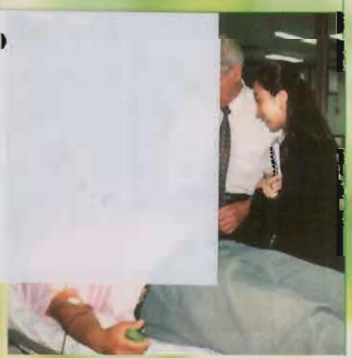
คู่มือ วางแผนพัฒนาตามมาตรฐาน HA

การประเมินตนเองในขั้นตอนการวางแผน



X150
81ค
545

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

b3518

ห้องสมุด ๑๐๐ ปี เสม พริ้งพวงแก้ว

เลขหมู่ .....
เลขทะเบียน ๐๐๐๒๐๔๗
วันที่ .....

คู่มือ วางแผนพัฒนาตามมาตรฐาน HA

การประเมินตนเองในขั้นตอนการวางแผน

ใช้สำหรับการทำงานของโรงพยาบาล

ไม่ต้องส่งให้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

WX 150 ส181ค 2545

BK0000002361

คู่มือวางแผนพัฒนาตามมาตรฐาน HA ก...

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มกราคม 2545

คู่มือวางแผนพัฒนาตามมาตรฐาน HA
โดย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

จัดพิมพ์โดย
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)
ชั้น 2 อาคารกรมการแพทย์ 6 กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี
โทรศัพท์ 0-2589-0023-4 โทรสาร 0-2951-0238
www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ
ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: มกราคม 2545
10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
คู่มือวางแผนพัฒนาตามมาตรฐาน HA.--นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545.
48 หน้า.
1. โรงพยาบาล--การบริหาร. I. ชื่อเรื่อง.
362.11068
ISBN 974-294-415-6

ออกแบบ, ภาพประกอบ: Desire CRM
พิมพ์ที่: บริษัท ดีไซร์ จำกัด

คำนำ

มาตรฐานHAเป็นเครื่องชี้นำทิศทางการพัฒนาไปสู่โรงพยาบาลคุณภาพ ซึ่งโรงพยาบาลและผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) จะใช้ร่วมกัน กล่าวคือ โรงพยาบาลใช้เพื่อการวางแผนพัฒนา เพื่อการประเมินและบันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา สถาบันฯ ใช้ในการประเมินเพื่อให้การรับรองโรงพยาบาล

เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นไปอย่างกว้างขวาง ตอบสนองต่อนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทางสถาบันฯ ได้กำหนดบันไดสามขั้นสู่ HA ไว้ดังนี้ บันไดขั้นที่ 1 การทบทวน แก้ไข ป้องกันปัญหา บันไดขั้นที่ 2 การประกันคุณภาพและพัฒนาต่อเนื่อง บันไดขั้นที่ 3 ปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA ครบถ้วนและได้รับ Hospital Accreditation (HA) โรงพยาบาลที่ได้พัฒนามาจนมีความพร้อมแล้ว สามารถขอการรับรอง HA ได้โดยไม่ต้องย้อนกลับไปเริ่มต้นจากบันไดขั้นที่ 1

คู่มือวางแผนพัฒนาตามมาตรฐาน HA ฉบับนี้ ออกแบบสำหรับโรงพยาบาลที่ต้องการใช้มาตรฐาน HA เพื่อตรวจสอบตนเองและวางแผนสู่บันไดขั้นที่ 3 คือการปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA ครบถ้วน เนื้อหาและความมุ่งหมายของคู่มือนี้เทียบได้กับแบบประเมินตนเอง (พ.ศ. 2542) ข้อ ก. แต่ทำให้ง่ายขึ้นด้วยการนำหัวข้อมาตรฐานมาใส่ไว้ในตารางเพื่อพิจารณาว่าในประเด็นนั้นสมควรมีการพัฒนาเพิ่มเติมอย่างไร อย่างไรก็ตาม หากอ่านหัวข้อแล้วยังไม่เข้าใจ ก็จำเป็นต้องศึกษารายละเอียดในมาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการควบคู่ไปด้วย (การที่มิได้นำรายละเอียดทั้งหมดเข้ามาใส่ไว้ เพื่อให้มองเห็นภาพรวมโดยไม่ต้องใช้เวลามาก)

การแยกเป็นประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งสามารถทำได้ง่าย และประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งมีความซับซ้อนหรือยากลำบาก ก็เพื่อให้โรงพยาบาลจัดสรรเวลา ความพยายาม และลำดับขั้นของการดำเนินการอย่างเหมาะสม

ในการใช้มาตรฐานและคู่มือวางแผนพัฒนานี้ ควรตระหนักว่าไม่พึงยึดติดตามตัวอักษรเท่านั้น แต่ควรตั้งคำถามตลอดเวลาว่าข้อกำหนดเหล่านั้นจะนำไปสู่คุณภาพในการทำงานและคุณภาพที่ผู้รับบริการจะได้รับอย่างไร และไม่ควรพอใจเพียงเพราะตอบได้ว่าเรามีแล้ว ควรพิจารณาว่าจะทำให้สิ่งที่มีอยู่แล้วนั้น มีคุณภาพเพิ่มขึ้นได้อย่างไร

