

ฉบับที่ 5  
5<sup>th</sup> Edition

# มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ

## Hospital and Healthcare Standards

Effective for Healthcare Accreditation 1<sup>st</sup> October 2022

มีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565

ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2



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





ฉบับที่ 5  
5<sup>th</sup> Edition

# มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ

## Hospital and Healthcare Standards

Effective for Healthcare Accreditation 1<sup>st</sup> October 2022

มีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565

ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2



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



# มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

จัดพิมพ์โดย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวนานท์

ต.ตลาดขี้ยู อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2027-8844 โทรสาร 0-2026-6680

[www.ha.or.th](http://www.ha.or.th)

ลงวันลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: พฤศจิกายน 2564

ฉบับพิมพ์ครั้งที่สอง: เมษายน 2565

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรนานุกรมของห้องสมุดแห่งชาติ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5.

(ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 เมษายน 2565).--พิมพ์ครั้งที่ 2.

--นนทบุรี : สถาบัน, 2565.

256 หน้า.

1. โรงพยาบาล--มาตรฐาน. I. ชื่อเรื่อง.

362.11

ISBN 978-616-8024-43-0

ออกแบบ: P2P

พิมพ์: บริษัท ก.การพิมพ์เทียนกวง จำกัด

## คำนำ

ตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ประกาศใช้มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ในปี 2560 โดยมาตรฐานฉบับดังกล่าวได้รับการรับรองจากองค์กรลากลีอ The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (ISQua EEA) ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของประเทศไทย

เพื่อให้ลอดคล้องกับสถานการณ์ต่างๆ ของโลกและประเทศไทย ความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมทั้งแนวคิดในการบริหารองค์กร การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย และเป็นไปเพื่อการต่ออายุกระบวนการรับรองมาตรฐานในระดับสากลอย่างต่อเนื่อง สถาบันจึงปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพขึ้นเป็นมาตรฐานฉบับที่ 5 โดยการรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน การมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ และองค์กรวิชาชีพ มีการเรียบเรียงเนื้อหาให้มีความกระชับโดยยังคงสาระหลักเดิมไว้ ขณะเดียวกัน ก็ได้มีการยก거่างเนื้อหาใหม่ขึ้นอีกจำนวนหนึ่ง เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในยุคปัจจุบัน และได้รับการรับรองจาก ISQua EEA ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

หวังว่ามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับนี้จะช่วยซึ้งนำการพัฒนาระบบงานและการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถส่งมอบคุณค่าที่ผู้รับบริการต้องการ ภายใต้บริบทของตนเอง เกิดวัฒนธรรมร่วมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ในองค์กร นำไปสู่องค์กรที่ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เมษายน 2565

# มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

## ที่ปรึกษา

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชูติกุล

นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมนี

ที่ปรึกษาคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรัฐองค์กรภาพสถานพยาบาล

## คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

|                                 |                        |
|---------------------------------|------------------------|
| รศ. ดร. นพ.จิรุตม์ ครีวัฒน์บลล์ | ประธานอนุกรรมการ       |
| ศ.คลินิก นพ.วิทยา ถีรสาพันธ์    | อนุกรรมการ             |
| พล.อ.ท. นพ.อนุตตร จิตตินันทน์   | อนุกรรมการ             |
| พศ. นพ.กำธร มาลาธรรม            | อนุกรรมการ             |
| นพ.สุรชัย ปัญญาพุทธิพงศ์        | อนุกรรมการ             |
| นพ.สมเจตต์ ชี้เจริญ             | อนุกรรมการ             |
| ดร.กฤษดา แสงดี                  | อนุกรรมการ             |
| ภญ.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์         | อนุกรรมการ             |
| นายเชาวลิต เมฆศิริวัгуล         | อนุกรรมการ             |
| พญ.ปิยารรณ ล้มปัญญาเลิศ         | อนุกรรมการและเลขานุการ |

## บรรณาธิการ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชูติกุล

พญ.ปิยารรณ ล้มปัญญาเลิศ

นางสาววิญญาวรรณ แมดสถาน และนักวิชาการสถาบัน

# สารบัญ

|   |           |
|---|-----------|
| คำนำ  | iii       |
| แนวทางการใช้มาตราฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5   | 1         |
| <b>ตอนที่ I การรวมของการบริหารองค์กร (Organization Management Overview)</b>                     | <b>13</b> |
| I-1 การนำ (Leadership)  | 14        |
| I-2 กลยุทธ์ (Strategy)  | 24        |
| I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer)  | 30        |
| I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้<br>(Measurement, Analysis and Knowledge Management) | 40        |
| I-5 บุคลากร (Workforce)   | 46        |
| I-6 การปฏิบัติการ (Operation)   | 58        |
| <b>ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (Key Hospital Systems)</b>                                | <b>71</b> |
| II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย (Quality, Risk and Safety Management)         | 72        |
| II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (Professional Governance)  | 84        |
| II-3 ลิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Environment of Care)                              | 91        |

|  |     |
|--|-----|
| II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control)   | 101 |
| II-5 ระบบทะเบียน (Medical Record System)   | 112 |
| II-6 ระบบการจัดการด้านยา (Medication Management System)  | 119 |
| II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง<br>(Diagnostic Investigation and Related Services) | 132 |
| II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance)                                      | 147 |
| II-9 การทำงานกับชุมชน (Working with Communities)   | 152 |

### **ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Processes) 157**

|   |     |
|---|-----|
| III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)   | 158 |
| III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)  | 163 |
| III-3 การวางแผน (Planning)  | 168 |
| III-4 การดูแลผู้ป่วย (Patient Care Delivery)  | 173 |
| III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว<br>(Information and Empowerment for Patients/Families) | 195 |
| III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)   | 198 |

|  |            |
|--|------------|
| <b>ตอนที่ IV ผลลัพธ์ (Results)</b>   | <b>205</b> |
| IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results)  | 206        |
| IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Patient and Other Customer-Focused Results) | 206        |
| IV-3 ผลด้านบุคลากร (Workforce Results)   | 207        |
| IV-4 ผลด้านการนำและการกำกับดูแล (Leadership and Governance Results)                      | 207        |
| IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)     | 208        |
| IV-6 ผลด้านการเงิน (Financial Results)   | 208        |
| ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)                  | 209        |
| ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation                             | 218        |
| ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4        | 237        |

# ISQua EEA Certificate of Hospital & Healthcare Standards 5<sup>th</sup> Edition



**The Healthcare Accreditation Institute**

**Hospital & Healthcare Standards (5<sup>th</sup> Edition)**

Awarded by ISQua EEA  
following an independent assessment  
against the Guidelines and Principles for the  
Development of Health and Social Care Standards,  
5<sup>th</sup> Edition

The period of Accreditation of these Standards  
is from  
until

February 2022

February 2026

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Jeffrey Braithwaite".

Prof Jeffrey Braithwaite, President

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Elaine O'Connor".

Ms Elaine O'Connor, Head of Operations

## ॥**แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5**

สถานบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ สรพ. ได้รับการจัดตั้งเป็นองค์กรตามพระราชบัญญัติ ให้มีบทบาทหน้าที่สำคัญตามพระราชบัญญัติฯ จัดตั้งองค์กร ในการดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงาน และการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

คณะกรรมการสถานบันได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ ในด้านระบบบริการสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพ ร่วมดำเนินการกำหนด หลักการ ทิศทาง และพัฒนามาตรฐานของสถานบัน ล่งผลให้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 มีจุดเด่นดังนี้

- มีการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมที่กว้างขวางและครอบคลุมทั้งภาควิชาการและผู้ใช้มาตรฐาน ประกอบด้วย องค์กรด้านสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้เยี่ยมสำรวจ โรงพยาบาล ประชาชน มีการทดลอง ใช้มาตรฐานในสถานพยาบาลและนำผลการทดลองใช้มาปรับให้เหมาะสม
- การนำ มาตรฐานต่างประเทศ และหลักการพัฒนามาตรฐานขององค์กรในระดับโลก The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (ISQua EEA) มาเป็น แนวทางการพัฒนามาตรฐานอย่างเป็นรูปธรรม
- การบูรณาการบทเรียนและประสบการณ์ของโรงพยาบาลในการตอบสนองในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อ COVID-19 และวิถีที่เรียกว่าปกติใหม่ๆ (new normal) ที่โรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยน

## แนวการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

4. การคาดการณ์แนวโน้มการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพและการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อชี้นำและส่งเสริมการเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
5. การบูรณาการเอกสารลักษณะของไทย เช่น การทำงานด้านสุขภาพด้วยจิตวิญญาณ (Spiritual Healthcare Appreciation: SHA) การแพทย์แผนไทย การสร้างเสริมสุขภาพ และการรณรงค์ลดการสูบบุหรี่ ในมาตรฐาน
6. การเรียบเรียงเกณฑ์มาตรฐานให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นเพื่อนำไปใช้ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเป็นหลัก ไม่ใช่เพียงเพื่อการประเมินรับรอง

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 จึงเป็นเล่มอ่อนเครื่องมือในการบริหารองค์กรและการพัฒนาคุณภาพในสถานโรงพยาบาล

## แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

### เป้าหมายของการใช้มาตรฐาน

เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ขององค์กรสามารถแสดงผลการดำเนินงานในระดับที่เป็นที่ยอมรับ มีระบบบริหารความเสี่ยงที่ดี และเห็นโอกาส พัฒนาไปสู่ระดับที่เป็นเลิศ

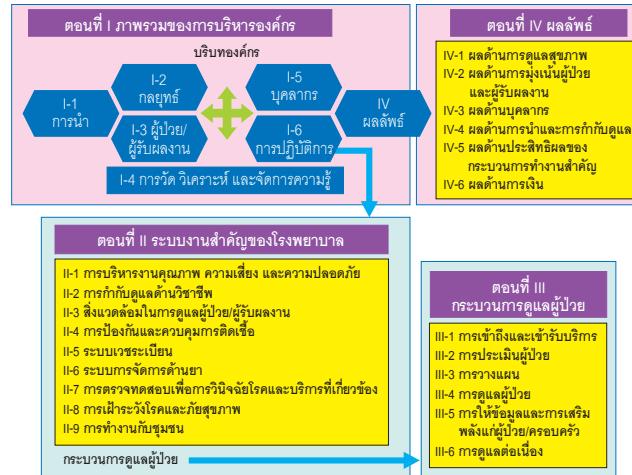
### ขอบเขตและนื้อหาของมาตรฐาน

มาตรฐานนี้ใช้สำหรับการพัฒนาและการประเมินโรงพยาบาลทั้งองค์กร ซึ่งสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาล ทุกระดับ โดยเนื้อหาในมาตรฐานแบ่งเป็น 4 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ I ภาพรวมการบริหารองค์กร ตอนที่ II ระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาล ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย ตอนที่ IV ผลลัพธ์ เนื้อหาในมาตรฐาน ทั้ง 4 ตอนได้มีการแบ่งเป็นบท โดยเรียงลำดับแต่ละบทตามตัวเลขของบิกิตามหลังด้วยเลขโรมัน ดังนี้

- มาตรฐานตอนที่ I ประกอบด้วยมาตรฐานบทที่ I-1 ถึง I-6 ครอบคลุมการบริหารองค์กรตั้งแต่การนำองค์กร การกำหนดกลยุทธ์ การคำนึงผู้ป่วยและผู้รับผลงาน การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ บุคลากร และการปฏิบัติการ
- มาตรฐานตอนที่ II ประกอบด้วย มาตรฐานตอนที่ II-1 ถึง II-9 ครอบคลุมระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาล ดังนี้ การบริหารคุณภาพ ความเสี่ยงและความปลอดภัย การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ ลิงแวดล้อมในการดูแล ผู้ป่วย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระบบเวชระเบียน ระบบการจัดการด้านยา การตรวจสอบเพื่อ การวินิจฉัยโรค การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และการทำงานกับชุมชน

## แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพบังคับที่ 5

- มาตรฐานตอนที่ III ประกอบด้วย บทที่ III-1 ถึง III-6 เริ่มตั้งแต่ กระบวนการเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผน การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและการเตรียมพัลส์ จนถึงการดูแลต่อเนื่อง
- มาตรฐานตอนที่ IV จะเป็นการแสดงถึงผลลัพธ์ บทที่ IV-1 ถึง IV-6 ประกอบด้วยผลด้านต่างๆ ดังนี้ ผลด้านการดูแลสุขภาพ การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน บุคลากร การนำและการกำกับดูแล ประสิทธิผล ของกระบวนการทำงานสำคัญ และผลด้านการเงิน



แผนภาพที่ 1 ภาพรวมมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

## แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

หน้าแรกของแต่ละบท ได้มีการสรุปเนื้อหาจัดทำเป็นแผนภาพไว้ เพื่อให้เห็นความล้มเหลวและความเชื่อมโยงของเนื้อหาภายในบทนั้นๆ นอกจากนี้ ยังได้มีการจัดหมวดหมู่ของทุกล่วนในมาตรฐาน มีการกำหนดหัวข้อหลัก และข้อย่อย โดยเรียงลำดับ แต่ละตอน บท และข้อกำหนด เพื่อให้สะดวกต่อการศึกษา สร้างการเรียนรู้ และการสืบค้น

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ได้มีการปรับรูปแบบและวิธีการเขียนบางประการ การใช้ลัญลักษณ์ รวมถึงการเพิ่มคำขยายความที่สำคัญ ตามเสียงสะท้อนที่ได้จากการรับฟังความคิดเห็นและการทดลองใช้เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจในมาตรฐานเพิ่มมากขึ้นดังนี้

1. รูปแบบการเขียนให้เป็นลักษณะหัวข้อที่เข้าใจง่าย โดยใช้เครื่องหมายหรือลัญลักษณ์แทนความหมายต่างๆ ดังนี้

- เครื่องหมายหัวข้อ (. ) ใช้เพื่อแสดงการจับเนื้อหาของประโยชน์
- เครื่องหมายทวิภาค (: ) ใช้ต่อท้ายคำอธิบาย ซึ่งอาจเป็นลำดับขั้น ตัวอย่าง หรือประเด็นที่หลากหลาย ในข้อกำหนดย่อย (multiple requirement)
- เลขโรมัน i, ii, iii.... เป็นอนุห้องย่อย และถึงถึงประเด็นที่จะช่วยให้ข้อกำหนดย่อยประสบความสำเร็จ โดยพิจารณาตามบริบทของโรงพยาบาลซึ่งอาจไม่ต้องทำทุกข้อ
- เครื่องหมายอัฒภาค (;) ใช้ตามหลังอนุห้องย่อยว่าจะมีข้อต่อไปแสดงถึงความเชื่อมโยงของเนื้อหามาตรฐาน
- เครื่องหมายทับ (/) จะห่วงคำสองคำที่ต่อเนื่องกัน หมายความถึงคำว่าหรือในคำที่มีความหมายอยู่ในกลุ่มเดียวกัน

## แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

2. ปรับปรุงภาษาและการเขียนคำที่เข้าใจง่าย โดยอ้างอิงภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3. ปรับปรุงข้อต้นประযุคด้วยคำนามหรือกริยา ให้ลอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันในแต่ละหัวข้อ
4. การอธิบายคำที่มีความหมายเฉพาะ หรือยกตัวอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อการนำไปปฏิบัติ ในเชิงօรรถ (footnote)

เนื้อหาของเกณฑ์ในมาตรฐานฉบับที่ 5 ได้มีการปรับเปลี่ยนจากฉบับที่ 4 ในหลายประเด็น โดยเนื้อหาที่ปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมจะแสดงด้วย **ตัวอักษรสีม่วง** ผู้ใช้มาตรฐานสามารถดูหัวข้อหลักของเกณฑ์ในมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4 ได้จากการเปรียบเทียบในภาคผนวก มาตรฐานฉบับนี้สามารถใช้กับสถานพยาบาลอื่นๆ นอกเหนือจากโรงพยาบาลได้ โดยเน้นการนำข้อกำหนดในตอนที่ 1 และตอนที่ 4 มาใช้ และเลือกข้อกำหนดในตอนที่ 2 และตอนที่ 3 เท่าที่เที่ยวข้อมาใช้

### สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐาน

1. การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยง ที่สำคัญ
2. การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (core values & concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ
  - ทิศทางนำ: visionary leadership, system perspective, agility
  - ผู้รับผล: patient & customer focus, focus on health, community responsibility
  - คนทำงาน: value on staff, individual commitment, teamwork, ethic & professional standard

## แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

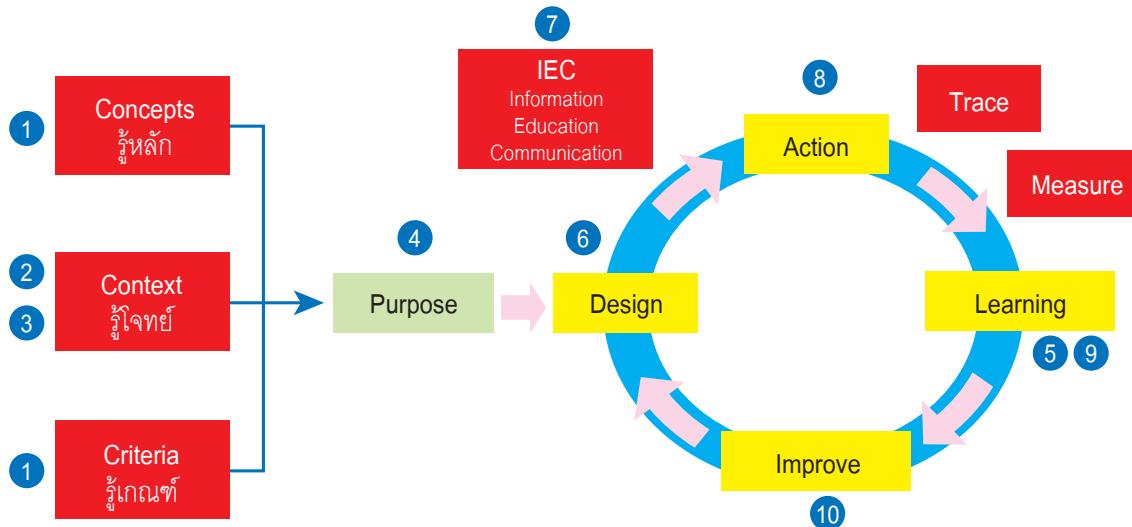
- การพัฒนา: creativity & innovation, management by fact, continuous process improvement, focus on results, evidence-based approach
  - พาเรียนรู้: learning, empowerment
3. งล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Purpose-Process-Performance)
  4. แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

### การใช้มาตรฐานที่ก่อให้เกิดคุณค่า

1. ทำความเข้าใจเป้าหมายและคำสำคัญ (key words) ของมาตรฐานให้กระฉับชัด ลำหัวข้อความหรือคัพท์ที่เข้าใจได้ยากหรือนึกถึงวินัยไม่ออก จะมีคำอธิบายหรือตัวอย่างการปฏิบัติเขียนไว้ที่เชิงอրรถ (footnote)
2. เน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้และยกระดับผลการดำเนินงาน
3. เน้นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ในแต่ละระบบ (ศึกษาและทำความเข้าใจเล่นที่เชื่อมต่อองค์ประกอบต่างๆ ในแผนภูมิ) และการเชื่อมโยงระหว่างระบบงานต่างๆ
4. เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และบททวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ในที่ทำงาน หรือที่ข้างเตียงผู้ป่วย
5. เน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) อย่างเชื่อมโยง
6. ประยุกต์ใช้มาตรฐานอย่างเหมาะสม เช่น ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ 1 กับระดับหน่วยงานด้วย มาตรฐานว่าด้วยการจัดการกระบวนการภายในทุกเรื่อง
7. เน้นการบททวนประเมินผลในระดับภาพรวม และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละระบบ

## แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพบันทึก 5

### การประยุกต์แบบคิด 3C-PDSA/DALI ในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ



## แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

1. ต้องรหัสมมาตรฐาน อะโกรีคือเป้าหมายและคุณค่าของมาตรฐาน ใครได้ ใครทำ ต้องทำอะไร
2. รับรู้ รู้ถึงสถานการณ์จากของจริง (ตามรอย) จากคำพูดของผู้ป่วย (ตามเจ้า สัมภาษณ์เชิงลึก)
3. วิเคราะห์ เก็บข้อมูล ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ หาความหมายจากข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำ
4. ตั้งเป้า คาดภาพให้ชัดว่าอย่างไร เท็นอะไร เปลี่ยน concept เป็นตัวชี้วัด
5. ฝ่าดู หา baseline ของตัวชี้วัดที่กำหนด และติดตามต่อเนื่อง
6. ออกแบบ ใช้แนวคิด human-centered design, human factor engineering ร่วมกับการจัดทำคู่มือ อย่างง่าย มีมาตรฐานคู่กับความยืดหยุ่น
7. สื่อสาร ใช้การสื่อสารทุกรูปแบบเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติรู้ในสิ่งที่ต้องรู้ ณ จุดปฏิบัติ
8. ปฏิบัติ สนับสนุนและทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบ กระตุ้นให้เกิดต่อเมื่อเข้าไปปฏิบัติงาน
9. ติดตาม/เรียนรู้ มีผู้รับผิดชอบ เก็บข้อมูล ตามรอย เฝ้าระวัง ประเมินผล สร้างการเรียนรู้ด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย
10. ปรับปรุง ตามโอกาสที่พบ เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลงานที่ดีขึ้น

## แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

### กิจกรรมการเรียนรู้กับมาตรฐาน HA

การเรียนรู้ (Study หรือ Learning) เป็นลิ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา การเรียนรู้ในที่นี้ครอบคลุม การทบทวนและติดตามประเมินผลในทุกรูปแบบ ซึ่งมีวิธีการมากมาย เช่น

- 1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติซึ่งจะให้คำตอบว่าทำอย่างไรให้ความรู้ในตำรา�ีการปฏิบัติด้วยจริง และในการนี้ที่ไม่สามารถทำตามแนวทางที่ควรจะเป็นได้ จะทำอย่างไรให้ปลอดภัยที่สุด
- 2) การอภิปรายกลุ่ม (group discussion & learning) เมื่อมีเรื่องใหม่เข้ามาซึ่งยังไม่เป็นที่เข้าใจกันอย่างกว้างขวาง การมอบหมายให้มีผู้ไปศึกษาและนำมารอวิปรายในกลุ่ม จะทำให้เกิดการเรียนรู้ในลิ่งเหล่านั้น และเป็นการจุดประกายให้นำไปปฏิบัติ
- 3) สุนทรียสนทนา (dialogue) เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มที่ได้ผลทั้งในด้านความเข้าใจผู้อื่น ความเข้าใจตนเอง ก่อให้เกิดความสุขและมีพลังในการที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า
- 4) การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ (presentation) เมื่อมีบางหน่วยงานได้ทดลองปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างแล้ว อาจจะจัดเวทีให้ทีมงานได้นำเสนอ เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ อันจะนำไปสู่การต่อยอดความคิด หรือการปรับพิศทางการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
- 5) การเขียนบันทึกความก้าวหน้า (portfolio) จะทำให้ผู้เขียนได้ตกผลึกความคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การเขียนบันทึกอาจจะเป็นการเขียนอย่างอิสระ ไม่ต้องมีรูปแบบ หรืออาจจะเป็นการเขียนตามประเด็นที่กำหนดไว้ เช่น service profile, CQI story

## แนวการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

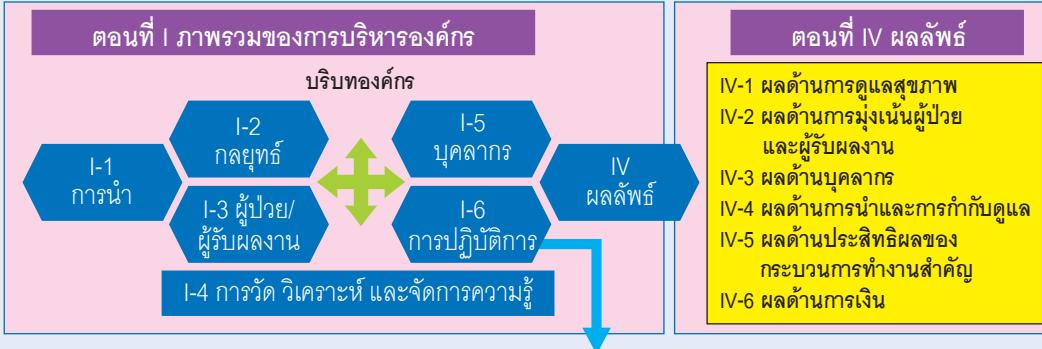
- 6) การใช้ตัวตามรอย (tracer) เป็นการติดตามลิงที่เราคุ้นเคย สามารถสังเกตเห็นและติดตามไปตามขั้นตอนหรือกระบวนการต่างๆ ได้ง่าย ตัวตามรอยอาจจะเป็นผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มโรค ข้อมูลข่าวสาร ยา สิ่งส่งตรวจ ฯลฯ การตามรอยช่วยให้เราเข้าไปทำความเข้าใจในสถานการณ์จริง ช่วยให้เราเห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน
- 7) การเยี่ยมสำรวจ/ตรวจสอบภายใน (internal survey/audit) เป็นการประเมินด้วยคนภายในกันเอง โดยเข้าไปดูในสถานที่จริง เจตคติของการเข้าไปควรเพื่อเข้าไปให้ความช่วยเหลือมากกว่าเพื่อการประเมิน เสมือนผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก การเข้าไปพร้อมๆ กันจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายจะให้ผลได้ดีกว่า
- 8) การทบทวนหลังทำกิจกรรม (after action review) ทุกครั้งหลังจากทำกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรม เล็กหรือใหญ่ ทีมงานที่ร่วมกิจกรรมมาทบทวนร่วมกันว่าลิงที่ทำลงไปนั้นบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ແຕ່แรก หรือไม่ อะไรมีความสำเร็จหรือคุณค่าที่ควรรักษา อะไรมีจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงในโอกาสต่อไป
- 9) การติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูล และการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (indicator monitoring, data analysis, & goal achievement assessment) เป็นการเรียนรู้จากข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งจะทำให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง และระดับการปฏิบัติที่แตกต่างจากเป้าหมาย ควรให้ความสำคัญให้มากกับการวิเคราะห์และการเชื่อมโยงข้อมูล ขณะเดียวกันพึงระวังข้อจำกัดหรือผลเลี่ยงของ การวัดและการประเมินเชิงปริมาณ ซึ่งจะต้องนำเอาการประเมินด้านอื่นๆ มาประกอบด้วย
- 10) การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ (quality review activities) เป็นการเรียนรู้จากจุดอ่อน ความเสี่ยง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเลี่ยงสะท้อนต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น

## แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

พึงระวังว่าจะไม่ใช้การทบทวนเพื่อเป็นการจับผิดตัวบุคคลเป็นเป้าหมายแรก แต่มุ่งเรียนรู้สถานการณ์ เพื่อช่วยเหลือบุคคล การเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ได้ย้อนรอยของเล่าความรู้สึกและความคิดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา ก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ จะช่วยให้เห็นโอกาสพัฒนาในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ง่ายขึ้น

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

# ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย
- II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ
- II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
- II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- II-5 ระบบ亥ชระเบียน
- II-6 ระบบการจัดการด้านยา
- II-7 การตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง
- II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
- II-9 การทำงานกับชุมชน

กระบวนการดูแลผู้ป่วย

## ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

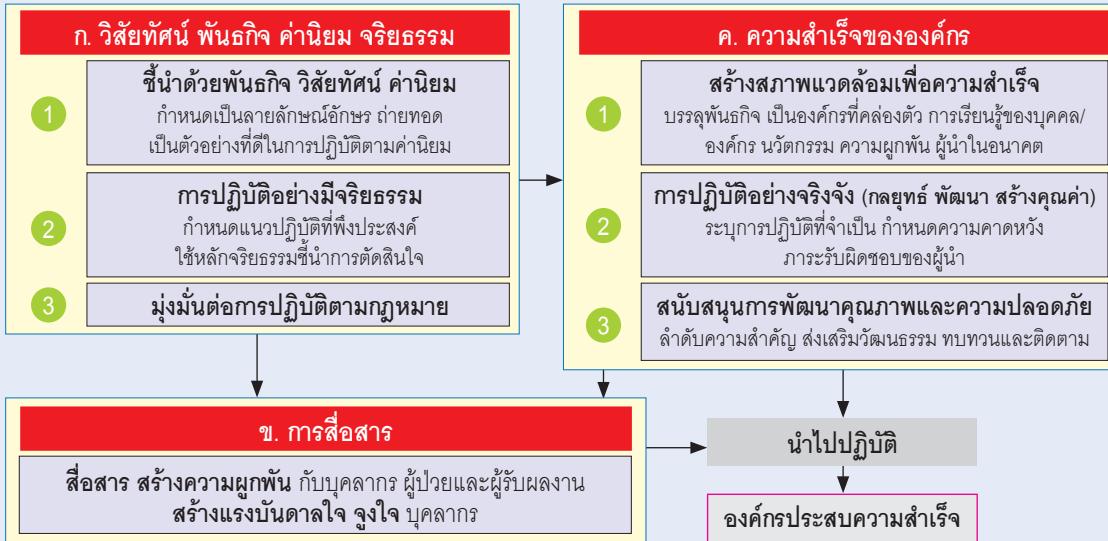
- III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ
- III-2 การประเมินผู้ป่วย
- III-3 การวางแผน
- III-4 การดูแลผู้ป่วย
- III-5 การให้ข้อมูลและการเสริม  
พลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว
- III-6 การดูแลต่อเนื่อง

## ตอนที่ 1 การพิจารณาการบริหารองค์กร

### I-1 การนำ (Leadership)

#### I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

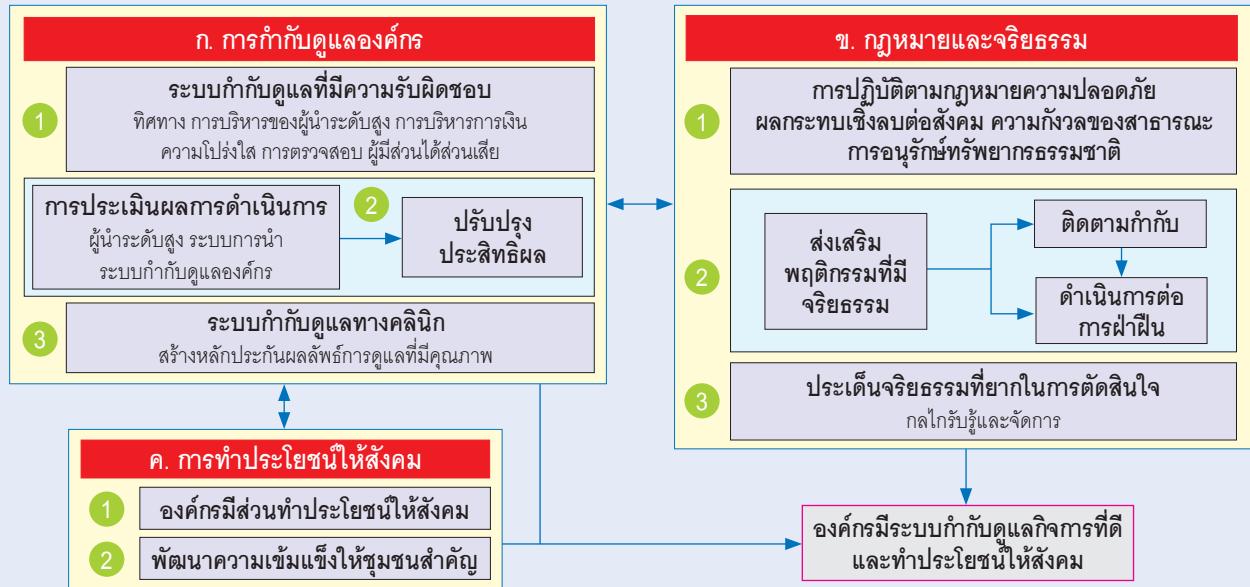
ผู้นำระดับสูงซึ่งนำและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.



## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม (Governance and Societal Contributions)

องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และการเป็นองค์กรที่ทำประโยชน์ให้สังคม



## ตอนที่ 1 กារพរມของการบริหารองค์กร

### I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

ผู้นำระดับสูงซึ่งนำและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม การลือสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.

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

(1) ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร:

- (i) กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม เป็นลายลักษณ์อักษร และถ่ายทอดลีส์เหล่านี้ลงสู่การปฏิบัติ<sup>1</sup>;
- (ii) เป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กร และการทำงานเป็นทีม.

(2) ผู้นำระดับสูงลงเริ่มการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม:

- (i) กำหนดแนวทางปฏิบัติที่พึงประสงค์ (codes of conduct) ขององค์กรที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรม<sup>2</sup> (ethical principles) เป็นลายลักษณ์อักษร;

<sup>1</sup> การถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติ หมายถึง การถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ไปยังบุคลากร ผู้ลั่งมอญ พนักงานที่สำคัญ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ

<sup>2</sup> หลักจริยธรรม หมายถึง หลักแห่งความประพฤติปฏิบัติชอบ ซึ่งมีมากฐานอยู่บนหลักคำสอนของศาสนา ปรัชญา และขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นหลักประพฤติปฏิบัติตามเพื่อบรรลุถึงสภาพชีวิตอันทรงคุณค่าที่พึงประสงค์ และไม่เกิดความเสียหายต่อองค์กร

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

- (ii) ลงเสริมการใช้หลักจริยธรรม ชี้นำการตัดสินใจและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย<sup>3</sup>/ผู้รับผลงาน<sup>4</sup> ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และลังคมโดยรวม.
- (3) ผู้นำระดับสูงมุ่งมั่นต่อการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมาย<sup>5</sup>.

### ๙. การสื่อสาร (Communication)

- (1) ผู้นำระดับสูงใช้การสื่อสารอย่างได้ผลและสร้างความผูกพันกับบุคลากรทั่วทั้งองค์กร และผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ที่สำคัญ:
- (i) สื่อสารสองทิศทาง อย่างเปิดเผย และเข้าใจง่าย กับทุกกลุ่มเป้าหมาย;
- (ii) สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญและความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงกับบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง ตามความจำเป็น;

<sup>3</sup> ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่มาปรับปรุงรักษาภาพในการดูแลรักษาโรค การบาดเจ็บ หรืออาการที่ไม่ปกติต่างๆ ทางลุขภาพ และครอบครุณถึงผู้รับบริการด้านลุขภาพอื่นๆ เช่น รับบริการด้านการสร้างเสริมลุขภาพและป้องกันโรค

<sup>4</sup> ผู้รับผลงาน หมายถึง ผู้รับบริการด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่ด้านบริการลุขภาพ และผู้รับผลงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่ผู้รับบริการ เช่น ครอบครัวของผู้ป่วย ผู้มาเยี่ยม ชุมชนที่สถานพยาบาลไปเสริมพลัง สำรวจที่มาของชันสูตร และสื่อมวลชนที่ต้องการข่าว เป็นต้น

<sup>5</sup> กฎหมาย หมายถึง กฎหมาย เบี้ยนช้อบังคับ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการของสถานพยาบาล ครอบครุณ กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับการปกครอง กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างและการคลัง กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพ กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับยา วัตถุ และเครื่องมือทางการแพทย์ และกลุ่มกฎหมายความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน



## ตอนที่ 1 กារรวมของการบริหารองค์กร

- (3) ผู้นำระดับสูงสนับสนุนความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:
- (i) กำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวัง ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย;
  - (ii) ลงเลิมวัฒนธรรมความปลอดภัย การเน้นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้;
  - (iii) ทบทวนและกำกับติดตามผลการดำเนินการ และความก้าวหน้าของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องรวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาอุบลรัตน์.

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม<sup>7</sup> (Governance and Societal Contributions)

องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และการเป็นองค์กรที่ทำประโยชน์ให้สังคม

#### ก. การกำกับดูแลองค์กร (Organizational Governance)

(1) องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบกำกับดูแลกิจการ ที่มีความรับผิดชอบในประเด็นต่อไปนี้:

- (i) ทิศทาง วัตถุประสงค์ และแผนกลยุทธ์ขององค์กร;
- (ii) การบริหารงาน (operational management)<sup>8</sup> ของผู้นำระดับสูง;
- (iii) การบริหารทางการเงิน (financial management)<sup>9</sup> และงบประมาณ;

<sup>7</sup> การทำประโยชน์ให้สังคม (societal contribution) หมายถึง การท่องค์กรดำเนินถึงความพากเพียรและประโยชน์ของสังคม โดยเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติประจำ ในการสร้างลิ่งแวดล้อมที่ดี การปฏิบัติตามกฎหมายเบื้องต้น และการสนับสนุนชุมชน โดยมีการทำหน้าที่ชุมชน และเรื่องที่บุคลากรในองค์กรจะมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนให้เกิดความเข้มแข็งตามขนาดและความสามารถขององค์กร ซึ่งการทำประโยชน์ให้สังคมขององค์กรอาจเป็นตัวสร้างเสริมความผูกพันของผู้ป่วย ประชาชน และบุคลากร

<sup>8</sup> การบริหารงาน (operational management) หมายถึง การดำเนินนโยบาย การกำหนดเป้าประสงค์หรือเป้าหมายในอนาคต สำหรับบริการต่างๆ ขององค์กรผ่านการวางแผนและการกำหนดงบประมาณ การสร้างกระบวนการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเหล่านั้น การจัดสรรทรัพยากรและทำให้มั่นใจว่าจะบรรลุตามแผน

<sup>9</sup> การบริหารทางการเงิน (financial management) หมายถึง การวางแผน การตรวจสอบ การจัดระเบียบและการควบคุม การเงินและสินทรัพย์ขององค์กร

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

- (iv) ผลการดำเนินการขององค์กรและความโปร่งใสในการดำเนินการ;
  - (v) การตรวจสอบภายในและภายนอกที่เป็นอิสระและมีประสิทธิผล;
  - (vi) การพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.
- (2) องค์กรประเมินและปั้นปูงประสิทธิผลการดำเนินการของ:
- (i) ผู้นำระดับสูง;
  - (ii) ระบบการนำ;
  - (iii) ระบบกำกับดูแลองค์กร.
- (3) องค์กรวางแผนกำกับดูแลทางคลินิก<sup>10</sup> ที่มีประสิทธิผล

- (i) กำหนดให้มีคณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิก<sup>11</sup> กำกับดูแลองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การบททวนการดูแลผู้ป่วย หรือการตรวจสอบทางคลินิก ผลลัมภ์ที่มีในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ของผู้ป่วย การบริหารความเสี่ยง การวิจัยและพัฒนา การเปิดเผยข้อมูล<sup>12</sup> การจัดการสารสนเทศ การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่องของ

<sup>10</sup> การกำกับดูแลทางคลินิก (clinical governance) หมายถึง ครอบที่สถานพยาบาลใช้เพื่อแสดงความรับผิดชอบในการชี้แจงคุณภาพและมาตรฐานในงานบริการ ตลอดจนยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การจัดการงานคลินิกบริการอย่างเหมาะสม และการสร้างสภาพแวดล้อมที่ช่วยเสริมสร้างงานบริการที่เป็นเลิศ

<sup>11</sup> คณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิก หมายถึง คณะกรรมการที่องค์กรมอบหมายให้กำกับดูแลกระบวนการและผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยทุกแห่งที่มีผู้บริหารสูงสุดทางด้านการแพทย์เป็นประธาน เป็นอย่างน้อย

<sup>12</sup> การเปิดเผยข้อมูล (openness) หมายถึง การเปิดเผยหรือแสดงข้อมูลด้านการวิจัยพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อลงเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา ตลอดจนการจัดให้มีช่องทางที่จะรับฟังความคิดเห็นหรือเรื่องร้องเรียน

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

- ผู้ประกอบวิชาชีพ และการผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร;
- (ii) คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกได้รับรายงานอย่างล้ำเมื่อเกี่ยวกับผลการดำเนินการและกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และแสดงความรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ รวมทั้งสนับสนุนให้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและติดตามกำกับ.

### ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม (Legal and Ethical Behavior)

(1) องค์กรส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย และกฎหมายเบื้องต้นด้วย:

- (i) การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบด้านความปลอดภัย;
- (ii) การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง<sup>13</sup>;
- (iii) การคาดการณ์และเตรียมการเชิงรุกต่อการดำเนินการหรือการปฏิบัติการที่มีผลกระทบเชิงลบต่อลังคอมและความกังวลของสาธารณะ<sup>14</sup> รวมถึงการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ.

<sup>13</sup> กฎหมายและระเบียบ (law and regulation) ควรครอบคลุมถึง กฎหมายและระเบียบที่คุ้มครองการจ้างงานผู้พิการ อาชีวอนามัย โครงสร้างอาคาร การคุ้มครองลิ่งแวดล้อม การจัดการของเสีย พรบ.โรคติดต่อที่ต้องรายงาน พรบ.คุ้มครองผู้บริโภค ความปลอดภัยด้านอาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ กฎหมายของวิชาชีพ การเข็นทะเบียนวิชาชีพ มาตรฐานทางเทคนิคต่างๆ เช่น พรบ.คอมพิวเตอร์

<sup>14</sup> ความกังวลของสาธารณะ (public concerns) อาจรวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย คำใช้จ่าย การเข้าถึงที่เท่าเทียมและทันกากล ลิงคุกความใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น และการจัดการกับของเสียจากการให้บริการทางการแพทย์ (medical waste)

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

(2) องค์กรส่งเสริมการมีพัฒนาระบบที่มีจริยธรรม:

(i) ส่งเสริมและทำให้มั่นใจว่าจะมีพัฒนาระบบที่มีจริยธรรม<sup>15</sup> ในปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี;

(ii) มีการติดตามกำกับและดำเนินการต่อพัฒนาระบบที่ฝ่ายนักจัดการ;

(3) องค์กรจัดให้มีกลไกเพื่อการรับรู้และจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ<sup>16</sup> ด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม.

### ค. การทำประโยชน์ให้สังคม (Societal Contribution)

(1) องค์กรมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้สังคม.

(2) องค์กรกำหนดชุมชนที่สำคัญ (key communities) เพื่อสนับสนุนและให้ความร่วมมือในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน<sup>17</sup>.

<sup>15</sup> พัฒนาระบบที่มีจริยธรรม ครอบคลุมจริยธรรมทางการแพทย์และจริยธรรมในการปฏิบัติงาน เช่น ความต้องป้องมากับคู่ค้าหรือผู้ล่วงบorders>การประเมินผลงานระหว่างหัวหน้ากับลูกน้อง เป็นต้น

<sup>16</sup> ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากต่อการตัดสินใจ (ethical dilemma) หมายถึง ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากต่อการตัดสินใจเนื่องจากมีฐานความคิดทางจริยธรรมที่ขัดแย้งกัน หากตัดสินใจบนฐานความคิดหนึ่ง ก็อาจขัดแย้งกับอีกฐานความคิดหนึ่งได้ ซึ่งความมีความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลาย โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรับรู้และตัดสินใจ เช่น การตัดสินใจไม่ให้การรักษาหรือ棄治疗 การให้การรักษาที่จำเป็นแต่ขัดกับความประஸ์ของผู้ป่วย การรับผู้ป่วยิกฤตรายใหม่เข้าไปในหอผู้ป่วยิกฤตซึ่งจำเป็นต้องอยู่ผู้ป่วยหนักที่มีอยู่เดิมออก

<sup>17</sup> สร้างความเข้มแข็งของชุมชน หมายถึง ความร่วมมือในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในงานบริการ การศึกษา สุขอนามัย และการเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน เป็นต้น

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-2

### กลยุทธ์ (Strategy)

#### I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินการขององค์กร.

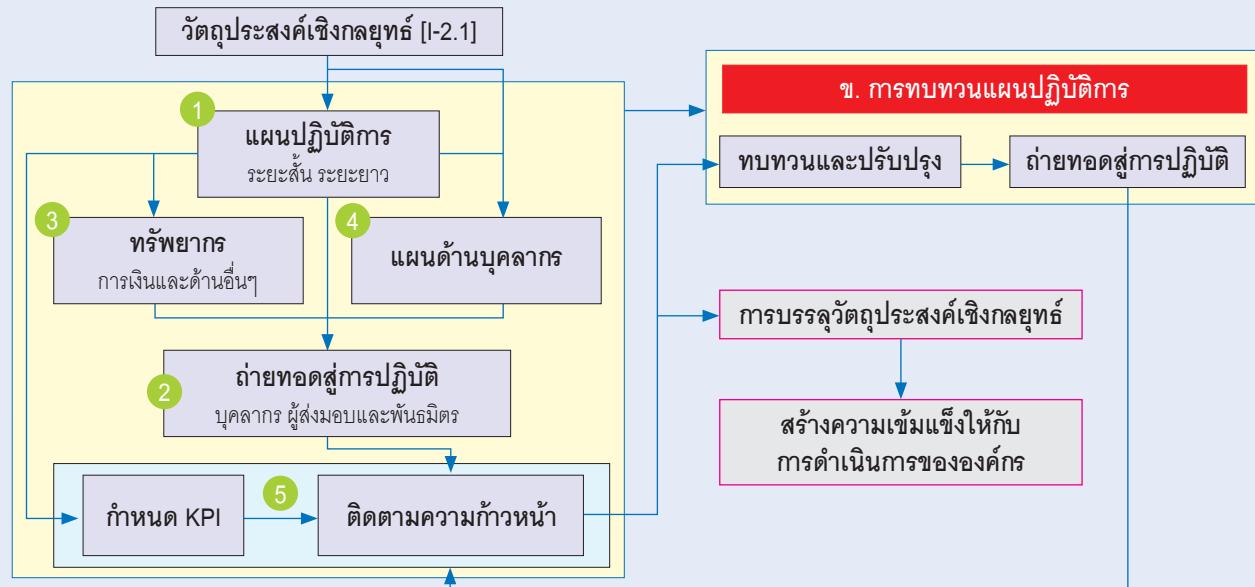


## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

#### ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ



## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินการขององค์กร.

