เกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)
ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ
ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองศิริราชสมบัติครบ 60 ปี
พร้อมคำถามเพื่อการหาโอกาสพัฒนาและประเมินผลสัมฤทธิ์

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
สิงหาคม 2557

คำนำ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) มีทิศทางการทำงานที่จะพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลไปสู่การประเมินในลักษณะของการเสริมพลัง (empowerment evaluation) เพื่อให้สถานพยาบาลมีความสามารถในการประเมินตนเองและเห็นโอกาสในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง ประกอบกับความตื่นตัวของสถานพยาบาลที่ต้องการต่อยอดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สรพ.จึงได้ให้มีการรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) ขึ้น โดยจัดทำเกณฑ์การประเมินที่ขยายความตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี โดยอาศัยแนวทางปฏิบัติในเอกสาร SPA, Patient Safety Goals (SIMPLE) ร่วมกับข้อกำหนดที่เป็นสากลต่างๆ เพื่อให้สถานพยาบาลประเมินการนำแนวทางนั้นไปปฏิบัติอย่างง่ายๆ

การประเมินขั้นก้าวหน้าจะมีสองส่วน คือการประเมิน compliance โดยสถานพยาบาลตาม extended evaluation guide ซึ่งประเมินง่ายๆ เป็นสามระดับ (N=not met, P=partially met, M=met) และการประเมิน achievement ของระบบงานโดยผู้เยี่ยมสำรวจ สำหรับเกณฑ์ที่อาจจะยากในการปฏิบัติได้กำหนดให้เป็นเกณฑ์ที่ไม่ต้องประเมิน compliance แต่สนับสนุนให้พยายามปฏิบัติ โดยจะระบายสีเทาไว้ที่ช่องประเมิน

สัญญลักษณ์ของสีพื้นที่เป็นสีฟ้า คือเกณฑ์ที่เป็นเกณฑ์เฉพาะของ HA เดิมและเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ สีพื้นที่เป็นสีส้มคือเกณฑ์ที่เป็นเกณฑ์เฉพาะของมาตรฐานสากลที่นำมาเสริม ตัวอักษรที่เป็นสีน้ำเงินคือเกณฑ์ที่ขยายความมาจาก Patient Safety Goal (SIMPLE)

คำถามที่เป็นตัวอักษรสีแดงคือคำถามที่ช่วยให้สถานพยาบาลเห็นบริบทของตนเอง เห็นโอกาสพัฒนา เห็นแนวทางที่จะแสดงการปฏิบัติและผลของการปฏิบัติ เป็นเสมือนการรวมเอาประเด็นใน SPA-in-Action และ Performance Evaluation Framework เข้ามาขยายความมาตรฐานและเกณฑ์ประเมิน.

สรพ.หวังว่าเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) จะเป็นประโยชน์สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ที่ทำให้เกิดความชัดเจนในแนวทางการพัฒนา และยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพของประเทศไทยไปพร้อมๆ กัน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
สิงหาคม 2557

สารบัญ

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1) 2
I-1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2) 9
I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1) 16
I-2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2) 21
I-3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF.1) 26
I-3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (PCF.2) 29
I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3) 34
I-4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1) 41
I-4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (MAK.2) 46
I-5.1 ความผูกพันของบุคลากร (HRF.1) 51
I-5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (HRF.2) 58
I-6.1 การออกแบบระบบงาน 66
I-6.2 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน 74

II-1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (RSQ.1) 80
II- 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2) 88
II - 2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพ ด้านการพยาบาล (Nursing) 94
II - 2.2 องค์กรแพทย์ 99
II -3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1) 103
II - 3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค (ENV.2) 111
II - 3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3) 115
II-4.1 ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC.1) 119
II-4.2 การป้องกันการติดเชื้อ (IC.2) 127
II-4.3 การเฝ้าระวัง ติดตามกำกับ และควบคุมการระบาด (IC.3) 133
II - 5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (MRS.1) 136
II - 5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (MRS.2) 141
II - 6.1 การวางแผน การจัดการ การเก็บและสำรองยา (MMS.1) 143
II - 6.2 การใช้ยา (MMS.2) 151
II-7.1 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ 160
II-7.2 คลังเลือด 169
II-7.3 บริการรังสีวิทยาและ Medical Imaging 173
II – 8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 181

II - 9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (COM.1) 188
II - 9.2 การเสริมพลังชุมชน (COM.2) 190

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN) 194
III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM) 198
III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (PLN.1) 204
III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (PLN.2) 207
III-4.1 การดูแลทั่วไป (PCD.1) 209
III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (PCD.2) 214
III-4.3 การดูแลเฉพาะ (PCD.3) 218
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว (IMP) 229
III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC) 232
IV-1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (PCR) 237
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (CFR) 237
IV-3 ผลด้านการเงิน (FNR) 237
IV-4 ผลด้านทรัพยากรบุคคล (HRR) 237
IV-5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR) 237
IV-6 ผลด้านการนำ (LDR) 238
IV-7 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (HPR) 238

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-1 การนำองค์กร

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)

ผู้นำระดับสูงชี้นำองค์กรสื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดีให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ.

ก. วิสัยทัศน์และค่านิยม

(1) ผู้นำระดับสูงกำหนดและจัดทำเอกสารที่แสดงพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม. ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม ผ่านระบบการนำไปยังบุคลากรทุกคนและคู่พันธมิตรสำคัญ เพื่อนำไปปฏิบัติ. การปฏิบัติตนของผู้นำระดับสูงสะท้อนถึงความมุ่งมั่นต่อค่านิยมขององค์กร.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ก(11) ผู้นำระดับสูงและผู้บริหารสูงสุด
			111 องค์กรมีผู้บริหารสูงสุดซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ตามข้อกำหนด ทำหน้าที่บริหารงานประจำและทรัพยากรขององค์กร, ดูแลการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามนโยบายที่ผู้กำกับดูแลกิจการให้ความเห็นชอบ ตามกฎหมายและข้อบังคับ
			112 ผู้นำระดับสูง (ทั้งผู้นำที่เป็นทางการตามตำแหน่งหน้าที่ และผู้นำที่ไม่เป็นทางการซึ่งได้รับการบ่งชี้) ร่วมกันมีบทบาทในการชี้นำองค์กร
			1.1ก(12) การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม
			121 ผู้นำระดับสูงร่วมกันกำหนด/ทบทวนวิสัยทัศน์ขององค์กร เพื่อเป็นฐานในการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ มีการทบทวนวิสัยทัศน์ล่าสุดเมื่อไร? แนวคิดของการเปลี่ยนแปลงคืออะไร?
			122 ผู้นำระดับสูงร่วมกันกำหนด/ทบทวนพันธกิจขององค์กร มีการทบทวนพันธกิจล่าสุดเมื่อไร แนวคิดของการเปลี่ยนแปลงคืออะไร?
			123 ผู้นำระดับสูงร่วมกันกำหนด/ทบทวนค่านิยมขององค์กรที่สอดคล้องกับค่านิยมในมาตรฐาน HA/HPH และมีความหมายกับบุคลากร มีการทบทวนค่านิยมล่าสุดเมื่อไร? แนวคิดของการเปลี่ยนแปลงคืออะไร?
			124 มีคำประกาศวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมขององค์กรเป็นลายลักษณ์อักษร
			1.1ก(13) ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยมสู่การปฏิบัติ
			131 ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยมสู่การปฏิบัติ ผ่านระบบการนำไปยังบุคลากรทุกส่วนงาน โดยมีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมและเชื่อมโยงกับบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคน

			มีกลไกติดตามการรับรู้ของบุคลากรอย่างไร? ผลการติดตามเป็นอย่างไร? วิธีการถ่ายทอดที่ได้ผลคืออะไร?
			132 ผู้นำระดับสูงสื่อสารวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมไปยังผู้ส่งมอบและพันธมิตรที่สำคัญ ผู้ส่งมอบและพันธมิตรที่เป็นเป้าหมายสำคัญในการสื่อสารคือใคร? คาดหวังอะไรจากการรับรู้ดังกล่าว?
			133 ผู้นำระดับสูงสื่อสารวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมไปยังผู้ป่วย ผู้รับผลงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ
			1.1ก(14) การปฏิบัติเป็นตัวอย่าง
			141 ผู้นำระดับสูงนำค่านิยมขององค์กร และค่านิยมของ HA/HPH มาปฏิบัติด้วยความมุ่งมั่น ค่านิยมที่ผู้นำระดับสูงให้ความสำคัญในการนำมาปฏิบัติเป็นตัวอย่างมีอะไรบ้าง? ทำให้เห็นเป็นตัวอย่างอย่างไร?

(2) ผู้นำระดับสูงจัดทำเอกสารที่แสดงจริยธรรมและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคลากรในองค์กร และสร้างสิ่งแวดล้อมขององค์กรที่ส่งเสริม กำหนด และส่งผลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรมที่ดี.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ก(21) การส่งเสริมการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม (legal and ethical behavior)
			211ผู้นำระดับสูงจัดทำเอกสารประมวลจริยธรรมและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคลากรในองค์กร ขอดูเอกสารประมวลจริยธรรมและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ มีการติดตามการปฏิบัติอย่างไร?
			212 การปฏิบัติตนของผู้นำระดับสูงแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นต่อการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม ตัวอย่างการปฏิบัติของผู้นำในเรื่องกฎหมายและจริยธรรมมีอะไรบ้าง?
			213 ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมขององค์กรที่ส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย และมีจริยธรรม (มีกระบวนการที่สมดุลในเรื่องการให้ความรู้และรณรงค์, รางวัลและแรงจูงใจ, กฎระเบียบข้อบังคับ, สร้างบรรทัดฐานของสังคม, กำหนดเป็นนโยบาย) ตัวอย่างการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม มีอะไรบ้าง?

(3) ผู้นำระดับสูงทำให้องค์กรมีความยั่งยืน ด้วยการสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลงาน, การบรรลุพันธกิจและวัตถุประสงค์ขององค์กร, การสร้างนวตกรรม, ความคล่องตัวขององค์กร, การเรียนรู้ในระดับองค์กรและบุคลากร, สัมพันธภาพในการทำงานที่ดี, ความร่วมมือและการประสานบริการ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ก(31) ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลการดำเนินการ (performance improvement)
			311 ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ และลำดับความสำคัญในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			อะไรคือ patient safety goal ของ รพ.? อะไรคือ priority ในเรื่องคุณภาพที่ผู้นำกำหนด?
			312 ผู้นำระดับสูงสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพด้วยการฝึกอบรมและให้โอกาส, การให้แนวทางและความช่วยเหลือ, การขจัดอุปสรรคในการพัฒนา, การสร้างแรงจูงใจและให้รางวัล, การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น, การปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสนับสนุนที่ทำได้ดีคืออะไร? สิ่งที่จะทำให้มากขึ้นคืออะไร?
			313 ผู้นำระดับสูงติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ผลการติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยเป็นอย่างไร?
			314 ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้ อะไรคือรูปธรรมของวัฒนธรรมการมุ่งเน้นผู้รับผลงานที่เห็นชัดเจน? อะไรคือรูปธรรมของวัฒนธรรมการพัฒนาต่อเนื่อง? อะไรคือรูปธรรมของวัฒนธรรมการเรียนรู้?
			1.1ก(32) ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการบรรลุพันธกิจและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
			321 ผู้นำระดับสูงกำหนดความคาดหวังที่ชัดเจนในการบรรลุพันธกิจและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
			322 ผู้นำระดับสูงร่วมกันกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อปฏิบัติตามพันธกิจและสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติตาม
			323 ผู้นำระดับสูงติดตามความก้าวหน้าในการบรรลุพันธกิจและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ มีการติดตามความก้าวหน้าบ่อยเพียงใด? การตัดสินใจสำคัญที่เป็นผลจากการติดตามมีอะไรบ้าง?
			324 ผู้นำระดับสูงให้ความช่วยเหลือในประเด็นที่ท้าทายสูง อะไรคือประเด็นในวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่มีความท้าทายสูง? ผู้นำให้ความช่วยเหลืออย่างไร?
			1.1ก(33) ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างนวตกรรม
			331 ผู้นำระดับสูงส่งเสริมการเสนอแนะข้อคิดเห็นในรูปแบบต่างๆ ผู้นำติดตามระดับการให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นของบุคลากรอย่างไร? ผลลัพธ์เป็นอย่างไร?
			332 ผู้นำระดับสูงส่งเสริมการใช้ความคิดสร้างสรรค์ผ่านการฝึกอบรม แรงจูงใจ และการให้โอกาส ผู้นำติดตามระดับการใช้ความคิดสร้างสรรค์ของบุคลากรอย่างไร? ผลลัพธ์เป็นอย่างไร?
			333 ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้เกิดนวตกรรมของระบบงานและกระบวนการ ผู้นำติดตามระดับการสร้างนวตกรรมของระบบงานกระบวนการทำงานอย่างไร? ผลลัพธ์เป็นอย่างไร?

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			334 ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้แสวงหาและนำแนวคิดใหม่ๆ มาทดลองใช้ ผู้นำติดตามระดับการนำแนวคิดใหม่ๆ มาใช้โดยบุคลากรอย่างไร? ผลลัพธ์เป็นอย่างไร?
			1.1ก(34) ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความคล่องตัวขององค์กร
			341 ผู้นำระดับสูงปรับเปลี่ยนข้อบังคับหรือแนวทางปฏิบัติเมื่อจำเป็น มีการปรับเปลี่ยนข้อบังคับหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดความคล่องตัวขึ้นอย่างไร?
			342 ผู้นำระดับสูงให้อำนาจแก่ผู้บริหารระดับต้นและผู้ปฏิบัติงานในการตัดสินใจเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ อะไรคือตัวอย่างของการให้อำนาจการตัดสินใจเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ?
			343 ผู้นำระดับสูงทำให้ระบบงานต่างๆ มีความยืดหยุ่นมากขึ้น ตอบสนองต่อสถานการณ์สำหรับผู้รับบริการแต่ละราย อะไรคือตัวอย่างของความยืดหยุ่นสำหรับสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย?
			344 ผู้นำระดับสูงมีกลยุทธ์ที่ช่วยให้องค์กรพร้อมรับสภาพแวดล้อมในอนาคต อะไรคือสภาพแวดล้อมในอนาคตที่คาดการณ์ไว้? ผู้นำมีกลยุทธ์เพื่อช่วยให้พร้อมรับอย่างไร?
			1.1ก(35) ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในระดับองค์กรและบุคคล
			351 ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทั้งในระดับองค์กรและในระดับบุคคล
			352 ผู้นำระดับสูงจัดให้มีแหล่งข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ที่เข้าถึงได้ง่ายรวมทั้งการเรียนรู้ผ่านระบบ internet
			353 ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการรวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Community of Practice)
			354 ผู้นำระดับสูงนำผลงานด้านการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล มาใช้เรียนรู้เพื่อการตัดสินใจในระดับองค์กร
			355 ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีทักษะในการตั้งคำถามเพื่อแสวงหาความรู้ในงานประจำ
			1.1ก(36) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสัมพันธภาพ ความร่วมมือ และการประสานงาน
			361 ผู้นำระดับสูงจัดโครงสร้างการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ
			362 ผู้นำระดับสูงวางแผนระบบบริการเฉพาะโรคที่มีการประสานในทุกขั้นตอนและทุกจุดบริการ
			363 ผู้นำระดับสูงเข้าร่วมแก้ไขปัญหาที่มีความอ่อนไหว (sensitive) ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างหน่วยงาน
			1.1ก(37) พัฒนาต่อยอด
			371 ผู้นำระดับสูงสร้างวัฒนธรรมที่บุคลากรส่งมอบประสบการณ์ที่ดีให้แก่ผู้รับบริการอย่างคงเส้นคงวา และส่งเสริมความผูกพันของผู้รับบริการ
			372 ผู้นำระดับสูงพัฒนาและเสริมสร้างทักษะความเป็นผู้นำ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			373 ผู้นำระดับสูงมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ระดับองค์กร การวางแผนสืบทอดตำแหน่ง และการพัฒนาผู้นำในอนาคต
			374 ผู้นำระดับสูงประเมินบรรยากาศในด้านต่างๆ และนำไปใช้วางแผนพัฒนา

(4) ผู้นำระดับสูงสร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ก(41) วัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture)
			411 ผู้นำระดับสูงกำหนดเรื่องความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเป็นวัตถุประสงค์สำคัญในแผนกลยุทธ์
			412 ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการนำ patient safety goals : SIMPLE มาศึกษา ปฏิบัติ และติดตาม ตามความเหมาะสม
			413 ผู้นำทุกระดับสร้างความมั่นใจในระบบรายงานอุบัติการณ์ว่าจะไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้รายงาน ทั้งด้วยการกำหนดนโยบาย การทำความเข้าใจ และการปฏิบัติ
			414 ผู้นำระดับสูงจัดให้มี Patient Safety Leadership Walkround เพื่อสื่อสารทิศทางและค่านิยมในเรื่องความปลอดภัย รับทราบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากเจ้าหน้าที่
			415 ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้นำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาวิเคราะห์ (ทำ RCA ด้วยวิธีการที่เหมาะสม) และปรับปรุงระบบที่มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น (ใช้แนวคิด human factors engineering)
			416 ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้ใช้การพูดคุยกันบ่อยๆ อย่างสั้นๆ ในทุกโอกาส เพื่อเพิ่มความตระหนักในเรื่องความเสี่ยง เช่น morning brief, safety brief, การทบทวนข้างเตียง, การส่งต่อระหว่างเวร
			417 มีการประเมินปัจจัยและตัวแปรสำคัญที่สะท้อนถึงการมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร และนำไปใช้ปรับปรุงระบบงาน

ข. การสื่อสารและจุดเน้นขององค์กร

(1) ผู้นำระดับสูงสื่อสารกับบุคลากร, ให้อำนาจการตัดสินใจ, และจูงใจบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กร. ผู้นำระดับสูงกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารสองทางที่ตรงไปตรงมาทั่วทั้งองค์กร. ผู้นำระดับสูงมีบทบาทเชิงรุกในการให้รางวัลและการยกย่องชมเชยเพื่อหนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน, การมุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ, และการมุ่งเน้นผลงานที่ดี.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ข(11) การสื่อสาร(communication)
			111 ผู้นำระดับสูงกำหนด/ทบทวนวิธีการสื่อสารกับบุคลากรในองค์กร รวมทั้งการสื่อสารไปสู่เครือข่ายที่ไม่เป็นทางการในองค์กร
			112 ผู้นำระดับสูงกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารที่ตรงไปตรงมาและเป็นไปในลักษณะสองทิศทางทั่วทั้งองค์กร
			113 ผู้นำระดับสูงสื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญๆ กับบุคลากร อะไรคือตัวอย่างการตัดสินใจสำคัญที่ผู้นำสื่อสารกับบุคลากร? ผลการรับรู้เป็นอย่างไร?
			1.1ข(12) การเสริมพลัง(empowerment)
			121 ผู้นำระดับสูงกำหนด/ทบทวนขอบเขตการให้อำนาจตัดสินใจให้แก่ผู้บริหารระดับรองลงไป
			122 ผู้นำระดับสูงกำหนด/ทบทวนการเสริมพลังให้บุคลากรที่อยู่ ณ จุดที่ใกล้ชิดผู้รับบริการมากที่สุด
			123 ผู้นำระดับสูงจัดให้มีข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจของผู้บริหารระดับรองและบุคลากร
			1.1ข(13) การให้รางวัลและยกย่องชมเชย(reward and recognition)
			131 ผู้นำระดับสูงมีบทบาทเชิงรุกในการให้รางวัลและยกย่องชมเชยบุคลากร
			132 การให้รางวัลและการยกย่องชมเชยหนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน มีวัฒนธรรมในการสร้างความผูกพันกับผู้รับผลงาน
			133 การให้รางวัลและการยกย่องชมเชยหนุนเสริมการมุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัย
			134 การให้รางวัลและการยกย่องชมเชยหนุนเสริมให้มี performance ที่ดี ให้รางวัลในการอุทิศตนของบุคลากร บุคลากรมีความเห็นอย่างไรต่อระบบการให้รางวัลและการยกย่องชมเชย? Performance ของบุคลากรเปลี่ยนไปอย่างไร?

(2) ผู้นำระดับสูงกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติเพื่อปรับปรุงผลงาน การบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์ขององค์กร รวมทั้งระดับความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว. ผู้นำระดับสูงทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อระบุการดำเนินการที่จำเป็น.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ข(21) การมุ่งเน้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง (focus on action)
			211 ผู้นำระดับสูงระบุสิ่งที่ต้องทำ หรือจุดเน้นเพื่อการปฏิบัติอย่างจริงจัง ผ่านการทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินการ(performance indicator) อย่างสม่ำเสมอ เพื่อการปรับปรุงผลงาน (performance) เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์ขององค์กร อะไรคือจุดเน้นเพื่อการปฏิบัติที่เป็นผลจากการทบทวน KPI ขององค์กร?
			212 ผู้นำระดับสูงกำหนดระดับความคาดหวังต่อผลงานขององค์กร โดยพิจารณาคุณค่าต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ อย่างสมดุล อะไรคือความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว?
			213 ผู้นำระดับสูงสื่อสารจุดเน้นในการพัฒนาไปยังหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง ให้การสนับสนุนการนำจุดเน้นไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง ผู้นำสื่อสารจุดเน้นไปยังผู้เกี่ยวข้องด้วยวิธีใด? การรับรู้เป็นอย่างไร?
			214 ผู้นำระดับสูงคำนึงถึงกลยุทธ์ บุคลากร ระบบงาน สินทรัพย์ขององค์กร การลดความสูญเปล่า การปรับปรุงผลิตภาพ การสร้างนวตกรรม การกล้าเสี่ยงอย่างรอบคอบ (intelligent risk) ในการมุ่งเน้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง *ผู้นำส่งเสริมให้ใช้องค์ประกอบหรือวิธีการอะไรในการทำให้เกิด action อย่างจริงจัง?*

I-1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)

องค์กรแสดงถึงระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดีความรับผิดชอบต่อสาธารณะสร้างความมั่นใจว่ามีการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรมและมีส่วนสนับสนุนต่อสุขภาพของชุมชน.

ก. การกำกับดูแลกิจการ

(1) องค์กรทบทวนและแสดงให้เห็นระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ในด้านความรับผิดชอบต่อการกระทำของผู้บริหาร, ความรับผิดชอบด้านการเงิน, ความโปร่งใสในการดำเนินงาน, การตรวจสอบที่เป็นอิสระทั้งภายในและภายนอก, และการพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.2ก(11) โครงสร้างการกำกับดูแล บทบาทด้านพันธกิจและนโยบาย
			111 มีการกำหนดโครงสร้าง หน้าที่และภาระรับผิดชอบของผู้กำกับดูแลกิจการเป็นลายลักษณ์อักษร
			112 ผู้กำกับดูแลกิจการให้ความเห็นชอบพันธกิจขององค์กร มีการทบทวนเป็นระยะ และเผยแพร่ต่อสาธารณะ
			113 ผู้กำกับดูแลกิจการให้ความเห็นชอบแผนกลยุทธ์ แผนบริหารจัดการ นโยบายและระเบียบปฏิบัติของการกำกับดูแล
			1.2ก(12) ความรับผิดชอบต่อการกระทำของผู้บริหาร(accountability for the management's action)
			121 ผู้กำกับดูแลกิจการแต่งตั้งผู้บริหารสูงสุดหรือผู้อำนวยการ
			122 ผู้บริหารสูงสุดนำเสนอนโยบายต่อผู้กำกับดูแลกิจการและสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามนโยบายที่ได้รับความเห็นชอบ
			123มีการทบทวนพันธสัญญาและระบบรายงานระหว่างผู้กำกับดูแลกิจการกับผู้บริหารสูงสุด เพื่อให้มั่นใจว่ามีการรับรู้ผลการดำเนินงานสำคัญขององค์กรโดยผู้กำกับดูแลกิจการ และให้ข้อคิดเห็นป้อนกลับหรือข้อทักท้วงต่อผู้บริหาร
			1.2ก(13) ความรับผิดชอบด้านการเงินการคลัง (fiscal accountability)
			131 ผู้กำกับดูแลกิจการให้ความเห็นชอบทุนและงบประมาณดำเนินงานขององค์กร
			1.2ก(14) ความโปร่งใสในการดำเนินงาน (transparency in operations)
			141 มีความโปร่งใสในการคัดเลือกคณะกรรมการกำกับดูแลกิจการ
			142 ความมีอิสระในการทบทวนและตรวจสอบองค์กร
			143 มีนโยบายเรื่องการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารของคณะกรรมการกำกับดูแลกิจการ
			144 มีการควบคุมภายในของกระบวนการกำกับดูแลกิจการ
			145 มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อข้อครหาในเรื่องความไม่โปร่งใสในการตัดสินใจของผู้บริหาร และดำเนินการเพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับทราบกระบวนการตัดสินใจและความโปร่งใสในการดำเนินงานของผู้บริหาร

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.2ก(15) การตรวจสอบภายในและภายนอกที่เป็นอิสระ(independent internal and external audits)
			151 มีระบบการควบคุมภายในที่เพียงพอ เหมาะสม มีประสิทธิภาพ มีการปฏิบัติจริง มีประสิทธิผล, ข้อตรวจพบจากการตรวจสอบและการสอบทานอื่นๆ ได้รับการปรับปรุงแก้ไขอย่างเหมาะสมและทันเวลา
			152 มีระบบตรวจสอบภายในที่เป็นอิสระ
			153 มีการตรวจสอบจากภายนอกที่เป็นอิสระ
			154 ผู้บริหารสูงสุดตอบสนองต่อรายงานของหน่วยงานตรวจสอบและควบคุม
			1.2ก(16) การพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย(protection of stakeholder interests)
			161 ผู้กำกับดูแลกิจการพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อการตัดสินใจสำคัญโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
			162 มีการรับฟังข้อคิดเห็นและเสียงสะท้อนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วยวิธีการที่เหมาะสม
			1.2ก(17) การกำกับดูแลอื่น ๆ
			171 ผู้กำกับดูแลกิจการให้ความเห็นชอบแผนคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วย รับทราบและตอบสนองต่อรายงานอย่างสม่ำเสนอ

(2) องค์กรประเมินผลงานของผู้นำทุกระดับ. ผู้นำระดับสูงใช้ผลการทบทวนเหล่านี้ไปปรับปรุงประสิทธิผลของผู้นำแต่ละคน และประสิทธิผลของระบบการนำ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.2ก(21) การประเมินและปรับปรุง performance ของการกำกับดูแล
			211 มีการประเมิน performance ของคณะกรรมการ/ผู้กำกับดูแลกิจการประจำปี
			212 มีการนำผลการประเมินมาใช้ปรับปรุงประสิทธิผลของคณะกรรมการ/ผู้กำกับดูแลกิจการ
			1.2ก(22) การประเมินและปรับปรุง performance ของผู้นำ
			221 มีการกำหนด managerial competency เพื่อนำมาใช้ในการประเมินและพัฒนาผู้นำระดับต่างๆ
			222 ผู้กำกับดูแลกิจการประเมิน performance ของผู้บริหารสูงสุดอย่างน้อยปีละครั้ง
			223 การประเมินผลผู้นำและระบบการนำองค์กร ใช้ข้อมูลจากการทบทวนโดยเพื่อนผู้นำ (peer review) การประเมิน performance ของผู้บริหารอย่างเป็นทางการ ข้อมูลป้อนกลับและผลสำรวจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
			224 มีการใช้ผลการประเมิน performance ในการกำหนดค่าตอบแทนของผู้บริหาร
			225 มีการใช้ผลการประเมิน performance เพื่อปรับปรุงประสิทธิผลของผู้นำแต่ละคน
			226 มีการใช้ผลการประเมิน performance เพื่อปรับปรุงประสิทธิผลของระบบการนำขององค์กร[1]

[1]ควรมีการประเมินในประเด็นต่อไปนี้ (1) โครงสร้างการนำ (2) กลไกการตัดสินใจ และการสื่อสารสู่การปฏิบัติ (3) กลไกการประเมินตนเอง การรับข้อมูลป้อนกลับ และการปรับปรุง (4) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำในสายงานต่างๆ รวมถึงการเลือกสรรและพัฒนาผู้นำ (5) การกำหนดความคาดหวัง การสร้างความภักดีการทำงานเป็นทีม และการมุ่งไปสู่เป้าประสงค์ร่วมขององค์กร (6) การหนุนเสริมหรือเน้นย้ำค่านิยม การประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม การกระตุ้นและสนับสนุนความคิดริเริ่มและความเสี่ยงที่เหมาะสม

ข. พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม

(1) องค์กรระบุและคาดการณ์ถึงความเสี่ยง / ผลกระทบด้านลบต่อสังคม และความกังวลของสาธารณะเนื่องมาจากบริการ/การดำเนินงานขององค์กร. องค์กรมีการเตรียมการเชิงรุกในประเด็นดังกล่าว รวมถึงการใช้กระบวนการที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม. มีการกำหนดกระบวนการ ตัวชี้วัด และเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้มีการปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย รวมทั้งลดความเสี่ยงหรือผลกระทบด้านลบเหล่านั้น.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.2ข(11) ผลกระทบต่อสังคมและความกังวลของสาธารณะ(adverse impacts on society and public concerns)
			111 องค์กรคาดการณ์ผลกระทบด้านลบต่อสังคม ความกังวลของสาธารณะ เนื่องมาจากการดำเนินงานขององค์กรทั้งในปัจจุบันและในอนาคตต ผลกระทบด้านลบต่อสังคมและความกังวลของสาธารณะมีอะไรบ้าง? ได้มาจากการรับฟังผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างทั่วถึงเพียงใด?
			112 มีการเตรียมการเชิงรุกอย่างเป็นระบบเพื่อรับผลกระทบด้านลบต่อสังคมและความกังวลของสาธารณะ มีการเตรียมการเชิงรุกเพื่อป้องกันและรับผลกระทบดังกล่าวอย่างไร?
			113 มีเป้าหมายและตัววัดที่ชัดเจนในเรื่องเกี่ยวกับผลกระทบด้านลบต่อสังคมและความกังวลของสาธารณะ เป้าหมายและตัวชี้วัดเกี่ยวกับเรื่องนี้มีอะไรบ้าง? ผลการติดตามตัวชี้วัดดังกล่าวเป็นอย่างไร?
			1.2ข(12) การปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ (regulatory and legal requirements)
			121 องค์กรระบุกฎหมายและข้อบังคับที่ต้องปฏิบัติตาม และวิเคราะห์ประเด็นที่ยังเป็นปัญหาขององค์กร กฎหมายและข้อบังคับที่มีความสำคัญสูง และมีโอกาสที่จะเป็นปัญหาขององค์กรมีอะไรบ้าง? อะไรคือประเด็นปัญหาดังกล่าว?
			122 ผู้บริหารสูงสุดสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง มีแนวทางอย่างไรเพื่อให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่วิเคราะห์ไว้ใน 121?
			123 องค์กรพยายามทำให้ดีกว่าที่กฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับกำหนดไว้
			124 มีเป้าหมายและตัววัดที่ชัดเจนในเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ เป้าหมายและตัวชี้วัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับมีอะไรบ้าง? ผลการติดตามตัวชี้วัดดังกล่าวเป็นอย่างไร?
			1.2ข(13) การใช้และอนุรักษ์ทรัพยากร (conserving natural resources)
			131 องค์กรวิเคราะห์โอกาสในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			อะไรคือโอกาสที่จะใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม?
			132 องค์กรมีกระบวนการที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ใช้เทคโนโลยีที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม อนุรักษ์พลังงาน นำวัสดุที่ใช้แล้วกลับมาใช้ใหม่ มาตรการสำคัญในเรื่องนี้มีอะไรบ้าง?
			133 มีเป้าหมายและตัววัดที่ชัดเจนในเรื่องเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและการอนุรักษ์ทรัพยากร เป้าหมายและตัวชี้วัดเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและการอนุรักษ์ทรัพยากรมีอะไรบ้าง? ผลการติดตามตัวชี้วัดดังกล่าวเป็นอย่างไร?
			1.2ข(14) ความเสี่ยง(risks)
			141 องค์กรคาดการณ์ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับบริการและการดำเนินงานขององค์กร
			142 มีการเตรียมการเชิงรุกอย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากบริการและการดำเนินงานขององค์กร
			143 มีเป้าหมายและตัววัดที่ชัดเจนในเรื่องเกี่ยวกับความเสี่ยงจากบริการและการดำเนินงานขององค์กร

(2) องค์กรส่งเสริมและสร้างความมั่นใจว่าจะมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรม(ethical behavior) ในปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี มีการติดตามกำกับและดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.2ข(21) ข้อกำหนดทั่วไป
			211 มีการส่งเสริมและสร้างความมั่นใจว่ามีพฤติกรรมที่มีจริยธรรมในการกำกับดูแลกิจการ
			212 มีการส่งเสริมและสร้างความมั่นใจว่ามีพฤติกรรมที่มีจริยธรรมในการมีปฏิสัมพันธ์กับพันธมิตร ผู้ส่งมอบ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น
			213 มีตัววัดในการส่งเสริมและกำกับดูแลจริยธรรมในโครงสร้างการกำกับดูแลกิจการ[2]
			214 มีตัววัดในการส่งเสริมและกำกับดูแลจริยธรรมทั่วทั้งองค์กร[3] ตัววัดในการส่งเสริมและกำกับดูแลจริยธรรมของผู้บริหารและบุคลากรมีอะไรบ้าง? ผลการติดตามตัววัดดังกล่าวเป็นอย่างไร?
			215 มีมาตรการที่จะดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม
			1.2ข(22) จริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย
			221มีการกำหนดบรรทัดฐานในการคุ้มครองผู้ป่วยในประเด็นต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย: การทำ

[2]เช่น อัตราส่วนของกรรมการอิสระ, ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรกับกลุ่มผู้ถือหุ้นและผู้มีสิทธิมีเสียง, หลักฐานที่แสดงถึงการมีนโยบาย การฝึกอบรม ระบบติดตามในเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนและการใช้เงินอย่างเหมาะสม

[3]เช่น เหตุการณ์ละเมิดจริยธรรมและการตอบสนอง, ผลสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรต่อจริยธรรมขององค์กร, การใช้สายด่วนจริยธรรม, ผลการทบทวนและตรวจสอบด้านจริยธรรม

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			การตลาด การรับผู้ป่วย การโอนย้าย การจำหน่าย การเปิดเผยข้อมูลความเป็นเจ้าของ และผลประโยชน์ทับซ้อน
			222 องค์กรเปิดเผยข้อมูลความเป็นเจ้าของ
			223 องค์กรให้บริการผู้ป่วยด้วยความเที่ยงธรรมและจริงใจ
			224 มีการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรมตามแนวทางที่กำหนดไว้ในเรื่องการทำการตลาดและการประชาสัมพันธ์
			225 มีการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรมตามแนวทางที่กำหนดไว้ในเรื่องการรับผู้ป่วย การโอนย้าย การจำหน่าย
			226 มีการเรียกเก็บค่าบริการหรือแจ้งหนี้อย่างถูกต้อง เฉพาะตามรายการที่ผู้ป่วยได้รับบริการเท่านั้น
			227 มีการประเมินและแก้ปัญหาเมื่อระบบการจ่ายเงินทำให้ลดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
			1.2ข(23) สถานการณ์ที่ยากลำบาก(ethical dilemma)
			231 มีแนวทางและความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ที่ต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่ยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย และการให้บริการ
			232 มีการรายงานข้อกังวลในเรื่องจริยธรรมและกฎหมาย
			233 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นที่ยากลำบากในการตัดสินใจเนื่องจากความไม่ลงตัวระหว่างมุมมองต่างๆ

ค. ความรับผิดชอบต่อสังคมในวงกว้าง และการสนับสนุนชุมชนที่สำคัญ

(1) **ความผาสุกของสังคมในวงกว้าง.** องค์กรคำนึงถึงความผาสุกและผลประโยชน์ของสังคมในวงกว้างเป็นส่วนหนึ่งในกลยุทธ์และการปฏิบัติงานประจำวัน รวมถึงมีส่วนในการสร้างความสมบูรณ์ให้กับระบบสิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.2ค(11) ความผาสุกของสังคมในวงกว้าง (societal well-being)
			111 องค์กรพิจารณาความผาสุกและผลประโยชน์ของสังคมในวงกว้างเป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์และการปฏิบัติงานประจำวัน
			112 องค์กรมีส่วนในการสร้างความสมบูรณ์ให้กับระบบสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ

(2) **การสนับสนุนชุมชน.** องค์กรสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนที่สำคัญขององค์กรอย่างจริงจัง. มีวิธีการกำหนดชุมชนที่สำคัญขององค์กรและกำหนดกิจกรรมที่องค์กรเข้าไปมีส่วนร่วม รวมถึงกิจกรรมที่อาจใช้สมรรถนะหลักขององค์กร. ผู้นำระดับสูงและบุคลากรร่วมมือกันในการพัฒนาชุมชน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.2ค(21) การสนับสนุนชุมชน(community support)
			211 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการกำหนดชุมชนที่สำคัญขององค์กร
			212 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการกำหนดกิจกรรมที่องค์กรเข้าไปมีส่วนร่วมสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน (อาจรวมถึงสิ่งที่องค์กรทำเพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อม สร้างความเข้มแข็งให้งานบริการ การศึกษา สุขอนามัยของชุมชน ปรับปรุงการดำเนินการของวิสาหกิจชุมชน)
			213 องค์กรใช้สมรรถนะหลักขององค์กรในการสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็นการทุ่มเทเป็นพิเศษในการอุทิศตนเพื่อสนับสนุนชุมชน นอกเหนือจากการปฏิบัติหน้าที่ตามพันธกิจ
			214 ผู้นำระดับสูงและบุคลากรร่วมมือกันในการพัฒนาชุมชน

I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์

I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1)

องค์กรกำหนดกลยุทธ์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เพื่อตอบสนองกับความท้าทายขององค์กรและสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์

(1) ผู้นำระดับสูง ด้วยความร่วมมือของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ ดำเนินการวางแผนกลยุทธ์ตามขั้นตอนและใช้กรอบเวลาที่เหมาะสม. มีการวิเคราะห์และกำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์และข้อได้เปรียบขององค์กร. มีกระบวนการที่ช่วยให้องค์กรทราบถึงจุดอ่อนหรือจุดด้อยสำคัญที่อาจถูกมองข้าม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.1ก(11) ผู้มีส่วนร่วม (strategic planning participants)
			111 ผู้นำระดับสูงร่วมกับบุคลากรดำเนินการวางแผนกลยุทธ์ ผู้มีส่วนร่วมในการวางแผนกลยุทธ์มีใครบ้าง? แต่ละกลุ่มมีบทบาทอะไร?
			112 ผู้นำระดับสูงใช้ข้อมูลจากผู้นำชุมชนในการวางแผนกลยุทธ์
			113 ผู้นำของสถานพยาบาลอื่นในชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนกลยุทธ์
			2.1ก(12) กระบวนการพื้นฐาน(strategic planning process)
			121 มีการวางแผนกลยุทธ์ตามขั้นตอนที่สำคัญ ขั้นตอนสำคัญในการวางแผนกลยุทธ์มีอะไรบ้างในแต่ละช่วงเวลาของปี? สามารถปฏิบัติตามได้สมบูรณ์ตามขั้นตอนดังกล่าวเพียงใด?
			122 มีการกำหนดกรอบเวลาที่เหมาะสม (planning time horizon) ของการวางแผนระยะสั้นและระยะยาว และทำให้กระบวนการวางแผนกลยุทธ์สอดคล้องกับกรอบเวลาดังกล่าว แผนระยะยาวของ รพ.มีกรอบเวลาอย่างไร กระบวนการวางแผนสอดคล้องกับกรอบเวลาดังกล่าวอย่างไร
			2.1ก(13) กระบวนการสำคัญ
			131 มีกระบวนการที่เป็นระบบในการรับรู้ในสิ่งที่ไม่เคยรู้มาก่อนหรือจุดที่มองไม่เห็นด้วยตัวเอง[4](potential blind spot) ซึ่งอาจจะเป็นทั้งศักยภาพ จุดอ่อน หรือโอกาสและสิ่งคุกคาม

[4]อาจใช้การรับฟังจากภายใน รับฟังหรือแสวงหาจากภายนอก ท้าทายให้สมาชิกใช้จินตนาการ ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน

			มีวิธีการในการค้นหา potential blind spot อย่างไรบ้าง? อะไรคือ potential blind spot ที่พบใน 1-2 ปีที่ผ่านมา? นำไปใช้ประโยชน์อย่างไร?
			132 มีกระบวนการที่เป็นระบบในการวิเคราะห์และกำหนดสมรรถนะหลัก (core competencies) ขององค์กร อะไรคือ core competencies ขององค์กร? มีวิธีการอะไรในการกำหนด ใช้เกณฑ์อะไรในการพิจารณา?
			133 มีกระบวนการที่เป็นระบบในการวิเคราะห์และกำหนดความท้าทาย[5] และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กร อะไรคือความท้าทายเชิงกลยุทธ์และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ของ รพ.? มีวิธีการได้มาอย่างไร ใช้ข้อมูลอะไรประกอบการพิจารณา?

(2) ในกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ มีการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ/ชุมชนที่รับผิดชอบ, จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคามขององค์กร รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆ และความสามารถในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.1ก(21) การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบการวางแผนกลยุทธ์(key elements analysis)
			211 มีการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ มีการรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน อะไรคือปัญหาและความต้องการสุขภาพที่นำมาพิจารณาในการจัดทำแผนกลยุทธ์? ใช้ข้อมูลจากแหล่งใด?
			212 มีการวิเคราะห์ข้อมูลระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพในพื้นที่ มีการใช้ข้อมูลระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพในพื้นที่มาประกอบการจัดทำแผนกลยุทธ์อย่างไร?
			213 มีการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคขององค์กร ขอดูผลการวิเคราะห์ SWOT อะไรคือ strategic advantage, strategic challenge, strategic opportunity?
			214 มีการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในด้านเทคโนโลยี ตลาด ผลิตภัณฑ์และบริการ ความนิยมของผู้รับบริการ การแข่งขัน ภาวะเศรษฐกิจ กฎระเบียบข้อบังคับ การเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ถูกนำมาพิจารณาในการวางแผนกลยุทธ์มีอะไรบ้าง? อะไรคือการเปลี่ยนแปลงสำคัญดังกล่าว? ข้อมูลนี้มีผลต่อการกำหนดกลยุทธ์อะไรบ้าง?
			215 มีการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนขององค์กร รวมถึงสมรรถนะหลักที่ต้องการขององค์กร การคาดการณ์ performance ในอนาคตขององค์กรและองค์กรที่เทียบเคียงกันได้ อะไรคือปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความยั่งยืนของ รพ.? ปัจจัยดังกล่าวสัมพันธ์กับสมรรถนะหลัก

[5]ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ขององค์กร ควรครอบคลุมโรคและปัญหาสุขภาพ, ความอยู่รอดและความยั่งยืนขององค์กร, ทุนมนุษย์ เป็นอย่างน้อย

			และ performance ที่จะใช้เป็นตัวชี้วัดของ รพ.อย่างไร
			216 มีการวิเคราะห์ความสามารถขององค์กรในการนำแผนไปปฏิบัติ เช่น การระดมทรัพยากรและความรู้ที่จำเป็น ความคล่องตัวในการปฏิบัติตามแผนสำรองฉุกเฉิน การปรับเปลี่ยนแผนและนำไปปฏิบัติอย่างรวดเร็ว ที่ผ่านมามีข้อจำกัดในการนำแผนไปปฏิบัติอะไรบ้าง และนำมากำหนดมาตรการรองรับอย่างไร? มีการวิเคราะห์ความสามารถในการระดมทรัพยากรและความรู้อย่างไร? มีการวิเคราะห์ความคล่องตัวในการปฏิบัติตามแผนสำรองฉุกเฉินอย่างไร? มีการวิเคราะห์ความสามารถในการปรับเปลี่ยนแผนอย่างไร?
			2.1ก(22) การกำหนดกลยุทธ์(strategy considerations)
			221 มีการใช้รูปแบบต่างๆ เพื่อให้เห็นภาพในอนาคตเพื่อการตัดสินใจและการจัดสรรทรัพยากร เช่น การพยากรณ์ การคาดคะแน การใช้สถานการณ์จำลอง ฉากทัศน์ มีการวิเคราะห์ให้เห็นภาพอนาคตอย่างไร? ภาพอนาคตที่ว่านั้นคืออะไร? นำมาใช้ในการกำหนดกลยุทธ์อย่างไร?
			222 มีการกำหนดกลยุทธ์ในเชิงกว้างเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร[6] อะไรคือกลยุทธ์เชิงกว้างในแผนกลยุทธ์ของ รพ.? กลยุทธ์ดังกล่าวทำให้ รพ.เข้มแข็งขึ้นอย่างไร?

[6]กลยุทธ์ในเชิงกว้างเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร อาจเป็นผลหรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้: การจัดบริการใหม่, ผู้รับบริการหรือส่วนตลาดสำคัญใหม่, การกล้าเสี่ยงอย่างรอบคอบ, สมรรถนะหลักใหม่ขององค์กร, รายได้ที่เพิ่มขึ้น, การลงทุน, การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร, ความสัมพันธ์ใหม่ๆ กับบุคลากรหรืออาสาสมัคร, การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ, การเป็นผู้นำในการวิจัย, การเป็นผู้ให้บริการเชิงบูรณาการ, การตอบสนองความต้องการของชุมชนหรือความต้องการด้านสาธารณสุข

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

(1) มีการจัดทำเอกสารที่แสดงวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญ และกรอบเวลาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เหล่านั้น. (นำเสนอวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญ)

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.1ข(11) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ(key strategic objectives)
			111 มีการจัดทำเอกสารที่แสดงวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ
			112 มีการระบุกำหนดเวลาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เหล่านี้
			113 มีการระบุเป้าประสงค์ที่สำคัญที่สุด (the most important goals) สำหรับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เหล่านี้

(2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองต่อความท้าทายที่สำคัญและใช้ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กร, ตอบสนองต่อสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มประชากรที่ให้บริการ และมีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.1ข(21) การพิจาณาวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์(strategic objective considerations)
			211 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ตอบสนองความท้าทายและความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กร
			212 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ตอบสนองต่อสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มประชากรที่ให้บริการ
			213 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์มีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น
			214 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ตอบสนองต่อโอกาสในการสร้างนวตกรรมของบริการ และรูปแบบการดำเนินกิจการ
			215 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กรในปัจจุบัน และให้ความสำคัญต่อสมรรถนะหลักใหม่ที่ต้องการ
			216 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สร้างสมดุลระหว่างความท้าทายและโอกาส ในระยะสั้นและระยะยาว
			217 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์คำนึงถึงและสร้างสมดุลระหว่างความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญทั้งหมด
			218 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ยกระดับความสามารถขององค์กรในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในตลาด
			219 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์มุ่งไปที่ประเด็นสำคัญซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จ[7] ขององค์กร

[7]ประเด็นสำคัญซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จ เช่น การเข้าถึง, การปรับบริการให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย (customization), ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร, การสร้างนวตกรรมอย่างรวดเร็ว, ความสัมพันธ์กับ

(3) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งที่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.1ข(31) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ(health promotion strategic objectives)
			311 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยในโรงพยาบาล
			312 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพโดยผู้ป่วยและครอบครัว
			313 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของชุมชน
			314 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร
			315 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ครอบคลุมการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ผู้ป่วยและผู้รับบริการอื่นๆ, การใช้เวชระเบียนอิเล็คโทรนิคและเทคโนโลยีสารสนเทศ, การบริการเสมือนจริง, คุณภาพและความปลอดภัย, การสร้างเสริมสุขภาพ, การตอบสนองอย่างรวดเร็ว, การให้บริการในลักษณะบูรณาการ, การให้บริการที่มีต้นทุนต่ำ, การร่วมทุน, การสร้างพันธมิตรและแนวร่วมใหม่ๆ

I-2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2)

องค์กรถ่ายทอดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติและติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและการถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ

(1) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ, สร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เป็นผลจากแผนปฏิบัติการ. บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.2ก(11) การจัดทำแผนปฏิบัติการ(action plan development)
			111 มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระยะสั้นและระยะยาว ขอดูแผนปฏิบัติการประจำปีในภาพรวม. ขอดูแผนปฏิบัติการระยะยาวที่ระบุลักษณะของกิจกรรม เป้าหมาย และกำหนดเวลาอย่างกว้างๆ.
			112 แผนปฏิบัติการมีความสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
			113 มีความชัดเจนในการดำเนินการเพื่อให้มั่นใจในความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงสำคัญ[8]ที่วางแผนไว้ การเปลี่ยนแปลงสำคัญตามแผนกลยุทธ์คืออะไร?
			2.2ก(12) การนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติ (action plan implementation)
			121 มีการถ่ายทอดแผนปฏิบัติการไปยังบุคลากรเพื่อให้เกิดการปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ
			122 ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบแผนกลยุทธ์แต่ละแผน มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน / ระบบงานต่างๆ นำแผนกลยุทธ์ไปจัดทำแผนปฏิบัติการ และนำแผนไปปฏิบัติ มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบแผนกลยุทธ์แต่ละแผนอย่างไร?
			123 ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน / ระบบงานต่างๆ วิเคราะห์ทิศทางในแผนกลยุทธ์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ร่วมกับบริบทหรือความต้องการของหน่วยงาน / ระบบงาน เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการที่มีเป้าหมายชัดเจนสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ระบุกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงเพื่อบรรลุเป้าหมาย ทรัพยากรที่ต้องใช้ และกำหนดเวลาแล้วเสร็จที่ชัดเจน ซึ่งสามารถติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุผลลัพธ์ได้ ขอดูตัวอย่างแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน / ระบบงาน.
			124 ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน/ระบบงานต่างๆ ทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงาน สร้างความตระหนักในบทบาทของแต่ละคน ต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร และเป้าหมายที่หน่วยงานต้องรับผิดชอบ

[8]การเปลี่ยนแปลงสำคัญ อาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านบริการ ผู้รับบริการการตลาด ผู้ส่งมอบพันธมิตร

			Site visit
			125 ผู้นำระดับสูงจัดให้มีกลไกในการสร้างความเข้าใจและติดตามประเมินการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานในรูปแบบต่างๆ เช่น เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตรวจเยี่ยมหน่วยงาน การรายงานความก้าวหน้า ฯลฯ ผลการติดตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการในส่วนที่บุคคลนั้นรับผิดชอบเป็นอย่างไร?
			126 มีการถ่ายทอดแผนปฏิบัติการไปยังผู้ส่งมอบและพันธมิตร เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ ใครคือผู้ส่งมอบและพันธมิตรสำคัญที่มีส่วนต่อการบรรลุวัตถุประงค์เชิงกลยุทธ์? มีการสื่อสารแผนและเป้าหมายให้รับทราบอย่างไร?

(2) องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ เพียงพอที่จะนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติให้บรรลุผล. องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านการเงินและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับแผนปฏิบัติการ. องค์กรจัดสรรทรัพยากรอย่างสมดุลเพื่อให้มั่นใจว่าจะมีทรัพยากรเพียงพอสำหรับสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.2ก(21) การจัดสรรทรัพยากร (resource allocation)
			211 องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีทรัพยากรด้านการเงินเพียงพอที่จะนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติให้บรรลุผลและบรรลุพันธะผูกพันในปัจจุบัน ขอดูแผนงบประมาณประจำปีและแหล่งที่มาของรายได้
			212 องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีทรัพยากรด้านอื่นๆ เพียงพอที่จะนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติให้บรรลุผลและบรรลุพันธะผูกพันในปัจจุบัน ทรัพยากรด้านอื่นๆ ที่จำเป็นมีอะไรบ้าง?
			213 องค์กรประเมินและจัดการความเสี่ยงด้านการเงินและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับแผนปฏิบัติการเพื่อให้มั่นใจในความมั่นคงทางการเงินขององค์กร มีการประเมินความเสี่ยงด้านการเงินอย่างไร? มีการดำเนินการอย่างไรกับความเสี่ยงดังกล่าว?
			214 องค์กรจัดสรรทรัพยากรอย่างสมดุลเพื่อให้มั่นใจว่าจะมีทรัพยากรเพียงพอสำหรับสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร มีหลักเกณฑ์ในการจัดสรรทรัพยากรอย่างไร? ในรอบปีที่ผ่านมามีแผนงานใดหรือส่วนงานใดบ้างที่เป็นความเสี่ยงว่าอาจจะได้รับทรัพยากรไม่เพียงพอ?
			215 หัวหน้าหน่วยงานสื่อสารข้อเสนอเกี่ยวกับทรัพยากรที่จำเป็น (พื้นที่ใช้สอย เครื่องมือ บุคลากร ทรัพยากรพิเศษอื่นๆ) ต่อผู้บริหารระดับสูง มีระบบหรือแนวทางในการทบทวนความต้องการทรัพยากรของแต่ละหน่วยงานโดยผู้บริหารระดับสูงอย่างไร?
			216 หัวหน้าหน่วยงานมีกระบวนการตอบสนองเมื่อขาดแคลนทรัพยากร หน่วยงานใดมีความเสี่ยงที่จะพบกับสถานการณ์ขาดแคลนทรัพยากร? มีแนวทางในการ

			จัดการหรือตอบสนองอย่างไร?

(3) มีการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการและนำแผนที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติ ในกรณีที่มีความจำเป็น.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.2ก(31) การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ (action plan modification)
			311 ผู้นำระดับสูงติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผน การบรรลุเป้าหมาย และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อพิจารณาความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ ผู้นำติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผนบ่อยเพียงใด มีการตัดสินใจสำคัญอะไรจากการติดตามดังกล่าว?
			312 องค์กรปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการในกรณีที่มีความจำเป็นหรือสถานการณ์บังคับ ในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมามีการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการอะไรบ้าง เพราะเหตุใด?
			313 องค์กรนำแผนปฏิบัติการที่มีการปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติอย่างรวดเร็ว

(4) องค์กรจัดทำแผนด้านทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ได้. แผนระบุผลกระทบที่มีโอกาสเกิดขึ้นต่อบุคลากร และโอกาสที่จะมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถของบุคลากรและระดับกำลังคนที่ต้องการ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.2ก(41) แผนด้านบุคลากร(workforce plans)
			411 ผู้นำร่วมมือกันจัดทำแผนด้านทรัพยากรบุคคลเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการระยะสั้นและระยะยาว
			412 แผนด้านทรัพยากรบุคคลคำนึงถึงผลกระทบที่มีโอกาสเกิดต่อบุคลากร
			413 แผนด้านทรัพยากรบุคคลคำนึงถึงโอกาสที่จะมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและอัตรากำลังบุคลากร
			414 แผนด้านทรัพยากรบุคคลคำนึงถึงแนวคิดต่อไปนี้: การจัดโครงสร้างงานใหม่ การเพิ่มอำนาจการตัดสินใจให้บุคลากรการส่งเสริมความร่วมมือและประสานงานระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพกับผู้บริหาร, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กรการบริหารค่าตอบแทนและยกย่องชมเชยการศึกษาและฝึกอบรมการพัฒนาผู้นำในอนาคต
			415 แผนทรัพยากรบุคคลระบุจำนวน ประเภท และคุณสมบัติที่พึงประสงค์ (ทักษะ ความรู้ และคุณสมบัติอื่นๆ) ของบุคลากร โดยใช้วิธีการจัดอัตรากำลังซึ่งเป็นที่ยอมรับ
			416 แผนทรัพยากรบุคคลระบุการมอบหมายงานการปรับเปลี่ยนการมอบหมายงานบุคลากร การถ่ายโอนหน้าที่รับผิดชอบจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งเมื่อหน้าที่รับผิดชอบดังกล่าวเกินขอบเขตหน้าที่ปกติ
			417 มีการเฝ้าติดตาม ทบทวน และปรับปรุงประสิทธิผลของแผนทรัพยากรบุคคลอย่างต่อเนื่อง
			418 ผู้กำกับดูแลกิจการให้ความเห็นชอบกลยุทธ์และแผนงานเกี่ยวกับการศึกษาสำหรับผู้

			ประกอบวิชาชีพ การวิจัย และกำกับดูแลคุณภาพของแผนงานดังกล่าว

(5) มีการจัดทำตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผน. ระบบการวัดผลครอบคลุมประเด็นสำคัญ / ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด และหนุนเสริมให้ทั้งองค์กรมุ่งไปในทิศทางเดียวกัน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.2ก(51) ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ(performance measures)
			511 มีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อใช้ติดตามผลลัพธ์และประสิทธิผลของแผนปฏิบัติการ
			512 องค์กรทำให้มั่นใจว่าระบบการวัดผลโดยรวมของแผนปฏิบัติการหนุนเสริมให้องค์กรมุ่งไปในทิศทางเดียวกัน
			513 องค์กรทำให้มั่นใจว่าระบบการวัดผลดังกล่าวครอบคลุมประเด็นสำคัญที่ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั้งหมด
			514 องค์กรทำให้มั่นใจว่าระบบการวัดผลดังกล่าวครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญทั้งหมด

ข. การคาดการณ์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

องค์กรคาดการณ์ผลการดำเนินงานสำหรับตัวชี้วัดสำคัญในข้อ 2.2 ก (5) ตามกรอบเวลาของการวางแผน โดยพิจารณาจากเป้าประสงค์ ผลงานที่ผ่านมา และข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสม. องค์กรตอบสนองต่อความแตกต่างของผลงานเมื่อเทียบกับองค์กรที่ดำเนินงานหรือมีกิจกรรมในลักษณะใกล้เคียงกัน ทั้งความแตกต่างในปัจจุบันและความแตกต่างที่ได้จากการคาดการณ์.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.2ข(11) การคาดการณ์ผลการดำเนินการ (performance projection)
			111 องค์กรคาดการณ์ผลการดำเนินงานสำหรับตัวชี้วัดสำคัญในข้อ 2.2 ก (5) ตามกรอบเวลาของการวางแผน ขอดูการคาดการณ์ผลการดำเนินงาน.ใช้แนวทางอะไรในการคาดการณ์?
			112 องค์กรนำเป้าประสงค์และผลงานที่ผ่านมาเพื่อคาดการณ์ผลการดำเนินงาน
			2.2ข(12) การเปรียบเทียบผลการดำเนินการ (performance comparison)
			121 มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานขององค์กรกับเป้าประสงค์และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ขอดูผลการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับเป้าประสงค์
			122 มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานขององค์กรกับคู่เทียบภายนอก เช่น ผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ, ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน, ผลงานของคู่แข่ง, ผลงานที่เป็นเลิศ ขอดูผลการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของ รพ.กับคู่เทียบภายนอก
			123 มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานขององค์กรกับมาตรฐานซึ่งกำหนดโดยองค์กรวิชาชีพ กฎหมาย หรือระเบียบข้อบังคับ ขอดูผลการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของ รพ.กับมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ (ถ้ามี)
			124 มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานขององค์กรกับแนวทางที่พึงปฏิบัติซึ่งเผยแพร่ในวารสารวิชาการ ขอดูผลการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของ รพ.กับข้อมูลในวารสารวิชาการ
			2.2ข(13) การตอบสนอง
			131 มีการตอบสนองเมื่อพบว่าระดับผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์ไว้
			132 มีการตอบสนองเมื่อพบว่ามีความแตกต่างระหว่างผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น กับข้อมูลที่ใช้เทียบเคียง

I – 3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

I-3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF.1)

องค์กรเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานของตน เพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว.

ก. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

(1) องค์กรระบุการจำแนกส่วน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน[9] กลุ่มผู้รับผลงาน และตลาดบริการสุขภาพ. องค์กรกำหนดว่าจะมุ่งเน้นบริการสุขภาพสำหรับส่วนใดของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน กลุ่มผู้รับผลงาน และตลาดบริการสุขภาพ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1ก(11) การจำแนกผู้รับผลงาน (customer segmentation)
			111 องค์กรใช้สารสนเทศเกี่ยวกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ตลาด และบริการสุขภาพ เพื่อจำแนกกลุ่มผู้รับบริการและส่วนตลาดในปัจจุบันและในอนาคต รพ.จำแนกกลุ่มผู้รับบริการและส่วนตลาดอย่างไร? ข้อมูลอะไรที่ทำให้จำแนกในลักษณะดังกล่าว?
			112 องค์กรนำข้อมูลผู้รับบริการของคู่แข่ง ผู้รับบริการและตลาดที่พึงมีในอนาคตมาประกอบการจำแนกกลุ่มผู้รับบริการและส่วนตลาด
			113 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการกำหนดกลุ่มผู้รับบริการและส่วนตลาดที่มุ่งเน้น[10] ทั้งในปัจจุบันและในอนาคต กลุ่มผู้รับบริการและส่วนตลาดที่มุ่งเน้นคืออะไร? ใช้เกณฑ์อะไรในการกำหนด?