ในแต่ละบทได้แนะนำทีมงานที่ควรรับผิดชอบไว้ ซึ่งทีมงานดังกล่าวควรจะเข้าเยี่ยมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและพูดคุยกับผู้รับผิดชอบ เพื่อรับรู้สถานการณ์และความต้องการที่แท้จริง

คู่มือฉบับนี้เป็นสิ่งที่ใช้ภายในของโรงพยาบาล ไม่ใช่เอกสารที่จะต้องส่งให้สถาบันฯ เมื่อจะขอการรับรอง การจะใช้หรือไม่ใช้คู่มือฉบับนี้อยู่ในดุลยพินิจของผู้รับผิดชอบของโรงพยาบาล ข้อมูลที่จะต้องส่งให้แก่สถาบันฯ คือแบบประเมินตนเองซึ่งระบุรายละเอียดของการปฏิบัติตามมาตรฐานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

เพื่อความสะดวกในการใช้งานและมีเนื้อที่สำหรับเขียนแผน (แนวทางดำเนินการ ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลา) ได้เพียงพอ สถาบันฯ ขอแนะนำให้โรงพยาบาลที่ต้องการใช้คู่มือนี้ download แฟ้มข้อมูลจาก http://www.ha.or.th

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มกราคม 2545

สารบัญ

บทที่ 1	การนำองค์กร	1
บทที่ 2	ทิศทางนโยบาย	5
บทที่ 3	การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ	8
บทที่ 4	การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล	10
บทที่ 5	การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	14
บทที่ 6	เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ	17
บทที่ 7	ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	19
บทที่ 8	กระบวนการคุณภาพทั่วไป	22
บทที่ 9	กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ	26
บทที่ 10	การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	27
บทที่ 11	องค์กรแพทย์	30
บทที่ 12	การบริหารการพยาบาล	33
บทที่ 13	สิทธิผู้ป่วย	38
บทที่ 14	จริยธรรมองค์กร	40
บทที่ 15	การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย	41
บทที่ 16	การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว	42
บทที่ 17	การประเมินและวางแผนดูแลรักษา	43
บทที่ 18	กระบวนการให้บริการ/ดูแลรักษาผู้ป่วย	44
บทที่ 19	การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย	46
บทที่ 20	การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	48

การนำองค์กร[1]

ประเด็น	OK[2]	P1[3]	P2[4]	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
GOV.1 โรงพยาบาลมีองค์กรบริหารสูงสุด ทำหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ โดยการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล ดูแลการบริหารจัดการการวางแผนและการติดตามผลการปฏิบัติงาน				
(1) มีบุคคลหรือกลุ่มบุคคลทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ดูแลการบริหาร วางแผน ติดตามผล (GOV.1.1)				
(2) องค์กรบริหารสูงสุดมีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ (GOV.1.2, GOV.1.9, GOV.1.10)				
(3) มีกลไกเพื่อให้มีการดูแลด้านนโยบายและการอำนวยการอย่างต่อเนื่อง (GOV.1.3, GOV.1.5)				

[1] ประเมินโดยทีมนำสูงสุดของโรงพยาบาล

[2] ประเด็นที่ทำได้ดีแล้ว

[3] ประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งสามารถทำได้ง่าย

[4] ประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งมีความซับซ้อนหรือยากลำบาก

ประเด็น	OK[2]	P1[3]	P2[4]	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(4) มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดทิศทางของโรงพยาบาล (GOV.1.4)				
(5) รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ (GOV.1.6, GOV.1.8, GOV.1.11)				
(6) รับผิดชอบด้านการจัดการทรัพยากร (GOV.1.7, GOV.1.12)				
LED.1 โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมในการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า				
(1) มีการศึกษาความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงานทั้งภายนอกและภายใน (LED.1.1)				
(2) แต่ละหน่วยงานมีการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอย่างเหมาะสม (LED.1.2)				
(3) ทีมผู้บริหารทุกระดับใช้ภาวะผู้นำในการสนับสนุน/ติดตาม/ให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดการปรับปรุงระบบงานและพัฒนาสมรรถนะในการทำงานอย่างต่อเนื่อง (LED.1.3)				

ประเด็น	OK[2]	P1[3]	P2[4]	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(4) มีความเคารพในสิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร (LED.1.4)				
LED.4 ผู้นำของโรงพยาบาลให้การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ				
(1) ผู้นำผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ กำหนดความคาดหวัง/จัดทำแผน/อำนวยการ (LED.4.1) กำหนดประเด็นสำคัญและควบคุมกำกับ (LED.4.5) ทำแผน (LED.4.6) ประเมิน (LED.4.8)				
(2) มีกระบวนการในการประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งโรงพยาบาล (LED.4.2)				
(3) ผู้นำของโรงพยาบาลร่วมกิจกรรมเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ (LED.4.3)				
(4) ผู้นำของโรงพยาบาลสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (LED.4.4) จัดสรรทรัพยากรสนับสนุน (LED.4.7)				

