสิทธิภาพการจัดการด้านการเงิน, ความอยู่รอดทางการเงิน (สภาพคล่อง อัตราส่วนหนี้สินต่อทุน การไหลเวียนของเงินสด)

## ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร

### IV-4 ผลด้านทรัพยากรบุคคล (HRR)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลความผูกพันของบุคลากร ความพึงพอใจของบุคลากร การพัฒนาบุคลากรและผู้นำ.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับขีดความสามารถ ระดับอัตราค่าจ้าง การรักษาไว้ และทักษะที่เหมาะสมของบุคลากร.
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับบรรยากาศการทำงาน สุขอนามัย ความปลอดภัย สวัสดิภาพ บริการและสิทธิประโยชน์ ของบุคลากร.

### IV-5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน (operational performance) ของระบบงาน รวมทั้งความพร้อมสำหรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน (operational performance) ของกระบวนการสำคัญ<sup>167</sup>.

<sup>167</sup> ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของกระบวนการ เช่น ผลิตภาพ (productivity), ระยะเวลา, ประสิทธิภาพ, ประสิทธิภาพ, การเข้าถึง, ความเหมาะสม, ความต่อเนื่อง, ความครอบคลุม ซึ่งอาจเป็นกระบวนการร่วมขององค์กร หรือเป็นกระบวนการหลักของหน่วยงานต่างๆ (ที่ได้จากการวิเคราะห์ service profile)

## ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร

### IV-6 ผลด้านการนำ (LDR)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการขององค์กร<sup>168</sup>.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นผลของพฤติกรรมที่มีจริยธรรม ความเชื่อมั่นในผู้นำระดับสูงและการกำกับดูแลกิจการ<sup>169</sup>.
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นผลของความรับผิดชอบทางการเงิน (fiscal accountability) ทั้งภายในและภายนอก<sup>170</sup>.
- (4) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการประเมินองค์กร การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ.
- (5) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการสนับสนุน ความร่วมมือและความรับผิดชอบต่อชุมชน.

<sup>168</sup> ตัวชี้วัดเกี่ยวกับกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการขององค์กรในหัวข้อนี้ ครอบคลุม การบรรลุกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่ไม่ถูกครอบคลุมด้วยหัวข้ออื่น

<sup>169</sup> ผลของการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม ความเชื่อมั่นในผู้นำระดับสูงและการกำกับดูแลกิจการ เช่น รายงานการตรวจสอบและทบทวนทางด้านจริยธรรม, การให้คะแนนหรือจัดอันดับระบบกำกับดูแลกิจการในด้าน ความรับผิดชอบ (accountability) การมีส่วนร่วม การคาดการณ์ได้ ความโปร่งใส

<sup>170</sup> ผลของความรับผิดชอบทางการเงิน เช่น รายงานการตรวจสอบทางการเงิน ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบ การตอบสนองของผู้บริหาร

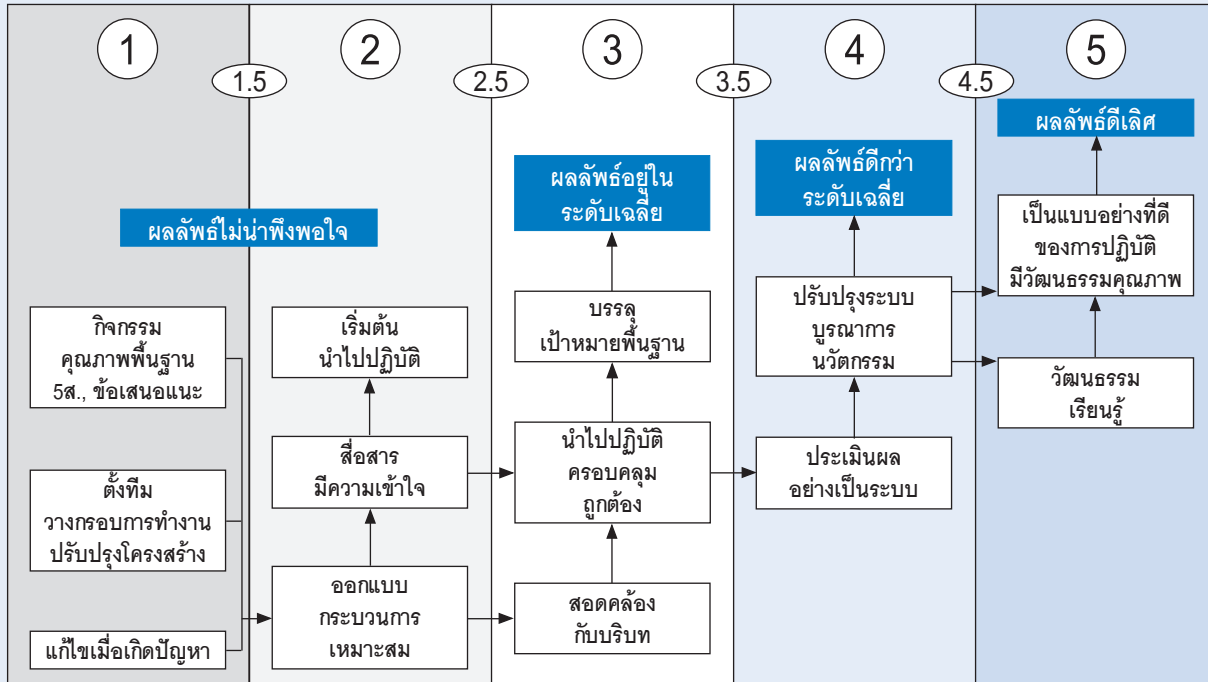
## ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร

### IV-7 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (HPR)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของบุคลากร.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพที่สำคัญ.
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของประชากรในชุมชน.

# SCORING GUIDELINE

แนวทางการให้คะแนน: เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศ



## ความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

คุณภาพและความปลอดภัย เป็นสิ่งที่สังคมคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพในทุกประเทศ แม้จะมีความพยายามในการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ความไม่พึงพอใจ ความขัดแย้ง ความเสี่ยงและความสูญเสียเปล่าต่างๆ เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา จำเป็นที่จะต้องมีกลไกเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่ได้ผลและปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสถานการณ์

### การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย

การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พ.บ.ส.) โครงการติดตามโรงพยาบาล โครงการปรับโฉมโรงพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข การจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งเริ่มต้นโดยแพทยสภา ซึ่งต่อมาสำนักงานประกันสังคมได้นำมาขยายผลเป็นมาตรฐานสถานพยาบาลประกันสังคม โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเข้าไปศึกษาและจัดทำคู่มือการนำมาตรฐานดังกล่าวไปใช้ประเมิน การมีค่าประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยกระทรวงสาธารณสุขและองค์การวิชาชีพด้านสุขภาพ การจัดทำมาตรฐานวิชาชีพและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยองค์กรและสมาคมวิชาชีพต่างๆ