(2) องค์กรรับฟังและเรียนรู้ ความต้องการและความคาดหวัง ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน รวมทั้งระดับความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน. วิธีการรับฟังเหมาะสมกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน แต่ละกลุ่ม. มีการนำความรู้นี้ไปใช้ในการวางแผนจัดบริการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1ก(21) การรับฟังผู้รับบริการในปัจจุบัน[11] (listening to current customers)

[9] ผู้รับผลงานอื่นๆ ที่มิใช่ผู้รับบริการด้วย เช่น ผู้จ่ายเงิน นักศึกษา ชุมชน

[10] การกำหนดส่วนที่มุ่งเน้น อาจจำแนกได้ตามภูมิศาสตร์ ตามช่องทางการให้บริการ ตามเทคโนโลยีที่ใช้ ตามระบบประกันสุขภาพ ตามหน้าที่ในการให้บริการ (เพื่อบริการสังคม กับสร้างรายได้ให้ รพ.) เหตุผลของการกำหนดส่วนที่มุ่งเน้นอาจเป็นเพราะเป็นกลุ่มที่มีความต้องการที่ซับซ้อน หรือเป็นกลุ่มที่มีความหมายต่อความอยู่รอดของ รพ.

			211 วิธีการรับฟังทำให้รับรู้ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการคืออะไร? มีการนำข้อมูลนี้ไปใช้วางแผนและปรับปรุงอย่างไร?
			212 วิธีการรับฟังผู้รับผลงานมีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการ หรือส่วนตลาด วิธีการรับฟังความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่ใช้เหมือนกันในทุกกลุ่มคืออะไร? วิธีการรับฟังที่มีความเฉพาะสำหรับแต่ละกลุ่มคืออะไร?
			213 องค์กรใช้สื่อสังคมออนไลน์ และ web-based technologies เพื่อรับฟังผู้รับบริการ มีการใช้ social media ในการรับฟังอย่างไร?
			214 วิธีการรับฟังมีความแตกต่างกันตามวงจรชีวิตของการเป็นลูกค้า (customer life cycle) รพ.แบ่ง customer life cycle เป็นอย่างไร? วิธีการรับฟังในแต่ละช่วงของ customer life cycle เป็นอย่างไร? มีการนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ประโยชน์อย่างไร?
			3.1ก(22) การรับฟังผู้รับบริการในอนาคต (listening to potential customers)
			221 มีการรับฟังผู้รับบริการในอดีต เพื่อให้ได้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับคุณภาพบริการ ความช่วยเหลือ และการติดต่อต่างๆ ที่สามารถนำไปใช้ต่อได้ มีการรับฟังผู้รับบริการในอดีตอย่างไร? ข้อมูลสำคัญที่ได้รับคืออะไร? นำไปใช้ปรับปรุงอะไรบ้าง?
			222 มีการรับฟังผู้รับบริการในอนาคต เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการ ความช่วยเหลือ และการติดต่อต่างๆ ที่สามารถนำไปใช้ต่อได้ มีการรับฟังผู้รับบริการในอนาคตอย่างไร? ข้อมูลสำคัญที่ได้รับคืออะไร? นำไปใช้ประโยชน์อย่างไร?
			223 มีการรับฟังผู้รับบริการของคู่แข่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการ ความช่วยเหลือและการติดต่อต่าง ๆ ที่สามารถนำไปใช้ต่อได้ มีการรับฟังผู้รับบริการของคู่แข่งอย่างไร? ข้อมูลสำคัญที่ได้รับคืออะไร? นำไปใช้ประโยชน์อย่างไร?

(3) องค์กรใช้ความเห็นและเสียงสะท้อนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเพื่อเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมากขึ้น, ตอบสนองความต้องการและทำให้ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน พึงพอใจมากขึ้น, และเพื่อค้นหาโอกาสสร้างนวตกรรม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1ก(31) ผลิตภัณฑ์และบริการ (product offerings)
			311 องค์กรมีวิธีการที่เป็นระบบในการกำหนดความต้องการบริการสุขภาพ ของผู้ป่วยและตลาด อะไรคือ patient & market requirement สำหรับบริการสุขภาพที่ รพ.จัดบริการ?

[11] วิธีการรับฟังผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน อาจได้แก่ การสำรวจ การวิจัยตลาด การใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยา การสนทนากลุ่ม การใช้ข้อมูลจาก web และการใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจแสวงหาบริการสุขภาพ

			312 องค์กรมีวิธีการที่เป็นระบบในการกำหนดและสร้างนวตกรรมให้บริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มผู้รับบริการและส่วนตลาด มีการปรับบริการสุขภาพของ รพ.ให้สอดคล้องกับ patient & market requirement อย่างไร?
			313 องค์กรสร้างนวตกรรมให้บริการสุขภาพเพื่อทำให้เหนือกว่าความคาดหวังของกลุ่มผู้รับบริการและส่วนตลาด มีการปรับบริการสุขภาพของ รพ.ให้เหนือกว่าความคาดหวังอย่างไร?
			314 องค์กรค้นหาและสร้างนวตกรรมให้บริการสุขภาพ เพื่อเข้าสู่ตลาดใหม่ ดึงดูดผู้รับบริการใหม่ และสร้างโอกาสในการขยายความสัมพันธ์กับผู้รับบริการในปัจจุบัน *มีการปรับบริการสุขภาพของ รพ.เพื่อเข้าสู่ตลาดใหม่ ดึงดูดผู้รับบริการใหม่ ขยายความสัมพันธ์หรือสร้างความผูกพันกับผู้รับบริการปัจจุบันอย่างไร?*
			3.1ก(32) การใช้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ (customer data use)
			321 องค์กรใช้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ ตลาด และบริการสุขภาพ เพื่อปรับปรุงการตลาด มีการปรับปรุงการตลาดอะไรบ้างที่เป็นผลจากการใช้ customer data?
			322 องค์กรใช้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ ตลาด และบริการสุขภาพ เพื่อสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับบริการให้มากยิ่งขึ้น มีการสร้างวัฒนธรรมอะไรบ้าง ที่เป็นผลจากการใช้ customer data?
			323 องค์กรใช้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ ตลาด และบริการสุขภาพ เพื่อระบุโอกาสในการสร้างนวตกรรม มีการสร้างนวตกรรมอะไรบ้าง ที่เป็นผลจากการใช้ customer data?

I-3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (PCF.2)

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา ความพึงพอใจ และความร่วมมือ. มีการประเมินและนำข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมาใช้ปรับปรุงการดำเนินงาน.

ก. การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

(1) องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความต้องการ, เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา, และเพื่อให้ได้รับความร่วมมือ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.2ก(11) การจัดการความสัมพันธ์ (customer relationship management)
			111 องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา และเพื่อให้ได้รับความร่วมมือ
			112 องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ เพื่อให้ได้ผู้รับบริการใหม่และเพิ่มส่วนแบ่งตลาด
			113 องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ เพื่อรักษาผู้รับบริการ
			114 องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการเพื่อเพิ่มความผูกพันกับองค์กร
			115 องค์กรทำให้เหนือกว่าความคาดหวังในแต่ละขั้นตอนของวงจรชีวิตของความเป็นลูกค้า

(2) มีช่องทางสำหรับให้ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ค้นหาข้อมูลข่าวสาร ขอรับบริการ และเสนอข้อร้องเรียน. องค์กรจัดทำข้อกำหนดที่พึงปฏิบัติสำหรับช่องทางการติดต่อแต่ละรูปแบบและสร้างความมั่นใจว่าข้อกำหนดดังกล่าวได้รับการนำไปปฏิบัติโดยบุคลากรทุกคนและในทุกขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง. มีการแสดงถึงความรับผิดชอบต่อสาธารณะในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่มี คุณภาพบริการ และผลการให้บริการ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.2ก(21) การสนับสนุนผู้รับบริการ (customer support)
			211 องค์กรมีช่องทางให้ผู้รับบริการสามารถสืบค้นข้อมูลและขอความช่วยเหลือ มีช่องทางให้ผู้รับบริการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับบริการของ รพ.อะไรบ้าง? มีช่องทางให้ผู้รับบริการขอความช่วยเหลือจาก รพ.อะไรบ้าง? มีการใช้ช่องทางดังกล่าวมากเพียงใด? เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่คาดไว้เป็นอย่างไร?
			212 องค์กรมีช่องทางให้ผู้รับบริการเข้ารับบริการ มีช่องทางให้ผู้รับบริการเข้ารับบริการอะไรบ้าง? ช่องทางใดที่สะดวกราบรื่น? ช่องทางใดที่มีแผนจะปรับปรุง?
			213 องค์กรมีช่องทางให้ผู้รับบริการเสนอข้อร้องเรียน ให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับบริการ มีช่องทางให้ผู้รับบริการเสนอข้อร้องเรียนและให้ข้อมูลป้อนกลับอะไรบ้าง? สถิติและแนวโน้มการร้องเรียนและให้ข้อมูลป้อนกลับเป็นอย่างไร?
			214 องค์กรมีแนวทางสื่อสารและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการ ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่ม

			ผู้รับบริการ หรือส่วนตลาดแต่ละกลุ่ม มีผู้รับบริการกลุ่มใดบ้างที่อาจต้องการความช่วยเหลือจาก รพ. ทั้งในระหว่างที่อยู่ รพ. และหลังจากจำหน่าย.? มีแนวทางการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการกลุ่มดังกล่าวอย่างไร? ผู้ป่วยมีโอกาสรับทราบแนวทางการให้ความช่วยเหลือดังกล่าวอย่างไร? สถิติและแนวโน้มเกี่ยวกับการขอรับและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างไร?
			215 องค์กรระบุข้อกำหนดสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการ (แนวทางปฏิบัติ มาตรฐานสำหรับช่องทางการติดต่อต่างๆ) และทำให้มั่นใจว่าข้อกำหนดดังกล่าวได้ถ่ายทอดไปยังทุกคนและทุกกระบวนการที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปปฏิบัติ ข้อกำหนดสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการมีอะไรบ้าง?
			216 องค์กรแสดงถึงความรับผิดชอบต่อสาธารณะในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่มีคุณภาพบริการ และผลการให้บริการ ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่ รพ.เผยแพร่ต่อสาธารณะมีอะไรบ้าง? เผยแพร่ด้วยวิธีการใดบ้าง?

(3) องค์กรจัดการกับคำร้องเรียนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผลและทันท่วงที. มีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.2ก(31) การจัดการกับคำร้องเรียน (complaint management)
			311 องค์กรมีกระบวนการที่เป็นระบบในการจัดการกับคำร้องเรียนของผู้รับบริการ[12] มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติส่งเสริมให้มีการปฏิบัติที่สอดคล้องกัน
			312 ผู้ป่วยได้รับแจ้งถึงกระบวนการที่จะยื่นข้อร้องเรียน ข้อขัดแย้ง หรือข้อคิดเห็นที่แตกต่าง
			313 องค์กรทำให้มั่นใจว่ากระบวนการจัดการข้อร้องเรียนทำให้ข้อร้องเรียน ข้อขัดแย้ง และข้อคิดเห็นที่แตกต่าง ได้รับสืบสวนและแก้ไขอย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิผล
			314 ผู้ป่วย (และครอบครัวเมื่อมีข้อบ่งชี้) มีส่วนร่วมในกระบวนการหาข้อยุติ
			315 กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการทำให้เรียกความเชื่อมั่นกลับคืนมา (ปรับเปลี่ยนประสบการณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการให้เป็นประสบการณ์เชิงบวก)
			316 กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการเสริมสร้างความพึงพอใจและความผูกพัน
			3.2ก(32) การรวบรวมและวิเคราะห์ (aggregation and analysis)

[12] ครอบคลุมถึง การฝึกอบรมและสร้างความตระหนักแก่บุคลากรทุกระดับ, การจัดตั้งและฝึกอบรมทีมงานลูกค้าสัมพันธ์หรือทีมงานประสานความเข้าใจตามความเหมาะสม, การตอบสนองเบื้องต้น ณ จุดรับบริการเมื่อมีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่พึงพอใจ, การสืบค้น แก้ปัญหา และแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบ, การดำเนินการในกรณีที่เกิดความสูญเสียรุนแรง, การประเมินผลการตอบสนองแต่ละราย (ความรวดเร็วในการตอบสนองระดับการแก้ปัญหาจากมุมมองของผู้รับบริการและมุมมองของเจ้าหน้าที่), การจัดระบบรวบรวมข้อมูล

			321 มีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียน[13] นำมาจัดลำดับความสำคัญ สื่อสาร เพื่อให้มีการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร ผลการวิเคราะห์คำร้องเรียนเป็นอย่างไร? มีการนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการปรับรุงทั่วทั้งองค์กรอย่างไร?
			322 มีการวิเคราะห์คำร้องเรียนที่สะท้อนถึงจุดอ่อนในระบบการดูแลผู้ป่วย คำร้องเรียนที่เกิดขึ้นซ้ำๆ โดยไม่มีแนวโน้มลดลง และส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพในประเด็นดังกล่าวอย่างจริงจัง คำร้องเรียนที่มีความสำคัญสูงเนื่องจากเป็นเรื่องเกี่ยวกับจุดอ่อนในการดูแลผู้ป่วย หรือเกิดขึ้นซ้ำๆ มีอะไรบ้าง? มีการนำมาสู่การปรับปรุงอย่างไร?

[13] เช่น ลักษณะคำร้องเรียน ความถี่ แนวโน้ม และอาจรวมไปถึงการวิเคราะห์ root cause

ข. การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

(1) มีการประเมินความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน และใช้ข้อมูลนี้เพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน. วิธีการวัดผลเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย / ผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม และได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.2ข(11) ความพึงพอใจและความผูกพัน (customer satisfaction and engagement)
			111 องค์กรมีวิธีการที่เป็นระบบในการประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้รับบริการ การประเมินความพึงพอใจมีความถี่/ความครอบคลุมอย่างไร? ประเด็นสำคัญที่นำมาประเมินคืออะไร? มีการปรับเปลี่ยนจุดเน้นในการประเมินอย่างไร?
			112 วิธีการวัดหรือประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน เหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการและส่วนตลาดต่างๆ แต่ละกลุ่ม การประเมินความพึงพอใจในแต่ละกลุ่มผู้รับบริการมีจุดเน้นและวิธีการที่แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร?
			113 การวัดดังกล่าวให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้เพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน มีการปรับปรุงอะไรบ้างที่เป็นผลจากการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ?
			114 การวัดดังกล่าวให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้เพื่อตอบสนองให้เหนือกว่าความคาดหวังและสร้างความผูกพันกับผู้รับบริการ *มีการปรับปรุงอะไรบ้างที่ทำให้เหนือกว่าความคาดหวังและสร้างความผูกพัน ที่เป็นผลจากการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ?*
			3.2ข(12) ความพึงพอใจเปรียบเทียบกับคู่แข่ง (satisfaction relative to competitors)
			121 องค์กรมีวิธีการที่เป็นระบบในการเสาะหาข้อมูลด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อองค์กรเทียบกับที่มีต่อองค์กรที่มีบริการคล้ายคลึงกัน ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อ รพ.เทียบกับ รพ.อื่นที่มีบริการคล้ายคลึงกันเป็นอย่างไร? ประเด็นใดที่ รพ.ทำได้ดีกว่า? ประเด็นใดที่องค์กรอื่นทำได้ดีกว่า? มีการนำมาปรับปรุงอย่างไร?
			122 องค์กรมีวิธีการที่เป็นระบบในการเสาะหาข้อมูลด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อองค์กรเทียบกับที่มีต่อคู่แข่ง
			3.2ข(13) ความไม่พึงพอใจ (dissatisfaction)
			131 องค์กรมีวิธีการที่เป็นระบบในการประเมินความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ รพ.มีวิธีการอย่างไรในการประเมินหรือรับฟังความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ? มีการปรับปรุงวิธีการหรือจุดเน้นในการประเมินอย่างไร?
			132 การวัดดังกล่าวทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การปรับปรุงที่เป็นผลมาจากการรับฟังข้อมูลความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการมีอะไรบ้าง?

			133 การวัดดังกล่าวทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถทำให้เหนือกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการ

(2) มีการติดตามผลหลังการเข้ารับบริการจากผู้ป่วย / ผู้รับผลงานทันที เพื่อให้ได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.2ข(21) การติดตามผลหลังการเข้ารับบริการ (customer feedback)
			211 มีการติดตามความคิดเห็นของผู้รับบริการในเรื่องคุณภาพบริการ ความช่วยเหลือ และการติดต่อต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลป้อนกลับอย่างทันท่วงทีและสามารถนำไปวางแผนและปรับปรุงกระบวนการทำงานได้ มีการรับ customer feedback หลังเข้ารับบริการอย่างไร ในเวลาเท่าใด ครอบคลุมเพียงใด?
			212 มีระบบที่ proactive ในการติดตามข้อมูลป้อนกลับ โดยมุ่งเน้นไปที่กลุ่มที่มีศักยภาพในการให้ข้อแนะนำที่เป็นประโยชน์ และกลุ่มที่คาดว่าได้รับบริการที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง กลุ่มที่มีศักยภาพในการให้ข้อแนะนำที่เป็นประโยชน์คือกลุ่มใดบ้าง? มีวิธีการอย่างไรที่จะติดตาม feedback จากผู้รับบริการกลุ่มนี้? รพ.มีวิธีการในการติดตามรับ feedback จากผู้ที่คาดว่าจะได้รับบริการที่ไม่เป็นไปตามคาดหวังอย่างไร?
			213 ผู้เกี่ยวข้องนำประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาไปดำเนินการปรับปรุง การปรับปรุงที่เป็นผลจาก customer feedback มีอะไรบ้าง?

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

(1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.3ก(11) การคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย (Patient's Charter)
			111 สิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
			112 สิทธิที่จะได้รับบริการโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ
			113 สิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน
			114 สิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือโดยทันทีเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต
			115 สิทธิที่จะทราบชื่อ สกุล และประเภท ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ให้บริการแก่ตน
			116 สิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และสิทธิในการขอเปลี่ยนตัวผู้ให้บริการหรือสถานบริการ
			117 สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองโดยเคร่งครัด
			118 สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัย
			119 สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ
			11A บิดามารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้
			3.3ก(12) การรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย (patient's data confidentiality)
			121 ผู้ป่วยได้รับการแจ้งให้ทราบถึงวิธีการรักษาความลับข้อมูลผู้ป่วย รวมถึงกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการเปิดเผยและรักษาความลับของข้อมูลของผู้ป่วย
			122 ผู้ป่วยได้รับการขออนุญาต หากจะต้องมีการเปิดเผยข้อมูลที่ไม่ถูกกำหนดโดยกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ
			123 องค์กรเคารพในความลับของข้อมูลของผู้ป่วย
			124 องค์กรกำหนดสารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่สามารถเปิดเผยให้ครอบครัวหรือบุคคลอื่นทราบ และสถานการณ์ที่จะเปิดเผย
			3.3ก(13) สิทธิอื่น ๆ
			131 ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิตามที่ระบุไว้ในกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
			132 ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิตามประเพณีปฏิบัติของชุมชนและของผู้ป่วย

ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

(1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและทราบบทบาทของตนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.3ข(11) องค์กรจัดให้มีกระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยและครอบครัว (patients' right support process)
			111 องค์กรจัดให้มีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ รวมทั้งการคุ้มครองโดยผู้ป่วยไม่ต้องร้องขอ
			3.3ข(12) การให้ความรู้/สร้างความตระหนักแก่บุคลากร (staff awareness)
			121 มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติเป็นแนวทางในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และเป็นที่รับรู้ของบุคลากร
			122 บุคลากรเข้าใจบทบาทของตนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยและครอบครัว
			123 ทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดปัญหาหรือความไม่พร้อมในการให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และสถานการณ์ที่ควรใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย และกำหนดแนวปฏิบัติที่เหมาะสม

(2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.3ข(21) การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ (patient are informed)
			211 มีการจัดทำสื่อเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วยในลักษณะที่เข้าใจง่าย มีการติดประกาศข้อความสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วย หรือสามารถขอได้จากเจ้าหน้าที่ทุกเวลา สำหรับผู้ป่วยในควรเป็นเอกสารประจำห้องหรือประจำเตียง
			212 มีกระบวนการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วย เมื่อการสื่อสารด้วยลายลักษณ์อักษรไม่ได้ผลหรือไม่เหมาะสม

(3) มีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.3ข(31)การคำถึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรม (patients' rignt inall patient care related activities)
			311 มีการประเมินโอกาสที่จะละเมิดสิทธิผู้ป่วยในขั้นตอนต่างๆ ของแต่ละจุดบริการด้วยการเข้าไปสังเกตการณ์ในสถานที่จริง
			312 มีการปรับปรุงและสร้างความเข้าใจในประเด็นที่พบ

(4) ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.3ข(41) การวิเคราะห์สถานการณ์
			411 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีโอกาสถูกทำร้ายจากการให้บริการด้านร่างกาย และจัดทำแนวทางป้องกัน
			412 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีโอกาสถูกทำร้ายจากการให้บริการด้านจิตใจ[14] และจัดทำแนวทางป้องกัน
			413 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีโอกาสถูกทำร้ายจากการให้บริการด้านสังคม[15] และจัดทำแนวทางป้องกัน
			3.3ข(42) การป้องกันการถูกทำร้ายร่างกาย (physical assault)
			421 องค์กรมีกระบวนการป้องกันผู้ป่วยจากการถูกทำร้ายร่างกาย
			422 มีการระบุวิธีการป้องกัน ทารก เด็ก คนชรา และผู้ที่ไม่สามารถป้องกันตัวเองได้หรือป้องกันตัวเองได้น้อย จากการถูกทำร้ายร่างกาย
			423 มีการตรวจสอบและสอบถามบุคคลที่เข้ามาในสถานที่โดยไม่แสดงสถานะการบ่งชี้ตัวบุคคล
			424 พื้นที่ที่อยู่ลับตาหรือพื้นที่เปลี่ยวได้รับการตรวจสอบหรือสอดส่องดูแล
			3.3ข(43) การป้องกันการถูกทำร้ายด้านจิตใจและสังคม (psychological and social assault)
			431 มีการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้เพื่อป้องกันการทำร้ายผู้ป่วยด้านจิตใจ
			432 มีการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้เพื่อป้องกันการทำร้ายผู้ป่วยด้านสังคม
			3.3ข(44) การปกป้องคุ้มครองทรัพย์สินของผู้ป่วยจากการถูกลักขโมยหรือสูญหาย (theft or loss)
			441 องค์กรกำหนดระดับความรับผิดชอบที่จะมีต่อทรัพย์สินของผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการเก็บรักษาทรัพย์สินให้ปลอดภัย และผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับทรัพย์สินของตนได้
			442 ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรับผิดชอบขององค์กรในการปกป้องคุ้มครองทรัพย์สินส่วนบุคคล
			443 ทรัพย์สินของผู้ป่วยได้รับการดูแลคุ้มครอง หรือเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบดูแลได้ด้วยตนเอง

(5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล.

[14] เช่น การใช้คำพูดหรือการกระทำที่คุกคาม เป็นปรปักษ์ ไม่เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ปิดโอกาสที่จะแสดงความคิดเห็น การข่มขู่ การกักขัง

[15] เช่น การใช้คำพูดหรือการกระทำบางอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.3ข(51) การเคารพความเป็นส่วนตัวและศักดิศรีของความเป็นมนุษย์ (patients' right and human dignity)
			511 บุคลากรรับรู้และให้ความเคารพต่อภาวะความเป็นส่วนตัว ในระหว่างการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การทำหัตถการ /รักษา และการเคลื่อนย้าย
			512 บุคลากรให้การดูแลด้วยความเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
			3.3ข(52) การเคารพในค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล (personal values and belief)
			521 บุคลากรรับรู้และให้การดูแลโดยเคารพต่อค่านิยมและความเชื่อของผู้ป่วย/ครอบครัว
			522 มีการสนองคำขอความช่วยเหลือทางด้านศาสนาหรือจิตวิญญาณ

(6) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน. [ครอบคลุมใน 3.3 ก (1) เรื่องการไม่เลือกปฏิบัติแล้ว]

(7) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิกได้รับการคุ้มครองสิทธิ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.3ข(71) การเข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิก (clinical research participation)
			711 มีคณะกรรมการหรือกลไกกำกับดูแลงานวิจัยในคนขององค์กรซึ่งมีเป้าหมายที่ชัดเจน มีบทบาทในการทบทวนวิธีวิจัย การเปรียบเทียบผลได้ผลเสียต่อผู้เข้าร่วมโครงการ รวมทั้งการรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลจากงานวิจัย
			712 มีการระบุผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการเข้าร่วมวิจัย แจ้งให้ทราบถึงวิธีการเข้าร่วมในการวิจัย
			713 มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลและการตัดสินใจ
			714 ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลได้ผลเสียในการเข้าร่วมวิจัย ทางเลือกอื่นๆ และขั้นตอนที่ต้องปฏิบัติตาม
			715 ผู้ป่วยได้รับข้อมูลวิธีการที่องค์กรคุ้มครองผู้เข้าร่วมงานวิจัย ได้แก่ การทบทวนวิธีวิจัย การเปรียบเทียบผลได้ผลเสีย การขอความยินยอม การถอนตัว
			716 ผู้ป่วยได้รับความมั่นใจว่าการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยจะไม่ส่งผลเสียต่อการดูแลที่จะได้รับ
			717 เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยทางคลินิก มีการบันทึกความยินยอมในเวชระเบียนผู้ป่วย โดยการลงนามหรือลงบันทึกถ้อยคำที่ให้การยินยอม พร้อมวันที่ ชื่อผู้ให้ข้อมูลและผู้ขอความยินยอม

ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

(1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์. การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.3ค(11) สิทธิของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill patients)
			111 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ด้วยความเห็นอกเห็นใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิที่ผู้ป่วยจะได้จากไปอย่างสงบ
			112 บุคลากรตระหนักและเคารพในความต้องการของผู้ป่วยที่กำลังจะสิ้นชีวิต[16]
			113 มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวถึงสิทธิที่จะปฏิเสธหรือยุติการรักษา ผลที่จะตามมา หน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบ และทางเลือกในการดูแลรักษา
			114 องค์กรระบุจุดยืนสำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ การละเว้น หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับข้อบังคับหรือกฎหมาย บรรทัดฐานทางศาสนา ความเชื่อและวัฒนธรรม
			115 การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต กระทำโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว
			116 มีการเคารพสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการประเมินและบำบัดความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม ด้วยความเข้าใจในปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกถึงความเจ็บปวด[17]
			117 มีการช่วยเหลือ ให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาแก่ญาติหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

(2) ผู้รับบริการที่เป็นเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.3ค(21) การคุ้มครองสิทธิของผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (vulnerable patients)
			211 องค์กรบ่งชี้กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้
			212 เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยอื่นๆ ที่องค์กรระบุไว้ ได้รับการปกป้องคุ้มครอง
			213 เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจในหน้าที่รับผิดชอบของตนต่อกระบวนการปกป้องคุ้มครอง
			3.3ค(22) การดูแลผู้ป่วยเด็ก (vulnerable children)
			221 มีการจัดสถานที่เฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยเด็ก
			222 การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากไฟฟ้า เครื่องจักรกล น้ำยา หรือสารอันตรายต่างๆ
			223 หน่วยบริการผู้ป่วยเด็กมีเครื่องมือและยาเฉพาะสำหรับเด็ก เช่น เครื่องดมยาสลบ เครื่องพ่นยา เครื่องปรับหยดน้ำเกลือ ชุดให้สารน้ำ เครื่องช่วยชีวิต

[16] เช่น การบำบัดบรรเทาอาการ การบำบัดความเจ็บปวด การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ/อารมณ์/สังคม/วัฒนธรรม การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

[17] เช่น ปัจจัยด้านบุคคล วัฒนธรรม และสังคม

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			224 เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและยาสำหรับเด็ก
			225 เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษต่อเด็กที่ป่วยหนัก เด็กที่มีความผิดปกติทางร่างกาย หรือประสาทสัมผัส เด็กที่เรียนรู้ช้า เด็กที่ไม่มีญาติมาเฝ้าดูแล
			226 พ่อแม่หรือผู้ปกครองได้รับการส่งเสริมให้อยู่เฝ้าเด็กระหว่างการนอนโรงพยาบาล
			3.3ค(23) การดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (disabled individuals and vulnerable elderly)
			231 ทีมดูแลผู้ป่วยวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้กลุ่มนี้
			232 ทีมดูแลผู้ป่วยออกแบบระบบเพื่อป้องกันปัญหาที่วิเคราะห์ไว้
			233 มีการประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม

(3) มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก หรือผูกยึด อย่างเหมาะสม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.3ค(31) การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก หรือผูกยึด (seclusion and restraints)
			311 มีข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่เหมาะสมในการแยกหรือผูกยึดผู้ป่วย และมีแนวทางในการใช้ทางเลือกทดแทน
			312 การแยกหรือผูกยึดผู้ป่วยจะต้องได้รับอนุญาตจากแพทย์ที่ดูแล และบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย
			313 มีการติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น ประเมินความจำเป็นที่ยังต้องมีการแยกหรือผูกยึดผู้ป่วยและยุติการใช้โดยเร็วที่สุด

(4) องค์กรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อ กำกับดูแลการผ่าตัดรับอวัยวะและเนื้อเยื่อและการนำไปปลูกถ่าย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.3ค(41) การบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อ (organs and tissues donation)
			411 องค์กรสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวในการบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่ออื่นๆ และให้ข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจดังกล่าว
			412 มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดหาและบริจาคอวัยวะ และการปลูกถ่ายอวัยวะ
			413 บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับนโยบายและวิธีปฏิบัติดังกล่าว รวมถึงข้อกังวลเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ และความพร้อมในการปลูกถ่ายอวัยวะ
			414 องค์กรได้รับการยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวจากผู้บริจาคที่มีชีวิต
			415 องค์กรร่วมมือกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชน ในการเคารพและนำการตัดสินใจบริจาคไปปฏิบัติ

I – 4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

I-4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1)

องค์กรจัดให้มีการวัด วิเคราะห์ ปรับทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน โดยใช้ข้อมูลและสารสนเทศ ในทุกระดับและทุกส่วนขององค์กร.

ก. การวัดผลงาน

(1) องค์กรเลือก รวบรวม และเชื่อมโยงข้อมูล / สารสนเทศ / ตัวชี้วัดสำคัญที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อใช้ติดตามผลการปฏิบัติงานประจำวัน, ติดตามผลงานขององค์กรโดยรวม, ติดตามความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ, สนับสนุนการตัดสินใจและการสร้างนวตกรรมขององค์กร.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1ก(11) ตัววัดผลการดำเนินการ (performance indicators)
			111 มีการกำหนดทิศทางของตัววัดทั้งองค์กรให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน (alignment)
			112 มีวิธีการที่เป็นระบบในการเลือกตัววัดผลการดำเนินการขององค์กร โดยผู้นำขององค์กรมีส่วนในการระบุเรื่องที่เป็นเป้าหมายของการวัดและพัฒนา[18]
			113 มีการรวบรวมและบูรณาการ (integration) ตัววัดจากแหล่งต่างๆ เพื่อให้เป็นข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งองค์กร
			114 มีตัววัดผลการดำเนินการขององค์กรที่เหมาะสมสำหรับการติดตามการปฏิบัติงานประจำวัน
			115 มีตัววัดผลการดำเนินการขององค์กรที่เหมาะสมสำหรับการติดตามผลการดำเนินการโดยรวมขององค์กร
			116 มีตัววัดผลการดำเนินการขององค์กรที่เหมาะสมสำหรับการติดตามความก้าวหน้าเทียบกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
			117 มีการติดตามตัววัดผลการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ
			118 มีการสื่อสารผลของการวัดไปยังผู้นำระดับสูงและผู้กำกับดูแลกิจการเป็นระยะ และใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในระดับองค์กร
			119 มีการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการสร้างนวตกรรม

[18] ตัววัดที่เลือกแต่ละตัวมี “วิชาการ” หรือ “หลักฐาน” รองรับ, เป็นการวัดที่ครอบคลุมโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์, มีการกำหนดขอบเขต วิธีการ และความถี่สำหรับแต่ละตัววัด

(2) องค์กรเลือกข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบที่สำคัญ และทำให้มั่นใจว่ามีการนำไปใช้สนับสนุนการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิผล.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1ก(21) ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ (comparative data)
			211 องค์กรมีวิธีการที่เป็นระบบในการเลือกข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่สำคัญ[19] *รพ.ควรนำเสนอว่าข้อมูลอะไรที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จและควรมีการเปรียบเทียบ, รพ.ใช้เกณฑ์อะไรในการคัดเลือกแหล่งข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ (ข้อมูลจากองค์กรภายนอก), นำเสนอผลการเปรียบเทียบ*
			212 องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่สำคัญเพื่อการตัดสินใจระดับปฏิบัติการและระดับกลยุทธ์ *รพ.ควรนำเสนอผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบข้อมูล และการนำมาใช้ตัดสินใจในการปรับปรุงงานประจำ และการปรับปรุงกลยุทธ์*
			213 องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่สำคัญเพื่อการสร้างนวตกรรม *รพ.ควรนำเสนอข้อมูลว่าการเปรียบเทียบข้อมูลนำมาสู่การสร้างนวตกรรมอะไรบ้าง*

(3) องค์กรปรับปรุงระบบการวัดผลการดำเนินการ (performance measurement system) ให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางของบริการสุขภาพ, ไวต่อการเปลี่ยนแปลงภายในหรือภายนอกที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1ก(31) ข้อมูลผู้รับบริการ (customer data)
			311 องค์กรมีวิธีการที่เป็นระบบในการเลือกและสร้างความมั่นใจว่าใช้ข้อมูลเสียงของผู้รับบริการ (voice of customer) รวมถึงข้อร้องเรียน เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในระดับปฏิบัติการและระดับกลยุทธ์
			312 องค์กรมีวิธีการที่เป็นระบบในการเลือกและสร้างความมั่นใจว่าใช้ข้อมูลเสียงของผู้รับบริการ (voice of customer) รวมถึงข้อร้องเรียน เพื่อสนับสนุนการสร้างนวตกรรม
			4.1ก(32) ความคล่องตัวของการวัดผล (measurement agility)
			321 องค์กรทำให้มั่นใจว่าระบบการวัดผลการดำเนินการขององค์กรสามารถตอบสนองการเปลี่ยนแปลงภายในหรือภายนอกที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือที่ไม่ได้คาดคิด

[19] ควรประกอบด้วย (1) การเปรียบเทียบกับมาตรฐานวิชาชีพ กฎระเบียบ และการปฏิบัติที่พึงประสงค์ (2) การเปรียบกับภายนอก ซึ่งอาจจะเป็นองค์กรที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน ระดับผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ ระดับผลงานของคู่แข่ง หรือระดับผลงานที่ดีเลิศ

			322 มีการทบทวนและปรับปรุงระบบการวัดผลการดำเนินการขององค์กรในประเด็นการตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง, การบรรลุผลสัมฤทธิ์ของวิธีการที่ใช้อยู่, การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น[20]

ข. การวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลงาน

(1) องค์กรทบทวนประเมินผลการดำเนินการ และขีดความสามารถขององค์กร (organizational performance and capabilities). มีการวิเคราะห์เพื่อสนับสนุนการทบทวนประเมินผลและสร้างความมั่นใจว่าได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือ. องค์กรใช้การทบทวนนี้เพื่อประเมินความสำเร็จขององค์กร, ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ, และความสามารถในการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงขององค์กรและสิ่งแวดล้อมภายนอก.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1ข(11) การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ (performance analysis and review)
			111 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการทบทวนผลการดำเนินการและขีดความสามารถขององค์กร
			112 องค์กรใช้ตัววัดผลการดำเนินการที่สำคัญเพื่อการทบทวนในข้อ 111
			113 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการวิเคราะห์ข้อมูล[21]เพื่อนำมาสนับสนุนการทบทวนผลการดำเนินการ และทำให้มั่นใจว่าข้อมูลได้รับแปลงไปเป็นสารสนเทศที่ใช้ประโยชน์ได้
			114 มีการรายงานผลของการวิเคราะห์แก่ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการปฏิบัติ
			115 องค์กรใช้การทบทวนเพื่อประเมินผลสำเร็จขององค์กร (ตามพันธกิจและเป้าประสงค์)
			116 องค์กรใช้การทบทวนเพื่อประเมินผลการดำเนินการในเชิงแข่งขันและความมั่นคงทางการเงิน
			117 องค์กรใช้การทบทวนเพื่อประเมินความก้าวหน้าเทียบกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
			118 องค์กรใช้การทบทวนเพื่อประเมินความสามารถขององค์กรที่จะตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อความต้องการขององค์กรที่เปลี่ยนแปลงไป
			119 องค์กรใช้การทบทวนเพื่อประเมินความสามารถขององค์กรที่จะตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อความท้าทายในสภาพแวดล้อมที่องค์กรดำเนินการอยู่

[20] การเปลี่ยนแปลงที่อาจมีผลต่อการวัดผลการดำเนินการ เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร แนวโน้มผู้รับบริการและปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

[21] (1) การวิเคราะห์ประกอบด้วย การประเมินแนวโน้ม, การคาดการณ์ทั้งในระดับองค์กร ระดับธุรกิจโดยรวม และการคาดการณ์เทคโนโลยี, การเปรียบเทียบ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล และการหาความสัมพันธ์ระหว่างกัน (2) การวิเคราะห์ทำให้ทราบต้นเหตุของปัญหา และช่วยจัดลำดับความสำคัญในการใช้ทรัพยากร (3) การวิเคราะห์ทำโดยบุคลากรที่เหมาะสม ใช้เครื่องมือและเทคนิคทางสถิติที่เหมาะสม ความถี่ของการวิเคราะห์เหมาะสมกับกระบวนการที่ศึกษาและเป็นไปตามข้อกำหนดขององค์กร

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1ข(12) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best-practice sharing)
			121 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้บทเรียนจากการทบทวนผลการดำเนินการ
			122 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศข้ามหน่วยงานและกระบวนการทำงาน
			4.1ข(13) ผลการดำเนินการในอนาคต (future performance)
			131 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการคาดการณ์ผลการดำเนินการในอนาคตจากการทบทวนผลการดำเนินการ
			132 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการคาดการณ์ผลการดำเนินการในอนาคตจากข้อมูลเชิงเปรียบเทียบและข้อมูลเชิงแข่งขันที่สำคัญ

(2) องค์กรนำสิ่งที่ได้จากการทบทวนประเมินผลงานขององค์กรมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงและหาโอกาสสร้างนวตกรรม, พร้อมทั้งถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร.

(3) องค์กรนำผลการทบทวนประเมินผลงานขององค์กร ไปใช้ในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญอย่างเป็นระบบ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1ข(31) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและนวตกรรม (continuous improvement and innovation)
			311 องค์กรใช้ผลการทบทวนผลการดำเนินการไปจัดลำดับความสำคัญของเรื่องที่ต้องนำไปปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
			312 องค์กรใช้ผลการทบทวนผลการดำเนินการไปเป็นโอกาสในการสร้างนวตกรรม
			313 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการถ่ายทอดลำดับความสำคัญของการปรับปรุง เพื่อให้นำไปปฏิบัติในแนวทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร
			314 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการถ่ายทอดลำดับความสำคัญของการปรับปรุงไปสู่ผู้ส่งมอบพันธมิตร และผู้ให้ความร่วมมือขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติอย่างสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับองค์กร

I-4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (MAK.2)

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

ก. การจัดการทรัพยากรสารสนเทศ

(1) ข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับบุคลากร / ผู้บริหาร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / องค์กรภายนอก มีความพร้อมใช้งาน (available) เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการ การตรวจสอบทางคลินิก การพัฒนาคุณภาพ การศึกษา และการวิจัย. แผนงานและการจัดการสารสนเทศ มีความเหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.2ก(11) ความพร้อมใช้งานของข้อมูลและสารสนเทศ (data and in formation availability)
			111 มีการพิจารณาความต้องการใช้ข้อมูลของบุคลากร/ผู้บริหาร/ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน/องค์กรภายนอก/ผู้ส่งมอบ/พันธมิตร/คู่ความร่วมมือ ในการวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศ
			112 การวางแผนและการจัดการระบบสารสนเทศมีความเหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร
			113 บุคลากรทางการแพทย์และผู้บริหารมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศ
			114 ข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องการมีความพร้อมใช้งานสำหรับบุคลากร/ผู้บริหาร/ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน/องค์กรภายนอก/ผู้ส่งมอบ/พันธมิตร/คู่ความร่วมมือ มีการเผยแพร่ให้ผู้ใช้ในเวลาและรูปแบบที่เหมาะสม ผู้ใช้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นเพื่อปฏิบัติหน้าที่ของตน
			115 มีการให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการของการจัดการสารสนเทศ[22]แก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน เหมาะสมกับหน้าที่รับผิดชอบ
			116 มีข้อมูลและสารสนเทศรวมยอด (aggregate data & information) สนับสนุนการดูแลผู้ป่วย การบริหารองค์กร การตรวจสอบทางคลินิกและการพัฒนาคุณภาพ การศึกษาและการวิจัย
			117 องค์กรมีกระบวนการที่จะรวมยอดข้อมูล กำหนดข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องมีการรวม

[22] ความรู้เหล่านี้ได้แก่ ความมั่นคงปลอดภัยและการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศ, การใช้เครื่องมือวัด เครื่องมือทางสถิติ และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล, การแปลความหมายข้อมูล, การใช้ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อช่วยในการตัดสินใจ, และการใช้ตัววัดเพื่อประเมินและปรับปรุงกระบวนการดูแลและการทำงาน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			ยอดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทั้งในและนอกองค์กร

(2) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าฮาร์ดแวร์และซอฟท์แวร์มีความเชื่อถือได้ ป้องกันไม่ให้ข้อมูลรั่วไหล และใช้งานง่าย (reliable, secure, and user-friendly).

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.2ก(21) คุณลักษณะของฮาร์ดแวร์และซอฟท์แวร์ (hardware and software properties)
			211 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการทำให้มั่นใจว่าฮาร์ดแวร์มีความเชื่อถือได้ มั่นคง ปลอดภัย และใช้งานง่าย
			212 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการทำให้มั่นใจว่าซอฟท์แวร์มีความเชื่อถือได้ มั่นคง ปลอดภัย และใช้งานง่าย

(3) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟท์แวร์ มีความพร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่อง (continued availability) ในภาวะฉุกเฉิน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.2ก(31)ความพร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน (emergency availability)
			311 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการทำให้มั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศมีความพร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน เพื่อตอบสนองผู้ป่วยและความต้องการของกิจการอย่างมีประสิทธิผล
			312 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการทำให้มั่นใจว่าฮาร์ดแวร์และซอฟท์แวร์มีความพร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน เพื่อตอบสนองผู้ป่วยและความต้องการของกิจการอย่างมีประสิทธิผล

ข. การจัดการความรู้ขององค์กร

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

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.2ข(11) การจัดการความรู้ (knowledge management)
			111 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการรวบรวมและถ่ายทอดความรู้ของบุคลากร[23]
			112 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการถ่ายทอดความรู้ที่เกี่ยวข้อง ระหว่างองค์กรกับผู้ป่วย ผู้ส่งมอบ พันธมิตร และผู้ให้ความร่วมมือ[24]
			113 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการระบุ แบ่งปัน และนำวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศไปดำเนินการ[25]
			114 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการรวบรวมและถ่ายทอดความรู้ที่เกี่ยวข้องไปใช้ในการสร้างนวตกรรม
			115 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการรวบรวมและถ่ายทอดความรู้ที่เกี่ยวข้องไปใช้ในการวางแผนกลยุทธ์
			4.2ข(12) การสนับสนุนด้วยสารสนเทศ[26] (information support)
			121 มีการนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการดูแลรักษาที่เป็นปัจจุบันมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย
			122 มีสารสนเทศ/ความรู้สนับสนุนการดูแลผู้ป่วย การเรียนรู้ การวิจัย และการบริหารจัดการ ที่เป็นปัจจุบัน มีคุณค่า ในเวลาที่คาดหวัง

[23] เช่น การปลูกฝังความรับผิดชอบต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้, การฝังความรู้ลงในบริการและการทำงาน, การผลิตความรู้จากการทำงานในองค์กรและการสื่อสาร, การนำความรู้ไปสู่นวตกรรม, การทำผังเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ, การบูรณาการการจัดการความรู้กับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

[24] เช่น การเชิญผู้ป่วยมาร่วมให้ข้อคิดเห็นและนำเสนอความต้องการเพื่อปรับปรุงบริการเฉพาะเรื่อง, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลภายนอกในเวทีต่างๆ

[25] เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรผ่าน CoP, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การแก้ปัญหาที่หน้างาน, การเก็บเกี่ยวความรู้จากผู้อาวุโสหรือผู้ที่จะออกจากงาน, การพัฒนาจิตตปัญญาของบุคลากรผ่านสุนทรียสนทนา

[26] เช่น บทความทางวิทยาศาสตร์และการบริหารจัดการ แนวปฏิบัติทางคลินิก ข้อค้นพบจากการวิจัย อินเตอร์เน็ต เอกสารสิ่งพิมพ์ในห้องสมุด แหล่งข้อมูลให้ค้นหาแบบออนไลน์ เอกสารส่วนบุคคล

ค. คุณภาพของข้อมูล สารสนเทศ และความรู้

(1) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าข้อมูล สารสนเทศ และความรู้ขององค์กร มีความแม่นยำ เชื่อถือได้ ทันเหตุการณ์ และมั่นคงปลอดภัย (accuracy, reliability, timeliness, and security of data, information and knowledge).

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.2ค(11) ความถูกต้องแม่นยำ (accuracy and reliability)
			111 มีการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล (data validation)[27] ตัววัดสำคัญ[28]
			112 ผู้นำขององค์กรสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลคุณภาพและผลลัพธ์ที่นำเสนอต่อสาธารณะมีความถูกต้องแม่นยำ น่าเชื่อถือ
			4.2ค(12) ความทันเหตุการณ์ (timeliness)
			121 องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีข้อมูล สารสนเทศ และความรู้ขององค์กร ทันความต้องการใช้
			4.2ค(13) ความมั่นคงปลอดภัยของสารสนเทศ (information security)
			131 องค์กรมีนโยบายด้านความมั่นคงปลอดภัยของสารสนเทศ (รวมถึง data integrity) เป็นลายลักษณ์อักษร ตามกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ[29]
			132 นโยบายระบุระดับความมั่นคงปลอดภัยสำหรับข้อมูลและสารสนเทศแต่ละประเภท
			133 มีการระบุผู้ที่ได้รับสิทธิในเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศแต่ละประเภท
			134 มีการนำนโยบายความมั่นคงปลอดภัยของสารสนเทศไปปฏิบัติและมีการเฝ้าติดตามการปฏิบัติตามนโยบาย
			135 มีการปกป้องคุ้มครองข้อมูลและสารสนเทศจากการสูญหายหรือถูกทำลาย
			136 มีการปกป้องคุ้มครองข้อมูลและสารสนเทศไม่ให้ถูกแก้ไขดัดแปลง และเข้าถึงหรือนำไปใช้โดยผู้ที่ไม่มีสิทธิ/ไม่ได้รับอนุญาต

[27] กระบวนการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล อาจทำได้โดย การเก็บข้อมูลซ้ำโดยบุคคลที่สอง, การใช้กลุ่มตัวอย่างที่น่าเชื่อถือ, การเปรียบเทียบข้อมูลที่เก็บครั้งแรกกับข้อมูลที่เก็บซ้ำ, การคำนวณความถูกต้องแม่นยำ, ถ้าพบว่าองค์ประกอบข้อมูลไม่เหมือนกัน ให้บันทึกเหตุผลและดำเนินการแก้ไข, มีการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างใหม่หลังจากดำเนินการแก้ไขแล้ว

[28] โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้ตัววัดใหม่, ข้อมูลจะถูกเผยแพร่สู่สาธารณะ, มีการเปลี่ยนแปลงเครื่องมือเก็บข้อมูล, มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลที่อธิบายไม่ได้, มีการเปลี่ยนแปลงแหล่งข้อมูล, มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของผู้ป่วย ใช้แนวปฏิบัติใหม่ นำเทคโนโลยีและวิธีการรักษาใหม่เข้ามาใช้

[29] ดูมาตรฐานการรักษาความมั่นคงปลอดภัยในการประกอบธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ ควรครอบคลุมการกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงสารสนเทศ, สารสนเทศที่บุคลากรแต่ละคนสามารถเข้าถึงได้, ข้อผูกพันของผู้ใช้ในการรักษาความลับของสารสนเทศ, กระบวนการที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการละเมิดการรักษาความลับและความมั่นคงปลอดภัย.

(2) องค์สร้างความมั่นใจในการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศ (confidentiality of data and information).

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.2ค(21) การรักษาความเป็นส่วนตัวและความลับ (data privacy and confidentiality)
			211 มีนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับดูแลภาวะความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับของสารสนเทศตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ มีการจัดการให้เกิดความสมดุลระหว่างการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับการรักษาความลับของข้อมูล มีการกำหนดระดับการรักษาความลับของสารสนเทศประเภทต่างๆ
			212 นโยบายดังกล่าวกำหนดขอบเขตซึ่งผู้ป่วยจะเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพของตน และกระบวนการเข้าถึงเมื่อได้รับอนุญาต
			213 มีการนำนโยบายไปปฏิบัติ และมีการเฝ้าติดตามการปฏิบัติตามนโยบาย
			4.2ค(22) การจัดเก็บ เข้าถึง และการทำลาย
			221 องค์กรมีนโยบายเรื่องระยะเวลาเก็บรักษาเวชระเบียนของผู้ป่วย ข้อมูลและสารสนเทศอื่นๆ
			222 กระบวนการเก็บรักษามีการรักษาความลับและความมั่นคงปลอดภัยตามที่คาดหวัง
			223 บันทึก ข้อมูล และสารสนเทศถูกทำลายอย่างเหมาะสม

I – 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

I-5.1 ความผูกพันของบุคลากร (HRF.1)

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ เพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์กรและระดับบุคคล. บุคลากรและผู้นำได้รับการพัฒนาเพื่อให้สร้างผลงานที่ดี.

ก. การเพิ่มคุณค่าบุคลากร

(1) องค์กรกำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน[30] และความพึงพอใจ ของบุคลากรแต่ละกลุ่ม และแต่ละส่วน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5.1ก(11) องค์ประกอบของความผูกพัน (elements of engagement)
			111 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการกำหนดองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร รพ.ใช้วิธีอะไรในการศึกษาและกำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของบุคลากร?
			112 วิธีการกำหนดองค์ประกอบเหล่านี้แตกต่างกันตามกลุ่มและส่วนของบุคลากร (workforce groups & segments) อะไรคือปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของบุคลากรแต่ละกลุ่ม? มีการนำปัจจัยดังกล่าวไปดำเนินการอย่างไร?

(2) องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดี และมีแรงจูงใจ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5.1ก(21) วัฒนธรรมองค์กร (organizational culture)
P			211 องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมของความร่วมมือ การสื่อสารที่เปิดกว้าง และการแบ่งปันทักษะที่มีประสิทธิผล ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพต่างสาขา ผู้ที่อยู่ต่างหน่วยงานและต่างสถานที่[31]
P			212 องค์กรส่งเสริมการกระจายข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารสองทางกับหัวหน้างานและผู้บริหารที่มีประสิทธิผล [32]

[30] ความผูกพันของบุคลากร หมายถึง ระดับของมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล

[31] เช่น การส่งเสริมให้เกิดชุมชนนักปฏิบัติ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนต่างๆ

[32] เช่น การตรวจเยี่ยมประจำวัน การใช้ open door policy เปิดรับข้อคิดเห็นและคำร้องเรียน การใช้ intranet

P			213 องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมของการมีเป้าหมายระดับบุคคล การให้อำนาจตัดสินใจ ความคิดริเริ่ม และการสร้างนวตกรรมภายใต้สภาพแวดล้อมของงาน
C			214 องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการใช้ประโยชน์จากความหลากหลายจากข้อคิด วัฒนธรรม และความคิดเห็นของบุคลากร[33]

(3) ระบบประเมินและพัฒนาผลงานบุคลากร (staff performance management system) ส่งเสริมให้บุคลากรสร้างผลงานที่ดี มีความผูกพันกับองค์กร, หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / การให้บริการสุขภาพ, และการนำแผนไปปฏิบัติให้สำเร็จผล. ระบบดังกล่าวนำประเด็นเรื่องการบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย และการสร้างแรงจูงใจมาพิจารณาด้วย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5.1ก(31) Performance Management System (PMS)
F			311 PMS ส่งเสริมให้บุคลากรสร้างผลงานที่ดี มีความผูกพันกับองค์กร
F			312 PMS หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการให้บริการสุขภาพ
F			313 PMS หนุนเสริมการนำแผนไปปฏิบัติให้สำเร็จผล
C			314 PMS นำประเด็นเรื่องการบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย และการสร้างแรงจูงใจ มาพิจารณา
			315 ผู้นำระดับสูงร่วมกันกำหนด strategic priorities ที่จะใช้ในการประเมินผลงาน และเป้าหมายที่สามารถวัดได้ อะไรคือ strategic priorities ที่จะใช้ในการประเมินผลงานของบุคลากร?
			316 ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้พัฒนาทักษะของหัวหน้าหน่วยงานและบุคลากรในการที่จะนำ PMS ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ นำ PMS ไปสู่การปฏิบัติ โดยเน้นความสำคัญของการสื่อสารระหว่างหัวหน้าหน่วยงานกับบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ ผู้นำรับรู้การนำ PMS ไปใช้โดยหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ อย่างไร? บุคลากรสะท้อนความเห็นการใช้ PMS โดยหัวหน้าหน่วยงานอย่างไร?
			317 ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันสร้างความเชื่อมโยงระบบ PMS กับระบบอื่นๆ ตามความเหมาะสม มีการเชื่อมโยงระบบ PMS กับการบริหารค่าตอบแทน การเลื่อนระดับ และการพัฒนาบุคลากรอย่างไร?
			318 มีการประเมินและปรับปรุงระบบ PMS อย่างต่อเนื่อง มีการปรับปรุงระบบ PMS อย่างไรบ้าง? มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไรต่อ?
			5.1ก(32) บุคลากรสายงานคลินิก (clinical staff)
			321 องค์กรใช้กระบวนการที่กำหนดไว้เพื่อทำให้มั่นใจว่าความรู้และทักษะของบุคลากรสาย

[33] เช่น ระบบข้อเสนอแนะ การสนทนากลุ่มในสมาชิกที่มีลักษณะหลากหลาย การนำวัฒนธรรมในท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ

			งานคลินิกที่รับใหม่ เหมาะสมกับหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย[34] โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการที่มีความเสี่ยงสูงหรือการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
			322 มีการประเมินบุคลากรสายงานคลินิกตามคำบรรยายลักษณะงานอย่างน้อยปีละครั้งหรือบ่อยกว่าตามที่องค์กรกำหนด และบันทึกผลไว้
			5.1ก(33) บุคลากรนอกสายงานคลินิก (nonclinical staff)
			331 องค์กรใช้กระบวนการที่กำหนดไว้เพื่อทำให้มั่นใจว่าความรู้และทักษะของบุคลากรนอกสายงานคลินิกที่รับใหม่เหมาะสมกับหน้าที่รับผิดชอบ
			332 มีการประเมินบุคลากรนอกสายงานคลินิกตามคำบรรยายลักษณะงานอย่างน้อยปีละครั้งหรือบ่อยกว่าตามที่องค์กรกำหนด และบันทึกผลไว้

[34] ได้แก่ การประเมินความรู้และทักษะของบุคลากรที่รับใหม่ตามคำบรรยายลักษณะงาน โดยแผนกหรืองานบริการที่บุคลากรจะไปปฏิบัติงาน ก่อนที่จะเริ่มต้นปฏิบัติงาน

ข. การพัฒนาบุคลากรและผู้นำ

(1) มีระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากร เพื่อให้เกิดผลการดำเนินการที่ดี

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5.1ข(11) การปฐมนิเทศ (orientation)
			111 หัวหน้าหน่วยงานจัดให้มีแผนงานปฐมนิเทศแก่บุคลากรใหม่ของแผนก[35]
			112 บุคลากรใหม่ ผู้ปฏิบัติงานตามสัญญาจ้าง นักศึกษา ผู้อยู่ระหว่างฝึกอบรม และอาสาสมัคร ได้รับการปฐมนิเทศเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กร/หน่วยงาน และเข้าใจหน้าที่รับผิดชอบ
			5.1ข(12) การกำหนด learning needs เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาต่อเนื่อง (learning needs identification)
			121 พิจารณาสมรรถนะหลัก (core competency) ขององค์กร, ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และการบรรลุผลสำเร็จของแผนปฏิบัติการ
			122 พิจารณาประเด็นเรื่องการปรับปรุงผลงานขององค์กร การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี และนวตกรรม
			123 พิจารณาประเด็นเรื่องจริยธรรมและวิธีปฏิบัติทางธุรกิจอย่างมีจริยธรรม
			124 พิจารณาประเด็นเรื่องการมุ่งเน้นผู้ป่วย คุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ[36]
			125 พิจารณา learning needs ที่เป็นความต้องการของบุคลากร ร่วมกับที่หัวหน้างาน ผู้บริหาร และผู้นำระดับสูงระบุอย่างสมดุล เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร
			126 พิจารณาข้อกำหนดเรื่องการต่ออายุใบประกอบวิชาชีพ
			127 พิจารณาประเด็นเรื่อง non-technical skill[37] ความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) และการพัฒนาจิตตปัญญา
			5.1ข(13) กระบวนการเรียนรู้และพัฒนาระหว่างประจำการ (in-service education and training)
			131 ผู้นำองค์กรจัดให้มีกระบวนการที่เป็นระบบในการพัฒนาบุคลากร และให้การศึกษาต่อเนื่องสำหรับบุคลากรทุกคน โดยเป็นความร่วมมือของทุกส่วนงานในองค์กร
			132 มีการวางแผนการศึกษา ฝึกอบรม เรียนรู้และพัฒนาจาก learning needs ที่วิเคราะห์ได้
			133 บุคลากรขององค์กรได้รับการศึกษา ฝึกอบรม เรียนรู้และพัฒนา ระหว่างประจำการ

[35] ครอบคลุม พันธกิจขององค์กร/แผนก ขอบเขตการให้บริการ นโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

[36] มีการใช้ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น ผลการวัดคุณภาพและความปลอดภัย การทบทวนการปฏิบัติงาน แนวทางการดูแลผู้ป่วยใหม่ๆ แผนการจัดบริการใหม่

[37] เช่น การสื่อสาร การตัดสินใจ การทำงานเป็นทีม การแก้ปัญหา การแปลความหมายและใช้ข้อมูล คอมพิวเตอร์

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			อย่างต่อเนื่อง
			134 การศึกษาเรียนรู้สอดคล้องกับความสามารถของบุคลากรแต่ละคนที่จะตอบสนองภาวะความต้องการของผู้ป่วย และ/หรือ ความต้องการการศึกษาต่อเนื่อง
			135 องค์กรใช้วิธีการพัฒนาบุคลากรที่หลากหลาย รวมถึง การศึกษา การฝึกอบรม การโค้ช การเป็นพี่เลี้ยง การสะสมประสบการณ์จากการทำงาน การเรียนรู้ที่ไม่เป็นทางการ การเรียนรู้ด้วยตนเอง การฝึกอบรมภายใน การฝึกอบรมภายนอก การถ่ายทอดความรู้จากบุคลากรที่ลาออกหรือเกษียณอายุ การใช้สินทรัพย์ความรู้ขององค์กร
			136 บุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และบุคลากรอื่นๆ ที่องค์กรระบุ ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการช่วยชีวิต (cardiac life support) ในระดับที่เหมาะสม มีการฝึกอบรมซ้ำตามข้อกำหนดหรือทุกสองปี และมีการบันทึกหลักฐานการเข้าฝึกอบรม
			137 องค์กรอำนวยความสะดวกสำหรับการศึกษาและฝึกอบรม ด้วยการจัดให้มีสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ และให้บุคลากรทุกคนมีเวลาเข้าร่วมในการศึกษาและฝึกอบรมที่เกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบ
			138 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการส่งเสริมการนำความรู้และทักษะใหม่ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน
			5.1ข(14) การเป็นสถาบันสมทบสำหรับการศึกษาและฝึกอบรม (health professional education)
			141 องค์กรจัดให้มีกลไกกำกับดูแลโปรแกรมฝึกอบรมสำหรับการฝึกอบรมแต่ละประเภทและแต่ละระดับ นำตัววัดผลการศึกษาของเจ้าของหลักสูตรมาปฏิบัติ
			142 องค์กรมีเอกสารที่สมบูรณ์ของผู้รับการฝึกอบรมในองค์กรทุกคน รวมถึงเอกสารสถานภาพการลงทะเบียน ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือประกาศนียบัตรที่ได้รับ และการจัดระดับทางวิชาการของผู้รับการฝึกอบรม
			143 องค์กรนำผู้รับการฝึกอบรมเข้าร่วมกับการปฐมนิเทศ โปรแกรมคุณภาพ ความปลอดภัยผู้ป่วย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และโปรแกรมอื่นๆ ขององค์กร

(2) มีระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับผู้นำ เพื่อให้เกิดผลการดำเนินการที่ดี

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5.1ข(21) ระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับผู้นำ เพิ่มเติมจาก 5.1ข(1) (development and learning for leaders)
			211 พิจารณาประเด็นการพัฒนาคุณสมบัติการเป็นผู้นำเฉพาะตัว และจริยธรรมในการดำเนินกิจการ
			212 พิจารณาบทบาทของผู้นำในการพัฒนาความรู้ขององค์กร การใช้การเรียนรู้ระดับองค์กรและการสร้างนวตกรรมเป็นเรื่องมือในการจัดการ
			213 พิจารณาความรู้ความสามารถในการนำองค์กรสู่ความยั่งยืน

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			214 พิจารณาบทบาทของผู้นำต่อการส่งเสริม สนับสนุน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

(3) องค์กรประเมินประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ โดยพิจารณาผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล และผลงานขององค์กรร่วมด้วย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5.1ข(31) ประสิทธิผลของการเรียนรู้และพัฒนา (learning and development effectiveness)
			311 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา
			312 การประเมินพิจารณาการประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้รับในงานที่รับผิดชอบร่วมด้วย
			313 การประเมินพิจารณาผลงานขององค์กรซึ่งเป็นตัววัดที่ใช้ในระบบบริหารอยู่แล้วร่วมด้วย

(4) องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิผล. องค์กรมีการวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิผล.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5.1ข(41) ความก้าวหน้าในอาชีพการงาน (career progression)
			411 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบและมีประสิทธิผลในการจัดการความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากรทั่วทั้งองค์กร
			412 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบและมีประสิทธิผลในการวางแผนการสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารและผู้นำ

ค. การประเมินความผูกพันของบุคลากร

(1) องค์กรประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร ด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม แต่ละส่วนของบุคลากร, และใช้ตัวชี้วัดเหล่านี้เพื่อปรับปรุงความผูกพันของบุคลากร.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5.1ค(11) การประเมินความผูกพัน (assessment of engagement)
			111 องค์กรประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากรด้วยวิธีที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
			112 วิธีการและตัววัดความผูกพันและความพึงพอใจมีความเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มและส่วนของบุคลากร[38]
			113 มีการใช้ผลการประเมินและตัววัดเหล่านี้ในการระบุโอกาสปรับปรุงความผูกพันของบุคลากร

(2) องค์กรนำผลการประเมินความผูกพันของบุคลากรมาเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ / กิจการขององค์กร ในตอนที่ IV เพื่อระบุโอกาสในการปรับปรุงทั้งความผูกพันของบุคลากรและผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ / กิจการขององค์กร.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5.1ค(21) ความเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ของกิจการ (correlation with business results)
			211 องค์กรนำผลการประเมินความผูกพันของบุคลากรมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ/กิจการขององค์กรสำคัญที่รายงานในตอนที่ IV
			212 องค์กรระบุโอกาสในการปรับปรุงความผูกพันของบุคลากรและผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ/กิจการขององค์กร

[38] นอกจากการวัดปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันแล้ว องค์กรใช้ตัววัดอื่นๆ เช่น การรักษาให้บุคลากรอยู่กับองค์กร การขาดงาน การร้องทุกข์ ความปลอดภัย และผลิตภาพ ในการประเมินความผูกพันของบุคลากร

I-5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (HRF.2)

องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลัง เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ. องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพดี และมีความปลอดภัย.

