

คำชี้แจงประกอบการใช้ HA Scoring 2011

แนวคิด

HA Scoring 2011 เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมิน maturity ของการพัฒนาในโรงพยาบาล ซึ่งจัดทำขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดที่ปรับเปลี่ยนไปดังนี้

- 1) การเยี่ยมสำรวจคือการทบทวนโดยมิตรจากภายนอก (external peer review) เพื่อรับรู้ maturity ของการพัฒนา และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- 2) ผู้เยี่ยมสำรวจมีหน้าที่ในการ
 - a. รับรู้บริบทและผลงานการพัฒนาของโรงพยาบาล
 - b. สร้างกระบวนการเรียนรู้จากผลงานของโรงพยาบาล
 - c. ร่วมกับโรงพยาบาลในการจัดทำประเด็นในแผนการพัฒนา (Issues for Improvement-IFI) ที่เหมาะสมและสมบูรณ์
- 3) โรงพยาบาลมีหน้าที่ในการ
 - a. ใช้ HA Scoring 2011 ในการประเมินตนเองและจัดทำร่างประเด็นในแผนการพัฒนาเพื่อยกระดับ maturity
 - b. พาผู้เยี่ยมสำรวจตามรอยระบบงานต่างๆ ของโรงพยาบาล
- 4) การผ่านการรับรองจะมีระดับต่างๆ ซึ่งรับรู้กันเป็นการภายใน และมีผลต่อความเข้มข้นของการติดตามดังนี้
 - a. ระดับพอผ่าน เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 2.5 -3.0
 - b. ระดับดี เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 3.0-3.5
 - c. ระดับดีมาก เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 3.5-4.0
 - d. ระดับดีเยี่ยม เมื่อ mode ของ score มากกว่า 4.0

แนวทางการใช้ HA Scoring 2011 สำหรับโรงพยาบาล

- 1) ศึกษาเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติสำหรับมาตรฐานแต่ละประเด็นจาก SPA
- 2) ทีมงานที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องกับมาตรฐานเรื่องนั้นร่วมกันประเมิน maturity ของการพัฒนาตาม Scoring Guideline หากมีความเห็นที่แตกต่างกัน ให้ระบุจุดแข็งและโอกาสพัฒนาในมุมมองของแต่ละคนออกมาให้มากที่สุด นำโอกาสพัฒนาไปดำเนินการแล้วจึงกลับมาประเมินใหม่
- 3) เมื่อมีความเห็นร่วมกันเกี่ยวกับระดับ maturity ที่ทำได้ ให้จัดทำแผนการพัฒนา (IFI) เพื่อยกระดับ maturity สู่อันดับ 3 หรือ 4 หรือ 5 แล้วแต่กรณี
- 4) ส่ง score และ IFI พร้อมเอกสารสรุปที่จะเสนอคณะกรรมการรับรองคุณภาพ มายัง สรพ.เพื่อขอรับการเยี่ยมสำรวจ

- 5) จัดเตรียมเอกสารสำหรับการ verify การปฏิบัติหรือผลการประเมินต่างๆ ไว้ที่โรงพยาบาลอย่างเป็นทางการหมวดหมู่