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ในประเทศไทย เริ่มจากการนำแนวคิด Total Quality Management/Continuous Quality Improvement (TQM/COI) มาทดลองปฏิบัติในโรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่งเมื่อปี พ.ศ. 2535 การจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพ และเริ่มนำมาปฏิบัติเพื่อทดลองประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเมื่อปี พ.ศ. 2540 ในลักษณะ

## ความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

โครงการวิจัยและพัฒนา ซึ่งส่งผลให้เกิดภาคีเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รวมทั้งการปรับจากโครงการวิจัยและพัฒนามาเป็นสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2542

### พัฒนาการของ Hospital Accreditation ในประเทศต่าง ๆ

Hospital Accreditation เริ่มต้นด้วยมาตรฐานง่ายๆ 5 ข้อในอเมริกาเมื่อ 70 ปีที่แล้ว เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลที่จะเป็นสถานที่ฝึกอบรมคัลลยแพทย์ และค่อยๆ พัฒนาต่อมาเป็นความร่วมมือขององค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจัดตั้งขึ้นเป็น Joint Commission for Healthcare Organization Accreditation (JCAHO) มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขของใจจากการรับรองเพื่อการฝึกอบรม มาสู่การเป็นเงื่อนไขสำหรับโรงพยาบาลที่จะให้บริการผู้ป่วยในระบบ Medicaid และ Medicare

Hospital/Healthcare Organization Accreditation ได้ขยายตัวไปสู่ประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และอีกหลายๆ ประเทศตามมา จนในปัจจุบันมีไม่น้อยกว่า 70 ประเทศทั่วโลกที่มีระบบนี้เกิดขึ้น โดยที่มีความหลากหลายของลักษณะโครงสร้างองค์กรและแหล่งทรัพยากร องค์กรในช่วงเริ่มต้นของระบบนี้ในโลกจะเป็นองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ขณะที่องค์กรที่เกิดขึ้นในช่วงหลังๆ โดยเฉพาะในประเทศยุโรปตะวันออก จะมีลักษณะเป็นองค์กรของรัฐ



## ความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

แนวคิดของระบบนี้ค่อยๆ เปลี่ยนไปตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของโลก จากที่เริ่มต้นในลักษณะของการตรวจสอบตามมาตรฐาน มาสู่การใช้เป็นเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ใช้การเยี่ยมสำรวจเป็นเสมือน external peer review ซึ่งการเริ่มต้นนำระบบนี้เข้ามาทดลองใช้ในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2540 นั้น เป็นช่วงที่กำลังมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดนี้อย่างขนานใหญ่ในประเทศอเมริกา แคนาดา และออสเตรเลีย ประเทศไทยจึงได้รับแนวคิดที่มุ่งเน้นการพัฒนามากกว่าการตรวจสอบเข้ามาตั้งแต่ต้น “HA is an educational process, not an inspection”

องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการ Hospital Accreditation คือ

- (1) การมีมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้เป็นกติการ่วมกัน เป็นมาตรฐานเชิงระบบที่ส่งเสริมการพัฒนา
- (2) การที่โรงพยาบาลใช้มาตรฐานเพื่อการประเมินและพัฒนาตนเอง อย่างสอดคล้องกับบริบทของตน และมีหลักคิดหรือ core values ที่เหมาะสมกำกับ
- (3) การประเมินจากภายนอกในลักษณะของกัลยาณมิตร เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง เพื่อช่วยค้นหาจุดยอดที่ทีมงานมองไม่เห็น และเพื่อกระตุ้นให้เกิดมุมมองที่กว้างขวางขึ้น
- (4) การยกย่องชื่นชมด้วยการมอบประกาศนียบัตรรับรอง หรือการมอบกิตติกรรมประกาศในความสำเร็จ

### แนวคิดการพัฒนาคือเป็นบทเรียนของประเทศไทย

ในช่วงเริ่มต้นเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน จุดประกายความคิดแล้วนำไปทดลองปฏิบัติ นำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรมในช่วงแรกจะเน้นกระบวนการกลุ่ม การใช้เทคนิคการเป็นโค้ชหรือการเป็น facilitator

ในช่วงต่อมาเป็นการเน้นการตีความหมายของมาตรฐานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ มาตรฐาน HA ฉบับแรกคือ ฉบับปีกัญจนานิกิเชก ได้กระตุ้นให้เกิดรูปธรรมของการจัดระบบงานที่เป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทยในขณะนั้น เช่น การทำงานในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพ ระบบบริหารความเสี่ยง การมีองค์กรแพทย์มากำกับดูแล มาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ การวางแผนจำหน่าย รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดความตื่นตัวในการนำข้อมูลวิชาการ มาจัดทำและใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อให้เกิดความคาดหวังและความตื่นตัวในเรื่องคุณภาพมากขึ้น กระบวนการ HA ได้ตอบสนองด้วยการจัดระบบบันได 3 ขั้นสู่ HA เพื่อง่ายต่อการปฏิบัติตามสภาพความพร้อมของโรงพยาบาล โดยที่บันไดขั้นแรกเป็นการเรียนรู้แนวคิดคุณภาพด้วยการปฏิบัติอย่างง่าย ๆ และตรงประเด็น อาศยสิ่งที่เป็นปัญหา ความเสี่ยง ผลที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ นำมาเรียนรู้และปรับปรุงเพื่อป้องกัน ซึ่งโรงพยาบาลที่ปฏิบัติด้วยความเข้าใจ เท่ากับเป็นการสร้างพื้นฐานที่มั่นคงสำหรับการพัฒนาคุณภาพในขั้นต่อไป

บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA คือการเรียนรู้จากปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้หลักคิด “ทำงานประจำ ให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ชยันตพทวน”

## ความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA คือการพัฒนาในส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ส่วนต่างๆ ได้แก่ หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์กร พัฒนาอย่างเป็นระบบได้แก่การหมุนวงล้อการพัฒนาและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning-Improvement) ควบคู่กับการใช้หลักคิด “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด)

บันไดขั้นที่ 3 สู่ HA คือการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ มีการนำมาตรฐานมาปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

# กระบวนการ HOSPITAL ACCREDITATION (HA)

## เป้าหมายของ HA

เป้าหมายของ HA คือการส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์สุขภาพที่ดี โดยเริ่มจากบริการสุขภาพในโรงพยาบาล และบูรณาการเข้ากับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งในอนาคตอาจจะขยายขอบเขตกว้างขวางกว่าบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ดังนั้น HA จึงมีโอกาที่ปรับจาก Hospital Accreditation ไปสู่ Healthcare Accreditation

## แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ HA

หลักคิดสำคัญที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดจาก HA ก็คือทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพยายามทำให้ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายที่คุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ใหญ่และยั่งยืนกว่าการได้รับการรับรอง

การเรียนรู้เกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองของทีมงานในโรงพยาบาล ร่วมกับการเยี่ยมสำรวจจากภายนอก ซึ่งการเยี่ยมสำรวจจากภายนอกคือการยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล และการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น การเยี่ยมสำรวจจากภายนอกเป็นการตรวจสอบความพร้อมของโรงพยาบาลว่าระบบที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเพียงใด

คุณค่าของการเยี่ยมสำรวจจากภายนอก อยู่ที่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง หรือเพื่อการสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการให้มากยิ่งขึ้น การรับรองคือการให้กำลังใจในการทำความดีและส่งเสริมให้ทำดีขึ้นอย่าง

## ns:วอนns Hospital Accreditation (HA)

ต่อเนื่อง หรือควรมองว่าเป็นเพียงผลพลอยได้ของการพัฒนา

### ทำความเข้าใจ HA อย่างรอบด้าน

การทำความเข้าใจกระบวนการคุณภาพของ HA ให้รอบด้าน อาจมองได้ใน 4 มิติ คือ 1) มิติของลำดับขั้นการพัฒนา 2) มิติของพื้นที่การพัฒนา 3) มิติของกระบวนการพัฒนา 4) มิติของการประเมิน

#### 1. มิติของลำดับขั้นการพัฒนา: บันไดสามขั้นสู่ HA

ที่มาของบันไดสามขั้นสู่ HA เกิดจากความพยายามที่จะทำให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีการพัฒนาคุณภาพและบรรลุผลสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ ในระดับที่สอดคล้องกับทรัพยากรและภาระงานที่เป็นอยู่ โดยเริ่มจากกิจกรรมที่น้อยที่สุดแต่ส่งผลกระทบมากที่สุด คือการนำปัญหาและอุบัติการณ์สำคัญมาทบทวนเพื่อหาทางป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำขึ้นอีก และก้าวไปสู่การออกแบบระบบงานที่เหมาะสม

บันไดสามขั้นสู่ HA ทำให้โรงพยาบาลเห็นจุดเน้นของการพัฒนาในแต่ละช่วงได้ชัดเจนขึ้น โดยได้เลือกสิ่งที่มีผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยที่สังคมห่วงกังวล มาดำเนินการตั้งแต่ในช่วงเริ่มต้น

แม้ว่าบันไดสามขั้นจะชี้แนะลำดับขั้นของการพัฒนา แต่ในทางปฏิบัติจริงการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจะไม่จำกัดตนเองอยู่ที่บันไดขั้นใดขั้นหนึ่ง การประเมินการบรรลุเกณฑ์ของบันไดแต่ละขั้นจึงเป็นเพียงสิ่งสมมติ เพื่อให้การประเมินไม่ซับซ้อนเกินไป

## นร:วอุมร Hospital Accreditation (HA)

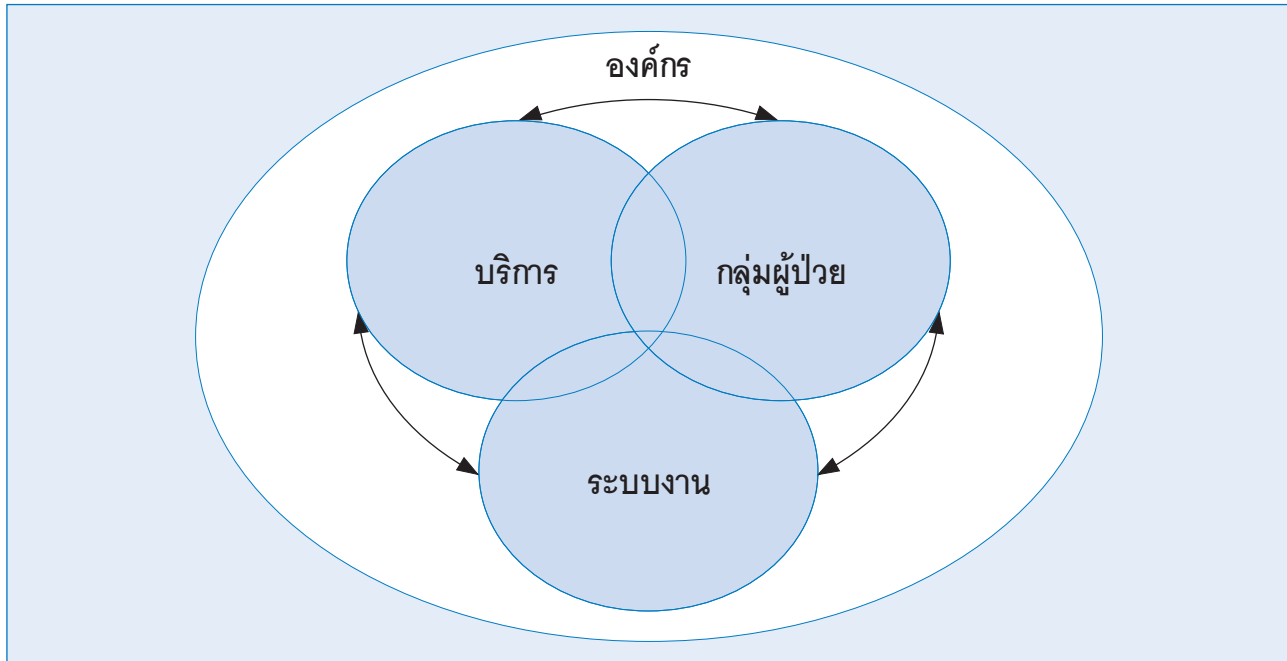
### ตารางเปรียบเทียบลักษณะของการพัฒนาระหว่างบันไดแต่ละขั้น

	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3
ภาพรวม	ตั้งรับแล้วใช้วิกฤติเป็นโอกาส	วางระบบในเชิงรุก	สร้างวัฒนธรรมคุณภาพ
จุดเริ่ม	นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน	วิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการอย่างเป็นระบบ	ประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA และการวัดผลลัพธ์ของงาน
กระบวนการคุณภาพ	การทบทวนคุณภาพ/ปัญหา/เหตุการณ์สำคัญ	Plan-Do-Check-Act (QA) Check-Act-Plan-Do (COI)	การเรียนรู้ในทุกระดับ
เครื่องชี้วัดความสำเร็จ	ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาที่กำหนด	QA/COI ที่สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของหน่วยงาน	เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดีขึ้น
มาตรฐาน HA	ยังไม่เน้นมาตรฐาน HA	มาตรฐาน HA ที่จำเป็นและปฏิบัติได้ไม่ยาก	มาตรฐาน HA ครบถ้วน
ประเมินตนเอง	เพื่อป้องกันความเสี่ยง (ไม่เน้นแบบฟอร์ม)	เพื่อการทำโอกาสพัฒนา	เพื่อสังเคราะห์ความพยายามในการพัฒนา และผลที่ได้รับ
ความครอบคลุม	ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิดขึ้น	ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด	เชื่อมโยงกระบวนการและระบบงาน
หลักคิดสำคัญ	ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน	เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด	Core values ทั้ง 5 กลุ่ม (ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้)