ก. ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร

(1) องค์กรประเมินขีดความสามารถของบุคลากรและระดับกำลังคนที่ต้องการ. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถของบุคลากรและข้อกำหนดในกฎหมาย.

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			5.2ก(11) ขีดความสามารถและอัตรากำลัง (capability and capacity)
			111 องค์กรมีวิธีการที่เป็นระบบในการประเมินความต้องการด้านขีดความสามารถ[39]และอัตรากำลังบุคลากร
			112 มีการนำพันธกิจขององค์กร ลักษณะผสมของผู้ป่วย บริการ เทคโนโลยี กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง มาใช้ในการระบุความต้องการบุคลากร
			113 องค์กรวางแผนดำเนินการเพื่อให้ได้กำลังคนที่มีขีดความสามารถและจำนวนตามความต้องการ
			5.2ก(12) การกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ (workforce responsibilities)
			121 มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของ**แต่ละตำแหน่ง**ไว้ในคำบรรยายลักษณะงาน และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถของบุคลากรและตามกฎหมาย
			122 มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบไว้ในคำบรรยายลักษณะงานสำหรับบุคลากรต่อไปนี้: ผู้ที่ไม่ได้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพให้ทำหน้าที่ได้โดยอิสระ ผู้ประกอบวิชาชีพที่กำลังเรียนรู้ทักษะใหม่ นักศึกษาภายใต้การกำกับดูแล ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานชั่วคราว

(2) มีกระบวนการที่มีประสิทธิผลในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุลงตำแหน่ง และธำรงรักษาบุคลากรใหม่. มีการรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของบุคลากรในด้านใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรเป็นตัวแทนของความหลากหลายทางข้อคิด วัฒนธรรม และความคิดอ่านของชุมชน.

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			5.2ก(21) การสรรหา ธำรงรักษา พัฒนาบุคลากร และให้การศึกษาต่อเนื่อง (new workforce members)
			211 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการสรรหา ประเมินคุณสมบัติ ว่าจ้าง บรรจุ และรักษาบุคลากรใหม่ โดยเป็นความร่วมมือของทุกส่วนงานในองค์กร

[39] ขีดความสามารถของบุคลากรครอบคลุม ความรู้ ทักษะ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญ

			212 องค์กรทำให้มั่นใจว่าบุคลากรเป็นตัวแทนของความหลากหลายทางความคิด วัฒนธรรม และความคิดเห็นของชุมชน
			213 หัวหน้าหน่วยงานจัดทำเกณฑ์ในการคัดเลือกบุคลากรระดับวิชาชีพที่ต้องการ (การศึกษา ทักษะ ความรู้ ประสบการณ์) และใช้เกณฑ์ดังกล่าวในการเลือกหรือแนะนำบุคลากรระดับวิชาชีพ
			5.2ก(22) การประเมินคุณสมบัติ (evaluation of credentials)
			221 มีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการรวบรวมหลักฐานคุณสมบัติ[40]ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพแต่ละคน
			222 มีการสอบทานสารสนเทศดังกล่าวจากแหล่งข้อมูลต้นกำเนิดด้วยวิธีการซึ่งเป็นที่ยอมรับ[41]
			223 มีกระบวนการที่ทำให้มั่นใจว่าบุคลากรอื่นๆ ซึ่งติดตามแพทย์อิสระมาให้บริการแก่ผู้ป่วยและมิได้เป็นบุคลากรขององค์กร เป็นผู้มีหลักฐานคุณสมบัติเหมาะสมตามข้อกำหนดขององค์กร
			224 มีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการระบุหน้าที่รับผิดชอบและจัดมอบหมายงานทางคลินิก บนพื้นฐานของคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
			225 มีการจัดทำและเก็บรักษาแฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรแต่ละคน ตามรูปแบบมาตรฐานและมีความเป็นปัจจุบัน[42]

(3) องค์กรจัดโครงสร้างและบริหารบุคลากรเพื่อการทำงานให้บรรลุผล

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			5.2ก(31) การทำให้งานบรรลุผล (work accomplishment)
			311 องค์กรจัดโครงสร้างและบริหารบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผล
			312 องค์กรจัดโครงสร้างและบริหารบุคลากรโดยใช้ประโยชน์จาก core competencies ขององค์กร
			313 องค์กรจัดโครงสร้างและบริหารบุคลากรเพื่อหนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วยและบริการสุขภาพ
			314 องค์กรจัดโครงสร้างและบริหารบุคลากรเพื่อให้ผลการดำเนินการเหนือกว่าความคาดหมาย
			315 องค์กรจัดโครงสร้างและบริหารบุคลากรเพื่อตอบสนองต่อความท้าทายเชิงกลยุทธ์และ

[40] ได้แก่ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือการขึ้นทะเบียน ประกาศนียบัตรการศึกษา/การฝึกอบรม และประสบการณ์

[41] เช่น การสอบทานผ่านเว็บไซต์ที่ปลอดภัย การโทรศัพท์สอบถามจากแหล่งข้อมูลและบันทึกไว้ คำยืนยันเป็นลายลักษณ์อักษร

[42] ประกอบด้วยหลักฐานคุณสมบัติ คำบรรยายลักษณะงาน ประวัติการทำงาน ผลการประเมิน บันทึกการเข้าร่วมศึกษาระหว่างประจำการ

			แผนปฏิบัติการ
			316 องค์กรจัดโครงสร้างและบริหารบุคลากรอย่างคล่องตัวพอที่จะตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป
			317 มีผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมหนึ่งคนหรือมากกว่าทำหน้าที่บริหารแต่ละแผนกหรืองานบริการในองค์กร

(4) องค์กรเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและความเพียงพอ. องค์กรบริหารบุคลากร ความต้องการของบุคลากรและความต้องการขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง, เพื่อป้องกันการลดบุคลากร, และเพื่อลดผลกระทบจากการที่บุคลากรไม่เพียงพอ เมื่อมีความจำเป็น.

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			5.2ก(41) การจัดการการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากร (workforce change management)
			411 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและอัตรากำลัง
			412 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการบริหารบุคลากร บริหารความต้องการของบุคลากรและความต้องการขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการลดจำนวนของบุคลากร และลดผลกระทบจากการที่บุคลากรไม่เพียงพอ
			413 มีการวางแผนรองรับในกรณีที่ขีดความสามารถและอัตรากำลังไม่เพียงพอ สร้างหลักประกันในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย โดยเฉพาะในจุดที่มีความขาดแคลน
			414 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการเตรียมการและบริหารในช่วงที่มีการเติบโตของจำนวนบุคลากร

ข. บรรยากาศในการทำงาน

(1) องค์กรสร้างความมั่นใจและดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้สถานที่ทำงานเอื้อต่อสุขภาพ ปลอดภัย และมีการป้องกันภัย. มีการกำหนดตัววัดผลงานและเป้าหมายการปรับปรุงสำหรับแต่ละประเด็นดังกล่าว. (นำไปประเมินรวมในหัวข้อ II-3.1 ก)

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			5.2ข(11) สภาพแวดล้อมการทำงาน (workforce environment)
			111 องค์กรดำเนินการเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน รวมทั้งการเข้านอกออกใน เพื่อสร้างความมั่นใจและปรับปรุงให้ดีขึ้นในด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และสวัสดิภาพของบุคลากร
			112 องค์กรกำหนดตัววัดและเป้าประสงค์ในการปรับปรุงสำหรับความต้องการของบุคลกรแต่ละเรื่อง
			113 มีความแตกต่างที่สำคัญของปัจจัย ตัววัด หรือเป้าหมาย สำหรับสภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงานที่แตกต่างกัน

(2) องค์กรให้การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรด้วยนโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ ซึ่งปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคลากรที่มีความหลากหลายแต่ละกลุ่ม.

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			5.2ข(21) นโยบาย การบริการ และสิทธิประโยชน์ (workforce policies and benefits)
			211 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรด้วยนโยบาย การบริหารและสิทธิประโยชน์
			212 การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรดังกล่าวได้รับการออกแบบให้เหมาะสมตามความต้องการของบุคลากรที่หลากหลาย รวมทั้งความแตกต่างของกลุ่มและส่วนของบุคลากร

ค. สุขภาพบุคลากร

(1) บุคลากรมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติในการดูแลสุขภาพกาย ใจ สังคม ของตน.

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			5.2ค(11) การดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากร (staff health)
			111 มีนโยบายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร และการเรียนรู้แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ
			112 มีการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่บุคลากรเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งสำหรับตนเองและสำหรับผู้ป่วย โดยเน้นบทบาทความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง
			113 มีกระบวนการที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและปฏิบัติการการดูแลสุขภาพสำหรับบุคลากรแต่ละกลุ่ม (กลุ่มที่มีโรคประจำตัว กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และกลุ่มทั่วไป)
			114 มีระบบติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพของบุคลากรทั้งในด้านพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพ

(2) บุคลากรมีข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และแบบอย่างวัฒนธรรมองค์กรในการสร้างเสริมสุขภาพ.

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			5.2ค(21) พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (role model)
			211 บุคลากรมีข้อตกลงร่วมกันในการละเว้นจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา
			212 บุคลากรมีข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การใช้รถใช้ถนน อาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย
			213 บุคลากรร่วมกันใช้วิธีการที่หลากหลายในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ศิลปะ ดนตรี งานอดิเรก
			214 ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีระบบ สิ่งแวดล้อม กิจกรรม ที่เอื้อต่อการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและแบบอย่างวัฒนธรรมองค์กรในการสร้างเสริมสุขภาพ

(3) องค์กรประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะการติดเชื้อวัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี และ HIV จากผู้ป่วย, เข็มฉีดยาหรือของมีคมบาด, สารเคมีในห้องปฏิบัติการ, ก๊าซดมสลบ และยาเคมีบำบัด.

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			5.2ค(31) โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยบุคลากร (staff health and safety program)

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			311 ผู้นำองค์กรและบุคลากรวางแผนโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร
			312 โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยตอบสนองความต้องการของบุคลากรทั้งที่เร่งด่วนและไม่เร่งด่วนด้วยการรักษาโดยตรงและการส่งต่อ
			313 มีการนำข้อมูลของโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรไปใช้ในโปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยขององค์กร
			5.2ค(32) การประเมินสิ่งแวดล้อมในการทำงาน (workforce environment assessment)
			321 มีการบ่งชี้และประเมินปัจจัยด้านการยศาสตร์ (ergonomic factors) ซึ่งอาจมีผลต่อสุขภาพของบุคลากร
			322 มีการประเมินสภาพการทำงานซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากรเนื่องจากปัจจัยด้านกายภาพ สารเคมี และเชื้อโรค
			323 มีการประเมินปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจ
			324 มีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและอันตรายเนื่องจากการทำงาน
			325 มีการประเมินอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและส่วนรวม
			326 มีการประเมินระบบควบคุมที่ออกแบบมาเพื่อขจัด ป้องกัน หรือลดการสัมผัสปัจจัยเสี่ยง
			327 มีการประเมิน general hygiene and sanitary facilities
			5.2ค(33) การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากร (occupational risks assessment)
			331 มีการบ่งชี้ความเสี่ยงหรืออันตรายต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน (จากผลของการสำรวจเฝ้าระวัง)
			332 มีการบ่งชี้กลุ่มของบุคลากรที่ต้องเผชิญกับความเสี่ยงหรืออันตรายแต่ละประเภท
			333 มีการวิเคราะห์ว่าความเสี่ยงหรืออันตรายดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อบุคลากรอย่างไร (ลักษณะของการเผชิญ ระดับขั้นที่สามารถยอมรับได้ dose/response relationship ผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้น)
			334 มีการพิจารณาระดับและปริมาณของความเสี่ยง
			335 มีการบ่งชี้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มี special vulnberability
			336 มีการประเมินมาตรการป้องกันและควบคุมอันตรายที่มีอยู่
			337 มีการสรุปและเสนอแนะเพื่อการจัดการและควบคุมความเสี่ยง
			338 มีการบันทึกผลการประเมิน
			339 มีการทบทวนและประเมินความเสี่ยงซ้ำเป็นระยะ
			5.2ค(34) การจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากร (occupational risks management)
			341 มีการวางแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันอันตรายจากความเสี่ยงในการทำงานที่พบ

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			บ่อย เช่น sprains, strains, contusion, cuts, punctures
			342 มีการวางแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันอันตรายจากความเสี่ยงจากการทำงานที่มีอันตรายสูง เช่น การติดเชื้อวัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี และ HIV จากผู้ป่วย, เข็มฉีดยาหรือของมีคมบาด, สารเคมีในห้องปฏิบัติการ, ก๊าซดมสลบ ยาเคมีบำบัด ปัจจัยทางกายภาพ (รังสี ความร้อน ไฟฟ้า เลเซอร์) และสิ่งแวดล้อม
			343 มีการจัดระบบรายงานและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อให้สามารถประเมินการปฏิบัติตามแนวทางและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้

(4) บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงาน และมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน ได้แก่ การตรวจสุขภาพทั่วไป ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน ประวัติการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน.

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			5.2ค(41) การประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าทำงาน (pre-employment health examination)
			411 มีการประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าทำงาน
			412 มีการจัดทำข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน ประกอบด้วย การตรวจสุขภาพทั่วไปเมื่อแรกรับ ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน ประวัติการเจ็บป่วย (โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อซึ่งอาจจะทำให้เสี่ยงต่อการรับหรือแพร่กระจายโรคติดต่อ) ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ พฤติกรรมสุขภาพ
			413 มีการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน
			414 มีการจัดระบบให้ข้อมูลสุขภาพของบุคลากรมีความเชื่อมต่อกับบันทึกสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และสามารถเข้าถึงได้ตามความเหมาะสม

(5) บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินการเจ็บป่วยเนื่องมาจากการทำงาน รวมทั้งการติดเชื้อซึ่งอาจจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆ ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ.

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			5.2ค(51) การตรวจสุขภาพเป็นระยะ (periodic health examination)
			511 มีระบบการตรวจสุขภาพประจำปี (หรือบ่อยกว่านั้น) ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ
			512 มีการประมวลผลข้อมูล และตอบสนองอย่างเหมาะสม

(6) บุคลากรได้รับภูมิคุ้มกันโรคติดต่ออย่างเหมาะสม.

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			5.2ค(61) การได้รับภูมิคุ้มกันโรคติดต่อ (immunizations)
			611 มีนโยบายในการให้วัคซีนและสร้างภูมิคุ้มกันแก่บุคลากร
			612 มีการให้วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีสำหรับผู้ที่มีโอกาสสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งสูง

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			613 มีการให้วัคซีนป้องกันโรคอื่นๆ เช่น influenza, MMR, varicella, DPT, meningococcal vaccine ตามโอกาสที่จะสัมผัสเชื้อ
			614 มีบันทึกประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรคในประวัติสุขภาพ

(7) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม. องค์กรจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับทั้งการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อ ข้อบ่งชี้ในการจำกัดการปฏิบัติหน้าที่และการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อซึ่งครอบคลุมถึงการให้ภูมิคุ้มกันและการจำกัดการปฏิบัติงาน.

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			5.2ค(71) การดูแลบุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน (work-related illness or injuries)
			711 มีนโยบายในการประเมิน ให้คำปรึกษา และติดตามบุคลากรที่ได้สัมผัสกับโรคติดต่อซึ่งมีการประสานงานกับโปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
			712 มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ในการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อและข้อบ่งชี้ในการจำกัดการปฏิบัติหน้าที่
			713 มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ในการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อ HIV, HVB, rabies, และโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อื่นๆ
			714 มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ในการดูแลบุคลากรที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงานอื่นๆ

I – 6 การจัดการกระบวนการ

I-6.1 การออกแบบระบบงาน

องค์กรกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษของตน ออกแบบระบบงาน และกระบวนการสำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่นๆ, พร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน, และบรรลุความสำเร็จขององค์กร.

ก. ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร

(1) องค์กรกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษ/สมรรถนะหลักของตน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพันธกิจ สิ่งแวดล้อม และแผนปฏิบัติการ.

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			6.1ก(11) การกำหนด core competency ขององค์กร (core competency determination)
			111 ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องทบทวนพันธกิจและสิ่งแวดล้อมขององค์กร แล้วร่วมกันใช้วิธีการที่เป็นระบบในการกำหนด core competency (สมรรถนะหลัก) ขององค์กร ซึ่งเป็นความสามารถที่สำคัญในเชิงกลยุทธ์ที่จะ นำไปสู่ความสำเร็จขององค์กร Core competency ขององค์กรมีอะไรบ้าง? Core competency ดังกล่าวจะนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กรตามพันธกิจและกลยุทธ์สำคัญอย่างไร? สิ่งแวดล้อมอะไรบ้างที่มีส่วนในการกำหนด core competency ขององค์กร และมีส่วนอย่างไร?
			112 ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องนำ core competency (สมรรถนะหลัก) ที่กำหนดขึ้นมาจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาให้เกิดความเชี่ยวชาญยิ่งขึ้น และใช้แนวคิด 3P หรือ PDSA หรือ process management เพื่อติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง Core competency ขององค์กรใดบ้างที่องค์กรต้องการพัฒนามากที่สุด และมีแนวทางหรือแผนที่จะพัฒนาอย่างไร?

(2) องค์กรออกแบบระบบงานโดยรวม และสร้างนวตกรรมให้กับระบบงาน โดยใช้ทรัพยากรจากภายนอก (และภายใน) อย่างเหมาะสม.

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			6.1ก(21) แนวคิดการออกแบบระบบงาน[43] (design concepts)

[43] "ระบบงาน" หมายถึง วิธีการที่องค์กรใช้ในการทำงานให้สำเร็จ โดยการนำผู้ส่งมอบและพันธมิตรที่สำคัญ คู่สัญญา ผู้ให้ความร่วมมือ และส่วนอื่นๆ ในห่วงโซ่อุปทาน รวมทั้งกระบวนการทางธุรกิจและกระบวนการสนับสนุน เข้ามาร่วม

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			211 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการออกแบบระบบงานและสร้างนวตกรรมด้านระบบงานโดยรวม[44] เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จและยั่งยืน ระบบงานของ รพ.ประกอบด้วยอะไรบ้าง? (เช่น ระบบงานชุมชน ระบบงานดูแลผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน ระบบงานสนับสนุนด้านคลินิก ระบบงานสนับสนุนทั่วไป) อะไรคือปัญหาสำคัญของแต่ละระบบงานที่ทำให้ไม่อาจส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเต็มที่? อะไรคือแนวคิดหรือนวตกรรมของระบบงานที่ รพ.นำมาใช้ (เช่น การเชื่อมโยงกระบวนการต่างๆ เข้าด้วยกัน, การทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ, การให้บริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว)? แนวคิดหรือนวตกรรมดังกล่าวก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือสร้างความแตกต่างอย่างไร?
			212 องค์กรใช้ประโยชน์จาก core competency ขององค์กรในการออกแบบระบบงาน Core compentency ขององค์กรตัวใดบ้างที่ถูกนำมาใช้ประโยชน์ในการออกแบบระบบงาน? อย่างไร?
			213 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการตัดสินใจว่ากระบวนการใดเป็นกระบวนการภายในองค์กร กระบวนการใดจะใช้ทรัพยากรจากแหล่งภายนอก[45] มีกระบวนการใดบ้างที่ รพ.ใช้ทรัพยากรจากแหล่งภายนอก? เป็นความร่วมมือหรือพันธสัญญาในรูปแบบใดบ้าง? มีเกณฑ์พิจารณาอย่างไรในการตัดสินใจดังกล่าว?
			214 ผู้นำองค์กรวางแผนและออกแบบบริการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน/ผู้ป่วยที่มาใช้บริการและสอดคล้องกับพันธกิจขององค์กร กำหนดประเภทการดูแลที่องค์กรจะจัดเอง
			I-6.1ก(22) ข้อกำหนดของระบบงาน (work system requirements)
			221 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการจัดทำข้อกำหนดของระบบงานที่สำคัญโดยใช้ข้อมูลจากผู้ป่วย/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ข้อกำหนดของระบบงานที่สำคัญมีอะไรบ้าง? ข้อมูลจากผู้ป่วย/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่นำมาจัดทำข้อกำหนดดังกล่าวคืออะไร?
			222 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการจัดทำข้อกำหนดของระบบงานที่สำคัญโดยใช้ข้อมูล

ระบบงานจะประสานกระบวนการภายในกับแหล่งทรัพยากรต่างๆ จากภายนอกที่จำเป็นต่อการส่งมอบผลิตภัณฑ์และบริการให้แก่ลูกค้า

[44] เช่น การออกแบบระบบงานผ่าน value creation process เชื่อมโยงกระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการบริหาร และกระบวนการสนับสนุนเข้าด้วยกัน, การจัดระบบงานที่สนับสนุนการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพและการให้บริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว

[45] เช่น การจ้างเหมาภายนอก, การร่วมทุน/ร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก, การพัฒนา software, การให้เอกชนลงทุนเทคโนโลยีราคาแพงในสถานที่ของ รพ., การร่วมมือกับคลินิกเอกชนในการจัดบริการผู้ป่วยนอก, การร่วมมือกับชุมชนในการดูแลผู้ป่วย

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			จากผู้ส่งมอบ พันธมิตร และผู้ให้ความร่วมมือ ข้อมูลจากผู้ส่งมอบ พันธมิตร และผู้ให้ความร่วมมือที่นำมาจัดทำข้อกำหนดของระบบงานคืออะไร?
			I-6.1ก(23) การนำระบบงานไปปฏิบัติ (work system implementation)
			231 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการจัดการและปรับปรุงระบบงานขององค์กรให้ส่งมอบคุณค่าแก่ลูกค้า และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จและยั่งยืน รพ.ใช้อะไรเป็นตัววัด performance ของระบบงานแต่ละระบบ? มีการนำผลการวัดมาปรับปรุงระบบงานอย่างไร?
			232 มีกระบวนการที่เป็นระบบในการทบทวนและอนุญาตให้ใช้หัตถการ เทคโนโลยี และยาที่ถูกระบุว่าอยู่ระหว่างการทดลองใช้ หัตถการ เทคโนโลยี และยาที่อยู่ระหว่างการทดลองใช้มีอะไรบ้าง? รพ.มีกระบวนการในการทบทวนและอนุญาตให้ใช้อย่างไร ใช้หลักเกณฑ์อะไรในการพิจารณา?
			233 องค์กรใช้ข้อแนะนำขององค์กรวิชาชีพและแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เพื่อระบุ จัดหา และใช้เครื่องมือ วัสดุ และยาที่จำเป็น สำหรับให้บริการที่วางแผนไว้ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริการระงับความรู้สึก รังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย หทัยวิทยา รังสีรักษา และบริการที่มีความเสี่ยงสูงอื่นๆ) รพ.มีกลไกอะไรในการให้ความเห็นชอบหรือทบทวนว่าการจัดหาและใช้ เครื่องมือ วัสดุ ยา สำหรับบริการที่มีความเสี่ยงสูงดังกล่าว เป็นไปตามข้อแนะนำขององค์กรวิชาชีพและแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
			234 ผู้นำองค์กรมีความรับผิดชอบในการจ้างเหมาบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านคลินิกและด้านบริหารจัดการ มีการกำหนดธรรมชาติและขอบเขตบริการเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้นำมีส่วนในการคัดเลือก การทำสัญญาจ้าง การติดตามการปฏิบัติตามสัญญา และการธำรงความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีการปรับหรือยุติสัญญา การจ้างเหมาบริการหรือการทำพันธสัญญาการให้บริการกับหน่วยงานภายนอกมีอะไรบ้าง? ในแต่ละบริการ มีเกณฑ์ในการคัดเลือกหน่วยงานภายนอกอย่างไร มีประเด็นสำคัญและระบบในการติดตามกำกับอย่างไร? มีแผนสำรองเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างไรหากมีการปรับสัญญาหรือยุติสัญญาอย่างไร?
			235 ผู้นำองค์กรกำหนดบริการที่จะจัดให้มีโดยผู้ให้บริการอิสระภายนอก มีการอนุญาตให้สิทธิการให้บริการดังกล่าว มีการตรวจสอบหลักฐานคุณสมบัติของผู้ให้บริการอิสระ และมีการเฝ้าติดตามคุณภาพบริการโดยผู้ให้บริการอิสระ แพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพอิสระภายนอกที่ รพ.อนุญาตให้สิทธิการให้บริการแก่ผู้ป่วยของรพ.มีอะไรบ้าง? มีกลไกในการตรวจสอบคุณสมบัติและการเฝ้าติดตามคุณภาพอย่างไร?

ข. การออกแบบกระบวนการทำงาน

(1) องค์กรกำหนดกระบวนการทำงานสำคัญ ซึ่งสัมพันธ์กับความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร. กระบวนการเหล่านี้นำไปสู่การส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นๆ และความสำเร็จขององค์กร. (นำเสนอกระบวนการทำงานที่สำคัญ)

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			6.1ข(11) การกำหนดกระบวนการทำงานสำคัญ (key work process determination)
			111 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการกำหนดกระบวนการสำคัญ ซึ่งสัมพันธ์กับ core competency ขององค์กร และนำไปสู่การส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นๆ และความสำเร็จขององค์กร ขอให้นำเสนอกระบวนการทำงานที่สำคัญ และแสดงความสัมพันธ์กับระบบงาน, core competency ขององค์กร, คุณค่าที่ผู้ป่วยและผู้รับผลงานจะได้รับ

(2) องค์กรจัดทำข้อกำหนด (คุณลักษณะที่คาดหวัง) ที่สำคัญของกระบวนการข้างต้น โดยใช้ข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นๆ ผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอก. (นำเสนอข้อกำหนด / ความคาดหวังที่สำคัญ)

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			6.1ข(21) ข้อกำหนดของกระบวนการทำงาน (key work process requirements)
			211 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการจัดทำข้อกำหนดของกระบวนการทำงานที่สำคัญ ขอให้นำเสนอข้อกำหนดของกระบวนการทำงานที่สำคัญ และเชื่อมโยงกับการใช้ข้อมูลกับ 212, 213, 214
			212 มีการใช้ข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพในการจัดทำข้อกำหนด
			213 มีการใช้ข้อมูลจากผู้ป่วย/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการจัดทำข้อกำหนด
			214 มีการใช้ข้อมูลจากผู้ส่งมอบ พันธมิตร และผู้ให้ความร่วมมือ ในการจัดทำข้อกำหนด

(3) องค์กรออกแบบและสร้างสรรค์นวตกรรมสำหรับกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองข้อกำหนด / ความคาดหวังสำคัญข้างต้น โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย หลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร โอกาสที่จะต้องปรับเปลี่ยน ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น รอบเวลา ผลิตภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล.

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			6.1ข(31) แนวคิดการออกแบบ (design concepts)
			311 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการออกแบบและสร้างสรรค์นวตกรรมสำหรับกระบวนการทำงานเพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญ มีการทบทวน การใช้ข้อมูล และการกระตุ้นให้เกิดนวตกรรมในการออกแบบกระบวนการทำงานอย่างไร?
			312 การออกแบบกระบวนการทำงานคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			มี process redesign อะไรบ้างเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย?
			313 การออกแบบกระบวนการทำงานคำนึงถึงหลักฐานวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ เทคโนโลยีใหม่ๆ มี process redesign อะไรบ้างที่เป็นผลจากหลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ และเทคโนโลยีใหม่ๆ?
			314 การออกแบบกระบวนการทำงานคำนึงถึงความรู้ขององค์กร ความเป็นเลิศของบริการ ความคล่องตัวที่ต้องการ มี process redesign อะไรบ้างที่เป็นผลของการใช้ความรู้ขององค์กร การมุ่งสู่ความเป็นเลิศ และการเพิ่มความคล่องตัว?
			315 การออกแบบกระบวนการทำงานคำนึงถึงโอกาสที่ต้องปรับเปลี่ยน และผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น มี process redesign อะไรบ้างที่มุ่งหวังให้ health outcome ดีขึ้น?
			316 การออกแบบกระบวนการทำงานคำนึงถึงรอบเวลา ผลิตภาพ การควบคุมต้นทุน ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล มี process design อะไรบ้างที่มุ่งปรับปรุง cycle time, productivity, efficiency, effectiveness?
			6.1ข(32) การระบุบริการและการประสานงาน (service identification)
			321 มีการจัดทำเอกสารการจัดบริการในปัจจุบันและแผนการจัดบริการในอนาคตของแต่ละหน่วยงาน มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติเป็นแนวทางในการให้บริการ รวมถึงการระบุความรู้และทักษะที่จำเป็นของบุคลากร
			322 มีการประสานความร่วมมือและบูรณาการของบริการภายในแต่ละแผนกหรืองานบริการและกับแผนกหรืองานบริการอื่น

(4) องค์กรมีการจัดกระบวนงานเอกสารที่ทำให้มั่นใจว่านโยบาย ยุทธศาสตร์ กระบวนการ แผนงาน และรายงานการประชุมที่สำคัญ ได้รับการบันทึก โดยเอกสารและบันทึกต่างๆ มีกระบวนการควบคุมเอกสารที่ดี

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			6.1ข(41) ระบบเอกสาร (document system)
			411 องค์กรมีการจัดกระบวนงานเอกสารที่ทำให้มั่นใจว่านโยบาย ยุทธศาสตร์ กระบวนการ แผนงาน และรายงานการประชุมที่สำคัญ ได้รับการบันทึก โดยเอกสารและบันทึกต่างๆ มีกระบวนการควบคุมเอกสารที่ดี
			412 ผู้มีอำนาจลงนามเป็นผู้อนุมัติการเผยแพร่และใช้เอกสารการอนุมัติอาจอยู่ในรูปแบบของลายเซ็น หรือการอนุมัติผ่านระบบอิเล็คโทรนิกที่มีรหัสผ่าน
			413 มีการจัดการที่ทำให้มั่นใจว่าเฉพาะเอกสารรุ่นล่าสุดอยู่ ณ จุดที่จะมีการนำไปใช้
			414 มี การจัดการที่ทำให้มั่นใจว่าเอกสารอยู่ในสภาพที่อ่านได้ง่ายและการเปลี่ยนแปลง

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			สามารถสังเกตได้ง่าย (โดยใช้ชื่อเอกสาร วันที่ออก เลขที่เอกสาร หรือเครื่องหมายอื่นๆที่เหมาะสม)
			415 มีการปรับปรุงเอกสารเป็นระยะตามความจำเป็น และมีการอนุมัติใหม่
			416 มีการป้องกันไม่ให้มีการใช้เอกสารที่ยกเลิกไปแล้ว โดยไม่ตั้งใจ และวิธีการระบุเอกสารที่ยกเลิกไปแล้วในกรณีที่เอกสารนั้นยังต้องถูกจัดเก็บไว้เพื่อจุดประสงค์บางอย่าง
			417 มีการประยุกต์ใช้กระบวนการควบคุมเอกสารกับเอกสารที่ได้รับมาจากภายนอกองค์กร

ค. ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน[46]

องค์กรสร้างความมั่นใจในการเตรียมพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานเพื่อรองรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน, โดยพิจารณาการป้องกัน การบริหารจัดการ ความต่อเนื่องของการให้บริการผู้ป่วยและชุมชน การเคลื่อนย้าย และการฟื้นฟู.

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			6.1ค(11) การเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน (emergency preparedness)
			111 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบเพื่อทำให้มั่นใจว่าระบบงานและสถานที่ทำงานมีการเตรียมพร้อมต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน ภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเกิดขึ้นมีอะไรบ้าง? ผลการตรวจสอบความพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉินดังกล่าวเป็นอย่างไร?
			112 ระบบการเตรียมพร้อมต่อภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินดังกล่าวคำนึงถึงการป้องกัน การจัดการ ความต่อเนื่องของการดำเนินการ และการทำให้คืนสู่สภาพเดิม รพ.มี business continuity plan & management ครอบคลุมอะไรบ้าง?
			6.1ค(12) การเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉินสำหรับสถานพยาบาล (healthcare emergency preparedness)
			121 องค์กรวิเคราะห์โอกาสที่จะต้องเผชิญกับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉินที่มีผลกระทบต่อองค์กรโดยตรง เช่น อัคคีภัย น้ำท่วม พายุ แผ่นดินไหว ระบบสาธารณูปโภคไม่ทำงาน มลภาวะในอากาศ เหตุระเบิด ผลการวิเคราะห์เป็นอย่างไร ทั้งในด้านโอกาสและผลกระทบ?
			122 องค์กรวิเคราะห์โอกาสที่จะต้องเผชิญกับภาระการให้บริการมากขึ้นอย่างฉับพลัน เช่น การระบาดของโรคติดต่อ อุบัติเหตุหมู่ การเจ็บป่วยจากภัยธรรมชาติ ผลการวิเคราะห์เป็นอย่างไร ทั้งในด้านโอกาสและภาระงานที่ต้องเตรียมพร้อม?
			123 มีการเตรียมความพร้อมของสถานที่ เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ การสื่อสาร ฯลฯ
			124 มีแนวทางการบริหารจัดการที่ชัดเจนเมื่อเกิดเหตุ
			125 มีแผนสำรองเพื่อให้สามารถจัดบริการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง แผนสำรองเพื่อให้จัดบริการผู้ป่วยได้ต่อเนื่องมีอะไรบ้าง?
			126 มีแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้อยู่ในที่ที่ปลอดภัย
			127 มีแนวทางการฟื้นฟูสภาพกิจการหลังเกิดเหตุ
			128 มีการประเมินความพร้อมของระบบต่างๆ ที่ต้องรองรับเมื่อเกิดภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน จุดที่ไม่สมควรเปิดให้บริการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน จุดล่อแหลมที่จะเกิดความขลุกขลักในการปฏิบัติเมื่อเกิดสถานการณ์จริงในระดับรุนแรงกว่าที่คาด ผลการประเมินความพร้อมของระบบต่างๆ เป็นอย่างไร? จุดที่จะต้องปิดให้บริการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินมีจุดใดบ้าง? จุดที่อาจเกิดความขลุกขลักเมื่อสถานการณ์รุนแรงกว่าที่คาดมีจุด

[46] ดูในหมวด II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมด้วย

			ใดบ้าง มีแผนสำรองอย่างไร?
			129 มีการซักซ้อมทำความเข้าใจ หรือการซ้อมปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอตามความเหมาะสม โดยอาจร่วมกับหน่วยงานภายนอก และนำปัญหาข้อติดขัดมาปรับปรุงแก้ไข มีการซักซ้อมหรือซ้อมปฏิบัติเมื่อใด? พบปัญหาข้อติดขัดอะไร? มีการปรับปรุงแก้ไขอย่างไร?

I-6.2 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน

องค์กรนำกระบวนการทำงานสำคัญไปปฏิบัติ บริหารจัดการ และปรับปรุงกระบวนการดังกล่าว เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น และเพื่อบรรลุความสำเร็จขององค์กร.

ก. การจัดการกระบวนการทำงาน

(1) องค์กรนำกระบวนการทำงานที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ และสร้างความมั่นใจว่าจะเป็นไปตามข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการ (บรรลุคุณลักษณะที่คาดหวัง). มีการนำข้อมูลจากผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่น ผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอก มาใช้ในการจัดการกระบวนการดังกล่าว. องค์กรใช้ตัวชี้วัดผลงานสำคัญ และตัวชี้วัดระหว่างการปฏิบัติงานเพื่อควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			6.2ก(11) การนำกระบวนการทำงานที่สำคัญไปปฏิบัติ (key work process implementation)
			111 กระบวนการทำงานที่สำคัญขององค์กรสัมพันธ์กับระบบงานขององค์กร (ดูจาก 6.1ข-111)
			112 องค์กรทำให้มั่นใจว่าการปฏิบัติงานประจำวันของของกระบวนการเหล่านี้เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญ ผู้นำให้ทิศทางและติดตามการปฏิบัติตามข้อกำหนดที่สำคัญของหน่วยงาน ทีมงาน ระบบงานต่างๆ อย่างไร? ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
			113 มีการนำข้อมูลจากผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่น ผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอก มาใช้ในการจัดการกระบวนการดังกล่าว ผู้นำให้ทิศทางและติดตามการใช้ข้อมูลจากผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอกอย่างไร? ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
			114 องค์กรใช้ตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญและตัววัดในกระบวนการเพื่อควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงานต่างๆ ผู้นำให้ทิศทางและติดตามการใช้ตัวชี้วัดของหน่วยงาน ทีมงาน ระบบงานต่างๆ เพื่อการควบคุมงานประจำและการปรับปรุงอย่างไร? ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
			6.2ก(12) การจัดการห่วงโซ่อุปทาน (supply-chain management)
			121 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการจัดการห่วงโซ่อุปทาน เวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ ที่การจัดการห่วงโซ่อุปทานมีความสำคัญมีอะไรบ้าง? รพ.มีแนวทางอย่างไรเพื่อให้มั่นใจว่ามีสิ่งของดังกล่าวเพียงพอในเวลาที่ต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ?
			122 องค์กรทำให้มั่นใจว่าผู้ส่งมอบที่องค์กรเลือกมีคุณสมบัติและพร้อมที่จะช่วยยกระดับผลการดำเนินการขององค์กรและความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประเภทต่างๆ ของผู้ส่งมอบหลักของ รพ.มีอะไรบ้าง? มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ส่งมอบแต่ละประเภทอย่างไร?
			123 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการประเมินผลการดำเนินการของผู้ส่งมอบ

			รพ.ใช้ตัวชี้วัดอะไรในการติดตามกำกับและประเมินผลการดำเนินการของผู้ส่งมอบ? ผลการติดตามและประเมินเป็นอย่างไร?
			124 องค์กรดำเนินการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการที่ไม่ดี รพ.มีมาตรการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ดีกี่ระดับขั้น? แต่ละขั้นมีเกณฑ์อย่างไร? เคยมีการใช้มาตรการใดบ้างกับผู้ส่งมอบ?

(2) มีการพิจารณาความคาดหวังของผู้ป่วย. มีการอธิบายกระบวนการบริการสุขภาพและผลลัพธ์ที่น่าจะเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่สามารถตอบสนองได้ . ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและนำความสมัครใจ (preference) ของผู้ป่วยมาพิจารณาในการให้บริการ.

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			6.2ก(21) การจัดการความคาดหวังของผู้ป่วย (patient expectation management)
			211 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการจัดการกับความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้นำให้ทิศทางและติดตามระดับการรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร? ผลลัพธ์เป็นอย่างไร?
			212 มีการอธิบายกระบวนการบริการสุขภาพและผลลัพธ์ที่น่าจะเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่สามารถตอบสนองได้ ผู้นำให้ทิศทางและติดตามระดับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่เหมาะสมอย่างไร? ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
			213 ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผู้นำให้ทิศทางและติดตามระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างไร? ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
			214 มีการนำความสมัครใจ (preference) ของผู้ป่วยมาพิจารณาในการให้บริการ (พิจารณารวมใน 213)

(3) องค์กรพยายามที่ลดค่าใช้จ่ายโดยรวมในการตรวจสอบ ป้องกันการต้องทำงานซ้ำและความผิดพลาด.

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			6.2ก(31) การควบคุมต้นทุน (cost control)
			311 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการควบคุมต้นทุนโดยรวมของระบบงาน ค่าใช้จ่ายที่เป็นเป้าหมายของการควบคุมมีอะไรบ้าง? ความสำเร็จของการควบคุมเป็นอย่างไร ค่าใช้จ่ายเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ด้วยมาตรการอะไรบ้าง? มีการนำประเด็นเรื่อง cycle time, productivity, efficiency, effectiveness มาพิจารณาในการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างไร?
			312 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการป้องกันไม่ให้เกิดของเสีย ความผิดพลาดของการให้บริการ และการทำงานซ้ำ รพ.มีการติดตาม waste, error, rework, medical errors, unintended hard และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นอย่างไร? ค่าใช้จ่ายจากเหตุการณ์ดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร? ด้วยมาตรการ

			อะไรบ้าง?
			313 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการลดต้นทุนค่าประกันความเสียหายหรือการสูญเสียของผลิตภาพของลูกค้า ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการประกันความเสียหายเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร? ด้วยมาตรการอะไรบ้าง?
			314 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการลดต้นทุนโดยรวมที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบ การทดสอบ และการตรวจประเมินกระบวนการหรือผลการดำเนินการ รพ.มีการตรวจสอบ การทดสอบ และ performance audit อะไรบ้าง? ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร? ด้วยมาตรการอะไรบ้าง?

ข. การปรับปรุงกระบวนการทำงาน

องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อให้ได้ผลงานที่ดีขึ้น ลดความแปรปรวน ยกระดับการจัดบริการสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพ และเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและทิศทางด้านบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปรับปรุงและบทเรียนระหว่างหน่วยงานและกระบวนการต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้และนวตกรรมในองค์กร.

N	P	M	Extended Evaluation Criteria
			6.2ข(11) การปรับปรุงกระบวนการ (process improvement)
			111 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อบรรลุผลการดำเนินการที่ดีขึ้น Performance ที่เป็นเป้าหมายของการปรับปรุงตามที่ผู้นำระดับสูงมุ่งเน้นมีอะไรบ้าง? ผลการปรับปรุงเป็นอย่างไร?
			112 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อลดความแปรปรวนของกระบวนการ อะไรคือตัวอย่าง variation ของกระบวนการที่ลดลงในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา? ขอให้นำเสนอด้วย control chart
			113 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อปรับปรุงผลิตภัณฑ์/บริการให้ดีขึ้น อะไรคือตัวอย่างของกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา? อะไรคือผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากการปรับปรุงดังกล่าว?
			114 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อยกระดับการจัดบริการสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพ อะไรคือตัวอย่างของ health outcome ที่ดีขึ้นในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา? ขอให้นำเสนอด้วย control chart
			115 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและทิศทางบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป โอกาสที่จะมีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพไปจากเดิม[47] อะไรคือความต้องการบริการสุขภาพที่กำลังเปลี่ยนแปลง? รพ.นำปัจจัยนี้มาปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างไร? อะไรคือทิศทางบริการสุขภาพที่กำลังเปลี่ยนแปลง? รพ.นำปัจจัยนี้มาปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างไร? นอกจากสองปัจจัยข้างต้นแล้ว อะไรคือโอกาสที่จะปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพที่แตกต่างจากเดิม?

[47] เช่น จากบริการผู้ป่วยในเป็นบริการผู้ป่วยนอก จากบริการที่โรงพยาบาลเป็นบริการที่บ้าน การใช้นวตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ๆ (ระบบ IT และการสื่อสาร)

			116 มีการพิจารณาปัจจัยต่างๆ ในการปรับปรุงกระบวนการที่ดำเนินการอยู่[48] มีการพิจารณาและใช้ประโยชน์จากปัจจัยเหล่านี้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างไร: health outcome, safety & risk management, scientific evidence, professional standards, new technology, organization knowledge, timeliness, access, coordination, continuity of care, shared decision, skillfull personal?
			6.2ข(12) พื้นที่ของการปรับปรุงกระบวนการ (process improvement domain)
			121 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการปรับปรุงกระบวนการทำงานของแต่ละหน่วยงาน ผู้นำติดตามผลการปรับปรุงกระบวนการทำงานของแต่ละหน่วยงานอย่างไร? มีการยกย่องชมเชยหน่วยงานที่ทำได้ดีอย่างไร? มีการกระตุ้นหน่วยงานที่ผลงานไม่ดีอย่างไร?
			122 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค ผู้นำติดตามผลการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สำคัญอย่างไร? มีการยกย่องชมเชยทีมที่ทำได้ดีอย่างไร? มีการกระตุ้นทีมที่ผลงานไม่ดีอย่างไร?
			123 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการปรับปรุงกระบวนการทำงานของแต่ละระบบงาน ผู้นำติดตามผลการปรับปรุงกระบวนการทำงานของแต่ละระบบงานอย่างไร? มีการยกย่องชมเชยระบบที่ทำได้ดีอย่างไร? มีการกระตุ้นระบบที่ผลงานไม่ดีอย่างไร?
			124 องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ มีการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์อะไรบ้าง?
			6.2ข(13) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (process improvement sharing)
			131 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปรับปรุงและบทเรียนระหว่างหน่วยงานและกระบวนการต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้และนวตกรรมในองค์กร บทเรียนสำคัญที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในองค์กรมีอะไรบ้าง? เจ้าหน้าที่สามารถเข้าถึงบทเรียนของหน่วยงานต่างๆ ได้มากเพียงใด? มีการขยายผลจากบทเรียนที่ได้รับสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กรในเรื่องใดบ้าง?

[48] เช่น ผลลัพธ์สุขภาพที่ต้องการ ความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง หลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร ความทันเวลา การเข้าถึง การประสานงาน ความต่อเนื่องของการดูแล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจ ความคาดหวังที่หลากหลาย ความเพียงพอหรือขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะที่จำเป็น

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (QRS)

II-1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (RSQ.1)

มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

ก. การสนับสนุนจากผู้นำ

(1) ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ก(11) การกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ ความคาดหวัง
			111 ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบายและเป้าประสงค์ ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย
			112 ผู้นำระดับสูงร่วมกันวางระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย รวมถึงระบบการวัดผล
			113 ผู้นำระดับสูงกำหนดลำดับความสำคัญ[49] (หรือเข็มมุ่ง) สำหรับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
			114 ผู้นำระดับสูงกำหนดความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย

(2) ผู้นำระดับสูงสร้างหลักประกันว่าบริการที่จัดให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ก(21) การสร้างหลักประกันความปลอดภัยและคุณภาพ
			212 ผู้นำระดับสูงร่วมมือกันดำเนินการตามระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย
			213 ผู้นำระดับสูงสนับสนุนการกำหนดมาตรการที่เป็นหลักประกันคุณภาพและความปลอดภัย และการเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อนำมาสู่การป้องกัน

(3) ผู้นำทุกระดับให้การสนับสนุน และติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ก(31) การสนับสนุน
			311 ผู้นำทุกระดับสนับสนุนการฝึกอบรมและโอกาสในการพัฒนาคุณภาพและความ

[49] ลำดับความสำคัญนี้รวมถึงการนำ Patient Ssafety Goals ไปปฏิบัติ และลำดับความสำคัญของกิจกรรมการวัดและเฝ้าติดตาม (measurement & monitoring)

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			ปลอดภัย มีโปรแกรมฝึกอบรมที่สอดคล้องกับบทบาทของบุคลากร ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำที่ได้รับมอบหมาย โดยวิทยากรผู้มีความรู้
			312 ผู้นำทุกระดับให้แนวทางและความช่วยเหลือในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
			313 ผู้นำทุกระดับมีส่วนร่วมขจัดอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
			314 ผู้นำทุกระดับร่วมสร้างแรงจูงใจและให้รางวัลในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
			315 ผู้นำทุกระดับสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย รวมทั้งเทคโนโลยีและทรัพยากรสำหรับการติดตามวัดผล (tracking) และเปรียบเทียบผล
			316 ผู้นำทุกระดับสนับสนุนการปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
			1.1ก(32) การกำกับดูแล
			321 ผู้นำระดับสูงจัดให้มีกลไกกำกับดูแลระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย
			322 ผู้นำระดับสูงรายงานผลระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัยต่อคณะกรรมการกำกับดูแลกิจการ
			1.1ก(33) การประเมิน performance ของหน่วยงานและบุคลากร
			331 หัวหน้าหน่วยงานติดตามวัดคุณภาพบริการที่จัดในหน่วยงานของตน โดยพิจารณาลำดับความสำคัญในการวัดและการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน การประเมินผลบริการจากความเห็น/คำร้องเรียนของผู้ป่วยและแหล่งข้อมูลอื่นๆ ประสิทธิภาพของบริการ และบริการภายใต้สัญญาจ้าง
			332 หัวหน้าหน่วยงานติดตามวัดคุณภาพเกี่ยวกับ performance ของบุคลากรในการทำหน้าที่ของตน
			333 หัวหน้าหน่วยงานดำเนินการแผนงานควบคุมคุณภาพเมื่อมีข้อบ่งชี้
			334 หัวหน้าหน่วยงานได้รับข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นเพื่อการบริหารและพัฒนาการดูแล/บริการ
			335 มีการรายงานการวัดผลและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่อกลไกกำกับดูแลคุณภาพขององค์กรเป็นระยะ

(4) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้.

N	P	M	มาตรฐาน
			1.1ก(41) การส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรม
			411 ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้บุคลากรทำความเข้าใจกับรูปธรรมของการปฏิบัติตาม core values ในเรื่อง customer focus, continuous improvement และ learning
			412 ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อม แรงจูงใจ ให้เกิดวัฒนธรรมทั้งสามประการ

N	P	M	มาตรฐาน
			413 ผู้นำระดับสูงติดตามพฤติกรรมของบุคลากรที่สะท้อนวัฒนธรรมทั้งสามประการ

ข. การเชื่อมโยงและประสานงาน

(1) มีการกำหนดความหมายของคำว่า “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” ที่จะใช้ในการทำงานขององค์กร.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ข(11) การกำหนดความหมาย
			111 มีการกำหนดหรือทบทวนความหมายของคำว่า “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” ที่เข้าใจง่าย และสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับเข้าใจให้ตรงกัน
			112 มีการประเมินความเข้าใจความหมายของคำว่า “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” และการนำไปใช้ประโยชน์

(2) โปรแกรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ เป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ข(21) เป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์
			211 โปรแกรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และพัฒนาคุณภาพ เป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร และครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร

(3) มีการบูรณาการและประสานโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในทุกขั้นตอนของการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ข(31) การบูรณาการและการประสานโปรแกรม
			311 มีการบูรณาการและประสานโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
			312 การบูรณาการและประสานโปรแกรมดังกล่าวเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล
			313 มีการใช้แนวคิดการออกแบบระบบหรือการปรับแก้ระบบ (system design & redesign) ในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
			314 มีการประสานงานองค์ประกอบทั้งหมดของการวัดและควบคุมคุณภาพขององค์กร
			315 มีการใช้แนวทางที่เป็นระบบ (systematic approach) ในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

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

N	P	M	Extended Evaluation Guide

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ข(41) โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ
			411 มีโครงสร้างคุณภาพที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับองค์กรเพื่อประสานและช่วยเหลือสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ
			412 มีทีมคร่อมสายงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลภาพรวมของการพัฒนาระบบงานต่างๆ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยสาขาต่างๆ [ดู II-1.1ค(41)]
			413 มีหน่วยงานและกลุ่มคนที่ทำหน้าที่วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผล สนับสนุน และจัดการความรู้ ในเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
			414 ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนหรือกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพ(quality improvement) และพัฒนาผลการดำเนินงาน (performance improvement) ของโครงสร้างและตัวบุคคล ทั้งโครงสร้างบริหารปกติ และโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ
			415 ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของคณะกรรมการต่างๆ รวมทั้งการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่ใช้อยู่ และวางแผนปรับปรุง

ค. การทำงานเป็นทีม

(1) มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผล ทั้งภายในหน่วยงาน/วิชาชีพ, ระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ, ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร, และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ค(11) การสื่อสารและการแก้ปัญหา
			111 มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผลภายในหน่วยงาน/วิชาชีพ
			112 มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผลระหว่างหน่วยงาน
			113 มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผลระหว่างวิชาชีพ
			114 มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผลระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร
			115 มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผลระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ
			1.1ค(12) การสื่อสารข้อมูลการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
			121 มีการสื่อสารสารสนเทศการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยไปยังบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ ผ่านช่องทางที่ได้ผล
			122 มีการสื่อสารความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (PSG) ไปยังบุคลากร

(2) บุคลากรร่วมมือกันให้บริการและดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง โดยตระหนักในความรับผิดชอบของวิชาชีพต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ทีมในงานปกติประจำ).

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ค(21) ทีมในงานปกติประจำ
			211 บุคลากรร่วมมือกันให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพในกิจกรรมต่างๆ [50]
			212 หัวหน้าหน่วยงานออกแบบระบบงานหรือกิจกรรมการทำงานที่ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการทำงานเป็นทีม
			213 มีการทบทวนอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้นเพื่อปรับปรุงการทำงานร่วมกัน และประเมินความร่วมมือในการทำงานเป็นทีมในงานประจำเป็นระยะ

(3) องค์กรส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย ทั้งทีมที่รวมตัวกันเองและทีมที่ได้รับมอบหมาย, ทีมภายในหน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน / สหสาขาวิชาชีพ, ทีมทางด้านคลินิกและด้านอื่นๆ (ทีมพัฒนาคุณภาพ).

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ค(31) ทีมพัฒนาคุณภาพ

[50] เช่น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน การวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การใช้ข้อมูลของแต่ละวิชาชีพ การให้ข้อเสนอแนะและระบุความต้องการของตนแก่เพื่อนร่วมงาน

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			311 องค์กรส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย ทั้งทีมที่รวมตัวกันเองและทีมที่ได้รับมอบหมาย
			312 หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงาน
			313 ผู้นำระดับต่างๆ ร่วมกันกำหนดและส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพในลักษณะทีมคร่อมสายงาน/สหสาขาวิชาชีพ
			314 องค์กรประเมินการก่อตัวและการทำหน้าที่ของทีมพัฒนาคุณภาพต่างๆ เพื่อนำสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
			1.1ค(32) การทำกิจกรรมพัฒนา
			321 มีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในประเด็นสำคัญที่ผู้นำระบุ
			322 มีการมอบหมายหน้าที่และสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อดำเนินการพัฒนา
			323 มีการวางแผนและทดสอบการเปลี่ยนแปลง
			324 มีการนำการเปลี่ยนแปลงที่ได้ผลไปสู่การปฏิบัติ
			325 มีข้อมูลแสดงให้เห็นการพัฒนาที่ได้ผลและยั่งยืน มีการบันทึกการพัฒนาที่บรรลุความสำเร็จและธำรงไว้ได้
			326 มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่จำเป็นเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

(4) องค์กรจัดให้มีทีมคร่อมสายงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทาง ให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมที่รับผิดชอบระบบงานสำคัญขององค์กร (ทีมกำกับดูแลภาพรวม).

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ค(41) ทีมกำกับดูแลภาพรวม
			411 องค์กรจัดให้มีทีมคร่อมสายงานทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทาง ให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านคลินิก
			412 องค์กรจัดให้มีทีมคร่อมสายงานทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทาง ให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านระบบงานที่สำคัญ
			413 องค์กรประเมินทีมคร่อมสายงานที่ทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา เพื่อนำสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ง. การประเมินตนเอง

(1) มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่ใช้วิธีการเชิงคุณภาพ ไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ง(11) เทคนิคการประเมินผล
			111 มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่วิธีการเชิงคุณภาพ ไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย

(2) มีการประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร/หน่วยงาน ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากลตามความเหมาะสม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ง(21) การประเมินผลเทียบกับข้อกำหนด/ความต้องการต่าง ๆ
			211 มีการประเมินผลการดำเนินงานเทียบกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
			212 มีการประเมินผลการดำเนินงานเทียบกับกับมาตรฐานโรงพยาบาล
			213 มีการประเมินผลการดำเนินงานเทียบกับมาตรฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามความเหมาะสม
			214 มีการประเมินผลกระบวนการทำงานเทียบกับการปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ
			215 มีการประเมินผลการดำเนินงานเทียบกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร/หน่วยงาน
			1.1ง(22) การเปรียบเทียบผล
			221 มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินการภายในองค์กรตามช่วงเวลาต่างๆ
			222 มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินการกับองค์กรที่คล้ายคลึงกันเมื่อมีโอกาส
			223 มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินการกับตัวเทียบในระดับชาติ
			224 มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินการกับตัวเทียบในระดับสากล

(3) มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้าและแบบประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจหรือตรวจสอบภายใน การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.1ง(31) วิธีการประเมินตนเอง
			311 มีการประเมินตนเองในลักษณะของการจัดการความรู้ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			อภิปรายกลุ่ม การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม
			312 มีการประเมินตนเองโดยการจัดทำรายงานการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาล
			313 มีการประเมินตนเองโดยการเข้าไปรับรู้ในสถานที่จริง เช่น การตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจภายใน
			314 มีการประเมินตนเองโดยการติดตามตัวชี้วัดและวิเคราะห์ข้อมูล

II- 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2)

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ.