ประเด็น	OK[2]	P1[3]	P2[4]	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
GEN.2 แต่ละหน่วยงานมีการจัดองค์กรและการบริหารในลักษณะที่เอื้อต่อการให้บริการผู้ป่วยตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ				
(1) โครงสร้างองค์กรชัดเจนและเหมาะสม (GEN.2.1)				
(2) หัวหน้าหน่วยงานมีคุณสมบัติเหมาะสม (GEN.2.2)				
(3) กำหนดคุณลักษณะเฉพาะตำแหน่งชัดเจน (GEN.2.3)				
(4) กลไกการสื่อสาร/ประสานงาน/แก้ปัญหามีประสิทธิภาพ (GEN.2.4)				
(5) มีกลไกที่เอื้ออำนวยให้หน่วยงานต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจ และกำหนดนโยบายของโรงพยาบาลในภาพรวม (GEN.2.5)				

ทิศทางนโยบาย[5]

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
GOV.2 โรงพยาบาลมีพันธกิจ วิสัยทัศน์ และปรัชญา ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล				
LED.2 มีการนำพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล มากำหนดแผนงานและนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วย				
GEN.1 มีการกำหนดความมุ่งหมาย /เจตจำนง ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการหรือของหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน				
(1) มีเป้าหมายร่วม[6] ของโรงพยาบาล (GOV.2.1)				
(2) วิธีการกำหนดเป้าหมายร่วมของโรงพยาบาล เป็นความร่วมมือระหว่างองค์กรบริหารสูงสุด ทีมผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน (GOV.2.1)				

5 ประเมินโดยทีมนำสูงสุดของโรงพยาบาล

6 เป้าหมายร่วม หมายถึง พันธกิจ (หน้าที่และเหตุผลที่ต้องมีองค์กร) วิสัยทัศน์ (ภาพอนาคตที่ต้องการเห็น)

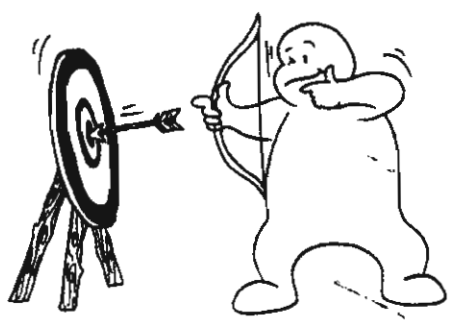
ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(3) ความมุ่งหมาย/เจตจำนง[7] ขอบเขตบริการของหน่วยงาน สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล (GEN.1.1)				
(4) แผนยุทธศาสตร์/แผนพัฒนาโรงพยาบาล สอดคล้องกับพันธกิจ วิสัยทัศน์ (GOV.2.3)				
(5) หน่วยงานมีเป้าหมาย[8] และแผนปฏิบัติการ[9] ที่ชัดเจน (GEN.1.2), แผนงานสอดคล้องกับพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล (LED.2.1)				
(6) เจ้าหน้าที่รับทราบและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนต่อการบรรลุเป้าหมาย (GOV.2.2)				
GOV.3 โรงพยาบาลมีธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง และนโยบายเป็นเครื่องกำหนดทิศทางและวิธีการทำงาน				
(1) มีธรรมนูญโรงพยาบาล (GOV.3.1)				

7 ความมุ่งหมาย/เจตจำนง (purpose) คือ หน้าที่และเหตุผลที่ต้องมีหน่วยงานนั้น

8 เป้าหมาย (goals) คือผลลัพธ์ของบริการอันเนื่องมาจากหน้าที่หลักซึ่งกล่าวอย่างกว้างๆ เช่น "ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย"

9 แผนปฏิบัติการในที่นี้เน้นแผนเพื่อการพัฒนา ซึ่งระบุวัตถุประสงค์ที่สามารถวัดได้และเป็นไปได้

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(2) มีกฎระเบียบ ข้อตกลง หรือ นโยบาย เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของตน และปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน (GOV.3.2)				
(3) มีกลไกเพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง หรือ นโยบายที่กำหนดไว้ (GOV.3.3)				



การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ[10]

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
LED.5 มีกระบวนการในการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ				
(1) มีการจัดทำแผนงบประมาณประจำปี แผนการลงทุนระยะยาว (LED.2.5)				
(2) มีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อจัดบริการโดยคำนึงถึงสถานะทางการเงิน ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์ที่คาดหวัง (LED.5.1)				
(3) มีการพิทักษ์คุ้มครองทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการทั้งด้านกายภาพและบุคคล (LED.5.2)				
(4) มีระบบบริหารการเงินที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ (LED.5.3)				
LED.3 มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดีในการให้บริการผู้ป่วย				

[10] ประเมินโดยทีมนำสูงสุดของโรงพยาบาล

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(1) มีการกำหนดบทบาท เป้าหมาย และความสัมพันธ์ของหน่วยงานต่างๆ ไว้ในแผนของโรงพยาบาล (LED.3.1)				
(2) มีการวางแผนเพื่อจัดบริการให้เหมาะสมกับปัญหาและความจำเป็นของผู้ป่วยในพื้นที่ (LED.2.3)				
(3) มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความร่วมมือและการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน (LED.3.2)				
(4) มีกลไกการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (GEN.2.4)				
(5) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติของแต่ละหน่วยงานให้สอดคล้องกัน (LED.3.3)				
(6) หัวหน้าหน่วยงานทุกคนเข้าใจและร่วมพัฒนาคุณภาพงานบริการระหว่างหน่วยงาน (LED.3.4)				

การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล[11]