แนวทางการกำหนดระดับคะแนน

- 1) พิจารณาตามระดับ maturity ของการพัฒนา
 - a. คะแนน 1 เป็นช่วงเริ่มต้นการพัฒนา อาจจะมีลักษณะตั้งรับ เน้นที่การวิเคราะห์ การตั้งทีม การจัดหาทรัพยากร การกำหนดแนวทาง
 - b. คะแนน 2 เป็นช่วงของการวางระบบงานและเริ่มนำไปสู่การปฏิบัติ
 - c. คะแนน 3 เป็นช่วงของการปฏิบัติตามแนวทางที่ออกแบบไว้จนเห็น early result ถือว่าเป็นระดับที่คาดหวังโดยเฉลี่ย เป็นระดับที่หวังผล (effective)
 - d. คะแนน 4 เป็นช่วงของการมีความโดดเด่นในกระบวนการบางอย่าง ซึ่งอาจจะเป็นนวัตกรรม การเชื่อมโยง หรือวิธีการที่ได้ผลดีต่างๆ ตัวอย่างที่แนะนำไว้เป็นเพียงแนวทางซึ่งไม่จำเป็นต้องทำได้ครบถ้วน และอาจจะมีเรื่องอื่นๆ ที่จำเป็นต้องใช้ดุลยพินิจประกอบ
 - e. คะแนน 5 เป็นระดับที่แสดงถึงกระบวนการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ (systematic evaluation & improvement) ส่งผลให้มีผลลัพธ์ที่เป็นเลิศ เป็นผู้นำในด้านนั้นๆ
- 2) พิจารณาตามระดับความยากง่ายในการดำเนินการ
 - a. อาจจะนำข้อกำหนดในมาตรฐานแต่ละประเด็นมาพิจารณาว่าประเด็นใดที่ทำได้ง่ายที่สุด และยากขึ้นเป็นลำดับขั้น โดยพยายามให้สอดคล้องกับแนวทางในข้อ 1)
 - b. อาจจะพิจารณาระดับความยากง่ายตามศักยภาพของโรงพยาบาล
- 3) พิจารณาตามลำดับขั้นตอนที่โรงพยาบาลต้องดำเนินการก่อนหลัง
 - a. อาจพิจารณาว่าในความเป็นจริง มี sequence ของการดำเนินการวางระบบงานอย่างไรบ้าง เช่น เริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูล การออกแบบระบบ การฝึกอบรม การนำสู่การปฏิบัติ เป็นต้น
- 4) พยายามให้มีการพิจารณาในภาพรวม ให้มีรายละเอียดเท่าที่จำเป็น ไม่ต้องคัดลอกมาจากมาตรฐานทั้งหมด

แนวทางการรวมคะแนนในการประเมิน

โรงพยาบาลที่มี performance เกินกว่าระดับ 1 ขึ้นมา สามารถนำส่วนของคะแนนตั้งแต่ระดับ 2-5 มารวมกันได้โดยไม่ต้องให้ระดับขั้นที่ต่ำกว่าสมบูรณ์ เช่น ถ้าทำ 2 ได้สมบูรณ์ 3 ได้ครึ่งหนึ่ง และ 4 ได้ครึ่งหนึ่ง ก็สมารถนำครึ่งหนึ่งของ 4 มารวมกับครึ่งหนึ่งของ 3 เท่ากับว่าได้คะแนนเป็น 3

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-1 การนำ (LED)

1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)

ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ.

01 ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร (พันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม)	มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม		มีการสื่อสาร ถ่ายทอด ไปยังบุคลากร		บุคลากรมีความเข้าใจ, การปฏิบัติของผู้นำ สะท้อนค่านิยม		มีความโดดเด่น เช่น ผู้นำใช้นวัตกรรมทางการบริหาร, การเรียนรู้ ค่านิยมขององค์กรผ่าน ผลงานของทีม		การซึ่งนำส่งผลให้เกิด การเปลี่ยนแปลงที่เห็น ชัดเจนตามวิสัยทัศน์ และค่านิยม	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
02 การส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี (สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา วัฒนธรรม ความปลอดภัย)	กำหนดนโยบาย, มอบหมายผู้รับผิดชอบ, มีแผนหรือแนวทางการทำงาน		มีกิจกรรมส่งเสริมต่างๆ ที่เหมาะสมกับองค์กร (ดูแนวทางใน SPA)		ผู้นำใช้ผลการสำรวจ บรรยากาศการพัฒนา และวัฒนธรรมความปลอดภัยเพื่อปรับปรุง, นำผลการพัฒนามา สร้างการเรียนรู้		ผู้นำ proactive ในการ ติดตามและสนับสนุนให้ เกิดการพัฒนา การ สร้างนวัตกรรม และ วัฒนธรรมความปลอดภัย		ความตื่นตัวในการ พัฒนา การสร้างนวัตกรรม การเรียนรู้ อยู่ใน ระดับสูงมาก	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
03 การสื่อสาร เสริมพลัง จูงใจ เน้นที่การปฏิบัติ	มีแนวทางการสื่อสารที่ชัดเจน (ช่องทาง เนื้อหา กลุ่มเป้าหมาย ความถี่), มีการกำหนด ขอบเขตการให้อำนาจ ตัดสินใจที่ชัดเจน		มีการสื่อสารและเสริมพลังตามแนวทางที่กำหนดไว้, มีกลไกการ สื่อสารสองทาง		มีการกำหนดจุดเน้น ของการพัฒนาที่ชัดเจน, มีการสื่อสาร เสริมพลัง สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการนำจุดเน้นไป ปฏิบัติอย่างจริงจัง		มีความโดดเด่น เช่น ผู้นำติดตามการปฏิบัติตามจุดเน้น, ผู้นำจูง ประกายให้เกิดพลังใน การทำงาน (Zapp)		มีการประเมินความ เข้าใจ ความมั่นใจ แรง จูงใจต่อทิศทางและ จุดเน้นขององค์กร และ นำมาปรับปรุง ส่งผลให้ บุคลากรโดยรวมสร้าง ผลงานที่ดี สอดคล้อง กับทิศทางขององค์กร	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0