ก. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

(1) มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่างๆ, รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.2ก(11) การประสานงานและประสานความร่วมมือ
			111 มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง เช่น ระบบสารสนเทศ ระบบพัฒนาบุคลากร ระบบบริการอาชีวอนามัย ระบบการป้องกันการติดเชื้อ ระบบยา ระบบรายงานอุบัติการณ์ ระบบการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพ ระบบเวชระเบียน ระบบผู้ป่วยสัมพันธ์ ระบบบริหารอาคารสถานที่
			112 มีการะบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง เพื่อประสิทธิภาพและความถูกต้องในการรายงานข้อมูลและการประมวลผล
			1.2ก(12) กรอบความคิดการบริหารความเสี่ยง
			121 มีการนำกรอบความคิดการบริหารความเสี่ยงต่อไปนี้มาสู่การปฏิบัติ 1) การระบุความเสี่ยง, 2) การจัดลำดับความสำคัญ, 3) การรายงานความเสี่ยง 4) การจัดการความเสี่ยง, 5) การสอบสวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์, 6) การจัดการคำร้องเรียน

(2) มีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป[51] ในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.2ก(21) การค้นหาความเสี่ยง
			211 มีการกำหนดแนวทางในการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงเพื่อให้หน่วยงาน ทีมงาน และคณะกรรมการในระดับต่างๆ ใช้ปฏิบัติ
			212 มีการค้นหาความเสี่ยงในทุกหน่วยงาน ทุกระบบงาน และทุกระดับ
			213 การค้นหาความเสี่ยงครอบคลุมความเสี่ยงด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป
			214 มีการรวบรวมความเสี่ยงที่สำคัญจากส่วนย่อยต่างๆ มาประมวลผลเป็นภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาล และจัดลำดับความสำคัญ

[51] **วิธีการค้นหาความเสี่ยง** อาจใช้การสังเกตกระบวนการทำงานโดยตรง, การสำรวจสถานที่, การพูดคุยกับบุคลากรและผู้เชี่ยวชาญ, การทบทวนและวิเคราะห์อุบัติการณ์, การวิเคราะห์ FMEA, การทบทวนเวชระเบียน, และการทบทวนวรรณกรรม

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			215 มีการนำข้อมูลความเสี่ยงมากำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน

(3) มีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนักอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.2ก(31) การกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกัน
			311 มีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม โดยใช้การวิเคราะห์ root cause และใช้แนวคิด human factors engineering มาออกแบบระบบงานให้เอื้อต่อการทำในสิ่งที่ถูกต้อง มีการ redesign กระบวนการที่มีความเสี่ยงสูง
			312 มีการสื่อสารและสร้างความตระหนักอย่างทั่วถึง เพื่อนำมาตรการไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผล
			313 มีการติดตามประเมินมาตรการป้องกันต่างๆ ว่ามีความรัดกุมเพียงใด และมาตรการในเรื่องที่สำคัญได้รับการนำไปปฏิบัติเพียงใด

(4) มีระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่เหมาะสม. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.2ก(41) ระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด (near miss)
			411 มีการกำหนดนิยามของอุบัติการณ์[52]และเหตุเกือบพลาด
			412 มีการกำหนดประเภทของอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาดที่จะต้องรายงาน
			413 องค์กรกำหนดกระบวนการรายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาดที่เหมาะสม
			1.2ก(42) การวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน
			421 มีการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงาน เช่น ความถี่ แนวโน้ม การจำแนกอุบัติการณ์ตามประเภท การกระจายของอุบัติการณ์ตามสถานที่/เวลา/บุคคล ระบบงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดจุดมุ่งเน้นของการพัฒนา
			422 มีการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์[53] และเหตุเกือบพลาดต่างๆ ที่องค์กรกำหนด
			423 มีการนำข้อมูลและผลการวิเคราะห์ไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน

[52] รวมถึง sentinel event ซึ่งเป็นอุบัติการณ์รุนแรงที่พึงสังวรหรือระแวดระวังเนื่องจากก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อผู้ป่วยและองค์กรสูงมาก

[53] อย่างน้อยครอบคลุมอุบัติการณ์สำคัญต่อไปนี้: ปฏิกิริยาจากการให้เลือด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรง ความคลาดเคลื่อนทางยาที่สำคัญ ความแตกต่างสำคัญระหว่างการวินิจฉัยโรคก่อนและหลังผ่าตัด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการทำให้สงบและการระงับความรู้สึก

(5) มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (root cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.2ก(51) RCA (root cause analysis)
			511 มีการกำหนดข้อบ่งชี้ที่ต้องทำ RCA (root cause analysis)[54]
			512 มีการทำ RCA เมื่อเกิดเหตุตามข้อบ่งชี้
			513 การทำ RCA ทำให้สามารถระบุปัจจัยเชิงระบบ (system failure) ที่เป็นสาเหตุ[55]
			514 การทำ RCA นำไปสู่การแก้ปัญหาและการออกแบบระบบที่เหมาะสม

(6) มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.2ก(61) การประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยง
			611 องค์กรมีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในประเด็นต่อไปนี้ วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร, ความครอบคลุมในการค้นหาความเสี่ยงและความรัดกุมของมาตรการป้องกัน, การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ, ความครอบคลุมของการรายงานอุบัติการณ์, ความสามารถในการป้องกันและลดอุบัติการณ์/ความสูญเสีย
			612 มีการนำผลที่ได้จากการประเมินไปดำเนินการปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยง

[54] เช่น ต้องมีการทำ RCA ในอุบัติการณ์รุนแรงต่อไปนี้ทุกราย: การฆ่าตัวตายและการเสียชีวิตที่ผิดคาด, การสูญเสียการทำงานของอวัยวะสำคัญอย่างถาวร, การผ่าตัดผิดข้าง ผิดคน ผิดตำแหน่ง, การลักพาตัวทารกหรือการส่งมอบทารกผิดคน

[55] เช่น การออกแบบระบบงาน การควบคุมกำกับ การฝึกอบรม การสื่อสาร ข้อมูลข่าวสาร ศักยภาพของบุคลากร ภาระงาน การนิเทศ สิ่งแวดล้อม เครื่องมือและเทคโนโลยี

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(1) มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.2ข(11) กิจกรรมการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย
			111 ทีมนำทางคลินิกและหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทบทวนคุณภาพที่ปฏิบัติผสมผสานในงานประจำอย่างเรียบง่าย สม่ำเสมอ ไม่ซ้ำซ้อน ไม่ติดรูปแบบ
			112 มีการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
			113 มีการทบทวนอุบัติการณ์/ภาวะแทรกซ้อน/การเสียชีวิต อย่างสม่ำเสมอ
			114 มีการทบทวนการใช้ทรัพยากรอย่างสม่ำเสมอ
			115 มีการทบทวนการใช้เลือดอย่างสม่ำเสมอ
			116 มีการทบทวนคำร้องเรียนอย่างสม่ำเสมอ (ดู I-3)
			117 มีการทบทวนตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ (ดู I-4)
			118 มีการประเมินความรู้ความสามารถและทักษะของผู้ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ (ดู I-5)
			119 มีการทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ (ดู II-4)
			11A มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพของการดูแลอย่างสม่ำเสมอ (ดู II-5)
			11B มีการทบทวนการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ (ดู II-6)
			11C มีการทบทวนการส่งต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ (ดู III-1)
			1.2ข(12) การใช้ผลของการทบทวน
			121 มีการเชื่อมโยงการทบทวนไปสู่การปรับปรุงระบบงานทั้งด้วยวิธีการง่ายๆ และการพัฒนาในรูปแบบโครงการที่ครอบคลุมแง่มุมต่างๆ โดยใช้เครื่องมือคุณภาพที่หลากหลาย
			1.2ข(13) การประเมินผลการทบทวน
			131 มีการประเมินความถี่และความครอบคลุมของกิจกรรมทบทวนโดยหน่วยงานและทีมนำทางคลินิกต่างๆ

(2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิกเป็นเป้าหมายที่จะพัฒนา กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ.

(3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

N	P	M	มาตรฐาน
			1.2ข(21) การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดสำหรับกลุ่มประชากรทางคลินิก

N	P	M	มาตรฐาน
			211 ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิกสำคัญที่เป็นเป้าหมายในการพัฒนา
			212 ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการดูแลที่สอดคล้องกับประเด็นสำคัญสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ครอบคลุมทุกองค์ประกอบและทุกขั้นตอนของการดูแล
			213 ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
			1.2ข(22) ผู้นำกำหนดตัววัดสำคัญในระบบคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยด้านคลินิก
			221 มีการระบุตัววัดสำคัญสำหรับประเด็นไปนี้: 1) การประเมินผู้ป่วย, 2) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ, 3) บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย, 4) หัตถการทางศัลยกรรม, 5) การใช้ยาต้านจุลชีพและยาอื่นๆ, 6) ความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุเกือบพลาด, 7) การระงับความรู้สึกและการทำให้สงบ, 8) การใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด, 9) การมีพร้อม เนื้อหา และการใช้เวชระเบียน, 10) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การเฝ้าระวัง และการรายงาน, 11) การวิจัยทางคลินิก
			222 มีการเลือกตัววัดด้านคลินิกจากโครงการ THIP
			223 มีการพิจารณา “วิชาการ” หรือ “หลักฐาน” ที่สนับสนุนตัววัดที่เลือกแต่ละตัว
			224 การวัดครอบคลุมโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์
			225 มีการกำหนดขอบเขต วิธีการ และความถี่สำหรับแต่ละตัววัด
			226 มีการเก็บข้อมูลวัดผลทางคลินิกและใช้เพื่อประเมินประสิทธิผลของการพัฒนา
			1.2ข(23) ตัววัดสำคัญสำหรับเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย
			231 มีการระบุตัววัดสำคัญสำหรับเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยแต่ละเรื่อง
			232 การวัดผลเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยครอบคลุมเนื้อหาที่ระบุไว้ใน SIMPLE
			233 ข้อมูลจากการวัดผลถูกนำมาใช้เพื่อประเมินประสิทธิผลของการพัฒนา

(4) ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิถีองค์รวม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์ root cause นวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษา ฟื้นฟู ตามความเหมาะสม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1.2ข(41) การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย
			411 มีการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่เลือกขึ้นมาด้วยการวิเคราะห์กระบวนการ ผลลัพธ์ และระบบงานที่เกี่ยวข้อง

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			412 ใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย[56]
			413 การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษา ฟื้นฟู ตามความเหมาะสม

[56] เช่น การใช้แนวคิด Lean เพื่อลดความสูญเปล่า, การใช้แนวคิด patient safety เพื่อลดความเสี่ยง, ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ, วิถีองค์รวม, การใช้ข้อมูลวิชาการ, การวิเคราะห์ root cause, การสร้างนวัตกรรม, การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด

II-2 การกำกับดูแลวิชาชีพ

II - 2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพ ด้านการพยาบาล (Nursing)

มีระบบบริหารการพยาบาลรับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร

ก. การบริหารการพยาบาล

(1) ผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เพียงพอ ทั้งในด้านปฏิบัติการพยาบาล และด้านบริหารการพยาบาล.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.1ก(11) ผู้นำทีมการพยาบาล
			111 ผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เพียงพอ ในด้านปฏิบัติการพยาบาล
			112 ผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เพียงพอ ในด้านการบริหารการพยาบาล

(2) ระบบบริหารการพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าจะมีบุคลากรทางการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถและปริมาณเพียงพอสำหรับบริการที่องค์กรจัดให้มี.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.1ก(11) การพิจารณาหลักฐานคุณสมบัติ
			111 มีวิธีการที่เป็นมาตรฐานในการรวบรวมและจัดเก็บหลักฐานคุณสมบัติ (ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์) ของบุคลากรสายพยาบาลแต่ละคน โดยมีการสอบทานหลักฐานคุณสมบัติจากแหล่งข้อมูลต้นกำเนิด
			112 มีกระบวนการที่ทำให้มั่นใจว่าหลักฐานคุณวุฒิของพยาบาลที่ทำสัญญา มีความถูกต้องและสมบูรณ์ก่อนมอบหมายหน้าที่
			113 มีกระบวนการที่ทำให้มั่นใจว่าพยาบาลซึ่งติดตามแพทย์อิสระมาให้บริการแก่ผู้ป่วยและมิได้เป็นบุคลากรขององค์กร เป็นผู้มีหลักฐานคุณสมบัติเหมาะสม
			2.1ก(12) การมอบหมายหน้าที่
			121 มีการใช้เอกสารคุณสมบัติ (ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์) ในการระบุหน้าที่รับผิดชอบและจัดมอบหมายงานทางคลินิกให้แก่พยาบาล
			122 มีการกำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ และการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบสอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.1ก(13) การศึกษาต่อเนื่อง
			131 มีการส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการพยาบาลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับบริการที่มีความซับซ้อน มีความเสี่ยงสูง มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่อเนื่อง
			2.1ก(14) ความเพียงพอ
			141 มีการกำหนดอัตรากำลังเหมาะสมสำหรับบริการที่โรงพยาบาลจัด และจัดให้มีบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานเพียงพอกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย
			142 มีการวิเคราะห์ส่วนขาดของอัตรากำลังในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยสูง และวางมาตรการเพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยในหน่วยงานดังกล่าวจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย

(3) ระบบบริหารการพยาบาลมีโครงสร้างและกลไกที่ทำหน้าที่สำคัญอย่างได้ผล:

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.1ก(31) การทำหน้าที่สำคัญ
			311 การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
			312 การนิเทศทางคลินิก การกำกับดูแล การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
			313 การส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล
			314 การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
			315 การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม
			316 จัดการความรู้และการวิจัยเพื่อส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพ
			2.1ก(32) การจัดการเพื่อให้การทำหน้าที่สำคัญสัมฤทธิ์ผล
			321 ผู้นำทีมการพยาบาลประยุกต์ใช้แนวคิด Process Management ตามมาตรฐาน I-6 หรือ 3P ในการพัฒนาโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพของโรงพยาบาล

(4) ระบบบริหารการพยาบาลประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการใช้ยา การควบคุม การติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.1ก(41) การประสานความร่วมมือ
			411 ผู้นำทีมการพยาบาลส่งตัวแทนพยาบาลเข้าร่วมในคณะกรรมการของโรงพยาบาล ได้แก่ คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา, การควบคุมการติดเชื้อ, การสร้างเสริมสุขภาพ, คุณภาพและความปลอดภัย
			412 ผู้นำทีมการพยาบาลสร้างช่องทางการสื่อสารเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลและความคิดเห็นที่

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			ตัวแทนพยาบาลนำเสนอต่อที่ประชุม เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์และครอบคลุมที่สุดที่วิชาชีพมีอยู่ และเป็นความคิดเห็นที่เป็นตัวแทนของวิชาชีพพยาบาลอย่างแท้จริง รวมทั้งสร้างความมั่นใจว่ามีการสื่อสารผลสรุปจากที่ประชุมให้แก่ บุคลากรทางการพยาบาลอย่างทั่วถึง
			413 ผู้นำทีมการพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรทางการพยาบาลอื่นๆ ที่มิได้เป็นตัวแทนในคณะกรรมการดังกล่าว มีส่วนร่วมอย่างแข็งขันเพื่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กรในระบบ

(5) การบริหารความเสี่ยง การบริหารความปลอดภัย และการบริหารคุณภาพของปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องและสนับสนุนเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ขององค์กร และจริยธรรม มาตรฐานวิชาชีพ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.1ก(51) การบริหารคุณภาพ
			511 การบริหารความเสี่ยง การบริหารความปลอดภัย และการบริหารคุณภาพของปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องและสนับสนุนเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ขององค์กร
			512 การบริหารความเสี่ยง การบริหารความปลอดภัย และการบริหารคุณภาพของปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องและสนับสนุนจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ
			513 มีการใช้กระบวนการและฐานข้อมูลสำหรับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยด้านการพยาบาล ร่วมกับการพัฒนาในภาพรวมของโรงพยาบาล
			514 บุคลากรสายการพยาบาลมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพขององค์กร
			515 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาล เมื่อมีข้อสงสัยจากการเฝ้าติดตามหรือพัฒนาคุณภาพทางคลินิก และบันทึกข้อมูลไว้ในแฟ้มประวัติ

(6) มีการประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาลในองค์ประกอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้รับบริการ ความสามารถในการดูแลตนเอง การเสริมพลัง ความพึงพอใจ และนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.1ก(61) การประเมินผล
			611 มีการประเมินผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย
			612 มีการประเมินผลด้านการบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน
			613 มีการประเมินผลด้านการได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้รับบริการ
			614 มีการประเมินผลด้านความสามารถในการดูแลตนเอง
			615 มีการประเมินผลด้านการเสริมพลัง
			616 มีการประเมินผลด้านความพึงพอใจ
			617 มีการออกแบบระบบเพื่อบูรณาการตัวชี้วัดและกระบวนการเก็บข้อมูล เข้ากับตัวชี้วัดและระบบงานของโรงพยาบาล
			618 ผู้นำทีมการพยาบาลและทีมงานที่เกี่ยวข้องนำผลการประเมินหรือตัวชี้วัดที่ติดตามมา

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			กำหนดประเด็นในการพัฒนาและตั้งเป้าหมายให้มีความท้าทายเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ

ข. ปฏิบัติการพยาบาล

(1) พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพสูง เบ็ดเสร็จผสมผสาน และเป็นองค์รวม โดยมีการประสานความร่วมมือกับวิชาชีพอื่น.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.1ก(11) การใช้กระบวนการพยาบาล
			111 พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพสูง เป็นองค์รวม สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
			112 พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลชุมชน เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพสูง และเป็นองค์รวม
			113 พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยประสานความร่วมมือกับวิชาชีพอื่น

(2) พยาบาลให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.1ก(21) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ
			211 พยาบาลให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วย
			212 พยาบาลให้การพยาบาลด้วยความตระหนักในจริยธรรมวิชาชีพ

(3) พยาบาลให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลที่ทันสมัย มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.1ก(31) การใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์
			311 พยาบาลให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์/หลักฐานเชิงประจักษ์ มีการคัดเลือกแหล่งข้อมูล วิเคราะห์ส่วนต่างในการปฏิบัติ และออกแบบระบบงานให้เอื้อต่อการปฏิบัติ
			312 พยาบาลให้การพยาบาลบนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลที่ทันสมัย
			313 มีการติดตามประเมินผลและปรับปรุงคุณภาพการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ

(4) พยาบาลให้การดูแลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม ของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง, โดยมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนหลังจำหน่ายร่วมกับทีมสุขภาพ และผู้รับบริการ / ครอบครัว, เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการในการดูแลตนเองควบคุมปัจจัยเสี่ยง และสามารถใช้แหล่งทรัพยากรในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.1ก(41) การดูแลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			411 พยาบาลให้การดูแลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม ของผู้รับบริการ
			412 มีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนหลังจำหน่ายร่วมกับทีมสุขภาพ และผู้รับบริการ/ครอบครัว
			413 ผู้รับบริการ/ครอบครัวได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง ควบคุมปัจจัยเสี่ยง และใช้แหล่งทรัพยากรอย่างเหมาะสม

(5) บันทึกทางการพยาบาลแสดงถึงการพยาบาลผู้รับบริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และเป็นประโยชน์ในการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ การพยาบาล และการวิจัย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.1ก(51) บันทึกทางการพยาบาล
			511 บันทึกทางการพยาบาลแสดงถึงการดูแลด้านพยาบาลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง
			512 บันทึกทางการพยาบาลเป็นประโยชน์ในการสื่อสารภายในวิชาชีพและระหว่างวิชาชีพ
			513 บันทึกทางการพยาบาลเป็นประโยชน์ในการดูแลต่อเนื่อง
			514 บันทึกทางการพยาบาลเป็นประโยชน์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาล
			515 บันทึกการพยาบาลเป็นประโยชน์ในการวิจัย

II - 2.2 องค์กรแพทย์

มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ รับผิดชอบต่อการส่งเสริมและติดตามดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

(1) มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาล เพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงและด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.2ก(11) การจัดตั้งองค์กรแพทย์
			111 มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ระดับสถานพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของสถานพยาบาล โดยเป้าหมายและบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการสร้างความมั่นใจในคุณภาพบริการทางการแพทย์และความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ
			112 มีการทำให้มั่นใจว่าองค์กรแพทย์เป็นตัวแทนความเห็นของแพทย์โดยรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นที่มีความหมายและท้าทายต่อความน่าเชื่อถือและไว้วางใจต่อวิชาชีพแพทย์

(2) องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะและร่วมวางแผนกับผู้บริหารเกี่ยวกับการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.2ก(21) บทบาทให้คำปรึกษาและร่วมวางแผน
			211 องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแก่ผู้บริหารเกี่ยวกับการจัดบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ
			212 องค์กรแพทย์ร่วมวางแผนกับผู้บริหารเกี่ยวกับการจัดบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ

(3) องค์กรแพทย์สร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการแพทย์อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ มีการติดตามและมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เคารพในสิทธิผู้ป่วยและเป็นไปตามจริยธรรมวิชาชีพ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.2ก(31) การใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์
			311 องค์กรแพทย์ร่วมกับทีมคลินิกต่างๆ สร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการแพทย์อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ มีการคัดเลือกแหล่งข้อมูล วิเคราะห์ส่วนต่างในการปฏิบัติ และออกแบบระบบงานให้เอื้อต่อการปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูง มีเทคโนโลยีใหม่ หรือมีความหลากหลายของวิธีการรักษาและผลลัพธ์
			312 องค์กรแพทย์ร่วมกับทีมคลินิกต่างๆ สร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการแพทย์เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			313 องค์การแพทย์จัดให้มีกลไกติดตามและปรับปรุงคุณภาพบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ
			2.1ก(32) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ
			321 แพทย์ให้การดูแลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วย
			322 แพทย์ให้การดูแลด้วยความตระหนักในจริยธรรมวิชาชีพ

(4) มีกลไกส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.2ก(41) การติดต่อสื่อสารและแก้ปัญหา
			411 องค์กรแพทย์กำหนดกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์
			412 องค์กรแพทย์กำหนดกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและแก้ปัญหาระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น
			413 องค์กรแพทย์ส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและแก้ปัญหาระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการ
			414 องค์กรแพทย์ประเมินประสิทธิภาพของการติดต่อสื่อสาร และความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งแสวงหาวิธีการใหม่ๆ ในการทำงานร่วมกัน

(5) องค์กรแพทย์ทำหน้าที่สำคัญในการดูแลคุณภาพบริการทางการแพทย์และจริยธรรมวิชาชีพอย่างได้ผล

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.2ก(51) การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์ (credentials)
			511 มีนโยบายกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่จะได้รับอนุญาตให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมี autonomy
			512 มีการประเมินและสอบทานคุณสมบัติ (ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์) ของแพทย์ก่อนที่จะอนุญาตให้ดูแลผู้ป่วย และระบุตัวผู้ที่ได้รับอนุญาต
			513 มีการเก็บหลักฐานคุณสมบัติของแพทย์ที่เป็นปัจจุบันไว้ในแฟ้มข้อมูลส่วนบุคคล และมีการทบทวนอย่างน้อยทุก 3 ปี
			514 มีการทบทวนหลักฐานคุณสมบัติเพื่อต่ออายุการอนุญาตสำหรับแพทย์แต่ละคนอย่างน้อยทุก 3 ปี และบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ
			2.2ก(52) การกำหนดสิทธิการดูแลผู้ป่วย (privilege)
			521 มีกระบวนการที่เป็นมาตรฐานในการกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคนเมื่อแรกเข้าและเมื่อมีการต่ออายุการอนุญาต เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความชำนาญ โดยใช้หลักฐานคุณสมบัติของแพทย์แต่ละคน
			522 การตัดสินต่ออายุสิทธิการให้บริการผู้ป่วย ขึ้นกับการพิจารณาข้อมูลต่อไปนี้ 1)

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและเมตตา 2) ความรู้ที่เป็นปัจจุบัน 3) การเรียนรู้และปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย 4) ทักษะการสร้างความสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสาร 5) ความรับผิดชอบต่อวิชาชีพและความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาวิชาชีพ
			523 มีการระบุสิทธิในการดูแลรักษาโดยแพทย์แต่ละคนอย่างชัดเจน และสื่อสารให้ทราบทั่วทั้งองค์กร
			524 แพทย์แต่ละคนให้การดูแลตามสิทธิที่ได้รับอนุญาตจากสถานพยาบาล
			2.2ก(53) การประเมินคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
			531 มีการทบทวนประเมินผลคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคนอย่างน้อยปีละครั้ง บันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ และสื่อสารให้เจ้าตัวทราบตามแนวทางที่สถานพยาบาลกำหนด
			532 การประเมินผล พิจารณาข้อมูลเปรียบเทียบเชิงรุก การวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน
			2.2ก(54) การทำหน้าที่สำคัญ
			541 การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
			542 การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
			543 การกำกับดูแลคุณภาพเวชระเบียน
			544 การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
			545 การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
			546 การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ
			2.2ก(55) การจัดการเพื่อให้การทำหน้าที่สำคัญสัมฤทธิ์ผล
			551 องค์กรแพทย์ประยุกต์ใช้แนวคิด Process Management ตามมาตรฐาน I-6 หรือ 3P ในการพัฒนาโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพของสถานพยาบาล

(6) องค์กรแพทย์ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการใช้ยา การควบคุมการติดเชื้อการสร้างเสริมสุขภาพคุณภาพและความปลอดภัย

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.2ก(61) การประสานความร่วมมือ
			611 องค์กรแพทย์ส่งตัวแทนเข้าร่วมในคณะกรรมการของโรงพยาบาล ได้แก่ คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา, การควบคุมการติดเชื้อ, การสร้างเสริมสุขภาพ, คุณภาพและความปลอดภัย
			612 องค์กรแพทย์สร้างช่องทางการสื่อสารเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลและความคิดเห็นที่ตัวแทนแพทย์นำเสนอต่อที่ประชุม เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์และครอบคลุมที่สุดที่วิชาชีพมีอยู่ และเป็นความคิดเห็นที่เป็นตัวแทนของวิชาชีพแพทย์อย่างแท้จริง

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			รวมทั้งสร้างความมั่นใจว่ามีการสื่อสารผลสรุปจากที่ประชุมให้แก่แพทย์อย่างทั่วถึง
			613 องค์กรแพทย์สร้างความมั่นใจว่าแพทย์อื่นๆ ที่มิได้เป็นตัวแทนในคณะกรรมการดังกล่าวมีส่วนร่วมเพื่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กร

(7) มีข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ที่ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ ครอบคลุมเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม, ประเด็นทางจริยธรรม/กฎหมาย/สังคม, คุณภาพและความปลอดภัย, การพัฒนาความรู้ความสามารถ, บันทึกและการจัดทำเอกสาร.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2.2ก(71) ข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติ
			711 มีข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่แพทย์ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ
			712 มีข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย สังคม ที่แพทย์ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ
			713 มีข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัย ที่แพทย์ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ
			714 มีข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ความสามารถ ที่แพทย์ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ
			715 มีข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับบันทึกและการจัดทำเอกสาร ที่แพทย์ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ
			716 องค์กรแพทย์ติดตามการปฏิบัติตามข้อตกลง ข้อคิดเห็นและความรู้สึกของสมาชิก รวมทั้งมองหาโอกาสปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นสำหรับแพทย์และผู้ป่วย

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)

II -3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ.

ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ

(1) โครงสร้างอาคารสถานที่ขององค์กรเป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่. การออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยของอาคารเอื้อต่อความปลอดภัย ความสะดวกสบาย ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และการทำงานที่มีประสิทธิภาพ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1ก(11) โครงสร้างอาคารสถานที่
			111 ผู้นำและผู้รับผิดชอบ รับรู้กฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดอื่น ที่ต้องนำมาใช้กับอาคารสถานที่ขององค์กร
			112 ผู้รับผิดชอบดำเนินการตามกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนด หรือทางเลือกที่ได้รับอนุมัติ
			113 ผู้นำทำให้มั่นใจว่าองค์กรปฏิบัติตามเงื่อนไขในรายงานการตรวจสอบอาคารสถานที่หรือเอกสารที่อ้างถึง
			3.1ก(12) การออกแบบและจัดแบ่งพื้นที่
			121 การออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยของอาคารเอื้อต่อความปลอดภัย เป็นไปตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
			122 การออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยของอาคารเอื้อต่อความสะดวกสบาย
			123 การออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยของอาคารเอื้อต่อความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย
			124 การออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยของอาคารเอื้อต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับการให้บริการตามประเภทของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้พิการ

(2) มีผู้ได้รับมอบหมายให้กำกับดูแลระบบงานบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย (อาจเป็นบุคคลเดียวกันหรือหลายคน). มีการติดตามและปรับปรุงระบบงานดังกล่าวในทุกแง่มุม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1ก(21) ผู้รับผิดชอบ
			211 มีการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบระบบงานบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัยให้แก่ผู้มีความรู้และประสบการณ์
			212 ผู้ได้รับมอบหมายทำหน้าที่วางแผน กำหนดผู้รับผิดชอบ นำแผนไปปฏิบัติ ให้ความรู้แก่บุคลากร ทดสอบและติดตามกำกับแผนงาน ทบทวนและปรับปรุงแผนงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำรายงานประจำปี
			3.1ก(22) การวางแผนและการบริหารจัดการ
			221 มีการวางแผนการบริหารจัดการอาคารสถานที่เพื่อความปลอดภัยและสวัสดิภาพ รวมถึงแผนการตรวจสอบ แผนการบำรุงรักษา แผนปรับปรุง แผนการก่อสร้าง แผนการรักษาความปลอดภัย
			222 ทุกพื้นที่ที่มีความเสี่ยงด้านสวัสดิภาพต่อร่างกายและทรัพย์สินได้รับการเฝ้าติดตามและรักษาความปลอดภัย
			223 มีการป้องกันอันตรายและธำรงไว้ซึ่งสภาพที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และผู้มาเยือน อย่างได้ผล
			224 ระบบงานบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย ครอบคลุมความปลอดภัยและสวัสดิภาพระหว่างการก่อสร้างหรือการปรับปรุงอาคารสถานที่ และกิจการอิสระในอาคารของสถานพยาบาล
			225 ผู้รับผิดชอบระบบงานใช้ทรัพยากรตามแผนที่ได้รับความเห็นชอบ
			3.1ก(23) การติดตามและปรับปรุง
			231 มีการติดตามข้อมูลที่สะท้อนผลงานของการบริหารของอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมทุกด้าน.
			232 มีการใช้ข้อมูลจากการติดตามเพื่อพัฒนาระบบงาน

(3) องค์กรตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยทุกหกเดือนในพื้นที่ให้บริการผู้ป่วย / ผู้มาเยือน และทุกปีในพื้นที่อื่นๆ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1ก(31) การตรวจสอบเพื่อค้นหาความเสี่ยง
			311 มีการตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยทุกหกเดือนในพื้นที่ให้บริการผู้ป่วย / ผู้มาเยือน
			312 มีการตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยทุกปีในพื้นที่อื่นๆ
			313 มีการตรวจสอบโดยทีมผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกอย่างน้อยปีละครั้ง
			314 มีรายงานการตรวจสอบอาคารสถานที่เป็นลายลักษณ์อักษร เป็นปัจจุบัน และถูกต้อง

(4) องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและนำไปปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงที่ระบุไว้ ป้องกันการเกิดอันตราย ตอบสนองต่ออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ธำรงไว้ซึ่งสภาพอาคารสถานที่ที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย / ผู้มาเยือน และบุคลากร.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1ก(41) แผนบริหารความเสี่ยง
			411 มีการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก
			412 มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ครอบคลุม 1) ความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัย, 2) วัตถุอันตราย, 3) ภาวะฉุกเฉิน, 4) ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย, 5) เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์, 6) ระบบสาธารณูปโภค, 7) การลดความเสี่ยงที่พบจากการตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ
			413 แผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยมีความเป็นปัจจุบัน มีการทบทวนและปรับปรุงทุกปี
			414 แผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยได้รับการนำไปปฏิบัติ มีความก้าวหน้าในการดำเนินการตามแผน
			415 มีการวางแผนและจัดงบประมาณสำหรับการปรับปรุงหรือเปลี่ยนทดแทนระบบอาคาร หรือองค์ประกอบสำคัญ ตามผลการตรวจสอบอาคารสถานที่ และเพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ
			3.1ก(42) การตอบสนองอุบัติการณ์
			421 มีการวางระบบรายงานอุบัติการณ์ที่เชื่อมโยงกับระบบรายงานอุบัติการณ์หลักของสถานพยาบาล
			422 มีการตอบสนองอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งอย่างเหมาะสม
			423 มีการนำรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุ และกำหนดแนวทางแก้ไขป้องกันทั้งระบบ

(5) บุคลากรทุกคนได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อทำงานอย่างมีประสิทธิผล.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1ก(51) การให้ความรู้และฝึกอบรม
			511 องค์กรจัดการศึกษาและฝึกอบรมแก่บุคลากร[57]เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการจัดการอาคารที่ สิ่งอำนวยความสะดวก และการรักษาความปลอดภัย
			512 บุคลากรได้รับการฝึกอบรมและมีความรู้เกี่ยวกับบทบาทของตนต่อความปลอดภัยด้านอัคคีภัย การรักษาความปลอดภัย วัตถุอันตราย และภาวะฉุกเฉิน
			513 บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเพื่อปฏิบัติงานและบำรุงรักษา เครื่องมือและอุปกรณ์

[57] การให้ความรู้ครอบคลุมผู้มาเยือน ผู้ขายของ ผู้ปฏิบัติงานภายใต้สัญญาจ้าง และบุคลากรที่ทำงานเป็นกะ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			การแพทย์ และระบบสาธารณูปโภค ที่เหมาะสมกับงานของตน
			514 องค์กรทดสอบความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการดูแลรักษาอาคารสถานที่เป็นระยะ ผ่านการสาธิต การจำลองสถานการณ์ และวิธีที่เหมาะสมอื่นๆ มีการบันทึกข้อมูลการฝึกอบรม การทดสอบและผลการทดสอบ

ข. วัสดุและของเสียอันตราย

(1) องค์กรจัดการต่อวัสดุและของเสียอันตรายอย่างปลอดภัย ด้วยการระบุรายการวัสดุและของเสียอันตรายที่ใช้หรือที่เกิดขึ้น, ใช้กระบวนการที่ปลอดภัยในการเลือก สัมผัส จัดเก็บ เคลื่อนย้าย ใช้ และ กำจัดวัสดุและของเสียอันตรายดังกล่าว.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1ข(11) การจัดการวัสดุและของเสียอันตราย
			111 องค์กรระบุรายการวัสดุและของเสียอันตรายที่ใช้หรือที่เกิดขึ้นในองค์กร และทำให้เป็นปัจจุบัน
			112 มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดขององค์กร ในการหยิบสัมผัส (handling) จัดเก็บ เคลื่อนย้าย และใช้วัสดุอันตรายอย่างปลอดภัย
			113 มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันและการปฏิบัติที่เหมาะสม เมื่อเกิดการหก รั่วไหล การสัมผัสโดยไม่ตั้งใจ (exposure) รวมถึงการรายงานและการสอบสวน
			114 มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดขององค์กร ในการจัดการของเสียในองค์กรอย่างเหมาะสม และการกำจัดของเสียอันตรายอย่างปลอดภัยและถูกกฎหมาย
			115 มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดขององค์กร เรื่องเอกสารและการบันทึกเกี่ยวกับวัสดุและของเสียอันตราย
			116 มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดขององค์กร เรื่องการติดป้ายของวัตถุและของเสียอันตราย
			117 องค์กรทำให้มั่นใจว่าการปฏิบัติตามข้อกำหนดข้างต้นครอบคลุมกิจการอิสระที่ให้บริการในสถานพยาบาล

ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

(1) องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความล่อแหลมต่อการเกิดอันตราย เพื่อระบุภาวะฉุกเฉินที่เป็นไปได้และองค์กรต้องเข้าไปมีบทบาทในการให้บริการ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1ค(11) การวิเคราะห์ภาวะฉุกเฉิน/ภัยพิบัติ
			111 องค์กรวิเคราะห์โอกาสเกิดภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่เป็นไปได้และมีผลกระทบต่อบริการ ได้แก่ ภัยธรรมชาติที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อม (พายุ น้ำท่วม แผ่นดินไหว), ภาวะที่ทำให้บริการต้องหยุดชะงัก (ระบบสาธารณูปโภคไม่สามารถใช้การได้), ภาวะที่ทำให้ความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน (โรคระบาด อุบัติภัย อาวุธชีวภาพ อุบัติเหตุหมู่)

(2) องค์กรจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ, การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และนำไปใช้ปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1ค(21) การจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน/ภัยพิบัติ
			211 องค์กรวางแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน/ภัยพิบัติที่มีโอกาสเกิดขึ้น ประกอบด้วย 1) การระบุประเภท โอกาสเกิด และผลที่จะตามมา, 2) บทบาทขององค์กรเมื่อเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว, 3) กลยุทธ์การสื่อสารเมื่อเกิดเหตุการณ์, 4) การจัดการทรัพยากรเมื่อเกิดเหตุการณ์ รวมทั้งแหล่งทรัพยากรทางเลือก, 5) การจัดการดูแลผู้ป่วย ระบบสาธารณูปโภค ระบบสนับสนุนอื่นๆ การป้องกันการระบาด สถานที่สำรอง การเคลื่อนย้าย, 6) การมอบหมายบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรเมื่อเกิดเหตุการณ์

(3) องค์กรดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทดสอบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1ค(31) การฝึกซ้อม
			311 องค์กรดำเนินการฝึกซ้อมเพื่อทดสอบแผนอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกปี
			312 มีการสรุปบทเรียนเมื่อสิ้นสุดการทดสอบทุกครั้ง และนำผลที่ได้มาปรับปรุงแผน รวมทั้งเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้เกี่ยวข้องให้เหมาะสมกับสถานการณ์
			313 องค์กรทำให้มั่นใจว่ากิจการอิสระที่ให้บริการในสถานพยาบาลปฏิบัติตามแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน/ภัยพิบัติ

ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

(1) องค์กรจัดทำแผนความปลอดภัยจากอัคคีภัยและนำไปปฏิบัติ. แผนครอบคลุม การป้องกัน / การลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย, การตรวจจับแต่เริ่มแรก, การดับเพลิง, และการเคลื่อนย้าย / ขนย้ายออกจากอาคารอย่างปลอดภัยเมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉิน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1ง(11) แผนความปลอดภัยด้านอัคคีภัย
			111 องค์กรจัดทำแผนความปลอดภัยด้านอัคคีภัย ครอบคลุมการสำรวจค้นหาจุดเสี่ยง, การป้องกัน/การลดความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย, การตรวจจับแต่เริ่มแรก, การดับเพลิงและการควบคุมควัน, การเคลื่อนย้าย/ขนย้ายออกจากอาคารอย่างปลอดภัยเมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉิน รวมถึงการมีป้ายบอกและทางออกที่ใช้การได้, และการจำกัดการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยให้อยู่ในพื้นที่ที่จัดไว้นอกบริเวณดูแลผู้ป่วย หรือห้ามสูบบุหรี่ในพื้นที่โรงพยาบาล
			112 มีการนำแผนความปลอดภัยด้านอัคคีภัยไปสู่การปฏิบัติในลักษณะที่ต่อเนื่องและครอบคลุม ครอบคลุมทุกพื้นที่
			113 กิจการอิสระที่ให้บริการในสถานพยาบาล ปฏิบัติตามแผนความปลอดภัยด้านอัคคีภัย

(2) องค์กรให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักทั่วทั้งองค์กร และดำเนินการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ. มีการค้นหาจุดอ่อนและโอกาสพัฒนา, ประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ, ประเมินประสิทธิผลของการฝึกอบรมเพื่อรองรับอัคคีภัย, และประเมินความรู้ของบุคลากรจากการฝึกซ้อม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1ง(21) การสร้างความตระหนักและการฝึกซ้อม
			111 องค์กรให้ความรู้เรื่องอัคคีภัยเพื่อสร้างความตระหนักทั่วทั้งองค์กร ครอบคลุมการค้นหาและป้องกันความเสี่ยงจากอัคคีภัย การบำรุงรักษาและใช้อุปกรณ์ แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและอุปกรณ์ และการเข้าร่วมฝึกซ้อม
			112 มีการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ โดยบุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยและการเคลื่อนย้ายร่วมกับหน่วยงานภายนอกที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละครั้ง
			113 บุคลากรสามารถแสดงให้เห็นวิธีการที่จะนำผู้ป่วยมาสู่ความปลอดภัย
			113 มีการค้นหาจุดอ่อน โอกาสพัฒนา และประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ
			114 มีการประเมินประสิทธิผลของการฝึกอบรมและฝึกซ้อมเพื่อรองรับอัคคีภัย
			115 มีการประเมินความรู้ของบุคลากรจากการฝึกซ้อม

(3) องค์กรตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1ง(31) ระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย
			311 มีระบบและเครื่องมืออุปกรณ์ในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัยอย่างเพียงพอ เหมาะสมกับพื้นที่ ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน อุปกรณ์แจ้งเหตุไฟไหม้ ระบบดับเพลิงตามมาตรฐาน (ท่อน้ำ สารเคมีดับเพลิง ระบบฉีดน้ำ) ระบบน้ำสำรอง ระบบที่จำเป็นสำหรับอาคารสูง (เช่นระบบเครื่องยนต์ดับเพลิง ระบบอัดอากาศ) และอุปกรณ์ผจญเพลิง
			312 มีการวางแผนและกำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบระบบและเครื่องมืออุปกรณ์ในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย
			313 มีการตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาตามแผนและระยะเวลาที่กำหนด มีปรับปรุงระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมให้มีความพร้อมใช้
			314 มีบันทึกการตรวจสอบ การทดสอบ การบำรุงรักษาเครื่องมือและระบบ และรายงานผลการตรวจสอบให้ทีมผู้รับผิดชอบทราบ

II - 3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค (ENV.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็นอยู่ตลอดเวลา.

ก. เครื่องมือ

(1) องค์กรจัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.2ก(11) แผนบริหารเครื่องมือและผู้รับผิดชอบ
			111 องค์กรจัดทำแผนบริหารเครื่องมือครอบคลุมการคัดเลือกและจัดหา, การจัดทำบัญชีรายการ, การตรวจสอบ ทดสอบ, การบำรุงรักษา, การให้ความรู้แก่ผู้ใช้, และการปฏิบัติเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน
			112 มีการมอบหมายให้บุคคลหรือทีมรับผิดชอบในการบริหารจัดการเครื่องมือในภาพรวมของโรงพยาบาล
			3.2ก(12) การปฏิบัติตามแผนบริหารเครื่องมือ
			121 มีการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือตามมาตรฐานขององค์กร โดยเจ้าหน้าที่และหน่วยงานผู้ใช้มีส่วนร่วม
			123 มีบัญชีรายการเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ทั้งหมด และเครื่องมืออุปกรณ์อื่นๆ ภายใต้แผนบริหารเครื่องมือ
			125 มีการตรวจสอบเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ
			124 มีการทดสอบสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ก่อนใช้งานครั้งแรก
			126 มีการทดสอบและการสอบเทียบเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์เป็นระยะตามอายุการใช้งาน และข้อแนะนำของผู้ผลิต
			127 มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (preventive maintenance program)
			128 การฝึกอบรมให้ความรู้แก่ผู้ใช้ตามความจำเป็นสำหรับเครื่องมือแต่ละประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องมือที่ได้รับมาใหม่ หรือเมื่อเกิดอุบัติการณ์จากการใช้งาน หรือเมื่อไม่ได้ใช้งานเครื่องมือนั้นอย่างสม่ำเสมอ
			129 มีแนวทางปฏิบัติเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับเครื่องมือ ได้แก่ แนวทางปฏิบัติเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้การได้,การแก้ไขปัญหาทางคลินิกเมื่อเครื่องมือแพทย์ไม่สามารถใช้การได้, การจัดระบบสำรองเครื่องมือ, การดำเนินการเพื่อให้มีการซ่อมเครื่องมือที่ทันท่วงที

(2) มีการจัดเตรียมเครื่องมือที่จำเป็น มีความพร้อมใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.2ก(21) การจัดเตรียมเครื่องมือให้พร้อมใช้
			211 แต่ละหน่วยงานมีเครื่องมือที่จำเป็น พอเพียงสำหรับการดูแลและการให้บริการแก่ผู้ป่วย
			212 มีการตรวจสอบเพื่อเตรียมความพร้อมใช้ตามระยะเวลาที่กำหนดสำหรับเครื่องมือแต่ละประเภท และบันทึกการตรวจสอบ

(3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือ และใช้เพื่อการวางแผนปรับปรุงหรือจัดหาทดแทนในระยะยาว.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.2ก(31) ระบบข้อมูล
			311 มีการเก็บและบันทึกข้อมูลจากการติดตามระบบบริหารจัดการเครื่องมือ[58]
			312 มีการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนปรับปรุง (upgrade) หรือจัดหาทดแทน (replace)

[58] เช่น อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ เครื่องมือไม่สามารถใช้งาน เครื่องมือชำรุดขณะใช้งาน เครื่องมือไม่พอใช้ การยืมเครื่องมือในระหว่างหน่วยงาน downtime ค่าใช้จ่ายในการซ่อมเป็นต้น

ข. ระบบสาธารณูปโภค

(1) องค์กรจัดทำแผนบริหารระบบสาธารณูปโภคเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.2ข(11) แผนบริหารระบบสาธารณูปโภค
			111 องค์จัดทำแผนบริหารระบบสาธารณูปโภคครอบคลุมการจัดทำบัญชีรายการและแผนผังที่ตั้ง, การตรวจสอบ ทดสอบ, การบำรุงรักษา, การควบคุมการปนเปื้อนในน้ำและอากาศ, การปฏิบัติเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน
			112 มีการระบุพื้นที่หรือบริการที่มีความเสี่ยงสูงเมื่อเกิดเหตุกระแสไฟฟ้าหรือระบบการสื่อสารภายในขัดข้อง น้ำประปาไม่ไหลหรือมีการปนเปื้อน และวางแผนเพื่อลดความเสี่ยงหากเกิดเหตุดังกล่าว
			3.2ก(12) การปฏิบัติตามแผนบริหารระบบสาธารณูปโภค
			121 มีการจัดทำบัญชีรายการองค์กระกอบและแผนผังที่ตั้งของระบบสาธารณูปโภคที่สำคัญทั้งหมด[59]
			122 มีการตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษา และปรับปรุงระบบสาธารณูปโภคหลัก (ไฟฟ้า ประปา ของเสีย อากาศ ก๊าซทางการแพทย์) อย่างสม่ำเสมอ
			123 มีการติดตามคุณภาพน้ำดื่มน้ำใช้อย่างสม่ำเสมอ และมีแนวทางในการจัดการเมื่อพบความไม่สอดคล้องของคุณภาพน้ำตามที่กฎหมายกำหนด และแนวทางการดำเนินการเพื่อลดปริมาณเชื้อโรคในระบบน้ำ ครอบคลุมทั้งระบบน้ำใช้ น้ำในระบบหล่อเย็น น้ำดื่ม และน้ำเพื่อการบำบัดรักษา เช่น น้ำที่ใช้ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
			124 มีการสร้างความมั่นใจในประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศ เพื่อควบคุมการปนเปื้อนในอากาศอย่างสม่ำเสมอ

(2) องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าและน้ำสะอาดให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมดตลอดเวลา โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.2ข(21) ระบบไฟฟ้าและน้ำสะอาด
			211 มีพลังงานไฟฟ้าและน้ำสะอาดจากแหล่งปกติหรือแหล่งสำรองเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลผู้ป่วยและบริการที่จำเป็นตลอดเวลา
			212 มีไฟฟ้าสำรองสำหรับจุดบริการที่จำเป็น ได้แก่ ระบบเตือนภัย, ไฟทางออก, ป้าย

[59] เช่น ระบบน้ำ ระบบไฟฟ้า ระบบอากาศและการระบายอากาศ ระบบอัดอากาศ ระบบก๊าซทางการแพทย์ ระบบขนส่งภายใน (ลิฟท์ ท่อลม) ระบบการสื่อสารภายใน (โทรศัพท์)

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			บอกทางออก, ระบบสื่อสารฉุกเฉิน, ที่เก็บเลือด กระดูก และเนื้อเยื่อ, ห้องฉุกเฉิน, ลิฟท์อย่างน้อย 1 ตัว, เครื่องอัดอากาศทางการแพทย์, ระบบสุญญากาศ, จุดที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยชีวิต, ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน,ห้องผ่าตัด, ห้องพักฟื้น, ห้องคลอด, หน่วยทารกแรกเกิด, ห้องผู้ป่วยหนัก,หอผู้ป่วย
			3.2ข(22) การบำรุงรักษา ทดสอบ ตรวจสอบ
			221 องค์กรบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบแหล่งทางเลือกของระบบไฟฟ้าและน้ำสะอาด อย่างสม่ำเสมอตามความเหมาะสม และบันทึกผลการทดสอบดังกล่าว

(3) องค์กรติดตามและรวมรวบข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณูปโภค และใช้วางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.2ข(31) ระบบข้อมูล
			311 องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณูปโภค[60]
			312 มีการนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ในการวางแผนความต้องการระยะยาวขององค์กรสำหรับการปรับปรุง (upgrade) หรือปรับเปลี่ยน (replace) ระบบสาธารณูปโภค

[60] เช่น ความไม่เพียงพอ ความไม่พร้อมใช้ การชำรุดในขณะใช้งาน ปริมาณการ downtime ของระบบ ผลการทดสอบ ผลการบำรุงรักษา ค่าใช้จ่ายในการซ่อม การบำรุงรักษา

II - 3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3)

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ เอื้อต่อ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.

ก. การสร้างเสริมสุขภาพ

(1) องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพทางด้านสังคม จิตใจที่ดีสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.3ก(11) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
			111 องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีทางด้านสังคม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ การได้รับความช่วยเหลือ
			112 องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีทางด้านจิตใจ เช่น ความผ่อนคลาย ภาพ แสง สี เสียง

(2) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับบริการอื่นๆ และประชาชนทั่วไป.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.3ก(21) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้
			211 มีการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะสำหรับบุคลากร
			212 มีการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะสำหรับผู้ป่วย ผู้รับบริการอื่นๆ และประชาชนทั่วไป
			213 มีการผสมผสานกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยกับกิจกรรมบริการปกติ
			214 มีการประเมินการเข้าถึงและประสิทธิผลของการเรียนรู้ เพื่อนำไปปรับปรุง

(3) องค์กรส่งเสริมการเข้าถึงการบริโภคอาหาร / ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบุคคล.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.3ก(31) การเข้าถึงผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพ
			311 มีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพ
			312 ร้านอาหาร ร้านค้าภายในสถานพยาบาลเป็นตัวอย่างที่ดีของการเรียนรู้/การจำหน่ายอาหารและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ
			313 ร้านอาหาร ร้านค้าภายในสถานพยาบาลไม่จำหน่ายบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

(4) องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.3ก(41) การใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ
			411 มีนโยบายการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ และกำหนดประเภทของวัสดุครุภัณฑ์ที่ลด/ห้ามใช้ในโรงพยาบาล
			412 มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ และสื่อสารให้ผู้รับบริการ/ผู้ป่วยได้รับทราบ

ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

(1) มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.3ข(11) ระบบบำบัดน้ำเสีย
			111 ระบบบำบัดน้ำเสียมีขนาดเหมาะสมกับปริมาณน้ำทิ้งของสถานพยาบาล
			112 มีการดูแลรักษาระบบบำบัดน้ำเสียโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม
			113 มีการตรวจคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดตามข้อกำหนดของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง
			114 น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดในช่วงเวลาที่ระบบรับภาระมากที่สุดมีค่ามาตรฐานตามที่หน่วยราชการกำหนด

(2) องค์กรจัดการเพื่อลดปริมาณของเสียโดยจัดให้มีระบบการนำมาใช้ใหม่ การลดปริมาณการใช้ การแปรรูป และลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.3ข(21) การลดปริมาณของเสีย
			211 องค์กรจัดการเพื่อลดปริมาณของเสียโดยจัดให้มีระบบการนำมาใช้ใหม่ (re-use)
			212 องค์กรจัดการเพื่อลดปริมาณของเสียโดยการลดปริมาณการใช้
			213 องค์กรจัดการเพื่อลดปริมาณของเสียโดยการแปรรูป (recycle)
			214 องค์กรจัดการเพื่อลดปริมาณของเสียโดยการลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม

(3) มีระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.3ข(31) การกำจัดขยะ
			311 มีภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสมและเพียงพอ
			312 มีระบบ/อุปกรณ์ในการแยกรับ/ขนย้าย/จัดที่พัก ขยะทั่วไป/ ขยะติดเชื้อ/ขยะอันตราย ที่รัดกุม
			313 มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี
			314 มีกระบวนการในการกำจัดขยะติดเชื้อและขยะอันตรายอย่างเหมาะสม
			315 มีการตรวจสอบการกำจัดขยะติดเชื้อของผู้รับช่วง

(4) องค์กรร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ดำเนินการพิทักษ์ปกป้องและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม, รวมทั้งมีการประเมินและฟังเสียงสะท้อนในการกำจัดของเสียของโรงพยาบาลที่มีผลกระทบต่อชุมชน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.3ข(41) สิ่งแวดล้อม
			411 องค์กรร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ดำเนินการพิทักษ์ปกป้องและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม
			412 องค์กรประเมินและฟังเสียงสะท้อนในการกำจัดของเสียของโรงพยาบาลที่มีผลกระทบต่อชุมชน

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)

II-4.1 ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC.1)

ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กร ได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสม ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.

ก. การออกแบบระบบ

(1) มีการกำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ และมาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control-IC) ที่เหมาะสมกับขนาดขององค์กร บริการที่จัด และผู้ป่วยที่ให้บริการ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1ก(11) เป้าประสงค์
			111 มีการกำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ที่วัดได้ และมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ. อะไรคือเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ของระบบ IC? มีการทบทวนครั้งสุดท้ายเมื่อไร?
			112 มีระบบ IC ที่ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ ระบบ IC มีองค์ประกอบสำคัญอะไรบ้าง? มีการพิจารณาการป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรอย่างไร?
			113 ระบบ IC เหมาะสมกับขนาด ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ บริการ และผู้ป่วยของสถานพยาบาล ลักษณะของบริการและผู้ป่วยมีส่วนในการกำหนดขอบเขตของระบบ IC อย่างไร? (เช่น บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ความรุนแรงของผู้ป่วย โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น)
			114 ระบบ IC มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เหมาะสม มีการจัดทำนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ/คู่มือการปฏิบัติงานอย่างไร? มีการทบทวนครั้งสุดท้ายเมื่อไร? บุคลากรสามารถเข้าถึงได้ง่ายเพียงใด? มีรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้งานเพียงใด?

(2) มีการกำหนดการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา รวมทั้งตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1ก(21) จุดเน้นของการป้องกันและควบคุม
			211 มีการกำหนดการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาเพื่อเป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

			การติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาที่อาจเป็นปัญหาของ รพ.มีอะไรบ้าง? (ขอให้พิจารณาการติดเชื้อต่อไปนี้ (1) การติดเชื้อที่มีผู้ป่วยมากกว่า 2 รายในพื้นที่หรือช่วงเวลาเดียวกันจาก C.difficile, norovirus, RSV, influenza, rotavirus, Enterobacter spp; Serratia spp., group A streptococcus; (2) nการติดเชื้อเพียงรายเดียวจาก group A streptococcus หลังผ่าตัดหรือใน burn units, Legionella sp., Aspergillus sp; (3) เชื้อที่ดื้อ first-line therapies เช่น MRSA, VISA, VRSA, VRE, ESBL producing organisms; (4) MDROs)
			212 องค์กรกำหนดจุดเน้นของระบบ IC โดยพิจารณาข้อมูลและโอกาสเกิดการติดเชื้อต่อไปนี้ ก) การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ข) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ค) การติดเชื้อเนื่องจากอุปกรณ์ที่สอดใส่เข้าหลอดเลือด ง) การติดเชื้อแผลผ่าตัด จ) โรคและเชื้อโรคที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา เช่น เชื้อโรคที่ดื้อยาหลายตัว การติดเชื้อที่รุนแรง ฉ) โรคติดเชื้ออุบัติใหม่และโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำจากชุมชน จุดเน้นของระบบ IC ได้แก่การป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออะไรบ้าง? มีการใช้ข้อมูลอะไรมาสนับสนุน? (ขอให้ระบุข้อมูลต่อไปนี้ประกอบ (1) อุบัติการณ์การติดเชื้อแต่ละประเภท/ตำแหน่ง (2) จำนวนผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดื้อยาในแต่ละปี) การแพร่กระจายเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่ OPD เป็นจุดเน้นของการป้องกันหรือไม่?
			213 มีการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และทบทวนเพื่อปรับจุดเน้นของระบบ IC อย่างน้อยปีละครั้ง มีการทบทวนข้อมูลเพื่อปรับจุดเน้นของระบบ IC อย่างไรบ้าง? ครั้งสุดท้ายเมื่อไร?

(3) ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออยู่บนพื้นฐานของความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัย การปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ เป็นไปตามข้อกำหนดในกฎหมาย และจัดทำแนวทางปฏิบัติไว้เป็นลายลักษณ์อักษร.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1ก(31) พื้นฐานของแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
			311 ระบบ IC ใช้ข้อมูลทางวิชาการที่ได้จากการศึกษาและทบทวนอย่างเป็นระบบ พิจารณาทั้งประสิทธิผลและความคุ้มค่า เหมาะสมกับสภาวะเศรษฐกิจของสังคมไทย Evidence ใหม่ๆ เกี่ยวกับ IC มีอะไรบ้าง? มีการนำ evidence ดังกล่าวไปกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติของ รพ.อย่างไร? Evidence ที่มีอยู่ในแนวทางปฏิบัติของ รพ. แต่ยังมีการปฏิบัติกันน้อยมีอะไรบ้าง? จะส่งเสริมให้มีการปฏิบัติมากขึ้นได้อย่างไร? การนำ evidence มาปรับใช้ให้ให้คุ้มค่า เหมาะสมกับสภาวะเศรษฐกิจของสังคมไทย มีอะไรบ้าง? มีการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติตาม evidence ดังกล่าวครบถ้วนเพียงใด?
			312 ระบบ IC ใช้แนวทางปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ
			313 ระบบ IC เป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

			มีการนำกฎหมายและระเบียบข้อบังคับอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ? (เช่น การรายงานโรค, การแยกผู้ป่วย, การจัดการกับชิ้นส่วนหรือร่างกายของผู้ป่วยที่ติดเชื้อรุนแรง, การขึ้นทะเบียนและติดตามผู้ป่วยวัณโรค) รพ.สามารถปฏิบัติตามได้ครบถ้วนเพียงใด?
			314 ระบบ IC สอดคล้องกับมาตรฐานสุขาภิบาลและความสะอาด (sanitation & cleanliness) มีการใช้มาตรฐานสุขาภิบาลและความสะอาดอะไรบ้าง?