## ระบบงาน Hospital Accreditation (HA)

### 2. มิติของพื้นที่การพัฒนา: กลุ่มของระบบย่อยในองค์กร

พื้นที่การพัฒนา 4 วง เพื่อความครอบคลุม



## ns:uounrs Hospital Accreditation (HA)

โรงพยาบาลประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆ จำนวนมาก การพัฒนาต่างๆ จะเริ่มต้นที่ระบบย่อยเหล่านี้ ระบบย่อยแต่ละระบบจะมีเป้าหมาย ผู้รับผลงาน กระบวนการทำงาน และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

การทำความเข้าใจในการมีอยู่ของระบบย่อยต่างๆ ความสัมพันธ์กับระบบย่อยอื่นๆ และโอกาสที่จะมีการทับซ้อนในการพัฒนาระหว่างระบบย่อยต่างๆ จะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพง่าย มีประสิทธิภาพ สมบูรณ์และไม่ลับสน

เมื่อวิเคราะห์ระบบย่อยต่างๆ ในโรงพยาบาล สามารถจัดกลุ่มหรือพื้นที่ได้เป็น 1) ระบบย่อยที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการต่างๆ หรือระบบย่อยของแต่ละหน่วยบริการ 2) ระบบย่อยของการดูแลกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ที่เรียกว่ากลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) หรือกลุ่มโรคและหัตถการต่างๆ นั้นเอง 3) ระบบงานต่างๆ ที่สนับสนุนหรือเป็นแกนหลักสำคัญและเกี่ยวข้องกับหน่วยงานและกิจกรรมบริการจำนวนมาก รวมทั้งการขับเคลื่อนและติดตามการพัฒนาในระดับองค์กร เมื่อรวมทั้งสามกลุ่มเข้าด้วยกัน ก็จะเป็นระบบของทั้งองค์กร

การปรับปรุงระบบงานอันเป็นผลจากการทบทวนใน**บันไดขั้นที่ 1** อาจจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระบบย่อยในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือหลายกลุ่ม และหากใช้แนวคิดพื้นที่ของการพัฒนาไปใช้ ก็จะทำให้เกิดมุมมองที่กว้างขวางยิ่งขึ้น กล่าวอีกนัยหนึ่ง เหตุการณ์แต่ละเหตุการณ์สามารถกระตุ้นให้คิดถึงประเด็นการพัฒนาในทุกกลุ่มของระบบย่อย

การพัฒนาใน**บันไดขั้นที่ 2** จะเริ่มต้นจากการวิเคราะห์งานในแต่ละระบบย่อย ทำความเข้าใจเป้าหมาย กระบวนการทำงาน และผลการดำเนินงานที่คาดหวัง และออกแบบหรือปรับปรุงระบบงานสามารถส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องคาดหวังได้ การพัฒนาในขั้นนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะ**ต้องทำให้ครอบคลุมทุกระบบย่อย ในทุกกลุ่ม**



## ระบบงาน Hospital Accreditation (HA)

เมื่อจะก้าวเข้าสู่**บันไดขั้นที่ 3** จะต้องให้ความสำคัญยิ่งขึ้นกับการบูรณาการระบบย่อยต่างๆ ให้เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

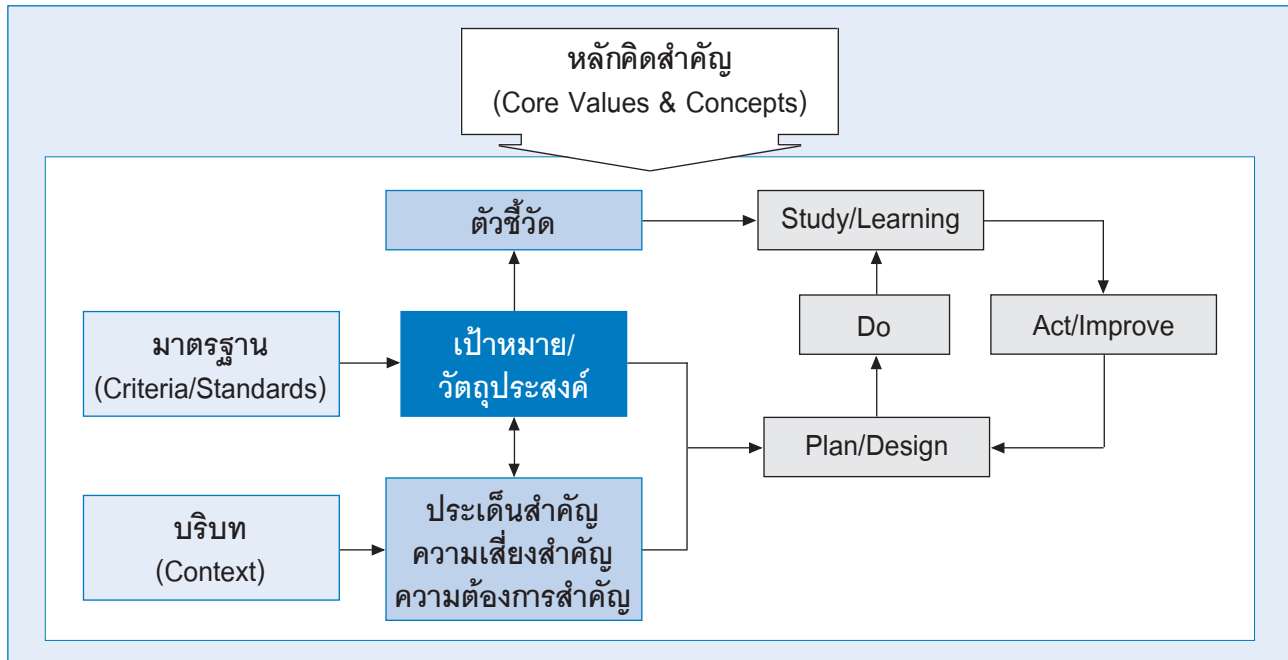
การทำความเข้าใจความทับซ้อนระหว่างระบบย่อย จะช่วยให้เกิดความร่วมมือ มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ลดการทำงานที่ไม่จำเป็น