#### ก. กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning Process)

(1) องค์กรมีกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสม:

- (i) มีกระบวนการ ขั้นตอน ผู้มีส่วนร่วม และกรอบเวลา ที่เหมาะสม;
- (ii) มีการใช้ข้อมูลจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว บุคลากร และข้อมูลจากชุมชนตามความเหมาะสม  
ในการวางแผนระบบบริการ;
- (iii) มีการพิจารณาถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการเป็นองค์กรที่มีความคล่องตัว.

(2) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้ในการจัดทำกลยุทธ์:

- (i) ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว ชุมชนที่รับผิดชอบ และผู้มีส่วน  
ได้ส่วนเกี่ยวข้อง;
- (ii) สมรรถนะหลักขององค์กร;
- (iii) ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ความเสี่ยงที่สำคัญ และโอกาสเชิงกลยุทธ์;
- (iv) โอกาสเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม;
- (v) จุดบอดที่อาจมีในกระบวนการวางแผน;

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

- (vi) ความสามารถในการนำแผนไปปฏิบัติ.
- (3) กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ส่งเสริมให้เกิดการสร้างนวัตกรรมขององค์กร.
- (4) องค์กรตัดสินใจ<sup>18</sup> เรื่องระบบงานขององค์กรว่ากระบวนการทำงานใดที่จะดำเนินการเองได้ กระบวนการทำงานใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ และกระบวนการทำงานใดจะสร้างความร่วมมือกับองค์กรภายนอก.

### ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives)

- (1) องค์กรระบุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ เป้าประสงค์ (goals) ที่วัดได้และกำหนดเวลาที่จะบรรลุ.
- (2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และโอกาสเชิงกลยุทธ์.
- (3) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพ (health needs) ความต้องการบริการสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ.<sup>19</sup>

<sup>18</sup> การตัดสินใจพิจารณาจากสมรรถนะหลักขององค์กร การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และความร่วมมือกับองค์กรภายนอกเพื่อความยั่งยืนและประสิทธิภาพขององค์กร.

<sup>19</sup> การสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการเยียวยา (healthy and healing environment).

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

#### ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ (Action Plan Development and Deployment)

(1) องค์กรจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ โดย:

- (i) มีกระบวนการในการจัดทำและอนุมัติแผนสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักขององค์กรภายในการอุบัติที่กำหนด;
- (ii) จัดทำแผนปฏิบัติการทั้งระยะสั้นและระยะยาว;
- (iii) มีแผนปฏิบัติการที่ระบุวัตถุประสงค์ของการดำเนินการ.<sup>20</sup>

(2) องค์กรถ่ายทอดแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ:

- (i) ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการกับบุคลากรขององค์กร เพื่อให้บุคลากรตระหนักรูบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์;
- (ii) ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการกับผู้ลังมองและพันธมิตรที่ร่วมในการขับเคลื่อนกลยุทธ์.

<sup>20</sup> วัตถุประสงค์ของการดำเนินการควรครอบคลุม วัตถุประสงค์ของระบบบริการต่างๆ ที่ขึ้นอยู่กับ จำนวนและประเภทของกิจกรรมการบริการ ที่วางแผนไว้ ซึ่งอาจเชื่อมโยงไปยังแผนอื่นๆ ภายในองค์กร เช่น ทรัพยากรมนุษย์ ความเสี่ยง การลือสาร และแผนทางการเงิน

## ตอนที่ 1 กារรวมของการบริหารองค์กร

- (3) องค์กรจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ อย่างเพียงพอเพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ และมีการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะสามารถรักษาความมั่นคงทางการเงิน (financial viability).
- (4) องค์กรจัดทำแผนด้านบุคลากร<sup>21</sup>เพื่อสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ.
- (5) องค์กรกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญเพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ.

### ข. การทบทวนแผนปฏิบัติการ (Action Plan Review)

องค์กรมีกระบวนการทบทวนและปรับปรุงแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับภารกิจหลัก และนำแผนที่ปรับเปลี่ยนถ่ายทอดและนำไปสู่การปฏิบัติ ภายในการออบเวลาที่กำหนดหรือตามความจำเป็น.

<sup>21</sup> แผนด้านบุคลากร ครอบคลุมเรื่องการทำแผนเพื่อกำหนดจำนวนบุคลากร กลุ่มบุคลากรที่มีความสามารถเชี่ยวชาญเฉพาะ ทักษะหรือความรู้เฉพาะหรือผลลัพธ์ที่ต้องพัฒนาบุคลากร และการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ให้สามารถสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการรวมถึงระบบบริการที่สำคัญให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร

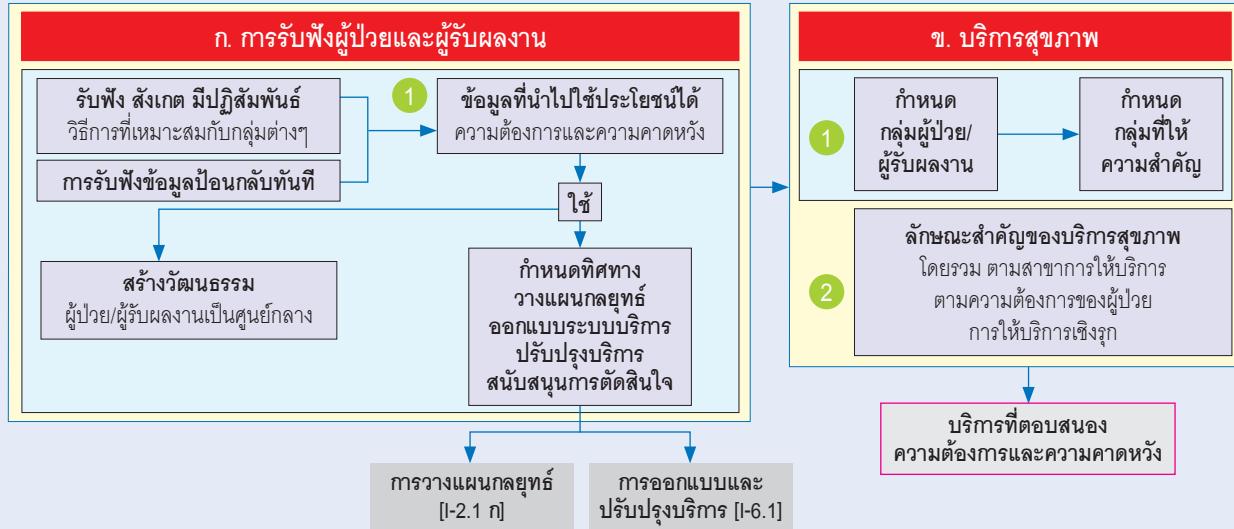
## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-3

### ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer)

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

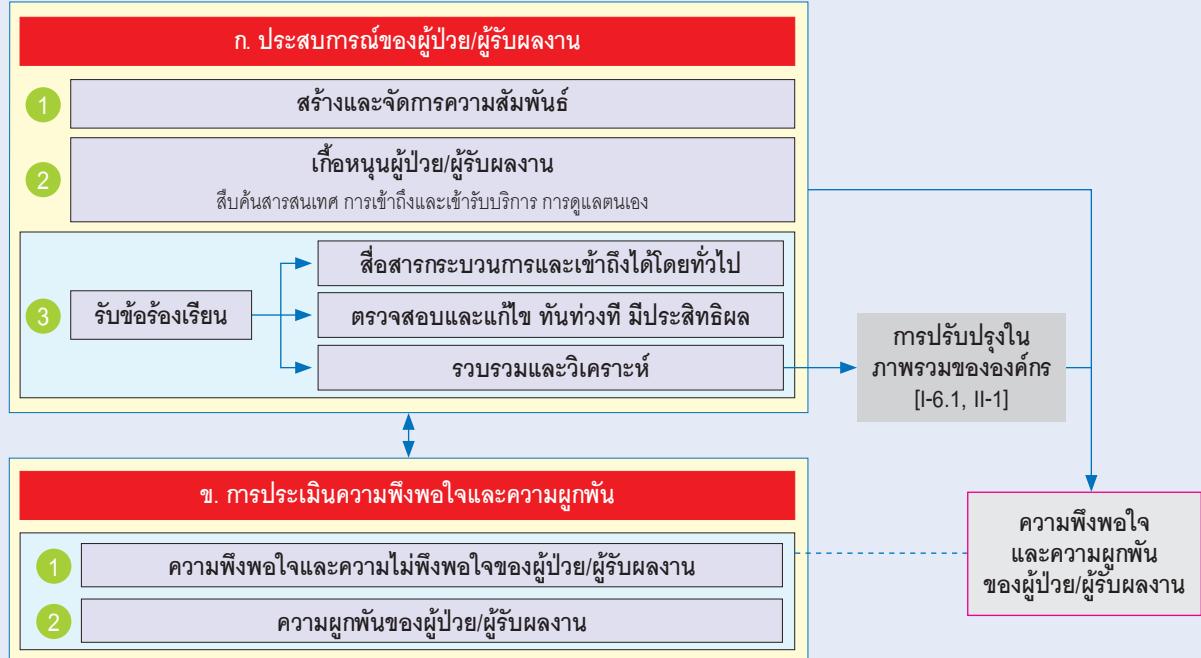
องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง.



## ตอนที่ I การประเมินการบริหารองค์กร

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

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประเมินความพึงพอใจ/ความผูกพัน.



## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patient Rights)

องค์กรตระหนักรและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

#### ก. คำจำกัดความสิทธิผู้ป่วย

- สิทธิพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญ & ไม่เลือกปฏิบัติ
- ได้รับข้อมูลที่เป็นจริง เพียงพอ เข้าใจได้ง่าย
- ได้รับการช่วยเหลือทันทีเมื่อเสื่อม อันตรายถึงชีวิต
- ทราบชื่อ ลูกุล และวิชาชีพ ผู้ให้บริการ
- ขอความเห็นที่สองและขอเปลี่ยนผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลได้
- ปกปิดข้อมูลโดยเคร่งครัด
- ได้รับข้อมูลในการเข้าร่วมวิจัย
- ได้รับทราบข้อมูลของตนในเวลาเดียวกัน
- การใช้สิทธิแทนเด็กหรือผู้บากพร่องทางกาย/จิต

#### ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย



#### ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

- 1. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
สิทธิและศักดิ์ศรี ข้อบังคับ  
กฎหมาย ความเชื่อ วัฒนธรรม  
การเมืองร่วม
- 2. ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง  
เด็ก ผู้สูงอายุ  
ผู้มีความหลากหลายทางเพศ  
ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต  
ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
- 3. ผู้ที่ต้องแยกตัว/ถูกผูกยึด
- 4. ผู้ได้รับผลกระทบ  
จากการดูแลตามกฎหมาย

## ตอนที่ 1 กារรวมของกារบริหารองค์กร

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

องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง.

#### ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงาน<sup>22</sup>(Patient/Customer Listening)

- (1) องค์กรรับฟัง ลังเกต และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อให้มีข้อมูลที่นำไปใช้ประโยชน์:
- (i) นำข้อมูลที่ได้มาเรียนรู้/วิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวัง;
  - (ii) มีวิธีการรับฟังที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ;
  - (iii) ค้นหาข้อมูลป้อนกลับจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างทันท่วงที่และสามารถนำไปใช้ต่อได้;
  - (iv) นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดทิศทาง วางแผนกลยุทธ์ การออกแบบระบบบริการปรับปัจจุบันการทำงาน และนับลุนุนการตัดสินใจในการดำเนินการ;
  - (v) ใช้ข้อมูลจากการรับฟังสร้างวัฒนธรรมที่เน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง (people-centred or patient/customer focused culture).

<sup>22</sup> การรับฟังผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน หมายถึง การรับฟังเลี้ยงที่ละท้อนหรือแสดงออกถึงความรู้สึก นึกคิด ความคาดหวัง ความต้องการ ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ซึ่งอาจเกิดจากการพูด การตอบแบบสอบถาม การลงข้อความ การแสดงออก และการกระทำ เป็นต้น โดยอาจใช้กระบวนการรับฟังโดยตรง หรือการลังเกต

## ตอนที่ 1 กារรวมของการบริหารองค์กร

### ข. บริการสุขภาพ (Health Service Offering)

- (1) องค์กรกำหนดกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และกลุ่มที่ให้ความสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ.
- (2) องค์กรกำหนดลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพ ความต้องการ และความคาดหวัง ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน การกำหนดลักษณะสำคัญครอบคลุม:
  - (i) บริการสุขภาพในภาพรวม<sup>23</sup>;
  - (ii) บริการสุขภาพตามสาขาวิชาการให้บริการ<sup>24</sup>;
  - (iii) บริการสุขภาพตามความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน<sup>25</sup>;
  - (iv) บริการสุขภาพเชิงรุกตามสถานที่/จุดบริการ/ช่องทางการให้บริการ<sup>26</sup>.

<sup>23</sup> บริการสุขภาพในภาพรวม เช่น บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน บริการในคลินิกบริการทั่วไป และบริการรักษาเรื้อรังเริ่มสุขภาพและป้องกันโรค

<sup>24</sup> บริการสุขภาพตามสาขาวิชาการให้บริการ เช่น บริการสุขภาพสาขาเฉพาะทางต่างๆ และบริการศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่างๆ

<sup>25</sup> บริการสุขภาพตามความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน หมายถึง บริการสุขภาพที่คำนึงถึงความเฉพาะของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยแต่ละแผนก เช่น บริการโรคเรื้อรัง บริการผู้สูงอายุ และบริการอาชีวเวชกรรม

<sup>26</sup> บริการสุขภาพเชิงรุกตามสถานที่/จุดบริการ/ช่องทางการให้บริการ เช่น บริการเยี่ยม/ดูแลที่บ้าน บริการเชิงรุกในชุมชน/สถานประกอบการ และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์/สื่ออิเล็กทรอนิกส์

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

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

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประเมินความพึงพอใจ/ความผูกพัน

#### ก. ประสบการณ์ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Experience)

- (1) องค์กรสร้างและจัดการความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน โดยเคารพในความชอบส่วนบุคคล (respect personal preferences) เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพันกับองค์กร.
- (2) องค์กรเกี้ยวนหุนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ให้สามารถลีบค้นข้อมูล/สารสนเทศ และรับการช่วยเหลือ: (ดู II-1.1 ก.(9) ร่วมด้วย)
  - (i) ข้อมูลและสารสนเทศ<sup>27</sup> เกี่ยวกับบริการที่มีและวิธีการเข้าถึง;
  - (ii) สนับสนุนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ให้มีความสะดวกในการเข้าถึงและรับบริการด้านสุขภาพ และการจัดการด้านสุขภาพตนเองและครอบครัว.
- (3) องค์กรจัดการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิผล:
  - (i) องค์กรจัดให้มีกระบวนการร้องเรียนที่สามารถเข้าถึงได้โดยทั่วไปและมีการลี่อสารกระบวนการดังกล่าวแก่สาธารณะ;

<sup>27</sup> ข้อมูลและสารสนเทศ หมายถึง ข้อมูลและสารสนเทศที่ลีบค้นเพื่อการเข้าถึงและเข้ารับบริการสำหรับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประชาชน ควร มีหลายภาษาที่ตอบสนองความต้องการ ความหลากหลายของกลุ่มประชากรและชุมชน โดยคำนึงถึงอายุและความสามารถในการเข้าถึงและ ค้นหาข้อมูลดังกล่าว รวมถึงความมีการลีօสารและเผยแพร่ต่อสาธารณะที่ชัดเจน เช่น การเผยแพร่ผ่าน website

## ตอนที่ 1 กារรวมของการบริหารองค์กร

- (ii) องค์กรมีกระบวนการในการตรวจสอบและแก้ไขข้อร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ภายในระยะเวลาที่กำหนด;
- (iii) องค์กรรวบรวมและวิเคราะห์ข้อร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงในภาพรวมขององค์กร.

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

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

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patient Rights)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

#### ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย (Patient Charter)

(1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข<sup>28</sup>.

<sup>28</sup> คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ข้อมูลจากคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย พ.ศ. 2558 ได้แก่ 1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิเข้าพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ 2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเที่ยง泊เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการรักษา จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ดี เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต 3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรับด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแห่งกรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะต้องขอความช่วยเหลือหรือไม่ 4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูล สาร และวิชาชีพของผู้ที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน 5. ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ อื่นที่มิได้เป็นผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่ 6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตน เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย 7. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในเนื้อหาที่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ 8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อวันของตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารลับบุคคลของผู้อื่น 9. บิดา แมรดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีริบูรณ์ ผู้บุกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิตัวตนเองได้

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย (Patient Rights Protection Process)

- (1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและเคารพสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.
- (2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่<sup>29</sup> ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.
- (3) องค์กรคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย.
- (4) องค์กรจัดการเพื่อให้เกิดสวัสดิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย. ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้าย ด้านร่างกาย จิตใจ และลัษณะ.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ความแตกต่างทางเพศ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล.
- (6) องค์กรสร้างหลักประกันในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเป็นธรรม ผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงของโรคเหมือนกัน จะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน.
- (7) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิกได้รับการคุ้มครองสิทธิ.

<sup>29</sup> หน้าที่อันพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ตามประกาศของแพทยสภา ที่ 50/2563

## ตอนที่ 1 กារรวมของการบริหารองค์กร

### ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ (Care for Patients with Specific Needs)

- (1) ผู้ป่วยระยะลุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในลิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.
- (2) ผู้ป่วยกลุ่มประจำบาง เช่น เด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครองลิทธิอย่างเหมาะสม.
- (3) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกตัว หรือต้องถูกผูกยึด ได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสม.
- (4) ผู้ป่วยที่มีอาจเกิดผลกระทบจากการดูแลตามกฎหมายเฉพาะ ควรได้รับการดูแลที่เหมาะสม<sup>30</sup>.

<sup>30</sup> เช่น ผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรง ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ

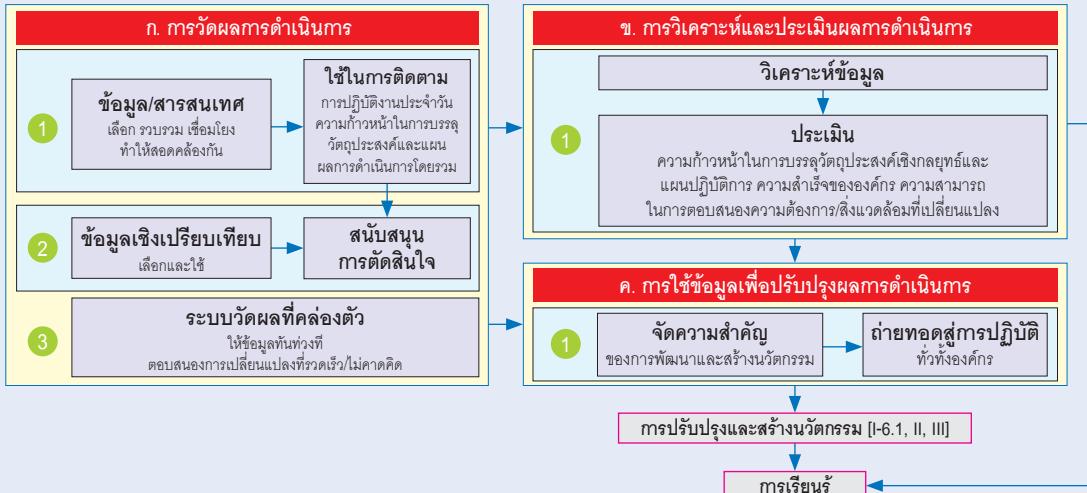
## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-4

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

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

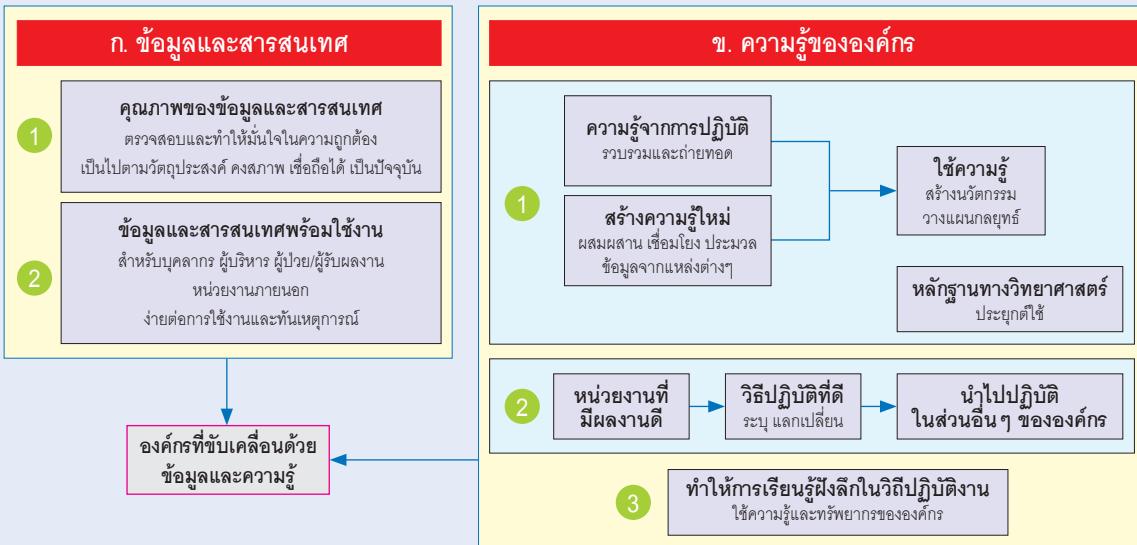
องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้



## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### I-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ (Information and Knowledge Management)

องค์กรมีข้อมูลสารสนเทศ สินทรัพย์ความรู้ ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.



## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

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

องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.

#### ก. การวัดผลการดำเนินการ (Performance Measurement)

(1) องค์กรใช้ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อติดตามการปฏิบัติงานและผลการดำเนินการขององค์กร ในลักษณะที่เชื่อมโยงและสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน:

- (i) ติดตามการปฏิบัติงานประจำวัน;
- (ii) ติดตามความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ;
- (iii) ติดตามผลการดำเนินการโดยรวม ครอบคลุมผลลัพธ์ด้านบริการสุขภาพ ประสิทธิผลของกระบวนการระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย<sup>31</sup> ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ผลการดำเนินการของระบบบริการ<sup>32</sup> ผลลัพธ์ด้านบุคลากร ผลลัพธ์ด้านการนำและการกำกับดูแลองค์กร ผลลัพธ์ด้าน

<sup>31</sup> ครอบคลุมข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบ (audit information) ข้อมูลจากการประเมินความเสี่ยง (risk assessment) ข้อมูลอุบัติกรณีเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (patient safety incidents/adverse events)

<sup>32</sup> ครอบคลุมข้อมูลที่ได้จากการร้องเรียน (complaint) คำชมเชยและข้อเสนอแนะ (compliment and concerns) ตัววัดผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วย (patient reported outcome measures) รายงานความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (patient/service user's satisfaction) รายงานการใช้ประโยชน์และประสิทธิภาพของบริการ (utilization and efficiency of services)

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### การเงิน ตลาด และกลยุทธ์. (ดูตอนที่ IV ร่วมด้วย)

- (2) องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลเชิงปรีบเทียบ<sup>33</sup> ที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลจริง.
- (3) ระบบการวัดผลการดำเนินการขององค์กรมีความคล่องตัว และสามารถให้ข้อมูลได้อย่างทันท่วงที่เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด.

### ข. การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินการ (Performance Analysis and Review)

- (1) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินผลการดำเนินการและขีดความสามารถขององค์กร:
  - (i) ความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ;
  - (ii) ความสำเร็จขององค์กร;
  - (iii) ขีดความสามารถในการตอบสนองความต้องการขององค์กรและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป.

### ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ (Using Data for Performance Improvement)

- (1) องค์กรนำผลการทบทวนผลการดำเนินการมาใช้จัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและโอกาสสร้างนวัตกรรม และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร. (ดู II-1.1ก.(6) ร่วมด้วย)

<sup>33</sup> แหล่งข้อมูลและสารสนเทศเชิงปรีบเทียบอาจมาจากการดับเบิลงานที่เป็นเลิศ, ระดับผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการลูกค้าพ, ผลงานของคู่แข่ง, ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน

## ตอนที่ 1 การพัฒนาองค์กร

### I-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ (Information and Knowledge Management)

องค์กรมีข้อมูล (data) สารสนเทศ (information) สินทรัพย์ความรู้ (knowledge asset) ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.

#### ก. ข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information)

(1) องค์กรตรวจสอบข้อมูลและทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ. ในด้านต่างๆ ดังนี้:

- (i) ความถูกต้อง (accuracy) เป็นไปตามวัตถุประสงค์ (validity);
- (ii) ความคงลักษณ์<sup>34</sup> (integrity) เชื่อถือได้ (reliability);
- (iii) ความเป็นปัจจุบัน (current).

(2) องค์กรทำให้มั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นมีความพร้อมใช้สำหรับบุคลากร ผู้บริหาร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และหน่วยงานภายนอก ในรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้งานและทันต่อเหตุการณ์.

<sup>34</sup> ความคงสภาพ (integrity) หมายถึง คุณสมบัติของการจัดการข้อมูลที่ต้องสามารถรักษาความถูกต้องครบถ้วนไว้ได้ เมื่อมีการนำข้อมูลไปใช้ หรือประมวลผล ล่าสุดที่ทำให้ข้อมูลขาดการคงสภาพ มักเกิดจากฐานข้อมูลที่มีความซ้ำซ้อนกัน ปัญหาจากการรักษาอ้างอิงเวลาต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูล หรือเมื่อต้องมีการรับปรุงข้อมูลที่เก็บไว้ในฐานข้อมูล

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### ข. ความรู้ขององค์กร (Organizational Knowledge)

(1) องค์กรสร้างและจัดการความรู้ขององค์กร. ประกอบด้วย:

- (i) รวมรวมและถ่ายทอดความรู้จากการปฏิบัติของบุคลากร;
- (ii) ผสมผสาน เชื่อมโยง และประมวลข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ใหม่;
- (iii) รวมรวมและถ่ายทอดความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการสร้างนวัตกรรม และวางแผนกลยุทธ์;
- (iv) การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการและเทคโนโลยีสำหรับบริการสุขภาพ (healthcare intervention & technology) มาประยุกต์ใช้.

(2) องค์กรแลกเปลี่ยนวิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่ดี (good practice) ขององค์กร. ดังนี้:

- (i) ระบุหน่วยงานหรือหน่วยปฏิบัติการที่มีผลงานดี;
- (ii) ระบุวิธีหรือแนวทางการปฏิบัติที่ดีเพื่อการแลกเปลี่ยน;
- (iii) นำวิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่ดีไปปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร.

(3) องค์กรใช้ความรู้และทรัพยากรขององค์กร ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงาน<sup>35</sup> ขององค์กร.

<sup>35</sup> การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงาน หมายถึง การเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานที่เป็นการปฏิบัติจริงอย่างเป็นประจำ มี 2 รูปแบบ คือ 1. การฝังวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำที่ทำงานเป็นกิจวัตร และส่งผลต่อการแก้ปัญหาที่ดันเดตโดยตรงหรือเห็นโอกาสในการเปลี่ยนแปลงที่มีความสำคัญ 2. การสร้างองค์ความรู้และการแบ่งปันองค์ความรู้ทั่วทั้งองค์กร เช่น การฝังลินทรัพย์ความรู้ (knowledge assets) ที่ได้จากการเรียนรู้เข้าไปในการทำงานประจำ จนเกิดการปฏิบัติจริง เช่น การมีคู่มือ การมี work instruction ที่มีการปรับปรุงจากการเรียนรู้และนำไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ รวมถึงการสร้างนวัตกรรมที่นำไปใช้ในองค์กร

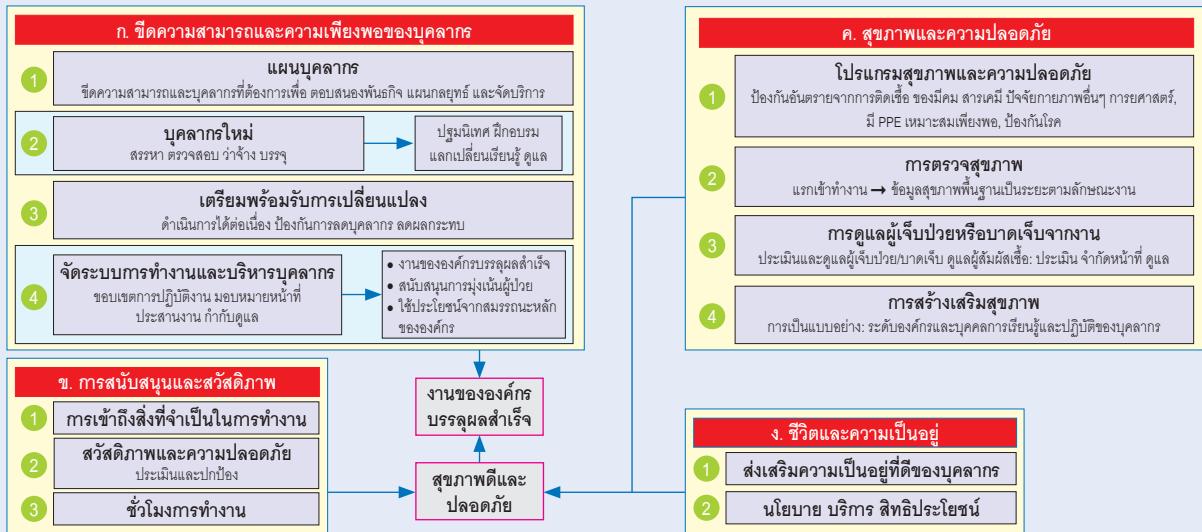
## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-5

### บุคลากร (Workforce)

#### I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (Workforce Environment)

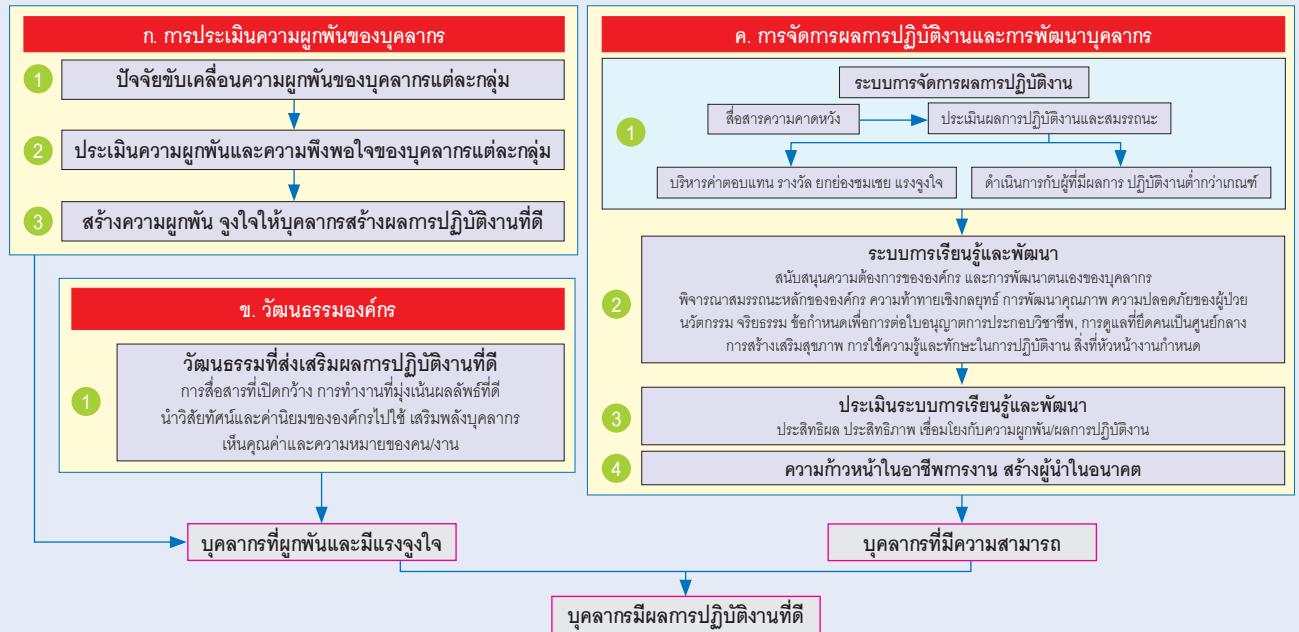
องค์กรบริหารขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อต่อสวัสดิภาพ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร.



## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร (Workforce Engagement)

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อรักษาบุคคลไว้ และให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี.



## ตอนที่ 1 กារรวมของการบริหารองค์กร

### I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร<sup>36</sup> (Workforce Environment)

องค์กรบริหารชี้ดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยายการที่เอื้อต่อสวัสดิภาพ<sup>37</sup> สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร.

#### ก. ชี้ดความสามารถ<sup>38</sup> และความเพียงพอของบุคลากร<sup>39</sup> (Workforce Capability and Capacity)

##### (1) องค์กรจัดทำแผนบุคลากร:

<sup>36</sup> บุคลากร หมายถึง บุคลากรประจำ พนักงานชั่วคราว พนักงานที่ทำงานไม่เต็มเวลา พนักงานตามลัญญาจ้าง ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัคร

<sup>37</sup> สวัสดิภาพ (security) หมายถึง การปรากษาภัยนั้นตราย มั่นคง ปลอดภัย ปราศจากการบาดเจ็บ หรือตาย รวมทั้งการสูญเสียทรัพย์สินของมีค่าหรือเสียเวลาไป รวมถึง การดำรงชีวิตอยู่อย่างสุขภาพ สุขใจ มีความมั่นใจในการประกอบกิจกรรมต่างๆ และมีการเตรียมป้องกันภัยไว้ล่วงหน้า อย่างถูกต้อง เหมาะสม และล้ำ่ลงมือ ในสถานที่ทำงาน

<sup>38</sup> ชี้ดความสามารถของบุคลากร (workforce capability) หมายถึง ชี้ดความสามารถขององค์กรในการจัดการชี้ดความสามารถของบุคลากรให้บรรลุผลสำเร็จของงานด้วยความรู้ ทักษะ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญของบุคลากร ชี้ดความสามารถอาจรวมถึงความสามารถในการสร้างและรักษาความลับพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน การสร้างนวัตกรรมและปรับเปลี่ยนสู่เทคโนโลยีใหม่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ บริการ และกระบวนการทำงานใหม่ และความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

<sup>39</sup> ความเพียงพอของบุคลากร (workforce capacity) หมายถึง ความสามารถขององค์กรที่ทำให้มั่นใจว่ามีจำนวนบุคลากรเพียงพอในการบรรลุผลสำเร็จของงาน และลงมือปฏิภัณฑ์และบริการให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานได้ รวมทั้งความสามารถในการตอบสนองต่อระดับความต้องการตามฤดูกาลและตามความผันแปรของความต้องการ

## ตอนที่ 1 กារรวมของการบริหารองค์กร

- (i) กำหนดระดับอัตรากำลังและทักษะที่ต้องการเพื่อการจัดบริการและการปฏิบัติงานตามพันธกิจ โดยพิจารณาข้อแนะนำขององค์กรวิชาชีพ;
  - (ii) แผนบุคลากรตอบสนองต่อแผนกลยุทธ์.
- (2) องค์กรมีวิธีการที่มีประสิทธิผล ในการสร้าง ว่าจ้าง บรรจุ และดูแลบุคลากรใหม่:
- (i) การรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพในด้านต่างๆ เช่น ใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์;
  - (ii) การจัดให้บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ ได้รับการปฐมนิเทศอย่างเป็นทางการ ได้รับการฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ในเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน.
- (3) องค์กรเตรียมบุคลากรให้พร้อมต่อความต้องการขององค์กรที่กำลังเปลี่ยนแปลง เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการลดบุคลากรและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากบุคลากรไม่เพียงพอ.
- (4) องค์กรจัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ สนับสนุนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น รวมทั้งใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร:
- (i) กำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานอื่น;
  - (ii) มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถ และข้อกำหนดในกฎหมาย;

## ตอนที่ 1 กារรวมของการบริหารองค์กร

- (iii) กลไกการทำงานและแนวทางสนับสนุน<sup>40</sup> การประสานงานภายใน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการประสานงานกับบริการภายนอกที่เกี่ยวข้อง;
- (iv) มีการกำกับดูแล สนับสนุน และให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม.
- (v) บททวนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และลิฟทิธิกิารดูแลรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 3 ปี.

### ข. การสนับสนุนการทำงานและสวัสดิภาพของบุคลากร (Workforce Work Support and Security)

- (1) องค์กรสร้างความมั่นใจในการป้องปุ่นและสนับสนุนเพื่อให้บุคลากรเข้าถึงสิ่งจำเป็นในการทำงานได้อย่างสะดวกและตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็น.
- (2) องค์กรทำให้มั่นใจว่าสถานที่ทำงานมีสวัสดิภาพสำหรับบุคลากร มีการประเมินความปลอดภัยของสถานที่ทำงาน มีมาตรการปักป้องคนทำงานจากความรุนแรง การกลั่นแกล้ง การคุกคาม และการล่วงละเมิด.
- (3) องค์กรกำหนดจำนวนชั่วโมงการทำงานโดยคำนึงถึงลูกภาพ ความเครียด และประลิทธิภาพของบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน.

<sup>40</sup> กลไกการทำงานและแนวทางสนับสนุน เช่น ข้อตกลงความร่วมมือ/มาตรการที่ใช้ร่วมกันและ/หรือคณะกรรมการสำหรับวางแผนการกำกับดูแลบุคลากร ในแต่ละหน่วยงาน

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### ค. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (Workforce Health and Safety)

- (1) องค์กรจัดให้มีโปรแกรมเพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร โดยมีการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ทั้งในภาวะปกติและในสถานการณ์ภัยพิบัติ/ภาวะฉุกเฉิน (ดู I-6.2 ค ร่วมด้วย):
- (i) มีการป้องกันการติดเชื้อจากการทำงาน โดยเฉพาะ วัณโรค โรคติดต่อทางเดินหายใจ หรือ โรคอุบัติใหม่ ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี และ เอชไอวี;
  - (ii) มีการป้องกันอันตรายจากเข็มและของมีคม รวมทั้งการล้มผ้าลิออด สารคัดหลังที่เลี้ยงต่อการติดเชื้อ;
  - (iii) มีการป้องกันอันตรายจากสารเคมี เช่น สารเคมีในห้องปฏิบัติการ ยาดมสลบ และยาเคมีบำบัด;
  - (iv) มีการป้องกันอันตรายจากปัจจัยภายนอก เช่น ความร้อน และ เลียง รังสี;
  - (v) มีการป้องกันอันตรายจากปัจจัยด้านการยศาสตร์;<sup>41</sup>
  - (vi) มีอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) ที่เหมาะสมเพียงพอ;
  - (vii) มีการให้วัคซีน ยา หรือหัตถการที่เหมาะสมแก่บุคลากรเพื่อการป้องกันโรค.

<sup>41</sup> การยศาสตร์ (ergonomics) หมายถึง ศาสตร์ที่ศึกษาความล้มเหลวระหว่างคน เครื่องจักร สิ่งแวดล้อม และระบบ แล้วทำการออกแบบ หรือปรับระบบ ลิ้งแวดล้อม หรือเครื่องจักรเหล่านั้น ให้เกิดความสะดวกสบาย ความปลอดภัยเหมาะสมกับบุคคล และก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ในการปฏิบัติงาน

## ตอนที่ 1 กារรวมของการบริหารองค์กร

(2) บุคลากรทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพ.

- (i) บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงานและมีข้อมูลลุขภาพพื้นฐาน;
- (ii) บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะเพื่อ **ประเมินสมรรถภาพการทำงาน** และเพื่อประเมินการเจ็บป่วยหรือการติดเชื้อเนื่องจากการทำงาน ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ.

(3) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน.

- (i) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม;
- (ii) องค์กรจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อ การจำกัดการปฏิบัติหน้าที่ และการดูแลบุคลากรที่ล้มผัลเชื้อ.

(4) องค์กรเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ.

- (i) องค์กรมีนโยบายและวิธีปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ;
- (ii) บุคลากรแต่ละคนมีพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ;
- (iii) บุคลากรมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพภายใน ใจ ลังคม ของตน.

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### ๔. ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร (Workforce Life and Well-being)

#### (1) องค์กรล่งเลริมความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร:

- (i) กระบวนการเพื่อลงเลริมความเป็นอยู่ที่ดี เช่น การจัดการความเครียด (stress management) การป้องกัน และจัดการภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome) การติดตามวัดระดับภาระงาน (workload monitoring) การจัดการความสมดุลชีวิตและการทำงาน (management of work-life balance) การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต<sup>42</sup> (lifestyle) และแพนวิสชีวิตสุขภาพดี (health lifestyle programmes)<sup>43</sup> เป็นต้น;
- (ii) บุคลากรได้รับการดูแล สนับสนุนและคำแนะนำที่เหมาะสม.

#### (2) องค์กรให้การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรอย่างเหมาะสมสมกับบุคลากรแต่ละกลุ่ม. ด้วยมาตรการต่อไปนี้:

- (i) การประภาคนโยบาย;
- (ii) การจัดบริการ;
- (iii) การให้สิทธิประโยชน์.

<sup>42</sup> แบบแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle) หมายถึง พฤติกรรมการใช้ชีวิต ใช้เวลา ใช้เงิน ของบุคคล ซึ่งแสดงออกมากช้าๆ กัน ใน 4 มิติ คือ ลักษณะกลุ่มคนที่เข้าไปมีส่วนร่วม (demographics) กิจกรรมที่เข้าไปมีส่วนร่วม (activities) ความสนใจ (interest) และการแสดงความคิดเห็น (opinion) ตัวอย่าง การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตในปัจจุบันที่ลงเลริมความเป็นอยู่ที่ดี คือ การใช้ชีวิชีวาระศาสตร์ หรือ lifestyle medicine

<sup>43</sup> วิสชีวิตสุขภาพดี (health lifestyle programmes) หมายถึง โปรแกรมที่ออกแบบและปรับเปลี่ยนเฉพาะตัวบุคคลให้สอดคล้องกับวิสชีวิตเพื่อ ลุขภาพที่ดี แข็งแรงและมีความสุข โดยให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 องค์ประกอบ คือ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การนอนหลับ ความล้มพัฟฟ์กับครอบครัวและเพื่อน การทำงาน และการพักผ่อน

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร (Workforce Engagement)

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร<sup>44</sup> มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อรักษาบุคคลไว้ และให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี.

#### ก. การประเมินความผูกพันของบุคลากร (Assessment of Workforce Engagement)

- (1) องค์กรกำหนดปัจจัยที่ขับเคลื่อนให้เกิดความผูกพันของบุคลากร ในแต่ละกลุ่ม.
- (2) องค์กรประเมินความผูกพัน<sup>45</sup> และความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่ม.
- (3) องค์กรนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ในการสร้างความผูกพันกับบุคลากรเพื่อให้บุคลากรมีแรงจูงใจที่จะสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดี.

<sup>44</sup> ความผูกพันของบุคลากร หมายถึง ระดับของความมุ่นมั่นทึ้งทางอารมณ์และลิตปัญญาของบุคลากร เพื่อให้ทำงาน พัฒกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล

<sup>45</sup> การประเมินความผูกพัน หมายถึง การประเมินปัจจัยที่ขับเคลื่อนความผูกพันและประเมินระดับความผูกพัน ประกอบด้วย 1. วิธีการประเมิน เป็นทางการ หมายถึง วิธีการประเมินที่มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ มีการเลือกวิธีการประเมิน/ผลการประเมิน และมีการนำผลการประเมินไปใช้ในวงกว้าง 2. วิธีการประเมินไม่เป็นทางการ หมายถึง วิธีการประเมินในลักษณะกิจกรรมสำรวจ เพื่อกันหาโอกาสพัฒนา การสร้างความล้มเหลว หรือการค้นหาข้อมูลเบื้องต้น สู่การวางแผนเชิงระบบ เช่น การทำ focus group หรือ การทำ exit interview เป็นต้น

## ตอนที่ 1 กារรวมของการบริหารองค์กร

### ข. วัฒนธรรมองค์กร (Organizational Culture)

- (1) องค์กรเริ่มสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ล่ำเริ่มผลการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร:
- (i) มีการเลือกสารที่เปิดกว้าง;
  - (ii) มีการทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดี;
  - (iii) เอื้อต่อการนำวิสัยทัคณ์และค่านิยมขององค์กรไปใช้;
  - (iv) เสริมพลังบุคลากร;
  - (v) เห็นคุณค่าและความหมายของคนและงาน.<sup>46</sup>

### ค. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร (Performance Management and Development)

- (1) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน (performance management system) ของบุคลากร เพื่อสร้างผลงานที่ดี พัฒนาความรู้ความสามารถให้เหมาะสมตามมาตรฐานที่ หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย และนำแผนไปปฏิบัติ ให้สำเร็จผล:

<sup>46</sup> การเห็นคุณค่าและความหมายของคนและงาน หมายถึง การที่บุคลากรได้รับการฝึกฝนให้เติบโตด้านในหรือรับรู้ชีวิตด้านใน (inner life) เห็นคุณค่าของตัวเอง เพื่อ冗余งาน และครอบครัว รับรู้และเข้าใจว่าทุกคนมีความหมาย มีการทำงานด้วยความตระหนักในคุณค่าและความหมายของงานกับตัวเอง กับเพื่อน冗余งาน กับองค์กร มีสำหรับกับชุมชน และมีพลังครีทรานส์ฟอร์มงานและชีวิต การสร้างวัฒนธรรมดังกล่าว อาจใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อรับรู้ความรู้สึกของคนทำงานและสร้างเป้าหมายร่วมกัน

## ตอนที่ 1 กារรวมของการบริหารองค์กร

- (i) การสื่อสารความคาดหวังและช่วยเหลือให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดีอย่างสม่ำเสมอ;
  - (ii) การประเมินผลการปฏิบัติงานและสมรรถนะที่สัมพันธ์กับภาระงานเป็นประจำอย่างน้อยปีละครึ่ง;
  - (iii) การบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชยหรือการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร;
  - (iv) มีแนวทางที่ชัดเจนสำหรับการดำเนินการอย่างมีประสิทธิผลกับกลุ่มบุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานต่างกันทั้งหมดที่.
- (2) ระบบการเรียนรู้และพัฒนา สนับสนุนความต้องการขององค์กรและการพัฒนาตนเองของบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ อาสาสมัคร ผู้บริหาร และผู้นำ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้:
- (i) สมรรถนะหลักขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การบรรลุผลสำเร็จของแผนปฏิบัติการ;
  - (ii) การปรับปรุงผลการดำเนินการ/การพัฒนาคุณภาพขององค์กร ความปลอดภัยของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงขององค์กร และนวัตกรรม;
  - (iii) จริยธรรมในการให้บริการสุขภาพ จริยธรรมวิชาชีพ และจริยธรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจองค์กร;
  - (iv) การบทวนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ ให้เป็นไปตามข้อกำหนดเพื่อการต่ออายุใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ.