(4) ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย บุคลากร และผู้มาเยือน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1ก(41) ความครอบคลุมพื้นที่
			411 ระบบ IC ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการผู้ป่วย พื้นที่ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเกี่ยวข้องกับการปนเปื้อนที่ใดบ้างที่ ICN ทำงานยากหรือควรมีบทบาทให้มากขึ้น? มีแผนในการดำเนินงานอย่างไร?
			412 ระบบ IC ครอบคลุมทุกพื้นที่ปฏิบัติงานของบุคลากร และโอกาสได้รับการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน โอกาสที่บุคลากรจะติดเชื้อเนื่องจากการทำงานมีอะไรบ้าง? (เช่น วัณโรค, HIV, hepatitis) ในพื้นที่ใดบ้าง? มีแนวทางในการป้องกันอย่างไร? อัตราการติดเชื้อในบุคลากรเป็นอย่างไร?
			413 ระบบ IC ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ใช้โดยผู้มาเยือน ญาติผู้ป่วยมีโอกาสที่จะแพร่กระจายเชื้ออย่างไร? ญาติผู้ป่วยมีโอกาสที่จะติดเชื้อจากโรงพยาบาลอะไรบ้าง? มาตรการสำคัญที่ญาติผู้ป่วยต้องปฏิบัติในเรื่อง IC มีอะไรบ้าง? มีการกำกับติดตามอย่างไร?

(5) กระบวนการควบคุมการติดเชื้อเชื่อมประสานเป็นส่วนหนึ่งของระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยขององค์กรโดยรวม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1ก(51) การเชื่อมโยงกับระบบคุณภาพ
			511 กิจกรรม/กระบวนการ IC ได้รับการบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของระบบคุณภาพและความปลอดภัย เช่น Patient Safety Goals, KPI monitoring, CQI, medical record review, AE report รพ.มีเป้าหมายความปลอดภัย (PSG) เกี่ยวกับการติดเชื้ออะไรบ้าง? ตัวชี้วัดของระบบ IC มีอะไรบ้าง? กิจกรรมพัฒนาคุณภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรอบปีที่ผ่านมามีอะไรบ้าง? เคยมีการนำเวชระเบียนที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อ แต่ไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัย มาทบทวนหรือไม่ ผลการทบทวนเป็นอย่างไร? เคยมีการตามรอยระบบ IC หรือไม่ ผลการตามรอยเป็นอย่างไร?

			512 ผู้นำของระบบ IC ร่วมอยู่ในกลไกกำกับดูแลระบบคุณภาพและความปลอดภัย มีการประสานงานในเชิงระบบหรือในระดับนโยบายอย่างไรระหว่างระบบ IC กับระบบคุณภาพและความปลอดภัย?

(6) มีการประสานกระบวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ซึ่งได้รับการนำไปปฏิบัติโดยบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอ และอาจรวมถึงบ้านของผู้ป่วย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1ก(61) การประสานสู่การปฏิบัติ
			611 ผู้รับผิดชอบระบบ IC ร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ กำหนดมาตรการ IC สำคัญที่จะต้องมีการติดตามกำกับในแต่ละหน่วยงาน มาตรการ IC สำคัญที่เป็นจุดเน้นในการติดตามกำกับในแต่ละหน่วยงานคืออะไร? ผลการติดตามกำกับเป็นอย่างไร?
			612 หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามมาตรการที่สำคัญและประสานกับผู้รับผิดชอบระบบ IC เพื่อปรับปรุงในจุดอ่อนที่พบ มีการปรับปรุงอะไรที่เป็นผลมาจากการติดตาม?
			613 มีการให้ความรู้และเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวสำหรับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่บ้านของผู้ป่วย รวมถึงการติดตามให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ดู 4.1 ข (611)

ข. การจัดการและทรัพยากร

(1) มีบุคคลหรือคณะกรรมการได้รับมอบให้ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบงาน กำหนดนโยบายและมาตรการ การวางแผน ประสานงาน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานรวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบาย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1ข(11) กลไกกำกับดูแล
			111 มีกลไกกำกับดูแลระบบ IC กำหนดนโยบายและมาตรการ วางแผน ประสานความร่วมมือ และติดตามประเมินผล ในรอบปีที่ผ่านมา คณะกรรมการ IC มีการตัดสินใจที่สำคัญอะไรบ้าง? ในบทบาทหน้าที่ด้านนโยบาย วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผล หน้าที่ใดที่ทำได้ดี หน้าที่ใดที่มีแผนปรับปรุงให้ดีขึ้น? ผลการติดตามประเมินผลระบบ IC เป็นอย่างไร?
			112 กลไกกำกับดูแลและประสานความร่วมมือ หรือคณะกรรมการ IC มีผู้แทนของหน่วยงานที่กี่ยวข้อง (แพทย์จากกลุ่มงานทางคลินิกที่สำคัญ ฝ่ายการพยาบาล ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เภสัชกรรม ฝ่ายบริหาร) และมีผู้ที่มีความรู้ด้านระบาดวิทยาและด้านการติดเชื้อร่วมอยู่ด้วย คณะกรรมการ IC มีองค์ประกอบที่เป็นตัวแทนของทุกวิชาชีพและทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือไม่? มีผู้มีความรู้ทางด้านระบาดวิทยาอยู่ในคณะกรรมการหรือไม่ อย่างไร? มีการใช้ความรู้ด้านระบาดวิทยาและด้านการติดเชื้อในการกำหนดนโยบายและมาตรการ การวางแผน การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร?

(2) มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) ในจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล ทำหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินงานระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. ผู้ทำหน้าที่นี้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ผ่านการศึกษา ฝึกอบรม ประสบการณ์ และมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน โดยมีอำนาจที่จะใช้มาตรการควบคุมการติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษาเมื่อรับรู้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1ข(21) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ
			211 มีบุคลากรหนึ่งคนหรือมากกว่าทำหน้าที่รับผิดชอบระบบ IC (ICN 1 คนต่อ 200 เตียง) รพ.มี ICN กี่คน? เทียบสัดส่วนต่อจำนวนเตียงเป็นเท่าไร?
			212 ผู้รับผิดชอบระบบ IC มีคุณสมบัติเหมาะสมกับองค์กร ระดับของความเสี่ยง ขอบเขตและความซับซ้อนของระบบ IC[61] ผู้รับผิดชอบระบบ IC แต่ละคนได้รับการอบรมในหลักสูตรที่มีระยะเวลาเท่าใด? สำหรับ รพ.

[61] ICN ใน รพ.ขนาดต่ำกว่า 90 เตียง ควรได้รับการอบรมในหลักสูตร 2 สัปดาห์เป็นอย่างน้อย, ใน รพ.ตั้งแต่ 90 เตียงขึ้นไป ควรได้รับการอบรมในหลักสูตร 4 เดือน

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			ที่มี ICWN หน้าที่หลักของ ICWN คืออะไร มีการให้ความรู้ และกำกับดูแลอย่างไร?
			213 ผู้รับผิดชอบระบบ IC ปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายหรือตามที่ระบุไว้ในคำอธิบายลักษณะงาน ซึ่งควรประกอบด้วย ก) ประสานนโยบาย กลวิธี และกิจกรรมการดำเนินงาน ข) ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายและมาตรการต่างๆ ค) พัฒนาและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในด้าน IC ง) เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานต่างๆ ในด้าน IC จ) เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ฉ) ค้นหาการระบาดและสอบสวนการระบาดของ HAI บทบาทที่ ICN ทำได้ดีมีอะไรบ้าง? บทบาทที่ ICN ยังทำได้น้อยมีอะไรบ้าง? จุดเน้นในการทำงานของ ICN แต่ละปี ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมามีอะไรบ้าง?
			214 ผู้รับผิดชอบระบบ IC มีอำนาจที่จะใช้มาตรการควบคุมการติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษาเมื่อรับรู้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล เช่น การระบาดของชื้อดื้อยา การป้องกันการแพร่กระจายของการติดเชื้ออุบัติใหม่ มีการกำหนดให้ผู้รับผิดชอบระบบ IC มีอำนาจข้างต้นอย่างไร? มีประสบการณ์ในสถานการณ์ดังกล่าวอย่างไร?

(3) มีทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1ข(31) ทรัพยากร
			311 ระบบ IC มีบุคลากรปฏิบัติงานเพียงพอ
			312 ระบบ IC ได้รับการจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ ทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับระบบ IC ที่ รพ.มีการตรวจสอบเป็นประจำมีอะไรบ้าง? (เช่น PPE, alcohol handrub, antiseptic, ระบบทำให้ปราศจากเชื้อ ห้องแยกโรค ฯลฯ) ผลการสำรวจการมีหรือการเข้าถึงทรัพยากรดังกล่าวเป็นอย่างไร?
			313 มีการเตรียมสำรองอุปกรณ์และทรัพยากรที่จำเป็นให้พร้อม (พิจารณาทั้งจำนวน ขนาด) หากมีการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ หรือในสถานการณ์ฉุกเฉินอื่นๆ มีการวางแผนเตรียมสำรองอุปกรณ์และทรัพยากรที่จำเป็นหากมีการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ หรือในสถานการณ์ฉุกเฉินอื่นๆ อย่างไร?

(4) ระบบสารสนเทศขององค์กรสนับสนุนระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1ข(41) ระบบสารสนเทศ
			411 ระบบสารสนเทศสนับสนุนระบบ IC เช่น ข้อมูลและความรู้ การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การเชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ป่วยกับฐานข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลสถานการณ์

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			การติดเชื้อที่เป็นปัจจุบัน ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับงาน IC เช่น นโยบาย แนวทางปฏิบัติ อยู่ในรูปแบบที่เข้าถึงง่ายหรือไม่? มีการนำ IT มาใช้ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อและการรายงานอย่างไร? ระบบ IT ช่วยในการเชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ เพื่อการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพอย่างไร? ฐานข้อมูลผู้ป่วยกับฐานข้อมูลห้องปฏิบัติการและฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องสามารถเชื่อมโยงเข้าหากันได้หรือไม่? มีการประมวลผลภาพรวมของสถานการณ์การติดเชื้อที่เป็นปัจจุบันได้โดยง่ายหรือไม่?

(5) บุคลากรได้รับอบรมความรู้อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อ นโยบายขององค์กร และบทบาทของบุคลากรในการป้องกันการติดเชื้อ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1ข(51) การให้ความรู้
			511 บุคลากรทุกคนได้รับอบรมความรู้เกี่ยวกับระบบ IC และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ รพ.ทำให้มั่นใจได้อย่างไรว่าบุคลากรทุกคนมีความรู้พื้นฐานที่ update เกี่ยวกับ healthcare associated infection, ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสำคัญในจุดต่างๆ ที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นและเป็นจุดเน้นขององค์กร?
			512 บุคลากรทุกคนได้รับความรู้เกี่ยวกับนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และบทบาทในการป้องกันการติดเชื้อในส่วนที่ต้องรับผิดชอบ ปัญหาที่พบบ่อยจากการปฏิบัติงานเกี่ยวกับ IC มีอะไรบ้าง? นโยบายหรือมาตรการสำคัญที่มักจะถูกละเลยมีอะไรบ้าง? การติดเชื้อที่เป็นจุดเน้นในการป้องกันมีอะไรบ้าง? ข้อมูลสำคัญจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อมีอะไรบ้าง? มีการนำข้อมูลข้างต้นไปใช้ในการให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างไร? การจัดอบรมบุคลากรที่เน้นบทบาทในส่วนที่แต่ละคนต้องรับผิดชอบทำอย่างไร? ความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน, training need, การฝึกอบรม, การประเมินผล, และการปรับปรุงรูปแบบการฝึกอบรม เป็นอย่างไร?
			513 มีการให้ความรู้แก่บุคลากรตามความจำเป็นเมื่อพบปัญหาหรือแนวโน้มการติดเชื้อที่สำคัญ มีระบบที่จะส่งสัญญาณอย่างไรว่าจำเป็นต้องให้ความรู้เพิ่มเติมแก่บุคลากรตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง? (เช่น พบแนวโน้มการติดเชื้อที่สำคัญ)

(6) มีการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ครอบครัว/ชุมชน ถึงวิธีการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครัวเรือน / ชุมชน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1ข(61) การให้ข้อมูลและเสริมพลังครอบครัว/ชุมชน
			611 องค์กรให้ความรู้และเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว/ชุมชน ถึงวิธีการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในครัวเรือน/ชุมชน การติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นที่บ้านของผู้ป่วยมีอะไรบ้าง ในผู้ป่วยกลุ่มใด? มีการให้ความรู้

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			สำหรับผู้ป่วย/ครอบครัวแต่ละกลุ่มอย่างไร? อัตราการปฏิบัติตามมาตรการหรืออัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเป็นอย่างไร?

II-4.2 การป้องกันการติดเชื้อ (IC.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล.

ก. การป้องกันการติดเชื้อ

(1) มีการระบุความเสี่ยงจากการติดเชื้อในหัตถการและกระบวนการต่างๆ และมีการดำเนินการตามกลยุทธ์เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อดังต่อไปนี้:

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.2ก(11) การระบุความเสี่ยง
			111 องค์กรระบุหัตถการและกระบวนการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ หัตถการและกระบวนการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อมีอะไรบ้าง?
			112 องค์กรนำกลยุทธ์ที่จะลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระบวนเหล่านั้นไปสู่การปฏิบัติ กลยุทธ์ที่จะลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดังกล่าวมีอะไร? (เช่น การใช้ reminder ที่จำเป็นในจุดที่จะเกิดความเสี่ยง การรณรงค์อย่างสม่ำเสมอ)
			113 องค์กรระบุความเสี่ยงที่ต้องการนโยบายและระเบียบปฏิบัติ การให้ความรู้แก่บุคลากร การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และกิจกรรมอื่นๆ เพื่อลดความเสี่ยง อะไรคือโอกาสและลักษณะที่จะไม่มีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้? (เช่น การทำความสะอาดเครื่องมือที่มี lumen) มีการจัดทำคู่มือ ให้ความรู้ หรือกิจกรรมอื่นๆ อย่างไรเพื่อให้เป็นไปตามมาตรการที่กำหนด?
			4.2ก(12) การใช้ standard precautions และ isolation precautions
			การติดตามการปฏิบัติตาม standard precautions ได้ผลอย่างไร?
			121 มีการแยกผู้ป่วยที่ทราบหรือสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อตามนโยบายขององค์กร จำนวนผู้ป่วยที่ต้องใช้ห้องแยกโรคมีเท่าไร โดยเฉลี่ยและประมาณการสูงสุด? มีสถานที่และอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการแยกผู้ป่วยหรือไม่? มีมาตรการสำรองอะไรเมื่อห้องแยกโรคไม่เพียงพอ?
			122 มีแนวทางการแยกผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อ จากผู้ป่วยและบุคลากรซึ่งมีภูมิต้านทานต่ำหรือความเสี่ยงด้วยเหตุอื่นๆ และได้รับการนำไปปฏิบัติ
			123 มีแนวทางการจัดการกับผู้ป่วยที่สามารถแพร่กระจายเชื้อทางอากาศเมื่อไม่มีห้องความดันลบสำหรับช่วงเวลาสั้นๆ และได้รับการนำไปปฏิบัติ
			124 องค์กรมีกลยุทธ์ในการจัดการเมื่อมีผู้ป่วยโรคติดต่อมาพร้อมกันคราวละมากๆ
			125 มีห้องที่เหมาะสมสำหรับแยกผู้ป่วยติดเชื้อที่แพร่กระจายเชื้อทางอากาศได้[62] และได้รับการเฝ้าติดตามเป็นประจำ
			126 บุคลากรได้รับความรู้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ

[62] เช่น ห้องความดันลบ หรือใช้ระบบกรองอนุภาค HEPA ที่ได้รับการรับรอง

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.2ก(13) การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ
			131 วิธีการทำความสะอาดเครื่องมือและทำให้ปราศจากเชื้อเหมาะสมกับชนิดของเครื่องมือ ทั้งในและนอกหน่วยจ่ายกลาง
			132 การบริหารจัดการหน่วยซักฟอกและบริการผ้าเป็นไปอย่างเหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงต่อบุคลากรและผู้ป่วย
			133 มีกระบวนการกำกับดูแลที่ประสานความร่วมมือเพื่อให้มั่นใจว่าการทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อทั่วทั้งองค์กรเป็นไปในลักษณะเดียวกัน
			134 มีแนวทางการจัดการกับอุปกรณ์และวัสดุ (เช่น สารน้ำ catheter วัสดุเย็บแผล) ที่เลยวันหมดอายุ สอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับของประเทศ และมาตรฐานวิชาชีพ และได้รับการนำไปปฏิบัติ
			135 มีแนวทางการนำอุปกรณ์และวัสดุที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวมาใช้ซ้ำ[63] และได้รับการนำไปปฏิบัติ
			4.2ก(14) การจัดการ (สัมผัส จัดเก็บ กำจัด) กับสิ่งที่ปนเปื้อนเชื้อโรค
			141 มีระบบการกำจัดขยะติดเชื้อและสารคัดหลั่งเพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ
			142 มีการปฏิบัติตามแนวทางที่องค์กรกำหนดสำหรับการสัมผัสและกำจัดเลือดและส่วนประกอบของเลือดเพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ
			143 มีแนวทางปฏิบัติการของห้องเก็บศพและบริเวณที่ชันสูตรศพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ
			144 เข็มและของมีคมถูกจัดเก็บในภาชนะที่จัดไว้เฉพาะ ป้องกันการทิ่มทะลุ และไม่นำมาใช้ซ้ำ, มีการกำจัดเข็มและของมีคมอย่างปลอดภัย สอดคล้องกับนโยบายขององค์กร
			4.2ก(15) การส่งเสริมการล้างมือและสุขอนามัยของบุคคล
			151 องค์กรระบุสถานการณ์ที่ต้องใช้ถุงมือ และ/หรือ หน้ากากปิดจมูกและปาก หรืออุปกรณ์ป้องกันดวงตา และมีการใช้อุปกรณ์อย่างถูกต้องในดังกล่าว
			152 องค์กรระบุสถานการณ์ซึ่งจำเป็นต้องใช้วิธีปฏิบัติในการล้างมือและการทำลายเชื้อที่มือ หรือการทำลายเชื้อที่พื้นผิวมาใช้ และมีการปฏิบัติอย่างถูกต้องในสถานการณ์ดังกล่าว
			153 องค์กรนำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับ hand hygiene จากแหล่งที่เชื่อถือได้มาปฏิบัติ

[63] ระบุ ก) อุปกรณ์และวัสดุที่ห้ามนำมาใช้ซ้ำ ข) จำนวนครั้งสูงสุดในการใช้ซ้ำสำหรับอุปกรณ์และวัสดุที่มีการนำมาใช้ซ้ำ ค) ลักษณะของการแตกชำรุด ฉีกขาด ฯลฯ ที่บ่งบอกว่าอุปกรณ์นั้นไม่สามารถนำมาใช้ซ้ำได้ ง) กระบวนการทำความสะอาดอุปกรณ์ซึ่งเริ่มทันทีหลังการใช้ และปฏิบัติตามระเบียบวิธีที่ชัดเจน จ) กระบวนการสำหรับเก็บ วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลการควบคุมการติดเชื้อที่เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์และวัสดุที่นำมาใช้ซ้ำ

(2) มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.2ก(21) การลดการแพร่กระจายเชื้อในสิ่งแวดล้อม
			211 มีการควบคุมด้านเครื่องกลและวิศวกรรมอย่างเหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น positive ventilation system, biological hoods, thermostats on refrigeration unit and water heat
			212 มีการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมในจุดต่างๆ และดำเนินการปรับปรุง
			213 มีการกำหนดแนวทางการบำรุงรักษาและทำความสะอาดอาคารสถานที่ (รวมทั้งเตียงผู้ป่วย) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค และนำสู่การปฏิบัติ
			214 มีการตรวจสอบโอกาสที่จะมีการแพร่กระจายเชื้อในระบบระบายอากาศและดำเนินการปรับปรุง เช่น การควบคุมฝุ่นละอองในอากาศ, การติดตามประสิทธิผลของการกรองอากาศ, การป้องกันการปนเปื้อนทางอากาศ (airborne contamination) ในห้องผ่าตัดเมื่อมีการผ่าตัดผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค
			215 มีการตรวจสอบ endotoxin ในน้ำที่ใช้สำหรับ hemodialysis ตามมาตรฐานของสมาคมโรคไต
			4.2ก(22) การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในอาคารสถานที่ระหว่างการรื้อถอน ก่อสร้าง และปรับปรุง
			221 องค์กรใช้เกณฑ์ความเสี่ยงเพื่อประเมินผลกระทบของการปรับปรุงหรือก่อสร้างใหม่
			222 มีการประเมินและจัดการความเสี่ยงและผลกระทบจากการปรับปรุงหรือก่อสร้างใหม่ ในเรื่องคุณภาพของอากาศและกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
			4.2ก(23)มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการล้างมือและทำความสะอาด
			231 มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการล้างมือพร้อมใช้
			232 มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำความสะอาดพื้นที่ปฏิบัติงานพร้อมใช้
			233 มีการแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน

(3) มีการระบุพื้นที่ทำงานที่ต้องใส่ใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ต่อไปนี้:

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.2ก(31) การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่เฉพาะ
			311 ICN ร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันจัดทำแนวทางการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยงานต่างๆ และจัดทำ check list เพื่อใช้ในการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงโครงสร้างในส่วนที่จำเป็น
			312 มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในห้องผ่าตัด
			313 มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในห้องคลอด

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			314 มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหอผู้ป่วยวิกฤติ
			315 มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยซักฟอกและบริการผ้า
			316 มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยจ่ายกลาง
			317 มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงครัว การสุขาภิบาลอาหาร การเตรียมและ handling อาหาร
			318 มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยกายภาพบำบัด
			319 มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในห้องเก็บศพและบริเวณที่ชันสูตรศพ

(4) มีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำและการติดเชื้อในกระแสเลือด.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.2ก(41) PSG: CAUTI Prevention
			411 ใส่คาสายสวนปัสสาวะต่อเมื่อจำเป็น และถอดสายสวนปัสสาวะออกเร็วที่สุด
			412 เลือกสายสวนปัสสาวะที่มีขนาดเล็กที่สุดที่จะให้ปัสสาวะไหลได้สะดวก
			413 ใส่สายสวนปัสสาวะโดยผู้ได้รับการฝึกอบรมและมีทักษะเพียงพอ ใช้เทคนิคที่ถูกต้อง
			414 ดูและระหว่างคาสายสวนปัสสาวะอย่างเหมาะสม เช่น รักษาระบบปิด ป้องกันการไหลย้อนกลับ ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ดูแล meatal hygiene
			415 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ในการดูแลและป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
			4.2ก(42) PSG: VAP Prevention
			421 ถอดอุปกรณ์และเครื่องช่วยหายใจออกจากผู้ป่วยให้เร็วที่สุดตามข้อบ่งชี้ทางคลินิกและ weaning protocol ของโรงพยาบาล
			422 ใช้ hand hygiene อย่างเหมาะสม ก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือเจาะคอ, สัมผัสกับอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจซึ่งกำลังใช้กับผู้ป่วย, หลังสัมผัสกับเยื่อบุ/สารคัดหลั่ง/วัตถุปนเปื้อนสารคัดหลั่ง ไม่ว่าจะใส่ถุงมือหรือไม่ รวมถึงการเปลี่ยนถุงมือและล้างมือระหว่างการสัมผัสผู้ป่วยคนละราย, หลังสัมผัสตำแหน่งของร่างกายที่ปนเปื้อน
			423 ป้องกันการสำลักเนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจ และการให้อาหารทางสายยาง

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			424 ป้องกันการปนเปื้อนด้วยการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อหรือทำลายเชื้อ เครื่องมือและอุปกรณ์ อย่างเหมาะสม, เปลี่ยน ventilator circuit ต่อเมื่อเห็นความสกปรกที่ชัดเจน, เทหยดน้ำในท่อทิ้งบ่อยๆ, ดูดเสมหะเท่าที่จำเป็นด้วยวิธีป้องกันการปนเปื้อนที่เหมาะสม
			425 ลด colonization ของ dental plaque โดยการแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง, ดูแลความชุ่มชื้นของเยื่อบุโดยใช้ moisturizer ทุก 2-4 ชั่วโมง
			4.2ก(43) PSG: Central line infection Prevention
			431 จัดทำ protocol และใช้ checklist เพื่อป้องกัน central line infection
			432 ส่งเสริมให้มีการใช้ hand hygiene ที่เหมาะสมเมื่อจะดูแล central line
			433 ใช้ maximal barrier precautions ในการเตรียมใส่ central line
			434 ใช้ chlorhexidine 2% in 70% isopropyl alcohol เช็ดผิวหนังบริเวณที่จะสอดใส่ central line เป็นเวลา 30 วินาทีและปล่อยให้แห้งสนิทก่อนเจาะผิวหนัง
			435 เลือกตำแหน่งที่เหมาะสมสำหรับการสอดใส่ central line โดยพิจารณาความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน, ใช้central venous catheter ที่มีจำนวน ports หรือ lumens น้อยที่สุด
			436 ทบทวนความจำเป็นที่ต้องมี central line และถอดออกทันทีที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้
			437 ให้ความรู้และฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกัน bloodstream infection
			4.2ก(44) PSG: SSI Prevention
			441 สำหรับผู้ป่วย elective surgery ให้ค้นหาและรักษาการติดเชื้อทุกอย่างที่เกิดขึ้นห่างจากตำแหน่งที่จะผ่าตัด และเลื่อนการผ่าตัดไปจนกว่าการติดเชื้อจะหมดไป
			442 ไม่กำจัดขนก่อนผ่าตัด ยกเว้นว่าขนที่บริเวณผ่าตัดจะรบกวนต่อการทำผ่าตัด ถ้าต้องกำจัดขน ให้ทำทันทีก่อนผ่าตัด และควรใช้ electric clipper
			443 ให้ prophylactic antibiotic เฉพาะเมื่อมีข้อบ่งชี้ โดยเลือกให้เหมาะสมกับเชื้อที่มักจะพบบ่อยสำหรับการผ่าตัดนั้นๆ โดยให้ทางหลอดเลือดดำในเวลาที่ทำให้มีระดับยาในซีรั่มและเนื้อเยื่อสูงพอสำหรับกำจัดเชื้อโรค (bactericidal concentration) เมื่อขณะลงมีดผ่าตัด ให้รักษา therapeutic level ของยาไว้ตลอดการผ่าตัดและหลังผ่าตัดเสร็จสิ้นอีก 2-3 ชั่วโมง
			444 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังผ่าตัด

(5) มีนโยบายและวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิตและผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ การจัดการกับการติดเชื้อที่ดื้อยาและการติดเชื้อที่อุบัติขึ้นใหม่.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.2ก(51) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			511 มีการระบุกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อที่ต้องดูแลด้วยความระมัดระวังสูงเป็นพิเศษที่โรงพยาบาลมีโอกาสรับไว้ ต่อไปนี้ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต เช่น HIV, hepatitis B & C; ผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ เช่น HIV, ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด, ผู้ป่วยโรคเลือด; ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา เช่น MRSA, VRE; ผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่อุบัติขึ้นใหม่ เช่น Bird Flu, SARS
			512 มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติและจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเหมาะสม และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค
			513 มีการสร้างความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องและซ้อมปฏิบัติเป็นระยะ
			514 มีการทบทวนปัญหาอุปสรรคที่เคยเกิดขึ้น ร่วมกับการทำ FMEA เพื่อวิเคราะห์โอกาสและลักษณะที่แนวทางดังกล่าวจะไม่ได้รับการปฏิบัติ หรือปฏิบัติแล้วไม่ได้ผล และดำเนินการปรับปรุง

II-4.3 การเฝ้าระวัง ติดตามกำกับ และควบคุมการระบาด (IC.3)

องค์กรใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังและติดตามกำกับ เพื่อค้นหาและควบคุมการติดเชื้อ และจัดการกับสถานการณ์ที่มีการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาล.

ก. การเฝ้าระวังและติดตามกำกับ

(1) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับองค์กรอย่างต่อเนื่อง. องค์กรติดตามความเสี่ยง อัตรา และแนวโน้มของการติดเชื้อในเชิงรุก.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ก(11) การเฝ้าระวังการติดเชื้อ
			111 องค์กรติดตาม (track) ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ อัตราการติดเชื้อ และแนวโน้มของการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI)
			112 องค์กรใช้การเฝ้าระวังแบบจำเพาะเจาะจง (priority directed, targeted surveillance) ต่อการติดเชื้อในตำแหน่งที่เป็นปัญหา และการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาในทุกหน่วยงานที่มีโอกาสรับผู้ป่วยดังกล่าว
			113 มีการใช้เกณฑ์วินิจฉัยการติดเชื้อที่เป็นมาตรฐาน
			114 มีการประเมินประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังอย่างน้อยปีละครั้งด้วยวิธีการที่เหมาะสม
			115 มีการสื่อสารผลการเฝ้าระวังให้แก่แพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องทราบในเวลาที่เหมาะสม
			116 มีการสื่อสารผลการเฝ้าระวังให้แก่ผู้บริหาร

(2) มีการติดตามเฝ้าดูการเกิดปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่รุนแรง ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มีระบบการเฝ้าระวังไปข้างหน้าในข้อ (1).

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ก(21) การรับรู้การติดเชื้อที่ไม่มีการเฝ้าระวัง
			211 มีการกำหนดแนวทางการรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่รุนแรงหรือมีความสำคัญ แต่ไม่ได้อยู่ในเป้าหมายการเฝ้าระวังในข้อ (1) เพื่อให้มั่นใจว่ามีการรับรู้การติดเชื้ออย่างรวดเร็วและครบถ้วน

(3) มีการติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพ และความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ (ถ้าเป็นไปได้) และสื่อสารให้บุคคลและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ก(31) การติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพ
			311 ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์วิเคราะห์ความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ ทั้งของปีที่ผ่านมาและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้แพทย์ใช้ประกอบการตัดสินใจในการ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			สั่งใช้ยาต้านจุลชีพ แยกแยะเชื้อที่เกิดจากชุมชนและเชื้อที่เกิดจากการติดต่อในโรงพยาบาล (ถ้าเป็นไปได้)
			312 คณะกรรมการ IC ร่วมกับหน่วยเภสัชกรรมและผู้เกี่ยวข้อง ติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพภายในโรงพยาบาลแนวโน้มการเพิ่มของการใช้ยาแต่ละตัว เทียบกับความไวของเชื้อต่อยาดังกล่าว และการคาดการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาที่จะเกิดขึ้น
			313 สื่อสารแนวโน้มการใช้ยาต้านจุลชีพและการคาดการณ์ปัญหาให้องค์กรแพทย์ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เพื่อร่วมกันกำหนดมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม รวมถึงการทำ Drug Use Evaluation

(4) มีการนำสารสนเทศจากการติดตามเฝ้าระวังมาใช้ในการวางแผน ค้นหาการระบาด ให้ความรู้ ประเมินผลและปรับปรุงระบบงาน รวมทั้งตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ก(41) การใช้ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง
			411 มีการนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังมาใช้ในการวางแผนระบบ IC และออกแบบกระบวนการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
			412 มีการนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังมาใช้ในการค้นหาการระบาด
			413 มีการนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังมาใช้ในการให้ความรู้แก่บุคลากร
			414 มีการนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังมาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
			415 มีการนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังมาใช้ในการตอบสนองปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย
			416 มีการเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI) กับอัตราขององค์กรอื่นโดยใช้ฐานข้อมูลเปรียบเทียบ
			417 มีการเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI) ในองค์กรกับผู้ที่ปฏิบัติได้ดีที่สุดและหลักฐานทางวิชาการ

(5) องค์กรทำงานร่วมกับส่วนราชการ องค์กรอื่น และชุมชน เพื่อค้นหาและตอบสนองต่อการอุบัติของเชื้อโรคใหม่และเชื้อโรคที่ดื้อยา.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ก(51) การทำงานร่วมกับองค์กรอื่น
			511 องค์กรทำงานร่วมกับส่วนราชการ องค์กรอื่น และชุมชน เพื่อค้นหาและตอบสนองต่อการอุบัติของเชื้อโรคใหม่และเชื้อโรคที่ดื้อยา
			512 มีการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อต่อหน่วยงานสาธารณสุขตามที่กำหนด
			513 องค์กรดำเนินการอย่างเหมาะสมตามรายงานที่ได้รับจากหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ข. การควบคุมการระบาด

(1) มีการบ่งชี้การเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของการติดเชื้อด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง, รับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ, ทบทวนรายงานผลการตรวจทางจุลชีววิทยาเพื่อตรวจหาการเพิ่มขึ้นผิดปกติของเชื้อบางชนิดอย่างสม่ำเสมอ (ถ้าเป็นไปได้).

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ข(11) การบ่งชี้การระบาด
			111 มีการวิเคราะห์จุดที่มีสัญญาณเตือนว่ามีการระบาดของการติดเชื้อ ซักซ้อมความเข้าใจและจัดให้มีช่องทางการสื่อสาร/รายงานที่มีประสิทธิภาพ
			112 มีการบ่งชี้การเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของการติดเชื้อ ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง, รับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ, ทบทวนรายงานผลการตรวจทางจุลชีววิทยา
			113 มีการทบทวนประสิทธิภาพและบทเรียนในการตรวจพบการระบาดของการติดเชื้อและดำเนินการปรับปรุง

(2) เมื่อมีการระบาดเกิดขึ้น ทีมผู้รับผิดชอบในการควบคุมการติดเชื้อมีทรัพยากรและอำนาจในการสืบค้นและใช้มาตรการควบคุมที่เหมาะสม อย่างรอบด้านและทันกาล.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ข(21) การควบคุมการระบาด
			211 มีการกำหนดแนวทางการสอบสวนทางระบาดวิทยาเพื่อวินิจฉัยว่ามีการระบาดเกิดขึ้น
			212 เมื่อมีการระบาดเกิดขึ้น ทีมผู้รับผิดชอบในการควบคุมการติดเชื้อมีทรัพยากรและอำนาจในการสืบค้นและใช้มาตรการควบคุมที่เหมาะสม อย่างรอบด้านและทันกาล

II-5 ระบบเวชระเบียน

II - 5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (MRS.1)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.

ก. การวางแผนและออกแบบระบบ

(1) มีการกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกันโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง. เป้าหมายครอบคลุมการสื่อสาร ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5.1ก(11) เป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียน
			111 ทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกเวชระเบียนมาร่วมกันกำหนด/ทบทวนเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียน
			112 เป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนครอบคลุม การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ และอาจรวมถึง การเป็นหลักฐานทางกฎหมาย การเรียนรู้ การวิจัย
			113 แต่ละวิชาชีพใช้เป้าหมายในการประเมินหาส่วนขาดของการบันทึกเวชระเบียนที่เป็นอยู่ และวางแผนปรับปรุงทั้งในส่วนของแต่ละวิชาชีพ และในส่วนของภาพรวม

(2) การออกแบบระบบเวชระเบียนเป็นผลจากการประเมินความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้บริหาร รวมทั้งบุคคลและหน่วยงานภายนอก.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5.1ก(21) การออกแบบระบบเวชระเบียน
			211 มีการประเมินความต้องการของผู้ใช้เวชระเบียนทั้งหมด (ผู้ให้บริการ ผู้บริหาร บุคคลและหน่วยงานภายนอก)
			212 มีปรับปรุงและ redesign แบบบันทึกต่างๆ ลดความซ้ำซ้อนของการบันทึก ตัดการบันทึกที่ไม่จำเป็นออก ใช้ความคิดใหม่ๆ ในการออกแบบบันทึก รักษาสมดุลระหว่างการใช้ check list กับการบันทึกแบบอิสระ

(3) องค์กรมีนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วยที่เหมาะสม ในด้านการบันทึก การแก้ไข การรับคำสั่ง การใช้รหัสมาตรฐาน การจัดเก็บ การเข้าถึง และการทำลาย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide

			5.1ก(31) การบันทึก การแก้ไข การรับคำสั่ง
			311 มีการกำหนดบุคคลที่มีสิทธิบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน และมีกระบวนที่ทำให้มั่นใจว่าเฉพาะผู้ที่ได้รับสิทธิเท่านั้นที่บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย
			312 มีการกำหนดรูปแบบและตำแหน่งของการบันทึกในเวชระเบียน
			313 มีแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขบันทึกเวชระเบียน และได้รับการนำไปปฏิบัติ
			314 เวชระเบียนทุกฉบับระบุตัวบุคคลผู้บันทึกข้อมูลและวันที่บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนแต่ละครั้ง
			315 เวชระเบียนทุกฉบับระบุเวลาที่มีการบันทึกข้อมูล ตามที่องค์กรกำหนด
			316 มีการบันทึกข้อมูลแต่ละประเภทในเวลาที่กำหนดไว้
			317 มีนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการรับคำสั่ง การบันทึก และการรับรองคำสั่งการรักษาด้วยวาจา
			5.1ก(32) การใช้รหัส คำจำกัดความ สัญญลักษณ์ ตัวย่อ ที่เป็นมาตรฐาน
			321 มีแนวทางการใช้รหัสการวินิจฉัยโรคที่เป็นมาตรฐาน ได้รับการนำไปปฏิบัติและเฝ้าติดตาม
			322 มีแนวทางการใช้รหัสหัตถการที่เป็นมาตรฐาน ได้รับการนำไปปฏิบัติและเฝ้าติดตาม
			323 มีแนวทางการใช้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐาน และได้รับการนำไปปฏิบัติ
			324 มีแนวทางการใช้สัญลักษณ์ที่เป็นมาตรฐาน มีการระบุและเฝ้าติดตามสัญลักษณ์ที่ห้ามใช้
			325 มีแนวทางการใช้ตัวย่อที่เป็นมาตรฐาน มีการระบุและติดตามตัวย่อที่ห้ามใช้
			5.1ก(33) การจัดเก็บ เข้าถึง และการทำลาย
			331 มีแนวทางปฏิบัติเรื่องระยะเวลาเก็บรักษาเวชระเบียนของผู้ป่วย ข้อมูลและสารสนเทศอื่นๆ และได้รับการนำไปปฏิบัติ
			332 มีแนวทางการรักษาความลับและความมั่นคงปลอดภัยในการจัดเก็บเวชระเบียน และได้รับการนำไปปฏิบัติ
			333 มีแนวทางการทำลายบันทึก ข้อมูล และสารสนเทศอย่างเหมาะสม และได้รับการนำไปปฏิบัติ
			334 มีนโยบายระบุผู้ให้บริการสุขภาพที่สามารถเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วย มีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเป็นปัจจุบันพร้อมสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งจำเป็นต้องใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วย
			335 มีการระบุผู้มีอำนาจที่จะเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วย และมีกระบวนการเพื่อทำให้มั่นใจว่าผู้ได้รับอนุญาตเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยได้

(4) ข้อมูลในบันทึกเวชระเบียนได้รับการบันทึกรหัสและจัดทำดัชนีเพื่อนำไปประมวลผลเป็นสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพในเวลาที่เหมาะสม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide

			5.1ก(41) การบันทึกรหัสและประมวลผล
			411 ข้อมูลในบันทึกเวชระเบียได้รับการบันทึกรหัสและจัดทำดัชนี
			412 มีการรับทราบความต้องการสารสนเทศเพื่อการพัฒนาคุณภาพของทีมดูแลผู้ป่วย
			413 มีการประมวลสารสนเทศที่ทีมดูแลผู้ป่วยต้องการ และสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบในเวลาที่เหมาะสม
			414 มีการติดตามการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศที่ประมวลผลให้ และนำปัญหามาปรับปรุงการบันทึกรหัสและประมวลผล

(5) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบตอบสนองความต้องการขององค์กรและผู้ป่วย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5.1ก(51) การประเมินระบบบริหารเวชระเบียน
			511 มีการประเมินความเหมาะสมของแบบบันทึกต่างๆ เทียบกับเป้าหมายและความต้องการของผู้ใช้
			512 มีการประเมินการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ในแง่ของเนื้อหา ความรวดเร็ว
			513 มีการประเมินการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่วางไว้
			514 มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบการจัดเก็บและค้นหาเวชระเบียน
			515 มีการประเมินความปลอดภัยในการจัดเก็บเวชระเบียน
			516 มีการประเมินคุณภาพในการให้รหัส
			517 มีการประเมินการปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ
			518 มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง

ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ

(1) เวชระเบียนได้รับการป้องกันการสูญหาย ความเสียหายทางกายภาพ และการแก้ไขดัดแปลง เข้าถึง หรือใช้โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5.1ข(11) ความปลอดภัยของเวชระเบียน
			111 มีการสำรวจและปรับปรุงสถานที่เก็บเวชระเบียน เพื่อป้องกันการสูญหาย ความเสียหายทางกายภาพ หรือป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่
			112 มีการวิเคราะห์และปรับปรุงเพื่อป้องกันการสูญหายของเวชระเบียน ณ จุดต่างๆ ที่เวชระเบียนเคลื่อนผ่านไป
			113 มีการวิเคราะห์และปรับปรุงเพื่อป้องกันการสูญหาย และเข้าถึง/ใช้/ดัดแปลงโดยผู้ไม่มีอำนาจสำหรับเวชระเบียนในระบบคอมพิวเตอร์

(2) องค์กรกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5.1ข(21) นโยบายและแนวทางปฏิบัติเพื่อรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย
			211 มีการกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล และข้อมูลที่ผู้เกี่ยวข้องแต่ละระดับสามารถเข้าถึงได้
			212 มีแนวทางการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์ และได้รับการนำไปปฏิบัติ
			213 มีแนวทางการอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย และได้รับการนำไปปฏิบัติ
			224 มีแนวทางเกี่ยวกับหน้าที่ในการรักษาความลับของผู้ที่เข้าถึงข้อมูล และได้รับการนำไปปฏิบัติ
			225 มีแนวทางปฏิบัติเมื่อมีการละเมิด และได้รับการนำไปปฏิบัติ
			226 มีแนวทางเกี่ยวกับลักษณะข้อมูลที่ควรมีมาตรการพิเศษ เช่น เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกข่มขืนหรือทำแท้ง ผลการตรวจ HIV ที่เป็นผลบวก และได้รับการนำไปปฏิบัติ

(3) องค์กรให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการรักษาความลับ วิธีการจัดการเมื่อมีการขอให้เปิดเผยข้อมูลซึ่งเป็นการละเมิดการรักษาความลับ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5.1ข(31) การรักษาความลับ
			311 องค์กรให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับการรักษาความลับและการจัดการเมื่อขอให้มีการเปิดเผยข้อมูล
			312 มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นหาวิธีการที่รัดกุมยิ่งขึ้นในการรักษาความลับ

			313 มีการปลูกจิตสำนึกในความรับผิดชอบต่อการรักษาความลับของผู้ป่วยด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์

(4) องค์กรมีกระบวนการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศในเวชระเบียนของตนได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายร่วมอยู่ด้วย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5.1ข(41) การเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยเอง
			411 มีการปฏิบัติตามนโยบายเกี่ยวกับขอบเขตการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย และกระบวนการเข้าถึงเมื่อได้รับอนุญาต
			412 มีการเฝ้าติดตามการปฏิบัติตามนโยบาย
			413 กำหนดผู้มีหน้าที่ให้คำอธิบายข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย และฝึกอบรมให้มีทักษะในการแปลความหมายข้อมูลในเวชระเบียน
			414 เมื่อผู้ป่วยหรือญาติมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลรักษา ให้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลในเวชระเบียนของตนให้เร็วที่สุดโดยมีผู้ที่ได้รับมอบหมายร่วมให้คำอธิบาย

II - 5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (MRS.2)

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.

(1) บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอสำหรับ:

-การระบุตัวผู้ป่วย

-มีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค

-ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา

-ทราบความเป็นไป การเปลี่ยนแปลง และผลการรักษา

-เอื้อต่อความต่อเนื่องในการดูแล

-ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง

-การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

-การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5.2(11) ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียน
			111 มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการประเมินและรักษาในองค์กร
			112 เวชระเบียนผู้ป่วยได้รับการเก็บรักษาไว้โดยการใช้ตัวบ่งชี้ซึ่งเป็นเอกลักษณ์สำหรับผู้ป่วยหรือวิธีการอื่นที่ได้ผล
			5.2(12) เวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอ
			121 องค์กรกำหนดเนื้อหาเฉพาะของเวชระเบียนผู้ป่วย
			122 เวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วยสารสนเทศเพียงพอเพื่อระบุตัวผู้ป่วย.
			123 เวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วยสารสนเทศเพียงพอเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยโรค
			124 เวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วยสารสนเทศเพียงพอเพื่อแสดงเหตุผลและประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา
			125 เวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วยสารสนเทศเพียงพอที่จะทราบความเป็นไป การเปลี่ยนแปลง ผลการรักษา และเอื้อต่อความต่อเนื่องในการดูแล
			126 เวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วยสารสนเทศเพียงพอสำหรับให้รหัสได้อย่างถูกต้อง
			127 เวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วยสารสนเทศเพียงพอที่จะใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
			128 เวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วยสารสนเทศเพียงพอสำหรับการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
			129 เวชระเบียนผู้ป่วยฉุกเฉินมีเวลาที่ผู้ป่วยมาถึง สรุปเมื่อสิ้นสุดการรักษา สภาวะของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย คำแนะนำในการมาตรวจติดตาม
			5.2(13) เอกสารสรุปการดูแลผู้ป่วย

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			131 มีการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยหรือเอกสารสรุปการดูแล[64] ผู้ป่วยที่ได้รับการโอนย้ายไปยังหน่วยงานอื่นในองค์กรพร้อมกับผู้ป่วย

(2) มีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และการบันทึกในเวลาที่กำหนด.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5.2(21) การทบทวนเวชระเบียน
			211 มีการทบทวนเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้การสุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทน การทบทวนทำโดยแพทย์ พยาบาล และบุคคลที่ได้รับสิทธิให้บันทึกเวชระเบียน
			212 การทบทวนเน้นถึงการบันทึกในเวลาที่กำหนด ความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และการอ่านออก
			213 การทบทวนครอบคลุมเนื้อหาในเวชระเบียนที่กฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับกำหนดไว้
			216 การทบทวนครอบคลุมบันทึกของผู้ป่วยที่กำลังรับการดูแลและที่จำหน่ายแล้ว
			217 ผลลัพธ์จากการทบทวน ถูกนำรวมเข้าในกระบวนการพัฒนาคุณภาพขององค์กร

[64] ประกอบด้วยเหตุผลในการรับผู้ป่วย การตรวจพบที่สำคัญ การวินิจฉัยโรค หัตถการที่กระทำ การให้ยาและการรักษาอื่นๆ สภาพอาการผู้ป่วยเมื่อโอนย้าย

II-6 ระบบการจัดการด้านยา

II - 6.1 การวางแผน การจัดการ การเก็บและสำรองยา (MMS.1)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล พร้อมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย.

ก. การวางแผนและการจัดการ

(1) มีคณะกรรมการหรือกลุ่มบุคคลที่มาจากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่กำหนดทิศทางและส่งเสริมให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.1ก(11) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด
			111 มีคณะกรรมการหรือกลไกกำกับดูแลที่มาจากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่กำหนดทิศทางและส่งเสริมให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งติดตามประเมินผล
			6.1ก(12) การจัดระบบงานและการจัดการ
			121 มีแผนการจัดระบบและการจัดการยาทั่วทั้งองค์กร
			122 บริการเภสัชกรรมและการใช้ยา เป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
			123 ผู้ที่คุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้กำกับดูแลห้องยา/บริการเภสัชกรรม และกระบวนการที่เกี่ยวข้อง

(2) มีการจัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง มีการกำหนดมาตรการความปลอดภัยสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูง รวมทั้งมีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการขอใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาเมื่อจำเป็น

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.1ก(21) บัญชียาโรงพยาบาล
			211 มีการจัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อให้มียาเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยและจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น
			212 ผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการจัดทำบัญชียา
			213 การตัดสินใจนำยาเข้าหรือออกจากบัญชียาเป็นไปตามเกณฑ์ซึ่งประกอบด้วย ข้อบ่งชี้ในการใช้ ประสิทธิผล ข้อมูลความปลอดภัย ความเสี่ยง และต้นทุน
			214 มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง บนพื้นฐานของข้อมูลความปลอดภัยและ efficacy

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.1ก(22) มาตรการความปลอดภัย
			221 มีมาตรการความปลอดภัยสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูงหรือเป็น high alert drug[65]
			222 มีมาตรการความปลอดภัยสำหรับการขอใช้ยานอกบัญชี เช่น การขออนุญาต การจัดหา การเบิกจ่าย การติดตามผล โดยพิจารณาความจำเป็นและความเสี่ยง

(3) การจัดหายาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง. มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหายาขาดแคลนและยาที่จำเป็นเร่งด่วน

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.1ก(31) การจัดหายาในภาวะปกติ
			311 การจัดหายาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง
			312 มีการใช้ข้อมูลการตรวจคุณสมบัติของยาเพื่อคัดเลือกผู้ผลิตยา
			6.1ก(32) การจัดหายาที่ไม่มีในคลัง/ยาขาดแคลน
			321 มีกระบวนการอนุมัติและจัดหายาที่ต้องการใช้ซึ่งไม่มีในคลังหรือไม่มีใช้ตามปกติในองค์กร
			322 มีกระบวนการที่จะแจ้งให้ผู้สั่งใช้ยาทราบในกรณียาขาดคลัง และข้อแนะนำเกี่ยวกับยาที่สามารถใช้ทดแทนได้
			6.1ก(33) การจัดหายาที่จำเป็นเร่งด่วน
			331 มีกระบวนการในการจัดหายาที่จำเป็นเร่งด่วน เช่น ยาช่วยชีวิต ยาฉุกเฉิน วัคซีน เซรุ่ม รวมทั้งการจัดหาในสถานการณ์ภัยพิบัติ

(4) องค์กรระบุยาซึ่งมีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง, ออกแบบกระบวนการที่เหมาะสมปลอดภัยในการจัดหา เก็บรักษา สั่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่าย ให้ และติดตามกำกับยา เพื่อลดความเสี่ยงในการใช้ยาเหล่านี้.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.1ก(41) ยาซึ่งมีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (HAD)
			411 คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกำหนดรายการยาซึ่งมีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง[66]

[65] เช่น แบบฟอร์มสั่งยามาตรฐาน แนวทางการสั่งใช้ยา ระบบตรวจสอบ ระบบเตือนใจ ข้อจำกัดในการใช้ การบริหารยา การเก็บรักษายา การติดตามอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์การให้ข้อมูลต่อผู้ป่วย การติดตามวิธีการใช้ยา (ความเหมาะสมในข้อบ่งใช้ ขนาดและวิธีให้)

[66] **ยาที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง** พิจารณายาที่มีลักษณะดังนี้ 1) มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการใช้ผิดวัตถุประสงค์ เช่น ยาเสพติด ยาควบคุมพิเศษบางรายการ 2) มีรายงานความถี่ของการเกิดคลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์บ่อยในองค์กร 3) มีรายงานว่าเป็นปัจจัยสาเหตุ หรือเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์รุนแรงที่พึงสังวร

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			412 มีกระบวนการที่เหมาะสมปลอดภัยในการคัดเลือก จัดหา[67] เก็บรักษายาที่ต้องระมัดระวังสูง
			413 มีกระบวนการที่เหมาะสมปลอดภัยในการสั่งใช้[68] ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม การส่งมอบยาที่ต้องระมัดระวังสูง
			414 มีกระบวนการที่เหมาะสมปลอดภัยในการจ่าย บริหารยา และติดตามการใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง
			415 มีสัญญลักษณ์หรือเครื่องหมาย ที่รับรู้ร่วมกันทั้งระบบว่าเป็นยาที่ต้องระมัดระวังสูง รวมถึงจัดให้มีข้อความเตือนใจและข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการติดตามการใช้ยาที่เหมาะสมอยู่ในชุดคำสั่ง, protocols, และ flow sheets
			416 มีระบบการตรวจสอบอิสระซ้ำสำหรับยาที่ต้องระมัดระวังสูง โดยเฉพาะในขั้นตอนของการรับคำสั่งใช้ยา การกระจาย การส่งมอบ การเตรียม การบันทึก และการบริหารยา

(5) องค์กรกำหนดนโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา และนำสู่การปฏิบัติ. มีการตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นหรือที่มีโอกาสเกิดขึ้น.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.1ก(51) การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา
			511 มีนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา[69]
			512 มีการติดตามการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางที่กำหนดไว้
			6.1ก(52) การบันทึกและรายงาน
			521 มีนโยบายระบุอาการไม่พึงประสงค์จากยาซึ่งต้องบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย และต้องรายงานต่อองค์กร
			522 มีการบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากยาไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยตามที่กำหนดใน

(sentinel events) รวมถึงยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาทดลอง ยาที่ต้องควบคุม ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่มีพิสัยการบำบัดแคบ ยาทางจิตเวช ยาที่มีชื่อคล้ายกันหรือออกเสียงคล้ายกัน ทั้งนี้ควรครอบคลุมยาในกลุ่ม heparin, insulin, morphine, concentrated electrolyte solutions และ warfarin เป็นอย่างน้อย

[67] เช่น ลดความหลากหลายโดยการกำหนดมาตรฐานความเข้มข้นและขนาดยาให้มีน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น

[68] ควรพิจารณามาตรการต่อไปนี้ (1) จัดทำชุดคำสั่ง, preprinted order forms, และ clinical pathways หรือ protocols ซึ่งสะท้อนวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหา สภาวะของโรค หรือความต้องการที่คล้ายคลึงกัน (2) จัดทำ protocols สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ (3) สร้างความมั่นใจว่าผู้ที่ต้องการใช้ข้อมูลผลการตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ สามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้

[69] นโยบายที่ควรมี ได้แก่ การป้องกันการสั่งใช้คู่ยาที่มีอันตรกิริยารุนแรง การส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยา มาตรการป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			นโยบาย
			523 มีการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยา ความคลาดเคลื่อนทางยา และเหตุเกือบพลาด ภายในเวลาที่กำหนด
			6.1ก(53) การตอบสนองเหตุการณ์
			531 มีการกำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินการเมื่อได้รับรายงาน
			532 มีการตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ความคลาดเคลื่อนทางยา และเหตุเกือบพลาด
			533 มีมาตรการเพื่อบรรเทาอันตรายจากยาที่รุนแรง เช่น อนุญาตให้มีการใช้สารต้านฤทธิ์ (reversal agents) โดยไม่ต้องรอแพทย์, สร้างความมั่นใจว่ามี antidotes และสารต้านฤทธิ์ (reversal agents) พร้อมใช้, มีแนวทางช่วยชีวิต (rescue protocols)
			534 มีการป้อนกลับข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ความคลาดเคลื่อนทางยา และเหตุเกือบพลาด
			535 มีการใช้ข้อมูลรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุเกือบพลาด เพื่อปรับปรุงกระบวนเกี่ยวกับการใช้ยาและการฝึกอบรมบุคลากร

(6) ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการประเมินและเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา และการใช้ยาที่เหมาะสมปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.1ก(61) การประเมินและเพิ่มพูนความรู้ความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ
			611 คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดเนื้อหาความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยาและการใช้ยาที่เหมาะสมปลอดภัย ที่จำเป็นสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพสาขาต่างๆ
			612 มีการประเมินความรู้ความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพในเรื่องระบบยาและการใช้ยาที่เหมาะสมปลอดภัย การประเมินครอบคลุมถึงการปฏิบัติจริง
			613 มีการจัดปฐมนิเทศให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับระบบยา และการใช้ยาที่ปลอดภัย (การเขียนคำสั่งใช้ยา การสั่งใช้ยา การถ่ายทอดคำสั่ง การเตรียม การจัดจ่าย การให้ยา ฯลฯ)
			614 มีการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพประจำปีและสอนแทรกในกิจกรรมวิชาการต่างๆ โดยเสริมจุดอ่อนที่พบจากการประเมิน

(7) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารจัดการด้านยาเปรียบเทียบกับเป้าประสงค์ของระบบ มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.1ก(71) การปรับปรุงระบบการจัดการด้านยา
			711 มีการประเมินระบบบริหารจัดการด้านยาอย่างน้อยปีละครั้ง ในด้าน ประสิทธิภาพ

			ประสิทธิผล ความปลอดภัย ความเหมาะสมในการใช้ยา
			712 มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบการจัดการด้านยาที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ อย่างสม่ำเสมอ
			713 มีการนำผลการประเมินและการทบทวนวรรณกรรมมาปรับปรุงระบบการจัดการด้านยา

ข. การเก็บสำรองยา

(1) ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะมียาใช้อย่างเพียงพอ, มีคุณภาพและความคงตัว, พร้อมใช้, ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่, ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและผลไม่พึงประสงค์จากยา, สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา, มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ, โดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.1ข(11) การตรวจรับยาและเวชภัณฑ์
			111 มีระบบการตรวจรับยาและเวชภัณฑ์โดยเร็ว ป้องกันการปะปนกับยาที่มีอยู่เดิม และคงคุณภาพระหว่างการรอตรวจรับ รวมถึงตรวจสอบคุณภาพการขนส่งสำหรับยาที่ต้องอยู่ในระบบห่วงโซ่ความเย็น
			112 มีการบันทึกข้อมูลการตรวจรับเข้าคลังหรือการลงบัญชีควบคุมภายในเวลาที่กำหนด และสามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มาของยาได้
			6.1ข(12) การจัดเก็บยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย
			121 มีการเก็บยาในสภาวะที่เหมาะสมเพื่อคุณภาพและความคงตัวของผลิตภัณฑ์ในทุกจุดที่เก็บสำรองยา[70]
			122 มีระบบป้องกันการโจรกรรมและป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่
			123 การสำรองยาบนหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่มิใช่ห้องยา ให้มีเฉพาะรายการยาที่จำเป็นที่ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันกำหนด มีระบบคืนกลับที่เหมาะสม ยาอยู่ในรูปที่พร้อมบริหาร
			6.1ข(13) การจัดเก็บและควบคุมยาที่มีลักษณะพิเศษ
			131 ยาควบคุม (controlled substance) เช่น ยาเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ได้รับการจัดทำบัญชีอย่างถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบบังคับที่เกี่ยวข้อง และเภสัชกรต้องรับรู้ก่อนมีการเบิกจ่ายทุกครั้ง
			132 ยาและสารเคมีที่ใช้ในการเตรียมยาได้รับการติดฉลาก ระบุส่วนประกอบ วันหมดอายุ และคำเตือน
			133 นโยบายขององค์กรกำหนดวิธีการบ่งชี้และจัดเก็บยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา
			134 มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดเกี่ยวกับวิธีการจัดเก็บผลิตภัณฑ์สารอาหาร (nutrition product), การจัดเก็บสารทึบรังสีและสารที่ใช้ในการตรวจพิสูจน์, การจัดเก็บและควบคุมการใช้ยาตัวอย่าง

[70] ยึดคำแนะนำของผู้ผลิตเป็นสำคัญ มีการควบคุมอุณหภูมิ ความชื้น แสงสว่าง การถ่ายเทอากาศ (รวมถึงตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ที่มีระบบการติดตามอุณหภูมิและระบบการสำรองไฟสำหรับเก็บวัคซีนหรือยาที่จำเป็นต้องควบคุมอุณหภูมิเข้มงวด)

			135 ไม่มีการเก็บอิเล็คโทรไลท์ความเข้มข้นสูง[71]ไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย ยกเว้นจะมีความจำเป็นทางการแพทย์ หากต้องเก็บไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วยจะต้องมีการป้องกันไม่ให้มีการใช้ยาโดยไม่ตั้งใจ
			6.1ข(14) การควบคุม เบิกจ่าย เรียกคืน ทำลาย
			141 มีระบบการควบคุมและการเบิกจ่ายที่รัดกุม สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มาและบอกกำหนดวันหมดอายุได้
			142 มีการสุ่มตรวจปริมาณยาคงคลังอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
			143 มีระบบเรียกเก็บยาคืนพร้อมปฏิบัติ สำหรับยาที่ผู้ผลิตหรือผู้จัดจำหน่ายเรียกกลับ
			144 มีการปฏิบัติตามแนวทางที่องค์กรกำหนด เกี่ยวกับการทำลายยาหมดอายุ หรือยาที่ล้าสมัย
			6.1ข(15) การตรวจสอบบริเวณที่เก็บยา
			151 มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอตามนโยบายของโรงพยาบาล เพื่อสร้างความมั่นใจว่ามีการเก็บยาอย่างเหมาะสม และนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุง

(2) มีการจัดให้มียา และ / หรือ เวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ อยู่ตลอดเวลา, มีระบบควบคุม และดูแลให้เกิดความปลอดภัย, และมีการจัดทดแทนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.1ข(21) ยา และ/หรือ เวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็น
			211 มียาฉุกเฉินพร้อมใช้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย หรือพร้อมให้เข้าถึงได้ โดยมีสมดุลระหว่างการเข้าถึงได้ทันทีกับการรักษาความปลอดภัย
			212 มีการปฏิบัติตามแนวทางที่องค์กรกำหนด เกี่ยวกับการจัดเก็บยาฉุกเฉินเพื่อความพร้อมใช้ ป้องกันการนำยาไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ การสูญหาย หรือการโจรกรรม สามารถระบุได้ว่ายาที่บรรจุในภาชนะนั้นยังมีครบถ้วนและไม่หมดอายุ
			213 มีการปฏิบัติตามแนวทางที่องค์กรกำหนด เกี่ยวกับการ monitor และการจัดยาฉุกเฉินทดแทนมื่อมีการใช้ หมดอายุ หรือเสียหาย ในระยะเวลาที่เหมาะสม

(3) มีระบบที่จะจ่ายยาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในเวลาที่ห้องยาปิด

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.1ข(31) ระบบจ่ายยาในเวลาที่ห้องยาปิด
			311 มีกระบวนการที่จะเบิกยาในเวลากลางคืนเมื่อห้องยาปิด โดยมีมาตรการเพื่อความปลอดภัยต่างๆ ได้แก่ การกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่จะจ่ายยาในเวลาที่ห้องยาปิด,

[71] Potassium chloride solution, Potassium phosphate solution, Hypertonic saline (> 0.9% sodium chloride solution), Magnesium sulfate solution (≥ 50%), Sodium heparin >1,000 units/ml, Concentrated morphine หรือ opiates อื่นๆ ที่ใช้เพื่อเตรียม intravenous, spinal และ epidural infusions

			ระบบการติดตามหรือขอคำปรึกษาจากเภสัชกร, การกำหนดรายการยาเท่าที่จำเป็นในการสำรองที่จุดจ่าย, ระบบการควบคุมและการตรวจสอบปริมาณยาที่ใช้ไป, การตรวจสอบเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา
			312 มีการให้ความรู้แก่บุคลากรถึงวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดความต้องการที่จำเป็นดังกล่าว

(4) มีการจัดการกับยาที่ส่งคืนมาที่ห้องยาอย่างเหมาะสม เช่น ยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.1ข(41) การจัดการกับยาที่ส่งคืนมาที่ห้องยา
			411 มีระบบให้ส่งคืนยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้หรือไม่จำเป็นต้องใช้กลับมาที่ห้องยาโดยเร็วที่สุด
			412 มีแนวทางการประเมินสภาพของยาที่ถูกส่งคืนว่ามีคุณภาพที่ดีสามารถนำไปใช้ต่อได้หรือไม่
			413 มีแนวทางในการทำลายยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้และไม่สามารถนำไปใช้ต่อได้อย่างเหมาะสม

II - 6.2 การใช้ยา (MMS.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการสั่งใช้ยาและการให้ยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล.