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
HUM.1 มีการวางแผนทรัพยากรบุคคลสอดคล้องกับพันธกิจ แผนยุทธศาสตร์ โครงสร้างองค์กร และทรัพยากรของโรงพยาบาล				
(1) มีนโยบายด้านทรัพยากรบุคคลซึ่งได้รับการรับรองจากองค์กรบริหารสูงสุด (HUM.1.1)				
(2) มีผู้บริหารระดับสูงรับผิดชอบการบริหารทรัพยากรบุคคล ในด้านการวางแผน การดำเนินการและการประเมินผล (HUM.1.2)				
(3) มีการจัดทำแผนทรัพยากรบุคคลเป็นลายลักษณ์อักษร (HUM.1.3)				
(4) มีการกำหนดคุณสมบัติ และความรู้ความสามารถเฉพาะตำแหน่ง (HUM.1.4)				
HUM.2 มีกระบวนการสรรหาและคัดเลือกเพื่อให้ได้เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้				

[11] ประเมินโดยทีมซึ่งทีมนำสูงสุดของโรงพยาบาลมอบหมายให้ดูแลเรื่องการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(1) มีวิธีปฏิบัติในการสรรหาและคัดเลือกเจ้าหน้าที่ (HUM.2.1)				
(2) มีการจัดทำหนังสือสัญญาจ้างเป็นลายลักษณ์อักษร (HUM.2.2)				
(3) มีการจัดทำทะเบียนประวัติเจ้าหน้าที่ (HUM.2.3)				
GEN.3 การจัดการทรัพยากรบุคคลมีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ				
(1ก) มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ (GEN.3.1.1)				
(1ข) มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบกับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ (GEN.3.1.2)				
(2) มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ (GEN.3.2, HUM.3.6)				
(3) เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง หรือนักเรียนฝึกงาน ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล (GEN.3.3)				

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
HUM.3/GEN.4 มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ				
(1) มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HUM.3.1, GEN.4.1)				
(2) มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน (HUM.3.2, GEN.4.2)				
(3) เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ (HUM.3.3, GEN.4.3)				
(4) มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ (HUM.3.4, GEN.4.4)				
(5) มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HUM.3.5, GEN.4.5)				

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
HUM.5 มีการตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ในด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล อย่างสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และปรัชญาของโรงพยาบาล				
(1) การศึกษาความต้องการและประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่				
(2) การตอบสนองต่อความต้องการของเจ้าหน้าที่อย่างเหมาะสม				

การบริหารสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย[12]

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
ENV.1 โรงพยาบาลมีโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างได้ผล มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวกสบาย และเป็นที่พึงพอใจ				
(1) โครงสร้างกายภาพ มีความเหมาะสม-ปลอดภัย (ENV.1.1, GEN.6)				
(2) มีสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ENV.1.6)				
(3) มีระบบการสนับสนุนฉุกเฉินที่จำเป็น (ENV.1.7)				
(4) มีระบบการสื่อสารและขนส่งที่สามารถใช้การได้ตลอดเวลา (ENV.1.8)				

[12] ประเมินโดยทีมซึ่งทีมนำสูงสุดของโรงพยาบาลมอบหมายให้ดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(5) มีระบบการจัดการเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ (ENV.1.2, ENV.1.3, ENV.1.4, ENV.1.5, ENV.1.9, ENV.1.10, ENV.1.11)				
ENV.2 มีการกำจัดของเสียด้วยวิธีการที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อม				
(1) มีระบบการกำจัดของเสียที่มีประสิทธิภาพ (ENV.2.1, ENV.2.2, ENV.2.3, ENV.2.5, ENV.2.6)				
(2) มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ (ENV.2.3)				
(3) มีระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ (ENV.2.3)				
ENV.3 โรงพยาบาลได้รับการก่อสร้าง จัดเตรียมเครื่องมือ ดำเนินงาน บำรุงรักษา เพื่อป้องกันอันตราย/ความเสียหายจากอัคคีภัย				
(1) โรงพยาบาลมีโครงสร้างที่เอื้อต่อการป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย (ENV.3.3, ENV.3.6, ENV.3.7)				

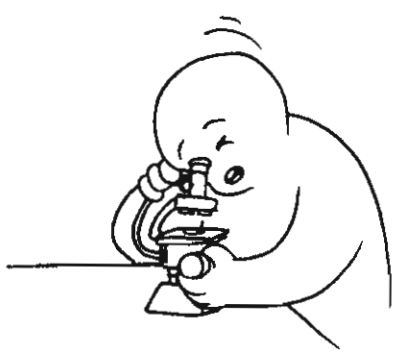
ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(2) มีนโยบายและผู้รับผิดชอบในการป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย (ENV.3.1, ENV.3.2)				
(3) มีการตรวจสอบและปรับปรุงเพื่อป้องกันอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ (ENV.3.4)				
(4) มีเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัยที่เหมาะสม (ENV.3.5)				
(5) มีการฝึกซ้อมวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ (ENV.3.8)				
ENV.4 มีการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่				
(1) การจัดการทั่วไปด้านความปลอดภัย (ENV.4.1, ENV.4.5, ENV.4.6)				
(2) มีการวางแผนและดำเนินงานด้านความปลอดภัยอย่างเหมาะสม (ENV.4.3)				
(3) มีบริการอาชีวอนามัยให้เจ้าหน้าที่ (ENV.4.4)				

เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ[13]