1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)													
องค์กรแสดงถึงระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ สร้างความมั่นใจว่ามีการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม และมีส่วนสนับสนุนต่อสุขภาพของชุมชน.													
04 ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ	มีระบบการควบคุมภายใน, มีโครงสร้างการกำกับดูแล (governance)			มีระบบการตรวจสอบจากภายนอก, มีระบบรายงานต่อผู้กำกับดูแลกิจการ			มีระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี, มีระบบประเมินผู้นำและระบบการนำ			มีการพัฒนาผู้นำและปรับปรุงระบบการนำตามผลการประเมิน		ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความไว้วางใจต่อการทำงานของผู้บริหาร	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0			
05 ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม	มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง ผลกระทบด้านลบ ความกังวลของสาธารณะ การใช้ทรัพยากร กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และปัญหาจริยธรรมที่สำคัญ ¹			มีแนวทาง กระบวนการหรือมาตรการรองรับในประเด็นที่สำคัญ, มีระบบติดตามกำกับและดำเนินการเมื่อมีการฝ่าฝืนหลักจริยธรรม			มีการเตรียมการเชิงรุกหรือกำหนดกระบวนการ/มาตรการที่เหมาะสมกับประเด็นที่วิเคราะห์ไว้ อย่างครบถ้วน			มีการกำหนดและติดตามตัวชี้วัดสำคัญ และตอบสนองอย่างเหมาะสม, มีการนำประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจมาเรียนรู้ร่วมกัน		ปฏิบัติสูงกว่ามาตรฐานที่กฎหมายกำหนด, เป็นแบบอย่างของการอนุรักษ์ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม และการป้องกันผลกระทบด้านลบ	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0			
การสนับสนุนชุมชนและสุขภาพชุมชน (ประเมินใน II-9)													

¹ เช่น การรับ/ส่งต่อ การยุติการรักษา การรับผลประโยชน์จากการสังเคราะห์หรือการใช้ยา การคิดค่าบริการ ประชาสัมพันธ์ การปลูกถ่ายอวัยวะ การรักษาผู้มีบุตรยาก การผ่าตัดแปลงเพศ