## ចំណាំ I ការររៀបទំនាក់ទំនង

- (v) การធ្វើឡើងមិតិគុណភាពពីអ្នកប្រើប្រាស់ជាប្រធានបទបាន ដូចជាដែលបានស្ថិតិយវត្ថុនៃភាពខ្លួន និងនូវបានស្ថិតិយវត្ថុ និងទទួលបានគុណភាពដូចជាផ្ទៃបាត់។
  - (vi) ការតាមដានការបង្កើតរបស់អ្នកប្រើប្រាស់ជាប្រធានបទបាន ដូចជាដែលបានស្ថិតិយវត្ថុនៃភាពខ្លួន និងនូវបានស្ថិតិយវត្ថុ និងទទួលបានគុណភាពដូចជាផ្ទៃបាត់។
  - (vii) ការកិច្ចការណ៍ធម្មតាហិរញ្ញវត្ថុ និងការបង្កើតរបស់អ្នកប្រើប្រាស់ជាប្រធានបទបាន ដូចជាដែលបានស្ថិតិយវត្ថុនៃភាពខ្លួន និងនូវបានស្ថិតិយវត្ថុ និងទទួលបានគុណភាពដូចជាផ្ទៃបាត់។
  - (viii) ការជាមួយនឹងការបង្កើតរបស់អ្នកប្រើប្រាស់ជាប្រធានបទបាន ដូចជាដែលបានស្ថិតិយវត្ថុនៃភាពខ្លួន និងនូវបានស្ថិតិយវត្ថុ និងទទួលបានគុណភាពដូចជាផ្ទៃបាត់។
- (3) សាធារណរដ្ឋអាជីវកម្មដែលបានត្រួតពេលវេលាដែលជាប្រធានបទបាន ដូចជាដែលបានស្ថិតិយវត្ថុនៃភាពខ្លួន និងនូវបានស្ថិតិយវត្ថុ និងទទួលបានគុណភាពដូចជាផ្ទៃបាត់។
- (4) សាធារណរដ្ឋអាជីវកម្មដែលបានត្រួតពេលវេលាដែលជាប្រធានបទបាន ដូចជាដែលបានស្ថិតិយវត្ថុនៃភាពខ្លួន និងនូវបានស្ថិតិយវត្ថុ និងទទួលបានគុណភាពដូចជាផ្ទៃបាត់។

<sup>47</sup> **ការធ្វើឡើងមិតិគុណភាពពីអ្នកប្រើប្រាស់ជាប្រធានបទបាន** (people-centred care) និងការធ្វើឡើងមិតិគុណភាពពីអ្នកប្រើប្រាស់ជាប្រធានបទបាន ជាគារធ្វើឡើងមិតិគុណភាពដែលបានត្រួតពេលវេលាដែលជាប្រធានបទបាន ដូចជាដែលបានស្ថិតិយវត្ថុនៃភាពខ្លួន និងនូវបានស្ថិតិយវត្ថុ និងទទួលបានគុណភាពដូចជាផ្ទៃបាត់។

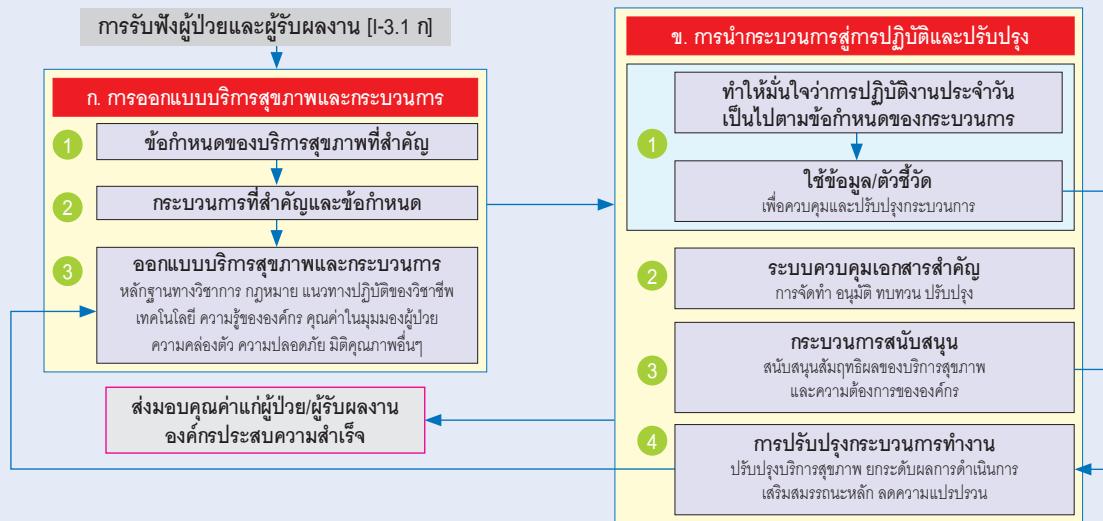
## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-6

### การปฏิบัติการ (Operation)

#### I-6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

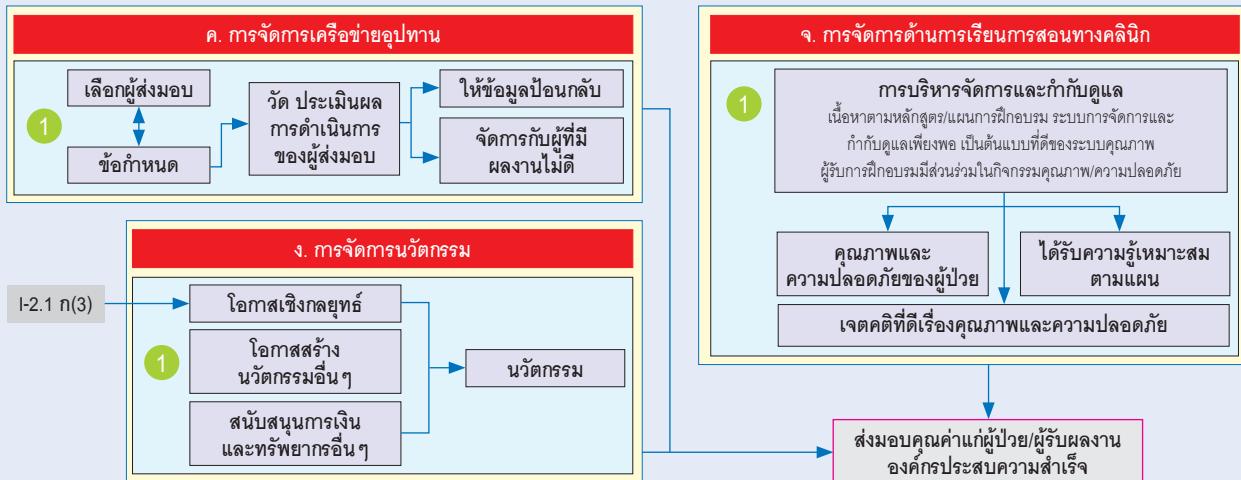
องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการการทำงานที่สำคัญ มีการจัดการเครือข่ายอุปทาน และมีการจัดการนวัตกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.



## ตอนที่ 1 กิจกรรมของการบริหารองค์กร

### I-6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

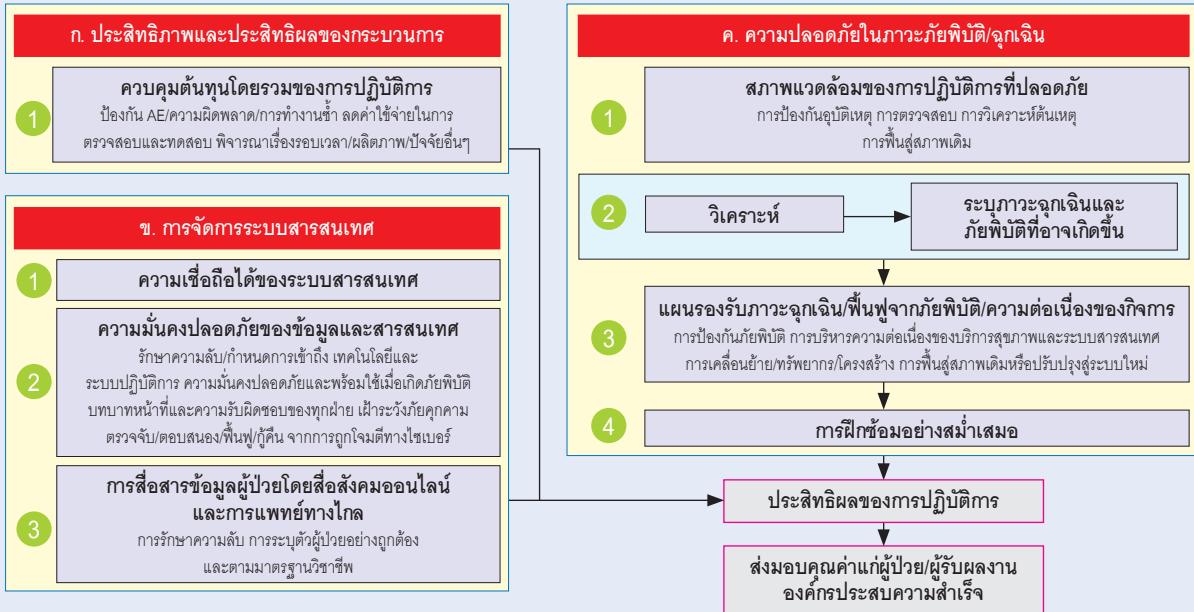
องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ มีการจัดการเครือข่ายอุปทาน และมีการจัดการนวัตกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.



## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### I-6.2 ประสิทธิผลของการปฏิบัติการ (Operation Effectiveness)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการบริหารจัดการในการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิผล เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ。



## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### I-6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการการทำงานที่สำคัญ มีการจัดการเครือข่ายอุปทาน<sup>48</sup> และมีการจัดการนวัตกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. การออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงาน (Healthcare Service and Processes Design)

- (1) องค์กรระบุข้อกำหนดบริการสุขภาพที่สำคัญ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร.
- (2) องค์กรระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ และระบุข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการเหล่านี้.
- (3) องค์กรออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงานให้ตอบสนองต่อข้อกำหนดโดยนำหลักฐานทางวิชาการ กฎหมาย แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ เทคโนโลยี ความรู้ขององค์กร คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ความคล่องตัว ความปลอดภัย และมิติคุณภาพต่างๆ มาใช้.

<sup>48</sup> เครือข่ายอุปทาน (supply network) หมายถึง ความล้มพังขององค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกันในการส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือระบบบริการ จากผู้ส่งมอบไปยังองค์กร ตามแนวคิดระบบเนเวอร์ที่มีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งอาจต้องมีการประสานกับผู้ส่งมอบจำนวนมาก หรือองค์กรอาจเป็นล่วนหนึ่งของเครือข่ายที่ซับซ้อน โดยมีความเชื่อมโยงและพึ่งพาซึ่งกันและกันมากกว่าความล้มพัง เช่น เน้นตรงที่เป็นห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ในอดีต

## ตอนที่ 1 กាររວមของการบริหารองค์กร

### ข. การนำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติ และปรับปรุงกระบวนการ (Process Management and Improvement)

- (1) องค์กรทำให้มั่นใจได้ว่าการปฏิบัติงานประจำวันของกระบวนการทำงานต่างๆ เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ. มีการใช้ข้อมูล/ตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.
- (2) องค์กรจัดทำ อนุมัติ<sup>49</sup> ทบทวน และปรับปรุงเอกสาร นโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนการดำเนินงานและระเบียบปฏิบัติสำหรับหน้าที่สำคัญขององค์กรตามระยะเวลาที่กำหนด.
- (3) องค์กรมีกระบวนการสนับสนุนที่เอื้อต่อการบรรลุลัมกทธิผลของบริการสุขภาพและความต้องการสำคัญขององค์กร.
- (4) องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อ:
  - (i) ปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพและยกระดับผลการดำเนินการขององค์กร;
  - (ii) เสริมสร้างความเชิงแกร่งของสมรรถนะหลักขององค์กร;
  - (iii) ลดความแปรปรวนของกระบวนการ.

<sup>49</sup> การอนุมัติ อาจอยู่ในรูปแบบการลงนามโดยผู้มีอำนาจอนุมัติ นโยบาย/แผน/เอกสาร หรืออยู่ในรูปแบบรายงานการประชุมที่บันทึกไว้ อนุมัติของคณะกรรมการกำกับดูแล

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### ค. การจัดการเครือข่ายอุปทาน (Supply Network Management)

- (1) องค์กรจัดการเครือข่ายอุปทาน เพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะได้รับบริการลุ่มภาพที่ไม่ได้เน้นการเอง<sup>50</sup>/ผลิตภัณฑ์ พัสดุ และบริการอื่น<sup>51</sup> ที่มีคุณภาพสูง โดย:
- (i) เลือกผู้ล่วงมอบ ที่ตรงกับความต้องการขององค์กร;
  - (ii) มีการจัดทำข้อกำหนดที่ชัดเจนและรัดกุมเพื่อนำไปใช้กำกับติดตามและประเมินผู้ล่วงมอบ;
  - (iii) มีการวัดและประเมินผลการดำเนินการของผู้ล่วงมอบ;
  - (iv) ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ล่วงมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุง;
  - (v) จัดการกับผู้ล่วงมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงกันไว้.

<sup>50</sup> บริการลุ่มภาพที่ไม่ได้ดำเนินการเอง หมายถึง บริการลุ่มภาพที่องค์กรให้หน่วยงาน กลุ่มนบุคคล หรือองค์กรอื่นมาให้บริการลุ่มภาพในสถานพยาบาล โดยองค์กรเป็นผู้อนุญาตให้ดำเนินการในองค์กร หรือบริการลุ่มภาพที่องค์กรบริหารจัดการให้ปรับปรุงบริการภายนอกองค์กร

<sup>51</sup> ผลิตภัณฑ์ พัสดุและบริการอื่น เช่น เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ น้ำยาตรวจสอบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ วัสดุการแพทย์ที่จำเป็น ขาดแคลน เช่น N95, surgical mask, gown, alcohol และบริการอื่นๆ เช่น งานทำความสะอาด งานรักษาความปลอดภัย งานบริการอาหาร ระบบขนส่งคมนาคมระหว่างองค์กร เป็นต้น

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### ๔. การจัดการนวัตกรรม (Innovation Management)

(1) องค์กรล่งเลริมให้นำโอกาสเชิงกลยุทธ์ และโอกาสสร้างนวัตกรรมอื่นๆ มาพัฒนานวัตกรรม<sup>52</sup> มีการสนับสนุน การเงินและทรัพยากรื่นๆ ที่จำเป็น.

### ๕. การจัดการด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิก

#### (Clinical Education and Training Management)

(1) การจัดการเรียนการสอนทางคลินิกต้องคำนึงถึงการบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่ล่งเลริมให้เกิดคุณภาพ และความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน/ผู้ฝึก/ผู้เรียน และการได้รับความรู้/ประสบการณ์ของผู้ฝึก/ผู้เรียนอย่างเหมาะสม. ดังนี้:

- (i) มีการจัดการเรียนการสอนที่มีเนื้อหาเป็นไปตามหลักสูตรหรือแผนการฝึกอบรม;
- (ii) มีระบบการบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่เพียงพอสำหรับแต่ละระดับของนักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรม เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงลักษณะผู้ป่วย และการได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษา/ผู้รับการฝึกอบรมที่ใกล้เคียงกัน;
- (iii) มีการบันทึกหลักฐานของการกำกับดูแลนักศึกษาหรือผู้รับการฝึกอบรม;

<sup>52</sup> นวัตกรรมที่พัฒนาควรคำนึง คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและระบบบริการ ความคุ้มค่าและประโยชน์ที่ได้รับในระบบบริการ และโอกาสพัฒนาต่อยอดเป็นงานวิจัยที่สามารถขยายผลได้ในอนาคต

## ตอนที่ 1 กារรวมของการบริหารองค์กร

(iv) องค์กรสร้างเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแก่นักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรมเป็นต้นแบบ ที่ดีของระบบคุณภาพ เช่น องค์กรแพทย์ ความปลอดภัยในการใช้ยา การเรียนรู้จากความผิดพลาด ระบบบริหารความเสี่ยง ฯลฯ. นักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรมเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของระบบคุณภาพ และความปลอดภัย.

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

### I-6.2 ประสิทธิผลของการปฏิบัติการ (Operation Effectiveness)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการบริหารจัดการในการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิผล เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

#### ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ (Process Efficiency and Effectiveness)

(1) องค์กรควบคุมต้นทุนโดยรวมของการปฏิบัติการ ด้วยการป้องกันอุบัติการณ์ ความผิดพลาด และการทำงานช้า, การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ, การนำเรื่องของรอบเวลา ผลิตภาพ ปัจจัยด้านประสิทธิภาพ และประสิทธิผลอื่นๆ มาพิจารณากระบวนการทำงาน.

#### ข. การจัดการระบบสารสนเทศ (Information System Management)

(1) องค์กรทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ (reliability) ของระบบสารสนเทศ.

(2) องค์กรทำให้มั่นใจในการรักษาความมั่นคงและปลอดภัย ของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล/สารสนเทศ และระบบ การปฏิบัติการที่สำคัญ ทั้งในรูปแบบที่จับต้องได้และอิเล็กทรอนิกส์ ถ้าร้าวไหลแล้วจะเกิดผลกระทบได้มาก. โดยมีการดำเนินการดังนี้:

- มีระบบการรักษาความลับและกำหนดการเข้าถึงทางกายภาพและทางอิเล็กทรอนิกส์ตามลิขิทีที่เหมาะสม;
- ระบุและจัดลำดับความสำคัญของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบปฏิบัติการที่สำคัญ เพื่อให้มีความปลอดภัย;

## ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

- (iii) ดูแลความมั่นคง ปลอดภัย และพร้อมใช้งานข้อมูลและระบบสารสนเทศในกรณีเกิดภัยพิบิต;
- (iv) ทำให้มั่นใจว่าบุคลากร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน พนักงาน แล้วผู้ล่วงมอบ เข้าใจและปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของตนในด้านความปลอดภัยและการรักษาความความมั่นคงทางโลกไซเบอร์;
- (v) เฝ้าระวังภัยคุกคามความความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ที่เกิดขึ้นใหม่;
- (vi) ป้องกันระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบปฏิบัติการที่สำคัญจากเหตุการณ์ที่อาจกระทบต่อความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ ตรวจจับ ตอบสนอง พื้นฟูระบบสารสนเทศและกู้คืนจากการถูกโจมตีทางไซเบอร์.

(3) กรณีที่มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ ระบบบริการการแพทย์ทางไกล<sup>53</sup> (telemedicine and information-sharing platforms) เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย องค์กรพึงกำหนดแนวทางปฏิบัติ ที่เป็นการรักษาความลับของผู้ป่วยโดยยังคงการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องไว้ และมีการดำเนินการที่สอดคล้อง ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

<sup>53</sup> ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine and information-sharing platforms) หมายถึง ระบบงานที่มีการนำติดตั้งมาใช้ในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่อยู่ต่างสถานที่ด้วยวิธีการส่งสัญญาณข้อมูลภาพ และเสียง หรือวิธีการอื่นใด ในการให้บริการการแพทย์และสาธารณสุขของสถานพยาบาลแก่ผู้ขอรับบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรึกษา การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การลงเสริมลุขภาพและการพัฟฟ์ฟลุกภาพร่างกาย และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

## ตอนที่ 1 กាររວមของการบริหารองค์กร

### ค. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติ<sup>54</sup> และภาวะฉุกเฉิน<sup>55</sup>

#### (Safety and Emergency/Disaster Preparedness)

- (1) องค์กรทำให้เกิดสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงการป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ที่ต้นเหตุของความล้มเหลว และการทำให้พื้นศีนสู่สภาพเดิม.
- (2) องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เพื่อรับมุกภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และส่งผลต่อกำลังด้านบริการลุյภาพในพื้นที่.
- (3) องค์กรจัดทำและบททวนแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน/แผนพื้นฟูจากภัยพิบัติ แผนบริหารความต่อเนื่องขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการเตรียมความพร้อมของระบบงาน บุคลากรและสถานที่ในการดำเนินการ<sup>56</sup> โดยคำนึงถึง:

<sup>54</sup> ภัยพิบัติ หมายถึง ภัยที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน โดยลงผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ และวิถีชีวิตร่องผู้คนในลังคมเป็นวงกว้าง ทั้งในระยะลั้น และระยะยาว แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1. ภัยพิบัติทางธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม, แผ่นดินไหว, พายุและการบาดของโรคติดต่อ 2. ภัยพิบัติที่มนุษย์สร้าง เช่น อัคคีภัยในพื้นที่หรือชุมชน, อุบัติเหตุจากอุตสาหกรรม, และการก่อการร้ายทางชีวภาพ

<sup>55</sup> ภาวะฉุกเฉิน (emergency) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด โดยไม่ได้มีการคาดคิดล่วงหน้า มีผลสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้บริการผู้ป่วยต้องหยุดชะงัก เช่น ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ ไม่สามารถใช้การได้ หรือเหตุการณ์ทำให้ต้องปรับระบบบริการหรือเกิดความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย เช่น อุบัติเหตุใหญ่ การประท้วง การเดินขบวน การบุกรุกสถานที่ การชุมนุมระเบิดในสถานพยาบาล

<sup>56</sup> การดำเนินการ ควรครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย การแยกผู้ป่วยและการจัดการลิ้งปืนเปื้อน กิจกรรมช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และครอบครัว การจัดทำวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ระบบสาธารณูปโภค การรักษาระดับความปลอดภัย การลือสาร การเคลื่อนย้าย การขนส่ง การจัดเตรียมอาหาร การจัดเตรียมสถานที่สำรอง การประสานงานกับองค์กรอื่น และการรายงาน

## ตอนที่ 1 การประเมินการบริหารองค์กร

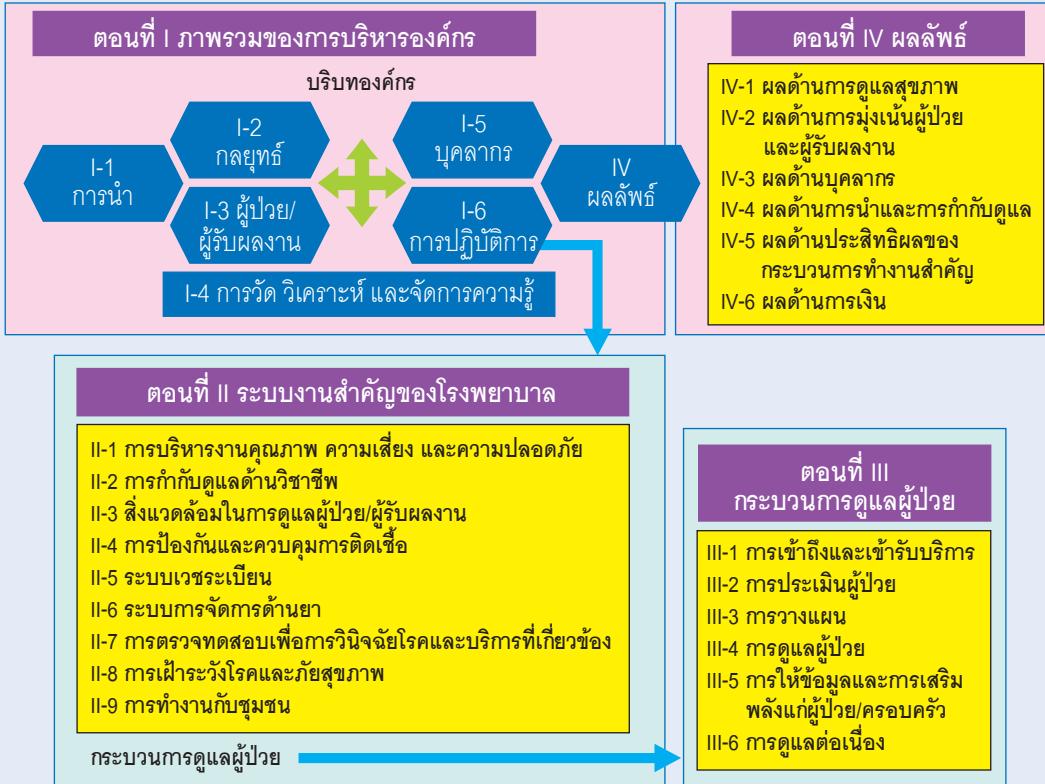
- (i) การป้องกันภัยพิบัติ<sup>57</sup>;
  - (ii) การบริหารจัดการให้เกิดความต่อเนื่อง<sup>58</sup>ของระบบบริการ และระบบสารสนเทศ;
  - (iii) การเคลื่อนย้าย ทรัพยากรและโครงสร้าง;
  - (iv) การพื้นฟูให้กลับสู่สภาพเดิมหรือการปรับปรุงสุ่มระบบใหม่.
- (4) องค์กรดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทดลองการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ.

<sup>57</sup> การป้องกันภัยพิบัติ หมายถึง การป้องกันผลกระทบอันเกิดจากภัยพิบัติที่จะมีผลกระทบต่องค์กร และการดำเนินการขององค์กร

<sup>58</sup> การบริหารจัดการให้เกิดความต่อเนื่อง หมายถึง การเตรียมความพร้อมขององค์กรในการเชิงรุกภาวะฉุกเฉินโดยมีการจัดทำแผนบริหารความต่อเนื่อง (Business Continuity Plan: BCP) โดยต้องมีการซ้อมแผนเพื่อให้สามารถบริหารจัดการได้เมื่อเกิดสถานการณ์จริง



## ตอนที่ ॥ ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล



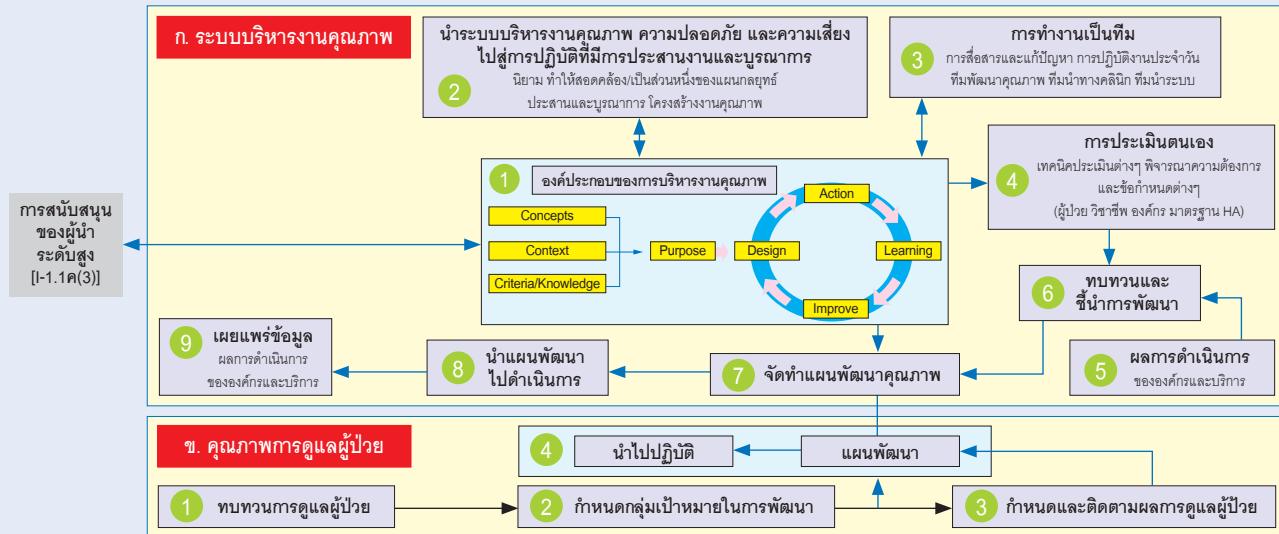
## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1

### การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย (Quality, Risk and Safety Management)

#### II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

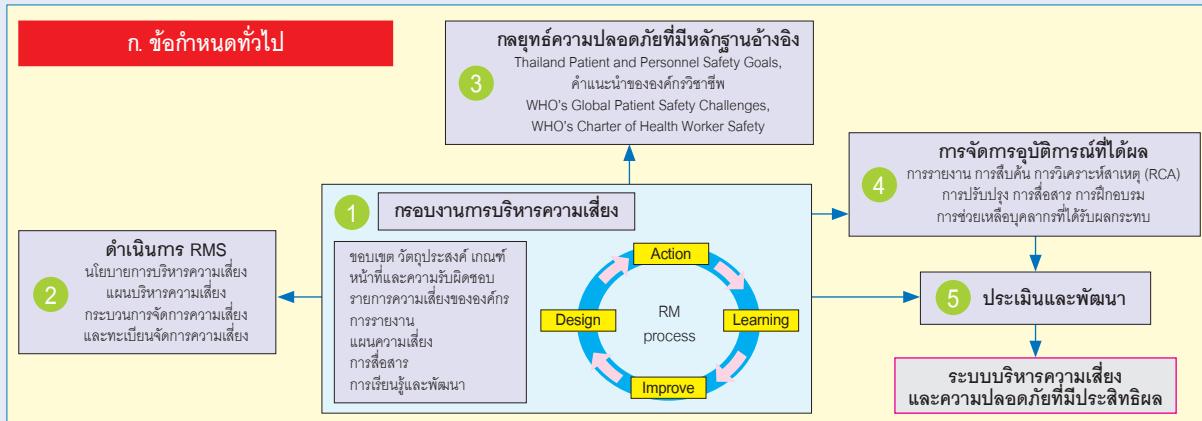
องค์กรมีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน.



#### ข. ข้อกำหนดจำเพาะ

โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (II-5.2 ข, ค และ ง)  
การจัดการอาคาร สิ่งก่อสร้าง และสถานที่ (II-3.1)  
การจัดการวัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ (II-3.2)

ยาและเวชภัณฑ์ (II-6)  
การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (II-4)  
เวชระเบียบและข้อมูลของผู้ป่วย (II-5)

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

องค์กรมีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

#### ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ (Quality Management System)

- (1) องค์กรนำระบบบริหารคุณภาพสู่การปฏิบัติ โดยมีองค์ประกอบสำคัญเพื่อสนับสนุนการออกแบบ การนำสู่การปฏิบัติ การกำกับ การเรียนรู้ และการพัฒนากระบวนการบริหารคุณภาพ.
- (i) มีการบริหารคุณภาพตามหลักการหรือแนวคิดของการบริหารคุณภาพ (concept) โดยคำนึงถึงบริบท  
จำเพาะขององค์กร (context) รวมถึงความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และต้องสอดคล้องกับ<sup>1</sup> หลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ ความรู้ชัดแจ้งและความรู้ในตัวบุคคล (criteria);
  - (ii) มีการกำหนดวัตถุประสงค์คุณภาพ (objective/purpose) ที่ใช้ติดตามประเมินผลได้;
  - (iii) นำไปสู่การออกแบบ (design) ระบบ/กระบวนการที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง (people-centered) เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ (action) ที่ได้ผล โดยมีการกำกับติดตาม ประเมินผล และการเรียนรู้ (learning) อย่างต่อเนื่อง เพื่อการปรับปรุงพัฒนาระบบ/กระบวนการ (improve) การสร้างนวัตกรรม การบูรณาการ รวมถึงการออกแบบใหม่ (re-design) อย่างเป็นระบบ;
- (2) องค์กรนำระบบการบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยง ไปสู่การปฏิบัติที่มีการประสานงานและบูรณาการ ดังต่อไปนี้:

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (i) กำหนดนิยาม “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” เพื่อนำไปปฏิบัติและเลือกสารในองค์กรให้เป็นในทิศทางเดียวกัน;
  - (ii) กำหนดให้การบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยง สอดคล้องและเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร;
  - (iii) ผู้นำทุกระดับสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย โดยทบทวนและกำกับติดตามผลและความก้าวหน้าการดำเนินการและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งแก้ไขปัญหาอุปสรรค;
  - (iv) มีการประสานและบูรณาการแผนงาน/กิจกรรมทั้งหมดเกี่ยวกับคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยง ในทุกขั้นตอนของการวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล;
  - (v) มีการจัดโครงสร้างงานคุณภาพที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมสมกับลักษณะองค์กร เพื่อสนับสนุนและประสานแผนงานต่างๆ. มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ (accountability & responsibility) ในการพัฒนาคุณภาพและการพัฒนาผลการดำเนินการ.
- (3) องค์กรส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในทุกระดับ:
- (i) มีการเลือกสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผล ทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน;
  - (ii) มีความร่วมมือกันในกลุ่มบุคลากร ในการปฏิบัติงานประจำด้วยการดูแลผู้ป่วยและให้บริการที่มีคุณภาพสูง โดยตระหนักในความปลอดภัยและความรับผิดชอบของวิชาชีพ;
  - (iii) ส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย;

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(iv) จัดให้มีทีมครุ่อมสายحانหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทาง ให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ เช่น ทีมทำงานคลินิก ทีมนำข้อมูลระบบงานสำคัญขององค์กร.

(4) องค์กรใช้การประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสในการพัฒนา:

- (i) มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่วิธีการ เชิงคุณภาพ ไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย;
- (ii) มีการประเมินกระบวนการที่ออกแบบระบบบริการเทียบกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน;
- (iii) มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินการกับ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร/หน่วยงาน แนวปฏิบัติ ที่มีหลักฐานวิชาการรองรับ มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ และตัวเทียบ (benchmark) ในระดับชาติหรือระดับสากลที่เหมาะสมเพื่อยกระดับคุณภาพบริการ<sup>59</sup>;
- (iv) มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียน บันทึกความก้าวหน้าและรายงานการประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจภายใน การสำรวจและสัมภาษณ์ผู้ป่วย การทบทวนเชิงคุณภาพ การตรวจสอบและป้อนกลับข้อมูล การนำเสนอ เพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.

<sup>59</sup> องค์กรสามารถเข้าร่วมโปรแกรมตัวชี้วัดเบรียบเทียบต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ เช่น ระบบ Larun Tech เบรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Program: THIP)

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (5) องค์กรรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินการขององค์กรและผลการดำเนินการของบริการ. (ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1 และตอนที่ IV)
- (6) องค์กรนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินตนเองและการวัดผลการดำเนินการมาใช้ในการทบทวนและซึ่งนำการพัฒนาคุณภาพ. (ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1ค.)
- (7) องค์กรจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาที่ระบุไว้:
- (i) มีการกำหนดเป้าหมาย วัดถูกประสิทธิ์ ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน;
  - (ii) ระบุกิจกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายและวัดถูกประสิทธิ์;
  - (iii) ครอบคลุมการพัฒนาของทั้งองค์กร;
  - (iv) ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง;
  - (v) ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ;
  - (vi) สามารถใช้ติดตามประเมินผลได้.
- (8) องค์กรสื่อสารแผนพัฒนาคุณภาพกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง นำแผนไปดำเนินการ โดยมีการติดตามประเมินผลการพัฒนา.
- (9) องค์กรเผยแพร่ข้อมูลผลการดำเนินการขององค์กรและผลการดำเนินการของบริการต่อสาธารณะ.

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Quality)

- (1) ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย<sup>60</sup> อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.
- (2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก<sup>61</sup> ที่จะเป็นเป้าหมายในการพัฒนา รวมถึงมีการกำหนดเป้าหมาย และวัดถูกประสิสก์ในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพด้วย.
- (3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.
- (4) ทีมดูแลผู้ป่วยจัดทำแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและนำแผนไปดำเนินการ โดยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลาย ในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมแพทย์สาขาวิชาชีพ วิถีองค์รวม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า การสร้างนวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษา พื้นฟู ตามความเหมาะสม.

<sup>60</sup> การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียน/การตรวจสอบทางคลินิก/การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ การทบทวนอุบัติการณ์/ภาวะแทรกซ้อน/การเลี้ยงชีวิต การทบทวนการใช้ทรัพยากร การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย การประเมินความรู้ความสามารถและทักษะ การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย การทบทวนการใช้ยา การทบทวนการใช้เลือด การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล การทบทวนตัวชี้วัด โดยผู้ป่วยครอบคลุมถึงผู้รับบริการสุขภาพด้านสร้างเสริมและป้องกัน

<sup>61</sup> กลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยด้วยภาวะใดภาวะหนึ่งหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้รับการผ่าตัดสมอง หรือ กลุ่มสร้างเสริมลูกภาพตามกลุ่มวัย เช่น กลุ่มลตติ และเด็กปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี) กลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 5-14 ปี) กลุ่มเด็กวัยรุ่น (อายุ 15-21 ปี) กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) หรือกลุ่มที่มีความต้องการเฉพาะ เช่น แรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้พิการ/ด้อยโอกาส เป็นต้น

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน.

#### ก. ข้อกำหนดทั่วไป (General Requirements)

- (1) องค์กรกำหนดกรอบงานการบริหารความเสี่ยง (risk management framework) ซึ่งสนับสนุนการออกแบบระบบ การนำไปปฏิบัติ การวิเคราะห์ และการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งมาตรการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ. กรอบงานการบริหารความเสี่ยงควรประกอบด้วย:
- (i) ขอบเขต วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง และเกณฑ์สำหรับการประเมินความเสี่ยง;
  - (ii) หน้าที่และความรับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยง;
  - (iii) รายการความเสี่ยงขององค์กร อย่างน้อยครอบคลุม ด้านกลยุทธ์ (strategic risk) ด้านคลินิก (clinical risk) ด้านการปฏิบัติการ (operational risk) และด้านการเงิน (financial risk);
  - (iv) กระบวนการรายงานความเสี่ยงและอุปตัวแปร<sup>62</sup>;
  - (v) สรุปแผนความเสี่ยง (risk plan) สำหรับความเสี่ยงที่สำคัญ (major risk);

<sup>62</sup> องค์กรอาจเข้าร่วมโปรแกรมรายงานอุบัติการณ์ของประเทศไทย (National Reporting and Learning System: NRLS) โดยบูรณาการข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ขององค์กรกับภาครัฐเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาเชิงระบบของประเทศไทย

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (vi) กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงกับผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย;
- (vii) ระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะเรื่องการบริหารความเสี่ยง.

(2) องค์กรสนับสนุนการดำเนินการตามกรอบงานของการบริหารความเสี่ยง โดย:

- (i) นโยบายการบริหารความเสี่ยงแสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและแสดงทิศทางในการดำเนินการ;
- (ii) แผนบริหารความเสี่ยงอธิบายถึงความรับผิดชอบและการอบรมเวลาสำหรับการรายงาน การทบทวนและการติดตามความเสี่ยง;
- (iii) กระบวนการจัดการความเสี่ยง (risk management process) เพื่อป้องกันและสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน<sup>63</sup> ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง จากโอกาสที่จะเกิดและความรุนแรงหรือผลที่จะตามมา การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงแต่ละชนิด แผนรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยง โดยใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) ที่มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันล่าสุด.

<sup>63</sup> ตัวอย่างความเสี่ยงของผู้มาเยือน เช่น ญาติผู้ป่วยลืนหลับในโรงพยาบาล การติดเชื้อ COVID-19 ของญาติผู้ป่วย เป็นต้น

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(3) องค์กรกำหนดและนำกลยุทธ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรที่มีหลักฐานอ้างอิงและเหมาะสมมาใช้ใน การดูแลผู้ป่วย.

- (i) คำแนะนำตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย (Thailand Patient and Personnel Safety Goals<sup>64</sup>);
- (ii) คำแนะนำขององค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง;
- (iii) คำแนะนำที่มีหลักฐานอ้างอิงอื่นๆ เช่น ความท้าทายระดับโลกเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (WHO Global Patient Safety Challenges)<sup>65</sup> และกฎบัตรเรื่องความปลอดภัยของบุคลากร (WHO Charter on Health Worker Safety) ที่เผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลก เป็นต้น.

<sup>64</sup> Thailand Patient and Personnel Safety Goals หมายถึง เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย ที่กำหนดโดยคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย ประกอบด้วยหัวข้อหลัก Patient Safety: S-Safe Surgery, I-Infection Prevention & Control, M-Medication and Blood Safety, P-Process of Care, L-Line, Tube, and Catheter & Laboratory, E-Emergency Response และ Personnel Safety: S-Security of Information and Social Media, I-Infection Exposure, M-Mental Health and Mediation, P-Process of Work, L-Lane and Legal, E-Environment Safety

<sup>65</sup> Global Patient Safety Challenge หมายถึง ประเด็นความท้าทายเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) กำหนดขึ้น และประกาศเชิญชวนให้ประเทศไทยร่วมกันขับเคลื่อน ประกอบด้วย “Clean Care is Safer Care (2005)”, “Safe Surgery Saves Lives (2008)”, “Medication without Harms (2017)”

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) องค์กรใช้กระบวนการจัดการอุบัติการณ์ (incident management) ที่ได้ผล. โดยกระบวนการอาจประกอบด้วย:
- (i) การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์<sup>66</sup> ครอบคลุมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่ลงผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร หรือผู้มาเยือน;
  - (ii) การตรวจสอบ สืบค้น วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ<sup>67</sup> (root cause analysis) และตอบสนองต่ออุบัติการณ์;
  - (iii) การนำข้อมูลหรือลາเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อป้องกัน/ลดอุบัติการณ์การเกิดขึ้นหรือบรรเทาความรุนแรงและเลี้ยงหาย
  - (iv) การลีอสารกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์;
  - (v) การอบรมบุคลากรเรื่องการระบุความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และวิธีการลีอสารเมื่อเกิดอุบัติการณ์;
  - (vi) การดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ.
- (5) องค์กรประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา.

<sup>66</sup> ให้ความสำคัญกับอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความไม่ปลอดภัย (safety incidents)

<sup>67</sup> การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (root cause analysis) หมายถึง การวิเคราะห์ถึงสาเหตุตั้งต้นที่สัมพันธ์กับการบริหารจัดการในเชิงกระบวนการ หรือระบบ โดยหากสามารถจัดการหรือควบคุมได้ จะลดหรือจะป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าวช้า

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ข. ข้อกำหนดจำเพาะ (Specific Requirements)

ระบบบริหารความเสี่ยงดำเนินการแบบบูรณาการไปกับระบบงานที่เป็นความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กรอย่างมีประสิทธิผล:

- (1) โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร;
- (2) การจัดการอาคาร ลิฟต์ ก่อสร้าง และสถานที่;
- (3) การจัดการ วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ;
- (4) ยาและเวชภัณฑ์;
- (5) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ;
- (6) เวชระเบียนและข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วย.