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
GEN.7 มีเครื่องมือ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ				
(1) มีหลักเกณฑ์ และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ (GEN.7.1)				
(2) มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน (GEN.7.2)				
(3) ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี (GEN.7.3)				
(4) มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมที่จะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา (GEN.7.4)				

[13] ประเมินโดยทีมซึ่งทีมนำสูงสุดของโรงพยาบาลมอบหมายให้ดูแลเรื่องเครื่องมือ

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(5) มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ (GEN.7.5)				
(6) มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา (GEN.7.6)				



ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล[14]

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
IM.1 มีการวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศที่เหมาะสม และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้				
(1) มีการวางแผนการใช้สารสนเทศในการดูแลรักษาผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพ การบริหาร การศึกษา หรือการวิจัย (IM.1.1)				
(2) มีการออกแบบระบบสารสนเทศให้สอดคล้องกับเป้าหมายของแผน (IM.1.2)				
(3) มีการออกแบบระบบสารสนเทศโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (IM.1.3)				
(4) บุคคลที่เกี่ยวข้องมีส่วนให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศ (IM.1.4)				
(5) มีการจัดทำและทบทวนมาตรฐานและวิธีการบริหารระบบสารสนเทศ (IM.1.5)				

[14] ประเมินโดยทีมซึ่งทีมนำสูงสุดของโรงพยาบาลมอบหมายให้ดูแลเรื่องระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
IM.2 มีการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพ				
(1) มีการเชื่อมโยงข้อมูล/สารสนเทศจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อประสิทธิภาพของการกระจายข้อมูล/สารสนเทศ หรือ เพื่อลดความขัดแย้งกันของข้อมูลอันเกิดขึ้นจากความหลากหลายของฐานข้อมูล (IM.2.1)				
(2) มีการสังเคราะห์ แปลผลข้อมูล/สารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพ และการรายงานต่อส่วนราชการ (IM.2.2)				
(3) มีการกระจายข้อมูลและสารสนเทศที่เหมาะสมแก่ผู้ใช้อย่างถูกต้อง ทันเวลา โดยมีรูปแบบและวิธีการที่เป็นมาตรฐานและง่ายต่อการใช้ (IM.2.3)				
(4) มีการสนับสนุนทางเทคนิค โดยให้คำปรึกษา และ/หรือให้ความรู้/ฝึกอบรม แก่ผู้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศตามความเหมาะสม (IM.2.4)				

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
IM.3 บริการเวชระเบียน				
(1) มีระบบดัชนีและระบบการจัดเก็บซึ่งเอื้อต่อการค้นหาเวชระเบียนได้อย่างรวดเร็วทันความต้องการของผู้ใช้ (IM.3.1)				
(2) มีบริการค้นหาเวชระเบียนตลอด 24 ชั่วโมง (IM.3.2)				
(3) เวชระเบียนผู้ป่วยในทุกฉบับได้รับการบันทึกรหัสและทำดัชนีภายในเวลาที่กำหนดไว้ (IM.3.3)				
(4) มีระบบบันทึกเพื่อให้สามารถสืบหาเวชระเบียนที่ถูกยืมออกไปจากหน่วยงานได้ (IM.3.4)				

กระบวนการคุณภาพทั่วไป[15]

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
GEN.9 มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานหรือบริการ โดยการทำงานเป็นทีมและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง				
การวางระบบงาน				
(1) มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับภายในหน่วยงาน (GEN.9.1)				
(2) การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย หรือบุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (GEN.9.2.1)				
(3) มีกฎระเบียบ และนโยบายที่จำเป็นสำหรับการจัดบริการที่มีคุณภาพ (GOV.3.2)				

[15] ประเมินโดยคณะกรรมการหรือทีมงานที่ทำหน้าที่วางแผน ประสานงาน และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(4) มีคู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานเพียงพอสำหรับการจัดบริการที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล (GEN.5.2)				
(5) มีกระบวนการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบงานที่ต้องมีการประสานระหว่างหน่วยงาน (GEN.5.1)				
(6) เจ้าหน้าที่ รับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน (GEN.5.3)				
(7) มีการประเมินคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน (GEN.5.4)				
การวัดผลและการวิเคราะห์				
(1) มีการติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ (GEN.9.2.2)				
การแก้ไข ป้องกัน ปรับปรุง				
(1) มีการเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง (GEN.9.2.3)				

ประเด็น	OE	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(2) มีการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ (GEN.9.2.4)				
(3) การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และมีการเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ (GEN.9.2.5)				
(4) มีการติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (GEN.9.2.6)				
การบริหารความเสี่ยง				
(1) มีการประสานงานระหว่างโปรแกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง				
(2) มีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยง (Risk MIS)				
(3) มีการจัดการกับความสูญเสีย/ความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ				
(4) ทุกหน่วยงานวิเคราะห์ความเสี่ยงของตน				

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(5) มีการกำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม				
(6) มีการเฝ้าระวัง/ระบบรายงานอุบัติการณ์				

กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ[16]

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
GEN.9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ				
(1) มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล (GEN.9.3.1)				
(2) มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง (GEN.9.3.2)				

[16] ประเมินโดยคณะกรรมการหรือทีมงานที่ทำหน้าที่วางแผน ประสานงาน และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล โดยอาศัยข้อมูลจากทีมงานด้านคลินิกบริการ