ก. การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง

(1) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา, และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.2ก(11) การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วย
			111 ผู้เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยที่จำเป็นต่อการสั่งใช้ จัดจ่าย และให้ยา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น

(2) มีข้อมูลยาที่จำเป็นในรูปแบบที่ใช้ง่าย ในขณะสั่งใช้ จัด และให้ยาแก่ผู้ป่วย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.2ก(21) ข้อมูลยาที่จำเป็น
			211 บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็นได้ในขณะที่สั่งใช้ จัดยา และให้ยาแก่ผู้ป่วย[72]

(3) องค์กรจัดทำนโยบายเพื่อป้องกันความผิดพลั้ง / คลาดเคลื่อน และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่ง พร้อมทั้งนำสู่การปฏิบัติ, ครอบคลุมการระบุรายละเอียดที่จำเป็นในคำสั่งใช้ยา, การระมัดระวังเป็นพิเศษสำหรับยาที่ดูคล้ายกันหรือชื่อเรียกคล้ายกัน, มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา และการป้องกันการใช้คู่ยาที่มีอันตรกิริยารุนแรง

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.2ก(31) นโยบายและระเบียบปฏิบัติ
			311 มีการจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติให้แนวทางเขียนคำสั่งใช้ยา การสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่งที่ปลอดภัยในองค์กร โดยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง ครอบคลุมการดำเนินการเกี่ยวกับคำสั่งใช้ยา การป้องกันปัญหาใบสั่งยาที่อ่านไม่ออกหรือไม่ชัดเจน
			6.2ก(32) การปฏิบัติตามนโยบายที่องค์กรกำหนด
			321 มีการปฏิบัติตามนโยบายที่องค์กรกำหนด เกี่ยวกับข้อมูลที่จำเป็นใน**การบ่งชี้ตัวผู้ป่วย**อย่างถูกต้อง
			322 มีการปฏิบัติตามนโยบายที่องค์กรกำหนด เกี่ยวกับองค์ประกอบของคำสั่งใช้ยา หรือ

[72] วิธีการเข้าถึงข้อมูลยา เช่น ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ การบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในใบสั่งยา การบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในใบคำสั่งการรักษาทุกใบ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			การเขียนคำสั่งใช้ยา เช่น **การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ การใช้ชื่อสามัญ ขนาดและวิธีการใช้ยา**
			323 มีการปฏิบัติตามนโยบายที่องค์กรกำหนด เกี่ยวกับระบุข้อบ่งชี้และกำหนดสิ้นสุดในการใช้ยาสำหรับ**คำสั่ง PRN** หรือคำสั่งใช้ยาอื่นๆ
			324 มีการปฏิบัติตามนโยบายที่องค์กรกำหนด เกี่ยวกับข้อควรระวังพิเศษในการสั่งยาที่มี**ชื่อพ้อง มองคล้าย** (look-alike, sound-alike).
			325 มีการปฏิบัติตามนโยบายที่องค์กรกำหนด เกี่ยวกับชนิดของคำสั่งใช้ยาที่อนุญาตให้ใช้เพิ่มเติม เช่น **คำสั่งในกรณีฉุกเฉิน, คำสั่งยืน (standing order), คำสั่งหยุดอัตโนมัติ** และคำสั่งอื่นๆ รวมถึงองค์ประกอบที่จำเป็นในการใช้คำสั่งดังกล่าว
			326 มีการปฏิบัติตามนโยบายที่องค์กรกำหนด เกี่ยวกับชนิดของ**คำสั่งใช้ยาซึ่งต้องอิงตามน้ำหนักตัว** เช่น กลุ่มผู้ป่วยเด็ก
			327 มีการปฏิบัติตามนโยบายที่องค์กรกำหนด เกี่ยวกับ**การป้องกันการใช้คู่ยาที่มีอันตรกิริยารุนแรง**

(4) มีการเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนและถ่ายทอดคำสั่งอย่างถูกต้อง. มีการกำหนดมาตรฐานการสื่อสารคำสั่งใช้ยาเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน มีการทบทวนและปรับปรุงคำสั่งใช้ยาที่จัดพิมพ์ไว้ล่วงหน้าให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.2ก(41) ผู้สั่งใช้ยา
			411 องค์กรบ่งชี้ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสม (โดยความรู้ ประสบการณ์ ใบอนุญาต กฎหมายระเบียบที่เกี่ยวข้อง) ที่ได้รับอนุญาตให้สั่งใช้ยาได้, รายชื่อบุคคลที่ได้รับอนุญาตให้สั่งใช้ยา เป็นที่รับรู้ของบริการเภสัชกรรมหรือผู้ทำหน้าที่จ่ายยา
			412 มีการจำกัดการสั่งใช้ยาของบุคลากรสำหรับสารควบคุม, สารเคมีบำบัด, หรือสารกัมมันตภาพรังสีและยาที่อยู่ระหว่างการทดลองใช้
			6.2ก(42) การเขียนคำสั่งใช้ยาและการสื่อสาร
			421 มีการปฏิบัติตามนโยบายที่องค์กรกำหนด เกี่ยวกับการเขียนคำสั่งยาที่ชัดเจน, **การใช้ตัวย่อ**ที่เป็นมาตรฐาน และตัวย่อที่ไม่ควรใช้, การดำเนินการเมื่อ**คำสั่งใช้ยาไม่สมบูรณ์ อ่านไม่ออก หรือไม่ชัดเจน**
			422 มีการปฏิบัติตามนโยบายที่องค์กรกำหนด เกี่ยวกับการถ่ายทอดคำสั่งอย่างถูกต้อง มีระบบเพื่อลดการคัดลอกคำสั่ง
			423 มีการปฏิบัติตามนโยบายที่องค์กรกำหนด เกี่ยวกับมาตรฐานการสื่อสารคำสั่งใช้ยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อน รวมถึงการใช้**คำสั่งใช้ยาด้วยวาจาหรือทางโทรศัพท์** และกระบวนการที่จะสอบทานคำสั่งดังกล่าว
			424 มีการทบทวนและปรับปรุงคำสั่งใช้ยาที่จัดพิมพ์ไว้ล่วงหน้าให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ

(5) มีกระบวนการในการระบุ จัดทำรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับหรือมีการใช้อยู่ในปัจจุบันอย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บันทึกรายการยานี้ในการสั่งใช้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยในทุกจุดของการให้บริการ. มีการเปรียบเทียบบันทึกรายการยาของผู้ป่วยที่ใช้อยู่ในปัจจุบันกับคำสั่งแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีการรับไว้ ย้ายหอผู้ป่วย และ / หรือ จำหน่าย. (admission, transfer, and discharge medication reconciliation)

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.2ก(51) medication reconciliation
			511 มีกระบวนการที่เป็นมาตรฐานในการรวบรวมและบันทึกข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับหรือหรือกำลังใช้อยู่[73] ก่อนที่จะรับไว้เป็นผู้ป่วยใน มีข้อมูลนี้พร้อมให้เภสัชกรและผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพได้ใช้
			512 มีการเปรียบเทียบคำสั่งยาเมื่อแรกรับกับบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ตามกระบวนการที่องค์กรกำหนด[74]
			513 มีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขความแตกต่างที่พบจากการเปรียบเทียบ
			514 การเปรียบเทียบและปรับเปลี่ยน ครอบคลุมกรณีผู้ป่วยนอกที่มีโอกาสเกิดปัญหาสูง, การทำผ่าตัด day surgery, การย้ายหอผู้ป่วย, การจำหน่าย[75]

[73] (1) ข้อมูลที่รวบรวมควรประกอบด้วย ขนาด ความถี่ วิธีใช้ เวลาที่ได้รับยาครั้งสุดท้าย (ตรวจสอบการได้รับยาที่บ้านเทียบกับที่แพทย์สั่งถ้าเป็นไปได้) แหล่งที่รับยาของผู้ป่วย (2) ควรครอบคลุมยา รวมถึงวิตามิน อาหารเสริม อาหารที่อาจมีอันตรกิริยากับยา สมุนไพร ที่แพทย์สั่งและที่ผู้ป่วยซื้อเอง (3) ควรบันทึกในตำแหน่งที่แน่นอนและเห็นได้ชัด เพื่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยาจะสามารถใช้งานได้

[74] (1) ประเด็นที่ตรวจสอบ เช่น มีการละเลย การสั่งซ้ำ หรือความไม่สอดคล้องระหว่างยาของผู้ป่วยกับสภาวะทางคลินิก ความคลาดเคลื่อนในขนาดยา และโอกาสเกิดอันตรกิริยา (2) ระยะเวลาในการตรวจสอบ เช่น ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากรับไว้นอนโรงพยาบาล และสั้นกว่านั้นสำหรับยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือเหตุผลอื่นๆ

[75] ควรมีบัญชีแสดงรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยจะต้องใช้หลังจากจำหน่าย ซึ่งมีทั้งยาที่แพทย์สั่งใหม่ และยาเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับเมื่ออยู่ที่บ้านที่แพทย์สั่งใช้ต่อ สื่อสารบัญชีรายการนี้ให้ผู้ที่จะให้การดูแลต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการให้คำแนะนำเมื่อจำหน่าย

ข. การเตรียม การจัดจ่าย และการให้ยา

(1) มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความเหมาะสมและความปลอดภัย

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.2ข(11) การทบทวนคำสั่งใช้ยา
			111 องค์กรกำหนดข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยที่จำเป็นสำหรับการทบทวนคำสั่งใช้ยา
			112 มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อให้มั่นใจในความเหมาะสมและความปลอดภัย โดยเภสัชกรก่อนที่จะมีการจัดจ่ายยา[76]
			113 มีการติดต่อผู้เขียนใบสั่งยาหรือผู้สั่งใช้ยาเมื่อมีข้อสงสัยต่อการสั่งใช้ยา
			114 มีบันทึกยาทั้งหมดที่ให้แก่ผู้ป่วย (drug profile) เพื่อง่ายและสะดวกต่อการทบทวน ในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยา ยกเว้นยาฉุกเฉินและยาที่ให้ผู้ป่วยในลักษณะเป็นส่วนหนึ่งของหัตถการ
			115 ซอฟท์แวร์คอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการตรวจสอบอันตรกิริยาระหว่างยาและการแพ้ยาได้รับการปรับปรุงให้ทันสมัยเป็นระยะ

(2) มีการจัดเตรียมยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายหรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.2ข(21) การเตรียมยาและจัดจ่ายในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและสะอาด
			211 ยาได้รับการจัดเตรียมและจัดจ่ายในสถานที่ที่สะอาดและปลอดภัย โดยมีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เหมาะสม มีระบบดูดระบายอากาศ (hooded vent) พร้อมใช้และมีการใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้ทางวิชาชีพ เช่น ยาที่เป็นพิษต่อเซลล์
			212 การจัดเตรียมและจัดจ่ายยาทำในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัย เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และมาตรฐานวิชาชีพ
			213 บุคลากรที่จัดเตรียมผลิตภัณฑ์ปลอดเชื้อได้รับการฝึกอบรมเทคนิคการปราศจากเชื้อ

[76] การทบทวนพิจารณาความเหมาะสมของยา ขนาด ความถี่ และวิถีการบริหารยา, ความซ้ำซ้อนของการบำบัด (therapeutic duplication), ประวัติการแพ้ยาหรือมีภูมิไวเกินที่เกิดขึ้นจริงหรือมีโอกาสเกิดขึ้น, ปฏิกิริยาระหว่างยาที่สั่งกับยาตัวอื่นหรืออาหาร ที่เกิดขึ้นจริงหรือมีโอกาสเกิดขึ้น, ความแตกต่าง (variation) จากเกณฑ์การใช้ยาขององค์กร, น้ำหนักตัวและข้อมูลด้านสรีรวิทยาอื่นๆ ของผู้ป่วย, การได้รับยาที่ห้ามใช้และข้อห้ามอื่นๆ หรือโอกาสเกิดผลกระทบที่สามารถระบุจากผลทางห้องปฏิบัติการ, ข้อพิจารณาสำหรับยาเฉพาะกลุ่ม เช่น ขนาดและความเข้มข้นของยาที่ต้องระมัดระวังสูง, ความเหมาะสมของสารละลายและแนวทางการเตรียมความเข้มข้นที่ต้องการสำหรับ IV admixture

			6.2ข(22) การจัดเตรียมยาโดยหน่วยดูแลผู้ป่วย
			221 มีการจัดระบบสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และเทคนิคที่เหมาะสมปลอดภัยสำหรับการจัดเตรียมยาที่จะให้แก่ผู้ป่วยในความดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การป้องกันการปนเปื้อน การมีแสงสว่างเพียงพอ การไม่ถูกรบกวนสมาธิ และการกำจัดขยะอันตราย
			6.2ข(23) การเตรียมยาและจัดจ่ายโดยบริการเภสัชกรรม
			231 คณะกรรมการ PTC ร่วมกับบริการเภสัชกรรมพิจารณาโอกาสที่จะต้องจัดเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (extemporaneous preparation) เช่น ในกลุ่มเด็กเล็ก ทารก, ยาเตรียมปราศจากเชื้อต่างๆ (ยาฉีด, IV admixtures, Total Parenteral Nutrition, Cytotoxic preparation, ยาหยอดตา)
			232 บริการเภสัชกรรมรับผิดชอบในการผสมหรือเตรียมยาผสมที่ปราศจากเชื้อ[77] (กรณีโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและปริมาณงานมากพอ)
			233 บริการเภสัชกรรมออกแบบระบบการเตรียมยาที่เป็นมาตรฐาน (ครอบคลุมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เทคนิควิธี การติดฉลาก และบุคลากรผู้รับผิดชอบ) เพื่อการเตรียมยาที่เหมาะสมปลอดภัย ฝึกอบรมบุคลากรผู้รับผิดชอบให้มีความรู้และทักษะเพียงพอ ควบคุมกำกับให้เป็นไปตามระบบ และติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

(3) ยาได้รับการติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่ายติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท และมีฉลากยาติดจนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยา

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.2ข(31) การติดฉลาก
			311 เมื่อมีการนำยาออกจากรูปแบบการบรรจุดั้งเดิม หรือเตรียมและจัดจ่ายในภาชนะที่แตกต่างออกไปโดยไม่ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยทันที จะต้องเขียนฉลากยาซึ่งประกอบด้วยชื่อยา, ความเข้มข้น, ขนาดยาหรือปริมาณยา, วันที่จัดเตรียม, ชื่อผู้ป่วยหอผู้ป่วย และข้อมูลบ่งชี้ผู้ป่วยอื่นๆ
			312 ยาได้รับการติดฉลากติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท และมีฉลากติดจนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย

(4) มีการส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ปลอดภัย รัดกุม และพร้อมให้ใช้ ในเวลาที่ทันความต้องการของผู้ป่วย

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.2ข(41) การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย
			411 มีการส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ปลอดภัย รัดกุม พร้อมใช้ เป็นรูปแบบ

[77] เช่น ยาเคมีบำบัดที่มีการใช้มากกว่า 20 ขนานต่อเดือน, IV admixtures (ยกเว้นรายที่ล่าช้าแล้วอาจเป็นอันตรายหรือความคงตัวของยาสั้นมาก)

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			เดียวกันทั้งองค์กร เอื้อต่อการจ่ายยาที่ถูกต้อง และทันเวลาที่ต้องการใช้

(5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.2ข(51) การส่งมอบยาแก่ผู้ป่วย
			511 มีการส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม
			512 มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ
			513 มีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม ดูข้อ 6.2 ข (8)

(6) การสั่งใช้ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย และให้ยา กระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งมีความสะอาด มีพื้นที่และแสงสว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีสมาธิกับการใช้ยาโดยไม่มีการรบกวน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.2ข(61) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพสำหรับการใช้ยาในหน่วยดูแลผู้ป่วย
			611 มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพสำหรับการสั่งใช้ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย และให้ยา เป็นไปตามมาตรฐานที่องค์กรกำหนด โดยคำนึงถึงความสะอาด การป้องกันการปนเปื้อน ระบบไหลเวียนของงาน ความเพียงพอของพื้นที่และแสงสว่าง การปราศจากสิ่งรบกวนทางกายภาพ

(7) มีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน, โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา / ขนาดยา / วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม ผู้สั่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.2ข(71) ผู้มีสิทธิในการบริหารยา
			711 องค์กรระบุบุคลากรที่มีสิทธิบริหารยา, เฉพาะผู้ที่ได้รับอนุญาตจากองค์กร และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือได้รับอนุญาตตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเท่านั้นที่เป็นผู้บริหารยา
			712 มีการจำกัดสิทธิการบริหารยาสำหรับสารควบคุม สารกัมมันภาพรังสี และยาที่อยู่ระหว่างการทดลองใช้ ตามความเหมาะสม
			6.2ข(72) การสอบทาน (verification) ในการบริหารยา
			721 มีการยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยที่ถูกคนโดยใช้อย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้
			722 มีการ verfy ยากับใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยา พิจารณาฉลาก รูปแบบ ลักษณะภายนอก ตะกอน การเปลี่ยนสี วันหมดอายุ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			723 มีการ verify ขนาดยากับใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยา ให้เป็นไปตามขนาดที่แพทย์ระบุ หรือคำนวณจากน้ำหนัก ไม่เกินขนาดที่สามารถให้ได้ โดยเฉพาะยาที่ต้องระมัดระวังสูง
			724 มีการ verify วิธีการบริหารยากับใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยา มีระบบการยืนยันซ้ำอิสระยาที่มีเทคนิคพิเศษ รวมถึงการใช้อุปกรณ์การให้ยาเฉพาะที่ป้องกันความผิดพลาดในวิธีบริหารยา
			725 มีการบริหารยาตรงเวลา (อาจกำหนดระยะเวลาที่ยอมรับได้ในการบริหารยาที่ไม่เป็นไปตาม actual time)
			6.2ข(73) อุปกรณ์การให้ยา
			731 มีความพร้อมด้านอุปกรณ์การให้ยา เช่น infusion pump โดยเฉพาะสำหรับยาที่มีความเสี่ยงหรือมีอันตรายสูงหากบริหารยาในอัตราที่ไม่เหมาะสม ให้มีระบบการตรวจสอบความเที่ยงอย่างสม่ำเสมอ
			6.2ข(74) บันทึกการบริหารยาผู้ป่วย
			741 มีการบริหารยาตามคำสั่งใช้ยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย
			6.2ข(75) การรายงานเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา
			751 ผู้สั่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา

(8) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนได้รับ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแล เพื่อเป้าหมายความถูกต้อง ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการใช้ยา

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.2ข(81) การให้คำแนะนำเพื่อให้เกิด drug adherence และป้องกันภาวะไม่พึงประสงค์จากยา
			811 มีฉลากช่วยหรือแผ่นพับให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับยาที่รับประทาน การปฏิบัติตน ข้อควรระวัง
			812 มีการกำหนดข้อบ่งชี้ที่ต้องให้คำแนะนำเป็นพิเศษ อย่างน้อยครอบคลุม กลุ่มยาเด็ก ยาที่มีช่วงการรักษาที่แคบ ยาที่มีอาการอันไม่พึงประสงค์สำคัญ ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษ เช่น ยาสูดพ่น
			813 มีสถานที่และอุปกรณ์สำหรับให้คำแนะนำที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษ หรือผู้ป่วยที่ต้องติดตามต่อเนื่อง
			814 มีการกำหนดข้อบ่งชี้ในการขอคำปรึกษาจากเภสัชกร และมีช่องทางที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้โดยสะดวกเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา
			815 มีการติดตามประเมินผล drug adherence และ ADE เพื่อนำมาปรับปรุงการให้คำแนะนำ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.2ข(82) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการเกี่ยวกับการใช้ยา
			821 การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบความถูกต้องในการบริหารยา เช่น การบ่งชี้ผู้ป่วย การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาที่แพทย์สั่ง การตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของการได้รับยา รวมทั้งระยะเวลาที่ควรได้รับยา
			822 การได้รับโอกาสบริหารยาด้วยตนเองก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาลเพื่อสร้างความคุ้นเคย และเสริมพลังให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองภายใต้สายตาของบุคลากรการแพทย์
			823 การร่วมในกระบวนการวางแผนจำหน่ายอย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว

(9) ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อสร้างความมั่นใจในความเหมาะสมของเภสัชบำบัดและลดโอกาสเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.2ข(91) กระบวนการเฝ้าติดตามผลของยา
			911 มีการเฝ้าติดตามผลของยาต่อผู้ป่วย[78] โดยความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ นำไปสู่การปรับขนาดหรือประเภทของยาเมื่อจำเป็น
			912 มีการเฝ้าติดตามผลของยาเป็นพิเศษในกลุ่มยาที่มี therapeutic ratio แคบ, ยาที่แพทย์หวังผลการรักษาในระยะสั้น, ยาต้านจุลชีพซึ่งเชื้ออาจจะไม่ไวต่อยาหรือมีการติดเชื้อใหม่เพิ่มขึ้น, ยาที่มีผลต่อสมดุลของการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ หรือมีผลต่อความเป็นความตายของผู้ป่วย, ยาที่มีผลข้างเคียงต่อการทำงานของตับ ไต หัวใจ, การตอบสนองต่อยาใหม่ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นครั้งแรก, ยาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทรงตัวของผู้ป่วยซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม

(10) มีการจัดการกับยาที่ผู้ป่วย/ครอบครัวนำติดตัวมาและยาตัวอย่าง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6.2ข(A1)การใช้ยาที่อยู่นอกระบบขององค์กร
			A11 มีการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่กำหนดไว้ เกี่ยวกับ**การใช้ยาโดยผู้ป่วยเอง**
			A12 มีการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่กำหนดไว้ เกี่ยวกับการบันทึกและการจัดการ**ยาที่ผู้ป่วยนำเข้ามาในองค์กร** ครอบคลุมการทำบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยนำมา

[78] เฝ้าติดตามผลต่ออาการหรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วย,ผลต่อจำนวนเม็ดเลือด การทำหน้าที่ของไตและตับ, และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			สภาพยา การพิจารณาความจำเป็นในการใช้ต่อ และวิธีการให้ยาแก่ผู้ป่วย
			A13 มีการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่กำหนดไว้ เกี่ยวกับ**การมีและการใช้ยาตัวอย่าง**

II - 7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN)

II-7.1 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ให้ข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

(1) มีการวางแผนจัดบริการตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้และความคาดหวังของผู้ใช้. แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.1ก(11) การวางแผนจัดบริการ
			111 มีการวางแผนจัดบริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ตามเป้าประสงค์ขององค์กร ลักษณะผู้ป่วยที่ให้บริการ ความต้องการของผู้ป่วย และความคาดหวังของผู้ให้การดูแลรักษา
			112 แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตบริการ ระบุบริการที่จัดให้มีในช่วงเวลาทำการปกติ การตรวจนอกเวลาทำการปกติ บริการที่ต้องส่งตรวจภายนอก บริการที่ตรวจโดยห้องปฏิบัติการกลาง และบริการที่ตรวจ ณ จุดที่ให้การดูแลผู้ป่วย
			113 แผนจัดบริการครอบคลุมทรัพยากรที่ต้องการในปัจจุบันและในอนาคต
			114 แผนจัดบริการครอบคลุมระดับผลงานที่คาดหวัง เช่น accuracy, precision, reportable range, analytical specificity, analytical sensitivity, turn around time
			115 บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเป็นไปตามมาตรฐาน กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
			116 มีบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่เพียงพอ สม่ำเสมอ และสะดวก พร้อมตอบสนองภาวะความต้องการของผู้ป่วย
			117 มีบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการสำหรับกรณีฉุกเฉิน รวมถึงหลังจากเวลาทำการปกติด้วย

(2) มีทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถในการทำงานที่ต้องการ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.1ก(21) ทรัพยากรบุคคล
			211 มีทรัพยากรบุคคลที่มีคุณวุฒิ ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์เหมาะสม และมี

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			จำนวนเพียงพอในการปฏิบัติหน้าที่ตรวจวิเคราะห์และแปลผลการตรวจวิเคราะห์ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
			7.1ก(22) การกำกับดูแลและพัฒนาทรัพยากรบุคคล
			221 ผู้ทำหน้าที่กำกับดูแลการตรวจวิเคราะห์มีคุณวุฒิและประสบการณ์เหมาะสม
			222 มีการกำหนด technical competency และส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมทบทวน การประชุมวิชาการ การฝึกอบรม เป็นต้น
			223 เจ้าหน้าที่ของห้องปฏิบัติการได้รับการศึกษาสำหรับวิธีการตรวจวิเคราะห์ใหม่ และวัตถุอันตรายที่นำเข้ามาใหม่หรือเพิ่งรับรู้
			7.1ก(23) หัวหน้าหน่วย
			231 มีผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมรับผิดชอบบริหารจัดการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ดูแลให้มีการปฏิบัติตามระบบบริหารคุณภาพที่กำหนดขึ้น รวมทั้งการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งตรวจวิเคราะห์ภายนอก

(3) บริการตรวจทดสอบมีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ, ได้รับการออกแบบเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีการแยกเขตและสถานที่จัดเก็บที่เหมาะสม และใส่ใจต่อการดูแลสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการตรวจทดสอบ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.1ก(31) พื้นที่ใช้สอยและสิ่งแวดล้อม
			311 ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ
			312 ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ได้รับการออกแบบเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย
			313 มีการแยกเขตระหว่างหน่วยย่อยซึ่งมีลักษณะกิจกรรมที่เข้ากันไม่ได้และการป้องกันการปนเปื้อนข้ามหน่วย
			314 มีสถานที่จัดเก็บสิ่งส่งตรวจ อุปกรณ์ สารเคมี และเอกสารที่เหมาะสม
			315 มีการดูแลสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการทดสอบ ได้แก่ ความปราศจากเชื้อ ฝุ่นละออง การรบกวนจากคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า รังสี ความชื้น ไฟฟ้า อุณหภูมิ สารเคมีที่เป็นพิษ กลิ่น ระดับเสียงและการสั่นสะเทือน
			316 มีระบบระบายอากาศที่มีประสิทธิภาพ

(4) บริการตรวจทดสอบมีเครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมสำหรับทำการตรวจทดสอบที่ต้องการ ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย, มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน, มีการสอบเทียบและการใช้ผลการสอบเทียบอย่างเหมาะสม. เครื่องมือผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด (ถ้ามี).

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.1ก(41) เครื่องมือและอุปกรณ์

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			411 มีระบบบริหารจัดการเครื่องมือของห้องปฏิบัติการและได้รับการนำไปปฏิบัติ เพื่อให้มีเครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมสำหรับการตรวจทดสอบที่ต้องการ ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย
			412 มีวิธีการที่เป็นระบบในการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ
			413 มีการจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือ
			414 มีการตรวจสอบและทดสอบเครื่องมือเมื่อแรกใช้และเป็นระยะตามกำหนดเวลา
			415 เครื่องมือผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด (ถ้ามี)
			416 มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน และการบันทึกที่ครบถ้วน
			417 มีการสอบเทียบและใช้ผลการสอบเทียบอย่างเหมาะสม และการบันทึกที่ครบถ้วน

(5) มีการประเมิน คัดเลือก และติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการ/หน่วยตรวจทดสอบที่รับตรวจต่อ, รวมทั้งมีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือข้อคิดเห็นสำหรับการทดสอบบางอย่าง (เช่น การทดสอบด้านเนื้อเยื่อวิทยาและด้านเซลล์วิทยา)

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.1ก(51) หน่วยตรวจทดสอบที่รับตรวจต่อ
			511 มีการคัดเลือกห้องปฏิบัติการ/หน่วยตรวจทดสอบภายนอกที่จะส่งตรวจ โดยพิจารณาจากผลงานซึ่งเป็นที่ยอมรับ การปฏิบัติตามกฎหมาย และระเบียบข้อบังคับ
			512 มีการติดตามความสามารถของของห้องปฏิบัติการ/หน่วยตรวจทดสอบที่รับตรวจต่อตามความถี่และข้อมูลคุณภาพที่กำหนดไว้ โดยผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
			513 มีการนำข้อมูลการควบคุมคุณภาพไปดำเนินการตามความเหมาะสม
			514 มีการรายงานข้อมูลการควบคุมคุณภาพจากห้องปฏิบัติการภายนอกให้แก่ผู้นำเป็นประจำทุกปี เพื่อใช้ในการทำสัญญาและการต่อสัญญา
			7.1ก(52) ผู้ให้คำปรึกษา
			521 องค์กรสามารถเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญใน specialized diagnostic area เมื่อจำเป็น
			522 มีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือข้อคิดเห็นสำหรับการทดสอบบางอย่าง

(6) มีการคัดเลือกและตรวจสอบการจัดซื้อจัดหาบริการจากภายนอก เครื่องมือวิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของบริการห้องปฏิบัติการ/หน่วยทดสอบ อย่างระมัดระวัง. มีการประเมินผู้ผลิตหรือผู้ขายน้ำยา วัสดุ และบริการที่มีความสำคัญสูง. มีระบบควบคุมคลังพร้อมด้วยบันทึกที่เหมาะสม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.1ก(61) การจัดซื้อจัดหา
			611 มีการระบุน้ำยา วัสดุ อุปกรณ์วิทยาศาสตร์ และบริการจากภายนอก ที่จำเป็นสำหรับการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ
			612 มีการกำหนดแนวทางการคัดเลือกและตรวจสอบน้ำยา วัสดุ อุปกรณ์วิทยาศาสตร์ และ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			บริการจากภายนอกเพื่อให้มั่นใจว่าจะได้ผลการตรวจที่แม่นยำและเที่ยงตรง
			613 มีการนำแนวทางการคัดเลือกและตรวจสอบที่กำหนดไว้ไปปฏิบัติ รวมทั้งสรุปเป็นผลการประเมินผู้ผลิตหรือผู้ขาย น้ำยา วัสดุ และบริการที่สำคัญ
			614 สร้างความมั่นใจว่ามีน้ำยาและวัสดุที่จำเป็นพร้อมใช้ และมีกระบวนการจัดการเมื่อไม่มีน้ำยา
			615 จัดเก็บน้ำยาทั้งหมดตามคำแนะนำของผู้ผลิตหรือข้อแนะนำการบรรจุ (packaging instruction)
			616 น้ำยาและสารละลายทั้งหมดได้รับการเขียนฉลากอย่างครบถ้วนและถูกต้อง
			617 มีระบบในการควบคุมคลังที่มีประสิทธิภาพและมีการบันทึก

(7) มีการสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ / หน่วยทดสอบ ด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.1ก(71) การสื่อสาร
			711 มีช่องทางในการสื่อสารกับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ/หน่วยทดสอบ หลายหลายช่องทาง ทั้งการใช้สื่อทางเดียว การสื่อสารสองทาง และการประชุมร่วมกันเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ
			712 มีการจัดทำคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งตรวจ เช่น ทางเลือกในการทดสอบ ความถี่ ประเภทของตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ คู่มือการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจ
			713 จัดให้มีการประชุมร่วมกันเป็นระยะเพื่อเรียนรู้การแปลผลการตรวจและการปรึกษาทางวิชาการ
			714 จัดให้มีการตรวจเยี่ยมทางคลินิกร่วมกันเพื่อเรียนรู้จากผู้ป่วยและจากเพื่อนร่วมวิชาชีพ
			715 มีการสื่อสารผลกระทบทางคลินิกที่จะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจให้ผู้ใช้ทราบก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลง

ข. กระบวนการตรวจวิเคราะห์

(1) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ ได้แก่ การเก็บ, การสัมผัส (handle), การชี้บ่ง, การบรรจุ, การเขียนฉลาก, การรักษาความคงตัว, ใบส่งตรวจ, การขนส่ง, และการเก็บรักษา เป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติที่ดีของห้องปฏิบัติการ. มีการประเมินคุณสมบัติของสิ่งส่งตรวจเพื่อใช้ในการรับ / ปฏิเสธ / แปลผล. สามารถทวนสอบสิ่งส่งตรวจและตัวอย่างที่แบ่งใช้ได้.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.1ข(11) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ
			111 การสั่งตรวจเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้
			112 การเก็บ การสัมผัส การชี้บ่ง การบรรจุ การเขียนฉลาก สิ่งส่งตรวจเป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดไว้
			113 การรักษาความคงตัว ใบส่งตรวจ การขนส่ง การจัดเก็บ และเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจเป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดไว้
			114 การรับและติดตามสิ่งส่งตรวจเป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดไว้ มีการประเมินคุณสมบัติของสิ่งส่งตรวจเพื่อใช้ในการรับ/ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ มีการเก็บข้อมูลและสะท้อนข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานที่ถูกปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ และนำคุณสมบัติของสิ่งส่งตรวจที่ประเมินได้มาใช้ในการแปลผล
			115 การส่งไปตรวจหรือใช้บริการภายนอกเป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติสำหรับการส่งตรวจภายในองค์กร
			116 มีกระบวนการที่สามารถทวนสอบสิ่งส่งตรวจและตัวอย่างที่แบ่งใช้ได้

(2) กระบวนการตรวจวิเคราะห์สร้างความมั่นใจว่าผลการตรวจมีความถูกต้อง เชื่อถือได้, ด้วยการใช้วิธีการทดสอบมาตรฐานที่เหมาะสมและได้รับการ validate ว่าให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ. มีการ verify ว่าน้ำยา วิธีการทดสอบ เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์ ผลิตภัณฑ์หรือบริการ เป็นไปตามข้อกำหนดที่ระบุไว้.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.1ข(21) กระบวนการตรวจวิเคราะห์
			211 มีการทบทวนความเหมาะสมและจัดทำข้อกำหนดของวิธีการทดสอบที่เป็นมาตรฐาน
			212 ใช้วิธีการทดสอบมาตรฐานที่เหมาะสมและได้รับการ validate ว่าให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ
			213 มีการตรวจทดสอบน้ำยา วิธีการทดสอบ เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์ ผลิตภัณฑ์หรือบริการ ว่าเป็นไปตามข้อกำหนดที่ระบุไว้
			214 มีการใช้ค่าปกติของคนทั่วไปและขอบเขตของค่าที่ตรวจ (norms and ranges) ที่กำหนดไว้เพื่อแปลผลและรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางคลินิก โดยกำหนดช่วงค่าอ้างอิงสำหรับการตรวจวิเคราะห์แต่ละประเภท บันทึกค่าปกติไว้ใน

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			เวชระเบียนเมื่อมีรายงานผลการตรวจ ปรับค่าปกติเมื่อมีการส่งตรวจภายนอก ทบทวนและปรับปรุงค่าปกติให้เป็นปัจจุบัน และเหมาะสมกับลักษณะผู้รับบริการ

(3) มีการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องแก่ผู้ใช้ในเวลาที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการรักษาความลับ ระดับความผิดปกติของผลการตรวจที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และการสืบค้นสำเนาข้อมูล.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.1ข(31) การรายงานผลการตรวจ
			311 มีการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วนแก่ผู้ใช้ในเวลาที่เหมาะสม
			312 สามารถออกรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในเวลาที่องค์กรกำหนด เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย มีการติดตามวัดความรวดเร็วของการรายงานผลการตรวจเร่งด่วน/ฉุกเฉิน.
			313 มีการรักษาความลับของรายงานผลการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม
			314 มีการร่วมกันกำหนดค่าระดับความผิดปกติของผลการตรวจแต่ละประเภทที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และแนวทางรายงานต่อผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีการตอบสนองอย่างเหมาะสม ระบุผู้รายงานและรับรายงาน สิ่งที่ต้องบันทึกในเวชระเบียน[79]
			315 มีการเฝ้าติดตามและปรับปรุงตามผลการติดตามการรายงานค่าผิดปกติหรือค่าวิกฤติ
			316 มีระบบที่สามารถสืบค้นข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ได้
			317 มีระบบที่สามารถขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการแปลความหมายผลการตรวจวิเคราะห์ได้

(4) มีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถทำการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติมได้เมื่อจำเป็น, และมีการกำจัดสิ่งส่งตรวจที่เหลืออย่างปลอดภัย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.1ข(41) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์
			411 มีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถทำการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติมได้เมื่อจำเป็น
			412 มีการกำจัดสิ่งส่งตรวจที่เหลืออย่างปลอดภัย โดยคำนึงถึงหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อร่วมด้วย

[79] ควรมีการระบุตัวผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการส่งมอบและรับผลการตรวจทดสอบที่มีค่าวิกฤติ, ระบุตัวบุคคลที่จะได้รับผลการตรวจทดสอบที่มีค่าวิกฤติแทนเมื่อแพทย์ผู้สั่งตรวจไม่อยู่, กำหนดว่าการตรวจทดสอบและค่าวิกฤติในระดับใดที่จะต้องมีการรายงานโดยทันที, ระบุระยะเวลาที่จะต้องรายงานผลการตรวจทดสอบที่มีค่าวิกฤติแก่แพทย์ผู้สั่งตรวจอย่างเหมาะสมกับความเร่งด่วนที่จะต้องแก้ปัญหาผู้ป่วย, กำหนดวิธีการรายงานแพทย์ผู้สั่งตรวจ โดยใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสมที่สุดสำหรับแต่ละสถานการณ์, กำหนดนโยบายการสื่อสารร่วมให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ค. ระบบบริหารคุณภาพ

(1) ห้องปฏิบัติการเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ (proficiency testing - PT) ตามขอบเขตและความซับซ้อนของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ, หรือจัดให้มีระบบประเมิน performance อื่นๆ เพื่อพิจารณาความน่าเชื่อถือของการตรวจวิเคราะห์. มีหลักฐานว่ามีการนำปัญหาทั้งหมดที่พบจากการทดสอบความชำนาญหรือระบบประเมินอื่นมาแก้ไขโดยทันที.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.1ค(11) การทดสอบความชำนาญ
			111 ห้องปฏิบัติการเข้าร่วมในการทดสอบความชำนาญ หรือแลกเปลี่ยนตัวอย่างกับห้องปฏิบัติการขององค์กรอื่น ตามขอบเขตและความซับซ้อนของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ
			112 ห้องปฏิบัติการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนตัวอย่างกับห้องปฏิบัติการขององค์กรอื่น หรือจัดให้มีระบบการประเมิน performance อื่นๆ เพื่อพิจารณาความน่าเชื่อถือของการตรวจวิเคราะห์ สำหรับการตรวจวิเคราะห์ที่มิได้เข้าร่วมทดสอบความชำนาญ
			113 มีการนำปัญหาทั้งหมดที่พบจากการทดสอบความชำนาญหรือระบบประเมินอื่นมาแก้ไขโดยทันที
			114 มีการสื่อสารและวางแผนร่วมกันกับแพทย์ผู้ใช้ผลการตรวจ ในกรณีที่ผลการทดสอบความชำนาญมีความคลาดเคลื่อนสูงจนอาจมีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย
			115 มีการเก็บรักษาบันทึกรวบรวมการมีส่วนร่วมในการทดสอบความชำนาญ

(2) ห้องปฏิบัติการมีโปรแกรม / ระบบบริหารคุณภาพซึ่งครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทุกด้าน และประสานกับส่วนอื่นๆ ในองค์กร. โปรแกรม / ระบบบริหารคุณภาพครอบคลุม การชี้บ่งปัญหา / โอกาสพัฒนา, บันทึกความผิดพลาดและการรายงานอุบัติการณ์, การติดตามตัวชี้วัด, การแก้ไข / ป้องกันปัญหา, การติดตามปัจจัยก่อนและหลังการตรวจวิเคราะห์ที่มีผลต่อการตรวจวิเคราะห์, การควบคุมเอกสาร, เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย, และการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม / ระบบบริหารคุณภาพ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.1ค(21) ระบบบริหารคุณภาพ
			211 ห้องปฏิบัติการมีระบบบริหารคุณภาพซึ่งครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทุกด้าน และประสานกับส่วนอื่นๆ ในองค์กร เช่น ระบบรายงานอุบัติการณ์ ระบบสารสนเทศ
			212 ระบบบริหารคุณภาพประกอบด้วยการชี้บ่งปัญหา / ความเสี่ยง / โอกาสพัฒนา
			213 ระบบบริหารคุณภาพประกอบด้วยการบันทึกความผิดพลาดและการรายงานอุบัติการณ์
			214 ระบบบริหารคุณภาพประกอบด้วยการติดตามตัวชี้วัด
			215 ระบบบริหารคุณภาพประกอบด้วยการแก้ไข / ป้องกันปัญหา
			216 ระบบบริหารคุณภาพประกอบด้วยการติดตามปัจจัยก่อนและหลังการตรวจวิเคราะห์ที่

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			มีผลต่อการตรวจวิเคราะห์
			217 ระบบบริหารคุณภาพประกอบด้วยการควบคุมเอกสาร
			218 ระบบบริหารคุณภาพนำเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยมาพิจารณา
			219 มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารคุณภาพ
			7.1ค(22) ระบบความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ
			221 ระบบความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ ครอบคลุมโอกาสเกิดความเสี่ยงในห้องปฏิบัติการ และบริเวณที่มีการตรวจวิเคราะห์นอกห้องปฏิบัติการ
			222 ระบบความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริหารความปลอดภัยขององค์กร มีการรายงานตามโครงสร้างความปลอดภัยขององค์กรอย่างน้อยปีละครั้ง และเมื่อมีเหตุการณ์ที่มีผลต่อความปลอดภัยเกิดขึ้น
			223 มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการหยิบสัมผัสและกำจัดสารติดเชื้อและวัตถุอันตราย
			224 มีการใช้กระบวนการ และ/หรือ อุปกรณ์เฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงที่ค้นพบ
			225 เจ้าหน้าที่ของห้องปฏิบัติการได้รับการปฐมนิเทศเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัย.

(3) ห้องปฏิบัติการดำเนินการควบคุมคุณภาพเพื่อติดตาม performance ของการตรวจวิเคราะห์, รวมทั้งการจัดทำ tolerance limit, จำนวนและความถี่ของ control, การนำข้อมูลการควบคุมคุณภาพและสารสนเทศที่เกี่ยวข้องมาสู่ปฏิบัติการแก้ไขปัญหา, และวิธีการเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของการผลการตรวจทดสอบเมื่อไม่มีการ calibrate หรือไม่มีวัสดุควบคุม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.1ค(31) การควบคุมคุณภาพ
			311 มีระบบควบคุมคุณภาพภายในที่เหมาะสม รวมทั้งการจัดทำ tolerance limit, จำนวนและความถี่ของ control
			312 มีการติดตามเฝ้าระวัง performance ของการตรวจวิเคราะห์ประจำวันโดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
			313 มีการนำข้อมูลการควบคุมคุณภาพและสารสนเทศที่เกี่ยวข้องมาสู่ปฏิบัติการแก้ไขปัญหาข้อบกพร่องอย่างรวดเร็ว
			314 มีการยืนยันความน่าเชื่อถือของการผลการตรวจทดสอบเมื่อไม่มีการ calibrate หรือไม่มีวัสดุควบคุม
			315 มีการบันทึกผลการตรวจวิเคราะห์และปฏิบัติการแก้ไข

(4) ห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อม นำมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับมาใช้ประโยชน์และขอรับการประเมินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สภาเทคนิคการแพทย์ หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย.

II-7.2 คลังเลือด

องค์กรนำมาตรฐานงานบริการโลหิตและธนาคารเลือด ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ.

(1) มีการบริหารจัดการงานบริการโลหิตที่มีประสิทธิภาพและประสานงานอย่างเป็นเอกภาพภายใต้การนำของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.2(11) การบริหารจัดการงานบริการโลหิต
			111 โรงพยาบาลที่เป็นสาขาบริการโลหิตมีส่วนร่วมในการจัดหาโลหิตให้เพียงพอสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยประสานงานและร่วมมือกับศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ เหล่ากาชาดจังหวัด และภาคบริการโลหิตแห่งชาติ
			112 มีธนาคารเลือดหรืองานบริการโลหิตตามความจำเป็นและเหมาะสม
			113 มีคณะกรรมการการใช้โลหิตของโรงพยาบาล (Hospital Transfusion Committee) หรือมีระบบตรวจสอบและทบทวนการใช้โลหิต เพื่อทำหน้าที่ประเมินความต้องการการใช้โลหิต ควบคุมกำกับการใช้โลหิตอย่างถูกต้องและเหมาะสม

(2) มีโลหิตในปริมาณเพียงพอต่อความต้องการ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.2(21) การรณรงค์รับบริจาคโลหิต
			211 มีการรณรงค์ให้ความรู้เพื่อให้มีการบริจาคโลหิตโดยสมัครใจ ไม่หวังสิ่งตอบแทน
			212 มีการจัดกิจกรรมเชิงรุกเพื่อให้มีผู้บริจาคโลหิตที่มีคุณภาพ
			7.2(22) แผนการจัดหาโลหิต
			221 องค์กรแจ้งปริมาณการใช้โลหิตตลอดทั้งปีแก่เหล่ากาชาดจังหวัด เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการจัดหาโลหิต
			222 องค์กรกำหนดจำนวนโลหิตและส่วนประกอบของโลหิตสำรองขั้นต่ำของโรงพยาบาล และดำเนินการหรือประสานงานให้มีจำนวนเกินกว่าสำรองอยู่เสมอ
			7.2(23) การรับบริจาคโลหิต
			231 มีระบบการคัดเลือกเพื่อรับบริจาคโลหิตจากกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่ำ
			232 มีระบบการจัดทำทะเบียนผู้บริจาคโลหิตอย่างถูกต้องและรัดกุม ครอบคลุมข้อมูลที่จำเป็น และนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการรับบริจาคโลหิตครั้งต่อไป
			233 มีกระบวนการเจาะเก็บโลหิตที่ถูกต้อง ปลอดภัย ต่อผู้บริจาคโลหิตและผู้ปฏิบัติงาน โดยวิธีปราศจากเชื้อและปฏิบัติโดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมและมีความชำนาญ
			234 ในการรับบริจาคโลหิตนอกสถานที่ มีหัวหน้าหน่วยที่ผ่านการอบรมรับผิดชอบในการตรวจกรองผู้บริจาคด้วยการตรวจร่างกายเพื่อไม่รับบริจาคผู้ที่มีสุขภาพไม่เหมาะสม

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			235 มีระบบบริการทางการแพทย์เพื่อให้มั่นใจได้ว่าสามารถช่วยเหลือผู้บริจาคโลหิตได้หากมีภาวะผิดปกติและฉุกเฉิน
			236 จัดให้มีการให้คำปรึกษาอย่างมีประสิทธิผลแก่ผู้บริจาคโลหิตทั้งก่อนและหลังการบริจาคโลหิต
			237 มีระบบรักษาความลับของข้อมูลผู้บริจาคโลหิต
			238 มีระบบการดูแลผู้บริจาคโลหิต เพื่อให้ผู้บริจาคโลหิตปลอดภัย และสามารถบริจาคโลหิตได้สม่ำเสมอ
			239 มีระบบการแจ้งผลการติดเชื้อแก่ผู้บริจาคโลหิต และให้คำแนะนำปรึกษากรณีผู้บริจาคติดเชื้อ โดยเก็บเป็นความลับและจังเป็นการเฉพาะตัว พร้อมทั้งแนะนำให้มารับการตรวจโลหิตพื่อยืนยันความถูกต้อง
			7.2(24) การสำรองส่วนประกอบของโลหิต
			241 มีการสำรองส่วนประกอบโลหิตที่จำเป็น ได้แก่ เม็ดโลหิตแดง (packed red cell), พลาสมา (plasma), พลาสมาสดแช่เข็ง (fresh frozen plasma), Cryo–removed plasma (CRP), ไครโอปรีซิปิเตท (cryoprecipitate), เกล็ดโลหิตเข้มข้น (platelet concentrate)

(3) ผู้ป่วยได้รับโลหิตที่ปลอดภัยตามหลักการขององค์การอนามัยโลก.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.2(31) การตรวจโลหิต
			311 โลหิตทุกหน่วยได้รับการตรวจหมู่โลหิต และตรวจกรองแอนติบอดีต่อแอนติเจนบนเม็ดเลือดแดง
			312 โลหิตทุกหน่วยได้รับการตรวจคัดกรองร่องรอยการติดเชื้อโรคซิฟิลิส ตามมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต และแนวทางการปฏิบัติของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ
			313 โลหิตทุกหน่วยได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี และเชื้อเอชไอวี ด้วยเทคนิคทางน้ำเหลืองวิทยา (serology) ที่มีความไวสูง อย่างน้อย Enzyme Immunological Assay (EIA) และโรคอื่นๆ ตามที่ได้ประกาศเพิ่มเติม
			314 โลหิตทุกหน่วยได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อที่ถ่ายทอดทางโลหิต ด้วยวิธีชีววิทยาระดับโมเลกุล เช่น Nucleic acid amplification technology (NAT) สำหรับเชื้อไวรัสตับอักเอสบบี ไวรัสตับอักเสบซี และเชื้อเอชไอวี และโรคอื่นๆ ตามที่ได้ประกาศเพิ่มเติม
			7.2(32) การจัดระบบบ่งชี้ ทวนสอบ คัดแยก
			321 โลหิตบริจาคทุกหน่วยมีฉลากบ่งชี้ และมีข้อมูลบนฉลากที่ระบุไว้ในมาตรฐาน
			322 มีระบบการบ่งชี้และทวนสอบโลหิตตัวอย่างโลหิตผู้ป่วย ที่จะนำมาทดสอบความเข้ากันได้กับโลหิตบริจาคที่จะให้ผู้ป่วย (compatibility test)

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			323 มีระบบการคัดแยก กักกัน ชี้บ่ง โลหิตที่ยังไม่ผ่านการตรวจ โลหิตที่ตรวจแล้ว โลหิตที่ติดเชื้อ และมีการทำลายโลหิตที่ติดเชื้ออย่างมีประสิทธิผล
			7.2(33) การตรวจตัวอย่างโลหิตและทดสอบความเข้ากันได้
			331 มีระบบการตรวจตัวอย่างโลหิตก่อนให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง แม่นยำ และทดสอบความเข้ากันได้กับโลหิตบริจาคที่จะให้ผู้ป่วย (compatibility test) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับโลหิตที่ถูกต้อง ปลอดภัย และลดความเสี่ยงจากการรับโลหิต
			7.2(34) การติดตาม รายงาน ให้ข้อมูล
			341 มีระบบติดตามและประเมินความเสี่ยงของโรคติดต่อทางการให้โลหิต และกำหนดแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับโรคระบาด และโรคอุบัติใหม่
			342 มีระบบรายงานผลแทรกซ้อนจากการบริจาคโลหิตต่อศูนย์บริการโลหิตฯ
			343 มีระบบรายงานผลแทรกซ้อนจากการรับโลหิตต่อศูนย์บริการโลหิตฯ และนำมาพัฒนาระบบงานขององค์กร ได้แก่ (1) อัตราผู้ป่วยติดเชื้อจากการรับโลหิต (2) อัตราผู้ป่วยได้รับโลหิตผิดหมู่ (3) อัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการถ่ายโลหิต (blood transfusion reaction)
			344 มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและหรือญาติ ให้ทราบกระบวนการให้โลหิตเพื่อการดูแลรักษา ทั้งผลดีและผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรับโลหิต และได้รับความยินยอมการรับโลหิตเป็นลายลักษณ์อักษร

(4) งานบริการโลหิตมีคุณภาพในทุกกระบวนการและทุกระดับ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.2(41) ทรัพยากร
			411 ห้องปฏิบัติการมีภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม ถูกสุขลักษณะ และเป็นไปตามข้อกำหนดของระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการ มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่พอเพียงและมีประสิทธิภาพ
			412 มีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ เหมาะสมในกระบวนการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพ
			413 มีวัสดุและครุภัณฑ์ตามความจำเป็นในการเตรียมส่วนประกอบโลหิต การเก็บรักษาส่วนประกอบโลหิต และการขนส่งโลหิต
			7.2(42) กระบวนการและการประกันคุณภาพ
			421 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกอย่าง ต้องดำเนินการตามระบบคุณภาพ
			422 มีการประกันคุณภาพในทุกขั้นตอน ได้แก่ การจัดหาและเจาะเก็บโลหิต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเตรียมส่วนประกอบโลหิต การเก็บรักษา การจ่ายโลหิตและการขนส่ง
			423 มีตรวจสอบคุณภาพส่วนประกอบโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และมีกระบวนการปรับปรุงให้ส่วนประกอบได้คุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
			424 มีการประเมินติดตามและพัฒนาระบบห่วงโซ่ความเย็น (Blood Cold Chains) ของ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			การเก็บรักษาและขนส่ง
			425 มีระบบการบริหารความเสี่ยงที่เกี่ยวกับงานบริการโลหิต
			426 เข้าร่วมในการควบคุมคุณภาพภายนอกของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (External Quality Assurance Scheme-EQAS) หรือเข้าร่วมในการเปรียบเทียบผลกับองค์กรอื่นๆ (Inter-laboratory comparison)

(5) มีการใช้โลหิตอย่างเหมาะสม มีเกณฑ์และแนวปฏิบัติไปในทางเดียวกัน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.2(51) การใช้โลหิต
			511 มีนโยบายการใช้โลหิตอย่างถูกต้องเหมาะสมตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
			512 มีการอบรมแนวทางการใช้โลหิตอย่างเหมาะสมแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ
			513 องค์กรสนับสนุนให้มีการใช้เทคนิคอื่นหรือยาแทนการผ่าตัด หรือวิธีผ่าตัดที่ไม่ใช้หรือใช้โลหิตจำนวนน้อย เพื่อลดการใช้โลหิตที่ไม่จำเป็น
			514 มีระบบสารสนเทศเพื่อรองรับการติดตามตัวชี้วัดของการใช้โลหิตอย่างเหมาะสมในองค์กร ได้แก่ (1) อัตราการตรวจความเข้ากันได้ของโลหิตที่ให้ผู้ป่วยกับการใช้โลหิตจริง (2) ร้อยละของการใช้ส่วนประกอบโลหิต

II-7.3 บริการรังสีวิทยาและ Medical Imaging

บริการรังสีวิทยาและ medical imaging ให้ข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ ปลอดภัย.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

(1) มีการวางแผนจัดบริการตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้และความคาดหวังของผู้ใช้. แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.3ก(11) การวางแผนจัดบริการ
			111 มีการวางแผนจัดบริการรังสีวิทยาและ medical imaging ตามเป้าประสงค์ขององค์กร ลักษณะผู้ป่วยที่ให้บริการ ความต้องการของผู้ป่วย และความคาดหวังของผู้ให้การดูแลรักษา
			112 แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตบริการ ระบุบริการที่จัดให้มีในช่วงเวลาทำการปกติ การตรวจนอกเวลาทำการปกติ บริการที่ต้องส่งตรวจภายนอก
			113 แผนจัดบริการครอบคลุมทรัพยากรที่ต้องการในปัจจุบันและในอนาคต
			114 แผนจัดบริการครอบคลุมระดับผลงานที่คาดหวัง
			115 บริการรังสีวิทยาและ imaging เป็นไปตามมาตรฐาน กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
			116 มีบริการรังสีวิทยาและ imaging ที่เพียงพอ สม่ำเสมอ และสะดวก พร้อมตอบสนองภาวะความต้องการของผู้ป่วย
			117 มีบริการรังสีวิทยาและ imaging สำหรับกรณีฉุกเฉิน รวมถึงหลังจากเวลาทำการปกติด้วย

(2) มีทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถในการทำงานที่ต้องการ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.3ก(21) ทรัพยากรบุคคล
			211 มีทรัพยากรบุคคลที่มีคุณวุฒิ ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์เหมาะสม และเพียงพอในการปฏิบัติหน้าที่ถ่ายภาพและแปลผล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
			7.3ก(22) การกำกับดูแลและพัฒนาทรัพยากรบุคคล
			221 ผู้ทำหน้าที่กำกับดูแลการตรวจทางรังสีมีคุณวุฒิและประสบการณ์เหมาะสม
			222 มีการกำหนด technical competency และส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมทบทวน การประชุมวิชาการ การฝึกอบรม เป็นต้น
			7.3ก(23) หัวหน้าหน่วย

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			231 มีผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมรับผิดชอบบริหารจัดการบริการรังสีวิทยาและ imaging ดูแลให้มีการปฏิบัติตามระบบบริหารคุณภาพที่กำหนดขึ้น รวมทั้งการให้ข้อเสนอแนะและทบทวนคุณภาพของการส่งตรวจภายนอก

(3) บริการทางรังสีวิทยาและ imaging มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ ได้รับการออกแบบเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสีแก่ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่, เป็นไปตามมาตรฐาน กฎระเบียบ ข้อบังคับ, ได้รับการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.3ก(31) พื้นที่ใช้สอยและสิ่งแวดล้อม
			311 บริการรังสีวิทยาและ imaging พื้นที่ใช้สอยเพียงพอ
			312 บริการรังสีวิทยาและ imaging ได้รับการออกแบบพื้นที่ใช้สอยเพื่อเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสีแก่ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ มีการจัดบริเวณพื้นที่ให้บริการปลอดภัยจากรังสี มีการแยกเขตบริเวณรังสีชัดเจน
			313 โครงสร้างอาคารสถานที่ของบริการรังสีและ imaging เป็นไปตามมาตรฐาน กฎระเบียบ ข้อบังคับ
			314 โครงสร้างอาคารสถานที่ของบริการรังสีและ imaging ได้รับการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด
			315 มีการดูแลสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการตรวจภาพรังสี
			316 มีระบบระบายอากาศที่มีประสิทธิภาพ

(4) บริการรังสีวิทยาและ imaging มีเครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมสำหรับทำการตรวจที่ต้องการ ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย, มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน, มีการสอบเทียบและการใช้ผลการสอบเทียบอย่างเหมาะสม. เครื่องมือผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด (ถ้ามี).