I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ (STM)										
2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1)										
องค์กรกำหนดกลยุทธ์ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองกับความท้าทายขององค์กร และสร้างความเข้มแข็งให้การดำเนินงานขององค์กร.										
06 กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล	มีการจัดทำแผน แต่ยังมีลักษณะแยกส่วน ขาดการวิเคราะห์ที่เชื่อมโยงกับภาพรวม		มีการประมวลแผนเป็นหนึ่งเดียว, มีกระบวนการจัดทำตามขั้นตอนที่ดี		มีการวิเคราะห์ข้อมูลสำคัญอย่างครอบคลุม		มีความโดดเด่น เช่น มีกระบวนการที่ช่วยให้องค์กรทราบจุดแข็งหรือจุดอ่อนสำคัญที่อาจถูกมองข้าม		มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการวางแผนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจว่าแผนจะนำไปสู่ความเป็นผู้นำในอนาคต	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
07 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายและครอบคลุม HP	วัตถุประสงค์ตอบสนองความต้องการของหน่วยเหนือ/เจ้าของกิจการ		วัตถุประสงค์ตอบสนองความต้องการของทุกฝ่ายอย่างสมดุล, ระบุกรอบเวลาที่บรรลุ		มีความสอดคล้องกันระหว่างความท้าทายวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด, วัตถุประสงค์มีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น และครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ		มีความโดดเด่น เช่น มีการกำหนดเป้าหมายในระดับที่ท้าทาย, มีการใช้ข้อได้เปรียบขององค์กร, วัตถุประสงค์ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของสังคม		วัตถุประสงค์ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่จะสร้างความเข้มแข็งความสำเร็จและความยั่งยืนให้การดำเนินงานขององค์กร	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0

2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2)													
องค์กรถ่ายทอดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าหมายประสงค์.													
08 การถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ			มีกลไกสร้างความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงาน สร้างความตระหนักในบทบาทของแต่ละคน			มีการติดตามการรับรู้และการนำแผนไปปฏิบัติ, มีการปรับเปลี่ยนแผนเมื่อมีความจำเป็น			มีความโดดเด่น เช่น ผู้นำใช้แนวทางการถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ		มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายอย่างครบถ้วน	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0			
09 การวางแผนและจัดสรรทรัพยากร	วิเคราะห์ทรัพยากรที่จำเป็น และจัดทำแผนจัดสรรทรัพยากร			จัดสรรทรัพยากรสอดคล้องกับบริบทขององค์กรและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์			ประเมินความเสี่ยงด้านทรัพยากร, สร้างความมั่นใจว่ามีทรัพยากรการเงิน บุคลากร และทรัพยากรอื่นๆเพียงพอ			มีแผนงานริเริ่ม (initiative) เกี่ยวกับทรัพยากรบุคคลและระบบงานเพื่อปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์		มีนวัตกรรมในการได้มาซึ่งทรัพยากรเพื่อปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ได้สำเร็จ	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0			
10 การคาดการณ์ การวัดผล และติดตามความก้าวหน้า	มีการจัดทำตัวชี้วัดสำคัญ (KPI) เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผน			มีการคาดการณ์เป้าหมายตาม KPI ในช่วงเวลาต่างๆ จากเป้าหมายประสงค์และผลงานที่ผ่านมา			มีการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสมในการคาดการณ์เป้าหมายตาม KPI, มีการตอบสนองต่อความแตกต่างระหว่างผลงานจริงกับผลงานที่คาดไว้			มีการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่ทำหายในการคาดการณ์เป้าหมายตาม KPI, มีนวัตกรรมในการวัดผล		มีการใช้ benchmarking เพื่อเปรียบเทียบผลงานที่สำคัญส่วนใหญ่, ส่งผลให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ที่ทำหาย	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0			

I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF)										
3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF.1)										
องค์กรเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานของตน เพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว.										
11 การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม	มีการสำรวจความต้องการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ			มีช่องทางการรับรู้ที่หลากหลาย (ดู SPA) เหมาะสมกับผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม		ใช้ความเห็นและเสียงสะท้อนเพื่อเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมากขึ้น		มีความโดดเด่น เช่น การใช้ IT, การรับฟังกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ใช่ผู้ใช้บริการโดยตรง		มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการรับฟัง/เรียนรู้ ส่งผลให้มั่นใจได้ว่าบริการที่จัดเกินความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (PCF.2)										
องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา ความพึงพอใจ และความร่วมมือ. มีการประเมินและนำข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมาใช้ปรับปรุงการดำเนินงาน.										
12 การสร้างความสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อ การจัดการคำร้องเรียน	มีการตอบสนองข้อร้องเรียนในเชิงรับ			มีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับผลงาน, การตอบสนองข้อร้องเรียนมีความรวดเร็วและครอบคลุมมากขึ้น		มีช่องทางการติดต่อที่เหมาะสมสำหรับค้นหาข้อมูลข่าวสาร ขอรับบริการ และเสนอข้อร้องเรียน, มีการวิเคราะห์แนวโน้มของข้อร้องเรียนและนำไปปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร		มีความโดดเด่น เช่น มีช่องทางติดต่อที่หลากหลาย, การตอบสนองข้อร้องเรียนในเชิงสร้างสรรค์, การให้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการแก่สาธารณะ ²		มีการประเมินและปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์และช่องทางการติดต่อกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นศรัทธาและผูกพันกับองค์กร
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0