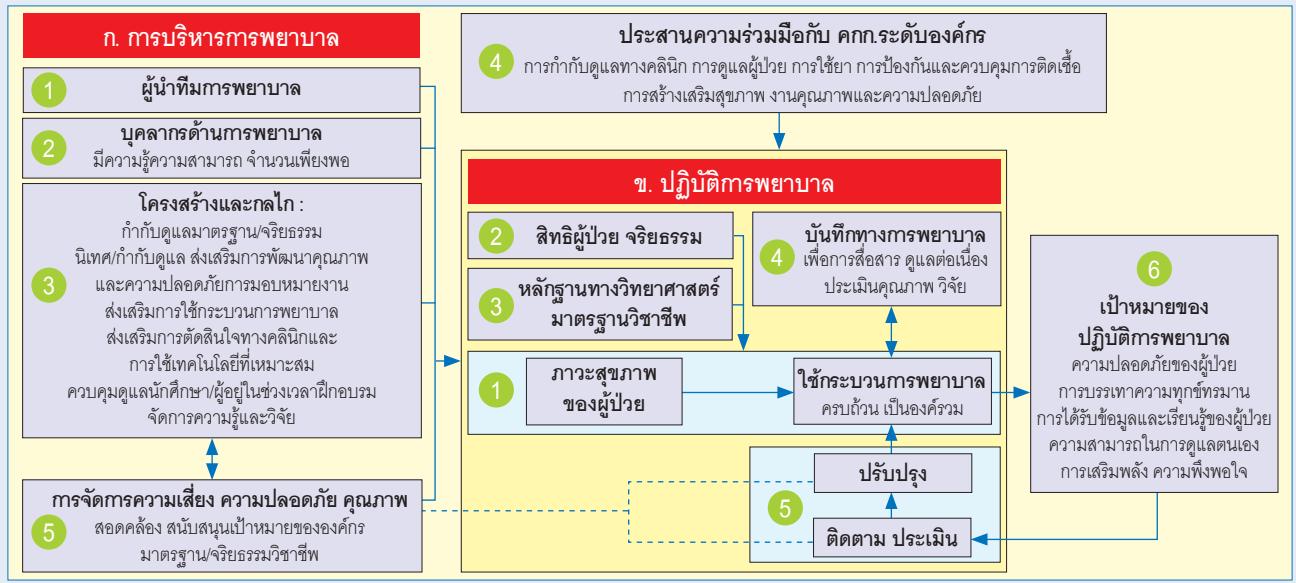
## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-2

### การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (Professional Governance)

#### II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing Governance)

องค์กรมีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์ (Medical Staff Governance)

องค์กรมีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing Governance)

องค์กรมีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

#### ก. การบริหารการพยาบาล (Nursing Administration)

- (1) ผู้นำสูงสุดและผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์เพียงพอ ทั้งในด้านการบริหาร<sup>68</sup> และการปฏิบัติการพยาบาล.
- (2) มีระบบบริหารการพยาบาลที่สร้างความมั่นใจว่าจะมีบุคลากรด้านการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ จำนวนเพียงพอ<sup>70</sup> เหมาะสมกับบริการที่องค์กรจัดให้มี โดยครอบคลุมทั้งบุคลากรขององค์กรและผู้ปฏิบัติงาน

<sup>68</sup> เช่น การนำด้วยวิสัยทัคค์ การเป็นโโค้ช การมีทักษะการสื่อสารที่ดี การมีทักษะการสร้างความลัมพันธ์ที่ดี

<sup>69</sup> การสร้างความมั่นใจด้านความรู้ความสามารถ หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อให้มีบุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ความสามารถ และทักษะเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน เช่น การตรวจสอบและประเมินผลคุณสมบัติและสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับลักษณะงานที่มอบหมาย การกำหนดขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ การส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่อง และการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

<sup>70</sup> การสร้างความมั่นใจด้านความเพียงพอ หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อให้มีบุคลากรทางการพยาบาลในจำนวนที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และบุคลากรปลอดภัย เช่น การกำหนดหลักเกณฑ์/แนวทางการจัดอัตรากำลังอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยตามความหนักเบา หรือระดับความต้องการดูแล (patient acuity) แนวทางการบริหารจัดการอัตรากำลังที่ในภาวะฉุกเฉิน การบริหารจัดการໃหซึ่งบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานเพียงพอ กับความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนอัตรากำลังร้อยละ ระยะยาวย ที่ลดคล่องกับนโยบาย พันธกิจ หรือยุทธศาสตร์องค์กร

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ที่มาจากการอภิปรายนอก.

(3) มีระบบบริหารการพยาบาลที่มีโครงสร้างแลงกอลไกการทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้อย่างได้ผล:

- (i) การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;
- (ii) การนิเทศ กำกับดูแล และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและบุคลากร;
- (iii) การมอบหมายงานที่เหมาะสมสมกับตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบ;
- (iv) การส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาลุนภพผู้ป่วย;
- (v) การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;
- (vi) การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาและพยาบาลที่อยู่ในช่วงเวลาการฝึกอบรมในโรงพยาบาล;
- (vii) การจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพ.

(4) มีระบบบริหารการพยาบาลที่ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก การดูแลผู้ป่วย การใช้ยา การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ งานคุณภาพและความปลอดภัย.

(5) มีการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ที่สอดคล้องและสนับสนุน เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ขององค์กร และมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ.

(6) มีการประเมินการบรรลุเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาล ในองค์ประกอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การบรรเทาความทุกข์ทรมาน การให้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง การเสริมพลัง ความพึงพอใจ และนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุง/พัฒนาระบบบริหารการพยาบาลและ

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง.

### ข. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practices)

- (1) ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางลัษณะของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน โดยมีการประสานการทำงานเป็นทีมร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและครอบครัว ตลอดจนวางแผนให้การดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำนำย เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานได้รับบริการที่มีคุณภาพสูง ครอบคลุม ครบถ้วน (comprehensive) และเป็นองค์รวม.
- (2) ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ.
- (3) ให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานของวิชาชีพการพยาบาลที่ทันสมัย.
- (4) บันทึกและรายงานทางการพยาบาลแสดงถึงการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่อง เป็นประโยชน์ใน การสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการพยาบาล และการวิจัย.
- (5) มีการติดตามประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง.

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์ (Medical Staff Governance)

องค์กรมีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

- (1) องค์กรจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ และด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ.
- (2) องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนกับผู้บริหารเกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก และการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง.
- (3) องค์กรแพทย์สร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการแพทย์อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และมาตรฐานวิชาชีพ เคราะฟในลิทธิผู้ป่วยและเป็นไปตามจริยธรรมวิชาชีพ.
- (4) องค์กรมีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์ กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน.
- (5) องค์กรแพทย์ทำหน้าที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีมาตรฐาน ครอบคลุมครบถ้วน (comprehensive) และเป็นองค์รวม อย่างได้ผลดังต่อไปนี้:
  - (i) การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์;
  - (ii) การกำหนดลิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเอง มีความรู้ ความชำนาญหรือเชี่ยวชาญ;
  - (iii) การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ การพัฒนาความรู้ต่อเนื่องทางวิชาชีพ ตามที่องค์กรวิชาชีพแนะนำ และมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้;

- (iv) การให้คำแนะนำ ปรึกษา และ/หรือควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ แพทย์ที่อุปถัมภ์และการฝึกอบรม แพทย์จบใหม่ และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ;
  - (v) การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;
  - (vi) การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพื่อความลูกต้องของการวินิจฉัยโรค/การตัดสินใจทางคลินิก การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การใช้ evidence-based การคาดการณ์ และจัดการความเสี่ยง และการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง;
  - (vii) การส่งเสริมให้แพทย์มีบทบาทและเป็นผู้นำในการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย;
  - (viii) การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียบ;
  - (ix) การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;
  - (x) การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย.
- (6) องค์กรมีข้อตกลงและแนวปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ที่ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ ครอบคลุมเรื่องของ การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประเด็นทางจริยธรรม/กฎหมาย/ลังคม คุณภาพและความปลอดภัย การพัฒนา ความรู้ความสามารถในการบันทึกและการจัดทำเอกสาร.
- (7) องค์กรแพทย์ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก การใช้ยา การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย.
- (8) องค์กรแพทย์มีการกำกับติดตามและประเมินผลงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.

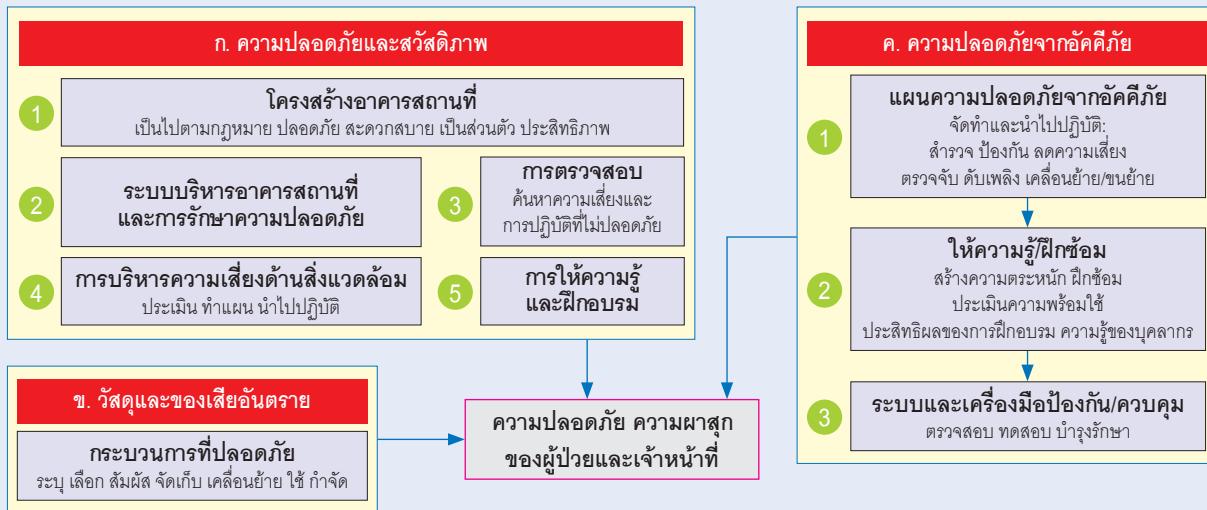
## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-3

### สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Environment of Care)

#### II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (Physical Environment and Safety)

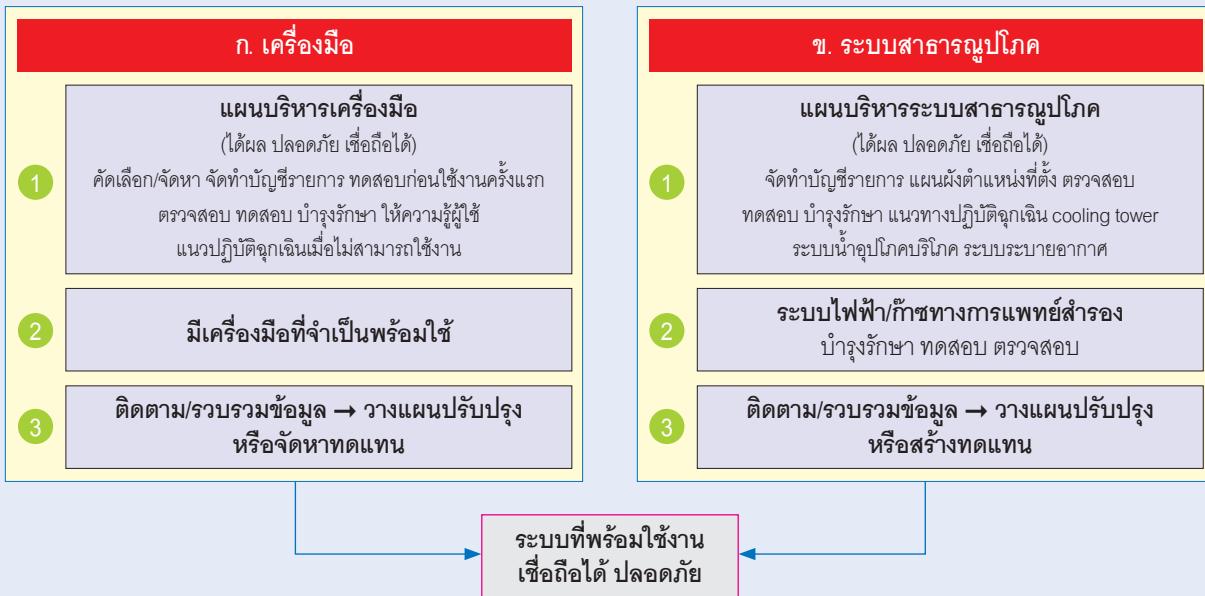
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กร เอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

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

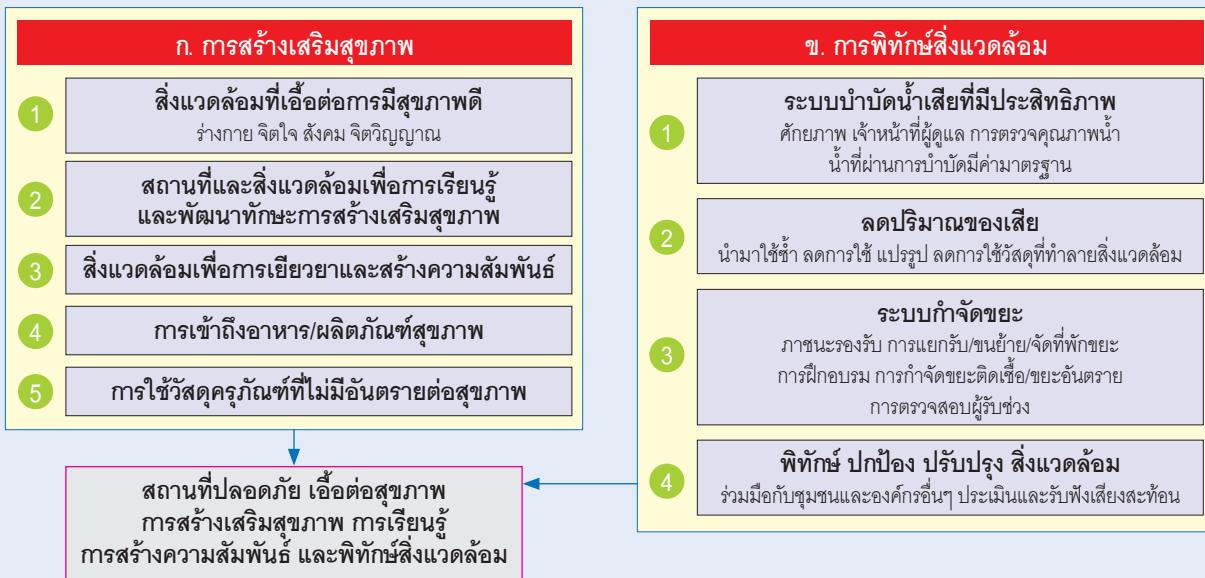
องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน หน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ได้ตลอดเวลา.



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

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

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การเรียนรู้ การสร้างความสัมพันธ์และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (Physical Environment and Safety)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความพากเพียกของผู้ป่วย/**ผู้รับผลงาน** เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ.

#### ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ (Safety and Security)

- (1) โครงสร้างอาคารสถานที่ขององค์กรเป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่ **และมาตรฐานวิชาชีพ**. การออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยของอาคารเอื้อต่อความปลอดภัย ความสะอาดสวยงาม ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และการทำงานที่มีประสิทธิภาพ.
- (2) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบให้กำกับดูแลระบบบริหารอาคารสถานที่ ความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัย. มีการติดตามและปรับปรุงระบบดังกล่าวในทุกแห่งมุน.
- (3) องค์กรตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยทุก 6 เดือนในพื้นที่ที่ให้บริการผู้ป่วย/**ผู้รับผลงาน** และทุกปีในพื้นที่อื่นๆ.
- (4) องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงรุก<sup>71</sup> มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและนำไปปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงที่พบ ป้องกันการเกิดอันตราย รำรงไว้ซึ่งสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัย สำหรับผู้ป่วย ผู้มาเยือน และเจ้าหน้าที่.

<sup>71</sup> การประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงรุก รวมถึง การประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายลิ่งก่อสร้าง

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(5) บุคลากรทุกคนได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการทำงานอย่างมีประสิทธิผล.

### ข. วัสดุและของเสียอันตราย (Hazardous Materials and Waste)

(1) องค์กรจัดการวัสดุและของเสียอันตราย<sup>72</sup> อย่างปลอดภัย ด้วยการระบุรายการวัสดุและของเสียอันตรายที่ใช้หรือที่เกิดขึ้น ใช้กระบวนการที่ปลอดภัยในการคัดเลือก ล้มผ้า จัดเก็บ เคลื่อนย้าย ใช้ และกำจัดวัสดุและของเสียอันตรายดังกล่าว.

### ค. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย (Fire Safety)

(1) องค์กรจัดทำแผนความปลอดภัยจากอัคคีภัยและนำไปปฏิบัติ. แผนครอบคลุมการสำรวจพื้นที่เสี่ยง การป้องกัน/การลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย การตรวจจับแต่เริ่มแรก การดับเพลิง และการเคลื่อนย้าย/ขนย้ายออกจากรากอาคารอย่างปลอดภัย เมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉิน.

(2) องค์กรให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักรู้ทั่วทั้งองค์กร และดำเนินการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ. มีการค้นหาจุดอ่อนและโอกาสพัฒนา. มีการประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ประสิทธิผลของการฝึกอบรมและความรู้ของบุคลากรจากการฝึกซ้อมเพื่อรับอัคคีภัย.

<sup>72</sup> วัสดุและของเสียอันตราย (hazardous materials and waste) ได้แก่ สารเคมี ยาเคมีบำบัด สารกัมมันตภาพรังสี ขยะที่ติดเชื้อ รวมทั้งของมีคม

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(3) องค์กรตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย<sup>73</sup> อย่างสม่ำเสมอ.

<sup>73</sup> ระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน เครื่องแจ้งลัญญาณไฟไหม้ ระบบดับเพลิง (ห้องน้ำ สารเคมี ดับเพลิง ระบบฉีดน้ำ) อุปกรณ์พจมุเพลิง

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

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

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็น พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา.

#### ก. เครื่องมือ (Equipment)

(1) องค์กรจัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนประกอบด้วย:

- (i) กระบวนการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ;
- (ii) การจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือที่ครอบคลุมอยู่ในแผน;
- (iii) การทดลองสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องมือก่อนใช้งานครั้งแรก;
- (iv) การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือ อย่างเหมาะสมตามช่วงเวลาที่กำหนด;
- (v) การให้ความรู้แก่ผู้ใช้ และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการใช้เครื่องมือได้อย่างปลอดภัย;
- (vi) แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้.

(2) องค์กรมีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น พร้อมใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย. เครื่องมือที่ซับซ้อนต้องใช้โดยผู้ที่ได้รับอนุญาตการใช้จากองค์กร และผ่านการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ.

(3) องค์กรติดตามและรับรวมข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือ และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการวางแผนปรับปรุงหรือจัดหาทดแทนในระยะยาว.

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ข. ระบบสาธารณูปโภค<sup>74</sup> (Utility Systems)

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารระบบสาธารณูปโภคเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย พร้อมใช้ตลอดเวลา และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนนี้ประกอบด้วย:
- (i) การจัดทำบัญชีรายการของค่าประภากองของระบบสาธารณูปโภค;
  - (ii) แผนผังตำแหน่งที่ตั้งต่างๆ ของระบบสาธารณูปโภค;
  - (iii) การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษา อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด;
  - (iv) แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณูปโภคไม่สามารถใช้งานได้;
  - (v) การดูแลบำรุงรักษาและตรวจสอบเฝ้าระวังระบบ cooling tower และการป้องกันและควบคุมปริมาณเชื้อโรคในระบบน้ำอุปโภค/บริโภค;
  - (vi) ประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศเพื่อควบคุมการปนเปื้อนในอาคาร.
- (2) องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับก๊าซที่ใช้ทางการแพทย์ให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด<sup>75</sup> โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างลม่นเมื่อ.
- (3) องค์กรติดตามและรวมรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณูปโภค เพื่อใช้วางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน.

<sup>74</sup> ระบบสาธารณูปโภค ได้แก่ ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ ระบบก๊าซที่ใช้ในทางการแพทย์และระบบสุญญากาศ ระบบขนส่งวัสดุอุปกรณ์ ระบบไอน้ำ ระบบติดต่อสื่อสาร ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร

<sup>75</sup> จุดบริการที่จำเป็นต้องมีไฟฟ้าสำรอง ได้แก่ ระบบเตือนภัย ไฟทางออก ป้ายบอกทางออก ระบบสื่อสารฉุกเฉิน ที่เก็บเลือด/กระดูก/เนื้อเยื่อ/ยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ ห้องฉุกเฉิน ลิฟต์ (มือย่างน้อย 1 ตัวสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้) เครื่องอัดอากาศทางการแพทย์ ระบบสุญญากาศ จุดที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ห้องผ่าตัด ห้องพักพื้น ห้องคลอด หน่วยทารกแรกเกิด

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

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

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การเรียนรู้ การสร้างความลัมพันธ์และพัฒนาสิ่งแวดล้อม.

#### ก. การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

- (1) องค์กรจัดให้มีสภាពแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว และบุคลากร.
- (2) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประชาชนทั่วไป.
- (3) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา และการสร้างความลัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และญาติ กับบุคลากร.
- (4) องค์กรส่งเสริมการเข้าถึง การบริโภค อาหาร/ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงวิถีชีวิต และไม่มีการใช้หรือจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ.
- (5) องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ.

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (Environment Protection)

(1) องค์กรมีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ:

- (i) มีค้ายาพิโนในการบำบัดเพาะสมกับปริมาณน้ำทึ้งของโรงพยาบาล;
- (ii) มีการดูแลรักษาระบบโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม;
- (iii) มีการตรวจสอบคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดตามข้อกำหนดของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง;
- (iv) น้ำทึ้งที่ผ่านการบำบัดในช่วงเวลาที่ระบบรับภาระมากที่สุดมีค่ามาตรฐานตามที่หน่วยราชการกำหนด.

(2) องค์กรจัดการเพื่อลดปริมาณของเสียโดยจัดให้มีระบบการนำมารีไซเคิล (reuse) การลดปริมาณการใช้ (reduction) การแปรรูป (recycle) และลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม.

(3) องค์กรมีระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกกฎหมาย:

- (i) มีakashanarong รับขยะที่เหมาะสม และเพียงพอ;
- (ii) มีกระบวนการแยกรับ/ขยายน้ำ/จัดที่พัก สำหรับ ขยะทั่วไป/ขยะติดเชื้อ/ขยะอันตราย ที่รับกุม;
- (iii) มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี;
- (iv) มีกระบวนการในการกำจัดขยะติดเชื้อและขยะอันตรายอย่างเหมาะสม;
- (v) มีการตรวจสอบการกำจัดขยะติดเชื้อของผู้รับช่วง.

(4) องค์กรร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ดำเนินการพิทักษ์ป้องกันและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม. องค์กรประเมิน และพัฒนาสถานที่ท่องเที่ยวในการกำจัดของเสียของโรงพยาบาลที่มีผลกระทบต่อชุมชน.

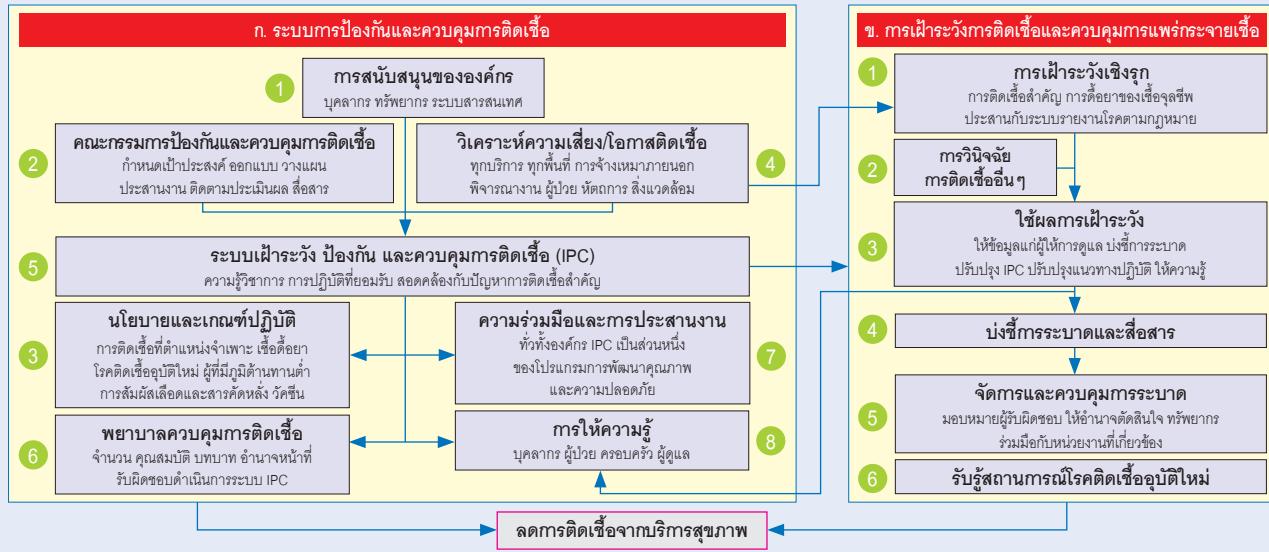
## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-4

### การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control)

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

องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-4.2 การปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention Practices)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.

#### ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป

##### ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ

1

standard precautions, transmission-based precautions,  
การทำความสะอาด ทำให้ภาชนะ เชื้อ และทำลาย เชื้อ<sup>1</sup>  
การจัดการกับวัสดุที่หมุดอยู่ การใช้ single-use devices

2

การควบคุมสิ่งแวดล้อม  
การห่อส่วนและป้องปุ่นพื้นที่ การควบคุมทางวิศวกรรม  
การจัดพื้นที่และเดินทางเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การแยกบีเวณไข้ร่างกาย  
ที่สะอาดออกจากบีเวณปนเปื้อน การทำความสะอาดพื้นผิว

3

การลดความเสี่ยงในพื้นที่ที่ควรให้ความสำคัญ  
OR, LR, ICU, ห้องผู้ป่วยที่แออัด, ER, OPD  
สำหรับผู้ที่ความดันทางหัวใจวันไม่เพียงพอ/เด็ก,  
ห้องแยกผู้ป่วยโรคติดเชื้ออันตราย, หน่วยทันตกรรม, หน่วยไตเทียม,  
หน่วยงานเตรียมยา, หน่วยจ่ายกลาง, โรงครัว, PT, X-ray

#### ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ

##### การติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร

1 เช่น การติดเชื้อแผลผ้าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ  
การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำ  
การติดเชื้อในกระแสเลือด

2

การดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต้านทานต่ำ

3

การจัดการเชื้อดื/oxy

4

การรับมือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ

5

การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง  
expose to blood and body fluid

ลดการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

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

องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.

#### ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control Program)

(1) ผู้นำองค์กรสนับสนุนระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยจัดให้มีบุคลากรที่มีความสามารถ<sup>76</sup> มีทรัพยากรเพียงพอ และมีระบบสารสนเทศที่รองรับการทำงาน.

(2) องค์กรจัดให้มีคณะกรรมการที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพที่ลอดคล้องกับภารกิจด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่น แพทย์<sup>77</sup> พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นักวิชาการ นักวิทยา และนักจัดการด้านลิ่งแวดล้อม เป็นต้น เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อเป็นกลไกดำเนินงานและประสานงานกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. โดยให้ทำหน้าที่ต่างๆ ดังนี้:

<sup>76</sup> ผู้นำควรสร้างเสริมความสามารถของบุคลากร โดยสนับสนุนให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้อง ได้รับการอบรมหรือศึกษาด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรดังกล่าวมีความรู้ เข้าใจและสามารถร่วมกันพัฒนาและวางแผนระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้

<sup>77</sup> แพทย์ ควรเป็นแพทย์ที่รับผิดชอบเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีความรู้ในเรื่องตั้งกล่าวจาก การปฏิบัติ หรือ การศึกษาข้อมูลวิชาการ ควรได้รับการฝึกอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โดยเฉพาะการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมที่จัดขึ้นโดยองค์กรมาตรฐาน และควรมีการพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ.



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (v) การป้องกันการล้มผัลเลือดและสารคัดหลังในระหว่างปฏิบัติงาน การดูแลบุคลากรที่ล้มผัลเลือดสารคัดหลัง หรือโรคติดต่อ เช่น วัณโรคและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และมาตรการที่ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อในวงกว้าง (ในกรณีเป็นโรคที่ระบบได้ง่าย);
- (vi) การให้บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามมาตรฐานที่แนะนำโดยองค์กรวิชาชีพ.
- (4) องค์กรวิเคราะห์ความเสี่ยง/โอกาสเกิดการติดเชื้อที่ครอบคลุมทุกบริการและทุกพื้นที่ ที่มีผลต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และบุคลากร โดยคำนึงถึงลักษณะของงาน ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย หัตถการ และสิ่งแวดล้อม การวิเคราะห์ควรครอบคลุมถึงหน่วยงานจ้างเหมาภายนอก และการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบบวิทยา.
- (5) องค์กรออกแบบระบบและแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ บริการ และกลุ่มเป้าหมายทั้งในผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และบุคลากร บนพื้นฐานของความรู้วิชาการและการปฏิบัติ ซึ่งเป็นที่ยอมรับ ตลอดจนลดอัตราล้อยกับปัญหาการติดเชื้อสำคัญขององค์กร.
- (6) องค์กรมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control Nurse: ICN) อย่างน้อยหนึ่งคน โดย ICN ควร มีจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนเดียวของโรงพยาบาล ทำหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินการระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ผู้ทำหน้าที่นี้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ผ่านการศึกษา ฝึกอบรม ประสบการณ์ และมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน โดยมีอำนาจที่จะใช้มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษา เมื่อรับรู้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล<sup>79</sup>.

<sup>79</sup> นอกจาก ICN แล้ว องค์กรควรพิจารณาให้มี infection control practitioner ซึ่งเป็นแพทย์/นักเทคนิคการแพทย์ ที่เข้าใจเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อเข้ามาร่วมทำงานเป็นทีมกับ ICN

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (7) ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นส่วนหนึ่งของการโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งมีความร่วมมือและการประสานงานที่ดีภายในทั่วทั้งองค์กร ร่วมกับพันธมิตร ผู้ป่วย และครอบครัว.
- (8) องค์กรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากร แพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยองค์กรทำให้มั่นใจได้ว่าบุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักและมีการปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อย่างเป็นวัฒนธรรม.

### ข. การเฝ้าระวังการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ (Infection Surveillance and Control)

- (1) องค์กรเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการบริการสุขภาพในเชิงรุกจากลำดับความสำคัญที่ระบุไว้ โดยใช้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐาน วิธีการเฝ้าระวังและการวิเคราะห์ซึ่งเป็นที่ยอมรับทางวิชาการและสอดคล้องกับบริบทขององค์กร ครอบคลุมตลอดภาวะต่อเนื่องของการดูแล รวมทั้งติดตามแบบแผนการติดตามเชื้อจุลชีพ และประสานกับระบบรายงานโรคตามที่กฎหมายกำหนด.
- (2) องค์กรมีกระบวนการในการวินิจฉัยและยืนยันเมื่อลงลึกการติดเชื้อจากการบริการสุขภาพอย่างรวดเร็ว สำหรับผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มีระบบการเฝ้าระวังไปข้างหน้าในข้อ (1).
- (3) องค์กรใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการระบาด ปรับปรุงระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติและป้องกันการติดเชื้อในลักษณะเดียวกัน และเพื่อให้ความรู้แก่บุคลากร.

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) องค์กรจัดทำแนวทางการบ่งชี้การระบาดของโรคหรือเชื้อก่อโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และนำไปปฏิบัติ มีการระบุการรับมาดในลักษณะของบุคคล สถานที่ เวลา และลือสารข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.
- (5) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบพร้อมด้วยทรัพยากรและอำนาจตัดสินใจที่เพียงพอ เพื่อจัดการและควบคุมการระบาด โดยร่วมมือกับหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้อง.
- (6) องค์กรมีวิธีการในการรับรู้สถานการณ์โรคติดเชื้ออยู่ติดตามที่เป็นระบบและเชื่อมโยงกับหน่วยงานสาธารณสุขภายนอกและชุมชน และมีการลือสารภายในองค์กรได้ทันต่อสถานการณ์.

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-4.2 การปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention Practices)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.

#### ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป (General Infection Prevention Practices)

(1) มีการจัดทำระเบียบ/แนวทางปฏิบัติในการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อและนำไปปฏิบัติ ดังต่อไปนี้:

- (i) การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ จากผู้ป่วยสู่ผู้ป่วย บุคลากร ญาติ และลิงแผลล้ม (isolation precautions) ซึ่งประกอบด้วย standard precautions และ transmission-based precautions<sup>80</sup>;
- (ii) การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ สำหรับอุปกรณ์ที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้

<sup>80</sup> Standard precautions หมายถึง ชุดของการปฏิบัติพื้นฐานเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกราย ไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะมีการติดเชื้อหรือมีอาการหรือไม่ ออาทิ การทำความสะอาดมือ (hand hygiene) การใช้เจลล้างมือ และการป้องกันส่วนบุคคล เมื่อคาดว่าจะมีการสัมผัสแหล่งโรค การป้องกันการถูกเข็มหรือวัสดุมีคมอื่นที่มีคม สุขอนามัยเกี่ยวกับการโภชนา การทำความสะอาดลิงแผลล้ม การจัดการเลือดฟ้าและเครื่องนอนผู้ป่วย การจัดการขยะ การจัดการเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย สำหรับ transmission-based precautions แบ่งออกเป็น contact, droplet, vector และ airborne transmission

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (iii) การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียว **แต่มีราคาแพง** หรือจัดหาได้ยากกลับมาใช้ใหม่ (ถ้าสามารถนำมาใช้ได้<sup>81</sup>).
- (2) มีการควบคุมลิ้งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในลิ้งแวดล้อม:
- (i) การก่อสร้างและปรับปรุงพื้นที่ภายในองค์กร ต้องมีการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อและผลกระทบ อื่นที่เกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายลิ้งก่อสร้าง แล้ววางแผนการเพื่อลดความเสี่ยง ที่จะเกิดขึ้น;
  - (ii) องค์กรจัดโครงสร้างอาคารสถานที่ วางแผนการควบคุมสภาพแวดล้อมและระบบสาธารณูปโภคโดยใช้ วิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสม<sup>82</sup> และบำรุงรักษาอาคารสถานที่ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายลิ้งปนเปื้อน และเชื้อโรค;
  - (iii) องค์กรจัดให้มีพื้นที่แยกโรค (zoning) และเลี้นทางการเคลื่อนย้าย (patient flow) สำหรับผู้ป่วยที่เป็น โรคที่อาจจะมีการแพร่ระบาดได้ง่าย;

<sup>81</sup> การใช้งานเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ช้าๆ อาจทำได้ภายใต้เงื่อนไขที่สอดคล้องกับคำแนะนำการใช้งานจากผู้ผลิตและมาตรฐานการปฏิบัติ ที่เป็นที่ยอมรับ การจัดการครอบคลุมถึง: การกำหนดชนิดของวัสดุอุปกรณ์ที่อนุญาตให้ใช้งานช้าได้ จำนวนครั้งสูงสุดที่จะใช้ช้าได้ ลักษณะทาง กายภาพที่ปังชี้ว่าวัสดุอุปกรณ์นั้นไม่ควรนำมาใช้ช้าแล้ว กระบวนการทำความสะอาดด้วยวัสดุอุปกรณ์นั้น ระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้งาน วัสดุอุปกรณ์นั้น

<sup>82</sup> การควบคุมสภาพแวดล้อม เช่น ห้องแยกระบบความตันอากาศเป็นบาง ห้องแยกผู้ป่วยโรคที่แพร่เชื้อทางอากาศ biological safety cabinet การจัดระบบระบายอากาศและปรับอากาศ

## ចំណេះ II របៀបងារសំគាល់នៃទំនួរពិភាក្សាបាល

(iv) องค์กรแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน.

(v) การทำความสะอาดพื้นผิวของอาคารสถานที่ แล้วลิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยด้วยความเหมาะสม เช่น กรณีผู้ป่วยซื้อตื้อยา ซึ่งต้องมีความเข้มงวดในการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเป็นพิเศษ.

(3) มีการระบุพื้นที่ทำงานที่ต้องไล่ใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยง ต่อการติดเชื้อตามมาตรการที่กำหนด โดยพื้นที่ที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่:

- ห้องผ่าตัด;
- ห้องคลอด;
- ห้องผู้ป่วยวิกฤติ;
- ห้องผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม ภูมิารైชกรรม โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความแออัด;
- หน่วยบริการฉุกเฉิน;
- หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยความต้านทานต่ำ ผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ได้รับ การรักษาเพียงพอ และผู้ป่วยเด็ก;
- ห้องแยกผู้ป่วยโรคติดเชื้ออันตราย;
- หน่วยงานทันตกรรม;
- หน่วยไตเทียม;
- หน่วยงานเตรียมยา;
- หน่วยจ่ายกลาง;

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- โรคครัว;
- หน่วยกายภาพบำบัด;
- หน่วย X-RAY.

### ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ (Specific Infection Prevention Practices)

- (1) มีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำ และการติดเชื้อในกระเพาะเลือด ตามแนวทางปฏิบัติที่องค์กรกำหนด.
- (2) มีการดำเนินการตามระเบียบปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิค้านทานทำร้าย.
- (3) มีกระบวนการในการจัดการเชื้อที่ดีอย่างตามองค์ประกอบหลักดังกล่าวข้างต้น และมีการติดตามประเมินผล การดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ โดยมุ่งเน้นการควบคุมเชื้อด้วยยาที่มีผลกระทบสูงต่อภาวะสุขภาพและผลการรักษา เช่น เชื้อด้วยยาที่พบบ่อย มีอัตราตายสูง.
- (4) มีแผนปฏิบัติการและมีการซ้อมแผนรับมือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติช้า.
- (5) มีการดำเนินการตามแนวทาง/ขั้นตอนในการดูแลบุคลากรที่สัมผัสรับเชื้อ/สารคัดหลังจากผู้ป่วยหรือเจ็บป่วย ด้วยโรคติดเชื้อจากการทำงาน และโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน. มีการจัดให้บุคลากรได้วัคซีนที่จำเป็นตามความเหมาะสม บุคลากรมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อต่อจากบุคลากร ผู้ติดเชื้อ.

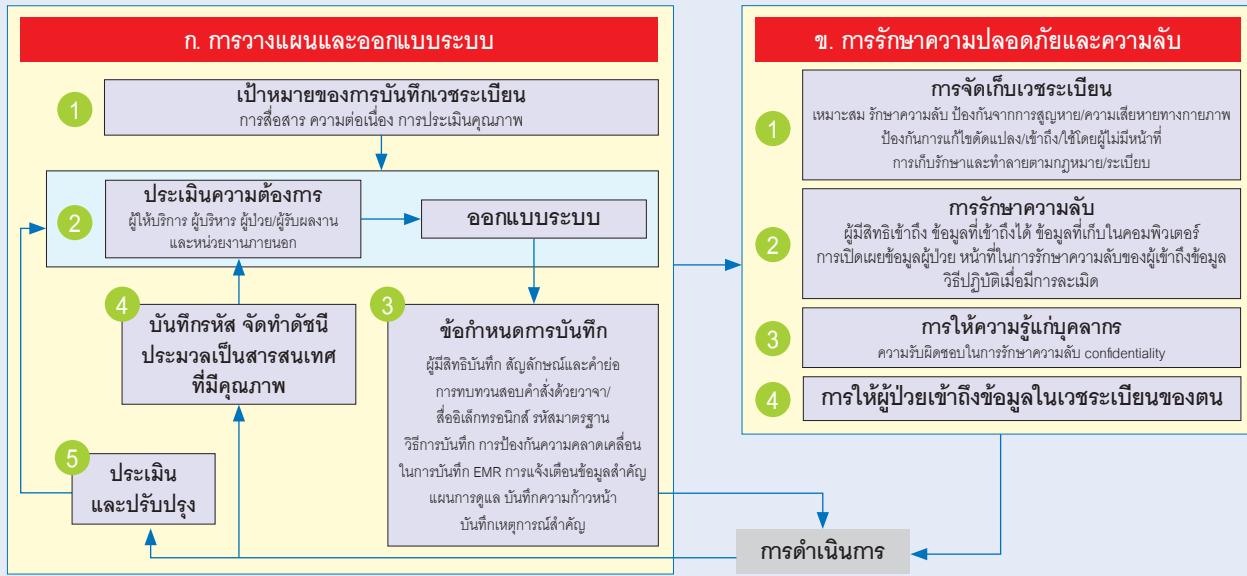
## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-5

### ระบบเวชระเบียน (Medical Record System)

#### II-5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (Medication Record Management System)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

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

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.

1

#### บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอสำหรับ

- การระบุตัวผู้ป่วย
- มีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรคและแผนการดูแลรักษา
- ประเมินความเหมาะสมสมของการดูแลรักษา
- ทราบความเป็นไป และผลการรักษา
- เอื้อต่อความต้องเนื่องในการดูแล
- ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง
- การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

2

ทบทวนเวชระเบียน  
ประเมินความสมบูรณ์  
ความถูกต้อง  
การบันทึกในเวลาที่กำหนด  
การเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพ

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน<sup>83</sup> (Medication Record Management System)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.

#### ก. การวางแผนและออกแบบ (Planning and Design)

- (1) องค์กรกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกับโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยเป้าหมายครอบคลุม การลือสาร การใช้งาน ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ.
- (2) การออกแบบระบบเวชระเบียนเป็นผลจากการประเมินความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้บริหาร รวมทั้งผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และหน่วยงานภายนอก.

<sup>83</sup> เวชระเบียน หมายถึง บันทึกทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วย เอกสารการยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ข้อมูลปัจจุบันทางการแพทย์ของบุคคล การรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ ผลการซั่นสูตรบำบัดแล้ว หรือผลการซั่นสูตรพลิกค์ พลการบันทึก รูปภาพหรือเครื่องหมายอื่นๆ จากรุปกรณ์เครื่องมือในสถานพยาบาล หรือเอกสารการบันทึกการกระทำใดๆ ที่เป็นการล็อกการรักษา การบรีกษาเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่อื่น การรับผู้ป่วยรักษาต่อ การกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่สถานพยาบาลกำหนดไว้ เอกสารอื่นๆ ที่ใช้ประกอบเพื่อการตัดสินใจทางการแพทย์ เพื่อการประสานงานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเอกสารอื่นๆ ที่สถานพยาบาลกำหนดไว้ เป็นเอกสารทางเวชระเบียน นอกจากนี้ยังรวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบล็อดิจิทัล หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR) ซึ่งเป็นรูปแบบของเวชระเบียนที่มีการพัฒนาขึ้นในปัจจุบัน

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(3) เวชระเบียนผู้ป่วยมีข้อมูลที่ถูกต้อง สมบูรณ์ เป็นปัจจุบัน และไม่สูญหายง่าย เพื่อสนับสนุนการดูแลรักษา ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย ครอบคลุมการบันทึกเวชระเบียนทางอิเล็กทรอนิกส์<sup>84</sup> (Electronic Medical Record). การบันทึกเวชระเบียนควรเป็นไปตามข้อกำหนดต่อไปนี้:

- (i) การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน;
- (ii) การใช้ลัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐาน;
- (iii) การรับและทราบสอบคำลั่นการรักษาด้วยวารา หรือผ่านลืออิเล็กทรอนิกส์;
- (iv) การใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการที่เป็นมาตรฐาน;
- (v) การบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ระบุวันเวลา แล้วเสร็จในเวลาที่กำหนด และมีการลงนามที่ชัดเจน;
- (vi) กรณีเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ความมีการออกแบบการบันทึกเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของ ข้อมูลซึ่งครอบคลุมข้อมูลตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น ข้อมูลรูปภาพ ออกแบบการสอบทาน และการ ลงนามทางอิเล็กทรอนิกส์ ที่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและลือสารทำความสะอาดเข้าใจตรงกันในองค์กร;
- (vii) การแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ;
- (viii) บันทึกความก้าวหน้า สิ่งที่ลังเกตพบ รายงานการให้คำปรึกษา ผลการตรวจวินิจฉัย และมีแผนการ ดูแลรักษาที่ทุกวิชาชีพใช้ร่วมกัน;

<sup>84</sup> เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หมายถึง เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งแฟ้มที่ถูกบันทึกข้อมูลบริการ ข้อมูลทางการแพทย์ และข้อมูลเฉพาะสำหรับ ผู้ป่วยแต่ละคน โดยพื้นฐานแพลตฟอร์มของโรงพยาบาลหรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (ix) เหตุการณ์สำคัญ เช่น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และการตอบสนองต่อการดูแลรักษา รวมถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น<sup>85</sup>.
- (4) ข้อมูลในบันทึกเวชระเบียนได้รับการบันทึกหลังและจัดทำดัชนีเพื่อนำไปประมวลผลเป็นสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพในเวลาที่เหมาะสม.
- (5) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบตอบสนองต่อความต้องการขององค์กรและผู้ป่วย.

### ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ (Security and Confidentiality)

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

<sup>85</sup> การบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในเวชระเบียน เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและทีมผู้ให้การรักษา ในการติดตาม เฝ้าระวัง และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (2) องค์กรกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียน ได้แก่:
- (i) การกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล;
  - (ii) การระบุข้อมูลที่ผู้เกี่ยวข้องแต่ละระดับสามารถเข้าถึงได้;
  - (iii) มาตรการในการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์;
  - (iv) การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย;
  - (v) หน้าที่ในการรักษาความลับของผู้ที่เข้าถึงข้อมูล;
  - (vi) วิธีปฏิบัติเมื่อมีการละเมิด.
- (3) องค์กรให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องเที่ยวกับความรับผิดชอบในการรักษาความลับ วิธีการจัดการเมื่อมีการขอให้เปิดเผยข้อมูลซึ่งอาจเป็นการละเมิดการรักษาความลับ.
- (4) องค์กรมีกระบวนการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศในเวชระเบียนของตน หรือผู้ได้รับมอบอำนาจตามกฎหมายได้ โดยมีการทำความเข้าใจในเนื้อหาและข้อจำกัดของลิ๊งที่บันทึกอย่างถูกต้องเหมาะสม.

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

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

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

(1) บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอ สำหรับ:

- (i) สื่อสารระหว่างผู้ให้บริการในการระบุตัวผู้ป่วย;
- (ii) สนับสนุนการวินิจฉัยโรคและแผนการดูแลรักษา;
- (iii) ประเมินความเหมาะสมสมของการดูแลรักษา;
- (iv) ทราบความเป็นไปของการรักษาและผลการรักษา;
- (v) เอื้อต่อความต้องเนื่องในการดูแล;
- (vi) ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง;
- (vii) ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย;
- (viii) ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย.

(2) มีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด และ การทบทวนเวชระเบียนเพื่อเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพบริการ.