การทำความเข้าใจว่าแต่ละระบบย่อยมีความสัมพันธ์เกื้อหนุนกันอย่างไร จะทำให้เกิดบูรณาการระหว่างระบบย่อย

## กระบวนการ Hospital Accreditation (HA)

### 3. มิติของกระบวนการพัฒนา: 3C-PDSA

#### แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ 3C-PDSA



## ns:uonms Hospital Accreditation (HA)

การใช้มาตรฐานเพื่อการพัฒนาและติดตามคุณภาพถือว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญ เป็นการเชื่อมโยงหลักการและนามธรรมสู่การปฏิบัติ

**3C** (Context, Core Values & Concepts, Criteria) คือองค์ประกอบที่จะทำให้เกิดการคิดหรือการวางแผนที่ดี เรียกว่า “คิดดี คิดถูก คิดเป็น” ทำให้รู้ว่าอะไรคือลำดับความสำคัญหรือความจำเป็นที่ตนจะต้องทำ

**PDSA** คือวงล้อของการปฏิบัติ ตั้งแต่การออกแบบ การนำไปปฏิบัติ การเรียนรู้หรือทบทวนติดตาม ประเมินผล และการปรับปรุงให้ดีขึ้น อาจเรียกว่าเป็นวงล้อเพื่อการ “ทำดี ทำถูก ทำเป็น”

Plan-Do-Study-Act (PDSA) ก็คือ Design-Action -Learning-Improvement (DALI) โดยความหมาย 3C-PDSA จะเริ่มจากตรงไหนก่อนก็ได้ แต่เริ่มแล้วควรขยับไปจนครบทุกองค์ประกอบที่เหลือ

**สิ่งที่เชื่อมระหว่างการคิด (3C) กับการทำ (PDSA) คือเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์**

เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการทำงานหรือการพัฒนาที่ดี มาจากการวิเคราะห์ context หรือสถานการณ์เฉพาะของตน คู่กับการวิเคราะห์เป้าหมายของ criteria หรือมาตรฐาน

เมื่อได้เป้าหมายชัดเจน ก็สามารถกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพื่อการติดตามกำกับหรือการประเมินผลได้

เมื่อมีเป้าหมายชัดเจน รู้ประเด็นสำคัญต่างๆ ที่เป็นความเสี่ยงหรือความต้องการ ก็สามารถออกแบบระบบงานที่เหมาะสมได้

ในการคิดและการทำที่ตินั้น ควรจะมีหลักการหรือค่านิยมหลัก (Core Values & Concepts) เป็นตัวกำกับ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการพัฒนา ยิ่งทำความเข้าใจให้ลึกซึ้ง ยิ่งเห็นโอกาสพัฒนามากขึ้น

## ns:uonms Hospital Accreditation (HA)

**การเรียนรู้ (Study หรือ Learning)** เป็นสิ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา การเรียนรู้ในที่นี้ครอบคลุม การทบทวนและติดตามประเมินผลในทุกรูปแบบ ซึ่งมีวิธีการมากมาย เช่น

- 1) **การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing)** โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติซึ่งเดิม มักจะถือกันว่าเป็นสิ่งทีนอกตำรา ใช้การไม่ได้ แต่ที่จริงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำงาน ส่วนหนึ่ง จะได้คำตอบว่าทำอะไรให้ความรู้ในตำรามาสู่การปฏิบัติได้จริง และในกรณีที่ไม่สามารถทำตาม แนวทางที่ควรจะเป็นได้ จะทำอะไรให้ปลอดภัยที่สุด
- 2) **การอภิปรายกลุ่ม (group discussion & learning)** เมื่อมีเรื่องใหม่เข้ามาซึ่งยังไม่เป็นที่เข้าใจกัน อย่างกว้างขวาง การมอบหมายให้มีผู้ไปศึกษาและนำมาอภิปรายในกลุ่ม จะทำให้เกิดการเรียนรู้ใน สิ่งเหล่านั้น และเป็นการจุดประกายให้นำไปปฏิบัติ
- 3) **สุนทรียสนทนา (dialogue)** เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มที่ได้ผลทั้งในด้านความเข้าใจผู้อื่น ความเข้าใจ ตนเอง ก่อให้เกิดความสุขและมีพลังในการที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า
- 4) **การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์** เมื่อมีบางหน่วยงานได้ทดลองปฏิบัติบางสิ่ง บางอย่างแล้ว อาจจะมีจุดให้ทีมงานได้นำเสนอ เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ อันจะนำไปสู่ การต่อยอดความคิด หรือการปรับทิศทางการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
- 5) **การเขียนบันทึกความก้าวหน้า (portfolio)** จะทำให้ผู้เขียนได้ตกผลึกความคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การเขียนบันทึกอาจจะเป็นการเขียนอย่างอิสระ ไม่ต้องมีรูปแบบ หรืออาจจะเป็นการเขียนตามประเด็น ที่กำหนดไว้ เช่น service profile, CQI story

## ns:uoums Hospital Accreditation (HA)

- 6) **การใช้ตัวตามรอย (tracer)** เป็นการติดตามสิ่งที่เราคุ้นเคย 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 ไม่ว่าจะจะเป็นกิจกรรมเล็กหรือใหญ่ 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

## ns:uonns Hospital Accreditation (HA)

พึงระวังว่าจะไม่ใช่การทบทวนเพื่อเป็นการจับผิดตัวบุคคลเป็นเป้าหมายแรก แต่มุ่งเรียนรู้สถานการณ์ เพื่อช่วยเหลือบุคคล การเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ได้ย้อนรอยบอกเล่าความรู้สึกและความคิดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ (cognitive walkthrough) จะช่วยให้เห็นโอกาสพัฒนาในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ง่ายขึ้น

- 11) **การประเมินตนเองตามมาตรฐานและประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน** (self assessment of standard compliance) มาตรฐานเป็นเครื่องมือช่วยให้เราได้มองเห็นว่าระบบงานที่วางไว้นั้น มีความรัดกุมเหมาะสมดีแล้วหรือไม่ มีการนำวงล้อ PDSA มาปฏิบัติอย่างไร สามารถบอกถึงการบรรลุเป้าหมายในแต่ละระบบหรือกระบวนการได้เพียงใด
- 12) **การทบทวนเวชระเบียน** (medical record review) การทบทวนเวชระเบียนในขั้นพื้นฐานคือการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก หากจะให้การทบทวนนั้นมีผลถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ควรจะทบทวนให้เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการดูแลผู้ป่วย และทบทวนว่าเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้างจากการดูแลนั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุง มิใช่การกล่าวโทษหรือหาผู้กระทำผิด