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล[17]

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
IC.1 มีการกำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน				
IC.2 มีการจัดองค์กรและการบริหารเอื้ออำนวยต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตามนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ				
IC.3 มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ				
IC.4 มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล				

[17] ประเมินโดยคณะกรรมการหรือทีมงานที่รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
IC.5 มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการที่ทันสมัย ให้เจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ				
IC.6 มีกระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ				
(1) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (IC.6.1)				
(2) มีการดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ (IC.6.2)				
(3) มีการเฝ้าระวัง/ป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ สารน้ำ และน้ำยาทำลายเชื้อ (IC.6.3)				
(4) มีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามหลัก Universal Precautions และ Isolation Precautions (IC.6.4)				
(5) มีการทำความสะอาดการทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อที่มีประสิทธิภาพ (IC.6.5)				
(6) มีการสอบสวนโรค เมื่อพบแนวโน้มของการระบาด หรือเมื่อมีการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.6.6)				

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
IC.7 มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล				

องค์กรแพทย์[18]

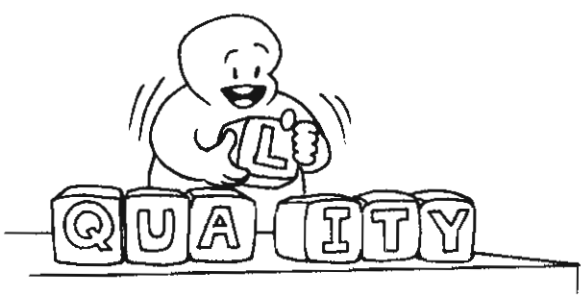
ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
MED.1 มีการกำหนดความมุ่งหมาย /เจตจำนง ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล และของหน่วยให้บริการทางการแพทย์แต่ละสาขา เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน				
MED.2 มีการจัดองค์กรและการบริหารเพื่อจัดให้มีบริการทางการแพทย์ ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ				
(1) มีการจัดองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของวิชาชีพแพทย์ (MED.2.1)				
(2) มีการจัดองค์กรเป็นภาควิชา/กลุ่มงาน/ฝ่าย/แผนก/หน่วย เพื่อให้บริการทางการแพทย์ตามลักษณะและปริมาณงาน (MED.2.2)				

[18] ประเมินโดยคณะกรรมการองค์กรแพทย์หรือตัวแทนของคณะแพทย์ในชื่อเรียกอื่นๆ

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(3) มีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการ[19] (MED.2.3)				
(4) มีกลไกให้แพทย์มีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบายที่เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ (MED.2.4)				
MED.3 มีการคัดเลือก การกำหนดสิทธิการดูแลผู้ป่วย การจัดอัตรากำลัง และการดูแลการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้แพทย์ที่มีความรู้ ทักษะ และจำนวนที่เหมาะสมกับภาระงาน				
MED.4 มีการเตรียมความพร้อม การพัฒนา และการฝึกอบรมให้กับแพทย์ เพื่อส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของแพทย์แต่ละคน				

[19] ในประเด็นต่อไปนี้: จริยธรรม, credential, peer review, medical risk, การปรึกษาระหว่างแพทย์, การดูแลแพทย์ระหว่างฝึกอบรม, การส่งเสริมการพัฒนาความรู้, การสร้างเสริมสุขภาพ, IC, การใช้ยา, การบันทึกเวชระเบียน

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
MED.5 มีธรรมนูญ ข้อบังคับ นโยบายและวิธีปฏิบัติงานเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับพันธกิจของบริการทางการแพทย์/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และทุกคนยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ				
MED.6 แพทย์ทุกคนให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ และอยู่บนพื้นฐานของความรู้ที่ทันสมัย				
MED.7 มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ โดยการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับทิศทางการดำเนินงานของโรงพยาบาล และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง				



การบริหารการพยาบาล[20]

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
NUR.1 มีการกำหนดความมุ่งหมาย /เจตจำนง ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน				
NUR.2 มีการจัดองค์กรและการบริหารบริการพยาบาลซึ่งเอื้ออำนวยต่อพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ				
(1) มีโครงสร้างการบริหารการพยาบาลชัดเจนและเหมาะสม (NUR.2.1)				
(2) มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของกลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลชัดเจน (NUR.2.2)				
(3) มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับ (NUR.2.3)				

[20] ประเมินโดยกลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(4) ผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับมีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์เพียงพอ (NUR.2.4)				
(5) มีกลไกกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสาร และการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (NUR.2.5)				
NUR.3 มีการจัดการด้านทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการพยาบาลได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ				
(1) การจัดอัตรากำลังคนทางการพยาบาลของแต่ละหน่วยงานอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของผู้ป่วย ความซำนาญของกำลังคน ที่ตั้งของหน่วยงาน และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (NUR.3.1)				
(2) พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพเป็นอย่างดี				
(3) มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอโดยเน้นที่ผลการปฏิบัติเชิงบวกเพื่อก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (NUR.3.2)				

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(4) เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่ระบุไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งหรือนักเรียนฝึกงานปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ (NUR.3.3)				
NUR.4 มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่บริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ				
NUR.5 มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของบริการพยาบาลรวมทั้งกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ				
NUR.6 มีการบริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย				
(1) กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติ				