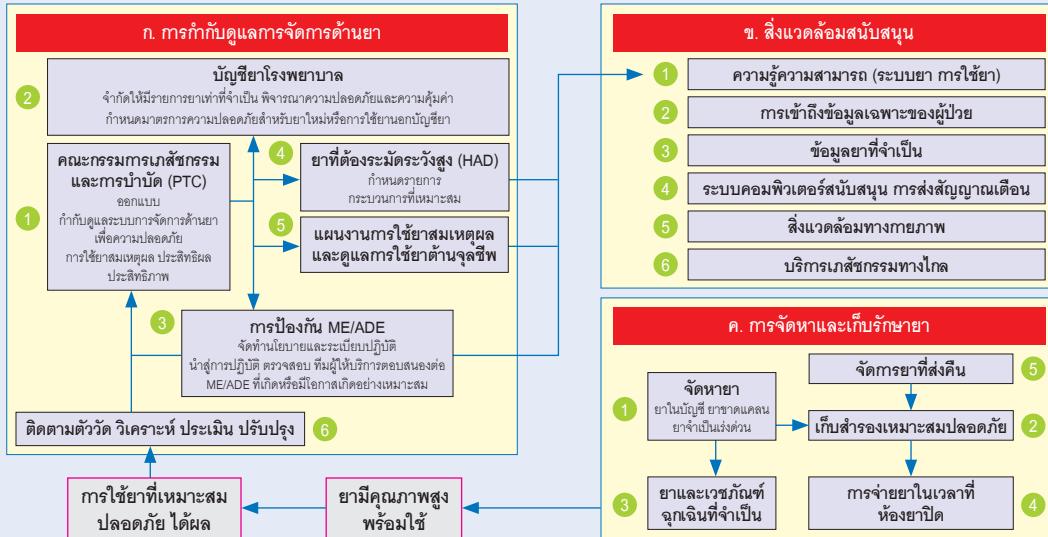
## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-6

### ระบบการจัดการด้านยา (Medication Management System)

#### II-6.1 การกำกับดูแลด้านยาและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Medication Oversight and Supportive Environment)

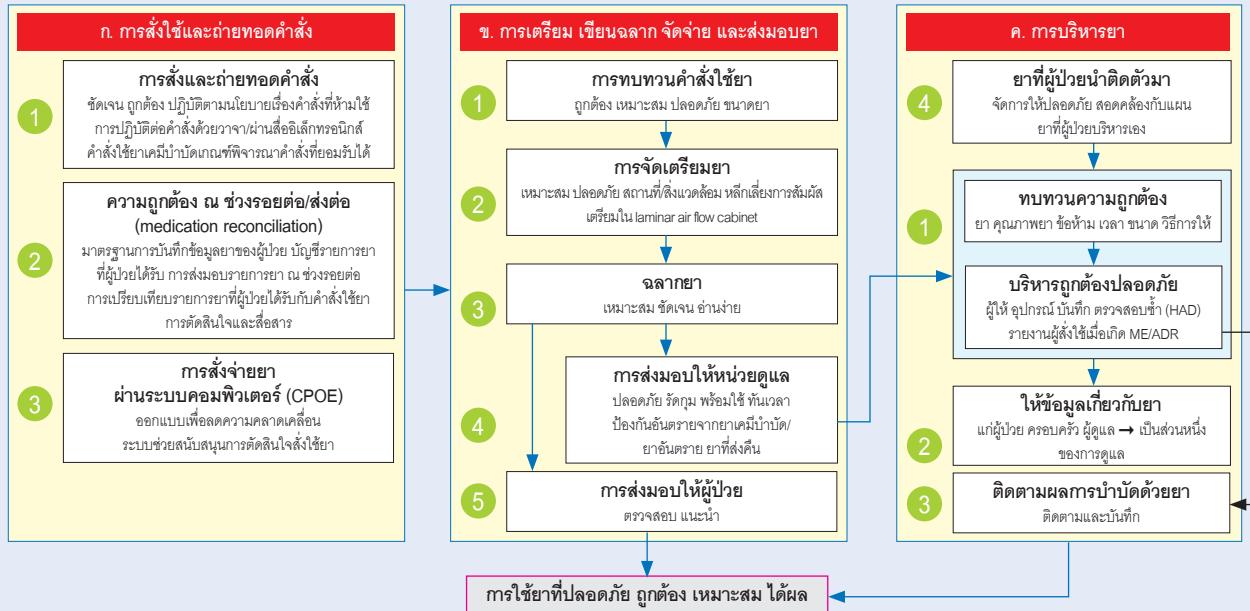
องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เน่าจะสม และได้ผล รวมทั้งการเมีย ที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้ สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (Medication Use Practices)

องค์กรทำให้มั่นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดดังแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-6.1 การกำกับดูแลและส่งแวดล้อมสนับสนุน (Medication Oversight and Supportive Environment)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียา<sup>86</sup> ที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้ สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.

#### ก. การกำกับดูแลและการจัดการด้านยา (Medication Management Oversight)

(1) องค์กรจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical and Therapeutic Committee-PTC) จากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่ออกแบบและกำกับดูแลระบบการจัดการด้านยา<sup>87</sup> ครอบคลุมการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล<sup>88</sup> (telepharmacy) ให้มีความปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการใช้ยาอย่าง

<sup>86</sup> ยา นิยามตามพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2562 หมายถึง วัตถุที่รับรองไว้ในตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศ (ซึ่งครอบคลุม ตำรายาแผนปัจจุบัน เช่น ตำราของประเทศไทย ตำรามาตรฐานสมุนไพรไทย และตำราแผนโบราณ) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์ วัตถุที่เป็นเภสัชเคมีภัณฑ์ หรือเภสัชเคมีภัณฑ์ที่เปลี่ยนรูป หรือวัตถุที่มุ่งหมายสำหรับให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้าง หรือการกระทำหน้าที่ใดๆ ของร่างกายมนุษย์หรือสัตว์

<sup>87</sup> กำกับดูแลยาทุกชนิดในโรงพยาบาล ทั้งสารที่บังสีหรือสารที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค ยาที่ใช้ในห้องผ่าตัด วัคซีน รวมถึงสมุนไพรและยาแผนไทย ที่มีใช้ในโรงพยาบาล โดยอาจแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญด้านยาแต่ละประเภทเข้าเป็นคณะกรรมการหรืออนุกรรมการภายใต้ PTC และมีการติดตามผล การใช้ยาตั้งกล่าวในระบบของโรงพยาบาล เช่น การแพ้ยา ความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นต้น

<sup>88</sup> การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (telepharmacy) หมายถึง การบริบาลทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) และการให้บริการที่เกี่ยวเนื่องแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับผลงาน โดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยหรือผู้รับผลงานได้ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสาร (telecommunication) รวมทั้งการส่งมอบยาถึงบ้านผู้ป่วย

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

สมเหตุผล<sup>89</sup> มีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ.

- (2) คณะกรรมการ geleechgrrom และการบำบัดจัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น<sup>90</sup>. มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง โดยนำข้อมูลความปลอดภัยด้านยาและความคุ้มค่ามาประกอบการพิจารณา. มีการกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูง<sup>91</sup> และการขอใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาเมื่อจำเป็น<sup>92</sup>.
- (3) คณะกรรมการ geleechgrrom และการบำบัดกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา<sup>93</sup> แล้วนำสู่การปฏิบัติ และมีการตรวจสอบการปฏิบัติ. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองอย่างเหมาะสมสมต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น

<sup>89</sup> การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การจัดตารางระบบและกระบวนการจัดการต้านยา ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุดทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อสังคม ในทางปฏิบัติสามารถถือว่าอย่างอิงตามแนวทางคณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเพิ่มเติม

<sup>90</sup> การจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น ทำโดยใช้เกณฑ์คัดเลือก ซึ่งประกอบด้วยข้อบ่งชี้ ประสิทธิผล ข้อมูลความปลอดภัย ความเสี่ยง และต้นทุน

<sup>91</sup> มาตรการความปลอดภัย เช่น แบบฟอร์มล็อจิกรรมฐาน แนวทางการล็อจิยา ระบบตรวจสอบ ระบบเตือนความจำ ข้อจำกัดในการใช้ การบริหารยา และการเก็บรักษายา ตลอดจนการติดตามคุณบุติการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับยาที่ต้องติดตามความปลอดภัย (safety monitoring program)

<sup>92</sup> กรณีที่จำเป็นต้องใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียา มีกระบวนการในการอนุญาตและจัดหาโดยพิจารณา ความจำเป็น ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยง และความสามารถในการติดตามผล

<sup>93</sup> นโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา เช่น มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหาการป้องกันการล็อจิยาที่มีอันตรายรุนแรง การล็อกสิ่งส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยา

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

หรือที่มีโอกาสเกิดขึ้น.

- (4) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดกำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง<sup>94</sup> และสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยซึ่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง ด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา สังใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียมยา บรรยาย บันทึกข้อมูล และติดตามกำกับการใช้ยา.
- (5) องค์กรสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นและมีนโยบายที่เอื้ออำนวยให้ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดสามารถติดตามกำกับ การดำเนินการแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use Program) และแผนงานดูแลการใช้ยาด้านจุลชีพ (Antimicrobial Stewardship Program) ด้วยมาตรการร่วมกันหลายประการ ให้มีการใช้อย่างเหมาะสม<sup>95</sup>.
- (6) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดมีการวิเคราะห์ ติดตามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและการผลลัพธ์ เพื่อประเมิน และปรับปรุงระบบจัดการด้านยา. มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

<sup>94</sup> ยาที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (high-alert medication) หมายถึง ยาที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการใช้ผิดวัตถุประสงค์ มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาสูง อาจรวมถึงยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาทดลอง ยาที่ต้องควบคุม ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่มีพิษลักษณะกว้าง (narrow therapeutic range) ยาทางจิตเวช ยาทางวิสัยัญญา ยาที่มีเชื้อคล้ายกันหรือออกเสียงคล้ายกัน

<sup>95</sup> เช่น การให้ยาด้านจุลชีพเฉพาะเพื่อการรักษาโรคติดเชื้อ หรือใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อตามคำแนะนำมาตรฐาน การไม่ให้ยาด้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดนานเกินกว่า 24 ชั่วโมง เป็นต้น รวมทั้งมีการวัดผลการปฏิบัติงาน และมีการลือสารผลการปฏิบัติงานสู่ผู้เกี่ยวข้องสม่ำเสมอ

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Supportive Environment)

- (1) ผู้ประกอบวิชาชีพ<sup>96</sup> เดิร์บการประเมินและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา<sup>97</sup> การใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี.
- (2) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป<sup>98</sup> การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น<sup>99</sup>.
- (3) องค์กรมีข้อมูลยาที่จำเป็น<sup>100</sup> ในรูปแบบที่ใช้ง่าย ในขณะลั่งใช้ จัด และให้ยาแก่ผู้ป่วย.
- (4) องค์กรมีระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา โดยมีการเตือนอย่างเหมาะสม สำหรับอันตรายร้ายแรง ยา การแพ้ยา ขนาดต่ำสุดและสูงสุดสำหรับยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง และมีแนวทางสำหรับการไม่ปฏิบัติตามลัญญาณเตือนเมื่อไม่ข้อบ่งชี้.
- (5) การลั่งใช้ คัดลอกคำลั่ง จัดเดรียม จัดจ่าย บริหารยา และผลิตยา กระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งสะอาด มีพื้นที่และแสงสว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีมาธิกับเรื่องยาโดยไม่มีการรบกวน.

<sup>96</sup> ผู้ประกอบวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

<sup>97</sup> ความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา เช่น ระบบยาของโรงพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วย การดำเนินการเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา และบทบาทหน้าที่ของแพทย์ในเรื่องยา

<sup>98</sup> ข้อมูลทั่วไปที่สำคัญ เช่น การแพ้ยา การตั้งครรภ์ น้ำหนักตัว พิ้นที่ผิวเมื่อต้องใช้คำนวนขนาดยา

<sup>99</sup> ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เช่น การทำหน้าที่ข้องตับและไต ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง

<sup>100</sup> เช่น บัญชียาโรงพยาบาล ข้อมูลความคงตัวของยา ความเข้ากันไม่ได้ระหว่างยา-ยา หรือ ยา-สารละลาย การเก็บรักษายาแต่ละชนิดอย่างถูกต้อง

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(6) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติและสนับสนุนทรัพยากรในการให้บริการ  
เภสัชกรรมทางไกลที่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ<sup>101</sup>

### ค. การจัดหาและเก็บรักษายา (Medication Procurement and Storage)

(1) การจัดหายาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหายาขาดแคลน<sup>102</sup> และ  
ยาที่จำเป็นเร่งด่วน<sup>103</sup>.

(2) ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความ  
ปลอดภัย มีคุณภาพและความคงตัว<sup>104</sup> พร้อมใช้ ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ สามารถทราบ  
กลับถึงแหล่งที่มา มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันภัยทั่วทั้ง  
ห้องครุภัณฑ์ ภาระของการเก็บยา การแยกยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย Look Alike Sound Alike Drugs (LASA)

<sup>101</sup> ประกาศสภากาแฟสัชกรรม ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)

<sup>102</sup> การจัดการกับปัญหายาขาดแคลน ได้แก่ การจัดหา การลือสารกับผู้ล่วงใช้ยาและเจ้าหน้าที่ การจัดทำแนวทางการใช้หรือจ่ายยาทดแทน  
การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ

<sup>103</sup> การจัดหายาที่จำเป็นเร่งด่วน ได้แก่ ยาช่วยชีวิต ยาฉุกเฉิน วัคซีน เช่น หรือยาอื่นๆ ที่องค์กรกำหนดให้เป็นยาสำคัญในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้ง  
การจัดหาในสถานการณ์ภัยพิบัติ

<sup>104</sup> การสร้างความมั่นใจว่ามีความคงตัว ได้แก่ การแยกยาหมดอายุหรือยาเลื่อนสภาพออกไว้ต่างหากอย่างชัดเจน; การดูแลลิ้งแวดล้อม  
ที่เหมาะสมในด้านอุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้น การถ่ายเทอากาศ สำหรับยาที่มีความไวต่ออุณหภูมิหรือแสง

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ยานานิดเดียวกันที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ยาหมดอายุหรือยาที่ถูกเรียกคืน แยกเป็นลักษณะ ส่วน ไม่มีการเก็บสารอิเล็กโทรไลต์เข้มข้นที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย. ยาเคมีบำบัด ก้าชและสารละลายที่ระหว่างจ่ายลำหรับการระงับความรู้สึกได้รับการเก็บในพื้นที่ที่มีการระบายน้ำอากาศได้ดี.

- (3) องค์กรจัดให้มียาและ/หรือเวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ อยู่ตลอดเวลา. มีระบบควบคุม<sup>105</sup> และดูแลให้เกิดความปลอดภัย และมีการจัดทบทวนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป.
- (4) องค์กรมีระบบที่จะจ่ายยาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในเวลาที่ห้องยาปิด.
- (5) องค์กรจัดการกับยาที่ส่งคืนมาที่ห้องยาอย่างเหมาะสม เช่น ยาที่แพทย์ล้างหุ่ดใช้.

<sup>105</sup> ระบบควบคุมยาฉุกเฉิน เช่น มีการจัดเก็บยาฉุกเฉินในลักษณะที่สามารถระบุได้ว่ายาที่บรรจุในภาชนะนั้นยังมีครบถ้วนและไม่หมดอายุ

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (Medication Use Practices)

การใช้ยามีความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.

#### ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง (Ordering and Transcribing)

- (1) ผู้สั่งใช้ยาเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนและถ่ายทอดคำสั่งอย่างถูกต้อง. มีการลือสารคำสั่งใช้ยาที่เป็นมาตรฐานเพื่อลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาด. มีการจัดทำ นำไปปฏิบัติ และตรวจสอบการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้:
- (i) “คำสั่งใช้ยา” ที่ห้ามใช้<sup>106</sup>;
  - (ii) การปฏิบัติต่อคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ คำสั่งด้วยวิชา แล้วคำสั่งผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์;
  - (iii) คำสั่งใช้ยาที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้า (pre-printed order) และจัดทำข้อปฏิบัติ (protocol) สำหรับคำสั่งใช้ยาเคมีบำบัด;
  - (iv) เกณฑ์พิจารณาคำสั่งใช้ยาที่ยอมรับได.
- (2) คณะกรรมการ geleชักรรรมและการบำบัดจัดด้วงกระบวนการทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการสั่งต่อการรดูแล (medication reconciliation):

<sup>106</sup> “คำสั่งใช้ยา” ที่ห้ามใช้ เช่น ใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นสากล เช่น สั่งยาเป็น cc. เพราะอาจจะมองเป็นเลขคุณยได้ เป็นต้น

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (i) พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร;
  - (ii) ระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ<sup>107</sup> อย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการการนี้ในทุกจุดของการให้บริการ;
  - (iii) ส่งมอบรายการยาล่าสุดของผู้ป่วยที่ใช้ในรพ. ยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ต่อ และยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานที่บ้านให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในชั้นตอนถัดไป<sup>108</sup>
  - (iv) เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการยาที่ล้างให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหายาที่ตกหล่น ลังช้า ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มิโอกาสเกิดอันตรายหรือห่วงกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด;
  - (v) มีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และเลือกสรรการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย.
- (3) ในการนี้ที่มีการล้างจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (Computerized Physician Ordering Entry system: CPOE) ระบบดังกล่าวมีการออกแบบเพื่อลดข้อคลาดเคลื่อนในการล้างใช้ยา และมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการล้างใช้ยา.

<sup>107</sup> การระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ชื่อยา ขนาดยา ความถี่ และวิธีการบริหารยา วันเวลาที่ใช้ยาครั้งสุดท้าย (last dose taken)

<sup>108</sup> เช่น การส่งมอบรายการยาล่าสุด เพื่อรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ลงต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น จำหน่ายผู้ป่วย ลงผู้ป่วยในมาตรรวมที่ตีกู้ผู้ป่วยนอก เป็นต้น

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

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

- (1) ทีมผู้ให้บริการมีการทราบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความถูกต้อง ความเหมาะสมและความปลอดภัยก่อนการบริหารยาครั้งแรกของยาแต่ละชนิด หรือทบทวนเร็วที่สุดหลังบริหารยาในกรณีฉุกเฉิน. มีการตรวจสอบช้าๆ สำหรับการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยไตบกพร่องรุนแรง และผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัด. เกล้าชกรติดต่อกันผู้สั่งใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย.
- (2) ทีมผู้ให้บริการมีการจัดเตรียมยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยในสถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศ อุณหภูมิ และแสงสว่างที่เหมาะสม. แผ่นเกล้าชกรรบเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในห้องคลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน. ทีมเกล้าชกรรบทลิกเลี่ยงการสัมผัสยาโดยตรงระหว่างการจัดเตรียม รวมทั้งเวชภัณฑ์และสารละลายปราศจากเชื้อได้รับการเตรียมในตู้ปลอดเชื้อที่ควบคุมการไหลของม่านอากาศเป็นพิเศษ (laminar air flow cabinet).
- (3) ยาได้รับการติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่าย ติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท.<sup>109</sup> มีฉลากยาติดบนถังจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยา.
- (4) ทีมผู้ให้บริการมีการส่งมอบยาให้หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ปลอดภัย รัดกุม และพร้อมใช้ ในเวลาที่ทันความต้องการของผู้ป่วย. มีการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่สัมผัสถายเคมีบำบัดและยาอันตรายอื่นๆ มีการจัดเตรียมชุดอุปกรณ์ทำความสะอาดหรือสารอันตรายหากกรณี (*hazardous*)

<sup>109</sup> การติดฉลากที่ภาชนะบรรจุยา รวมทั้ง syringe สำหรับฉีดยาและ flush; สายน้ำเกลือที่เตรียมนอกห้องผู้ป่วยหรือโกลจากเตียงผู้ป่วยทั้งหมด มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

drug spill kit) ที่สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก. ยาที่ถูกหลงคืนได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์ การคงสภาพ และได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม.

(5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยา ก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม<sup>110</sup> โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม ครอบคลุมการพิจารณาวิธีการหรือแนวทางการส่งมอบยาที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัยในการส่งยาในรูปแบบอื่นๆตามบริบทที่เปลี่ยนแปลง.

### ค. การบริหารยา (Administration)

(1) ทีมผู้ให้บริการมีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม. มีการตรวจสอบข้าโดยอิสระ<sup>111</sup> ก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง

<sup>110</sup> การให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ความปลอดภัย ความถูกต้อง ความสามารถในการบริหารยาและมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยานั้นๆ ควรครอบคลุมอย่างน้อยในกลุ่มยาเด็ก ยาที่มีช่วงการรักษาที่แคน ยาที่มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ สำคัญ ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษ เช่น ยาสูดพ่น

<sup>111</sup> การตรวจสอบข้าโดยอิสระ หมายถึง การสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม โดยผู้ตรวจสอบคนละคน ที่เป็นอิสระต่อกัน หากกรณีมีข้อจำกัดมีบุคลากรสำหรับการตรวจสอบเพียงคนเดียว ต้องทำการ double check โดยการดูซ้ำอีกครั้ง และเป็นการใช้ cognitive review ไม่ใช่เพียงทำตามขั้นตอน

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ณ จุดให้บริการ. มีการบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงสำหรับกรณีการให้ยาล่าช้าหรือล้มเหลว. ผู้ลังซึ่งเข้าได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา.

- (2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาด้วยว่าจากยาหรือเป็นลายลักษณ์อักษร แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้สามารถเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลโดยใช้ยาอย่างปลอดภัยและได้ผล. ข้อมูลที่ให้พิจารณาตามความเหมาะสมอาจรวมถึงชื่อยา เป้าหมายการใช้ ประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น วิธีการใช้ยาอย่างปลอดภัยและเหมาะสม วิธีการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และลิ่งที่พึงทำเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา.
- (3) ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อสร้างความมั่นใจในความเหมาะสมของเภสัชบำบัดและลดโอกาสเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์.
- (4) ทีมผู้ให้บริการมีการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและลดคลื่องกับแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน. ทีมผู้ให้บริการจัดให้มีกระบวนการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยสามารถบริหารเองได้ ว่าเป็นยาตัวใด กับผู้ป่วยรายใด วิธีการเก็บรักษาโดยผู้ป่วย การให้ความรู้ และการบันทึก.

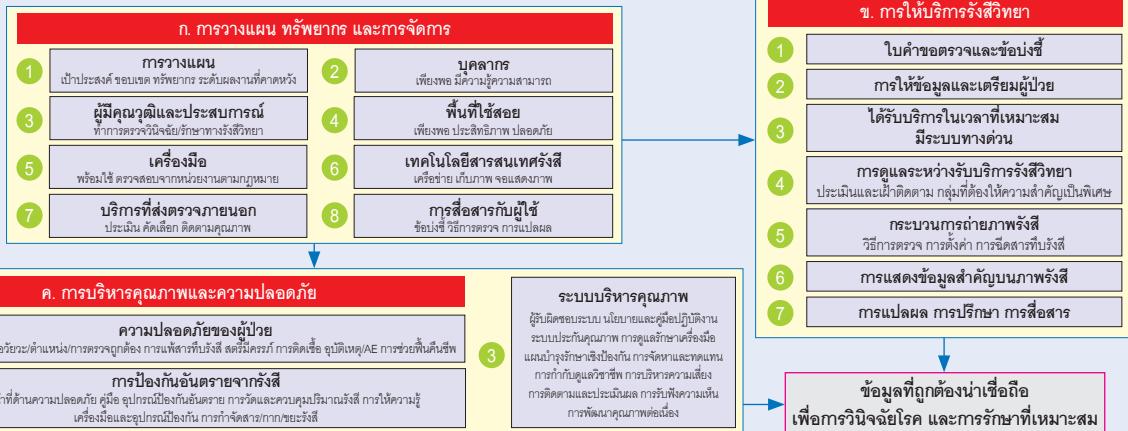
## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-7

### การตรวจดูแลเพื่อการวินิจฉัยโรค<sup>112</sup> และบริการที่เกี่ยวข้อง (Diagnostic Investigation and Related Services)

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

บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ใช้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.

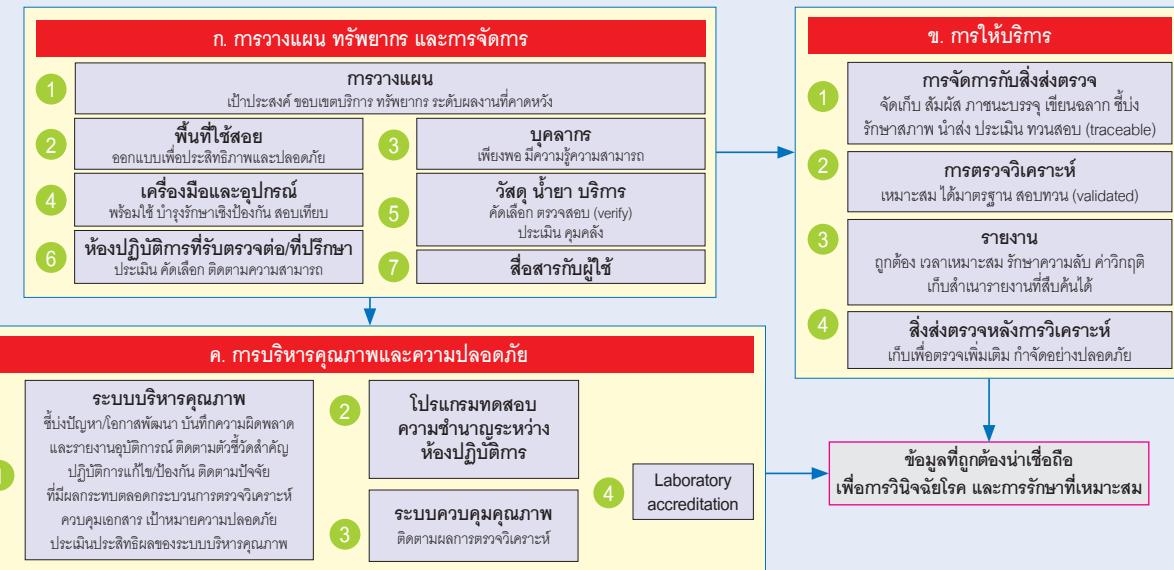


<sup>112</sup> บริการตรวจดูแลเพื่อการวินิจฉัยโรค ครอบคลุมบริการทั้งบัญชีการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก/พยาธิวิทยากายวิภาค; บริการตรวจทางรังสีวิทยา/medical imaging; บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ เช่น การส่องกล้อง การตรวจการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

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

บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก/พยาธิวิทยากายวิภาค ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม.



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-7.3 พยาธิวิทยาการวินิจฉัย, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก (Anatomical Pathology, Cell Cytology and Forensic Clinic Service)

1

ปฏิบัติตามมาตรฐานที่จัดทำโดยองค์กรวิชาชีพ มีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

### II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต (Blood Bank and Transfusion Service)

1

ปฏิบัติตามมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ที่จัดทำโดย  
ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สถาบันชั้นนำของไทย หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์  
แห่งประเทศไทย มีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

### II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ (Other Diagnostic Investigation)

1

การจัดการผู้ป่วย

ประเมินก่อนตรวจ เตรียมผู้ป่วย ให้ข้อมูล ขอความยินยอมในบริการที่เสี่ยงสูง

2

แปลผลโดยผู้มีคุณวุฒิ

การบันทึก การสื่อสาร

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

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

บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ใช้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.

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

- (1) องค์กรวางแผนและการจัดบริการรังสีวิทยาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กรและลักษณะของผู้ป่วยที่ให้การดูแล. แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ<sup>113</sup> และระดับผลงานที่คาดหวัง. มีการบริหารและกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและกฎหมาย. ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการรังสีวิทยาได้ภายในเวลาที่เหมาะสม โดยบริการขององค์กรหรือได้รับการส่งต่อ.
- (2) องค์กรมีบุคลากรที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถสามารถรับผิดชอบงานแต่ละด้านตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง.
- (3) การตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยาหรือภาพทางการแพทย์อื่นๆ ทำโดยผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์. มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์ และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม.

<sup>113</sup> ทรัพยากรที่ต้องการ ครอบคลุมบุคลากร พื้นที่บริการ เทคโนโลยี เครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีวิทยา ที่เพียงพอและเหมาะสม

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) บริการรังสีวิทยามีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ เอื้อต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย<sup>114</sup>.
- (5) บริการรังสีวิทยามีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีพร้อมให้บริการ ให้หลักประกันในการป้องกันอันตรายจากรังสี และได้รับการตรวจสอบจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด<sup>115</sup>.
- (6) องค์กรจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา (Radiology Information Technology) ที่เหมาะสม กับขอบเขตบริการ<sup>116</sup>.
- (7) องค์กรประเมิน คัดเลือก และติดตามคุณภาพของบริการรังสีวินิจฉัยที่ล่งผู้ป่วยไปรับการตรวจตามข้อตกลง.
- (8) ผู้ให้บริการมีการล่อสารที่ดีกับผู้ใช้บริการรังสีวิทยาด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อปัจจัย การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

<sup>114</sup> พื้นที่ใช้สอย ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้: การป้องกันอันตรายจากรังสี การปฏิบัติตามกฎระเบียบทั้งคับและการตรวจสอบ การแบ่งพื้นที่ปฏิบัติการและจัดเก็บอย่างเหมาะสม ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน การแยกพื้นที่รอสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสารกัมมันตรังสี และป้ายเตือนเกี่ยวกับความปลอดภัย

<sup>115</sup> เช่น การตรวจสอบความปลอดภัยจากสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ในอนุญาตผลิต มีไว้ในครอบครอง หรือใช้ ซึ่งพัฒนาประมาณจากเครื่องกำเนิดรังสี จากสำนักงานประมาณเพื่อลันติ

<sup>116</sup> เทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ (1) มีการจัดการเครือข่ายระบบสารสนเทศที่เหมาะสมและดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง (2) มีระบบจัดเก็บสำรองภาพทางรังสีและการถูคืนข้อมูล (3) จօแสลงภาพทางรังสีเพื่อการแปลผลภาพของรังสีแพทย์ต้องให้ความละเอียดไม่น้อยกว่าความละเอียดของภาพที่ได้จากการตรวจทางรังสีนั้นๆ

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ข. การให้บริการรังสีวิทยา (Radiology Service Provision)

- (1) ผู้ป่วยมีคำขอส่งตรวจรังสีจากแพทย์ผู้ส่งตรวจ. คำขอส่งตรวจนับข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจที่ชัดเจน เป็นข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมบนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการและข้อแนะนำขององค์กรวิชาชีพ. การส่งตรวจคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงข้อห้ามในการส่งตรวจ.
- (2) ผู้ให้บริการมีการให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง. มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อให้มั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ และป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์.
- (3) ผู้ป่วยได้รับบริการรังสีวิทยาในเวลาที่เหมาะสมตามลำดับความเร่งด่วน พิจารณาจากระดับความรุนแรง ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ และโอกาสเกิดอันตรายจากการรอคอย. มีระบบทางด่วน (fast track) สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจอย่างเร่งด่วน.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในขณะได้รับบริการรังสีวิทยา. มีการประเมินและเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังตรวจหรือทำหัดถกการ. ให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับผู้ป่วยหนัก ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ที่ซวยเหลือตัวเองไม่ได้ และผู้ป่วยหลังได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาท.
- (5) กระบวนการถ่ายภาพรังสีเป็นไปอย่างเหมาะสม. ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายขั้นตอนต่างๆ. วิธีการตรวจ การจัดท่า การใช้อุปกรณ์ การแสดงเครื่องหมาย เป็นไปอย่างถูกต้อง. มีการตั้งค่าเทคนิคการเอกซเรย์ที่เหมาะสม ตามหลักวิชาการและความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรณีที่มีการฉีดสารทึบรังสี (contrast media) ต้องมีการซักประวัติการแพ้ยา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และตรวจดูค่าการทำงาน

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ของไต เพื่อระวังการเกิดภาวะ contrast-induced nephropathy.

- (6) ผู้ให้บริการมีการแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี<sup>117</sup>. โดยเครื่องมือที่สามารถแสดงค่าปริมาณรังสีบนจอภาพของเครื่องมือ มีการแสดงข้อมูลนั้นบนภาพรังสีหรือใน Picture Archiving and Communication System (PACS) และมีข้อมูลปริมาณรังสีรวมที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจทางรังสี.
- (7) การแปลผลภาพรังสีทำโดยรังสีแพทย์หรือแพทย์ที่ได้รับมอบหมายซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทางนั้นๆ. มีระบบการปรึกษาเรื่องรังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม. มีการลือสาระระหว่างรังสีแพทย์และแพทย์ผู้ส่งตรวจ ในกรณีที่ผลการวินิจฉัยผิดปกติ มีอาการรุนแรงหรือมีความเร่งด่วนในการตรวจรักษา.

### ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (Quality and Safety Management)

- (1) ผู้ให้บริการมีการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไปนี้ขณะให้บริการรังสีวิทยา: การระบุตัวผู้ป่วย อย่าวัยวะที่ตรวจ ตำแหน่งที่ตรวจ และการตรวจทางรังสีที่ถูกต้องก่อนการตรวจ, การแพ้สารที่บังสี, การได้รับรังสีโดยไม่จำเป็นในสตรีมีครรภ์, การป้องกันการติดเชื้อ, อุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะรอรับบริการ ขณะรับบริการ และขณะเคลื่อนย้าย, ความพร้อมในการช่วยพื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ.

<sup>117</sup> ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ เลขที่โรงพยาบาล วันที่ทำการตรวจ ชื่อสถานพยาบาล ท่าที่ถ่าย มีลักษณะบอกตำแหน่งชี้ทางหรือว่าปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ หรือ exposure factor.

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (2) ผู้ให้บริการมีการจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี (radiation protection) ประกอบด้วย: เจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัยจากรังสี (radiation safety officer), การมีและการปฏิบัติตามคุณเมื่อแนวทางป้องกันอันตรายจากรังสี<sup>118</sup>, การมีและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีเพียงพอตามความจำเป็น<sup>119</sup>, การวัดและควบคุมปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ, การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี, การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอันตรายจากรังสี, การกำจัดสารกัมมันตรังสี กากรังสี และขยายทางรังสีอย่างเหมาะสมและปลอดภัย.
- (3) ทีมผู้ให้บริการมีระบบบริหารคุณภาพ ประกอบด้วย: ผู้รับผิดชอบระบบ, เอกสารนิยามและคุณเมื่อการปฏิบัติงาน, ระบบประกันคุณภาพของภาครังสี เครื่องมือ อุปกรณ์, การดูแลรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานพร้อมทั้งบันทึกประวัติ, แผนบำรุงรักษาเชิงป้องกัน รวมทั้งแผนการจัดทำและทดสอบสำหรับเครื่องมือและอุปกรณ์, ระบบกำกับและตรวจสอบการทำงานตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ, การบริหารความเสี่ยง (ดู II-1.2), การติดตามและประเมินผลระบบงาน, การรับฟังความคิดเห็น ข้อร้องเรียน จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและผู้ร่วมงาน, แผนงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.

<sup>118</sup> ศึกษาเพิ่มเติมได้จากแนวทางการป้องกันอันตรายจากรังสีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรตามเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสี วินิจฉัย โรงพยาบาลลังกัดกระวงลาภารณลุข พ.ศ. 2558

<sup>119</sup> เช่น lead apron, thyroid shield, gonad shield, collimator

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

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

บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก/พยาธิวิทยากายวิภาค ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม.

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

- (1) องค์กรวางแผนจัดบริการตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดยแผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง<sup>120</sup>.
- (2) ห้องปฏิบัติการมีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ โดยมีการออกแบบเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีการแยกส่วนปฏิบัติการ ธุรการและสถานที่จัดเก็บตัวอย่างที่เหมาะสม โดยไล่ใจต่อสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อการตรวจทดสอบ<sup>121</sup>.
- (3) ห้องปฏิบัติการมีบุคลากรที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถในการทำงานที่ต้องการ.

<sup>120</sup> ระดับผลงานที่คาดหวัง เช่น accuracy, precision, reportable range, analytical specificity, analytical sensitivity, turn-around time

<sup>121</sup> สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการทดสอบ ได้แก่ ความปราศจากเชื้อ ผู้ผลิตของ การรับกวนจากคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า รังสี ความชื้น ไฟฟ้า อุณหภูมิ สารเคมีที่เป็นพิษ กลิ่น ระดับเสียงและการลั่นสะเทือน

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) ห้องปฏิบัติการมีเครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมสำหรับทำการตรวจทดสอบที่ต้องการ ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย<sup>122</sup> โดยมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน. มีการพิจารณาผลการสอบเทียบ และการใช้ผลการสอบเทียบอย่างเหมาะสม. เครื่องมือผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด (ถ้ามี).
- (5) องค์กรคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานของงานบริการจากภายนอก เครื่องมือวิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของบริการห้องปฏิบัติการอย่างระมัดระวัง. มีการประเมินผู้จัดทำหนาน้ำยา วัสดุ และบริการที่มีความสำคัญสูง. มีระบบควบคุมคลังพัสดุพร้อมด้วยบันทึกที่เหมาะสม.
- (6) องค์กรประเมิน คัดเลือก และติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ รวมทั้งมีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือให้ข้อคิดเห็นสำหรับการทดลองบางอย่าง.
- (7) องค์กรลือสารที่ดีกับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ มีการแลกเปลี่ยนความเห็นหรือข้อมูลอย่างสม่ำเสมอด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การประชุม การตรวจเยี่ยม ทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

<sup>122</sup> สภาพการทำงานที่ปลอดภัย ครอบคลุมถึง มาตรการการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า รังสี สารเคมี จลนิชพ อุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็น รวมทั้ง การกำจัดของเสียอันตรายต่างๆ

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ข. การให้บริการ (Service Provision)

- (1) ห้องปฏิบัติการมีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจที่ดี ได้แก่ การจัดเก็บ การล้มเหลว ภาชนะบรรจุ การเขียนฉลาก การซึบปุ๋ย การรักษาสภาพ (preservation) การนำสิ่งพิริอุ่นไปส่งตรวจ. มีการประเมินคุณสมบัติของสิ่งส่งตรวจตามเกณฑ์. สามารถทวนสอบสิ่งส่งตรวจและตัวอย่างที่แบ่งมาตรวจได้.
- (2) องค์กรมีกระบวนการตรวจสอบวิเคราะห์ที่มั่นใจว่าผลการตรวจมีความถูกต้อง เชื่อถือได้ โดยการใช้วิธีวิเคราะห์มาตรฐานที่เหมาะสมซึ่งได้รับการสอบทาน (validate) ว่าให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ. มีการตรวจสอบ (verify) ว่า น้ำยา วิธีวิเคราะห์ เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์เป็นไปตามข้อกำหนดและเหมาะสมกับการใช้งาน.
- (3) ผู้ให้บริการส่งมอบรายงานผลการตรวจอุปกรณ์ที่ถูกต้องแก่ผู้ใช้บริการในเวลาที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการรักษาความลับ ค่าวิกฤติที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และการจัดเก็บสำเนาข้อมูลการตรวจอุปกรณ์ในระบบที่สามารถลีบคันได้.
- (4) องค์กรจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจอุปกรณ์ที่ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถทำการตรวจอุปกรณ์เพิ่มเติมได้เมื่อจำเป็น และมีการกำจัดสิ่งส่งตรวจที่เหลือจากการตรวจอุปกรณ์อย่างปลอดภัย.

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (Quality and Safety Management)

(1) ห้องปฏิบัติการมีโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพซึ่งครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทุกด้าน และประสานกับส่วนอื่นๆ ในองค์กร โดยโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพครอบคลุม:

- (i) การซื้อปัจจัย/โอกาสพัฒนา;
- (ii) บันทึกความผิดพลาดและการรายงานอุบัติการณ์;
- (iii) การติดตามตัวชี้วัดสำคัญ;
- (iv) การแก้ไข/ป้องกันปัญหา;
- (v) การติดตามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบคุณภาพตลอดกระบวนการตรวจวิเคราะห์ (pre-analytical and post-analytical);
- (vi) การควบคุมเอกสาร;
- (vii) เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร;
- (viii) การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพ.

(2) ห้องปฏิบัติการเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ (proficiency testing-PT) ตามขอบเขตและความซับซ้อนของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ หรือจัดให้มีระบบประเมินความน่าเชื่อถือของการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธีอื่น. มีหลักฐานว่ามีการนำปัญหาทั้งหมดที่พบจากการทดสอบความชำนาญ หรือระบบประเมินอื่นมาแก้ไขโดยเร็ว.

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (3) ห้องปฏิบัติการวางแผนระบบควบคุมคุณภาพเพื่อติดตาม performance ของการวิเคราะห์โดยมีการกำหนดช่วงค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ นำผลการควบคุมคุณภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบการแก้ไขปัญหาร่วมทั้งมีวิธีการยืนยันความนำไปใช้ถือของผลการตรวจวิเคราะห์ กรณีที่ไม่มีการลอบเทียบหรือไม่มีสารควบคุม.
- (4) ห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อมในการวางแผนระบบควบคุมคุณภาพและเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ มีการนำมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับมาใช้ประโยชน์ และขอรับการประเมินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ISO 15189) สถาบันเทคนิคการแพทย์ หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย<sup>123</sup>.

<sup>123</sup> ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทยมีการประเมินและรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการ พยาธิวิทยาคลินิก พยาธิวิทยากายวิภาค เชลล์วิทยานิติเวชศาสตร์ นิติเวชคลินิก และธนาคารเลือด/บริการโลหิตด

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-7.3 พยาธิวิทยาการวิภาค, เชลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก (Anatomical Pathology, Cell Cytology and Forensic Clinic Service)

(1) องค์กรนำมารฐานพยาธิวิทยาการวิภาค, เชลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก ที่จัดทำโดยองค์กรวิชาชีพ เช่น ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และมีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการ.

### II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต (Blood Bank and Transfusion Service)

(1) องค์กรนำมารฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ที่จัดทำโดยคุณย์บริการโลหิตแห่งชาติ ສภากาชาดไทย หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และมีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการ.

### II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ (Other Diagnostic Investigation)

(1) ในการตรวจทดลองที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง มีการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจและก่อนเข้ารับการตรวจ มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ ลดอันตรายต่อผู้ป่วย และมั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในการนี้ที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงลุ้น.

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(2) มีการแปลผลการตรวจโดยผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์ บันทึกสรุปสิ่งที่พบ<sup>124</sup> หรือการวินิจฉัยที่ชัดเจน.  
มีการลือสารผลการตรวจให้แก่แพทย์เจ้าของไข้เป็นลายลักษณ์อักษรในเวลาที่เหมาะสม.

<sup>124</sup> สรุปสิ่งที่พบ ควรครอบคลุม คำอธิบายต่อประเด็นทางคลินิกที่ระบุไว้โดยผู้ลงตรวจ การเปรียบเทียบกับผลการตรวจที่ผ่านมา รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคหรือข้อเสนอแนะสำหรับการตรวจเพิ่มเติมเมื่อจำเป็น

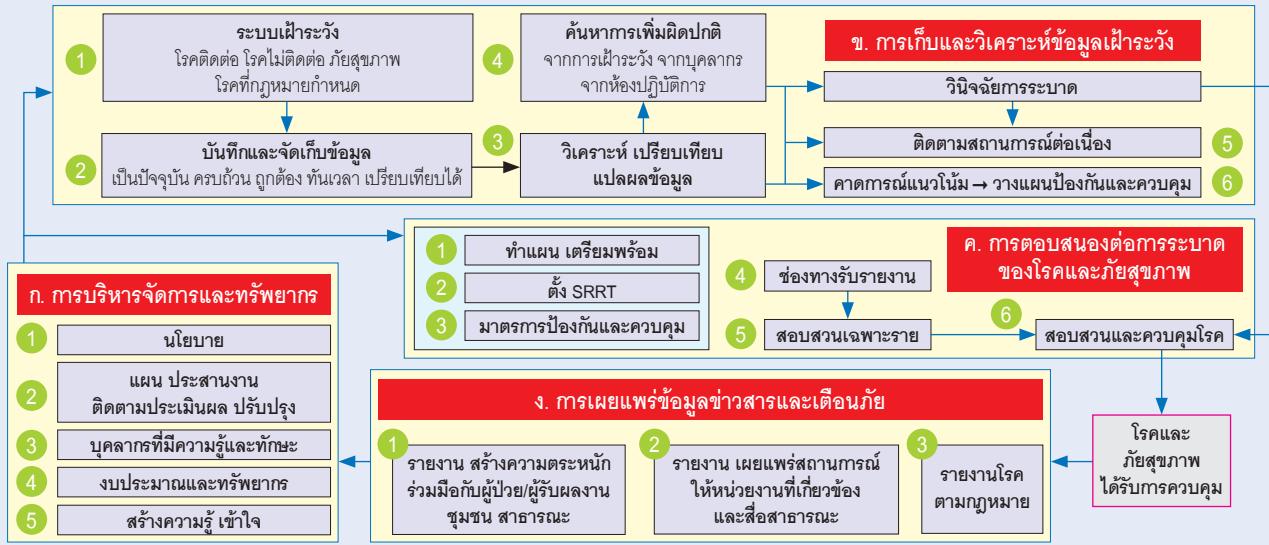
## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-8

### การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance)

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

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีระบบเฝ้าระวังเพื่อติดตาม ค้นหา การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

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

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีระบบเฝ้าระวังเพื่อติดตาม ค้นหา การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่าง มีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.

#### ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร (Management and Resources)

- (1) องค์กรมีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมพื้นที่ภายในองค์กร<sup>125</sup> และพื้นที่ชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบ.
- (2) องค์กรมีแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน ลดคลื่นลูกปั่นปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่. มีการ ประสานงาน ติดตามประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวังโรค.
- (3) องค์กรมีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะ ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สอนสอน และควบคุมโรค ในจำนวนที่เหมาะสม.
- (4) องค์กรมีงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ ที่เพียงพอ มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สำหรับการเฝ้าระวังโรค สอนสอนโรค และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ.
- (5) องค์กรสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ในด้านแนวคิด นโยบาย แผน และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับ การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ.