## ns:uonms Hospital Accreditation (HA)

### 4. มิติของการประเมินผล

การประเมินผลในมุมมองทั่วไปก็คือ S (Study) ใน 3C-PDSA ซึ่งได้กล่าวถึงวิธีการที่หลากหลายมาแล้วในหัวข้อที่ผ่านมา

การประเมินผลที่เป็นเรื่องเฉพาะของ HA คือการประเมินเพื่อให้ทราบถึงระดับความก้าวหน้าในการพัฒนา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา และเพื่อให้เห็นว่าการพัฒนาข้างหน้าคือการพัฒนาในเรื่องใด กล่าวอีกนัยหนึ่งเป็นการประเมินเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องไปข้างหน้า

การให้ recognition ต่างๆ เช่น กิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 สู่ HA หรือประกาศนียบัตรรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล เป็นการให้รางวัลและแรงจูงใจในการพัฒนา เป็นเพียงผลพลอยได้เพื่อต่อยอดให้เกิดความภาคภูมิใจแก่ทีมงาน แต่เนื้อหาสำคัญอยู่ที่คุณภาพที่ฝังอยู่ในระบบของโรงพยาบาลเอง

**การประเมินภายใน** เป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย ทำได้บ่อย ซึ่งหากทำด้วยความเข้าใจว่าเป็นการประเมินเพื่อให้กำลังใจและให้เห็นโอกาสพัฒนา จะได้ประโยชน์และจะเป็นกลไกสำคัญเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นรูปแบบของการเยี่ยมสำรวจเพียงอย่างเดียว

**การประเมินจากภายนอก** เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการรวมตัว การตั้งเป้าหมายระยะเวลาที่จะทำให้สำเร็จ และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่างๆ ได้ในเวลาที่ไม่ยาวนานเกินไป ข้อสำคัญคือการพัฒนาความสัมพันธ์แบบผู้ใหญ่-ผู้ใหญ่ และทีมงานของโรงพยาบาลมีเจตคติที่ไม่สุดโต่งไปด้านใดด้านหนึ่ง คือ เจตคติของการยอมจำนน และเจตคติของการปกป้องตนเอง

## ns:uoums Hospital Accreditation (HA)

การประเมินจากภายนอกจะเป็นการประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งเป็นมาตรฐานที่มุ่งเน้นที่ระบบงาน

**มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี** มีที่มาจากมาตรฐานหรือเกณฑ์คุณภาพที่มีคุณค่า 3 ส่วน ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้มาตั้งแต่ พ.ศ. 2540 มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพซึ่งกรมอนามัยจัดทำ และเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติสู่องค์กรที่เป็นเลิศ การบูรณาการมาตรฐานหรือเกณฑ์คุณภาพทั้ง 3 ส่วนเข้าด้วยกัน ช่วยลดความซ้ำซ้อนของเนื้อหา มาตรฐานที่มีความใกล้เคียงกันอยู่แล้ว ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติในลักษณะของการบูรณาการ ระหว่างการรักษากับการสร้างเสริมสุขภาพได้ในชีวิตประจำวัน และเป็นการปูพื้นฐานสำหรับองค์กรที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศให้ก้าวไปสู่เป้าหมายได้เร็วยิ่งขึ้น

การใช้มาตรฐานฉบับนี้ให้เกิดประโยชน์ จะต้องนำไปใช้ด้วยความเข้าใจในบริบทของตนเอง สามารถระบุดูจุดแข็งหรือปัญหาหรือประเด็นสำคัญแต่ละเรื่องในหน่วยงานหรือองค์กรของตนได้ ควบคู่ไปกับการใช้หลักคิดการพัฒนาสำคัญที่เป็นพื้นฐาน 5 ประการ คือ ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้ และการหมุนวงล้อของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (PDSA) หรือที่เรียกกรอบแนวคิดรวมนี้อย่างง่าย ๆ ว่า 3C-PDSA

การนำมาตรฐานไปใช้ จำเป็นต้องเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐาน เข้าใจแนวคิดเชิงระบบที่มองทุกอย่างเชื่อมต่อกันอย่างเป็นองค์รวม แล้วพยายามนำไปประเมินสิ่งที่ปฏิบัติจริง เช่น ประเมินกับผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ในโรงพยาบาลจริงๆ ประเมินกับบุคคลที่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้รับผลงานของระบบงานต่างๆ โดยเป้าหมายของการประเมินคือการค้นหาโอกาสพัฒนามากกว่าที่จะประเมินเพื่อความพึงพอใจกับระดับคุณภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน



## ระบบ Hospital Accreditation (HA)

ทีมงานสามารถใช้ scoring guideline ที่จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมการพัฒนา เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาได้

## ค่านิยมและแนวคิดหลัก (CORE VALUES AND CONCEPTS)

ค่านิยมและแนวคิดหลัก หรือหลักคิดที่กระบวนการ HA นำมาใช้ เกิดจากการผสมผสานหลักคิดของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ เกิดจากการประยุกต์แนวคิด TQM การสะสมหลักคิดที่เกิดจากการดำเนินการพัฒนาในแต่ละขั้นตอน และมาผสมผสานกับข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาองค์กรที่ประสบความสำเร็จที่ MBNOA นำมาใช้

หลักคิดเหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยกำกับวิธีการคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม ซึ่งสามารถใช้ประยุกต์ได้ในทุกมาตรฐาน ทุกสถานการณ์ เป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วระดับหนึ่ง และสามารถพัฒนาให้มากยิ่งขึ้นได้

หลักคิดหรือปรัชญาของ TQM ที่นำมาใช้ในวงเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้แก่ **ลูกค้าสำคัญที่สุด** (customer focus), **จุดความฝันร่วมกัน** (common vision), **ทีมงานสัมพันธ์** (team work), **มุ่งมั่นกระบวนการ** (process focus), **สานตัวอริยสัจสี่** (problem solving), **ตีที่ผู้นำ** (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 วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด เมื่อผสมผสานหลักคิดทั้งหมดเข้าด้วยกันและจัดเป็นหมวดหมู่ จะได้เป็น 5 หมวด ดังนี้

1. **ทิศทางการนำ:** visionary leadership, systems perspective, agility
2. **ผู้รับผล:** patient & customer focus, focus on health, community responsibility

## ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

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

## ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

- กระตุ้น จูงใจ สนับสนุน
- เป็นแบบอย่างที่ดี

### 1.2 Systems Perspective

#### คืออะไร

การมองภาพรวมอย่างครบถ้วนครอบคลุมทุกองค์ประกอบ

การเชื่อมต่อระหว่างกระบวนการต่างๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

การพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นเหตุเป็นผล

การพิจารณารอบของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และระบบสะท้อนกลับ