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(2) กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลสนับสนุนและประสานงานให้แต่ละหน่วยบริการในความรับผิดชอบ กำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติ ที่สอดคล้องกับมาตรฐานของวิชาชีพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ				
(3) กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลกำหนดเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลและเป้าหมายการพัฒนางานให้บรรลุเกณฑ์ชี้วัดในแต่ละปี				
(4) กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลสนับสนุน ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลแต่ละหน่วยบริการมีความรู้ ความสามารถและให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ				
(5) กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลกำหนดระบบการนิเทศ สอนงาน ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงาน				
(6) กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลตรวจสอบคุณภาพและเฝ้าระวังการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละหน่วยบริการพยาบาล				

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
NUR.7 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพมีกิจกรรมติดตามประเมินผลและพัฒนาคุณภาพของบริการพยาบาลโดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง				

สิทธิผู้ป่วย[21]

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
ETH.1 เจ้าหน้าที่ทุกคนของโรงพยาบาลตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้ป่วยทุกคน โดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา				
(1) มีหลักฐานว่าโรงพยาบาลตระหนักและตอบสนองต่อสิทธิของผู้ป่วย (ETH.1.1)				
(2) ผู้ป่วยรับรู้สิทธิของตนเอง (ETH.1.2)				
(3) มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย (ETH.1.3)				
(4) มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการยินยอมรับการรักษา (ETH.1.4)				
(5) มีกลไกที่ทำให้มั่นใจว่าผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีอำนาจในการตัดสินใจ (ETH.1.5)				

[21] ประเมินโดยตัวแทนของทีมงานด้านคลินิกบริการหรือทีมงานที่ได้รับมอบหมาย

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(6) มีกลไกเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน (ETH.1.6)				
ETH.2 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะ ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม				
(1) เด็กได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และได้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษตามความจำเป็น (ETH.2.1)				
(2) มีการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งครอบครัว (ETH.2.2)				
(3) มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก ผูกยึด หรือให้ยาฉุกเฉินอย่างเหมาะสม (ETH.2.3)				

จริยธรรมองค์กร[22]

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
ETH.3 มีนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับกรณีที่เสี่ยงต่อปัญหาจริยธรรม โดยไม่ขัดต่อกฎหมาย ขนบธรรมเนียมและประเพณีอันดีงามของสังคม				
(1) มีจริยธรรมในการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ และการยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย โดยไม่ขัดต่อกฎหมายและความเชื่อของสังคม (ETH.3.1)				
(2) มีจริยธรรมในเรื่องค่าบริการ (ETH.3.2)				
(3) มีจริยธรรมในการประชาสัมพันธ์ (ETH.3.3)				
(4) มีจริยธรรมในการรับ/ส่งต่อ/จำหน่ายผู้ป่วย (ETH.3.3)				
(5) มีจริยธรรมในการจัดหาอวัยวะและเนื้อเยื่อทดแทน (ETH.3.4)				
(6) มีกลไกช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่ประสบปัญหาด้านจริยธรรม (ETH.3.5)				

[22] ประเมินโดยตัวแทนของทีมงานด้านคลินิกบริการหรือทีมงานที่ได้รับมอบหมาย

การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย[23]

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
GEN.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ				
(1) มีการประเมินผู้ป่วยร่วมกันโดยสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง				
(2) มีการวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน				
(3) ระบบการปรึกษาทางการแพทย์มีความราบรื่นและตอบสนองปัญหาผู้ป่วย				
(4) มีความร่วมมือและประสานงานในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ญาติ				
(5) มีการสื่อสาร การประสานงาน การแก้ปัญหาระหว่างวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ				

[23] ประเมินโดยทีมงานด้านคลินิกบริการ อาจจะแยกประเมินตามสาขาสำหรับโรงพยาบาลใหญ่ หรือประเมินรวมกันสำหรับโรงพยาบาลเล็ก

การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว[24]

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
GEN.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา				
GEN.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้ให้บริการ				
(1) มีการจัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยที่เร่งด่วนได้อย่างทันเหตุการณ์				
(2) มีการให้ข้อมูลทั่วไปที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว				
(3) ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอย่างครบถ้วน				
(4) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่จำเป็น				
(5) มีการลงนามยินยอมรับการรักษาโดยผู้ป่วยหรือญาติหลังจากได้รับการอธิบาย				
(6) มีการระบุตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการตรวจรักษาผิดตัว				

[24] ประเมินโดยทีมงานด้านคลินิกบริการ อาจจะแยกประเมินตามสาขาสำหรับโรงพยาบาลใหญ่ หรือประเมินรวมกันสำหรับโรงพยาบาลเล็ก

การประเมินและวางแผนดูแลรักษา[25]

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
GEN.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย				
(1) มีการประเมินผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านประวัติ ตรวจร่างกาย ปัญหาด้านจิตใจ				
(2) ผู้ป่วยได้รับการตรวจ investigate ที่จำเป็นครบถ้วน ผลน่าเชื่อถือ ได้รับคำอธิบาย				
(3) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องในเวลาเร็วที่สุด				
(4) มีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งกำหนดเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน				
(5) ผู้ป่วยผ่าตัดได้รับการประเมิน วางแผน และเตรียมความพร้อม				
(6) มีการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยซ้ำเป็นระยะ				