<sup>125</sup> ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-5.1 ค. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร และ II-4.1 ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง (Data Collection and Analysis for Surveillance)

- (1) องค์กรมีระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสภาพปัจจุบันของพื้นที่ องค์กร และเป็นไปตามกฎระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด.
- (2) ทีมผู้ให้บริการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง. ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และเปรียบเทียบกับข้อมูลที่มือญี่เดิมได้.
- (3) ทีมผู้ให้บริการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมายข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและสมำ่เสมอ โดยใช้ วิธีการทางระบาดวิทยา.
- (4) ทีมผู้ให้บริการค้นหาและตรวจจับการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรค<sup>126</sup> ทั้งจากการวิเคราะห์ข้อมูลจาก การเฝ้าระวัง รับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ และทบทวนรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ การอย่างสมำ่เสมอ.
- (5) องค์กรติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์และแนวโน้มของโรคที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน.
- (6) องค์กรคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันควบคุมโรค.

<sup>126</sup> การระบาด แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ (1) Epidemic หมายถึง การเกิดโรคมากผิดปกติเกินกว่าจำนวนที่เคยมีในช่วงระยะเวลาเดียวกันของปีก่อนๆ (mean +/- 2 S.D.) มักเกิดกับโรคที่พบบ่อยๆ เป็นโรคประจำถิ่น เช่น การระบาดของโรคหัด (2) Outbreak หมายถึง โรคที่มีผู้ป่วยตั้งแต่ 2 รายขึ้นไปในระยะเวลาอันสั้น หลังจากร่วมกิจกรรมด้วยกันมา (common activity) มักเกิดกับโรคที่พบประปราย แต่จำนวนไม่มาก (sporadic disease) เช่น การระบาดของอาหารเป็นพิษ ในกรณีที่เป็นโรคติดต่ออันตรายซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นในชุมชนนั้นมาก่อน หรือเคยเกิดมานานแล้ว และกลับมาเป็นอีก ถึงแม้ผู้ป่วยเพียง 1 รายก็ถือว่าเป็นการระบาด

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ<sup>127</sup>

#### (Response to an Epidemic of Diseases and Health Hazards)

- (1) องค์กรมีแผนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และมีการเตรียมความพร้อมในการรองรับตลอดเวลา.
- (2) องค์กรมีทีมเฝ้าระวังลอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team-SRRT) จากสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ.
- (3) องค์กรกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็น เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค.
- (4) องค์กรมีช่องทางและบุคลากรที่สามารถรับรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ตลอด 24 ชั่วโมง.
- (5) องค์กรดำเนินการลอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างทันท่วงที.
- (6) ทีมผู้รับผิดชอบในการสอบสวนควบคุมโรคมีทรัพยากรและอำนาจตามกฎหมายในการตรวจสอบและใช้มาตรการควบคุมโรคที่เหมาะสมและทันเหตุการณ์เมื่อมีการระบาดเกิดขึ้น.

<sup>127</sup> ภัยสุขภาพ หมายถึง สภาวะ ลิ่งแผลล้ม พิช สัตว์ สารเคมี/สารอื่นๆทั้งสกานะของเหลว ของแข็ง ก้าช หรือเป็นองค์ประกอบร่วมกันที่มีโอกาสส่งผลกระทบต่อ สุขภาพ สุขภาวะ หรือก่อให้เกิดการบาดเจ็บ สูญเสีย ทั้งระยะลื้นและระยะยาว ต่อบุคคลใดๆ เช่น การบริโภคยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน การจมน้ำ และภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและลิ่งแผลล้ม เช่น ภัยจากภาครุนแรง/เกย์ตารกรรม ภัยจากลพิษลิ่งแผลล้ม เป็นต้น

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### ๔. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย (Information Dissemination and Alert)

- (1) องค์กรจัดให้มีทีมที่รับผิดชอบเรื่องการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพเพื่อสื่อสารข้อมูล สร้างความตระหนักรู้ ความเข้าใจ และสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานชุมชน และลังคม.
- (2) องค์กรจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพทั้งในด้านการเฝ้าระวังการระบาดที่เกิดขึ้น และการดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสาราระบบที่อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ.
- (3) องค์กรรายงานโรคไปยังสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 และกฎหมายอื่นๆ.

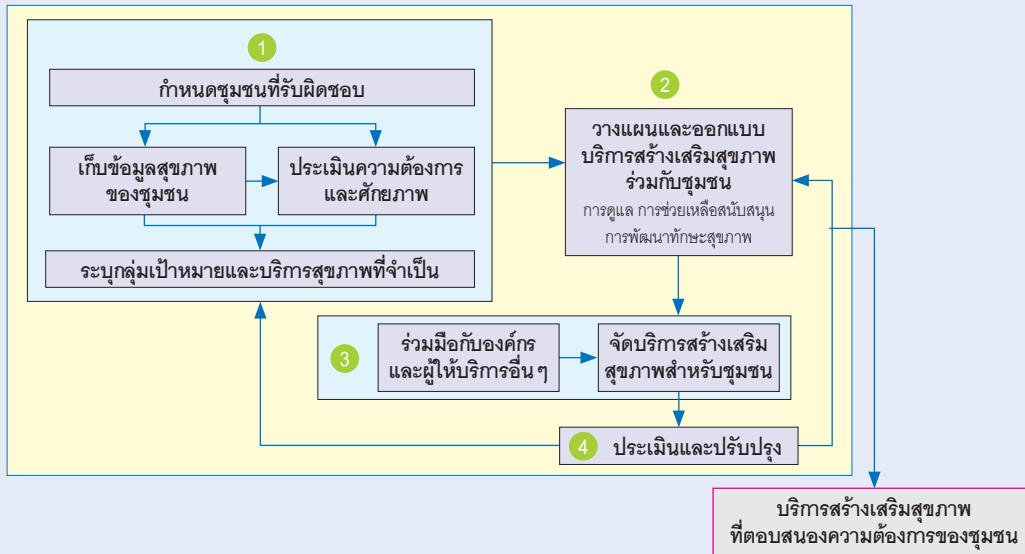
## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-9

### การทำงานกับชุมชน (Working with Communities)

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

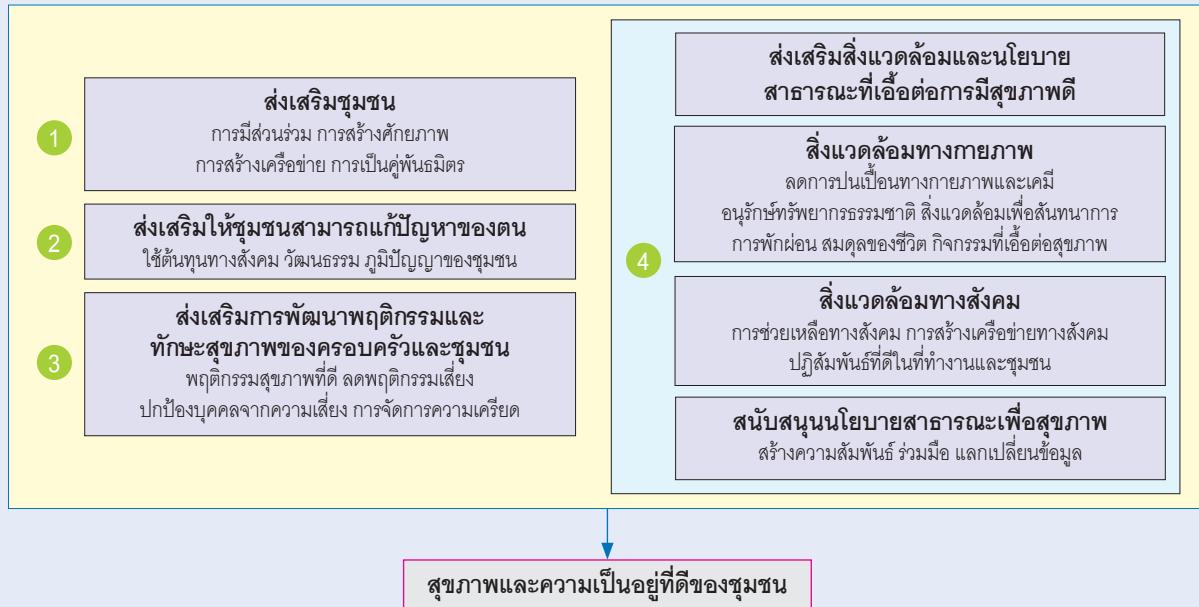
องค์กรร่วมกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน.



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-9.2 การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment)

องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.



## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

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

องค์กรร่วมกับชุมชน<sup>128</sup> จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน.

- (1) องค์กรกำหนดชุมชนที่รับผิดชอบและทำความเข้าใจบริบทของชุมชน มีการประเมินความต้องการด้านสุขภาพ และศักยภาพของชุมชน<sup>129</sup> และระบุกลุ่มเป้าหมายและบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชุมชน.
- (2) องค์กรร่วมกับชุมชนวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ<sup>130</sup> ที่ตอบสนองความต้องการและปัจจัยของชุมชน.
- (3) องค์กรร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน.
- (4) องค์กรติดตามประเมินผล ตลอดจนแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกับชุมชนในการปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน.

<sup>128</sup> ชุมชน อาจจะเป็นชุมชนทางภูมิศาสตร์ หรือชุมชนที่เกิดจากความลั่มพันธ์ของกลุ่มคนที่มีเป้าหมายเดียวกัน

<sup>129</sup> การประเมินความต้องการของชุมชน ครอบคลุมถึงการเก็บรวบรวมสารสนเทศเกี่ยวกับลักษณะของชุมชน เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ศักยภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน

<sup>130</sup> บริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน อาจครอบคลุมการดูแล การช่วยเหลือสนับสนุน การส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะสุขภาพ

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

### II-9.2 การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment)

องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

- (1) องค์กรส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างคุณภาพ และการสร้างเครือข่ายของชุมชน รวมทั้งการเป็นคู่พันธมิตร<sup>131</sup> ที่เข้มแข็งกับชุมชน.
- (2) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญโดยใช้ต้นทุนทางลังคอม วัฒนธรรมและภูมิปัญญาของชุมชน.
- (3) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมการพัฒนาพุทธิกรรมและทักษะสุขภาพของบุคคล<sup>132</sup> และครอบครัว.
- (4) องค์กรส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ<sup>133</sup> และทางลังคอม<sup>134</sup> ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการซึ่งแนะนำและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยการสร้างความลัมพันธ์ ร่วมมือ และแลกเปลี่ยนสารสนเทศกับผู้เกี่ยวข้อง.

<sup>131</sup> องค์กรทำงานเป็นคู่พันธมิตรกับชุมชนด้วยการแลกเปลี่ยนสารสนเทศ ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร

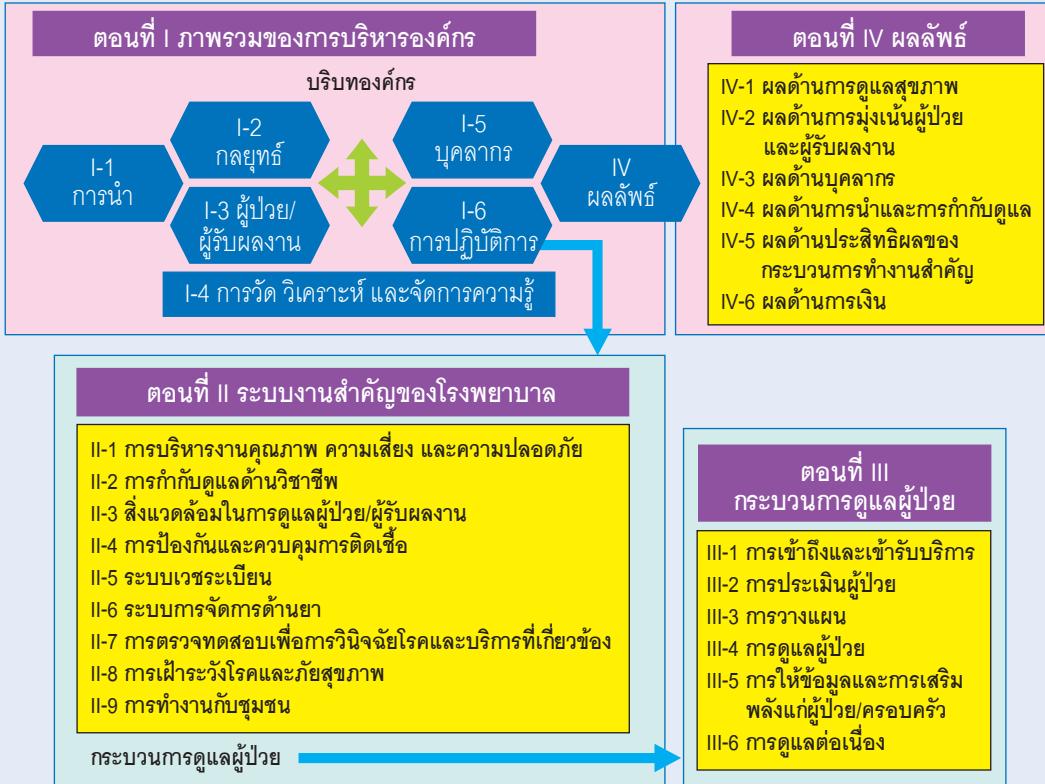
<sup>132</sup> พุทธิกรรมและทักษะส่วนบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ พุทธิกรรมสุขภาพที่ดี (การออกกำลัง การผ่อนคลาย อาหาร) การลดพุทธิกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ การปกป้องส่วนบุคคลให้พ้นจากความเสี่ยง การจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน

<sup>133</sup> สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การลดสิ่งปฏิกูลทางกายภาพและสารเคมี เช่น ฝุ่น, ละอองในอากาศ, สารพิษ หรือสารตกค้างในอาหาร, เสียง, การอนุรักษาระบบน้ำและดิน, สิ่งแวดล้อมเพื่อสันหนาการ การพักผ่อน สมดุลของชีวิต และกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ

<sup>134</sup> สิ่งแวดล้อมทางลังคอมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การช่วยเหลือทางลังคอมในกลุ่มเป้าหมาย (เช่น ผู้ที่ต้องใช้โอกาสทางลังคอม), การสร้างเครือข่ายทางลังคอม, ปฏิบัติสัมพันธ์ทางลังคอมที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงานและชุมชน



### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย



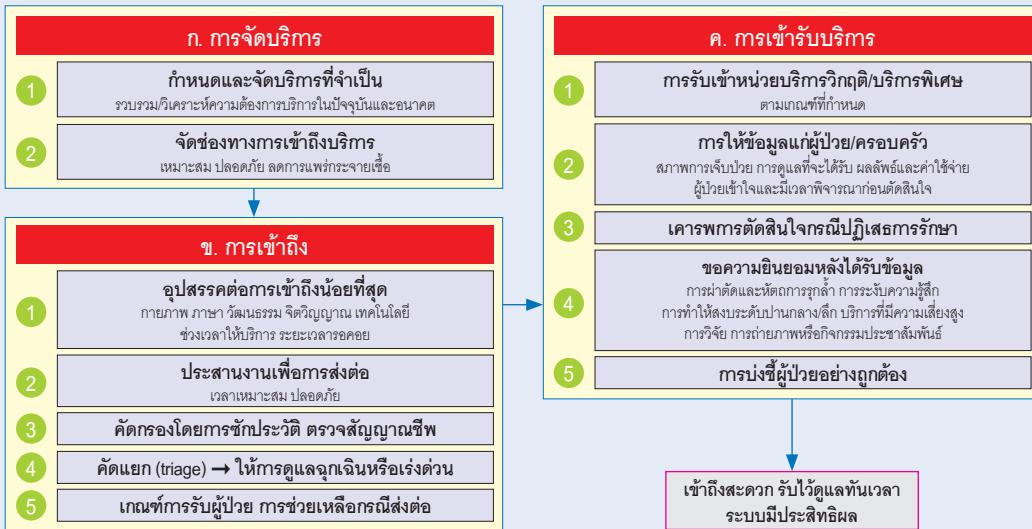
### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-1

#### การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)

##### III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่า ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหา สุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วยอย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล.



### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล.

##### ก. การจัดบริการ (Service Arrangement)

- (1) ทีมผู้ให้บริการรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันเพื่อเป็นความต้องการบริการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และชุมชน ในปัจจุบันและอนาคต เพื่อกำหนดและจัดบริการที่จำเป็น.
- (2) องค์กรจัดซ่องทางการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย<sup>135</sup> โดยคำนึงถึงความเหมาะสม ความปลอดภัย และลดการแพร่กระจายเชื้อในกรณีโรคติดต่อ.

##### ข. การเข้าถึง (Access)

- (1) ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงและใช้บริการได้โดยมีอุปสรรคน้อยที่สุด.
  - (i) โครงสร้าง อาคาร สถานที่เกี่ยวกับบริการ สามารถเข้าถึงได้ง่าย และมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการลดข้อจำกัดทางกายภาพสำหรับการเข้าถึงบริการ<sup>136</sup>;

<sup>135</sup> ช่องทางการเข้าถึงของผู้ป่วย เช่น การมารับบริการด้วยตนเอง การมาด้วยระบบ EMS การใช้ tele-health หรือ telemedicine การเยี่ยมบ้าน การจัดบริการที่บ้าน เป็นต้น

<sup>136</sup> เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทางลาดสำหรับผู้ป่วยรถเข็น ป้ายบอกทางที่ชัดเจน หรือระบบเทคโนโลยีในการนัดหมาย เป็นต้น

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (ii) ทีมผู้ให้บริการพยาบาลลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ในด้านภาษา วัฒนธรรม จิตวิญญาณ เทคโนโลยี และอุปสรรคอื่นๆ;
  - (iii) ทีมผู้ให้บริการจัดช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละประเภท;
  - (iv) ระยะเวลาของอยเพื่อเข้าถึงบริการเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และสอดคล้องกับความจำเป็นของโรคและลักษณะของผู้ป่วย เช่น โรงพยาบาลต่างๆ.
- (2) องค์กรประสานงานที่ต้องห่วงขององค์กรกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา<sup>137</sup> เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย.
- (3) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง (screen) โดยการซักประวัติ ตรวจลักษณะซึพที่จำเป็นเบื้องต้น เพื่อจำแนกกลุ่ม การให้บริการตรวจในช่องทางที่เหมาะสมและปลอดภัย.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการคัดแยก (triage) ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการดูแลรักษาเป็นอันดับแรก โดยบุคลากรที่มีคักภาพและอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม.
- (5) ผู้ให้บริการมีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้. ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานบริการลุյภาพที่เหมาะสมกว่า.

<sup>137</sup> เช่น โรงพยาบาลอื่น สถานีตำรวจนครบาล รพ.สต. หน่วยให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### ค. การเข้ารับบริการ (Entry)

- (1) การรับเข้าหรือย้ายเข้าหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.
- (2) ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล ผู้ให้บริการมีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว.
  - (i) ข้อมูลที่ให้อย่างน้อยครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้:
    - สภาพการเจ็บป่วย;
    - การดูแลที่จะได้รับ;
    - ผลลัพธ์และคาดคะเนถัดไป.
  - (ii) องค์กรทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอต่อความเข้าใจ สามารถขอความเห็นเพิ่มเติมจากผู้ปรภกอบวิชาชีพด้านลุขภาพอื่นโดยอิสระ และมีเวลาพิจารณาที่เพียงพอก่อนจะตัดสินใจ.
- (3) องค์กรเคราะห์การตัดสินใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน หากมีการปฏิเสธการดูแลรักษา.
- (4) ผู้ให้บริการมีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วย/ครอบครัวไว้ในเวชระเบียนก่อนที่จะให้บริการ หรือให้เข้าร่วมกิจกรรมต่อไปนี้:
  - (i) การทำผ่าตัดและหัตถการรุกล้ำ (invasive procedure) การระงับความรู้สึก และการทำให้ลับในระดับปานกลาง/ระดับลึก;
  - (ii) บริการที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์;

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

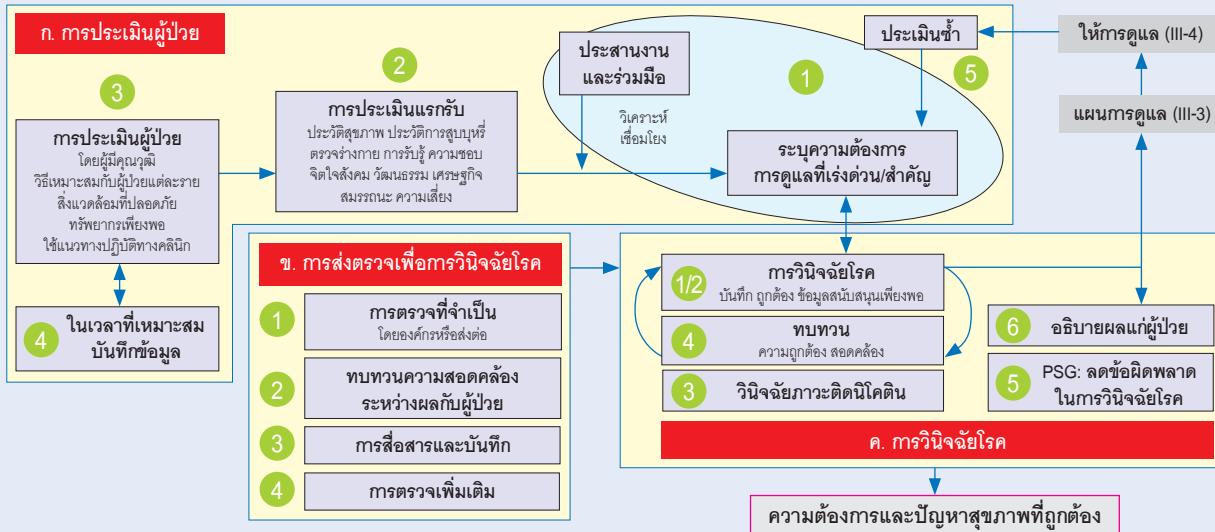
- (iii) การเข้าร่วมในการวิจัยหรือการทดลอง;
  - (iv) การถ่ายภาพหรือกิจกรรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งในกรณีนี้ การยินยอมความมีการระบุระยะเวลาหรือขอบเขต ที่ให้ความยินยอมไว้.
- (5) องค์กรจัดทำและนำแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องไปปฏิบัติในทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแลรักษา.

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

##### III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.



### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแลรักษา อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสมสม.

##### ก. การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

(1) การประเมินผู้ป่วยมีการประสานงานและร่วมมือระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการประเมินผู้ป่วย:

- (i) ประเมินผู้ป่วยครอบคลุมรอบด้านร่วมกันและลดความซ้ำซ้อน;
- (ii) วิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมิน;
- (iii) ระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วน/สำคัญ.

(2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย:

- ประวัติสุขภาพ;
- ประวัติการลุบบุหรี่;
- การตรวจร่างกาย;
- การรับรู้ความต้องการของตนโดยตัวผู้ป่วยเอง;
- ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย<sup>138</sup>;

<sup>138</sup> ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย (preferences of patients) เช่น จะเรียกขนาดตัวบุคคลว่าอย่างไร, ผลกระทบจากการเรียกขนาด ตัวเลือกในการดูแลและวิธีรักษาผู้ป่วย (their care and treatment options), เลือกผ้าและการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ อาหาร/เครื่องดื่ม และมื้ออาหาร กิจกรรม/ความสนใจ/ความเป็นส่วนตัว/ผู้มาเยือน

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ;
- การประเมินความสามารถหรือสมรรถนะในการประกอบชีวิตประจำวัน (functional assessment).
- การประเมินเพื่อระบุผู้มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายระหว่างกระบวนการดูแลรักษา<sup>139</sup>มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม.

(3) การประเมินผู้ป่วยดำเนินการโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ มีการใช้วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้ลิสต์แผลล้มที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ<sup>140</sup> มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและทรัพยากรที่มีอยู่ในการประเมินผู้ป่วย (ถ้ามีแนวทางดังกล่าวอยู่).

(4) ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่เหมาะสมตามที่องค์กรกำหนด มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ครบถ้วน ตามข้อกำหนดขององค์กรในเวชระเบียนผู้ป่วยและพร้อมที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น.

(5) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา.

<sup>139</sup> ครอบคลุมการประเมินความเสี่ยงที่เกี่ยวกับ การจัดการด้านยา การพัสดุตกหลัม โอกาสในการติดเชื้อ โภชนาการ ผลกระทบภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว เช่น ผลลัพธ์ทับ และการดูแลผู้ป่วยกลุ่มประจำบ้าน เป็นต้น

<sup>140</sup> ทรัพยากรในการประเมินผู้ป่วย แพทย์ครัวพิจารณาถึง เทคโนโลยี บุคลากร เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้เก็บข้อมูล

### ตอนที่ ๓ กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค (Diagnostic Investigation)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นตามศักยภาพขององค์กร และได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่นตามความเหมาะสม.
- (2) มีการบททวนความสอดคล้องระหว่างผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคกับลักษณะโรคของผู้ป่วย.
- (3) ระบบลือสารและบันทึกผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค มีประสิทธิผล ทำให้มั่นใจว่าแพทย์ได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม. ผลการตรวจสามารถสืบค้นได้ง่าย ไม่ลับหาย และมีการรักษาความลับอย่างเหมาะสม.
- (4) ทีมผู้ให้บริการพิจารณาการส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมเมื่อพบว่ามีความจำเป็นเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ขัดเจน โดยอธิบายเหตุผลความจำเป็นกับผู้ป่วย/ญาติ.

#### ค. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูลที่บันทึกเพียงพอที่สนับสนุนการวินิจฉัย.
- (2) มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคภายในเวลาที่กำหนดไว้ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม.
- (3) ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ได้รับการบันทึกการวินิจฉัยโรคภาวะติดนิโคติน (nicotine dependence).
- (4) ทีมผู้ให้บริการบททวนความถูกต้องและครบถ้วนของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพในทีมผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ.

### ตอนที่ Ⅲ กระบวนการดูแลผู้ป่วย

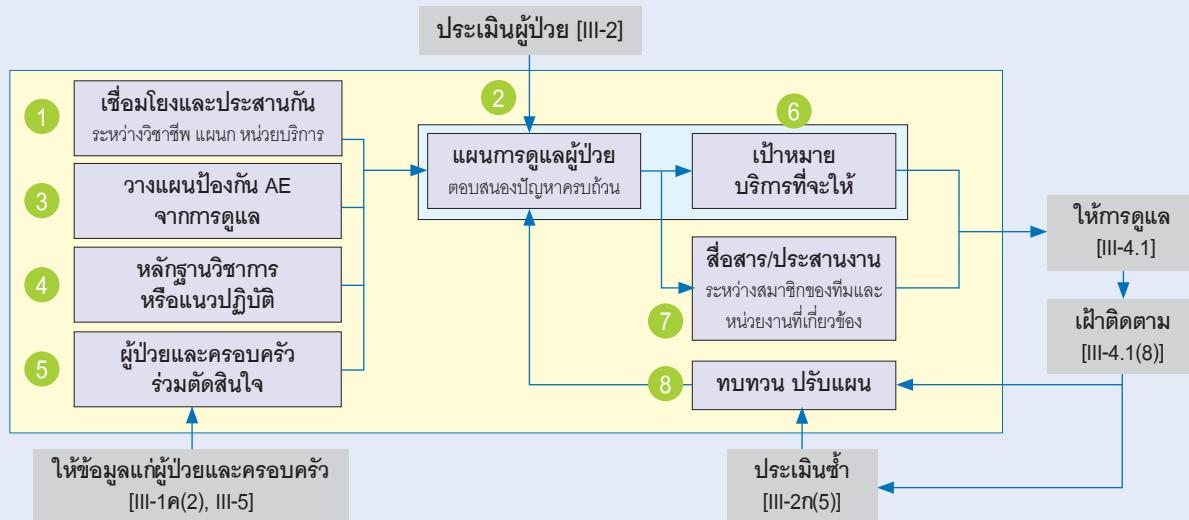
- (5) องค์กรกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเข้มข้น มีการปรับปรุงและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการอธิบายผลการประเมิน ผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค และผลการวินิจฉัยโรคให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย.

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### III-3 การวางแผน (Planning)

##### III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)

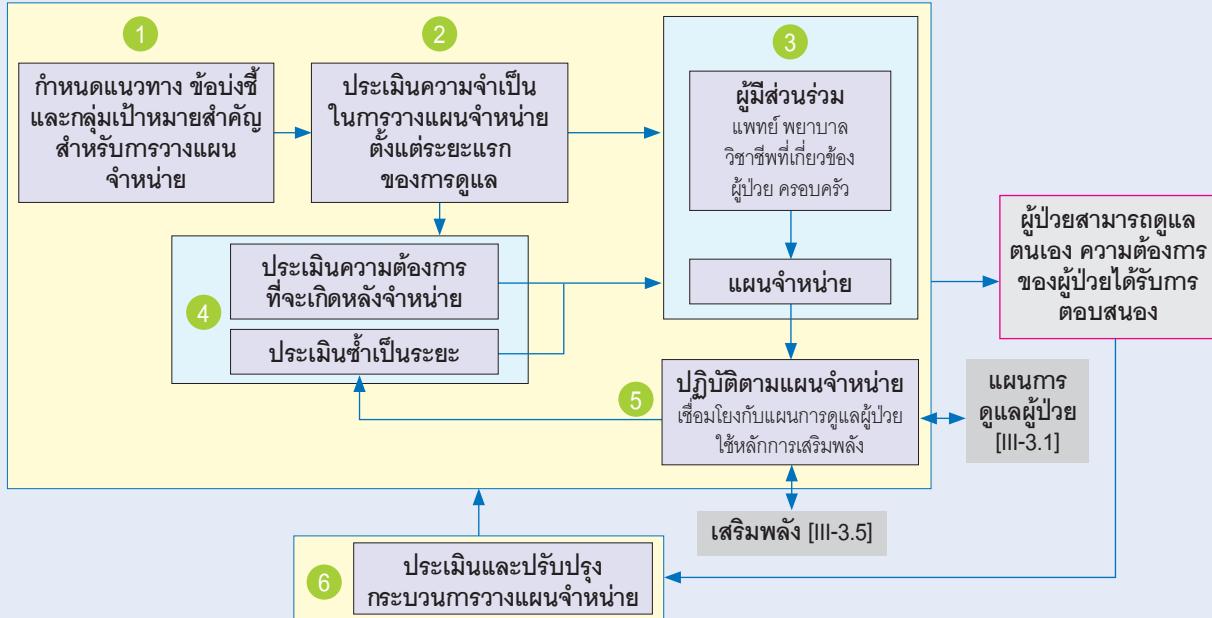
ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์.



### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

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

ทีมผู้ให้บริการวางแผนจำนวนน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัจจุบัน ความต้องการหลังจำนวนน่ายออกจากองค์กร.



### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน ลดความลังกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์<sup>141</sup>.

- (1) การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ.
- (2) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองอย่างครบถ้วนต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินและการตรวจนิจฉัย<sup>142</sup>.
- (3) ทีมผู้ให้บริการวางแผนเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป.
- (4) ทีมผู้ให้บริการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติ ที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย.
- (5) ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา<sup>143</sup> และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล:

<sup>141</sup> เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ แต่อาจมาจากกระบวนการดูแลรักษา ครอบคลุมถึงการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน การบาดเจ็บ ความทุกข์ทรมาน ความพิการ และการเสียชีวิต และอาจจะเป็นอันตรายทางด้านสังคม หรือจิตใจ ซึ่งมุ่งเน้นในเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้เชิงระบบ (preventable harms)

<sup>142</sup> รวมถึงวางแผนการเลิกบุหรี่ โดยวิธีการต่างๆ เช่น การให้ความรู้ การเข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่ หรือการพิจารณาการใช้ยาเลิกบุหรี่ตามความเหมาะสม

<sup>143</sup> ร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยและญาติร่วมแลกเปลี่ยนและรับรู้ข้อมูลทั้งวิธีการ ประโยชน์และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากวิธีการรักษา กับทีมผู้ให้บริการ โดยข้อมูลต่างๆ ควรมีความพร้อมในหลายภาษาและรูปแบบเพื่อความเข้าใจและเกิดประโยชน์ในการรับรู้และร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (i) วิธีการ/ทางเลือกในการดูแลและรักษา<sup>144</sup> หลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ
  - (ii) การพิจารณาความเชื่อและความชอบส่วนบุคคล
  - (iii) การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีโอกาสเกิดกับผู้ป่วย
- (6) แผนการดูแลผู้ป่วยมีการระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ ซึ่งครอบคลุมทั้งในระยะลั้นและระยะยาว และบริการที่จะให้.
- (7) ทีมผู้ให้บริการลีอสาร/ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างได้ผล เพื่อให้มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติได้ในเวลาที่เหมาะสม. สมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ.
- (8) ทีมผู้ให้บริการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง.

<sup>144</sup> ทางเลือกการรักษาครอบคลุมทั้งรูปแบบ/วิธีการรักษาเพื่อการดูแลรักษาและการดูแลในระยะลัดท้ายของชีวิตตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

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

ทีมผู้ให้บริการ วางแผนสำหรับการออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม กับสภาพปัจจุบัน ความต้องการ หลังออกจากโรงพยาบาล.

- (1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนสำหรับการออกจากโรงพยาบาล.
- (2) ทีมผู้ให้บริการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ระยะแรกของการดูแลรักษา.
- (3) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนสำหรับการออกจากโรงพยาบาล<sup>145</sup>.
- (4) ทีมผู้ให้บริการประเมินและระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังออกจากโรงพยาบาล และประเมินช้าเป็นระยะในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล.
- (5) ทีมผู้ให้บริการปฏิบัติตามแผนสำหรับการออกจากโรงพยาบาล ตามหลักการเริ่มฟัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนสำหรับการออกจากโรงพยาบาล โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลลงทะเบียนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.

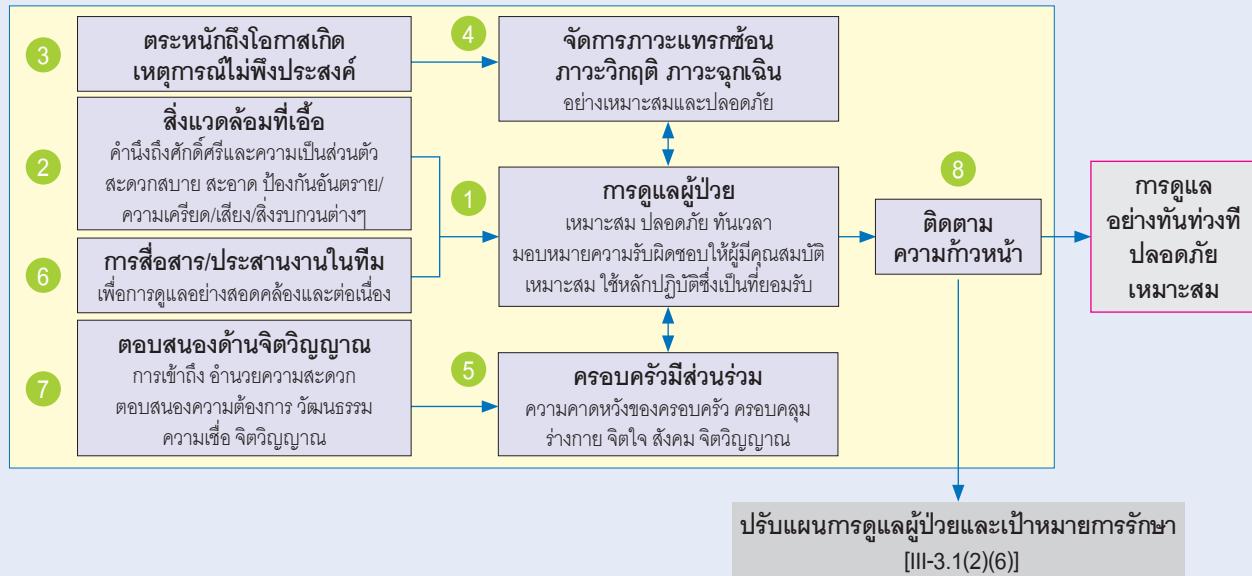
<sup>145</sup> รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมวางแผนสำหรับการออกจากโรงพยาบาลของทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน.

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### III-4 การดูแลผู้ป่วย (Patient Care Delivery)

##### III-4.1 การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)

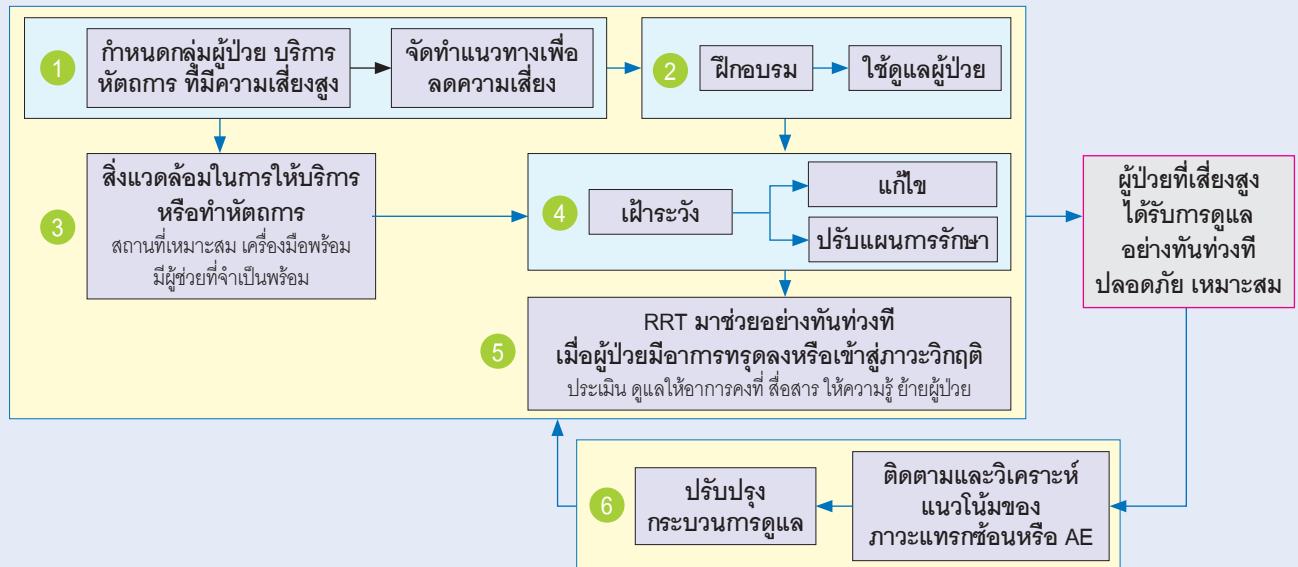
ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.



### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

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

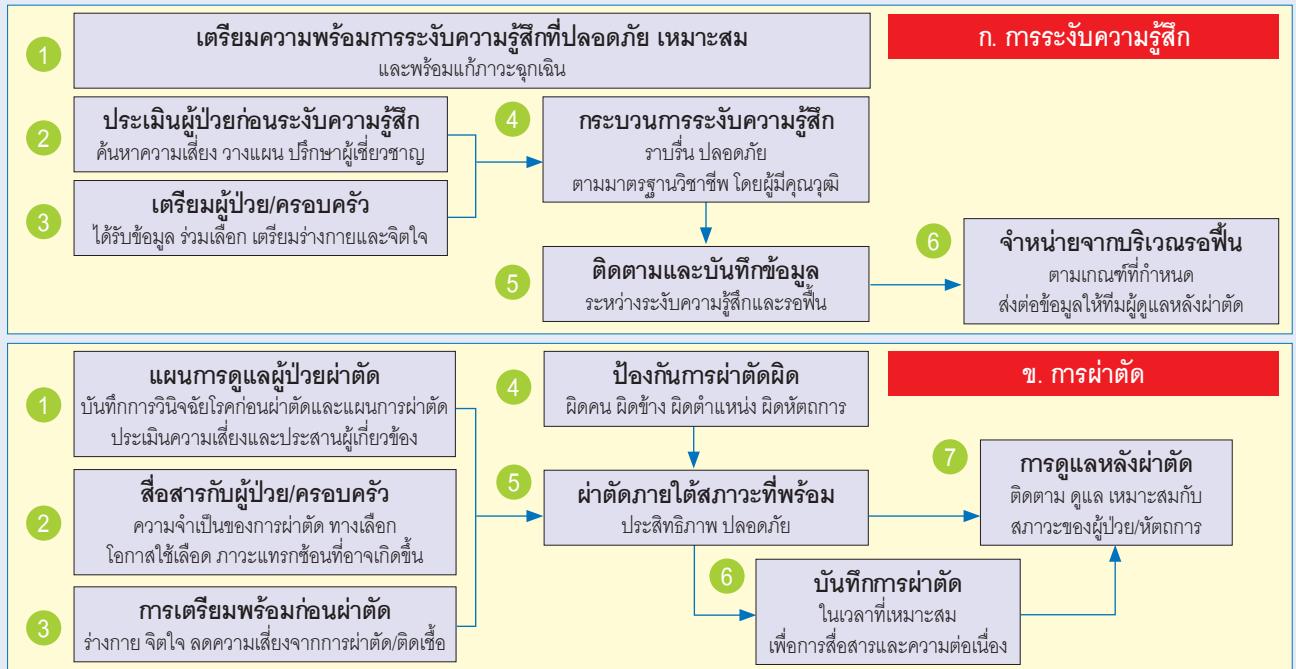
ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การให้บริการและหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ได้อย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.



### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญอย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

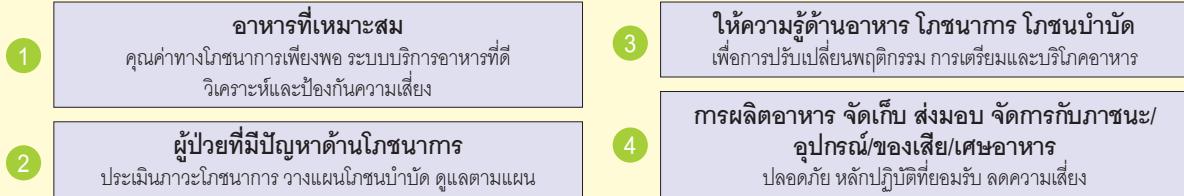


### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

##### ค. อาหารและโภชนาบำบัด



##### 1 ตระหนักในความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะ

2 ประเมิน/ประเมินข้าม  
อาการ การตอบสนองต่อการบำบัด ความต้องการด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ

##### 3 แผนการดูแล

##### 7 ระบบดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย

##### ง. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

4 ประสานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง  
ระหว่างสมาชิกที่มีกับการดูแลที่บ้าน/ชุมชน

5 จัดทำสื่อสาร แผนดูแลล่วงหน้า และหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล ในภาวะสุดท้ายของชีวิต

6 การดูแลในช่วงใกล้เสียชีวิต  
บรรเทาอาการ ตอบสนองความต้องการ ด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจ

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญอย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

##### ๑. การจัดการความปวด

- ๑ การตัดกรองและประเมินความปวด  
ความบุ่มบึ้งและลักษณะของความปวด
- ๒ การจัดการความปวด  
multi-modalities, ฝึกช่วยเหลือลดอุบัติเหตุและ AE,  
ประเมินข้อรับประทานรักษา
- ๓ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว  
โอกาสเกิดความปวด ทางเดินออก ผลลัพธ์ดีอย่างไร ความรุนแรงมีที่คาดหวัง
- ๔ ดูแลโดยบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ
- ๕ ให้ความรู้และสนับสนุนผู้ป่วยและผู้ดูแล

##### ๒. การพื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ

- ๑ ประเมิน → วางแผนพื้นฟูที่ครอบคลุมรวม  
ประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ  
องค์รวม: ร่างกาย กิจกรรม ลีสเมดล์ลอม เป้าหมายส่วนบุคคล
- ๒ บริการพื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ  
มีคุณภาพ/ปลอดภัย ตามเป้าหมายของผู้ป่วย/หลักฐานวิชาการ  
วัดผลพัฒนาด้วยเครื่องมือมาตรฐาน
- ๓ สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว  
ให้ข้อมูลเพียงพอเพื่อการตัดสินใจ ทักษะเพื่อการดูแลตนเอง
- ๔ ให้บริการโดยบุคลากรที่มีความรู้/ทักษะ/ความเชี่ยวชาญ  
ตามมาตรฐาน/กฎระเบียบข้อบังคับ

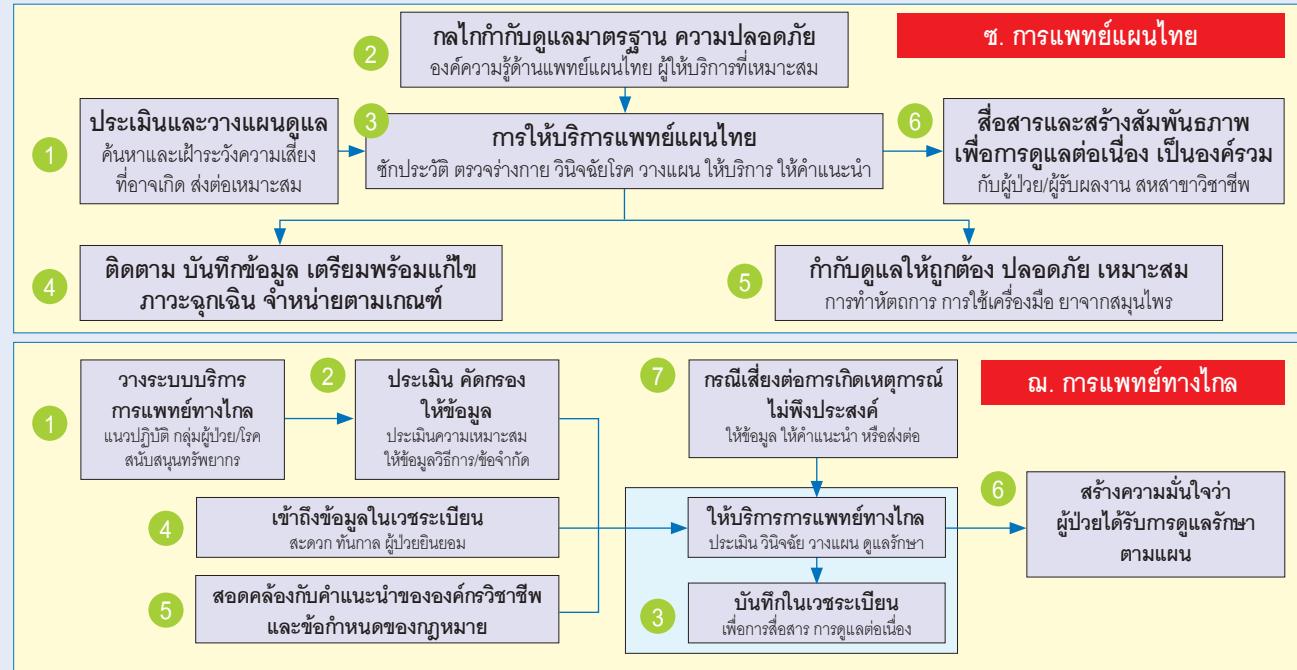
##### ๓. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

- ๑ เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน  
ในบริบทและทรัพยากรของโรงพยาบาล
- ๒ บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม  
ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษา  
โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (透析)  
กำกับดูแลกรณีดำเนินการโดยบริษัทภายนอก  
monitor & supervise if outsourced

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.



### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญอย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

##### ญ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน



### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### III-4.1 การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันท่วงที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- (1) การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา โดยมอบหมายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม. การดูแลในทุกจุดบริการเป็นไปตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน.
- (2) องค์กรมีลักษณะเดลล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงคักดิศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความสะดวกสบายและความสะอาด การป้องกันอันตราย/ความเครียด/เลี้ยง/ล่ำรบกวนต่างๆ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยด้วยความตระหนักและคำนึงถึงโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และผู้ให้บริการ.
- (4) ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ ภาวะฉุกเฉิน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อย่างเหมาะสมและปลอดภัย.
- (5) ทีมผู้ให้บริการประเมินความคาดหวังของครอบครัวในการมีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วย ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ.
- (6) ทีมผู้ให้บริการลีอสารและเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความสอดคล้องและความต่อเนื่องในการดูแล.
- (7) ทีมผู้ให้บริการจัดซ่องทางการเข้าถึง อำนวยความสะดวก และความสะดวก และจัดบริการเฉพาะเพื่อตอบสนองความต้องการ ด้านลุขภาพ บริบทเชิงวัฒนธรรม ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย.
- (8) ทีมผู้ให้บริการติดตามความก้าวหน้าและการปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง.

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

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

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การให้บริการและหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ได้อย่างทันท่วงที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

(1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดกลุ่มผู้ป่วย<sup>146</sup> การดูแลรักษา/บริการ<sup>147</sup> และหัตถการ<sup>148</sup> ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อร่วมกันจัดทำแนวทางหรือกระบวนการดูแลเพื่อลดความเสี่ยงตั้งกล่าว<sup>149</sup>.

<sup>146</sup> กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เด็กอายุน้อย (0-5 ปี) ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ลับสนหรือไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บท้ายอวัยวะ ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

<sup>147</sup> การดูแล/บริการที่มีความเสี่ยงสูง เช่น บริการที่ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนเพื่อรักษาภาวะที่คุกคามต่อชีวิต รวมชาติของรักษาที่มีความเสี่ยง หรือบริการที่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การฟอกเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้เครื่องผูกยึด การให้ยาเพื่อให้หลับลึก (moderate and deep sedation) หรือทีมผู้ดูแลที่หลากหลายและประสบการณ์ต่างกัน เช่น การร่วมดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ทั้งคน หรือการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาแพทย์/นักศึกษาสายวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข เป็นต้น รวมถึง การใช้เลือดและล่วนประกอบของเลือด การใช้รังสีชนิดก่อไอโอน ไอโซโทปกัมมันต์รังสี และเวชศาสตร์นิวเคลียร์ การใช้ยาที่เป็นพิษต่อเซลล์ (cytotoxic drugs) และการใช้ยาที่ควบคุม การวิจัย และการทดลองทางคลินิก เครื่องมือหรืออุปกรณ์จำเพาะ การใช้เลเซอร์ และการดูแล/บริการในภาวะฉุกเฉิน

<sup>148</sup> หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง หมายถึง หัตถการที่มีความซับซ้อนมีองค์ประกอบและรูปแบบที่มีความเฉพาะ หรือการผ่าตัดและหัตถการที่มีการรุกล้ำ (surgical and invasive procedures) ทุกชนิดที่ต้องทำในภาวะเร่งรีบหรือภาวะฉุกเฉิน

<sup>149</sup> การลดความเสี่ยง ครอบคลุมถึงการส่งต่อผู้ป่วยหรือการงดทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง กรณีที่สถานพยาบาลไม่มีความพร้อม

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (2) ทีมผู้ให้บริการได้รับการฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติ และนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง<sup>150</sup> มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย.
- (3) การให้บริการหรือทำการที่มีความเสี่ยงสูง ต้องทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือ และผู้ช่วยที่จำเป็น.
- (4) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หรือผู้ป่วยที่ได้รับบริการหรือทำการที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย<sup>151</sup> และดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันท่วงที.
- (5) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ มีความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญกว่า<sup>152</sup> มาก่อน ทีมผู้ให้บริการอย่างทันท่วงทีในการประเมินและดูแลผู้ป่วยให้มีอาการคงที่ มีการลือสาร การให้ความช่วยเหลือ และการย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น.
- (6) ทีมผู้ให้บริการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย.

<sup>150</sup> สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ภาวะฉุกเฉินต่างๆ และสถานการณ์โรคระบาด เป็นต้น

<sup>151</sup> เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง เช่น กราฟบันทึกกลุ่มญาณซึพที่มีแบบสีแสดงถึงระดับลัญญาณซึพที่ต้องมีการบทวน (แบบสีเหลือง) หรือมีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (แบบสีแดง) ดูตัวอย่าง SAGO (Standard Adult General Observation) chart ของอสเตรเลีย

<sup>152</sup> อาจเรียกระบบนี้ว่า Rapid Response System ซึ่งองค์ประกอบสำคัญได้แก่ Rapid Response Team (RRT) หรือ Medical Emergency Team ซึ่งจะนำความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติของตนไปที่ห้องเตียงผู้ป่วยทันทีที่เจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือ

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

##### ก. การระงับความรู้สึก (Anesthesia Care)

- (1) ทีมผู้ให้บริการเตรียมความพร้อมการระงับความรู้สึกให้ปลอดภัย และเหมาะสม โดยมีแนวทางที่ชัดเจน มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินขณะการระงับความรู้สึก<sup>153</sup> และระหว่างรอพื้น มีการซ้อมรับภาวะฉุกเฉิน และมีการเตรียม/ใช้เครื่องมือ วัสดุ และยา ตามที่องค์กรวิชาชีพด้านวิลัญญีแนะนำ.
- (2) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นขณะการระงับความรู้สึก และนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม รวมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง.
- (3) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และอาจมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึก. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการระงับความรู้สึก.
- (4) กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยขณะระงับความรู้สึกและในช่วงรอพื้น.

<sup>153</sup> เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจได้ยาก ภาวะอุณหภูมิขั้นสูงอย่างอันตราย การแพ้ยา

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

(6) ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากบริเวณรอบพื้นโดยผู้มีคุณวุฒิ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้. และมีการส่งต่อข้อมูลไปให้ทีมผู้ดูแลหลังผ่าตัดเพื่อเกิดการดูแลต่อเนื่อง.

#### ๙. การผ่าตัด (Surgical Care)

- (1) ทีมผู้ให้บริการวางแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดแต่ละรายโดยนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยทั้งหมดมาพิจารณา. มีการบันทึกแผนการผ่าตัดและการวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัดไว้ในเวชระเบียน. มีการประเมินความเสี่ยงและประสานกับผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลที่ปลอดภัย.
- (2) ทีมผู้ให้บริการอธิบายความจำเป็น ทางเลือกของวิธีการผ่าตัด โอกาสที่จะต้องใช้เลือด ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย.
- (3) ทีมผู้ให้บริการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการติดเชื้อ ทั้งในการณ์ผ่าตัดฉุกเฉินและการณ์ผ่าตัดที่มีกำหนดนัดล่วงหน้า.
- (4) ทีมผู้ให้บริการมีกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัวตกลง.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลและผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย<sup>154</sup>.

<sup>154</sup> การดูแลและการผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย หมายถึง การจัดแบ่งพื้นที่ การกำหนดการให้เหลวเย็นและการป้องกันการปนเปื้อนในห้องผ่าตัด การทำความสะอาดบริเวณห้องผ่าตัดและเตียงผ่าตัด การทำความสะอาดเครื่องมือ/อุปกรณ์ผ่าตัดและทำให้ปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อต่ำแหน่งผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ การเตรียมเครื่องมือ/อุปกรณ์/เจ้าหน้าที่ช่วยผ่าตัด ลักษณะผู้ป่วยแต่ละราย การดูแลระหว่างรอผ่าตัด การตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ การจัดการกับชิ้นเนื้อที่ออกมากจากผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤติกับผู้ป่วย

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (6) ทีมผู้ให้บริการบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดในเวชระเบียนผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดี ระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา.
- (7) ทีมผู้ให้บริการติดตามดูแลหลังผ่าตัดที่เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยและลักษณะการทำหัตถการ.

#### ค. อาหารและโภชนาบำบัด (Food and Nutrition Therapy)

- (1) ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ กับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยมีระบบบริการอาหารที่ดี มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ<sup>155</sup> ตลอดจนมีการดำเนินมาตรการป้องกันที่เหมาะสม.
- (2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือความเสี่ยงด้านโภชนาการได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนโภชนาบำบัด และได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ.
- (3) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการและโภชนาบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมและบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่.
- (4) การผลิตอาหาร การจัดเก็บ การล่ำมอบ และการจัดการกับภาชนะ/อุปกรณ์/ของเลี้ยง/เครื่องอาหาร เป็นไปอย่างปลอดภัยตามหลักปฏิบัติที่ยอมรับทั่วไป เพื่อลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อน การเน่าเสีย การเกิดแหล่งพำนัค และการแพร่กระจายของเชื้อโรค.

<sup>155</sup> ความเสี่ยงจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับอาหารในเวลาที่เหมาะสม การจัดอาหารที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้ให้ผู้ป่วย การเตรียมอาหารที่ไม่เหมาะสมให้ผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยอาจล้ากัดได้

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

#### ๔. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative care)

- (1) ทีมดูแลผู้ป่วย มีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่ไม่ลักษณะเฉพาะโดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน.
- (2) ผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับการประเมิน/ประเมินช้า เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตใจ สังคม<sup>156</sup> จิตวิญญาณ<sup>157</sup>.
- (3) ทีมดูแลผู้ป่วยมีการนำผลการประเมินที่ได้ มาวางแผนดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว.
- (4) องค์กรประสานเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมและระหว่างหน่วยบริการกับการดูแลที่บ้านหรือชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง.
- (5) องค์กรให้มีการทำแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning) และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข โดยเป็นไปตามความประสงค์/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และในกรณีที่มีการจัดทำให้มีการลือสารให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยได้รับทราบ.
- (6) ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลระยะสุดท้าย (end of life) หรือในช่วงใกล้เลี้ยงชีวิต (terminal care) อย่างเหมาะสมทั้งในด้านการบรรเทาอาการ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ.

<sup>156</sup> ความต้องการด้านสังคม เช่น การอยู่ร่วมกัน การยอมรับ การมีส่วนร่วม ครอบคลุมถึงความพร้อมทางเศรษฐกิจ

<sup>157</sup> ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น การเชื่อในศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

(7) องค์กรมีระบบดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย (care for carer) เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย.

#### จ. การจัดการความปวด (Pain Management)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเรื่องความปวดทั้งความปวดเฉียบพลันและความปวดเรื้อรัง. เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความปวด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างครอบคลุม ทั้งความรุนแรงของความปวด และลักษณะของความปวด.
- (2) ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการจัดการความปวด โดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อบรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ที่เป็นไปได้ ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังทั้งการตอบสนองต่อการจัดการความปวดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีการประเมินช้าและมีการปรับการรักษาที่เหมาะสม.
- (3) ทีมผู้ให้การรักษาให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยและ/หรือ ครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการจัดการความปวด ข้อมูลที่ให้ประกอบด้วย:
- (i) โอกาสเกิดความปวดจากการตรวจรักษา;
  - (ii) ทางเลือกในการจัดการความปวด;
  - (iii) ผลข้างเคียงและข้อพึงระวัง;
  - (iv) ความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ป่วย.

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลเรื่องการจัดการความปวดจากบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญตามมาตรฐานวิชาชีพหรือภายใต้การกำกับของบุคลากรตั้งแต่ล่าง.
- (5) ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดการความปวด หลังจากกำหนดนัยทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก.

#### ฉ. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ (Rehabilitation Services)

- (1) ทีมผู้ให้บริการ<sup>158</sup> นำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วย<sup>159</sup> ด้านร่างกาย จิตใจ ลักษณะ และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วย แต่ละราย มาวางแผนการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพที่จำเป็นและครอบคลุมด้านสุขภาพ<sup>160</sup> ให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน และบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ในระยะเวลาที่เหมาะสม.

<sup>158</sup> ทีมผู้ให้บริการ หมายถึง ทีมแพทย์สาขาพิเศษ (multidisciplinary team) ประกอบด้วย 医師/แพทย์ เภสัชศาสตร์/พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์หรือช่างกายอุปกรณ์ นักแก้ไขการพูด นักจิตวิทยา นักลักษณะเคราะห์หรือตามบริบทของสถานบริการนั้นๆ

<sup>159</sup> การประเมินผู้ป่วย มีการประเมินแรกรับและประเมินซ้ำที่ครอบคลุมรวมถึงระดับความสามารถหรือมาระณ์ในการประกอบชีวิตประจำวัน เพื่อให้สามารถระบุระดับความสามารถที่คาดหวังหลังทำการฟื้นฟูสมรรถภาพ (expected functional level) และระยะเวลาที่ควรทำการฟื้นฟู (duration of rehabilitation needed) รวมถึง แผนการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ (rehabilitation plan) ที่จำเป็น

<sup>160</sup> องค์รวมด้านสุขภาพ โดยองค์รวมด้านสุขภาพอาจอยู่บนพื้นฐานของหลักการบัญชีลากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) ซึ่งหมายรวมถึง มิติด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกาย (body functions and structure), มิติต้านกิจกรรมและการมีส่วนร่วม (activity and participation), ปัจจัยด้านลึ่งแวดล้อม (environmental factors) และปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors)

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (2) ทีมผู้ให้บริการ ให้บริการพื้นฟูสภาพและสมรรถภาพของผู้ป่วย<sup>161</sup> ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และอยู่บนพื้นฐานหลักฐานวิชาการ และมีการวัดผลลัพธ์การพื้นฟูอย่างเป็นรูปธรรมด้วยเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน.
- (3) ทีมผู้ให้บริการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิผล:
- (i) ให้ข้อมูลเพียงพอ<sup>162</sup> สำหรับการตัดสินใจ.
  - (ii) เสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>163</sup>.
- (4) การให้บริการพื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ เป็นไปเพื่อร่วมเป้าหมายของการพื้นฟูสมรรถภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐานบริการ มาตรฐานวิชาชีพ กฎระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง โดยบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะและความเชี่ยวชาญ.

<sup>161</sup> การบริการพื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ ครอบคลุมถึงการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสม ตลอดจนกระบวนการส่งต่ออย่างเป็นระบบเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และติดตามผลการพื้นฟูระยะยาว ทั้งระหว่างหน่วยบริการและสู่ชุมชน

<sup>162</sup> ข้อมูลที่เพียงพอ ครอบคลุมถึงเป้าหมาย แผน และบริการ การพื้นฟูสภาพและสมรรถภาพที่จำเป็นต้องได้รับ เพื่อใช้ประโยชน์ตลอดกระบวนการพื้นฟู ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่สังคมตามคักยภาพ ดำรงวิถีชีวิตอิสระและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

<sup>163</sup> การดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การดูแลตนเองได้ที่สามารถพัฒนาต่อเนื่อง และสามารถพื้นตัวได้อย่างเต็มศักยภาพในระดับที่เหมาะสม หรือคงระดับสมรรถภาพทางร่างกาย กลับเข้าสู่สังคมตามคักยภาพ ดำรงวิถีชีวิตอิสระและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Care of Patients with Chronic Kidney Diseases)

- (1) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง<sup>164</sup> ให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานในบริบทและทรัพยากรของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัย.
- (2) ในกรณีที่โรงพยาบาลมีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คุณย์ไตเทียม หรือ หน่วยไตเทียมของโรงพยาบาล หรือของหน่วยงานภายนอก (outsource) ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) และในกรณีที่มีการดำเนินการโดยบริษัทภายนอก โรงพยาบาลต้องมีการกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานเช่นเดียวกับของโรงพยาบาล.

#### ช. การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine)

- (1) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเพื่อค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการดูแล และนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการดูแลรักษา รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงานได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม.

<sup>164</sup> การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การช่วยเหลือการเลือมของไต การรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคไต ( เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะผิดปกติของกระดูกและแร่ธาตุ เป็นต้น ) การวางแผนก่อนการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง การปลูกถ่ายไต และการรักษาแบบประคับประคอง

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (2) องค์กรมีกลไกกำกับดูแลมาตรฐานและความปลอดภัยของการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย โดยบุคคลที่เหมาะสม<sup>165</sup>.
- (3) ทีมผู้ให้บริการ ให้บริการแพทย์แผนไทยโดยการประเมิน ชักประวัติ<sup>166</sup> ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค<sup>167</sup> วางแผน การส่งเสริม การป้องกัน การรักษา<sup>168</sup> การพื้นฟูสภาพและการให้คำแนะนำผู้ป่วย/ผู้รับผลงานโดยนำหลักธรรมาภิบาล เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ และองค์ความรู้อื่นที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้.
- (4) ทีมผู้ให้บริการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วย/ผู้รับผลงานให้มีความครบถ้วน และเฝ้าระวัง การเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉิน และมีการจำหน่ายผู้ป่วย/ผู้รับผลงานตามเกณฑ์ที่เหมาะสม.
- (5) องค์กรมีกลไกในการกำกับดูแลการทำการหัตถการ การใช้เครื่องมือ และยาจากสมุนไพรตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้ถูกต้อง มีความปลอดภัย เหมาะสมกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเฉพาะราย.
- (6) องค์กรล่อสารและสร้างลัมพันธุภาพที่ดีต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และเป็นองค์รวม.

<sup>165</sup> บุคคลที่ให้บริการการแพทย์แผนไทย หมายถึง บุคคลที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจากสภากาชาดไทย หรือทำงานภายใต้ผู้ประกอบวิชาชีพ

<sup>166</sup> ชักประวัติที่มีความจำเพาะเพิ่มเติม เช่น ชาตุเจ้าเรือน สมภูมิฐาน มูลเหตุการเกิดโรค

<sup>167</sup> การวินิจฉัยด้านการแพทย์แผนไทย เช่น ตามราตุ 42 ประการ ตามตัวอักษร ตามเบญจจินทรีย์ ตามหมวดหมู่

<sup>168</sup> การรักษา เช่น การใช้ยาสมุนไพรปรุงเฉพาะราย ยาดำรับ ยาเดี่ยว การนวด การประคบ การอบไอน้ำสมุนไพร การทับหม้อเกลือ และการให้บริการหัตถการอื่น

### ตอนที่ Ⅲ กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### ๙. การแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine)

- (1) องค์กรวางแผน แนวทางปฏิบัติ กำหนดกลุ่มผู้ป่วย/โรค รวมถึงนับล้วนทรัพยากรสำหรับการแพทย์ทางไกล.
- (2) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยการแพทย์ทางไกล จะได้รับการประเมิน คัดกรอง ความเหมาะสมเพื่อเข้ารับบริการ และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแล/ข้อจำกัด ก่อนแสดงความยินยอมในการรับบริการ.
- (3) ผู้ป่วยได้รับบริการการแพทย์ทางไกล ในกระบวนการประเมิน วินิจฉัย วางแผน หรือดูแลรักษา ตามแนวทางปฏิบัติ โดยข้อมูลการให้บริการได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่อีกต่อการดูแลต่อเนื่อง.
- (4) ผู้ให้บริการการดูแลผู้ป่วยการแพทย์ทางไกล สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วยในระบบ เวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันกาล โดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลการแพทย์ทางไกลในแนวทางที่สอดคล้องกับองค์กรวิชาชีพที่เป็นที่เชื่อถือได้และน่า และ เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกำหนด เช่น การรักษาความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคล.
- (6) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผ่านทางการแพทย์ทางไกลจะ ได้รับการรักษา ยา เวชภัณฑ์ การทำหัตถการ หรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผน หรือลั่งการ รักษาไว้.
- (7) กรณีที่คาดว่าการตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาผ่านทางการแพทย์ทางไกลอาจทำให้เกิดหรือมีเหตุอันทำให้ เชื่อได้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย. ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธี การอื่นอย่างเหมาะสม.

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### ญ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน (Home-based care)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการประเมิน คัดกรองความเหมาะสมและความจำเป็นในการเป็นผู้ป่วยที่สามารถดูแลสุขภาพที่บ้าน.
- (2) ผู้ป่วยได้รับการประเมินด้านลิ้งแผลล้อม การดูแลประจำวัน และความพร้อมในการดูแลสุขภาพที่บ้านในด้านอื่นๆ เพื่อให้สามารถได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิผลและปลอดภัย.
- (3) ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านในแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และลดความลังกับแนวทางหรือคำแนะนำขององค์กรวิชาชีพ.
- (4) ผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วยในระบบเวชระเบียน ได้จ่าย สะดวก และทันเวลา.
- (5) ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผน และการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้รับการบันทึก ในระบบเวชระเบียนเพื่อการสืบสานที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.
- (6) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านจะได้รับการรักษา ยา เวชภัณฑ์ การทำหัดถุง การฟื้นฟูสภาพและมรรภภาพ หรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผน หรือลั่งการรักษา โดยมีระบบการติดตามประเมินผล.
- (7) กรณีที่คาดว่าการตรวจวินิจฉัยหรือทำการรักษาผู้ป่วยที่บ้านอาจทำให้เกิดหรือมีเหตุอันทำให้เชื่อได้ว่าผู้ป่วย มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีช่องทางในการติดต่อทีมผู้ให้บริการ

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ที่ส่งผลกระทบและทันกгал ผู้ให้บริการตอบสนองในแนวทางและการตอบเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วย วิธีการอื่นอย่างเหมาะสม.

- (8) มีองค์ประกอบของทีมผู้ให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการทางสุขภาพและแผนการดูแลสุขภาพของ ผู้ป่วย.

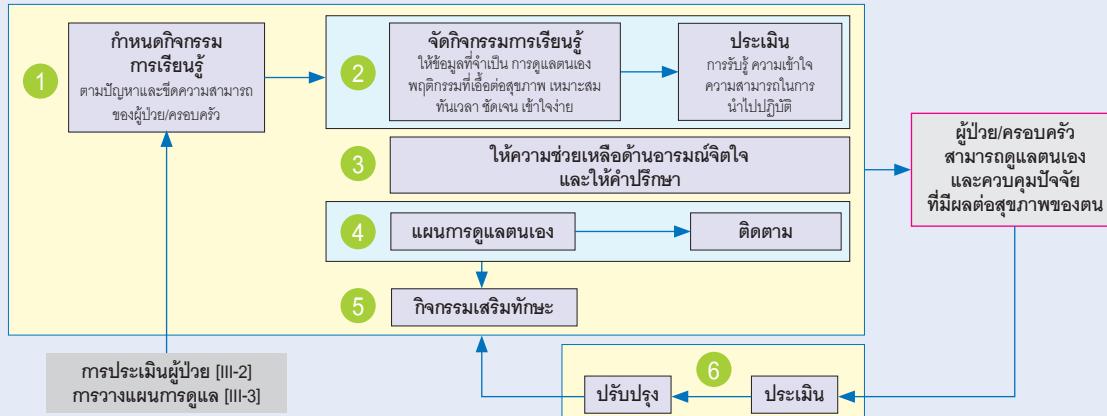
### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-5

#### การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว<sup>(Information Provision and Empowerment for Patients/Families)</sup>

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

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลและจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของตนเองให้คงสุขภาพและสุขภาวะที่ดี รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะของตนเอง.



### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

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

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูล และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของตนเองให้คงสุขภาพและสุขภาวะที่ดี รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะของตนเอง.

- (1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้อย่างครอบคลุมปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย<sup>169</sup> และสอดคล้องกับผลการประเมินและวางแผนดูแลผู้ป่วย (จาก III-2, III-3) และขัดความสามารถของผู้ป่วย/ครอบครัว
- (2) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้ป่วยและครอบครัว:
- (i) ให้ข้อมูลที่จำเป็น.
  - (ii) ช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้สำหรับการดูแลตนเองและการมีพัฒนาระบบที่เอื้อต่อการมีสุขภาพและสุขภาวะดี<sup>170</sup>.

<sup>169</sup> กิจกรรมการเรียนรู้ที่ครอบคลุมปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย เช่น โปรแกรมการเลิกบุหรี่ คำแนะนำการจัดการความเครียด การใช้ยา การปรับสภาพแวดล้อม แนวทางการออกกำลังกายและควบคุมอาหาร และการจัดการกับยาเสพติด เป็นต้น.

<sup>170</sup> ผลลัพธ์ของการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรค วิถีชีวิต และวิธีการยกระดับสุขภาพในขณะที่ยังมีโรค และในสภาพแวดล้อมที่บ้าน

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (iii) กิจกรรมเหมาะสมกับปัญหา ทันเวลา มีความชัดเจนและเป็นที่เข้าใจง่าย<sup>171</sup>.
- (iv) มีการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์จิตใจและคำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว<sup>172</sup>.
- (4) ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย/ครอบครัว ร่วมกันกำหนดแผนการดูแลตนเอง (self-care plan) ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย<sup>173</sup> รวมทั้งติดตามเพิ่มปัจจัยเสี่ยงและลดปัญหาอุปสรรคเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้.
- (5) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมเลริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และการเริ่มพัฒนาผู้ป่วย/ครอบครัว.

<sup>171</sup> กระบวนการให้ข้อมูลควรเป็นไปอย่างเปิดกว้างและยืดหยุ่น ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม ระดับการรู้หนังสือ ภาษา ความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วยและครอบครัว

<sup>172</sup> การช่วยเหลือด้านอารมณ์จิตใจ เริ่มต้นด้วยบรรยายการที่เป็นกันเองและเป็นมิตรในแต่ละพื้นที่บริการของโรงพยาบาล, มีการประเมินความเครียดเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือวิกฤติที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและช่วยเหลือให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยวิธีการเชิงบวก

<sup>173</sup> แผนการดูแลตนเอง (self-care plan) ควรดำเนินการควบคู่กับการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนโดยช่วยร้างความเข้าใจในบทบาท ขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการทำหน้าที่ สอนพฤติกรรมเชิงบวก และอธิบายผลที่ตามมากหากไม่สามารถทำหน้าที่ดังกล่าว

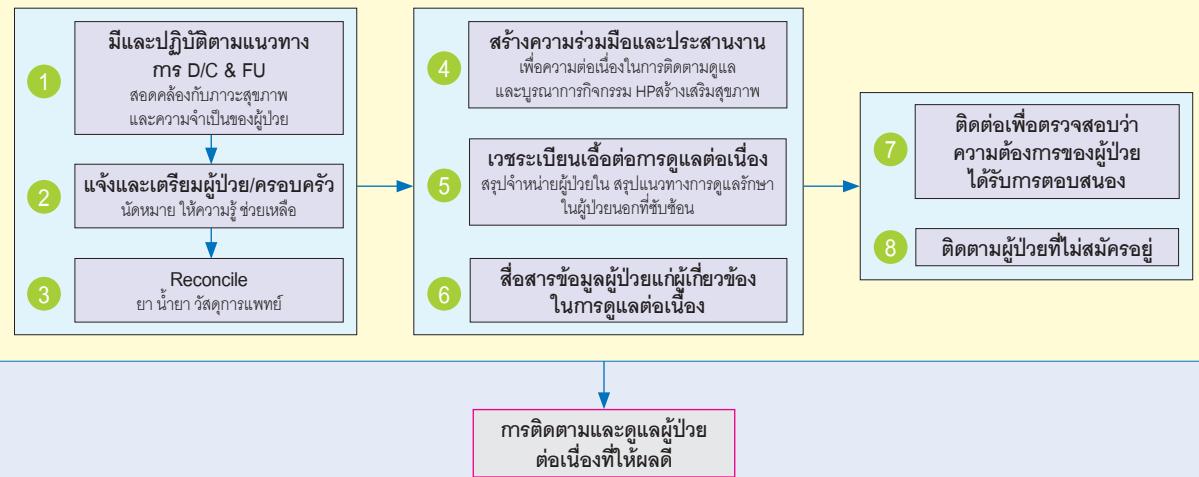
### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

##### III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.

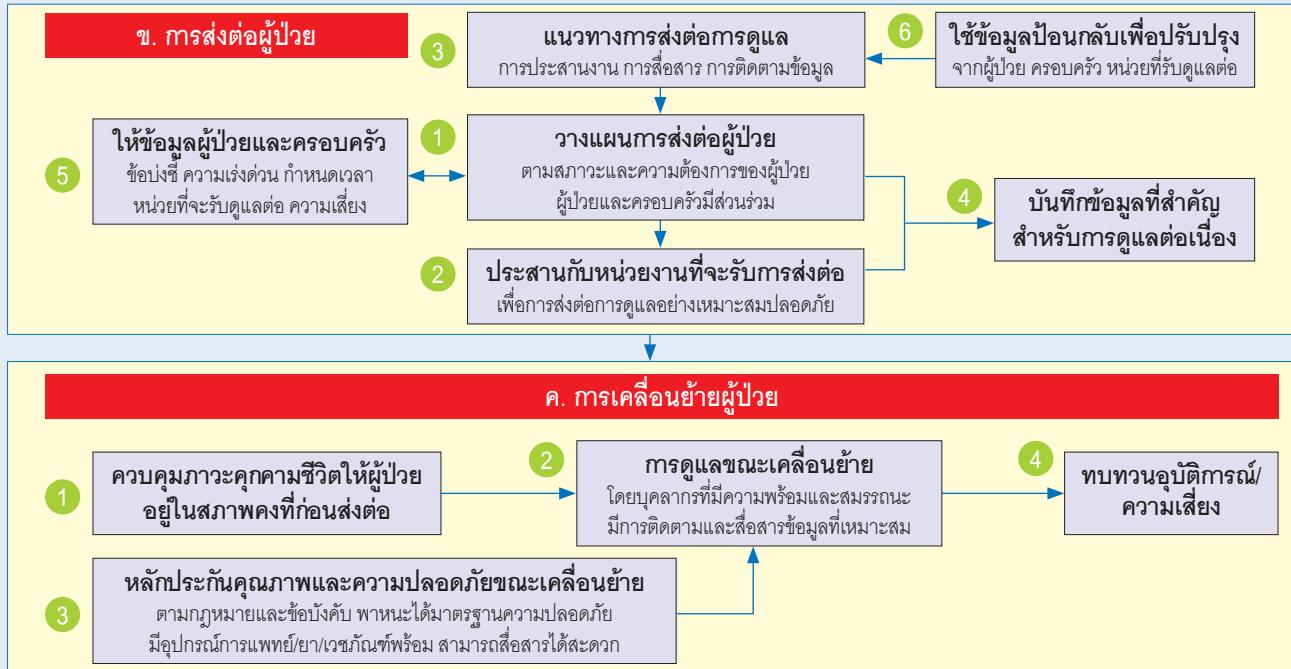
###### ก. การดำเนินการ ติดตาม และดูแลตามนัด



### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.



### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.

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

- (1) ทีมผู้ให้บริการมีและปฏิบัติตามแนวทางการจำหน่าย การติดตาม และการดูแลตามนัด ที่สอดคล้องสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (health status) และความต้องการในการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยแต่ละราย.
- (2) ทีมผู้ให้บริการแจ้งและเตรียม ผู้ป่วยและครอบครัวรับการจำหน่าย
  - (i) แจ้งในเวลาที่เหมาะสม.
  - (ii) ให้ข้อมูลแก่เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่คาดหวังหลังจากการจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง.
  - (iii) มีระบบบันทึกหมายและติดตามผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้.
  - (iv) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติตัวและการมาตามนัด ในรูปแบบและภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย รวมทั้งทวนสอบความเข้าใจในประเด็นสำคัญ.
  - (v) มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษา ภายหลังที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม.
- (3) ทีมผู้ให้บริการตรวจสอบและทำให้มั่นใจว่ายา น้ำยา หรือ วัสดุการแพทย์ ที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อมีการจำหน่าย เป็นไปตามแผนการรักษาล่าสุดของแพทย์และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย.

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (4) องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ องค์กร ชุมชน รวมถึงภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษา และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย.
- (5) บันทึกเวชระเบียนอี็อกต่อการดูแลต่อเนื่องที่ได้ผล
- (i) ทีมผู้ให้บริการบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยในเวชระเบียนอย่างครบถ้วน ถูกต้อง และทันกาล.
  - (ii) เวชระเบียนผู้ป่วยในมีลรุประยางงานจำหน่ายที่มีรายละเอียดเพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่อง.
  - (iii) มีลรุปแนวทางการดูแลรักษา (profiles of medical care) ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการนิจฉัยโรคหรือมีการดูแลที่ซับซ้อน ที่ทีมผู้ให้บริการสามารถใช้สำหรับการดูแลต่อเนื่องได.
- (6) ทีมผู้ให้บริการเลือกสารข้อมูลของผู้ป่วย การติดตาม และดูแลตามนัด ให้แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย.
- (7) หลังการจำหน่าย ทีมผู้ให้บริการติดต่อกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อตรวจสอบให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงกระบวนการ.
- (8) องค์กรมีกระบวนการในการติดตามผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจอยู่รับการรักษาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงบริการ.

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### ข. การส่งต่อผู้ป่วย<sup>174</sup> (Patient Referral)

- (1) ทีมผู้ให้บริการวางแผนการลงต่อผู้ป่วยตามลักษณะและความต้องการของผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และครอบครัว.
- (2) ทีมผู้ให้บริการประสานงานกับหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่จะรับการส่งต่อการดูแลผู้ป่วย<sup>175</sup> (transfer of care)อย่างเหมาะสมและปลอดภัย.
- (3) ทีมผู้ให้บริการมีแนวทางการส่งต่อการดูแล การประสานงาน การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยงาน/สถานพยาบาลที่รับการส่งต่อเพื่อให้มั่นว่าได้รับข้อมูลสรุปเกี่ยวกับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยและการดูแลรักษาที่ครบถ้วน และมีแนวทางการติดตามข้อมูลหลังการส่งต่อ.
- (4) ทีมผู้ให้บริการบันทึกข้อมูลที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ทั้งในเวชระเบียนและเอกสารการลงต่อ เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อและเมื่อไปถึงหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย.

<sup>174</sup> การส่งต่อผู้ป่วย (Patient Referral) หมายถึง การส่งผู้ป่วยไปรับการวินิจฉัย การรักษา การรักษาต่อเนื่อง หรือการดูแลต่อเนื่อง ไปยังหน่วยงานอื่นในสถานพยาบาลเดียวกัน หรือไปยังสถานพยาบาลอื่นตามวัตถุประสงค์ของการส่งต่อ ซึ่งต้องมีการประสานการดูแลและลงต่อข้อมูลความต้องการที่ชัดเจนระหว่างหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่ส่งต่อและรับผู้ป่วย

<sup>175</sup> การส่งต่อการดูแลผู้ป่วย (transfer of care) หมายถึง การส่งมอบความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เช่น การดูแลช่วยเหลือชีวิต การดูแลที่มีความซับซ้อน การดูแลระยะคับประคอง การดูแลระยะฟื้นฟูสภาพ/สมรรถภาพ และการดูแลต่อเนื่อง จากทีมผู้ให้บริการที่ส่งต่อการดูแลไปยังทีมผู้ให้บริการที่รับดูแลต่อ

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (5) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการส่งต่อแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมข้อบ่งชี้ ความเร่งด่วน กำหนดเวลา หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่จะรับดูแลต่อ และความเสี่ยง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการใช้ข้อมูลป้อนกลับ จากผู้ป่วย ครอบครัว หรือหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่รับดูแลต่อ เพื่อปรับปรุงกระบวนการส่งต่อและการดูแลก่อนการส่งต่อ.

#### ค. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย<sup>176</sup> (Patient Transport)

- (1) ทีมผู้ให้บริการให้การรักษาพยาบาลเพื่อควบคุมภาวะคุกคามซึ่ดิให้มั่นใจว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพคงที่ (stabilization) ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย.
- (2) การดูแลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยดำเนินการโดยบุคลากรที่มีสมรรถนะ/ขีดความสามารถ มีการฝ่าติดตาม<sup>177</sup> และลือสารข้อมูลที่เหมาะสม.
- (3) องค์กรมีหลักประกันความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่าง สถานพยาบาล:

<sup>176</sup> การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (Patient Transport) หมายถึงกระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วยไปยัง หน่วยงาน/สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ดูแล

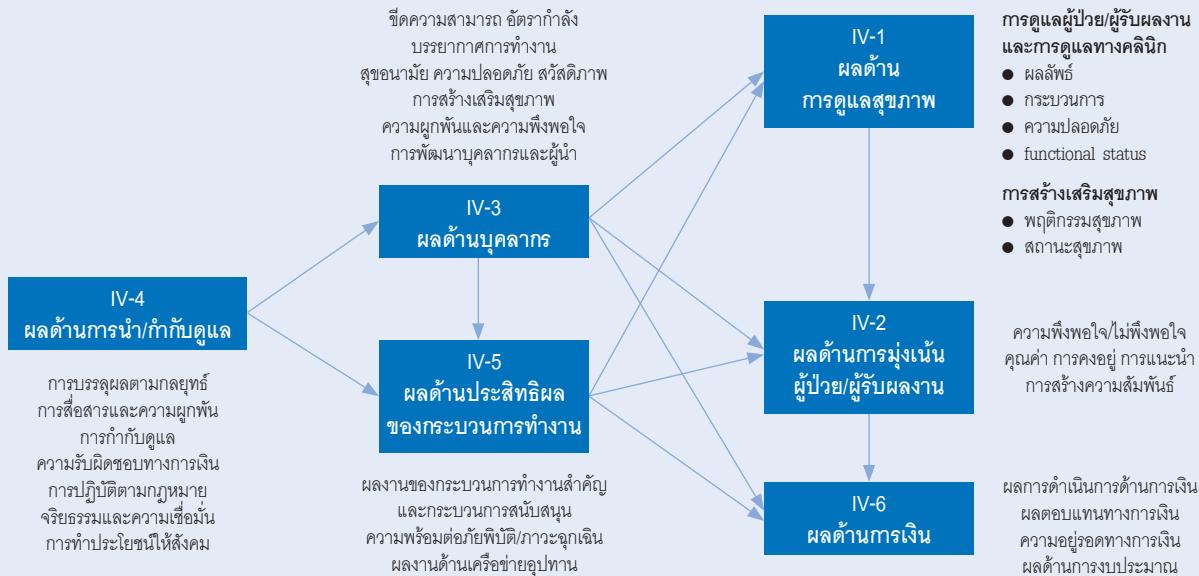
<sup>177</sup> การดูแลและฝ่าติดตามที่เหมาะสม ประกอบด้วย การเฝ้าระวังลักษณะชีพของผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับ ยา สารน้ำ เลือด ออกรหีบเงิน และสารอื่นๆ ผ่านอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งการบันทึกข้อมูลต่างๆ

### ตอนที่ Ⅲ กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (i) บริการขนส่งผู้ป่วยเป็นไปตามกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง;
  - (ii) ยานพาหนะที่ใช้เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ได้มาตรฐานความปลอดภัย มีอุปกรณ์การแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์ที่พร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย สามารถสื่อสารและปรึกษา กับสถานพยาบาลที่ส่งต่อหรือที่จะรับผู้ป่วยได้ล่วงหาก.
- (4) องค์กรมีระบบตรวจสอบหรือการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย.

## ตอนที่ IV พลลัพร์

องค์กรแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานที่ดีและการปรับปรุงในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ผลด้านการดูแลสุขภาพ/การดูแลทางคลินิก การสร้างเสริมสุขภาพ ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ผลด้านบุคลากร ผลด้านการนำ และการกำกับดูแล ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการ และผลด้านการเงิน.



## ส่วนที่ IV ผลลัพธ์

### IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย<sup>178</sup>/ผู้รับผลงาน การดูแลทางคลินิก<sup>179</sup> ทั้งในด้านผลลัพธ์ กระบวนการ ความปลอดภัย และ functional status.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและสถานะสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่สำคัญ ประชากรในชุมชน.

### IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Patient and Other Customer-Focused Results)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่าจากมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน การคงอยู่ การแนะนำ และการสร้างความล้มเหลวกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน.

<sup>178</sup> ตัวชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วย ได้มาจากวิเคราะห์โรคสำคัญที่โรงพยาบาลให้การดูแล เชิงแท้ลงรายละเอียดของตัวชี้วัดซึ่งสะท้อนประเด็นสำคัญของโรคนั้นๆ อย่างครบถ้วน

<sup>179</sup> ตัวชี้วัดด้านการดูแลทางคลินิก ได้มาจากวิเคราะห์ระบบงานสำคัญและระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เช่น ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระบบยา ระบบเวชระเบียน ระบบบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น

**IV-3 ផលិតបុគ្គលកទ (Workforce Results)**

- (1) អងគ្គរបេតងទៅហេននគតប័បប្រជុបនននៃនាមខែម៉ោងព័ត៌មានដែលត្រូវការបង្កើតប្រព័ន្ធទីត្រាគារភេទ នគតប័បតាមរាល់សេវាប្រតិបត្តិភាព នាមទីត្រូវការរក្សាដែលពាយការងារនូវបុគ្គលកទ.
- (2) អងគ្គរបេតងទៅហេននគតប័បប្រជុបនននៃនាមខែម៉ោងព័ត៌មានដែលត្រូវការបង្កើតប្រព័ន្ធទីត្រាគារភេទ ស្ថិស្ថាបន្ទាមរាល់សេវាប្រតិបត្តិភាព នាមទីត្រូវការរក្សាដែលពាយការងារនូវបុគ្គលកទ.
- (3) អងគ្គរបេតងទៅហេននគតប័បប្រជុបនននៃនាមខែម៉ោងព័ត៌មានដែលត្រូវការបង្កើតប្រព័ន្ធទីត្រាគារភេទ នាមទីត្រូវការរក្សាដែលពាយការងារនូវបុគ្គលកទ.
- (4) អងគ្គរបេតងទៅហេននគតប័បប្រជុបនននៃនាមខែម៉ោងព័ត៌មានដែលត្រូវការបង្កើតប្រព័ន្ធទីត្រាគារភេទ នាមទីត្រូវការរក្សាដែលពាយការងារនូវបុគ្គលកទ.

**IV-4 ផលិតការណាមេដ្ឋាន និងការកំណុច (Leadership and Governance Results)**

- (1) អងគ្គរបេតងទៅហេននគតប័បប្រជុបនននៃនាមខែម៉ោងព័ត៌មានដែលត្រូវការបង្កើតប្រព័ន្ធទីត្រាគារភេទ នាមទីត្រូវការរក្សាដែលពាយការងារនូវបុគ្គលកទ.
- (2) អងគ្គរបេតងទៅហេនផលវិវាទ និងព័ត៌មានដែលត្រូវការបង្កើតប្រព័ន្ធទីត្រាគារភេទ នាមទីត្រូវការរក្សាដែលពាយការងារនូវបុគ្គលកទ.
- (3) អងគ្គរបេតងទៅហេនផលវិវាទ និងព័ត៌មានដែលត្រូវការបង្កើតប្រព័ន្ធទីត្រាគារភេទ នាមទីត្រូវការរក្សាដែលពាយការងារនូវបុគ្គលកទ.

<sup>180</sup> ផលខែម៉ោងការបង្កើតប្រព័ន្ធទីត្រាគារភេទ នាមទីត្រូវការបង្កើតប្រព័ន្ធទីត្រាគារភេទ នាមទីត្រូវការរក្សាដែលពាយការងារនូវបុគ្គលកទ

## ចំណាំ IV ផលផែរ

- (4) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการปฏิบัติตามหรือปฏิบัติได้เหนือกว่าข้อกำหนดด้านกฎหมาย และกฎระเบียบ.
- (5) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม และความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อผู้นำระดับสูง และการกำกับดูแลกิจการ.
- (6) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการทำประโยชน์และการสนับสนุนชุมชนที่สำคัญ.

### IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของการทำงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินการของกระบวนการทำงานสำคัญ (ตามมาตรฐานตอนที่ I และ II) และกระบวนการสนับสนุนสำคัญ ครอบคลุมตัวชี้วัดด้านผลิตภาพ รอบเวลา ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และมิติคุณภาพที่เกี่ยวข้องอื่นๆ.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญของประสิทธิผลระบบความปลอดภัยขององค์กร การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน และผลการดำเนินการด้านเครือข่ายอุปทาน.

### IV-6 ผลด้านการเงิน (Financial Results)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญของผลการดำเนินการด้านการเงิน รวมทั้งตัวชี้วัดด้านผลตอบแทนทางการเงิน ความมั่นคงทางการเงิน และผลการดำเนินการด้านการใช้งบประมาณ.