การจัดการองค์กรและองค์ประกอบทั้งหมด เพื่อบรรลุความสำเร็จ

#### ทำไม

การบริหารและพัฒนาแบบแยกส่วน ไม่ก่อให้เกิดความสำเร็จอย่างคุ้มค่า และทำให้สมาชิกในองค์กร  
ล้าสน อ่อนล้า

#### ทำอย่างไร

- สังเคราะห์ (synthesis) มองภาพรวมขององค์กรใช้ความต้องการหลักขององค์กร เป้าหมายเชิงกลยุทธ์และแผนงานเป็นพื้นฐาน
- มุ่งไปในแนวทางเดียวกัน (alignment) ทำให้เป้าหมาย แผนงาน กระบวนการ วัฒนธรรม และกิจกรรม

## ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

ต่างๆ สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน

- บูรณาการ (integration) เชื่อมโยงแนวคิด องค์ประกอบและระบบต่างๆ ขององค์กรเข้าด้วยกัน

### 1.3 Agility

#### คืออะไร

ความสามารถในการปรับตัวอย่างรวดเร็วและมีความยืดหยุ่น  
การตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น

#### ทำไม

สังคมคาดหวังที่จะได้รับบริการอย่างรวดเร็ว  
การปรับตัวที่ไว้วางใจคือการก้าวไปข้างหน้าก่อนผู้อื่น

#### ทำอย่างไร

- ลดความซับซ้อนของกระบวนการทำงาน
- สามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการอย่างรวดเร็ว
- ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้เกิดการตอบสนองที่รวดเร็ว ยืดหยุ่น ตรงความต้องการเฉพาะ
- ผู้ปฏิบัติงานได้รับอำนาจในการตัดสินใจ
- การออกแบบระบบบริการที่ได้ผล ประหยัด ให้คุณค่ากับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย
- ให้ความสำคัญกับการวัดและลดวงจรรอบเวลา ควบคู่ไปกับการปรับปรุงด้านอื่นๆ

## ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

### 2. ผู้รับผล

#### 2.1 Patient and Customer Focus

##### คืออะไร

สนองความต้องการ ใช้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อผลลัพธ์ที่ดี

ผู้รับผลงานมีทั้งเพื่อนร่วมงานซึ่งเป็นผู้รับผลงาน และผู้ป่วย ครอบครัว ฯลฯ ที่เป็นผู้รับผลงานภายนอก

##### ทำไม

หน้าที่หลักของระบบบริการสุขภาพคือการมีสุขภาพดีของประชาชน ครอบครัว ชุมชน

##### ทำอย่างไร

- รับรู้ปัญหา/ความต้องการ ทั้งระดับบุคคล กลุ่มโรค ทั่วไป ชุมชน
- ตอบสนอง ให้บริการที่ตรงปัญหา ได้ผล ปลอดภัย ใส่ใจ เคารพสิทธิ/ศักดิ์ศรี ใช้มาตรฐานวิชาชีพ ดูแลด้วยความระมัดระวัง ดูแลอย่างเต็มความสามารถ เอาใจเขามาใส่ใจเรา
- รับเสียงสะท้อน

#### 2.2 Focus on Health

##### คืออะไร

แนวคิดเรื่องสุขภาพคือดุลยภาพ

การนำภาวะที่เป็นปกติของบุคคลมาใช้ประโยชน์ต่อสุขภาพ

## ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

### ทำไม

การเจ็บป่วยจำนวนมาก ไม่รู้สาเหตุ แต่สามารถดูแลให้มีความสุขได้  
สุขภาพะ พบได้ทั้งในยามเจ็บป่วยหรือแม้ยามจะเสียชีวิต  
ผู้ป่วย มีทั้งส่วนที่ป่วยและไม่ป่วย ในตัวคนเดียวกัน

### ทำอย่างไร

- ใช้แนวคิด focus on health กับผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วย
- พิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพอย่างครอบคลุม
- สร้างสมดุลของการสร้างสุขภาพะ และการบำบัดรักษา

## 2.3 Community Responsibility

### คืออะไร

การปฏิบัติตามกฎระเบียบ ป้องกันผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรม ช่วยเหลือและดูแลสุขภาพชุมชน

### ทำไม

บริการสุขภาพอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสังคม  
องค์กรบริการสุขภาพมีหน้าที่ดูแลสุขภาพชุมชนนอกเหนือจากบริการในที่ตั้ง

## ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

### ทำอย่างไร

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

## 3. คนทำงาน

### 3.1 Value on Staff

#### คืออะไร

ส่งเสริมการมีและการใช้ศักยภาพ มีแรงจูงใจทำงานให้ได้ผลดี มีความสุข

#### ทำไม

คนคือทรัพย์สินที่มีค่าขององค์กร มีมูลค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

systems approach ได้ผลดีกว่าการกล่าวโทษ



## ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

### ทำอย่างไร

- มีกัลยาณมิตร/ศรัทธา ใช้วิธีการแห่งปัญญา คิดถูกวิธี คิดมีระเบียบ คิดมีเหตุผล คิดเร้ากุศล
- ผู้นำแสดงความมุ่งมั่น ยกย่องชมเชยเจ้าหน้าที่ ส่งเสริมการพัฒนาตนเอง
- ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้ สร้างสิ่งแวดล้อมให้กล้าคิดกล้าทำ
- จัดวิธีทำงานที่ยืดหยุ่น มีสมรรถนะ หลากหลาย
- ใช้ systems approach ในการแก้ปัญหาความผิดพลาด

### 3.2 Individual Commitment

#### คืออะไร

คือการที่แต่ละคนมีความมุ่งมั่นในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ยึดถือเป้าหมายและความสำเร็จขององค์กรเป็นหลักในการทำงาน

#### ทำไม

ความสำเร็จขององค์กรเป็นผลรวมของความพยายามของทุกคน  
คุณภาพต้องเริ่มที่แต่ละคน ทำทันที ทำต่อเนื่อง ทำเรื่องใกล้ตัว

#### ทำอย่างไร

- แต่ละคนทำงานประจำให้ดี ทำเต็มความสามารถ ระมัดระวัง เอื้ออาทร
- พัฒนางานของตน ร่วมพัฒนาผู้อื่น

## ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

- ผู้นำกำหนดความคาดหวังที่เหมาะสม ให้การสนับสนุน เสริมพลัง เป็นแบบอย่าง

### 3.3 Team Work

#### คืออะไร

การรับฟัง ร่วมคิด ร่วมทำ ภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน / วิชาชีพ ระหว่างผู้บริหารกับผูปฏิบัติ  
งาน การเป็นพันธมิตรระหว่างองค์กรต่างๆ

#### ทำไม

บริการสุขภาพมีความซับซ้อน ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างกว้างขวาง

#### ทำอย่างไร

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

## ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

### 3.4 Ethical and Professional Practice

#### คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ

การกำกับดูแลจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกัน

#### ทำไม

การตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพมีความสำคัญต่อผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