[25] ประเมินโดยทีมงานด้านคลินิกบริการ อาจจะแยกประเมินตามสาขาสำหรับโรงพยาบาลใหญ่ หรือประเมินรวมกันสำหรับโรงพยาบาลเล็ก

กระบวนการให้บริการ/ดูแลรักษาผู้ป่วย[26]

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
GEN.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม				
(1) มีการตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงทีเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน				
(2) มีการจัดระบบเพื่อให้การดูแลที่ปลอดภัย				
(3) มีการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษาโดยบุคคลที่เหมาะสม				
(4) การดูแลรักษาเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพและแนวทางปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาล				
(5) มีการดูแลทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม				
(6) ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง				

[26] ประเมินโดยทีมงานด้านคลินิกบริการ อาจจะแยกประเมินตามสาขาสำหรับโรงพยาบาลใหญ่ หรือประเมินรวมกันสำหรับโรงพยาบาลเล็ก

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(7) มีการป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล				
(8) มีการประเมินผลการดูแลรักษาเป็นระยะ				

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย[27]

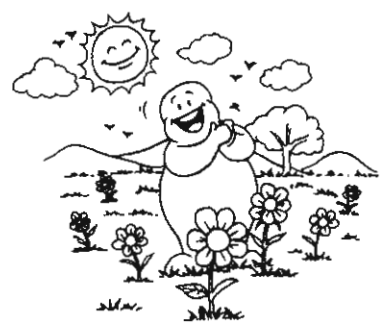
ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
IM.4.1 มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการของโรงพยาบาล โดยมีข้อมูลและรายละเอียดเพียงพอ				
GEN.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา				
(1) มีการกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง				
(2) มีการออกแบบบันทึกข้อมูลเพื่อลดความซ้ำซ้อน สะดวกต่อการเก็บข้อมูล				
(3) ข้อมูลมีรายละเอียดเพียงพอ				
● ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร				

[27] ประเมินโดยทีมงานด้านคลินิกบริการ อาจจะแยกประเมินตามสาขาสำหรับโรงพยาบาลใหญ่ หรือประเมินรวมกันสำหรับโรงพยาบาลเล็ก

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
• ทราบเหตุผลของการรับไว้นอนโรงพยาบาล				
• มีการวินิจฉัยโรคที่เหมาะสมและข้อมูลสนับสนุน				
• สามารถประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษาผู้ป่วยได้				
• ทราบผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย				
• เอื้ออำนวยต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ให้บริการ				
• สามารถให้รหัสโรคและหัตถการได้อย่างถูกต้อง				
(4) ข้อมูลสอดคล้องกับสิ่งที่ผู้ใช้ต้องการและเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนดไว้				
(5) มีการทบทวนความสมบูรณ์ถูกต้องเพื่อนำไปปรับปรุงการบันทึก				
IM.4.2 มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการบันทึกและการเก็บรายงานผลในเวชระเบียน				

การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง[28]

ประเด็น	OK	P1	P2	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
GEN.8.7 มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด				
(1) เริ่มต้นวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเร็วที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน				
(2) มีการประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง				



[28] ประเมินโดยทีมงานด้านคลินิกบริการ อาจจะแยกประเมินตามสาขาสำหรับโรงพยาบาลใหญ่ หรือประเมินรวมกันสำหรับโรงพยาบาลเล็ก

คู่มือวางแผนพัฒนาตามมาตรฐาน HA ฉบับนี้ ออกแบบสำหรับโรงพยาบาลที่ต้องการใช้มาตรฐาน HA เพื่อตรวจสอบตนเอง และวางแผนสู่บันไดขั้นที่ 3 คือ การปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA ครบถ้วน เนื้อหาและความมุ่งหมายของคู่มือนี้เทียบได้กับแบบประเมินตนเอง (พ.ศ. 2542) ข้อ ก. แต่ทำให้ง่ายขึ้นด้วยการนำหัวข้อมาตรฐานมาใส่ไว้ในตารางเพื่อพิจารณาว่าในประเด็นนั้นสมควรมีการพัฒนาเพิ่มเติมอย่างไร

การแยกเป็นประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งสามารถทำได้ง่าย และประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งมีความซับซ้อนหรือยากลำบาก ก็เพื่อให้โรงพยาบาลจัดสรรเวลา ความพยายาม และลำดับขั้นของการดำเนินการอย่างเหมาะสม

ในการใช้มาตรฐานและคู่มือวางแผนพัฒนานี้ ควรตระหนักว่าไม่พึงยึดติดตามตัวอักษรเท่านั้น แต่ควรตั้งคำถามตลอดเวลาว่าข้อกำหนดเหล่านั้นจะนำไปสู่คุณภาพในการทำงานและคุณภาพที่ผู้รับบริการจะได้รับอย่างไร และไม่ควรพอใจเพียงเพราะตอบได้ว่าเรามีแล้ว ควรพิจารณาว่าจะทำให้สิ่งที่มีอยู่แล้วนั้น มีคุณภาพเพิ่มขึ้นได้อย่างไร

ห้องสมุด ๑๐๐ ปี เสด็จ หริ่งพวงแก้ว
00002047

ISBN 974-294-415-6
9 789742 944155
ราคา 50 บาท