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.3ก(41) เครื่องมือและอุปกรณ์
			411 มีระบบบริหารจัดการเครื่องมือของบริหารรังสีวิทยาและ imaging และได้รับการนำไปปฏิบัติ เพื่อให้มีเครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมสำหรับการตรวจทางรังสีที่ต้องการ ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย
			412 มีวิธีการที่เป็นระบบในการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ
			413 มีการจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือ
			414 มีการตรวจสอบและทดสอบเครื่องมือเมื่อแรกใช้และเป็นระยะตามกำหนดเวลา
			415 เครื่องมือผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด
			416 มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน และการบันทึกที่ครบถ้วน
			417 มีการสอบเทียบและใช้ผลการสอบเทียบอย่างเหมาะสม และการบันทึกที่ครบถ้วน

(5) มีการประเมิน คัดเลือก และติดตามความสามารถของบริการรังสีวิทยาและ imaging ที่รับตรวจต่อ, รวมทั้งมีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือข้อคิดเห็นสำหรับการตรวจพิเศษ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.3ก(51) บริการรังสีวิทยาและ imaging ที่รับตรวจต่อ
			511 มีการคัดเลือกบริการรังสีวิทยาและ imaging ภายนอกที่จะส่งตรวจ โดยพิจารณาจากผลงานซึ่งเป็นที่ยอมรับ การปฏิบัติตามกฎหมาย และระเบียบข้อบังคับ
			512 มีการติดตามความสามารถของของห้องปฏิบัติการ/หน่วยตรวจทดสอบที่รับตรวจต่อตามความถี่และข้อมูลคุณภาพที่กำหนดไว้ โดยผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
			513 มีการนำข้อมูลการควบคุมคุณภาพไปดำเนินการตามความเหมาะสม
			514 มีการรายงานข้อมูลการควบคุมคุณภาพจากบริการรังสีวิทยาและ imaging ภายนอกให้แก่ผู้นำเป็นประจำทุกปี เพื่อใช้ในการทำสัญญาและการต่อสัญญา
			7.1ก(52) ผู้ให้คำปรึกษา
			521 องค์กรสามารถเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญใน specialized diagnostic area เมื่อจำเป็น
			522 มีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือข้อคิดเห็นสำหรับการตรวจพิเศษ

(6) มีการคัดเลือกและตรวจสอบการจัดซื้อจัดหา บริการจากภายนอก เครื่องมือวิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของบริการห้องปฏิบัติการ / หน่วยทดสอบ อย่างระมัดระวัง. มีการประเมินผู้ผลิตหรือผู้ขายน้ำยา วัสดุ และบริการที่มีความสำคัญสูง. มีระบบควบคุมคลังพร้อมด้วยบันทึกที่เหมาะสม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.3ก(61) การจัดซื้อจัดหา
			611 มีการระบุฟิล์มเอกซเรย์ น้ำยา วัสดุอุปกรณ์วิทยาศาสตร์ ที่จำเป็นสำหรับการให้บริการทางรังสีวิทยาและ imaging
			612 มีแนวทางการคัดเลือกและตรวจสอบฟิล์มเอกซเรย์ น้ำยา วัสดุอุปกรณ์วิทยาศาสตร์เพื่อให้มั่นใจว่าจะได้ภาพวินิจฉัยที่มีคุณภาพ และนำไปปฏิบัติ
			613 มีการประเมินผู้ผลิตหรือผู้ขายฟิล์มเอกซเรย์ น้ำยา วัสดุอุปกรณ์วิทยาศาสตร์ ที่มีความสำคัญสูง
			614 สร้างความมั่นใจว่ามีฟิล์มเอกซเรย์ น้ำยา วัสดุอุปกรณ์วิทยาศาสตร์ที่จำเป็นพร้อมใช้
			615 จัดเก็บฟิล์มเอกซเรย์ น้ำยา วัสดุอุปกรณ์วิทยาศาสตร์ทั้งหมดตามคำแนะนำของผู้ผลิตหรือข้อแนะนำการบรรจุ (packaging instruction)
			616 วัสดุอุปกรณ์วิทยาศาสตร์ทั้งหมดได้รับการเขียนฉลากอย่างครบถ้วนและถูกต้อง
			617 มีระบบในการควบคุมคลังที่มีประสิทธิภาพและมีการบันทึก

(7) มีการสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้บริการรังสีวิทยาและ imaging ด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ

N	P	M	Extended Evaluation Guide

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.3ก(71) การสื่อสาร
			711 มีช่องทางในการสื่อสารกับผู้ใช้บริการรังสีวิทยาและ imaging หลายหลายช่องทาง ทั้งการใช้สื่อทางเดียว การสื่อสารสองทาง และการประชุมร่วมกันเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ
			712 มีการจัดทำคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งตรวจ เช่น ทางเลือกในการตรวจทางรังสี คู่มือการเตรียมผู้ป่วย
			713 จัดให้มีการประชุมร่วมกันเป็นระยะเพื่อเรียนรู้การแปลผลการตรวจและการปรึกษาทางวิชาการ
			714 จัดให้มีการตรวจเยี่ยมทางคลินิกร่วมกันเพื่อเรียนรู้จากผู้ป่วยและจากเพื่อนร่วมวิชาชีพ

ข. การจัดบริการ

(1) ในการตรวจทดสอบที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง มีการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจและก่อนเข้ารับการตรวจ มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ ลดอันตรายต่อผู้ป่วย และมั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.3ข(11) การเตรียมผู้ป่วยที่ส่งตรวจทางรังสีวิทยาและ imaging
			111 มีการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจ
			112 มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ ลดอันตรายต่อผู้ป่วย และมั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ
			113 มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอและให้ผู้ป่วยลงนามยินยอม ในกรณีเป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง

(2) มีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันอันตรายจากรังสีอย่างเคร่งครัด. มีการตรวจวัดรังสีและการรายงานผล. การจัดพื้นที่ห้องตรวจและป้ายแสดงบริเวณรังสีที่ชัดเจน. มีการกำจัดสารกัมมันตรังสี กากรังสี และขยะทางรังสีอย่างเหมาะสมและปลอดภัย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.3ข(21) การป้องกันอันตรายจากรังสี
			211 มีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันอันตรายทางรังสีอย่างเคร่งครัด
			212 มีการจัดพื้นที่รอตรวจที่ปลอดภัย และเครื่องหมายแสดงบริเวณรังสี
			213 มีการกำจัดสารกัมมันตรังสี กากรังสี และขยะทางรังสีอย่างเหมาะสมและปลอดภัย

(3) มีข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่เพียงพอ ในการส่งตรวจทางรังสีวิทยาหรือ medical imaging อื่นๆ. มีการสื่อสารข้อบ่งชี้ดังกล่าวให้หน่วยบริการและแพทย์ที่จะทำการตรวจและอ่านผล. ข้อบ่งชี้และการสื่อสารดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานแนวทางขององค์กรวิชาชีพและหลักฐานทางวิชาการ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.3ข(31) ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจ
			311 ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำข้อบ่งชี้ทางคลินิกในการส่งตรวจทางรังสีวิทยาหรือ medical imaging อื่นๆ โดยใช้แนวทางขององค์กรวิชาชีพและหลักฐานทางวิชาการ
			312 มีการสื่อสารข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจให้หน่วยบริการทางรังสีวิทยาและแพทย์ที่จะทำการตรวจ/อ่านผล
			313 มีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามข้อบ่งชี้และสื่อสารให้ผู้ส่งตรวจทราบ

(4) การตรวจทางรังสีวิทยาเป็นไปอย่างถูกต้อง, มีการเขียน label ที่ถูกต้องและเหมาะสม. มีการจัดทำมาตรฐานเกี่ยวกับการจัดตำแหน่งและการตั้งค่าในการถ่ายภาพรังสี เพื่อให้ได้ภาพถ่ายที่มีคุณภาพ และผู้ป่วยได้รับรังสีน้อยที่สุด.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.3ข(41) การตรวจทางรังสีวิทยา
			411 มีการจัดทำมาตรฐานเกี่ยวกับการจัดตำแหน่งและการตั้งค่าในการถ่ายภาพรังสี เพื่อให้ได้ภาพถ่ายที่มีคุณภาพ และผู้ป่วยได้รับรังสีน้อยที่สุด
			412 สร้างความมั่นใจว่าทุกภาพถ่ายรังสีต้องระบุชื่อผู้ป่วย และมีการ label ข้อมูลสำคัญอย่างถูกต้องและเหมาะสม

(5) การตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยาหรือ medical imaging อื่นๆ ทำโดยผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์. มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม. มีการสื่อสารผลการตรวจให้แก่แพทย์เจ้าของไข้ในเวลาที่เหมาะสม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.3ข(51) การตรวจและแปลผล
			511 มีการกำหนดผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์ที่สามารถทำการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยาหรือ medical imaging ชนิดต่างๆ
			512 มีระบบการอ่านและแปลผลภาพรังสีเพื่อให้มั่นใจว่าผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์เป็นผู้อ่านและแปลผล หรือในกรณีที่ไม่มีผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์ หรือผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์ไม่สามารถอ่านและแปลผลภาพรังสีได้ทั้งหมด มีการกำหนดภาพรังสีที่จำเป็นต้องได้รับการทบทวนโดยผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์
			514 มีการสรุปสิ่งที่พบจากภาพรังสี ซึ่งควรครอบคลุม คำอธิบายต่อประเด็นทางคลินิกที่ระบุไว้โดยผู้ส่งตรวจ การเปรียบเทียบกับผลการตรวจที่ผ่านมา รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคหรือข้อเสนอแนะสำหรับการตรวจเพิ่มเติมเมื่อจำเป็น หรือการวินิจฉัยที่ชัดเจน
			7.3ข(52) การรายงานผล
			521 มีการกำหนดระยะเวลารายงานผลที่คาดหวัง
			522 มีการวัดระยะเวลารายงานผลการตรวจเร่งด่วน/ฉุกเฉิน
			523 มีการรายงานผลการตรวจทางรังสีและ imaging ในระยะเวลาที่กำหนด

ค. ระบบบริหารคุณภาพ

(1) บริการรังสีวิทยามีแผนงาน / ระบบบริหารคุณภาพที่จะสร้างความมั่นใจในคุณภาพของภาพรังสีที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			7.3ค(11) โปรแกรมความปลอดภัยทางรังสี (radiation safety program)
			111 มีโปรแกรมความปลอดภัยทางรังสีซึ่งเหมาะสมกับความเสี่ยงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งภายในและนอกแผนก
			112 โปรแกรมความปลอดภัยทางรังสีเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการจัดการความปลอดภัยขององค์กร มีการรายงานให้ผู้รับผิดชอบด้านความปลอดภัยขององค์กรอย่างน้อยปีละครั้ง และเมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น
			113 มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรฐาน กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
			114 มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการหยิบจับและกำจัดสารติดเชื้อและวัตถุอันตราย
			115 มีการใช้กระบวนการหรืออุปกรณ์ที่จะลดความเสี่ยงจากรังสี เช่น เสื้อตะกั่ว อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสี รวมถึงการตรวจวัดทางรังสีและการรายงานผล
			116 เจ้าหน้าที่ของบริการรังสีวิทยาและ imaging ได้รับความรู้เกี่ยวกับระเบียบและแนวทางปฏิบติด้านความปลอดภัย
			117 เจ้าหน้าที่ของบริการรังสีวิทยาและ imaging ได้รับการศึกษาสำหรับวิธีการตรวจใหม่และวัตถุอันตรายที่นำเข้ามาใหม่
			7.3ค(12) การควบคุมคุณภาพ
			121 มีการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจทางรังสี/ภาพวินิจฉัย และแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน
			122 มีการควบคุมคุณภาพของกระบวนการถ่ายภาพและล้างฟิล์ม[80] (กรณีที่ใช้ฟิล์ม)
			123 มีการ validate วิธีการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา/ภาพวินิจฉัย
			124 มีการเฝ้าติดตามคุณภาพของภาพรังสีประจำวัน
			125 มีการจัดการแก้ไขโดยทันทีเมื่อพบข้อบกพร่อง
			126 มีการควบคุมคุณภาพของน้ำยาและสารเคมีที่ใช้ในการตรวจ

[80] เช่น การตรวจสอบคุณภาพของ processor ประจำวัน, การตรวจสอบความสะอาดของห้องมืดประจำสัปดาห์, การตรวจสอบ visual checklist ประจำเดือน, การตรวจสอบ phantom images ทุกสามเดือน, การตรวจสอบ viewboxes ทุกสามเดือน, การทำ repeat analysis ทุกสามเดือน, การวิเคราะห์การตกค้างของ fixer บนแผ่นฟิล์มทุกหกเดือน, การตรวจสอบ fog ในห้องมืดทุกหกเดือน, การตรวจสอบ screen-film contact ประจำปี, การตรวจสอบ screen cleanliness ประจำปีหรือเมื่อจำเป็น

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			127 มีระบบบันทึกผลการควบคุมคุณภาพและการแก้ไข
			7.3ค(13) กระบวนการอื่น ๆ
			131 มีการรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้
			132 มีการป้องกันและติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยง เช่น ความเสี่ยงจากการได้รับรังสี ความเสี่ยงจากการใช้ยา
			133 มีการทบทวนอุบัติการณ์และหาโอกาสพัฒนา
			134 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
			135 มีการทบทวนแผนงานบริหารคุณภาพประจำปี

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

II – 8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการติดตามเฝ้าระวังเพื่อค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.

ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร

(1) มีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน.
(2) มีแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่.
(3) มีระบบในการกำกับดูแล กำหนดนโยบายและมาตรการ วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวัง.
(4) มีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะ ทำหน้าที่เฝ้าระวังและสอบสวนโรค ในจำนวนที่เหมาะสม.
(5) มีงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ ที่เพียงพอ มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สำหรับการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ.
(6) มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ในด้านแนวคิด นโยบาย แผน และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			8ก(11) นโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
			111 มีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ มุ่งค้นหาโรคและภัยสุขภาพในชุมชนที่มากผิดปกติ เพื่อสอบสวนและควบคุมโรคมิให้เกิดการแพร่ระบาด
			112 มีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน
			113 นโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมโรคติดต่อที่ต้องรายงานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
			114 นโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมโรคและภัยสุขภาพที่มีลักษณะเฉียบพลันอื่นๆ
			115 นโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมโรคและภัยสุขภาพที่มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป เช่น โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
			8ก(21) แผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
			211 มีการวิเคราะห์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่มีโอกาสเกิดในพื้นที่ และจัดลำดับความสำคัญ
			212 มีการจัดทำแผนการเฝ้าระวังที่สอดคล้องกับโรคและภัยสุขภาพที่จัดลำดับความสำคัญไว้
			213 มีการเตรียมความพร้อมในการตรวจพบโรคและภัยสุขภาพที่มิได้คาดการณ์ไว้ก่อน

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			8ก(31) ระบบการกำกับดูแล ประสานงาน ติดตามประเมินผล
			311 ให้ความสำคัญกับความเป็นปัจจุบันของสถานการณ์โรคสำคัญที่เฝ้าระวัง
			312 ให้ความสำคัญกับความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลที่เฝ้าระวัง
			313 ให้ความสำคัญกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลเฝ้าระวังเพื่อเร่งรัดหรือปรับเปลี่ยนมาตรการควบคุมป้องกันโรค
			314 ให้ความสำคัญกับความทันต่อสถานการณ์ในการสอบสวนโรคสำคัญ
			315 ให้ความสำคัญกับความสามารถในการหยุดยั้งการเกิดผู้ป่วยรายใหม่
			8ก(41) บุคลากร
			411 ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีบุคลากรทำหน้าที่เฝ้าระวังและสอบสวนโรค
			412 ผู้ทำหน้าที่เฝ้าระวังและสอบสวนโรคมีจำนวนเหมาะสมกับจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ หรือจำนวนเตียงของโรงพยาบาล
			413 ผู้ทำหน้าที่เฝ้าระวังและสอบสวนโรคได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติหน้าที่
			8ก(51) งบประมาณและทรัพยากร
			511 มีงบประมาณที่เพียงพอสำหรับการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ
			512 มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อการการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ
			513 มีทรัพยากรอื่นๆ ที่เพียงพอสำหรับการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ
			8ก(61) การสร้างความรู้ความเข้าใจ
			611 มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ
			612 การสร้างความรู้ ความเข้าใจ ครอบคลุมนโยบาย แผน และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง

(1) มีการเฝ้าระวังโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและปัญหาสุขภาพอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ องค์กร และตามที่กฎหมายหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด.

(2) ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ.

(3) มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง. ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และเปรียบเทียบกับข้อมูลที่มีอยู่เดิมได้.

(4) มีการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมายข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยใช้วิธีการทางระบาดวิทยา.

(5) มีการค้นหาการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรค ทั้งจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง รับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางคลินิก และทบทวนรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ.

(6) มีการติดตามเฝ้าดูสถานการณ์และแนวโน้มของโรคที่เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน.

(7) มีการคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันควบคุมโรค.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			8ข(11) การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
			111 มีการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
			112 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพเหมาะสมกับปัญหาของพื้นที่และองค์กร
			113 มีการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพตามที่กฎหมายหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด
			8ข(21) ผู้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง
			211 แพทย์ พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
			212 มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมบทบาทของผู้ให้บริการในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การใช้กรณีศึกษา การมีระบบให้คำปรึกษา
			213 จัดให้มีผู้รับผิดชอบในการรับรายงานและตัดสินใจ take action ที่ชัดเจน
			8ข(31) การบันทึกและจัดเก็บข้อมูล
			311 มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างชัดเจน เป็นระบบและต่อเนื่อง
			312 ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา
			313 สามารถเปรียบเทียบข้อมูลปัจจุบันกับข้อมูลที่มีอยู่เดิมได้
			8ข(41) การวิเคราะห์ข้อมูล
			411 มีการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมายข้อมูลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
			412 มีการใช้วิธีการทางระบาดวิทยาในการวิเคราะห์ข้อมูล
			8ข(51) การค้นหาการเพิ่มที่ผิดปกติ
			511 มีการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังโรคมาระบุการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาด

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			ของโรค
			512 มีช่องทางการรับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางคลินิกเพื่อระบุการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรค
			513 มีการทบทวนรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอเพื่อระบุการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรค
			8ข(61) การเฝ้าติดตามสถานการณ์
			611 มีการเฝ้าติดตามสถานการณ์และแนวโน้มของโรคและภัยสุขภาพที่เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน
			8ข(71) การคาดการณ์แนวโน้ม
			711 มีการคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ
			712 มีการนำผลการคาดการณ์ไปใช้วางแผนป้องกันและควบคุมโรค

ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ

(1) มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) จากสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ.

(2) มีแผนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และมีการเตรียมพร้อมในการรองรับตลอดเวลา.

(3) มีการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็น เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค.

(4) มีช่องทางและบุคลากรที่สามารถรับรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากบุคลากรทางคลินิกตลอด 24 ชั่วโมง.

(5) มีการดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างทันท่วงที.

(6) เมื่อมีการระบาดเกิดขึ้น ทีมผู้รับผิดชอบในการสอบสวนควบคุมโรคมีทรัพยากรและอำนาจในการสืบค้นและใช้มาตรการควบคุมที่เหมาะสมอย่างรอบด้านและทันกาล.

(7) มีการสอบสวนการระบาด เหตุการณ์ผิดปกติ การป่วยเป็นกลุ่มก้อน หรือพบแนวโน้มที่บ่งบอกว่าอาจมีการระบาด เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้างอย่างทันท่วงที.

(8) มีการแจ้งเตือนการเกิดโรคและภัยสุขภาพไปยังชุมชน ส่วนราชการ และองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างทันเวลา.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			8ค(11) ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว
			111 มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ
			112 ทีม SRRT มาจากสหสาขาวิชาชีพ
			113 มีระบบประสานงานที่ดีระหว่าง SRRT กับโรงพยาบาล
			8ค(21) แผนและการเตรียมพร้อมรับเหตุฉุกเฉิน
			211 ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์เหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ
			212 มีการวางแผนตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข
			213 มีการเตรียมพร้อมในการรองรับเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข
			8ค(31) มาตรการป้องกันการแพร่ระบาด
			311 มีการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็น เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค
			8ค(41) การรับรายงาน
			411 มีช่องทางสำหรับการรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากบุคลากรทางคลินิก
			412 มีบุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้รับรายงานตลอด 24 ชั่วโมง
			413 มีการกำหนดผู้รับรายงานเบื้องต้นและผู้มีอำนาจตัดสินใจสั่งให้มีการปฏิบัติที่จำเป็น
			8ค(51) การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			511 มีการกำหนดข้อบ่งชี้และแนวทางในการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล เมื่อสงสัยว่าอาจจะมีการแพร่ระบาดของโรค
			8ค(61) การควบคุมเมื่อมีการระบาด
			611 มีการกำหนดแนวทางการสอบสวนและควบคุมโรคเมื่อมีการระบาด
			612 มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการสอบสวนและควบคุมโรคเมื่อมีการระบาด
			613 มีการมอบอำนาจในการสืบค้นและใช้มาตรการควบคุมให้ผู้รับผิดชอบพร้อมทั้งทรัพยากรที่เหมาะสม
			614 มีการสืบค้นและใช้มาตรการควบคุมที่เหมาะสมและทันกาล
			8ค(71) การสอบสวนการระบาด
			711 มีการสอบสวนการระบาดเมื่อพบเหตุการณ์ผิดปกติ การป่วยเป็นกลุ่มก้อน หรือพบแนวโน้มที่บ่งบอกว่าอาจมีการระบาด
			712 มีการนำผลการสอบสวนมาใช้เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้างอย่างทันท่วงที
			8ค(81) การแจ้งเตือน
			811 มีการแจ้งเตือนการเกิดโรคและภัยสุขภาพไปยังชุมชน ส่วนราชการ และองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างทันเวลา

ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย

(1) มีการจัดทำรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่เฝ้าระวัง การระบาด และการดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค.
(2) มีการรายงานโรคไปยังสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ กฎอนามัยระหว่างประเทศ และกฎข้อบังคับอื่นๆ.
(3) มีการเผยแพร่สารสนเทศการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัจจุบันไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสาธารณะ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อการวางแผนป้องกันและควบคุมโรค.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			8ง(11) การจัดทำรายงาน
			111 มีการจัดทำรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่เฝ้าระวังที่เป็นปัจจุบัน
			112 รายงานครอบคลุมการเฝ้าระวัง การระบาด และการสอบสวนควบคุมโรค
			8ง(21) การรายงานโรค
			211 มีการรายงานโรคไปยังสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่
			212 มีการรายงานโรคไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามกฎหมาย
			8ง(31) การเผยแพร่ข้อมูลการเกิดโรคและภัยสุขภาพ
			311 มีการเผยแพร่ข้อมูลการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัจจุบันไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
			312 มีการเผยแพร่ข้อมูลการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัจจุบันไปยังสื่อสารธารณะ

II-9 การทำงานกับชุมชน

II - 9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (COM.1)

ทีมผู้ให้บริการร่วมมือกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองตอบต่อความต้องการของชุมชนที่รับผิดชอบ.

(1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดชุมชนที่รับผิดชอบ, ประเมินความต้องการ และศักยภาพของชุมชน, และกำหนดกลุ่มเป้าหมายสำคัญในชุมชน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			9.1(11) การกำหนดชุมชน
			111 ผู้บริหารร่วมกับทีมที่รับผิดชอบ กำหนดชุมชนที่รับผิดชอบที่จะจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ
			112 มีการประเมินความต้องการของชุมชน ครอบคลุมการรวบรวมข้อมูลสุขภาพของชุมชน เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพของชุมชน
			113 มีการประเมินศักยภาพของชุมชน เพื่อรับรู้ถึงความสามารถสูงสุดที่เป็นไปได้ของชุมชนนั้นๆ ถ้าหากชุมชนนั้นได้รับการสนับสนุน ด้านการบริการ ประสานความร่วมมือ ส่งเสริม เพิ่มพลังอำนาจอย่างเต็มที่
			114 มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายสำคัญในชุมชน (กลุ่มที่มีสุขภาพดี กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง หรือด้อยโอกาส กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ)

(2) ทีมผู้ให้บริการวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการและปัญหาของชุมชน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			9.1(21) การวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ
			211 มีการวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ข้อมูลความต้องการและปัญหาของชุมชน
			212 บริการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ
			213 แผนระบุเป้าหมายและตัวชี้วัดที่เหมาะสม

(3) ทีมผู้ให้บริการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน โดยร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			9.1(31) การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ
			311 มีการสร้างความร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ ในการจัดบริการสร้างเสริม

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			สุขภาพสำหรับชุมชน
			312 มีการจัดบริการด้านการดูแลสุขภาพและการช่วยเหลือสนับสนุน
			313 มีการจัดบริการด้านการส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะสุขภาพ

(4) ทีมผู้ให้บริการติดตามประเมินผลและปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			9.1(41) การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ
			411 มีการติดตามประเมินผลการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เปรียบเทียบกับแผนงานและความต้องการสุขภาพของชุมชน
			412 มีการนำสิ่งที่ได้จากการทบทวนประเมินผลมาจัดลำดับความสำคัญ สื่อสารแก่ชุมชนที่มีส่วนร่วม เพื่อร่วมกันพัฒนาการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

II - 9.2 การเสริมพลังชุมชน (COM.2)

ทีมผู้ให้บริการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

(1) องค์กรส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายของชุมชน รวมทั้งการเป็นคู่พันธมิตร ที่เข้มแข็งกับชุมชน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			9.2(11) การสร้างความร่วมมือ
			111 องค์กรกำหนดหรือทบทวนทิศทางนโยบายในเรื่องการทำงานร่วมกับชุมชน ซึ่งควรเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล
			112 องค์กรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน
			113 องค์กรส่งเสริมการสร้างเครือข่ายของชุมชน
			114 องค์กรเป็นคู่พันธมิตรที่เข้มแข็งของชุมชนด้วยการแลกเปลี่ยนสารสนเทศ ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร ที่จำเป็นเพื่อเสริมความเข้มแข็งของชุมชน

(2) องค์กรมีส่วนร่วมในการชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยการสร้างความสัมพันธ์ร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้อง และแลกเปลี่ยนสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			9.2(21) นโยบายสาธารณะ
			211 ผู้นำระดับสูง ทีมผู้ให้บริการ และทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันพิจารณาข้อมูลและสถานการณ์ต่างๆ เพื่อกำหนดหรือทบทวนประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่องค์กรควรมีบทบาทในการชี้แนะและสนับสนุน
			212 ผู้นำระดับสูง ทีมผู้ให้บริการ และทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันวิเคราะห์ ชุมชน องค์กรและบุคคลผู้เกี่ยวข้อง ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแต่ละประเด็น รวมถึงรูปแบบการมีส่วนร่วม สารสนเทศที่จำเป็น และช่องทางการสื่อสาร
			213 ผู้นำระดับสูง ทีมผู้ให้บริการ และทีมงานที่เกี่ยวข้อง สร้างความสัมพันธ์และความร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องและสื่อสารแลกเปลี่ยนสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความตระหนักในความสำคัญของประเด็นนโยบายสาธารณะดังกล่าว และนำไปสู่การกำหนดมาตรการต่างๆ โดยชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(3) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ ในชุมชนเพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			9.2(31) การส่งเสริมความสามารถของชุมชน
			311 องค์กรร่วมกับชุมชนวิเคราะห์กลุ่มต่างๆ ในชุมชนที่จะมีบทบาทในการแก้ปัญหาของชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มพระสงฆ์ กลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			312 องค์กรร่วมมือกับชุมชนในการส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ ที่วิเคราะห์ได้ เพื่อแก้ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญ

(4) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล (รวมถึงความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม) ซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพของแต่ละคน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			9.2(41) การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพ
			411 องค์กรร่วมกับชุมชนระบุพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคลที่สำคัญ เช่น อาหาร การออกกำลัง การผ่อนคลาย การลดพฤติกรรมเสี่ยง การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อสุขภาพ
			412 องค์กรร่วมมือกับชุมชนจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและทักษะสุขภาพส่วนบุคคลที่สำคัญต่อสุขภาพ
			413 กิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพครอบคลุมการให้ความรู้ การสร้างเจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม ที่เหมาะสม
			414 มีการประเมินผลการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพ
			415 มีการติดตามแนวโน้มของพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล

(5) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			9.2(51) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชน
			511 องค์กรร่วมกับชุมชนทบทวนข้อมูล สถานการณ์ ของปัญหาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่มีผลต่อสุขภาพ
			512 องค์กรร่วมมือกับชุมชนในการลดสิ่งปนเปื้อนทางกายภาพและสารเคมี
			513 องค์กรร่วมมือกับชุมชนในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ
			514 องค์กรร่วมมือกับชุมชนจัดให้มีสิ่งแวดล้อมเพื่อสันทนาการ การพักผ่อน สมดุลของชีวิตและกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ
			515 องค์กรร่วมมือกับชุมชนประเมินผลการส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

(6) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคม และสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			9.2(61) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชน
			611 องค์กรร่วมกับชุมชนทบทวนข้อมูล สถานการณ์ ของผู้ต้องการความช่วยเหลือทางสังคมและปัญหาสิ่งแวดล้อมทางสังคม
			612 องค์กรร่วมกับชุมชนส่งเสริมให้บริการช่วยเหลือทางสังคมในกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม บุคคลชายขอบ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			613 องค์กรร่วมกับชุมชนส่งเสริมการสร้างเครือข่ายทางสังคม
			614 องค์กรร่วมกับชุมชนส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงานและชุมชน
			615 มีการประเมินผลการส่งเสริมบริการช่วยเหลือทางสังคมและการสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย, กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาสุขภาพ / ความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดีภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล.

(1) ชุมชนสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เหมาะสมกับความต้องการของตน. ทีมผู้ให้บริการพยายามลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ในด้านกายภาพ ภาษา วัฒนธรรม และอุปสรรคอื่นๆ. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองต่อผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว. ระยะเวลารอคอยเพื่อเข้ารับบริการเป็นที่ยอมรับของชุมชนที่ใช้บริการ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1(11) การตอบสนองความต้องการของชุมชน (community's health care need)
			111 องค์กรระบุความต้องการบริการสุขภาพของชุมชน
			112 องค์กรวางแผนจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมกับความต้องการของชุมชน
			113 องค์กรสื่อสารกับชุมชนเพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการ และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
			1(12) การเข้าถึงบริการ (access)
			121 องค์กรระบุอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการ ทั้งในด้านกายภาพ ภาษา วัฒนธรรม และอุปสรรคอื่นๆ
			122 ทีมผู้ให้บริการแสดงถึงกระบวนการและการปฏิบัติที่จะลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย และจำกัดผลกระทบจากอุปสรรคต่างๆ
			1(13) ระยะเวลารอคอย (waiting period)
			131 ทีมผู้ให้บริการตอบสนองต่อผู้รับบริการในเวลาที่เหมาะสม มีการ monitor ระยะเวลารอคอยในขั้นต่างๆ และปรับปรุงให้เป็นที่ยอมรับของชุมชนผู้ใช้บริการ
			132 ทีมผู้ให้บริการนำความจำเป็นทางคลินิกของผู้ป่วยมาพิจารณา หากจะต้องมีความล่าช้าหรือรอคอยในการตรวจรักษา แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลและทางเลือกที่เป็นไปได้ และบันทึกไว้ในเวชระเบียน

(2) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการประเมินและดูแลรักษาเป็นอันดับแรก.

N	P	M	Extended Evaluation Guide

			1(21) การรับผู้ป่วย (registration & admission)
			211 มีแนวทางที่เป็นมาตรฐานในการลงทะเบียนผู้ป่วยนอก การรับเป็นผู้ป่วยใน การรับผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าเป็นผู้ป่วยใน การรับผู้ป่วยไว้สังเกตอาการ และการดูแลผู้ป่วยเมื่อไม่มีเตียงในหน่วยที่ต้องการ
			212 บุคลากรได้รับการฝึกอบรม มีความคุ้นเคยและปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว
			1(22) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วน (patients with emergency or immediate needs)
			221 มีการใช้กระบวนการ triage บนฐานข้อมูลวิชาการ เพื่อระบุผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วน
			222 บุคลากรได้รับการฝึกอบรมให้ใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วย
			223 ผู้ป่วยได้รับการจัดลำดับตามความเร่งด่วนที่ต้องได้รับบริการ
			224 ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการประเมินและรักษาให้มีอาการคงตัวก่อนที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
			225 มีการเฝ้าติดตามความรวดเร็วในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วน และผลที่ไม่พึงประสงค์จากความล่าช้าในการดูแล

(3) มีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้. ถ้าไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับไว้ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกว่า.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1(31) การกำหนดเกณฑ์ตัดสินใจรับผู้ป่วย (criteria for accepting patients)
			311 ทีมดูแลผู้ป่วยวิเคราะห์ประเภทหรือลักษณะของผู้ป่วยที่องค์กรไม่สามารถรับไว้ดูแลได้ และกำหนดเกณฑ์สำหรับการตัดสินใจที่จะรับหรือไม่รับผู้ป่วยไว้ดูแล
			1(32) การตรวจคัดกรองและพิจารณารับผู้ป่วย (screening for accepting patients)
			321 มีการตรวจคัดกรองผู้ป่วย ณ จุดแรกที่พบผู้ป่วย และใช้เกณฑ์ที่กำหนดไว้เพื่อตัดสินใจว่าองค์กรสามารถให้บริการแก่จำเป็นผู้ป่วยได้หรือไม่
			322 ผู้ป่วยจะยังไม่ถูกรับไว้ดูแล โอนย้าย หรือส่งต่อ ก่อนที่จะได้รับผลการตรวจวิเคราะห์ที่ต้องการสำหรับการตัดสินใจ ตามมาตรฐานการตรวจที่องค์กรกำหนดไว้
			1(33) การดูแลเมื่อไม่สามารถให้บริการได้
			331 ถ้าไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับไว้ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานพยาบาลที่เหมาะสมกว่า
			332 ผู้ป่วยได้รับส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นตามปัญหาความจำเป็นของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความสามารถของผู้รับ การส่งมอบหน้าที่รับผิดชอบ ความปลอดภัยในการดูแลระหว่างเคลื่อนย้าย และการส่งต่อข้อมูล

(4) การรับย้ายหรือรับเข้าหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1(41) การรับเข้าหน่วยบริการวิกฤติ (entry to intensive or specialized services)
			411 มีการกำหนดเกณฑ์การรับเข้า/รับย้าย/ย้ายออก จากหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษ โดยใช้เกณฑ์เชิงสรีรวิทยา[81] ซึ่งทีมงานร่วมกันกำหนด
			412 บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เกณฑ์ และนำเกณฑ์ไปปฏิบัติ
			413 บันทึกของผู้ป่วยซึ่งรับเข้า/ย้ายออกหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ แสดงหลักฐานว่าเป็นตามเกณฑ์ที่กำหนด
			414 มีการประเมินผลการรับผู้ป่วยหนักว่าสามารถทำได้ในเวลาที่เหมาะสม

(5) ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล, มีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การดูแลที่จะได้รับ ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น แก่ผู้ป่วย / ครอบครัว อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย. มีกระบวนการขอความยินยอมจากผู้ป่วย / ครอบครัวก่อนที่จะให้บริการหรือกระทำหัตถการสำคัญ และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย / ครอบครัว ได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอด้วยความเข้าใจ มีเวลาที่จะพิจารณาก่อนตัดสินใจ และมีการบันทึกที่เหมาะสม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1(51) การให้ข้อมูลเมื่อแรกรับ (inform patients and families)
			511 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่เหมาะสมเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การดูแลที่จะได้รับ ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ที่ผู้ป่วยต้องการเมื่อแรกรับเป็นผู้ป่วยในหรือก่อนทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอก
			512 การให้ข้อมูลเป็นไปอย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย เพียงพอ มีเวลาให้ผู้ป่วยและครอบครัวพิจารณาก่อนตัดสินใจ
			1(52) การขอความยินยอม (informed consent)
			521 การขอความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว เป็นไปตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่ที่องค์กรกำหนด ดำเนินการโดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม
			522 องค์กรจัดให้มีกระบวนการสำหรับกรณีที่บุคคลอื่นซึ่งมิใช่ผู้ป่วยจะสามารถให้ความยินยอมได้ ภายใต้บริบททางกฎหมายและวัฒนธรรมที่มีอยู่ และมีการบันทึกข้อมูลบุคคลที่ให้การยินยอมแทนไว้ในเวชระเบียน
			523 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับแจ้งขอบเขตของการให้ความยินยอมทั่วไป ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อแรกรับเป็นผู้ป่วยในหรือเมื่อลงทะเบียนผู้ป่วยนอกครั้งแรก และมีการบันทึกการให้ความยินยอมไว้ในเวชระเบียน

[81] เป็นเกณฑ์ที่แสดงถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมถึงปัจจัยและกระบวนการทางกายภาพหรือเคมีที่เกี่ยวข้อง เช่น ระดับความรู้สึก สัญญาณชีพ ค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			524 มีการขอความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวเป็นการเฉพาะ ก่อนการผ่าตัดหรือการทำหัตถการรุกล้ำเข้าร่างกาย การระงับความรู้สึก การกดประสาทระดับกลางและระดับลึก การใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด และการรักษาหรือการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงอื่นๆ โดยผู้ป่วยได้รับข้อมูลการรักษาที่จะเกิดขึ้น ชื่อบุคคลที่จะให้การรักษา, ประโยชน์และผลเสียที่อาจเกิดขึ้น ทางเลือกที่เป็นไปได้ โอกาสที่จะประสบความสำเร็จ ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในช่วงรอฟื้น ผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ของการไม่รักษา มีการบันทึกชื่อผู้ให้ข้อมูลและการให้ความยินยอมไว้ในเวชระเบียน
			525 องค์กรจัดทำรายการหรือประเภทของการรักษาและหัตถการที่ต้องขอความยินยอมเป็นการเฉพาะโดยความร่วมมือระหว่างแพทย์และบุคลากรอื่นๆ ที่ให้การรักษาและทำหัตถการ

(6) องค์กรจัดทำแนวทางในการบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			1(61) PSG: การบ่งชี้ผู้ป่วย (Patient Identification)
			611 องค์กรกำหนดวิธีการบ่งชี้ผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกัน[82] ส่งเสริมให้มีการใช้ตัวบ่งชี้อย่างน้อยสองตัว[83] เพื่อยืนยันตัวบุคคลเมื่อแรกรับหรือเมื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น และก่อนที่จะให้การดูแล
			612 องค์กรจัดให้มีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการบ่งชี้ผู้ป่วยซึ่งไม่มีตัวบ่งชี้และเพื่อแยกแยะผู้ป่วยที่มีชื่อซ้ำกัน รวมทั้งแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือสับสนที่ไม่ใช้การซักถาม
			613 องค์กรเน้นความรับผิดชอบของผู้ให้บริการในการตรวจสอบ identity ของผู้ป่วยว่าถูกต้องตรงกับบุคคลที่จะให้การดูแลตามแผน[84] ก่อนที่จะให้การดูแล โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม
			614 องค์กรส่งเสริมให้มีการเขียนฉลากที่ภาชนะสำหรับใส่เลือดและสิ่งส่งตรวจอื่นๆ ต่อหน้าผู้ป่วย และมีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนในการรักษาบ่งชี้สิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยตลอดกระบวนการตรวจวิเคราะห์

[82] เช่น ใช้ป้ายข้อมือสีขาวซึ่งมีรูปแบบมาตรฐานที่สามารถเขียนข้อมูลเฉพาะลงไปได้ หรือใช้ biometric technology

[83] เช่น ใช้ชื่อและวันเกิด และไม่ควรใช้หมายเลขเตียงหรือห้องเป็นตัวบ่งชี้

[84] การให้ยา ให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด เจาะเลือดหรือเก็บสิ่งส่งตรวจ การรักษาหรือทำหัตถการต่างๆ

III-2 การประเมินผู้ป่วย

III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.

ก. การประเมินผู้ป่วย

(1) มีการประเมินผู้ป่วยครอบคลุมรอบด้านและประสานงานกันเพื่อลดความซ้ำซ้อน, ผู้ประกอบวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยร่วมมือกันวิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมิน. มีการระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนและสำคัญ.

(2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย ประวัติสุขภาพ, การตรวจร่างกาย, การรับรู้ความต้องการของตนโดยผู้ป่วย, การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2ก(11) การประเมินแรกรับ (initial assessment)
			111 มีการกำหนดองค์ประกอบขั้นต่ำสำหรับการประเมินผู้ป่วยแต่ละสาขา (ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) ไว้ในนโยบาย
			112 ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกทุกรายได้รับการประเมินแรกรับ ประกอบด้วยการซักประวัติสุขภาพ, การตรวจร่างกาย, การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย, การประเมินด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ตามข้อบ่งชี้
			2ก(12) การระบุความต้องการของผู้ป่วย[85] (patient's needs identification)
			121 มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อให้การระบุความต้องการของผู้ป่วย เป็นการปฏิบัติที่สอดคล้องกันทั้งองค์กร
			122 มีการระบุความต้องการทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินแรกรับ ประวัติสุขภาพ การตรวจร่างกาย การประเมินอื่นๆ ตามข้อบ่งชี้ และบันทึกไว้ในเวชระเบียน
			123 มีการระบุความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินด้านการพยาบาล การประเมินของแพทย์ การประเมินอื่นๆ ตามข้อบ่งชี้ และบันทึกไว้ในเวชระเบียน
			2ก(13) การประเมินแรกรับสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน (initial assessment for emergency patients)
			131 การประเมินแรกรับสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน อาจกระทำในขอบเขตจำกัดตามภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย
			132 การบันทึกผลการประเมินแรกรับก่อนทำการผ่าตัดผู้ป่วยฉุกเฉิน อย่างน้อยมีบันทึกย่อๆ และการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด
			2ก(14) การวิเคราะห์และรวมผลการประเมินผู้ป่วย (analysis and integration of patient

[85] **"ความต้องการของผู้ป่วย"** ในเอกสารชุดนี้หมายถึง patient's need เป็นความต้องการที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลและบำบัดรักษาด้วยสภาวะความจ็บป่วย มิได้หมายถึง want

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			assessment results)
			141 มีการจัดระบบและประสานงานเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการประเมินผู้ป่วยผ่านกระบวนการตรวจเยี่ยม ประชุม หรือปรึกษา (ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ)
			142 ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยจากแหล่งต่างๆ ได้รับการวิเคราะห์และเชื่อมโยงเข้าด้วยกัน เป็นภาพรวมของภาวะผู้ป่วย
			143 ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการจัดลำดับความสำคัญตามผลการประเมิน
			144 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบผลการประเมิน และการวินิจฉัยโรคที่แน่ชัด (confirmed diagnosis) ถ้าเป็นไปได้
			145 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบแผนการดูแลรักษา และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับลำดับความสำคัญของความต้องการ

(3) ใช้วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ. มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและทรัพยากรเพื่อชี้นำการประเมินผู้ป่วย ถ้ามีแนวทางดังกล่าว.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2ก(31) สิ่งแวดล้อม ทรัพยากร และแนวปฏิบัติ (environment, resources, and guidelines for assessment)
			311 การตรวจประเมินที่ต้องใช้เครื่องมือ หัตถการรุกล้ำ หรือความเชี่ยวชาญพิเศษ กระทำในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
			312 การตรวจประเมินที่ต้องใช้เครื่องมือ หัตถการรุกล้ำ หรือความเชี่ยวชาญพิเศษ กระทำโดยมีเทคโนโลยี บุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์พร้อม และมีการบันทึกข้อมูลที่จำเป็น
			313 มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและทรัพยากร เพื่อชี้นำการประเมินผู้ป่วย
			2ก(32) คุณสมบัติของผู้ประเมินผู้ป่วย (qualified individuals)
			321 มีการระบุผู้มีสิทธิในการประเมินผู้ป่วยพร้อมหน้าที่รับผิดชอบ โดยอาศัยคุณสมบัติเหมาะสมที่ตามใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ประกาศนียบัตร/ใบรับรอง หรือมีกฎระเบียบรองรับ
			322 การประเมินผู้ป่วย[86] กระทำโดยผู้มีคุณสมบัติเหมาะสม
			2ก(33) การคัดกรองและการประเมินเพิ่มเติม (screening and further assessment)
			331 ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองด้านโภชนาการ เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินแรกรับ
			332 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาโภชนาการตามเกณฑ์คัดกรอง ได้รับการส่งต่อเพื่อประเมินด้านโภชนาการโดยละเอียด
			333 ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเพื่อพิจารณาความจำเป็นที่จะต้องประเมิน functional needs เพิ่มเติม เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินแรกรับ
			334 ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการประเมิน functional needs ตามเกณฑ์คัดกรอง ได้รับการส่งต่อไปรับการประเมินดังกล่าว

[86] รวมถึงการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน และการประเมินด้านการพยาบาล

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			335 ผู้ป่วยทุกรายได้รับการคัดกรองอาการเจ็บปวด
			336 ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดได้รับการประเมินอย่างครอบคลุม[87] หรือส่งต่อเพื่อรับการรักษาอย่างเหมาะสม
			337 มีการบันทึกผลการประเมินในลักษณะที่เอื้อต่อการประเมินซ้ำและการติดตาม ตามความต้องการของผู้ป่วยและเกณฑ์ขององค์กร
			2ก(34) การประเมินผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ (assessment for special populations)
			341 มีการกำหนดเกณฑ์บ่งชี้สำหรับการประเมินพิเศษเพิ่มเติมหรือการประเมินเชิงลึกเพิ่มขึ้นตามความต้องการเฉพาะ
			342 มีการประเมินที่ปรับให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมาก ผู้ป่วยสูงอายุที่อ่อนแอ
			343 มีการประเมินที่ปรับให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดรุนแรงหรือเรื้อรัง
			344 มีการประเมินที่ปรับให้เหมาะสมสำหรับมารดาที่อยู่ระหว่างการคลอด หรือแท้งลูก
			345 มีการประเมินที่ปรับให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาความผิดปกติทางอารมณ์หรือจิตใจ ผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะติดยา และ/หรือ สุรา
			346 มีการประเมินที่ปรับให้เหมาะสมสำหรับเหยื่อที่ถูกกระทำทารุณหรือถูกทอดทิ้ง
			347 มีการประเมินที่ปรับให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อ
			348 มีการประเมินที่ปรับให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด รังสีรักษา หรือมีภูมิคุ้มกันไม่ปกติ
			2ก(35) การประเมินพิเศษเพิ่มเติม (additional specialized assessment)
			351 ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการประเมินพิเศษเพิ่มเติม (เช่น ทันตกรรม การได้ยิน ตา และอื่นๆ) ได้รับการส่งไปรับการประเมินดังกล่าว (ในสถานพยาบาลหรือองค์กรอื่น)
			352 การประเมินพิเศษที่กระทำในองค์กร ทำเสร็จสมบูรณ์และบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

(4) ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่กำหนดโดยองค์กร. มีการบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียนผู้ป่วยและพร้อมที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2ก(41) กำหนดเวลา (time frame for assessment)
			411 การประเมินทำเสร็จสมบูรณ์ภายในช่วงเวลาที่องค์กรกำหนด
			412 การประเมินแรกรับโดยแพทย์และพยาบาลกระทำภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน หรือเร็วกว่านั้นตามสภาวะของผู้ป่วย
			2ก(42) การใช้ผลการประเมินจากภายนอกหรือแผนกผู้ป่วยนอก
			421 มีการทบทวน และ/หรือ ตรวจสอบความถูกต้องของผลการประเมินผู้ป่วยที่กระทำจากนอกองค์กร เมื่อรับเป็นผู้ป่วยใน รวมถึงประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากนั้น

[87] เป็นการประเมินที่เหมาะสมกับอายุของผู้ป่วย มีการวัดระดับและระบุรายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บปวด เช่น ลักษณะ ความถี่ ตำแหน่ง และระยะเวลาของความเจ็บปวด

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			422 มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นหลังจากการประเมินที่แผนกผู้ป่วยนอกเมื่อรับเป็นผู้ป่วยใน
			422 มีการซักประวัติและตรวจร่างกายใหม่ หากการประเมินทางการแพทย์ที่กระทำไว้นานเกินกว่า 30 วันก่อนที่จะรับไว้เป็นผู้ป่วยใน
			2ก(43) การบันทึกเวชระเบียน (record of assessment findings)
			431 มีการบันทึกผลการประเมินไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งผู้ให้การดูแลผู้ป่วยสามารถค้นหาและเรียกดูผลการประเมินที่ต้องการได้
			432 การประเมินด้านการแพทย์และการพยาบาลได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการรับเป็นผู้ป่วยใน
			433 ผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดได้รับการประเมินด้านการแพทย์และบันทึกไว้ในเวชระเบียนก่อนที่จะทำการผ่าตัด
			434 มีบันทึกการเปลี่ยนแปลงสภาวะผู้ป่วยที่สำคัญหลังจากการประเมินด้านการแพทย์เบื้องต้นที่ทำก่อนหน้านั้น ไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยเมื่อรับเป็นผู้ป่วยใน

(5) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2ก(51) การประเมินซ้ำ (reassessment)
			511 ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำเพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา และวางแผนการรักษาต่อเนื่องหรือจำหน่าย
			512 ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำเป็นระยะตามสภาวะของผู้ป่วย หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสำคัญในสภาวะของผู้ป่วย/แผนการดูแล/ความต้องการของผู้ป่วย หรือตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติขององค์กร
			513 แพทย์ประเมินผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการดูแลรักษาในช่วงเฉียบพลันซ้ำอย่างน้อยทุกวัน รวมทั้งวันหยุด
			514 องค์กรกำหนดนโยบายการประเมินซ้ำสำหรับผู้ป่วยซึ่งไม่มีอาการเฉียบพลันซึ่งแพทย์อาจจะประเมินห่างกว่าวันละครั้ง และกำหนดช่วงเวลาขั้นต่ำสำหรับการประเมินซ้ำในผู้ป่วยเหล่านี้ (เช่น ผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู จิตเวช หลังคลอดปกติ)
			515 ผลการประเมินซ้ำได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

(6) ทีมผู้ให้บริการอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2ก(61) การอธิบายผลการประเมิน (sharing the assessment results)
			611 มีการอธิบายผลการประเมินแก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย
			612 กรณีจำเป็นต้องใช้ล่าม หลีกเลี่ยงที่จะใช้สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่เป็นเด็ก

ข. การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค (Investigation)

(1) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นครบถ้วน หรือได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่นในเวลาที่เหมาะสม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2ข(11) การส่งตรวจ (diagnostic investigation)
			111 มีระบบที่ทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นครบถ้วน
			112 มีการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเหตุผลของการส่งตรวจ
			113 ในกรณีที่สถานพยาบาลไม่สามารถทำการตรวจเองได้ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่นในเวลาที่เหมาะสม

(2) มีการประเมินความน่าเชื่อถือของผลการตรวจประกอบการวินิจฉัยโรค โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับสภาวะของผู้ป่วย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2ข(21) ความน่าเชื่อถือของผลการตรวจ (reliability of diagnostic investigation results)
			211 มีช่องทางในการสื่อสารเมื่อเกิดข้อสงสัยในความน่าเชื่อถือของผลการตรวจประกอบการวินิจฉัยโรค เมื่อเทียบกับสภาวะของผู้ป่วย
			212 มีการประมวลข้อมูลเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของผลการตรวจประกอบการวินิจฉัยโรค

(3) มีระบบสื่อสารและบันทึกผลการตรวจที่มีประสิทธิผล ทำให้มั่นใจว่าแพทย์ได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม สามารถสืบค้นผลการตรวจได้ง่าย ไม่สูญหาย และมีการรักษาความลับอย่างเหมาะสม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2ข(31) ระบบสื่อสารและการบันทึกผลการตรวจ (communication and documentation)
			311 มีระบบที่ทำให้มั่นใจว่าแพทย์ได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม
			312 มีระบบที่สามารถสืบค้นผลการตรวจได้ง่าย
			313 มีการป้องกันการสูญหายของผลการตรวจ
			314 มีการรักษาความลับของผลการตรวจอย่างเหมาะสม

(4) มีการอธิบายหรือส่งตรวจเพิ่มเติม เมื่อพบว่าผลการตรวจมีความผิดปกติ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2ข(41) เมื่อผลการตรวจมีความผิดปกติ (abnormal investigation results)
			411 มีแนวทางการอธิบายให้ผู้ป่วย/ครอบครัวเข้าใจ เมื่อพบว่าผลการตรวจมีความผิดปกติ
			412 มีแนวทางในการตรวจเพิ่มเติมต่อเนื่องสำหรับผลการตรวจที่ผิดปกติที่สำคัญ

ค. การวินิจฉัยโรค

(1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูลเพียงพอเพื่ออธิบายเหตุผลของการวินิจฉัยโรค. มีการลงบันทึกการวินิจฉัยโรคภายในเวลาที่กำหนดไว้ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม. มีการทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพในทีมผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			2ค(11) การวินิจฉัยโรค (diagnosis)
			111 มีการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น (initial diagnosis) โดยใช้ผลจากการประเมินแรกรับ
			112 มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคภายในเวลาที่กำหนด
			113 มีการบันทึกข้อมูลเพื่ออธิบายเหตุผลของการวินิจฉัยโรคอย่างเพียงพอ ทั้งในส่วนที่เป็นประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่ายกาย และการตรวจ investigate
			114 มีบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม
			2ค(12) PSG: การวินิจฉัยโรคที่เหมาะสม (proper diagnosis)
			121 มีการทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งหาโอกาสพัฒนาเพื่อการวินิจฉัยโรคที่เหมาะสมด้วยวิธีอื่นๆ[88]
			122 มีการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยโรคอย่างเป็นระบบ[89]

[88] ควรพิจารณา (1) ทบทวนภาพรวมของการวินิจฉัยโรคที่ไม่ชัดแจ้ง, การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องมารับการรักษาซ้ำ/นอนโรงพยาบาลซ้ำ/ส่งต่อ (2) ใช้ trigger tool เพื่อค้นหาเวชระเบียนที่มีโอกาสพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นำมาทบทวนว่ามีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรือไม่ และเหตุการณ์ดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ อย่างไร (3) ทบทวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ทันเวลาในกรณี life threatening surgical and trauma emergencies, ทบทวนความล่าช้าและความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคมะเร็ง

[89] เช่น ใช้หลักฐานวิชาการเป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วย, ใช้แนวคิด human factors เพื่อออกแบบแบบบันทึก, ปรับปรุงระบบบันทึกเวชระเบียนเพื่อให้สามารถรวบรวมข้อมูล ติดตามความก้าวหน้าและประมวลผลข้อมูลในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้ง่ายขึ้น, ปรับปรุงการสื่อสารและรายงานข้อมูลผลการตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค เพื่อให้มั่นใจว่าแพทย์ผู้สั่งตรวจจะได้รับผลที่น่าเชื่อถือในเวลาที่เหมาะสม

III – 3. การวางแผน

III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (PLN.1)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา / ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย.

(1) การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1(11) การเชื่อมโยง และประสานการวางแผน (integration and coordination)
			111 แพทย์ พยาบาล และผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ ที่ดูแลผู้ป่วย ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากรับไว้เป็นผู้ป่วยใน
			112 มีการเชื่อมโยงและประสานการวางแผนดูแลผู้ป่วย ระหว่างลักษณะแวดล้อม (setting) ผู้ประกอบวิชาชีพ แผนก และบริการต่างๆ[90]
			113 มีการบันทึกผลหรือข้อสรุปของการประชุมร่วมกันของทีมดูแลผู้ป่วย ไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

(2) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองต่อปัญหา / ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินอย่างเป็นองค์รวม.

(5) แผนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมเป้าหมายที่ต้องการบรรลุและบริการที่จะให้เพื่อบรรลุเป้าหมาย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1(21) แผนการดูแลและการบันทึก (patient care plan and documentation)
			211 แผนการดูแลผู้ป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายสอดคล้องหรือตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน บนพื้นฐานของข้อมูลการประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ
			212 แผนการดูแลผู้ป่วยระบุเป้าหมายหรือความก้าวหน้าที่วัดได้ และบริการที่จะให้เพื่อบรรลุเป้าหมาย
			213 มีแผนการดูแลเป็นหนึ่งเดียวที่มีลักษณะบูรณาการแผนของผู้ให้บริการทุกคน
			3.1(22) การเขียนคำสั่งการตรวจรักษา (writing the orders)
			221 องค์กรกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการเขียนคำสั่งการรักษา[91]
			222 การเขียนบันทึกคำสั่งการรักษาเป็นไปตามนโยบายขององค์กร

[90] เช่น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน, การใช้แบบบันทึกการวางแผนการดูแลร่วมกัน, การมีผู้จัดการประจำตัวผู้ป่วย

[91] ประเภทของคำสั่งที่ต้องเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร, การส่งตรวจที่ต้องมีข้อบ่งชี้หรือข้อมูลทางคลินิกประกอบเพื่อประกอบการแปลผล, ผู้มีสิทธิในการเขียนคำสั่งการรักษา, ตำแหน่งที่จะเขียนคำสั่งการรักษาในเวชระเบียน

(3) มีการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1(31) การใช้หลักฐานวิชาการหรือ CPG (evidence or guidelines)
			311 ผู้นำทางคลินิกกำหนดเรื่องที่มีความสำคัญสูงที่จะใช้แนวทางปฏิบัติ (CPG) เพิ่มขึ้นในแต่ละปี
			312 มีการเลือก CPG จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ดัดแปลงให้เหมาะสมกับองค์กร และมีการปรับ CPG ให้ทันสมัยเป็นระยะ
			313 บุคลากรได้รับการฝึกอบรม สนับสนุน และมีการนำ CPG ไปปฏิบัติ
			314 การติดตามการใช้ CPG แสดงให้เห็นความแปรปรวนของการปฏิบัติที่ลดลงและผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

(4) ผู้ป่วย / ครอบครัวมีโอกาสตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และร่วมในการวางแผนการดูแล.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1(41) ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม (patient and family participation)
			411 ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา
			412 ผู้ป่วยและครอบครัวมาส่วนร่วมในการวางแผนดูแล

(6) มีการสื่อสาร / ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลในเวลาที่เหมาะสม โดยสมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1(61) การสื่อสารและประสานเพื่อนำแผนไปปฏิบัติ (coordination and communication)
			611 สมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ
			612 มีการสื่อสารและประสานเพื่อนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติในเวลาที่เหมาะสม
			3.1(62) การดูแลและการบันทึก (implementation and documentation)
			621 มีการนำแผนการดูแลไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลในเวลาที่เหมาะสม
			622 มีการบันทึกการดูแลที่จัดให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายในเวชระเบียนผู้ป่วยโดยผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่ให้การดูแล
			623 มีการบันทึกหัตถการที่กระทำ และผลลัพธ์ของการทำหัตถการในเวชระเบียนผู้ป่วย

(7) มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.1 (71) การทบทวนและปรับแผน (patient care plan revision)
			711 มีการทบทวนและปรับแผน/เป้าหมายการดูแล[92] เมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปซึ่งพบจากการประเมินซ้ำ
			712 มีการทบทวนและยืนยันแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบพร้อมทั้งบันทึกไว้ในบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (progress note)

[92] การปรับแผนการดูแลอาจจะเป็นการเขียนบันทึกข้อสังเกตต่อแผนการดูแลที่จัดทำไว้ในครั้งแรก, เป็นการปรับเป้าหมายหรือตั้งเป้าหมายใหม่, หรือเป็นการจัดทำแผนการดูแลใหม่ทั้งหมด

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (PLN.2)

มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล.