สังคมมีความคาดหวังสูงต่อผู้ประกอบวิชาชีพ และรับไม่ได้กับผลไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดจากการละเลยหรือการปฏิบัติที่ปราศจากจริยธรรมและมาตรฐาน

ผู้ประกอบวิชาชีพจำเป็นต้องมีอิสระในการตัดสินใจ ความมีอิสระนั้นต้องควบคู่ไปกับความรับผิดชอบ

ผู้ประกอบวิชาชีพต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการให้คำแนะนำหรือพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

#### ทำอย่างไร

- ผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคนมีจิตสำนึกในการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ พัฒนาตนเองให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น
- ด้วยหลักง่ายๆ ว่า “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” หรือ “ดูแลดุจญาติมิตร” จะช่วยป้องกันปัญหาได้มาก
- มีกลไกที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะควบคุมกำกับกันเองทั้งในลักษณะของการป้องกันและดำเนินการเมื่อเกิดปัญหา เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการและวิชาชีพอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานร่วมกัน

### 4. การพัฒนา

#### 4.1 Creativity and Innovation

##### คืออะไร

การเปลี่ยนแปลงที่ใช้วิธีการและแนวคิดใหม่

##### ทำไม

หัวใจสำคัญของนวัตกรรมคือจินตนาการ

สถานการณ์ที่คำตอบไม่ชัดเจน เป็นโอกาสเปิดสำหรับจินตนาการและนวัตกรรม

##### ทำอย่างไร

- จัดการให้นวัตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กรและงานประจำ
- ผู้บริหารส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทดลองความคิดใหม่ๆ ส่งเสริมการฝึกอบรมด้านความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม
- ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมในกระบวนการจัดบริการ

#### 4.2 Management by Fact

##### คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์อย่างเหมาะสม

## ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

### ทำไม

ข้อมูลข่าวสารที่ดีทำให้ทราบระดับปัญหาที่แท้จริง ลำดับความสำคัญ สาเหตุของปัญหา ข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่างๆ

### ทำอย่างไร

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

## 4.3 Continuous Process Improvement

### คืออะไร

การหาโอกาสพัฒนา และดำเนินการปรับปรุงกระบวนการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง มีการขยับเป้าหมายของผลงานขึ้นอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความเป็นไปได้

### ทำไม

ความคาดหวังของผู้รับผลงานที่เพิ่มขึ้น  
มีโอกาสทำให้เรียบง่ายและมีประสิทธิภาพขึ้นเสมอ

## ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

สถานการณ์เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

**ทำอย่างไร**

- วัฒนธรรมการค้นหาโอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ: บุคคล โครงการ หน่วยงาน องค์กร
- ใช้กลยุทธ์ในการค้นหาโอกาสพัฒนาที่หลากหลาย เช่น การทบทวนผลงาน การรับฟังผู้รับผลงาน การเปรียบเทียบกับข้อกำหนด/มาตรฐาน มีทีมงานจากสหสาขาวิชาชีพมาองภาพรวม
- สนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- สร้างกระบวนการเรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนา

### 4.4 Focus on Results

**คืออะไร**

การกำหนดเป้าหมายของการดำเนินงานและการพัฒนาที่ผลลัพธ์และคุณค่าที่ผู้มีส่วนได้เสียจะได้รับ

**ทำไม**

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้มีเป้าหมายร่วมกันชัดเจน

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้สามารถเชื่อมโยงแผนงานและกิจกรรมต่างๆ เข้าด้วยกันได้

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้เกิดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์

สูงสุด

## ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้มีส่วนได้เสียสำคัญจะทำให้เกิดความสำเร็จต่อองค์กร

### ทำอย่างไร

- วัดผลการดำเนินการขององค์กรโดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์สำคัญ
- ใช้ตัววัดผลการดำเนินการแบบนำ (leading indicator) และแบบตาม (lagging indicator) ร่วมกันอย่างสมดุล เพื่อสื่อลำดับความสำคัญ ติดตามผลการดำเนินการ และนำไปสู่การปรับปรุงผลลัพธ์
- รักษาสมดุลของคุณค่าระหว่างผู้มีส่วนได้เสียสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ ชุมชน ผู้จ่ายเงิน ธุรกิจ นักศึกษา ผู้ส่งมอบและพันธมิตร ผู้ลงทุน และสาธารณะ

## 4.5 Evidence-based Approach

### คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์

การใช้ข้อมูลวิชาการในการให้บริการสุขภาพ/ดูแลผู้ป่วย

### ทำไม

บริการสุขภาพที่ปลอดภัย ได้ผล มีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสม จะต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการ ซึ่งพิสูจน์ประสิทธิผลของวิธีการตรวจรักษาต่างๆ

บริการสุขภาพต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนต่างๆ มากมาย การใช้ดุลยพินิจของผู้ประกอบวิชาชีพควบคู่กับการใช้ข้อมูลวิชาการจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

## ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของเทคโนโลยีบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว แม้ความรู้ที่เขียนไว้ในตำราก็อาจจะล้าสมัยเร็วเกินกว่าที่คิด

### ทำอย่างไร

- นำ CPG ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย
- Gap Analysis
- นำศาสตร์ทางด้านระบาดวิทยาคลินิกและเศรษฐศาสตร์คลินิกมาช่วยในการตัดสินใจ
- นำข้อมูลวิชาการมาใช้ในลักษณะของการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกอย่างเป็นองค์รวม คือใช้ประกอบกับเครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ โดยอาศัยกลุ่มผู้ป่วยและปัญหาสำคัญในผู้ป่วยดังกล่าวเป็นตัวตั้ง

## 5. พาเรียนรู้

### 5.1 Learning

#### คืออะไร

การเรียนรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ของสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบสนอง ปรับตัว เพิ่มประสิทธิภาพ

#### ทำไม

สิ่งมีชีวิตต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอด องค์กรก็เปรียบเหมือนสิ่งมีชีวิต



## ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

### ทำอย่างไร

- มีกัลยาณมิตร / ศรัทธา ใช้วิธีการแห่งปัญญา คิดถูกวิธี คิดมีระเบียบ คิดมีเหตุผล คิดเร้ากุศล
- 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 เต็มใจลดอำนาจและการผูกขาดอำนาจของตน
- ผู้บริหารกระจายอำนาจและเพิ่มพลังการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติงาน

## ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

- ผู้ประกอบวิชาชีพพยายามให้ผู้ป่วย ประชาชน สามารถดูแลตนเอง
- มีการสื่อสารที่ดี มีข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสม มีการประเมินและสะท้อนกลับ





















ISBN 978-616-91681-8-8



9 786169 168188

ราคา 175 บาท