# ภาคพนวก 1

## แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

### คำชี้แจงประกอบการใช้ HA Scoring

#### แนวคิด

HA Scoring เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมิน maturity ของระบบคุณภาพ ในการพัฒนาโรงพยาบาล รวมถึงใช้ประโยชน์จากมาตรฐาน HA ในการยกระดับการพัฒนาและการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งจัดทำขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดที่ปรับเปลี่ยนไปดังนี้

- 1) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Healthcare Standards) ประกอบไปด้วยมาตรฐาน 4 ตอน (part) โดยแต่ละตอนมีการแบ่งบท (chapter) บางบทจะมีการจัดหมวดหมู่ (section) โดยแต่ละบทของมาตรฐานจะมีข้อกำหนด (requirements) 3 ระดับ คือ ข้อกำหนดพื้นฐาน (basic requirements) ข้อกำหนดในภาพรวม (overall requirements) และข้อกำหนดรายอุปกรณ์ (multiple requirements)
- 2) คณะกรรมการสถาบันกำหนดให้มีเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ของผู้ป่วย/บุคลากร โดยเลือกจากข้อกำหนดที่มีในมาตรฐาน เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาให้การรับรองคุณภาพ สถานพยาบาลตามที่คณะกรรมการสถาบันประกาศในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความมั่นใจในระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยในประเด็นที่สำคัญ โดยโรงพยาบาลต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมตามที่กำหนด

## ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

- 3) คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานกำหนดให้มีเกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability) ของระบบคุณภาพของสถานพยาบาล โดยเลือกจากข้อกำหนดที่มีในมาตรฐาน เพื่อโรงพยาบาลและผู้เยี่ยมสำรวจได้ใช้ประโยชน์ในการตรวจสอบคุณภาพเพื่อยกระดับการพัฒนาและการขับเคลื่อนการพัฒนาให้เป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน โดยเลือกข้อกำหนด ที่มีพลังในการส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ (quality culture) สะท้อนการพัฒนาที่สอดคล้องกับค่านิยม (core value) และการดำเนินการตามข้อกำหนดดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาเชิงระบบและเกิดการดำเนินการในข้อกำหนดอื่นๆ ร่วมด้วยซึ่งมีการกำหนดรวมเป็นหัวข้อสำหรับการประเมินตนเองใน HA Scoring จำนวน 27 ข้อ จากจำนวนทั้งหมด 100 ข้อ
- 4) การเยี่ยมสำรวจคือการทบทวนโดยมิตรจากภายนอก (external peer review) เพื่อรับรู้ระดับ maturity ของระบบคุณภาพที่พัฒนา และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- 5) ผู้เยี่ยมสำรวจมีหน้าที่ในการ
- รับรู้บริบทและผลงานการพัฒนาของโรงพยาบาล
  - สร้างกระบวนการเรียนรู้จากผลงานของโรงพยาบาล
  - ร่วมกับโรงพยาบาลในการจัดทำประเด็นในแผนการพัฒนา (Issues for Improvement-IFI) ที่เหมาะสมและสมบูรณ์
  - ให้ประโยชน์จากการข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ในการวางแผนเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและบุคลากร

## ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

- ใช้ประโยชน์จากข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability) ในการยกระดับการพัฒนาและการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างยั่งยืน

### 6) โรงพยาบาลมีหน้าที่ในการ

- ใช้ HA Scoring ในการประเมินตนเองและจัดทำร่างประเด็นในแผนการพัฒนาเพื่อยกระดับ maturity และสร้างวัฒนธรรมคุณภาพในโรงพยาบาล
- พำนุ้ยเยี่ยมสำรวจตามรอยระบบงานต่างๆ ของโรงพยาบาล
- ใช้ประโยชน์จากข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย และข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability) ในการยกระดับและขับเคลื่อนการพัฒนาระบบคุณภาพในสถานพยาบาลให้มีความอย่างยั่งยืน

### 7) การผ่านการรับรองจะมีระดับต่างๆ ซึ่งรับรู้กันเป็นการภายใน และมีผลต่อความเข้มข้นของการติดตามดังนี้

- ระดับผ่าน เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 2.5-2.9
- ระดับดี เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 3.0-3.4
- ระดับดีมาก เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 3.5-3.9
- ระดับดีเยี่ยม เมื่อ mode ของ score มากกว่าหรือเท่ากับ 4.0

### 8) การใช้ HA Scoring สำหรับการพัฒนาระบบงานของสถานพยาบาล ควรมุ่งเพื่อยกระดับ maturity ของระบบคุณภาพ ในการพัฒนาระบบงานในองค์กรให้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องไปสู่ความยั่งยืน มีไว้เพียงคาดหวังคะแนนผ่านเกณฑ์การรับรองเท่านั้น

## ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

### แนวทางการใช้ HA Scoring 2022 สำหรับโรงพยาบาล

- 1) ศึกษามาตรฐานและแนวทางการใช้มาตรวัดมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพเพื่อเรียนรู้ทำความเข้าใจ
- 2) ทีมงานที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องกับมาตรฐานเรื่องนั้นร่วมกันประเมินความสมบูรณ์ของระบบคุณภาพ ในการพัฒนาโรงพยาบาล ตาม Scoring Guideline ในที่นี้หมายถึงการประเมินระดับการพัฒนาที่โรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของข้อกำหนดของแต่ละกลุ่มหัวข้อตามที่ระบุไว้ในมาตรฐาน ซึ่งแบ่งระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ ซึ่งแบ่งเป็นคะแนนกระบวนการ (process) และคะแนนผลลัพธ์ (result) โดยใช้แนวทางที่กำหนดประเมินการดำเนินงานในประเด็นต่างๆของโรงพยาบาลตามมาตรฐาน ว่าการออกแบบ แนวทางปฏิบัติ และการถ่ายทอดแนวทางไปสู่การปฏิบัติได้บรรลุผล ครอบคลุมประเด็นสำคัญ การรับผลกระทบและปรับปรุงการดำเนินการ จนสามารถเป็นแบบอย่างได้ ตลอดจนการแสดงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ว่าอยู่ระดับใด หากมีความเห็นที่แตกต่างกัน ให้ระบุจุดแข็งและโอกาสพัฒนาในมุมมองของแต่ละคนออกมาให้มากที่สุด นำโอกาสพัฒนาไปดำเนินการแล้วจึงกลับมาร่วมกันประเมินใหม่
- 3) ให้ความสำคัญกับ ข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) และ ข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability) ในการสร้างการเรียนรู้และพัฒนาอย่างเป็นระบบ
- 4) ร่วมกันให้ความเห็นเกี่ยวกับระดับ maturity ของระบบคุณภาพ ที่ทำได้ของแต่ละข้อกำหนด และให้จัดทำแผนการพัฒนา เพื่อยกระดับ maturity ลุ้น score 3 หรือ 4 หรือ 5 และแต่กรณี

## ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

- 5) ประเมิน score ในแบบประเมินตนเอง (Self Assessment Report) เขียนลิสท์ที่สามารถทำได้ดีตามมาตรฐาน และแผนการพัฒนาในลิสท์ที่เป็นโอกาสพัฒนา เพื่อการติดตามในการพัฒนาต่อเนื่องและเรียนรู้ร่วมกับทีม
- 6) เมื่อสถานพยาบาลมีความพร้อมในการรับการประเมิน ลงเอกสารแบบประเมินตนเองมายังสรพ. เพื่อเข้าสู่กระบวนการขอรับรองคุณภาพ ลง score และแผนการพัฒนา พร้อมเอกสารตามที่สรพ.กำหนด มายัง สรพ.เพื่อขอรับการเยี่ยมสำรวจ
- 7) จัดเตรียมเอกสารสำหรับการ verify การปฏิบัติหรือผลการประเมินต่างๆ ให้ทีโรงพยาบาลอย่างเป็นหมวดหมู่

## ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

### แนวทางการกำหนดระดับคะแนน Scoring guideline

| Score | Process  | Result   |
|-------|--|--|
| 1     | ออกแบบและเริ่มต้นปฏิบัติ<br>Design & early stage of implementation                         | มีการวัดผล<br>Measure  |
| 2     | มีการปฏิบัติได้บางส่วน แต่ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ <sup>181</sup><br>Partial implementation | ติดตามด้วยชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตามประเด็นที่สำคัญ<br>Relevant and valid measure |
| 3     | มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล<br>Effective implementation                                | วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด<br>Get use of measures                     |
| 4     | มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง<br>Continuous improvement                                  | มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย)<br>Good results (better than average)    |
| 5     | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี<br>Role model, good practices, innovation                  | มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด)<br>Very good results (top quartile)             |

<sup>181</sup> ประเด็นสำคัญหมายถึง 1) ประเด็นสำคัญตามมาตรฐาน 2) ประเด็นสำคัญตามบริบทโรงพยาบาล 3) ประเด็นสำคัญตามระดับศักยภาพโรงพยาบาล

## ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

1) พิจารณาตามระดับ maturity ของระบบคุณภาพของการพัฒนา

### 1.1 มาตรฐานหมวดกระบวนการ (Process)

- คะแนน 1 Design & early stage of implementation เริ่มมีการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ เช่น มีการกำหนดโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง วางแผน วางแผนทางปฏิบัติ (ใช้เป็นแนวทางการประเมินระดับ Score 1 กับมาตรฐานในส่วนนี้ทุกข้อ)
- คะแนน 2 Partial implementation แนวทางปฏิบัติที่กำหนดมีความเหมาะสมกับบริบท เริ่มมี การนำแนวทางไปสู่การปฏิบัติ ความครอบคลุมอาจจะยังไม่สมบูรณ์แต่ต้องครอบคลุมข้อกำหนด ที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย และประเด็นที่สำคัญ (ใช้เป็นแนวทางการประเมินระดับ Score 2 กับมาตรฐานในส่วนนี้ทุกข้อ)
- คะแนน 3 Effective implementation มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างครอบคลุมและ ได้ผล บรรลุเป้าหมายในประเด็นสำคัญ
- คะแนน 4 Continuous improvement มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ทำการ เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ระบบงานที่เกี่ยวข้อง
- คะแนน 5 Role model, good practices, innovation เป็นแบบอย่างที่ดี มีการถอดองค์ความรู้ มีการใช้นวัตกรรมที่ล้ำสมัย

## ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

### 1.2 มาตรฐานหมวดผลลัพธ์ (Result)

- คะแนน 1 Measure มีการออกแบบการวัดผล
- คะแนน 2 Relevant and valid measure มีการติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตามประเด็นที่สำคัญ
- คะแนน 3 Get use of measures มีการวัดที่ตรงประเด็นตามเป้าหมายมาตรฐาน และครอบคลุมประเด็นสำคัญเป็นส่วนใหญ่ โดยมีการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัวชี้วัดเพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง
- คะแนน 4 Good results (better than average) ตัววัดตามประเด็นสำคัญส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดีกว่าค่าเฉลี่ยในบริบทเดียวกัน หรือมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- คะแนน 5 Very good results (top quartile) ตัววัดตามประเด็นสำคัญอยู่ในระดับ top quartile

### 2) พิจารณาตามระดับความยากง่ายในการดำเนินการ

2.1 อาจจะนำข้อกำหนดในมาตรฐานแต่ละประเด็นมาพิจารณาว่าประเด็นใดที่ทำได้ง่ายที่สุด และยกขึ้นเป็นลำดับขั้น โดยพยายามให้สอดคล้องกับแนวทางในข้อ 1)

2.2 อาจจะพิจารณาระดับความยากง่ายตามศักยภาพของโรงพยาบาล

### 3) พิจารณาตามลำดับขั้นตอนที่โรงพยาบาลต้องดำเนินการก่อนหลัง

3.1 อาจพิจารณาว่าในความเป็นจริง มี sequence ของการดำเนินการวางแผนอย่างไรบ้าง เช่น เริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูล การอกรูปแบบ การฝึกอบรม การนำสู่การปฏิบัติ เป็นต้น

### 4) พยายามให้มีการพิจารณาในภาพรวม ให้มีรายละเอียดเท่าที่จำเป็น ไม่ต้องคัดลอกมาจากมาตรฐานทั้งหมด

## ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

### แนวทางการรวมคะแนนในการประเมิน

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

## ภาคพนวก 2

### Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

ค่านิยมและแนวคิดหลัก หรือหลักคิดที่กระบวนการ HA นำมาใช้ เกิดจากการผลผลลัพธ์ของ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ เกิดจากการ ประยุกต์แนวคิด TQM การஸະສນหลักคิดที่เกิดจากการดำเนินการพัฒนาในแต่ละขั้นตอน และมาพัฒนา กับ ข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาองค์กรที่ประสบความสำเร็จที่ MBNQA นำมาใช้

หลักคิดเหล่านี้เป็นสิ่งที่จะช่วยกำกับวิธีการคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม ซึ่งสามารถใช้ประยุกต์ได้ใน ทุกมาตรฐาน ทุกสถานการณ์ เป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วระดับหนึ่ง และสามารถพัฒนาให้มีมากขึ้นได้

หลักคิดหรือปรัชญาของ TQM ที่นำมาใช้ในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้แก่ ลูกค้า สำคัญที่สุด (customer focus), จุดความฝันร่วมกัน (common vision), ทีมงานสัมพันธ์ (team work), มุ่งมั่นกระบวนการ (process focus), سانตัวยอริยสัจล (problem solving), ดีที่ผู้นำ (visionary leadership), ทำดีอย่างต่อเนื่อง (continuous improvement)

เมื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับแรกมาใช้ หลักคิดที่ใช้กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่เกิดผลอย่างแท้จริง ได้แก่ individual commitment, team work, customer focus

การพัฒนาคุณภาพตามบันได 3 ขั้นสูง HA ได้ข้อสรุปของหลักคิดในบันไดขั้นที่ 1 ว่า ทำงานประจำให้ดี, มีอะไรให้คุยกัน, ขยายบททวน และหลักคิดในบันไดขั้นที่ 2 ว่า เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่าเบ็ดเตล็ด

## ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

เมื่อผลมุ่งมั่นหลักคิดทั้งหมดเข้าด้วยกันและจัดเป็นหมวดหมู่ จะได้เป็น 5 หมวด ดังนี้

1. **ทิศทางนำ:** visionary leadership, systems perspective, agility
2. **ผู้รับผล:** patient & customer focus, focus on health, community responsibility
3. **คนทำงาน:** value on staff, individual commitment, teamwork, ethic & professional standard
4. **การพัฒนา:** creativity & innovation, management by fact, continuous process improvement, focus on results, evidence-based approach
5. **พาร์เทอร์:** learning, empowerment

## ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

### 1. ทิศทางนำ

#### 1.1 Visionary Leadership

##### คืออะไร

ผู้นำที่มีสายตากว้างไกล เปลี่ยนแปลงสังคม มองภาพใหญ่ คิดเชิงกลยุทธ์  
นำเสนอความท้าทาย จูงใจให้คนเก่งมาร่วมตัวกัน สู่เป้าหมายที่สูงกว่า

##### ทำไม

ผู้นำคือผู้กำหนดทิศทาง เป็นแบบอย่าง อนุญาตและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง

##### ทำอย่างไร

- กำหนดทิศทาง สร้างค่านิยม ตั้งความคาดหวัง
- กำหนดกลยุทธ์ ระบบงาน วิธีการไปสู่เป้าหมาย กระตุ้นนวัตกรรม
- นำค่านิยมและกลยุทธ์มาชี้นำกิจกรรมและตัดสินใจ
- มองเห็นโอกาสในปัญหาอุปสรรค
- กระตุ้น จูงใจ สนับสนุน สงเสริมให้คนในองค์กรมี innovator's DNA
- เป็นแบบอย่างที่ดีในการใช้กระบวนการทัคโนใหม่ เช่น องค์กรที่มีชีวิต

## ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

### 1.2 Systems Perspective

#### คืออะไร

การมองภาพรวมอย่างครบถ้วนครอบคลุมทุกองค์ประกอบ เห็นการเชื่อมต่อภายใน

การพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นเหตุเป็นผล

การพิจารณางานรอบของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และระบบลงทะเบียนกลับ

#### ทำไม

การบริหารและพัฒนาแบบแยกส่วน ไม่ก่อให้เกิดความสำเร็จอย่างคุ้มค่า และทำให้สมาชิกในองค์กรลับสน อ่อนล้า

#### ทำอย่างไร

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

## ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

### 1.3 Agility

#### คืออะไร

ความสามารถในการปรับตัวอย่างรวดเร็วและมีความยืดหยุ่น

การตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น

#### ทำไม

สังคมคาดหวังที่จะได้รับบริการอย่างรวดเร็ว

การปรับตัวที่ว่องไวคือการก้าวไปข้างหน้าก่อนผู้อื่น

#### ทำอย่างไร

- ลดความซับซ้อนของกระบวนการทำงาน ยกเลิกกฎระเบียบที่ไม่จำเป็น
- ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้เกิดการตอบสนองที่รวดเร็ว ยืดหยุ่น ตรงความต้องการเฉพาะ
- ผู้ปฏิบัติงานได้รับอำนาจในการตัดสินใจ ภายใต้มาตรฐานที่จำเป็น
- การออกแบบระบบบริการที่ได้ผล ประหයด ให้คุณค่ากับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย
- ให้ความสำคัญกับการวัดและลดเวลา ควบคู่ไปกับการปรับปรุงตัวเองฯ

### 2. ผู้รับผล

#### 2.1 Patient and Customer Focus

##### คืออะไร

สนองความต้องการ ใช้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อผลลัพธ์ที่ดี

ผู้รับผลงานมีทั้งเพื่อนร่วมงานซึ่งเป็นผู้รับผลงานภายใน และผู้ป่วย ครอบครัว ฯลฯ ที่เป็นผู้รับผลงานภายนอก  
ทำไม่

หน้าที่หลักของระบบบริการสุขภาพคือการมีสุขภาพดีของประชาชน ครอบครัว ชุมชน

##### ทำอย่างไร

- รับรู้ปัญหา/ความต้องการ ทั้งระดับบุคคล กลุ่มโรค ทั่วไป ชุมชน
- ตอบสนอง ให้บริการที่ตรงปัญหา ได้ผล ปลอดภัย ใส่ใจ เคราะห์สิทธิ/คักดีครี ใช้มาตรฐานวิชาชีพ  
ดูแลด้วยความระมัดระวัง ดูแลอย่างเต็มความสามารถ เอาใจเขม่าใจเรา
- รับเลียงลงทะเบียน

## ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

### 2.2 Focus on Health

#### คืออะไร

แนวคิดเรื่องสุขภาพคือดุลยภาพ

การนำภาวะที่เป็นปกติของบุคคลมาใช้ประโยชน์ต่อสุขภาพ

#### ทำไม

การเจ็บป่วยจำนวนมาก ไม่รู้สาเหตุ แต่สามารถดูแลให้มีความสุขได้  
สุขภาวะ พบรู้ได้ทั้งในยามเจ็บป่วยหรือแม้ยามจะเลี้ยงชีวิต  
ผู้ป่วย มีทั้งส่วนที่ป่วยและไม่ป่วย ในตัวคนเดียวกัน

#### ทำอย่างไร

- ใช้แนวคิด focus on health กับผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วย
- หาโอกาสสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยทุกราย
- พิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพอย่างครอบคลุม
- สร้างสมดุลของการสร้างสุขภาวะ และการบำบัดรักษา
- ใช้แนวคิดสุขภาวะกำเนิด (salutogenesis)
- ฝึกอยู่กับปัจจุบัน แบ่งปันพลังบวกให้ผู้ป่วย

## ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

### 2.3 Community Responsibility

#### คืออะไร

การปฏิบัติตามกฎระเบียบ ป้องกันผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรม ช่วยเหลือและดูแลลูกภาพชุมชน

#### ทำไม

บริการสุขภาพอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสังคม

องค์กรบริการสุขภาพมีหน้าที่ดูแลลูกภาพชุมชนนอกเหนือจากการให้บริการในที่ตั้ง

#### ทำอย่างไร

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

## ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

### 3. คนทำงาน

#### 3.1 Value on Staff

##### คืออะไร

ส่งเสริมการมีและการใช้ศักยภาพ มีแรงจูงใจทำงานให้ได้ผลดี มีความลุขทำใหม่

คนคือทรัพย์สินที่มีค่าขององค์กร มีมูลค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง systems approach ได้ผลดีกว่าการกล่าวโทษ

##### ทำอย่างไร

- มีกลยุทธ์/ครรภ์ท่า ใช้วิธีการแห่งปัญญา คิดถูกวิธี คิดมีระเบียบ คิดมีเหตุผล คิดเร็วๆ กว่า
- ผู้นำแสดงความมุ่งมั่น ยกย่องชมเชยเจ้าหน้าที่ ส่งเสริมการพัฒนาตนเอง
- ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้ สร้างสิ่งแวดล้อมให้กล้าคิดกล้าทำ
- จัดวิธีการทำงานที่ยืดหยุ่น มีสมรรถนะ หลากหลาย
- ใช้ systems approach ในการแก้ปัญหาความผิดพลาด
- สถานคนทำงานว่า “օห์ไรคือสิ่งสำคัญที่สุดที่ต้องการให้ปรับปรุง” และตอบสนอง

## ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

### 3.2 Individual Commitment

#### คืออะไร

คือการที่แต่ละคนมีความมุ่งมั่นในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ยึดถือเป้าหมายและความสำเร็จขององค์กร เป็นหลักในการทำงาน

#### ทำไม

ความสำเร็จขององค์กรเป็นผลรวมของความพยายามของทุกคน

คุณภาพต้องเริ่มที่แต่ละคน ทำทันที ทำต่อเนื่อง ทำเรื่องใกล้ตัว

#### ทำอย่างไร

- แต่ละคนทำงานประจำให้ดี ทำเต็มความสามารถ ระมัดระวัง เอื้ออาทร
- พัฒนางานของตน ร่วมพัฒนากับผู้อื่น
- ผู้นำกำหนดความคาดหวังที่เหมาะสม ให้การสนับสนุน เสริมพลัง เป็นแบบอย่าง

## ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

### 3.3 Teamwork

#### คืออะไร

การรับฟัง ร่วมคิด ร่วมทำ ภายใต้หน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ ระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงาน การเป็นพันธมิตรระหว่างองค์กรต่างๆ

#### ทำไม

บริการลูกภาพมีความซับซ้อน ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างกว้างขวาง

#### ทำอย่างไร

- สร้างเครือข่ายความลัมพันธ์ มีความยึดหยุ่น การตอบสนอง การแลกเปลี่ยนความรู้
- ลง Lerim ให้เกิดความร่วมมือและประสานงานที่ดีในการปฏิบัติงานประจำ
- ทำงานเป็นทีมเพื่อพัฒนาในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตามโอกาสพัฒนาที่พบ
- มีกลไกภาพรวม กำหนดทิศทางการพัฒนา ติดตามกำกับการพัฒนาในกลุ่มผู้ป่วยหรือระบบงานหลัก โดยทีมหลักวิชาชีพหรือทีมครุ่มลายงาน
- ขยายไปสู่ความร่วมมือกับภายนอก

## ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

### 3.4 Ethical and Professional Practice

#### คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ

การกำกับดูแลจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกัน

#### ทำไม

การตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพมีความสำคัญต่อผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ลังคอมความคาดหวังสูงต่อผู้ประกอบวิชาชีพ และรับไม่ได้กับผลไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดจากการละเลยหรือ การปฏิบัติที่ปราศจากจริยธรรมและมาตรฐาน

ผู้ประกอบวิชาชีพจำเป็นต้องมีอิสระในการตัดสินใจ ความมีอิสระนั้นต้องควบคู่ไปกับความรับผิดชอบ

ผู้ประกอบวิชาชีพต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการให้คำแนะนำหรือพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมลงท้ายรับผู้ป่วย

#### ทำอย่างไร

- ผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคนมีจิตสำนึกในการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ พัฒนาตนเองให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น
- ด้วยหลักง่ายๆ ว่า “เอ้าใจเขามาให้เจ้า” หรือ “ดูแลดุจญาติมิตร” จะช่วยป้องกันปัญหาได้มาก
- มีกลไกให้ผู้ประกอบวิชาชีพจะควบคุมกำกับกันเองทั้งในลักษณะของการป้องปรามและดำเนินการเมื่อเกิดปัญหา เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการและวิชาชีพอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานร่วมกัน

### 4. การพัฒนา

#### 4.1 Creativity and Innovation

##### คืออะไร

การเปลี่ยนแปลงที่ใช้วิธีการและแนวคิดใหม่

##### ทำไม

หัวใจสำคัญของนวัตกรรมคือจินตนาการ

การพัฒนาด้วยวิธีเดิมๆ ไม่อาจใช้การได้ผลอีกต่อไป

สถานการณ์ที่คำตอบไม่ซัดเจน เป็นโอกาสเปิดสำหรับจินตนาการและนวัตกรรม

##### ทำอย่างไร

- จัดการให้นวัตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กรและงานประจำ
- ผู้บริหารลุ่งเลริมให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทดลองความคิดใหม่ๆ ลุ่งเลริมการฝึกอบรมด้านความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม
- ลุ่งเลริมการสร้างนวัตกรรมในกระบวนการจัดบริการ

## ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

### 4.2 Management by Fact

#### คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์อย่างเหมาะสม

#### ทำไม

ข้อมูลข่าวสารที่ดีทำให้ทราบระดับปัญหาที่แท้จริง ลำดับความสำคัญ สาเหตุของปัญหา ข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่างๆ

#### ทำอย่างไร

- คัดเลือกและใช้ตัวชี้วัด ซึ่งจะท่อนลิงที่มีความสำคัญทางคลินิก สุขภาพของชุมชน และการบริหารจัดการขององค์กร โดยวัดอย่างสมดุลในทุกด้าน
- วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาแนวโน้ม คาดการณ์ และดูความเป็นเหตุเป็นผล
- ประเมินและปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดหรือตัวชี้วัดเพื่อให้เหมาะสมกับเป้าประสงค์ยิ่งขึ้น
- สร้างวัฒนธรรมการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในทุกระดับ

### 4.3 Continuous Process Improvement

#### คืออะไร

การทำให้การพัฒนา และดำเนินการปรับปรุงกระบวนการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง มีการขยายเป้าหมายของผลงานขึ้นอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความเป็นไปได้

#### ทำไม

สถานการณ์เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด ความคาดหวังของผู้รับผลงานที่เพิ่มขึ้น มีโอกาสทำให้เรียบง่ายและมีประสิทธิภาพขึ้นเลื่อมอ

#### ทำอย่างไร

- วัดนวัตกรรมการค้นหาโอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ: บุคคล โครงการ หน่วยงาน องค์กร
- ใช้กลยุทธ์ในการค้นหาโอกาสพัฒนาที่หลากหลาย เช่น การทบทวนผลงาน การรับฟังผู้รับผลงาน การเปรียบเทียบกับข้อกำหนด/มาตรฐาน มีทีมงานจากหลากหลายวิชาชีพมามองภาพรวม
- สนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- สร้างกระบวนการเรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนา

## ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

### 4.4 Focus on Results

#### คืออะไร

การกำหนดเป้าหมายของงาน/การพัฒนาที่ผลลัพธ์และคุณค่าที่ผู้มีส่วนได้เสียจะได้รับ<sup>ทำให้เกิดประโยชน์</sup>

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้มีเป้าหมายร่วมกันชัดเจน เชื่อมโยงแผนงานและกิจกรรมได้

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้เกิดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้มีส่วนได้เสียสำคัญจะทำให้เกิดความครวத化ต่อองค์กร<sup>ทำอย่างไร</sup>

- วัดผลการดำเนินการขององค์กรโดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์สำคัญ
- ใช้ตัวชี้วัดผลเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ ร่วมกันอย่างสมดุล เพื่อเลือกลำดับความสำคัญ ติดตามผลการดำเนินการ และนำไปสู่การปรับปรุงผลลัพธ์
- รักษาสมดุลของคุณค่าระหว่างผู้มีส่วนได้เสียสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ ชุมชน ผู้จ่ายเงิน ธุรกิจ นักศึกษา ผู้ลงมือและพันธมิตร ผู้ลงทุน และสาธารณะ

## ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

### 4.5 Evidence-based Approach

#### คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์

การใช้ข้อมูลวิชาการในการให้บริการสุขภาพ/ดูแลผู้ป่วย

#### ทำไม

บริการสุขภาพที่ปลอดภัย ได้ผล มีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสม จะต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการซึ่งพิสูจน์ประสิทธิผลของวิธีการตรวจรักษาต่างๆ

บริการสุขภาพต้องเชื่อมโยงความไม่แน่นอนต่างๆ มากมาย การใช้ดุลยพินิจของผู้ประกอบวิชาชีพควบคู่กับการใช้ข้อมูลวิชาการจะเป็นลิ่งที่จำเป็น

ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของเทคโนโลยีบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว แม้ความรู้ที่เขียนไว้ในตำรา ก็อาจล้าสมัยเร็วเกินกว่าที่คิด

#### ทำอย่างไร

- นำ CPG ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย
- Gap Analysis
- นำศาสตร์ทางด้านระบบวิทยาคลินิกและเศรษฐศาสตร์คลินิกมาช่วยในการตัดสินใจ
- นำข้อมูลวิชาการมาใช้ประกอบกับเครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ โดยอาศัยกลุ่มผู้ป่วยและบุคลากรคุณภาพดังกล่าวเป็นตัวตั้ง

### 5. พาระยนธุ์

#### 5.1 Learning

##### คืออะไร

การเรียนรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ของลี่งมีชีวิตกับลี่งแวดล้อม เพื่อตอบสนอง ปรับตัว เพิ่มประสิทธิภาพ ทำให้

ลี่งมีชีวิตต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอด องค์กรก็เปรียบเหมือนลี่งมีชีวิต

##### ทำอย่างไร

- ให้การศึกษา ฝึกอบรม ให้โอกาสพัฒนา สร้างแรงจูงใจ
- เรียนรู้ด้วยการมีส่วนร่วม
- หาโอกาสที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงและทำให้ดีขึ้น
- ปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในวิถีการทำงานปกติประจำวัน
- ใช้กระบวนการคิดแล่ญปุ่น การให้บริการ สถานที่ลี่งแวดล้อม สร้างการเรียนรู้

## ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

### 5.2 Empowerment

#### คืออะไร

ให้พลังทุกคนในการดูแลสุขภาพตนเอง

ให้พลังเจ้าหน้าที่แก่ปัญหา พัฒนางานด้วยตนเอง

#### ทำไม

การเริ่มพลังทำให้เกิดความรับผิดชอบ 透明 โปร่งใส มีประสิทธิภาพ ไม่ต้องพึ่งพิง ขยายวงกว้าง

#### ทำอย่างไร

- ผู้มีอำนาจเห็นประโยชน์ เต็มใจลดอัตตาและการผูกขาดอำนาจของตน
- ผู้บริหารกระจายอำนาจและเพิ่มพลังการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติงาน
- ผู้ประกอบวิชาชีพพยายามให้ผู้ป่วย ประชาชน สามารถดูแลตนเอง
- มีการลือสารที่ดี มีข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสม มีการประเมินและสะท้อนกลับ

### ภาคพนวก 3

#### ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

สำหรับหัวข้อที่มีการเพิ่มเข้ามาใหม่ในฉบับที่ 5 จะมีระบุไว้ในรหัสอ้างอิงของฉบับที่ 4 ว่า “ใหม่”

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ           | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5   | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4   |
|--|--|--|
| <b>ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร</b>         |  |  |
| <b>I-1 การนำ</b>                                 |  |  |
| I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง                | ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม<br>ข. การลีอสาร<br>ค. ความสำเร็จขององค์กร                  | ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม<br>ข. การลีอสาร<br>ค. ผลการดำเนินงานขององค์กร              |
| I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้ลังคม | ก. การกำกับดูแลองค์กร<br>ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและ พฤติกรรมที่มีจริยธรรม<br>ค. การทำประโยชน์ให้ลังคม | ก. การกำกับดูแลองค์กร<br>ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและ พฤติกรรมที่มีจริยธรรม<br>ค. ความรับผิดชอบต่อลังคม |
| <b>I-2 กลยุทธ์</b>                               |  |  |
| I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์                            | ก. กระบวนการวางแผนกลยุทธ์<br>ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์  | ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์<br>ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์   |

### ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ                    | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5  | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4  |
|---|---|---|
| I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ                               | ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ<br>ข. การทบทวนแผนปฏิบัติการ                                     | ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ<br>ข. การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ   |
| <b>I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน</b>                            |   |   |
| I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/<br>ผู้รับผลงาน | ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงาน<br>ข. บริการสุขภาพ  | ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น<br>ใหม่   |
| I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน                    | ก. ประسلบการณ์ของผู้ป่วย/<br>ผู้รับผลงาน<br>ข. การประเมินความพึงพอใจ<br>และความผูกพันของผู้ป่วย/<br>ผู้รับผลงาน | ก. การใช้ข้อมูลเพื่อจัดบริการ<br>และอำนวยความสะดวกแก่<br>ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน<br>ข. ความล้มเหลวที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/<br>ผู้รับผลงาน |
|   |   | I-3.1 เสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน<br>ข. การประเมินความพึงพอใจ<br>และความผูกพันของผู้ป่วย/<br>ผู้รับผลงานอื่น                          |

### ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ                                     | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5   | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4   |
|--|--|--|
| I-3.3 ลิทธิ์ผู้ป่วย  | ก. คำประการคลิทิลิป์วาย<br>ข. กระบวนการคุ้มครองลิทธิ์ผู้ป่วย<br>ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ | ก. คำประการคลิทิลิป์วาย<br>ข. กระบวนการคุ้มครองลิทธิ์ผู้ป่วย<br>ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ |
| I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้                                |  |  |
| I-4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร | ก. การวัดผลการดำเนินการ<br>ข. การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินการ                                     | ก. การวัดผลการดำเนินการ<br>ข. การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ                                       |
|  | ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ   | ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลงาน  |
| I-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้                                 | ก. ข้อมูลและสารสนเทศ<br>ข. ความรู้ขององค์กร  | ก. ข้อมูลและสารสนเทศ<br>ค. ความรู้ขององค์กร  |
| I-5 บุคลากร  |  |  |
| I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร  | ก. ขีดความสามารถ และความเพียงพอของบุคลากร  | ก. ขีดความสามารถ และความเพียงพอของกำลังคน  |

### ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5                               | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4  |
|--|--|---|
|  | ข. การสนับสนุนการทำงานและสวัสดิภาพของบุคลากร         | ข. บรรยายกาศการทำงานของกำลังคน  |
|  | ค. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร                    | ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน                                       |
|  | ง. ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร                    | ใหม่  |
| I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร             | ก. การประเมินความผูกพันของบุคลากร                    | ก. ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน                               |
|  | ข. วัฒนธรรมองค์กร                                    | ใหม่  |
|  | ค. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร        | ก. ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน<br>ข. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ |
| I-6 การปฏิบัติการ                      |  |   |
| I-6.1 กระบวนการทำงาน                   | ก. การออกแบบระบบบริการสุขภาพ และกระบวนการทำงาน       | ก. การออกแบบระบบบริการและกระบวนการ                                      |
|  | ข. การนำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติและปรับปรุงกระบวนการ | ข. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ  |

### ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5  | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4  |
|--|---|---|
|  | ค. การจัดการเครื่องข่ายอุปทาน   | ค. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน   |
|  | ง. การจัดการนวัตกรรม  | ง. การจัดการนวัตกรรม  |
|  | จ. การจัดการด้านการเรียน<br>การสอนและการฝึกอบรม<br>ทางคลินิก          | จ. การจัดการด้านการเรียน<br>การสอนทางคลินิก   |
| I-6.2 ประสิทธิผลของการปฏิบัติการ       | ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผล<br>ของกระบวนการ                           | ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผล<br>ของกระบวนการ   |
|  | ข. การจัดการระบบสารสนเทศ  | I-4.2 การจัดการความรู้และ<br>สารสนเทศ<br>ข. การจัดการระบบสารสนเทศ   |
|  | ค. การเตรียมพร้อมด้านความ<br>ปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติ<br>และภาวะฉุกเฉิน | ข. การเตรียมพร้อมด้านความ<br>ปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน<br>II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ<br>และความปลอดภัย<br>ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน |

### ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ                   | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5   | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4   |
|--|--|--|
| <b>ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล</b>                |  |  |
| <b>II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย</b> |  |  |
| II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ                                | ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ<br>ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย                                      | ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ<br>ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย                                      |
| II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง                              | ก. ข้อกำหนดทั่วไป<br>ข. ข้อกำหนดจำเพาะ   | ก. ข้อกำหนดทั่วไป<br>ข. ข้อกำหนดจำเพาะ   |
| <b>II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ</b>                      |  |  |
| II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล                  | ก. การบริหารการพยาบาล<br>ข. การปฏิบัติการพยาบาล  | ก. การบริหารการพยาบาล<br>ข. ปฏิบัติการพยาบาล   |
| II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์                   | การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์  | การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์  |
| <b>II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน</b>      |  |  |
| II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย                | ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ<br>ข. วัสดุและของเลี้ยงอันตราย<br>ค. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย | ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ<br>ข. วัสดุและของเลี้ยงอันตราย<br>ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย |
| II-3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค                      | ก. เครื่องมือ<br>ข. ระบบสาธารณูปโภค  | ก. เครื่องมือ<br>ข. ระบบสาธารณูปโภค  |

### ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ                               | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5   | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4   |
|--|--|--|
| II-3.3 ลิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพัฒนา<br>ลิ่งแวดล้อม | ก. การสร้างเสริมสุขภาพ<br>ข. การพัฒนาลิ่งแวดล้อม   | ก. การสร้างเสริมสุขภาพ<br>ข. การพัฒนาลิ่งแวดล้อม                                     |
| <b>II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</b>                           |  |  |
| II-4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ                            | ก. ระบบการป้องกันและควบคุม<br>การติดเชื้อ<br>ข. การเฝ้าระวังการติดเชื้อและ<br>ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ | ก. ระบบการป้องกันและควบคุม<br>การติดเชื้อ<br>ข. การเฝ้าระวังและควบคุม<br>การติดเชื้อ |
| II-4.2 การปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ                          | ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป<br>ข. การป้องกันการติดเชื้อ<br>ในกลุ่ม <b>จำเพาะ</b>                    | ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป<br>ข. การป้องกันการติดเชื้อ<br>ในกลุ่มเฉพาะ           |
| <b>II-5 ระบบเวชระเบียน</b>   |  |  |
| II-5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน  | ก. การวางแผนและออกแบบระบบ<br>ข. การรักษาความปลอดภัยและ<br>ความลับ                                      | ก. การวางแผนและออกแบบระบบ<br>ข. การรักษาความปลอดภัยและ<br>ความลับ                    |
| II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย   | เวชระเบียนผู้ป่วย  | เวชระเบียนผู้ป่วย  |

### ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ                             | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5   | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4  |
|--|--|---|
| <b>II-6 ระบบการจัดการด้านยา</b>                                    |  |   |
| II-6.1 การกำกับดูแลและส่งเวดล้อมลันบลน្តុ                          | ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา<br>ខ. สิ่งเวดล้อมลันบลន្តុ<br>គ. การจัดทำและเก็บรักษา                   | ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา<br>ខ. สิ่งเวดล้อมลันบลន្តុ<br>គ. การจัดทำและเก็บรักษา                |
| II-6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา  | ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง<br>ខ. การเตรียม การเขียนฉลาก การจัดจ่าย และการส่งมอบยา<br>គ. การบริหารยา | ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง<br>ខ. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา<br>គ. การบริหารยา       |
| <b>II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง</b> |  |   |
| II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์                             | ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ<br>ข. การให้บริการรังสีวิทยา<br>គ. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย    | ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ<br>ข. การให้บริการรังสีวิทยา<br>គ. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย |
| II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก            | ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ   | ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ  |

### ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ                                  | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5   | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4                            |
|---|--|---|
|   | ข. การให้บริการ  | ข. การให้บริการ                                   |
|   | ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย                                       | ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย                  |
| II-7.3 พยาธิวิทยาการวิภาวดี, เชลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์ และนิติเวชคลินิก | พยาธิวิทยาการวิภาวดี,<br>เชลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และ<br>นิติเวชคลินิก | พยาธิวิทยาการวิภาวดี                              |
| II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิตดิบ                                  | ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิตดิบ  | ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิตดิบ                   |
| II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยยื่นๆ  | บริการตรวจวินิจฉัยยื่นๆ  | บริการตรวจวินิจฉัยยื่นๆ                           |
| II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ  |  |   |
|   | ก. การบริหารจัดการและ<br>ทรัพยากร                                      | ก. การบริหารจัดการและ<br>ทรัพยากร                 |
|   | ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล<br>เพื่อการเฝ้าระวัง                      | ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล<br>เพื่อการเฝ้าระวัง |
|   | ค. การตอบสนองต่อการระบาด<br>ของโรคและภัยสุขภาพ                         | ค. การตอบสนองต่อการระบาด<br>ของโรคและภัยสุขภาพ    |
|   | ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร<br>และเตือนภัย                              | ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร<br>และเตือนภัย         |

### ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ         | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5                  | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4                  |
|--|---|---|
| <b>II-9 การทำงานกับชุมชน</b>                   |   |   |
| II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน | การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน | การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน |
| II-9.2 การเสริมพลังชุมชน                       | การเสริมพลังชุมชน                       | การเสริมพลังชุมชน                       |
| <b>ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย</b>         |   |   |
| <b>III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ</b>        |   |   |
| ก. การจัดบริการ                                | การเข้าถึงและเข้ารับบริการ              |   |
| ข. การเข้าถึง                                  | การเข้าถึงและเข้ารับบริการ              |   |
| ค. การเข้ารับบริการ                            | การเข้าถึงและเข้ารับบริการ              |   |
| <b>III-2 การประเมินผู้ป่วย</b>                 |   |   |
| ก. การประเมินผู้ป่วย                           | ก. การประเมินผู้ป่วย                    |   |
| ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค               | ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค        |   |
| ค. การวินิจฉัยโรค                              | ค. การวินิจฉัยโรค                       |   |
| <b>III-3 การวางแผน</b>                         |   |   |
| III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย                | การวางแผนการดูแลผู้ป่วย                 | การวางแผนการดูแลผู้ป่วย                 |
| III-3.2 การวางแผนจำหน่าย                       | การวางแผนจำหน่าย                        | การวางแผนจำหน่าย                        |

### ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ                         | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5  | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4   |
|--|---|--|
| <b>III-4 การดูแลผู้ป่วย</b>                                    |   |  |
| <b>III-4.1 การดูแลทั่วไป</b>                                   | การดูแลทั่วไป   | การดูแลทั่วไป  |
| <b>III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง</b> | การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง   | การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง  |
| <b>III-4.3 การดูแลเฉพาะ</b>                                    | ก. การระงับความรู้สึก<br>ข. การผ่าตัด<br>ค. อาหารและโภชนาบำบัด<br>ง. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประครอง<br>จ. การจัดการความปวด<br>ฉ. การพัฒนาสภาพและสมรรถภาพ | ก. การระงับความรู้สึก<br>ข. การผ่าตัด<br>ค. อาหารและโภชนาบำบัด<br>ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย<br>จ. การจัดการความปวด<br>ฉ. การพัฒนาสภาพ |
|  | ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง<br>ช. การแพทย์แผนไทย<br>ณ. การแพทย์ทางไกล<br>ญ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน   | ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง<br>ใหม่<br>ใหม่<br>ใหม่   |

### ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ               | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5                             | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4                              |
|--|--|---|
| III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว | การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง<br>แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว | การให้ข้อมูลและเสริมพลัง<br>แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว     |
| III-6 การดูแลต่อเนื่อง                               | ก. การจำหน่าย การติดตาม<br>และการดูแลตามนัด        | การดูแลต่อเนื่อง                                    |
|  | ข. การส่งต่อผู้ป่วย                                | การดูแลต่อเนื่อง                                    |
|  | ค. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย                           | การดูแลต่อเนื่อง                                    |
| <b>ตอนที่ IV ผลลัพธ์</b>                             |  |   |
| IV-1   | IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ                           | IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ                            |
| IV-2   | IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย<br>และผู้รับผลงาน    | IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย<br>และผู้รับผลงานอื่น |
| IV-3   | IV-3 ผลด้านบุคลากร                                 | IV-3 ผลด้านกำลังคน                                  |
| IV-4   | IV-4 ผลด้านการนำ <b>และการ<br/>กำกับดูแล</b>       | IV-4 ผลด้านการนำ                                    |
| IV-5   | IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของ<br>กระบวนการทำงานสำคัญ    | IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของ<br>กระบวนการทำงานสำคัญ     |
| IV-6   | IV-6 ผลด้านการเงิน                                 | IV-6 ผลด้านการเงิน                                  |



## จุดเด่นในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

1. การพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมที่กว้างขวาง ครอบคลุมทั้งภาควิชาการและผู้ใช้มาตรฐาน ประกอบด้วย องค์กรด้านสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้เยี่ยมสำรวจ โรงพยาบาล และประชาชน
2. การนำมาตรฐานต่างประเทศและหลักการพัฒนามาตรฐานขององค์กรในระดับสากล The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (ISQua EEA) มาเป็นแนวทางการพัฒนามาตรฐานอย่างเป็นรูปธรรม
3. การบูรณาการบทเรียนและประสบการณ์ของโรงพยาบาลในการตอบสนองในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และวิถีหรือแนวปฏิบัติใหม่ๆ (new normal) ที่โรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยน
4. การคาดการณ์แนวโน้มการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพและการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อขึ้นนำและส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
5. การบูรณาการเอกสารสำคัญของไทย เช่น การทำงานด้านสุขภาพด้วยจิตวิญญาณ (SHA) การแพทย์แผนไทย การสร้างเสริมสุขภาพ การรณรงค์ลดการสูบบุหรี่
6. การเรียนรู้เรียนเกณฑ์มาตรฐานให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นเพื่อนำไปใช้ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเป็นหลัก ไม่ใช่เพียงเพื่อการประเมินรับรอง

คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ISBN 978-616-8024-43-0



9 786168 024430  
ราคา 500 บาท