(1) มีการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.2(11) การกำหนดแนวทาง (guidelines)
			111 มีการกำหนดโรคหรือลักษณะสำคัญของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย
			112 มีการกำหนดแนวทางในการวางแผนจำหน่าย รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เป็นไปได้ และข้อบ่งชี้ในการใช้รูปแบบต่างๆ

(2) มีการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่เริ่มแรกที่เป็นไปได้.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.2(21) การบ่งชี้ผู้ป่วย (need for discharge planning)
			211 มีการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย หรือมีการบ่งชี้ผู้ป่วยซึ่งการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญ
			212 มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรกที่เป็นไปได้ หรือเร็วที่สุดหลังจากรับไว้เป็นผู้ป่วยใน

(3) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.2(31) ผู้มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย (involvement in discharge planning)
			311 แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย ตามลักษณะปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย
			312 ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย[93]

(4) มีการประเมินและระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และประเมินซ้ำเป็นระยะในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล. แผนจำหน่ายครอบคลุมปัญหา/ความต้องการทั้งหมด เอื้อต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การพัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแลตนเอง การเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน และการฟื้นสู่สภาพปกติ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide

[93] ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมด้วยการ นำเสนอปัญหา/ข้อจำกัด/ความคาดหวัง กำหนดเป้าหมายร่วมกัน รับรู้บทบาทของตน

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.2(41) การประเมินและระบุปัญหา (patients' needs assessment)
			411 มีการประเมินและระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย แต่เริ่มแรกที่เป็นไปได้
			412 มีการประเมินซ้ำเป็นระยะระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในสถานพยาบาล เพื่อปรับแผนการรักษาต่อเนื่องหรือแผนจำหน่าย
			3.2(42) แผนจำหน่าย (discharge plan)
			421 แผนจำหน่ายครอบคลุมปัญหา/ความต้องการทั้งหมด
			422 แผนจำหน่ายเอื้อต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสอดคล้องกับแผนการดูแลรักษาของแพทย์
			423 แผนจำหน่ายเอื้อต่อการพัฒนาทักษะความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
			424 แผนจำหน่ายเอื้อต่อการเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน
			425 แผนจำหน่ายเอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้กลับคืนสู่ปกติ

(5) มีการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.2(51) การปฏิบัติตามแผนจำหน่าย (discharge plan implementation)
			511 การปฏิบัติตามแผนจำหน่าย เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล
			512 ใช้หลักการเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง

(6) มีการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			3.2(61) การประเมินและปรับปรุง (evaluation and improvement)
			611 มีการใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยเพื่อประเมินกระบวนการวางแผนจำหน่าย
			612 มีการใช้ข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินกระบวนการวางแผนจำหน่าย
			613 มีการปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่ายตามผลการประเมิน

III – 4 การดูแลผู้ป่วย

III-4.1 การดูแลทั่วไป (PCD.1)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

(1) มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา โดยมอบหมายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม. การดูแลในทุกจุดบริการเป็นไปตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1(11) การดูแลทั่วไป (general care)
			111 มีหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลทั่วไปอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา อะไรคือความเสี่ยงที่ผู้ป่วยอาจได้รับการดูแลไม่เหมาะสม มีแนวทางป้องกันอย่างไร อะไรคือความเสี่ยงที่ผู้ป่วยอาจได้รับการดูแลล่าช้ากว่าที่ควร มีแนวทางป้องกันอย่างไร
			112 มีการมอบหมายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม มีหน้าที่รับผิดชอบหรือการทำหัตถการใดที่ รพ.ใส่ใจกำกับดูแลในเรื่องคุณสมบัติเป็นพิเศษ มีระเบียบปฏิบัติรองรับอย่างไร ผลการกำกับติดตามเป็นอย่างไร
			4.1(12) การดูแลตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ
			121 มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติให้การดูแลในทุกจุดบริการเป็นไปตามหลักซึ่งเป็นที่ยอมรับและได้รับการสนับสนุนของผู้นำองค์กร แนวทางปฏิบัติซึ่งกำหนดไว้และอาจมีการปฏิบัติแตกต่างกันตามจุดบริการ, ตามความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ของผู้ให้บริการ มีอะไรบ้าง? มีแนวทางในการรับรู้และป้องกันอย่างไร
			122 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับเดียวกันทั่วทั้งองค์กร ไม่ขึ้นกับความสามารถในการจ่ายหรือความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพ หรือวันหรือเวลา โอกาสที่ผู้ป่วยลักษณะเดียวกันจะได้รับการดูแลแตกต่างกันเนื่องจากมีความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพแตกต่างกันมีในผู้ป่วยกลุ่มใดบ้าง ในเรื่องอะไร (เช่น การตรวจวินิจฉัย การใช้ยา การผ่าตัด การตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆ) มีแนวทางในการรับรู้และป้องกันอย่างไร โอกาสที่ผู้ป่วยลักษณะเดียวกันจะได้รับการดูแลแตกต่างกันเนื่องจากมารับบริการหรือมีปัญหาเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่แตกต่างกันมีอะไรบ้าง มีแนวทางในการรับรู้และป้องกันอย่างไร

(2) มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความสะดวกสบายและความสะอาด การป้องกันอันตราย / ความเครียด / เสียง / สิ่งรบกวนต่างๆ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide

			4.1(21) สิ่งแวดล้อม (care environment)
			211 มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ ในประเด็นสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อคุณภาพการดูแล รพ.ใส่ใจในเรื่องอะไรบ้าง (เช่น แสง เสียง การระบายอากาศ ระยะห่าง การจราจร ฯลฯ)? มีการจัดสิ่งแวดล้อมอย่างไร มีการ monitor อย่างไร
			212 มีการจัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลที่คำนึงถึงความเป็นส่วนตัวมีอะไรบ้าง? ผู้ป่วยที่ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีของผู้ป่วยเป็นพิเศษในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลมีอะไรบ้าง (เช่น ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ที่ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยระยะสุดท้าย)? มีการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยดังกล่าวอย่างไร?
			213 สิ่งแวดล้อมมีความสะดวกสบายและสะอาด มีการประเมินความสะดวกสบายของสิ่งแวดล้อมอย่างไร? มีระบบในการ monitor ความสะอาดของสิ่งแวดล้อมอย่างไร?
			214 มีการจัดสิ่งแวดล้อมโดยคำนึงถึงการป้องกันอันตราย ความเครียด เสียง สิ่งรบกวนต่างๆ อันตราย ความเครียด เสียง และสิ่งรบกวนต่างๆ ที่ทาง รพ.ใส่ใจและนำมาพิจารณาในการจัดสิ่งแวดล้อมมีอะไรบ้าง? มีตัวอย่างของการจัดสิ่งแวดล้อมดังกล่าวอย่างไร ที่ไหน?

(3) ทีมผู้ให้บริการดำเนินการทุกวิถีทางเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ หรือการติดเชื้อ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1(31) ความปลอดภัยของผู้ป่วย (keep patient safe)
			311 มีการจัดสิ่งแวดล้อมและมาตรการเพื่อป้องกันผู้ป่วยจากการเกิดอุบัติเหตุ อุบัติเหตุที่มีโอกาสเกิดขึ้นในจุดต่างๆ ของ รพ.มีอะไรบ้าง? มีการใช้สถิติและการสำรวจในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและกำหนดมาตรการป้องกันอย่างไร? มาตรการป้องกันที่สำคัญมีอะไรบ้าง มีการ monitor อย่างไร?
			312 มีการจัดสิ่งแวดล้อมและมาตรการเพื่อป้องกันผู้ป่วยจากการบาดเจ็บ สถิติและโอกาสที่ผู้ป่วยจะบาดเจ็บเนื่องจากสิ่งแวดล้อมมีอะไรบ้าง (เช่น ลื่นหกล้ม ไฟฟ้าช้อต ฯลฯ)? มีการวางมาตรการป้องกันอย่างไร? มีการ monitor อย่างไร?
			313 มีการจัดสิ่งแวดล้อมและมาตรการเพื่อป้องกันผู้ป่วยจากการติดเชื้อ สิ่งแวดล้อมที่อาจมีผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อได้ง่ายมีอะไรบ้าง (เช่น การจัดวางผู้ป่วย การทำความสะอาดพื้นผิว การแยก/ทำความสะอาดเครื่องมือ การจัดการกับบริเวณที่เปียกชื้น การระบายอากาศ ฯลฯ)? มีการวางมาตรการป้องกันอย่างไร? มีการ monitor อย่างไร?
			4.1(32) PSG: การป้องกันแผลกดทับ (pressure sore prevention)
			321 มีการระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้เครื่องมือในการประเมินอย่างเหมาะสมร่วมกับดุลยพินิจทางคลินิก และมีการประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอ
			322 มีการค้นหาและรักษาปัจจัยที่มีผลต่อการคงทนของเนื้อเยื่อต่อแรงกด เช่น การควบคุม

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			น้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน น้ำหนักตัว ภาวะทุพโภชนาการ
			323 มีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยและนำไปปฏิบัติ[94] สถิติและแนวโน้มของผู้ป่วยแผลกดทับเป็นอย่างไร? รพ.เริ่มนำมาตรการต่างๆ มาใช้ในแต่ละช่วงเวลาอย่างไร?
			4.1(32) PSG: การป้องกันการพลัดตกหกล้ม (patient fall prevention)
			321 มีการระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยใช้เครื่องมือในการประเมินอย่างเหมาะสมร่วมกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ[95] และมีการประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอ
			322 มีการใช้มาตรการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม[96] สถิติและแนวโน้มของการพลัดตกหกล้มเป็นอย่างไร? รพ.เริ่มนำมาตรการต่างๆ มาใช้ในแต่ละช่วงเวลาอย่างไร?
			4.1(33) PSG: การป้องกัน catheter & tubing misconnection
			331 มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อป้องกัน catheter & tubing misconnection[97]

[94] แผนการดูแลควรประกอบด้วยการตรวจดูผิวหนังในตำแหน่งที่มีความเสี่ยงสูง, การทำความสะอาดและดูแลผิวหนัง, แนวทางการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้, การจัดท่าที่เหมาะสมและการพลิกตัว, ใช้อุปกรณ์ลดแรงกด, การใช้อุปกรณ์รองรับเฉพาะตำแหน่งที่มีปุ่มกระดูก, การดูแลด้านโภชนาการ, การเพิ่มหรือธำรงความสามารถในการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรม

[95] เครื่องมือประเมินความเสี่ยงที่เป็นมาตรฐาน เช่น Morse Fall Risk Assessment หรือ Hendrich Fall Risk Assessment โดยคำนึงถึงปัจจัยต่อไปนี้: ประวัติการพลัดตกหกล้ม, อายุ (มากกว่า 65 ปี), การใช้ยากล่อมประสาท ยาจิตเวช ยาระบาย และยาลดความดันโลหิต, โรคระบบทางเดินหายใจ โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง โรคซึมเศร้า และโรคข้ออักเสบ, การเคลื่อนไหว การเดิน กำลังกล้ามเนื้อที่ไม่ปกติ, พฤติกรรมมีการทำกิจกรรมน้อย, สภาวะทางจิตใจ (สับสน ความจำบกพร่อง), มีภาวะพร่องการได้ยินและการมองเห็น, การผิดรูปและอาการเจ็บปวดที่เท้าเวลาเดิน, การรับรู้ของประสาทสัมผัสส่วนปลายลดลง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน, มีอาการเวียนศีรษะ มึนงง, มีอาการปัสสาวะบ่อยหรือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

[96] ได้แก่ การติดตามสังเกตผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงบ่อยๆ, การใช้เตียงที่มีระดับต่ำ, การฝึกออกกำลังและการเคลื่อนย้ายที่ปลอดภัย, การมีอุปกรณ์ส่งสัญญาณเตือน, การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน, การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในขณะเดินหรือพยายามทำกิจกรรมที่ยาก เช่น การขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และส่งเสริมให้ควบคุมการทรงตัวให้ดีขึ้นด้วยการทำกายภาพบำบัด, การให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการช่วยเหลือให้ขับถ่ายอย่างสม่ำเสมอ, การทบทวนและปรับยาที่อาจทำให้ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาจิตเวช

[97] เน้นย้ำกับผู้ช่วย ผู้ป่วย และครอบครัวว่าไม่ควรถอดหรือต่ออุปกรณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง ให้ขอความช่วยเหลือจากพยาบาลเมื่อมีปัญหา, กำหนดให้มีการ label high-risk catheter (เช่น arterial, epidural, intrathecal) และหลีกเลี่ยงการใช้ catheter ซึ่งมี injection ports สำหรับตำแหน่งเหล่านี้, กำหนดให้ผู้ดูแล trace สายทุกเส้นจากต้นทางไปถึง connection port เพื่อยืนยัน attachments ก่อนที่จะมีการ connect/reconnect ให้ยา สารละลาย หรือเวชภัณฑ์อื่นๆ, ให้กระบวนการ line reconciliation ที่เป็นมาตรฐานเป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารส่งมอบข้อมูล (handover communication) โดย recheck tubing connections และ trace tubes & catheters ทุกเส้นไปยังแหล่งต้นทาง เมื่อรับผู้ป่วยใหม่ที่หน่วย และเมื่อมีการเปลี่ยนเวร, ห้ามใช้ standard Luer syringes ในการให้ยากินหรืออาหารทางสายยาง,

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			มีระเบียบปฏิบัติในเรื่องการเขียนฉลากและการ recheck catheter ที่มีความเสี่ยงสูงอย่างไร?
			332 ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติ สถิติและแนวโน้มของปัญหาเกี่ยวกับ catherter & tubing เป็นอย่างไร?

(4) ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน อย่างเหมาะสมและปลอดภัย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1(41) การจัดการกับเหตุการณ์ (dealing with complication, crisis, and emergency)
			411 ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสมและปลอดภัย สถิติและแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยที่รับไว้รักษาใน รพ.เป็นอย่างไร? มีการเตรียมความพร้อมและวางแนวทางจัดการอย่างไร?
			412 ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะวิกฤติอย่างเหมาะสมและปลอดภัย อะไรคือภาวะวิกฤติที่อาจจะเกิดขึ้นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาใน รพ.? สถิติและแนวโน้มการเกิดเป็นอย่างไร? มีการเตรียมความพร้อมและวางแนวทางจัดการอย่างไร? ผลลัพธ์เป็นอย่างไร?
			413 ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสมและปลอดภัย อะไรคือภาวะฉุกเฉินที่อาจจะเกิดขึ้นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาใน รพ.? สถิติและแนวโน้มการเกิดเป็นอย่างไร? มีการเตรียมความพร้อมและวางแนวทางจัดการอย่างไร? ผลลัพธ์เป็นอย่างไร?

(5) ทีมผู้ให้บริการตอบสนองต่อความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตสังคม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1(51) การตอบสนองปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย (response to patients' need)
			511 ทีมผู้ให้บริการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม
			512 มีแนวทางที่ทำให้มั่นใจว่าปัญหาด้านอารมณ์และจิตสังคมได้รับการตอบสนอง มีแนวทางปฏิบัติอย่างไรเพื่อให้มั่นใจว่าปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตสังคมได้รับการตอบสนอง?

(6) มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความต่อเนื่องในการดูแล.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1(61) การสื่อสารและประสานงานภายในทีม (information exchange and coordination)

ใช้การประเมินและทดสอบความเสี่ยง (FMEA) เพื่อค้นหาโอกาสเกิด misconnection เมื่อจะซื้อ catheter และ tube ชนิดใหม่, ส่งเสริมให้จัดซื้อ tube และ catheter ซึ่งถูกออกแบบเพื่อความปลอดภัยและป้องกัน misconnections กับอุปกรณ์หรือ tube อื่นๆ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			611 มีการประสานการดูแลและสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพในทีมอย่างสม่ำเสมอ หรือในช่วงเวลาสำคัญ เพื่อความต่อเนื่องในการดูแล
			612 ข้อมูลที่สื่อสารครอบคลุมสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย สรุปการดูแลที่ได้ให้แก่ผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
			613 มีการนำแนวทางที่เป็นมาตรฐานในการสื่อสารส่งมอบข้อมูลผู้ป่วย ระหว่างผู้ปฏิบัติงานในการเปลี่ยนเวร และระหว่างหน่วยงาน[98] ไปสู่การปฏิบัติ มีการวางแนวทางที่เป็นมาตรฐานในการสื่อสารอย่างไร? มีการ monitor การปฏิบัติอย่างไร?
			614 มีการจดบันทึกคำสั่งการตรวจรักษาหรือรายงานผลการตรวจวิเคราะห์อย่างครบถ้วนโดยผู้รับ เมื่อมีคำสั่งหรือรายงานด้วยวาจาและทางโทรศัพท์
			615 มีการอ่านทวนกลับคำสั่งการตรวจรักษาหรือรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ที่จดบันทึกไว้อย่างครบถ้วนโดยผู้รับ เมื่อมีคำสั่งหรือรายงานด้วยวาจาและทางโทรศัพท์
			616 คำสั่งหรือผลการตรวจวิเคราะห์ได้รับการยืนยันโดยผู้ออกคำสั่งหรือผู้รายงานผลการตรวจวิเคราะห์
			617 มีนโยบาย และ/หรือ ระเบียบปฏิบัติ สนับสนุนการปฏิบัติที่สอดคล้องกันในการสอบทานความถูกต้องของการสื่อสารด้วยวาจาและการสื่อสารทางโทรศัพท์ มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติในเรื่องการสื่อสารด้วยวาจาอย่างไร? มีการ monitor การปฏิบัติอย่างไร?

[98] องค์ประกอบที่แนะนำได้แก่การสื่อสารโดยใช้หลัก SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation), จัดสรรเวลาให้เพียงพอสำหรับการสื่อสารข้อมูลสำคัญและสำหรับการถามตอบโดยไม่มีการขัดจังหวะ, การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วย ยาที่ได้รับ แผนการรักษา advance directives และการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ, จำกัดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย

III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (PCD.2)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

(1) ทีมผู้ให้บริการวิเคราะห์ผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง และร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงดังกล่าว.

(2) บุคลากรได้รับการฝึกอบรม เพื่อนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงมาสู่การปฏิบัติด้วยความเข้าใจ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.2(11) การกำหนดแนวทางดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและการฝึกอบรม (high-risk patients and training)
			111 ผู้นำระบุกลุ่มผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูงที่ผู้นำระบุมีอะไรบ้าง?
			112 มีการจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อใช้กับผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง ระบุสิ่งต่อไปนี้: วิธีการวางแผน, สิ่งที่ต้องบันทึกเพื่อให้ทีมดูแลผู้ป่วยสามารถทำงานและสื่อสารกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ, ข้อพิจารณาในการขอความยินยอมเป็นการเฉพาะ, ข้อกำหนดในการติดตามประเมินผู้ป่วย, คุณสมบัติหรือทักษะพิเศษของผู้ปฏิบัติงาน, ความพร้อมและการใช้เครื่องมืออุปกรณ์พิเศษ/ยา มีการจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติในผู้ป่วยและบริการดังกล่าวตามองค์ประกอบข้างต้นอย่างเหมาะสมเพียงใด?
			113 บุคลากรได้รับการฝึกอบรม ใช้นโยบายและระเบียบปฏิบัติเป็นแนวทางการดูแล มีการ monitor การปฏิบัติอย่างไร? ผลลัพธ์ในด้านภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยและบริการดังกล่าวเป็นอย่างไร?
			4.1(12) แนวทางการดูแลเฉพาะ
			121 มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และได้รับการนำไปปฏิบัติ
			122 มีแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ และได้รับการนำไปปฏิบัติ ข้อมูลการติดตามผลลัพธ์การช่วยฟื้นคืนชีพเป็นอย่างไร?
			123 มีแนวทางการสัมผัส การใช้ การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด และได้รับการนำไปปฏิบัติ ข้อมูลการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดเป็นอย่างไร?
			124 มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว และได้รับการนำไปปฏิบัติ ข้อมูลการติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวเป็นอย่างไร?
			125 มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการประคองชีวิต (life support) และได้รับการนำไปปฏิบัติ
			126 มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ ผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ และได้รับการนำไปปฏิบัติ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			ข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำเป็นอย่างไร?
			127 มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยฟอกไต และได้รับการนำไปปฏิบัติ ข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยฟอกไตเป็นอย่างไร?
			128 มีแนวทางการใช้เครื่องผูกยึด และได้รับการนำไปปฏิบัติ ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องผูกยึดเป็นอย่างไร?
			129 มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เปราะบางและช่วยตนเองไม่ได้ และได้รับการนำไปปฏิบัติ
			12A มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ช่วยตนเองไม่ได้ และได้รับการนำไปปฏิบัติ
			12B มีแนวทางการบ่งชี้และดูแลผู้ป่วยผู้มีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำทารุณ และได้รับการนำไปปฏิบัติ
			12C มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดหรือยาที่มีความเสี่ยงสูงอื่นๆ และได้รับการนำไปปฏิบัติ ผลการ monitor การปฏิบัติตามแนวทางการให้ยาเคมีบำบัดเป็นอย่างไร?
			12D มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ที่มีภาวะพร่องทางจิต/จิตเวช และได้รับการนำไปปฏิบัติ
			4.1(13) PSG: การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis)
			131 มีการ resuscitate ผู้ป่วย septic shock ตาม protocol ทันทีที่พบว่ามี hypoperfusion
			132 มีการวินิจฉัยภาวะ severe sepsis/septic shock ตามเกณฑ์ พร้อมทั้งหาเชื้อก่อโรคและแหล่งติดเชื้อที่เป็นไปได้ โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านจุลชีพครั้งแรกล่าช้าออกไป
			133 มีการให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมสอดคล้องกับชนิดเชื้อก่อโรคที่คาดว่าจะเป็นสาเหตุภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากที่พบว่ามี septic shock
			134 มีการประเมินผลการรักษา และพิจารณาผลการตรวจทางจุลชีววิทยาอย่างใกล้ชิดในสามวันแรก และปรับเปลี่ยนยาให้สอดคล้องกับเชื้อก่อโรคที่พบ
			135 ค้นหาและวินิจฉัยการติดเชื้อซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ที่จะต้องทำการผ่าตัดเพื่อกำจัดแหล่งติดเชื้อโดยเร็ว
			136 มีการให้สารน้ำอย่างเหมาะสม ทั้งประเภท อัตรา ปริมาณ มีการเฝ้าติดตามและปรับการให้สารน้ำตามสภาวะผู้ป่วย
			137 มีการให้ vasopressors ที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้ป่วยมีสารน้ำในหลอดเลือดเพียงพอแล้วแต่ระดับความดันโลหิตยังต่ำ
			138 มีการประเมิน tissue perfusion และให้การรักษาอย่างเหมาะสม ข้อมูลแนวโน้มผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย sepsis เป็นอย่างไร?

(3) การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง จะต้องทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือและผู้ช่วยที่จำเป็น.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.2(31) การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง (high-risk procedures)

			311 การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง ทำในสถานที่ที่เหมาะสม หัตถการที่มีความเสี่ยงซึ่งมีโอกาสทำในสถานการณ์ที่ไม่มีความพร้อมในเรื่องสถานที่ เครื่องมือ และผู้ช่วย มีอะไรบ้าง? มีแนวทางปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมและป้องกันปัญหาอย่างไร? มีการ monitor อย่างไร?
			312 การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง มีความพร้อมในด้านเครื่องมือ
			313 การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง มีความพร้อมในด้านผู้ช่วย

(4) มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันท่วงที.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.2(41) การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง (patient monitoring)
			411 มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีแนวทางในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างไร?
			412 มีการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันท่วงที มีข้อมูลอะไรที่แสดงให้เห็นถึงการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที?

(5) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ, มีความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญกว่ามาช่วย ทีมผู้ให้บริการอย่างทันท่วงทีในการประเมินผู้ป่วย การช่วย stabilize ผู้ป่วย การสื่อสาร การให้ความรู้ และการย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.1(51) PSG: การตอบสนองผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง (response to the deteriorating patient)
			511 มีการกำหนด early warning sign ที่จะเป็นสัญญาณเตือนว่าผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ
			512 มีการติดตามและใช้สัญญาณเตือนดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมหน่วยบริการผู้ป่วยทุกหน่วย
			513 มีการทบทวนเมื่อเริ่มมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ
			514 มีการสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญกว่าโดยใช้รูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสม
			515 มีความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญกว่าอย่างทันท่วงที
			516 ทีมผู้เชี่ยวชาญกว่ามีช่วยในการประเมิน การ stabilize ผู้ป่วย การสื่อสาร การให้ความรู้
			517 มีการย้ายผู้ป่วยไปอยู่ในความดูแลของผู้ที่มีความสามารถที่เหมาะสม ถ้าจำเป็น ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างไร?

(6) ทีมผู้ให้บริการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.2(61) การวิเคราะห์และปรับปรุง (analysis and improvement)
			611 ทีมผู้ให้บริการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วย/การทำหัตถการ ที่มีความเสี่ยงสูง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นอย่างไร?
			612 ทีมผู้ให้บริการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงอย่างไร?

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (PCD.3)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ก. การระงับความรู้สึก

(1) มีการประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการระงับความรู้สึก, นำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม รวมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ก(11) การประเมิน (pre-anesthesia assessment)
			111 มีการประเมินผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการระงับความรู้สึก
			112 ผู้ป่วยได้รับการประเมินอีกครั้งหนึ่งก่อนการนำสลบ
			113 การประเมินทั้งสองครั้ง กระทำโดยผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม และได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย
			4.3ก(12) การวางแผน (anesthesia planning)
			121 มีการนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการระงับความรู้สึก และบันทึกแผนเป็นลายลักษณ์อักษร
			122 มีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง โดยใช้เกณฑ์ที่เหมาะสม

(2) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึกถ้าเป็นไปได้. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการระงับความรู้สึก.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ก(21) การให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วม (inform patients and families)
			211 มีการให้ความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ในประเด็นเรื่องความเสี่ยง ประโยชน์ และทางเลือกของการระงับความรู้สึก โดยวิสัญญีแพทย์หรือผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
			212 ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึกถ้าเป็นไปได้
			4.3ก(22) การเตรียมผู้ป่วย (pre-anesthesia preparation)

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			221 ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย[99] ก่อนการระงับความรู้สึก
			222 ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจก่อนการระงับความรู้สึก

(3) กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ก(31) กระบวนการระงับความรู้สึก (anesthetic process)
			311 กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของสถานพยาบาล
			312 กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัย
			313 ผู้ที่ให้การระงับความรู้สึกเป็นผู้มีคุณสมบัติเหมาะสม
			4.3ก(32) PSG: การระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย (safe anesthesia)
			321 ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินทางเดินหายใจก่อนเริ่มต้นนำสลบโดยใช้เกณฑ์ที่ชัดเจน, มีการเตรียมความพร้อมสำหรับปัญหา difficult airway[100], มีการตรวจสอบและเฝ้าติดตามว่าท่อหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม[101]
			322 ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับ General Anesthesia (GA) ได้รับออกซิเจนเสริม มีการเฝ้าติดตาม tissue oxygenation และ tissue perfusion อย่างต่อเนื่องโดยใช้ pulse oximeter ซึ่งมี variable-pitch pulse tone ดังขนาดที่จะได้ยินทั่วทั้งห้องผ่าตัด

(4) มีการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึกและในช่วงรอฟื้นอย่างครบถ้วน. มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินระหว่างการระงับความรู้สึกและระหว่างรอฟื้น. ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากบริเวณรอพักฟื้นโดยผู้มีคุณวุฒิ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ก(41) การบันทึกวิธีและเทคนิคการระงับความรู้สึก (documentation)
			411 มีการบันทึกวิธีและเทคนิคการระงับความรู้สึกที่ใช้ในเวชระเบียน
			4.3ก(42) การเฝ้าติดตามระหว่างระงับความรู้สึก (monitoring during anestasia)

[99] รวมถึงการงดอาหารก่อนที่จะให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วย elective และการให้ยาเพื่อลดการหลั่งของกรดในกระเพาะอาหารในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการสำลัก

[100] (1) มีแผนสำหรับจัดการเรื่องทางเดินหายใจและเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผน (2) เมื่อคาดว่าจะมีปัญหา difficult airway จะต้องเตรียมให้มีความช่วยเหลือพร้อมระหว่างการนำสลบ และมีแผนสำรองสำหรับการจัดการเรื่องทางเดินหายใจอย่างชัดเจน (3) สำหรับผู้ป่วยที่ทราบว่าเคยมีปัญหา difficult airway ควรเลือกใช้การระงับความรู้สึกด้วยวิธีอื่น เช่น การระงับความรู้สึกเฉพาะที่ หรือการใส่ท่อช่วยหายใจขณะตื่นโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ (4) วิสัญญีแพทย์ทุกคนควรธำรงไว้ซึ่งทักษะในการจัดการเรื่องทางเดินหายใจ คุ้นเคยและมีความสามารถใช้การใช้วิธีการที่หลากหลายในการจัดการกับปัญหา difficult airway

[101] ควรยืนยันตำแหน่งของท่อช่วยหายใจด้วยการใช้ capnography ถ้าเป็นไปได้

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			421 มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติระบุความถี่ขั้นต่ำและประเภทของการเฝ้าติดตามระหว่างระงับความรู้สึก เพื่อปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร สำหรับผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกันและได้รับการระงับความรู้สึกแบบเดียวกัน
			422 มีการเฝ้าติดตามสภาวะของผู้ป่วย[102] ขณะให้การระงับความรู้สึก โดยมีวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาลคอยเฝ้าติดตามอยู่ตลอดเวลา
			423 มีการบันทึกผลการเฝ้าติดตามในเวชระเบียน
			4.3ก(43) การเฝ้าติดตามและบันทึกหลังได้รับการระงับความรู้สึก (post-anesthesia monitoring and documentation)
			431 ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าติดตามระหว่างรอฟื้นตามนโยบาย
			432 มีการบันทึกข้อมูลการเฝ้าติดตามระหว่างรอฟื้นในเวชระเบียนผู้ป่วย
			433 ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้นโดยผู้มีคุณวุฒิ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้[103]
			434 ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าติดตามภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปหอผู้ป่วยทั่วไป
			4.3ก(44) การเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉิน (preparation for emergency situation)
			441 มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินระหว่างการระงับความรู้สึก
			442 มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินระหว่างรอฟื้น

(5) มีการใช้เครื่องมือ วัสดุ และยาตามที่องค์กรวิชาชีพด้านวิสัญญีแนะนำ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ก(51)การใช้เครื่องมือ วัสดุ และยา (use of recommended equipment, supplies, and medications)
			511 มีการใช้เครื่องมือตามที่องค์กรวิชาชีพด้านวิสัญญีแนะนำ
			512 มีการใช้วัสดุการแพทย์ตามที่องค์กรวิชาชีพด้านวิสัญญีแนะนำ
			513 มีการใช้ยาตามที่องค์กรวิชาชีพด้านวิสัญญีแนะนำ

[102] มีการ monitor ความเพียงพอของทางเดินหายใจ (airway) และการหายใจ (ventilation) โดยการสังเกตและการฟังอย่างต่อเนื่อง, มีการ monitor การไหลเวียนเลือด (circulation) อย่างต่อเนื่องโดยการฟังหรือการคลำจังหวะเต้นของหัวใจ หรือโดยการแสดงอัตราเต้นของหัวใจบน cardiac monitor หรือ pulse oximeter, มีการวัดความดันโลหิตอย่างน้อยทุก 5 นาที และบ่อยกว่าหากมีข้อบ่งชี้ทางคลินิก, มีการวัดอุณหภูมิของร่างกายเมื่อมีข้อบ่งชี้ ตามช่วงเวลาที่เหมาสม, มีการประเมินความลึกของการระงับความรู้สึก (depth of anesthesia) หรือระดับของความไม่รู้สึกตัว (degree of unconscious) อย่างสม่ำเสมอโดยใช้การสังเกตทางคลินิก

[103] (1) โดยวิสัญญีแพทย์, (2) โดยพยาบาลซึ่งใช้เกณฑ์จำหน่ายที่สถานพยาบาลกำหนด, (3) ย้ายไปยังหน่วยดูแลซึ่งมีความสามารถในการให้การดูแลหลังการระงับความรู้สึก เช่น หออภิบาลผู้ป่วยหนัก

ข. การผ่าตัด

(1) มีการวางแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดแต่ละรายโดยนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยมาพิจารณา. มีการบันทึกแผนการผ่าตัดและการวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัดไว้ในเวชระเบียน. มีการประเมินความเสี่ยงและประสานกับผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลที่ปลอดภัย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ข(11) การวางแผน (surgical care planning)
			111 มีการวางแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดแต่ละรายโดยนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยมาพิจารณา
			112 มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัดและแผนการทำหัตถการในเวชระเบียนผู้ป่วยโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบ ก่อนที่จะทำหัตถการ
			113 มีการประเมินความเสี่ยง และประสาน/ปรึกษา กับผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลที่ปลอดภัย

(2) มีการอธิบายความจำเป็น ทางเลือกของวิธีการผ่าตัด โอกาสที่จะต้องใช้เลือด ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ข(21) การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว (informing patients and families)
			211 มีการอธิบายความจำเป็นของการผ่าตัด ข้อดี ทางเลือก ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ตัดสินใจแทน
			212 มีการอธิบายโอกาสที่จะต้องใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ข้อดี ทางเลือก และความเสี่ยง
			213 ศัลยแพทย์ที่จะผ่าตัดผู้ป่วยหรือผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้ให้ความรู้

(3) มีการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อม ลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการติดเชื้อ ทั้งในกรณีผ่าตัดฉุกเฉินและกรณีผ่าตัดที่มีกำหนดนัดล่วงหน้า. มีกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ข(31) การเตรียมความพร้อม (preoperative preparation)
			311 มีการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อลดความเสี่ยงจากการผ่าตัด
			312 มีการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
			313 การเตรียมความพร้อมครอบคลุมทั้งกรณีผ่าตัดฉุกเฉินและกรณีผ่าตัดที่มีกำหนดนัดล่วงหน้า
			4.3ข(32) PSG: การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI prevention)

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			321 มีการค้นหาและรักษาการติดเชื้อทุกอย่างที่เกิดขึ้นห่างจากตำแหน่งที่จะผ่าตัด และเลื่อนการผ่าตัดไปจนกว่าการติดเชื้อจะหมดไป (ยกเว้นกรณีผ่าตัดฉุกเฉิน)
			322 ไม่โกนขนที่ผิวหนังก่อนผ่าตัด ยกเว้นเมื่อมีการรบกวนต่อการผ่าตัดจะใช้ electric clipper
			323 ให้ prophylactic antibiotic ที่เหมาะสมกับการผ่าตัด เมื่อมีข้อบ่งชี้ ให้มีระดับยาในซีรั่มและเนื้อเยื่อสูงพอเมื่อขณะลงมีด ตลอดการผ่าตัด และหลังผ่าตัดเสร็จสิ้นอีก 2-3 ชั่วโมง
			4.3ข(33) PSG: การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง (prevention of wrong surgery)
			331 มีการใช้เครื่องหมายเพื่อระบุตำแหน่งผ่าตัดที่ชัดเจนเข้าใจได้โดยทันที และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการทำเครื่องหมาย
			332 มีการใช้รายการตรวจสอบ (safety surgical checklist) หรือกระบวนการอื่นเพื่อยืนยันความถูกต้องของตำแหน่ง หัตถการ ตัวผู้ป่วย ก่อนการผ่าตัด รวมถึงยืนยันว่ามีเอกสารและเครื่องมืออุปกรณ์ที่ต้องการอยู่ในมือ ถูกต้องและใช้การได้
			333 ทีมผ่าตัดทุกคนร่วมในกระบวนการขอเวลานอก (time out) และบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเริ่มต้นหัตถการผ่าตัด
			334 มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อสร้างความมั่นใจในการผ่าตัดที่ถูกตำแหน่ง ถูกหัตถการและถูกคน เป็นแนวทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร รวมถึงการทำหัตถการทางการแพทย์และทันตแพทย์นอกห้องผ่าตัด

(4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลและผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ข(41) สิ่งแวดล้อมของการผ่าตัด (surgical care environment)
			411 มีการจัดแบ่งพื้นที่ กำหนดการไหลเวียน และป้องกันการปนเปื้อนในห้องผ่าตัด
			412 มีการทำความสะอาดบริเวณห้องผ่าตัดและเตียงผ่าตัดตามมาตรฐาน
			413 มีการทำความสะอาดเครื่องมือ/อุปกรณ์ผ่าตัดและทำให้ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน
			414 มีการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ และเจ้าหน้าที่ช่วยผ่าตัด พร้อมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
			415 มีการดูแลระหว่างรอผ่าตัดอย่างเหมาะสมและปลอดภัย
			416 มีการตรวจนับเครื่องมือและอุปกรณ์อย่างถูกต้อง
			417 มีการจัดการกับชิ้นเนื้อที่ตัดออกมาจากผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
			418 มีการเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤติกับผู้ป่วย

(5) มีการบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดในเวชระเบียนผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ข(51) รายงานทางศัลยกรรม (documentation)

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			511 มีบันทึกการผ่าตัดในเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อช่วยในการดูแลต่อเนื่อง อย่างน้อยประกอบด้วย การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด ชื่อศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัดและผู้ช่วย ชื่อหัตถการ สิ่งส่งตรวจทางศัลยกรรมที่ส่งไปตรวจ การระบุถึงภาวะแทรกซ้อนหรือการไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงปริมาณการสูญเสียเลือด วันที่ เวลา และลายมือชื่อของแพทย์ผู้รับผิดชอบ
			512 มีการจัดทำบันทึกการผ่าตัดในเวชระเบียนผู้ป่วย เสร็จก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากบริเวณรอฟื้นหลังการระงับความรู้สึก
			4.3ข(52) การเฝ้าติดตามและบันทึกระหว่างการผ่าตัด (intra-operative monitoring)
			521 มีการเฝ้าติดตามสภาวะทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระหว่างการผ่าตัด
			522 มีการบันทึกสิ่งที่พบจากการเฝ้าติดตามไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

(6) มีการติดตามดูแลหลังผ่าตัดเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยและลักษณะการผ่าตัด.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ข(61) การดูแลหลังผ่าตัด (post-surgical care)
			611 มีการวางแผนการดูแลหลังผ่าตัดในช่วงแรกสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วยการดูแลทางการแพทย์ การพยาบาล และด้านอื่นๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและลักษณะการผ่าตัด และบันทึกในเวชระเบียนภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
			612 มีการให้การดูแลตามแผนที่วางไว้

ค. อาหารและโภชนบำบัด

(1) ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยมีระบบบริการอาหารที่ดี.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ค(11) บริการอาหาร (food service)
			111 มีอาหารหรือโภชนาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยพร้อมให้บริการเป็นปกติประจำ
			112 มีการบันทึกคำสั่งอาหารในเวชระเบียนก่อนที่จะให้บริการอาหารแก่ผู้ป่วย โดยพิจารณาสภาวะทางโภชนาการและความต้องการของผู้ป่วย
			113 มีระบบบริการอาหารที่ดี และมีอาหารที่หลากหลายให้ผู้ป่วยเลือก
			114 ครอบครัวที่จัดหาอาหารให้ผู้ป่วย ได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เป็นข้อจำกัดของผู้ป่วย

(2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนโภชนบำบัด, ได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ค(21) โภชนบำบัด (nutritional therapy)
			211 ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการได้รับการประเมินภาวะโภชนาการและวางแผนโภชนบำบัด
			212 ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนการ ได้รับโภชนบำบัดหรืออาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ
			213 มีการเฝ้าติดตามการตอบสนองของผู้ป่วยต่อโภชนบำบัด และบันทึกในเวชระเบียน

(3) มีการให้ความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการและโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมและบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ค(31) การให้ความรู้ (food and nutritional education)
			311 มีการบ่งชี้ผู้ป่วยและครอบครัวที่จำเป็นต้องได้รับความรู้ด้านอาหาร โภชนาการและโภชนบำบัด
			312 มีการให้ความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการและโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมอาหาร และการบริโภคอาหาร
			313 มีการวัดผลลัพธ์หลังให้ความรู้

(4) การผลิตอาหาร การจัดเก็บ การส่งมอบ และการจัดการกับภาชนะ / อุปกรณ์ / ของเสีย / เศษอาหาร เป็นไปอย่างปลอดภัยตามหลักปฏิบัติที่ยอมรับทั่วไป เพื่อลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อน การเน่าเสีย การเกิดแหล่งพาหะนำโรค และการแพร่กระจายของเชื้อโรค.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ค(41) การสุขาภิบาลอาหาร (food sanitation)
			121 อาหารได้รับการจัดเตรียมในลักษณะที่ลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อนและเน่าเสีย
			122 อาหารได้รับการจัดเก็บในลักษณะที่ลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อนและเน่าเสีย
			123 ผลิตภัณฑ์อาหารที่ให้ผ่านทางเดินอาหารได้รับการจัดเก็บตามข้อแนะนำของบริษัทผู้ผลิต
			124 มีการส่งมอบอาหารเป็นไปอย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อนและการเน่าเสีย ตรงเวลา และคำสั่งอาหารเฉพาะได้รับการตอบสนอง
			125 การจัดการกับภาชนะ อุปกรณ์ ของเสีย เศษอาหาร เป็นไปอย่างเหมาะสมเพื่อลดการเกิดแหล่งพาหะนำโรคและการแพร่กระจายของเชื้อโรค
			126 การปฏิบัติต่างๆ เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และแนวทางซึ่งเป็นที่ยอมรับ
			127 มีการประเมินโดยใช้แบบประเมินด้านสุขาภิบาลอาหารของกองโภชนาการ และมีการปรับปรุงตามผลการประเมิน

ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

(1) บุคลากรมีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ง(11) ความตระหนักของบุคลากร (staff awareness)
			111 บุคลากรตระหนักในความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

(2) ผู้ป่วย / ครอบครัว ได้รับการประเมิน / ประเมินซ้ำ เกี่ยวกับอาการ การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ง(21) การประเมิน/ประเมินซ้ำ (assessment and reassessment)
			211 ผู้ป่วยได้รับการประเมิน/ประเมินซ้ำ ตามภาวะความต้องการของผู้ป่วย[104]
			212 ผลการประเมินชี้นำการดูแลและบริการที่จัดให้
			213 ผลการประเมินได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

(3) ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างเหมาะสมทั้งในด้านการบรรเทาอาการ, ความต้องการด้านจิตสังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ, การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ง(31) การดูแลผู้ที่กำลังจะเสียชีวิต (care of the dying patients)
			311 มีการดูแลเพื่อจัดการความเจ็บปวด และอาการหลักหรืออาการที่ตามมา
			312 มีการป้องกันอาการและภาวะแทรกซ้อนเท่าที่จะสามารถทำได้
			313 มีการดำเนินการเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตสังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวเนื่องจากการเสียชีวิตและความเศร้าโศก
			314 มีการดำเนินการเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว
			315 ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล
			316 มีการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยครอบครัวและบุคลากร

[104] ควรประเมินในประเด็นต่อไปนี้ (1) อาการ เช่น คลื่นไส้ หายใจลำบาก (2) ปัจจัยที่ทำให้อาการทุเลาหรือกำเริบ (3) การตอบสนองต่อการบำบัดอาการที่ให้ไป (4) ความเชื่อและความต้องการด้านจิตวิญญาณ (5) สภาวะด้านจิตสังคม เช่น ความสัมพันธ์ของครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่บ้าน (6) การมีเวลาหยุดพักสำหรับผู้ดูแล (7) ความต้องการทางเลือกในการดูแล (8) ปัจจัยเสี่ยงของครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น กลไกการจัดการปัญหาของครอบครัว โอกาสเกิดความเศร้าโศกที่รุนแรง

จ. การบำบัดอาการเจ็บปวด

(1) ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการเจ็บปวดอย่างเหมาะสมกับระดับความรุนแรงและลักษณะของอาการเจ็บปวด.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3จ(11) การคัดกรองและประเมิน (pain screening and assessment)
			111 ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองความเจ็บปวด
			112 เมื่อพบว่ามีความเจ็บปวดจากการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อหรือสถานพยาบาลทำการประเมินอย่างครอบคลุม เหมาะสมกับอายุของผู้ป่วย มีการวัดระดับและระบุรายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บปวด เช่น ลักษณะ ความถี่ ตำแหน่ง และระยะเวลาของความเจ็บปวด
			113 มีการบันทึกผลการประเมินในลักษณะที่เอื้อต่อการประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอและการติดตาม ตามเกณฑ์ที่จัดทำโดยองค์กรและตามความต้องการของผู้ป่วย

(2) ทีมผู้ให้บริการให้การบำบัดรักษาอาการเจ็บปวดอย่างเหมาะสม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3จ(21) การบำบัดรักษา (pain management)
			211 มีกระบวนการเพื่อบ่งชี้ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด
			212 ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดได้รับการดูแลตามแนวทางการบำบัดความเจ็บปวด
			213 มีกระบวนการสื่อสารและให้ความรู้เรื่องความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
			214 มีกระบวนการให้ความรู้เรื่องความเจ็บปวดแก่บุคลากร

ฉ. การฟื้นฟูสภาพ

(1) มีการวางแผนฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยตามผลการประเมินด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เพื่อชี้นำการดูแลด้านฟื้นฟูสภาพตามสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย

N	P	M	
			4.3ฉ(11) การวางแผน (rehabilitation planning)
			111 มีการวางแผนฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยตามผลการประเมินด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม
			112 แผนฟื้นฟูสภาพเป็นตัวชี้นำดูการดูแลด้านฟื้นฟูสภาพตามสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย

(2) การฟื้นฟูสภาพช่วยฟื้น ยกระดับหรือธำรงไว้ซึ่งระดับที่เหมาะสมในการใช้งานอวัยวะ การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเอง การพึ่งตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			4.3ฉ(21) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation implementation)
			211 มีการฟื้นฟูสภาพตามแผน
			212 มีความร่วมมือระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย
			213 ครอบครัวและชุมชนได้รับการเสริมพลังให้มีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน
			214 มีการประเมินผลการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย
			215 มีการประมวลและวิเคราะห์ผลการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม ในประเด็น การใช้งานอวัยวะ การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเอง การพึ่งตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
			216 การฟื้นฟูสภาพช่วยฟื้น ยกระดับหรือธำรงไว้ซึ่งระดับที่เหมาะสมในการใช้งานอวัยวะ การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเอง การพึ่งตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

III – 5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว (IMP)

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว และกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล.

(1) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้. การประเมินครอบคลุม ปัญหา / ความต้องการของผู้ป่วย, ขีดความสามารถ, ภาวะทางด้านอารมณ์ จิตใจ, ความพร้อมในการเรียนรู้และดูแลตนเอง.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5(11) การประเมิน
			111 มีการประเมินและบันทึกปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย สิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเรียนรู้
			112 มีการประเมินและบันทึกความสามารถและความพร้อมในการเรียนรู้[105] และความเต็มใจที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว
			113 มีการใช้ผลการประเมินในการวางแผนให้ความรู้และกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้

(2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่จำเป็นและช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเองและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี แก่ผู้ป่วยและครอบครัว, อย่างเหมาะสมกับปัญหา เวลา มีความชัดเจนและเป็นที่เข้าใจง่าย. มีการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5(21) การให้ความรู้ตอบสนองความต้องการ (meet ongoing health needs)
			211 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้และการฝึกอบรมเพื่อตอบสนองความต้องการหรือเป้าหมายสุขภาพของผู้ป่วย
			212 องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับแหล่งความรู้ในชุมชนที่จะสนับสนุนการให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง
			213 ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังแหล่งความรู้ที่มีในชุมชนเมื่อมีข้อบ่งชี้โดยสภาวะของผู้ป่วย
			5(22) การรับรู้เบื้องต้น (basic learning)
			221 ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้กระบวนการที่จะให้ความยินยอม สภาวะของโรคและการวินิจฉัยโรค สิทธิและวิธีการที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

[105] ความเชื่อและค่านิยม, การรู้หนังสือและภาษาที่ใช้, อุปสรรค์ด้านอารมณ์และแรงจูงใจ, ข้อจำกัดด้านร่างกาย การรับรู้และความเข้าใจ

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5(23) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (patient and family education)
			231 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ได้รับ โอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยา การป้องกันโอกาสเกิดปฏิกิริยากับยาและอาหารต่างๆ
			232 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างปลอดภัยและได้ผล (ถ้ามีการใช้)
			233 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม (เมื่อมีข้อบ่งชี้)
			234 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับการบำบัดความเจ็บปวด (ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวด)
			235 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการฟื้นฟูสภาพ (เมื่อมีข้อบ่งชี้)
			236 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้ที่จำเป็นอื่นๆ เพื่อการดูแลตนเองและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
			5(24) วิธีการให้ความรู้และการประเมิน (educational methods and evaluation)
			241 การให้ความรู้และข้อมูลที่จำเป็นกระทำในเวลาที่เหมาะสม มีความชัดเจนและเป็นที่เข้าใจง่าย
			242 มีกระบวนการช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ เช่น การกระตุ้นให้ตั้งคำถาม การใช้เอกสารย้ำเสริม การสอบทานความรู้
			243 มีการบันทึกการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่เป็นรูปแบบเดียวกันโดยบุคลากรทุกคน
			244 มีการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ
			5(25) ผู้ให้ความรู้ (professional who provide education)
			251 ผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยร่วมมือกันให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว
			252 ผู้ให้ความรู้มีความรู้ในเนื้อหาที่จะให้ มีเวลาเพียงพอ และมีทักษะการสื่อสารที่จะให้ความรู้

(3) ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์จิตใจและคำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5(31) การให้ความช่วยเหลือ (support service)
			311 ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์จิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
			312 ทีมผู้ให้บริการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

(4) ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย / ครอบครัว ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์การดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย, รวมทั้งติดตามปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5(41) แนวทางการดูแลตนเองโดยผู้ป่วย/ครอบครัว (self-management strategies)
			411 มีการจัดทำแนวทาง หรือกลยุทธ์ หรือแผนการดูแลตนเอง ที่ชัดเจน
			412 แนวทาง/แผนการดูแลตนเองเกิดจากความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
			413 แนวทาง/แผนการดูแลตนเองระบุแนวทางในการติดตามปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเอง
			414 มีกระบวนการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตน

(5) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย / ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5(51) กิจกรรมเสริมทักษะ (essential skill training)
			511 ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว
			512 มีวิธีการประเมินว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้
			513 มีการติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วย/ครอบครัว ปัญหาและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

(6) ทีมผู้ให้บริการประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และการเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัว.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			5(61) การประเมินและปรับปรุง (evaluation and improvement)
			611 มีการประเมินกระบวนการจัดการเรียนรู้และการเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว
			612 มีการปรับปรุงตามผลการประเมิน

III -6 การดูแลต่อเนื่อง

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.

(1) มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้. มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6(11) นโยบายเกี่ยวกับการส่งต่อหรือจำหน่าย (referral/discharge policies)
			111 ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ และ/หรือ จำหน่าย ตามสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
			112 มีการพิจารณาความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์หรือข้อบ่งชี้ที่ทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยปลอดภัย
			113 การวางแผนส่งต่อ และ/หรือ จำหน่าย เริ่มตั้งแต่แรกในกระบวนการดูแลเมื่อมีข้อบ่งชี้ และครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมตามความเหมาะสม
			114 มีแนวทางในการอนุญาตให้ผู้ป่วยที่รับไว้ ออกนอกโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่วางแผนการรักษาไว้ โดยมีกำหนดเวลาที่ชัดเจน
			6(12) ระบบนัดหมาย (appointment for follow up)
			121 มีระบบนัดหมายผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง
			122 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำแนะนำการนัดติดตามตรวจรักษาในรูปแบบที่เข้าใจง่าย ระบุการนัดติดตาม ภาวะที่ควรได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน และคำแนะนำสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
			123 มีระบบติดตามกลับมารับการดูแลต่อเนื่องตามกำหนดนัดหมาย
			6(13) ระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษา (assistant and consultation)
			131 มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม

(2) องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ ชุมชน และองค์กรอื่นๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยและบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6(21) การสร้างความร่วมมือและประสานงาน (collaboration and coordination)
			211 องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานกับหน่วยบริการสุขภาพ ชุมชน และองค์กรอื่นๆ ในการติดตามดูแลผู้ป่วย และการให้บริการ[106]
			212 มีการพัฒนาศักยภาพให้แก่หน่วยบริการสุขภาพที่ให้การดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับลักษณะผู้ป่วยที่ต้องรับดูแล
			6(22) การส่งต่อไปยังองค์กรอื่น (transfer of patients)
			221 ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังองค์กรอื่นตามความจำเป็นในการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงอันตราย การดูแลระหว่างส่งต่อ การส่งมอบหน้าที่ และการจัดการหากไม่สามารถส่งต่อได้
			222 มีการพิจารณาความสามารถขององค์กรที่จะรับผู้ป่วย โดยมีการจัดทำข้อตกลงล่วงหน้ากับองค์กรที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อเป็นประจำ
			223 มีการเฝ้าติดตามผู้ป่วยทุกรายขณะส่งต่อ โดยผู้มีคุณสมบัติเหมาะสม
			224 มีการบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยในเวชระเบียน ระบุชื่อสถานพยาบาลและบุคคลที่ตกลงจะรับผู้ป่วย เหตุผลในการส่งต่อ เงื่อนไขพิเศษต่างๆ สภาวะผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงในขณะส่งต่อ และข้อมูลอื่นๆ ตามนโยบายขององค์กร
			6(23) การเคลื่อนย้าย (transporation)
			231 มีการประเมินความต้องการด้านการเคลื่อนย้ายเมื่อจะมีการส่งต่อผู้ป่วย หรือส่งกลับบ้าน
			232 การเคลื่อนย้ายที่จัดให้หรือจัดหามามีความเหมาะสมกับความต้องการและสภาวะของผู้ป่วย
			233 ยานพาหนะที่เป็นของสถานพยาบาลเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการปฏิบัติการ สภาพ และการบำรุงรักษา
			234 ยานพาหนะที่ได้มาตามสัญญาจ้าง เป็นไปตามข้อกำหนดของสถานพยาบาลเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยในการเคลื่อนย้าย
			235 ยานพาหนะที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายมีเครื่องมือ วัสดุ และยาที่เหมาะสมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่จะเคลื่อนย้าย
			236 มีกระบวนการพร้อมเพื่อเฝ้าติดตามคุณภาพและความปลอดภัยของการเคลื่อนย้าย รวมถึงกระบวนการร้องเรียน

[106] รวมถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ การให้บริการช่วยเหลือด้านสังคม อาหาร การเงิน จิตใจ และความช่วยเหลืออื่นๆ

(3) มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง ทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6(31) การสื่อสารข้อมูล (communication of patient information)
			311 มีการสื่อสารสรุปข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย[107] ให้แก่หน่วยบริการที่จะดูแลต่อเนื่อง ไปพร้อมกับผู้ป่วย
			312 มีการสื่อสารข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก
			313 มีการคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยในการสื่อสารข้อมูล
			314 มีระบบติดตามรับข้อมูลจากหน่วยบริการที่รับดูแลต่อเนื่องเพื่อนำมาใช้ประโยชน์

(4) มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูลสำหรับการดูแลต่อเนื่อง.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6(41) การทบทวน (medical record review)
			411 มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูลสำหรับการดูแลต่อเนื่อง

(5) มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำผลการติดตามมาใช้ปรับปรุง/วางแผนบริการในอนาคต.

N	P	M	Extended Evaluation Guide
			6(51) การติดตาม
			511 มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่องเพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง
			512 มีการนำผลการติดตามมาใช้ปรับปรุง/วางแผนบริการในอนาคต

[107] สรุปข้อมูลสรุปทางคลินิกระบุสภาวะของผู้ป่วย หัตถการและการตรวจรักษาอื่นๆ ที่ได้ทำไปแล้ว ความต้องการการดูแลที่ยังคงมีอยู่ของผู้ป่วย

ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร

IV-1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (PCR)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านผลลัพธ์ กระบวนการ ความปลอดภัย และ functional status ของผู้ป่วย[108].

IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (CFR)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจ, ความไม่พึงพอใจ, คุณค่าจากมุมมองของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่นๆ, การคงอยู่ การแนะนำ และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับผลงาน.

IV-3 ผลด้านการเงิน (FNR)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญของผลการดำเนินงานด้านการเงิน[109].

IV-4 ผลด้านทรัพยากรบุคคล (HRR)

(1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลความผูกพันของบุคลากร ความพึงพอใจของบุคลากร การพัฒนาบุคลากรและผู้นำ.

(2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับขีดความสามารถ ระดับอัตรากำลัง การรักษาไว้ และทักษะที่เหมาะสมของบุคลากร.

(3) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับบรรยากาศการทำงาน สุขอนามัย ความปลอดภัย สวัสดิภาพ บริการและสิทธิประโยชน์ ของบุคลากร.

IV-5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR)

(1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน (operational performance) ของระบบงาน รวมทั้งความพร้อมสำหรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน.

(2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน (operational performance) ของกระบวนการสำคัญ[110].

---

[108] **ตัวชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วย** ได้มาจากการวิเคราะห์โรคสำคัญที่โรงพยาบาลให้การดูแล ซึ่งแต่ละโรคควรจะมีชุดของตัวชี้วัดซึ่งสะท้อนประเด็นสำคัญของโรคนั้นๆ อย่างครบถ้วน

[109] **ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานทางการเงิน** เช่น รายได้, กำไรขาดทุน, สินทรัพย์สุทธิ, ประสิทธิภาพการจัดการด้านการเงิน, ความอยู่รอดทางการเงิน (สภาพคล่อง อัตราส่วนหนี้สิ้นต่อทุน การไหลเวียนของเงินสด)

IV-6 ผลด้านการนำ (LDR)

(1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการขององค์กร[111].

(2) องค์กรแสดงให้เห็นผลของพฤติกรรมที่มีจริยธรรม ความเชื่อมั่นในผู้นำระดับสูงและการกำกับดูแลกิจการ[112].

(3) องค์กรแสดงให้เห็นผลของความรับผิดชอบทางการเงิน (fiscal accountability) ทั้งภายในและภายนอก[113].

(4) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการประเมินองค์กร การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ.

(5) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการสนับสนุน ความร่วมมือและความรับผิดชอบต่อชุมชน.

IV-7 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (HPR)

(1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของบุคลากร.

(2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพที่สำคัญ.

(3) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของประชากรในชุมชน.

---

[110] **ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของกระบวนการ** เช่น ผลิตภาพ (productivity), รอบเวลา, ประสิทธิผล, ประสิทธิภาพ, การเข้าถึง, ความเหมาะสม, ความต่อเนื่อง, ความครอบคลุม ซึ่งควรครอบคลุมระบบงานสำคัญขององค์กรทั้งหมดในมาตรฐานตอนที่ I และ II เช่น ระบบสารสนเทศ การจัดการความรู้ ระบบบริหารความเสี่ยง/คุณภาพ/ความปลอดภัย, การกำกับดูแลวิชาชีพ, ระบบบริหารสิ่งแวดล้อม เครื่องมือ และสาธารณูปโภค, ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ , ระบบเวชระเบียน, ระบบยา, บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์, บริการรังสีวิทยา, การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

[111] **ตัวชี้วัดเกี่ยวกับกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการขององค์กร**ในหัวข้อนี้ ครอบคลุม การบรรลุกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่ไม่ถูกครอบคลุมด้วยหัวข้ออื่น

[112] **ผลของการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม ความเชื่อมั่นในผู้นำระดับสูงและการกำกับดูแลกิจการ** เช่น รายงานการตรวจสอบและทบทวนทางด้านจริยธรรม, การให้คะแนนหรือจัดอันดับระบบกำกับดูแลกิจการในด้าน ความรับผิดรับชอบ (accountability) การมีส่วนร่วม การคาดการณ์ได้ ความโปร่งใส

[113] **ผลของความรับผิดชอบทางการเงิน** เช่น รายงานการตรวจสอบทางการเงิน ข้อแนะนำของผู้ตรวจสอบ การตอบสนองของผู้บริหาร