² การเผยแพร่ข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพ เช่น ความสำเร็จของการรักษา ระยะเวลารอคอย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้ประชาชนทั่วไปรับทราบเพื่อช่วยตัดสินใจเข้ารับการรักษา

13 การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง	มีการประเมินความพึงพอใจอย่างน้อยปีละครั้ง		มีการประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และรับข้อมูลป้อนกลับอย่างสม่ำเสมอ นำมาวิเคราะห์จำแนกตามกลุ่มต่างๆ		มีการนำข้อมูลป้อนกลับ ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจมาใช้		มีระบบที่ proactive ในการติดตามข้อมูลป้อนกลับ, มีการปรับปรุงวิธีการประเมินความพึงพอใจ		เห็นผลการปรับปรุงเพื่อมุ่งเน้นผู้ป่วยชัดเจน	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3)										
องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.										
14 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโดยทั่วไป	ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในลักษณะที่เข้าใจง่าย		มีการสร้างความตระหนักเรื่องสิทธิผู้ป่วยให้แก่บุคลากร, วิเคราะห์จุดที่ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับการคุ้มครองและวางแผนทางปฏิบัติที่เหมาะสม		มีกระบวนการทำให้บุคลากรมีเจตคติที่ดีในเรื่องสิทธิผู้ป่วย, มีการเรียนรู้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยจากเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้น และนำมาปรับปรุงระบบงาน		มีความโดดเด่น เช่น มีการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของการดูแล		ผู้ป่วยได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ คำนึงและความเชื่อส่วนบุคคล	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
15 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ (เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ การแยก/ผูกยึด)	การจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อม เครื่องมือเหมาะสม ปลอดภัย		มีการออกแบบกระบวนการที่ดี และเตรียมบุคลากรที่เหมาะสม		ผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม		มีความโดดเด่น เช่น ให้การดูแลครอบคลุมไปถึงครอบครัวหรือประเด็นอื่นที่ไม่ใช่เรื่องสุขภาพโดยตรง		มีการประเมินและปรับปรุงการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะอย่างเป็นระบบ	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0

I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ (MAK)											
4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1)											
องค์กรจัดให้มีการวัด วิเคราะห์ ปรับทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน โดยใช้ข้อมูลและสารสนเทศ ในทุกระดับและทุกส่วนขององค์กร.											
16 ระบบการวัดผล การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดส่วนใหญ่มาจาก งานประจำหรืองาน นโยบาย	ตัวชี้วัดมาจากการ วิเคราะห์บริบทของ ตนเอง ในแต่ละส่วนงาน หรือแต่ละระดับ	มีการวัดผลงานที่ตรง ประเด็นในทุกระดับ และทุกส่วนขององค์กร	ตัวชี้วัดตาม critical success factor ของทั้ง องค์กรสอดคล้องไปใน ทิศทางเดียวกัน, มีการ ประเมินและปรับปรุง ระบบวัดผลงาน	มีการวัดผลงานเปรียบ เทียบกับองค์กรอื่น, ระบบวัดผลงานสนับสนุน การตัดสินใจ การ สร้างนวัตกรรม และ บรรลุกลยุทธ์						
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0	
17 การวิเคราะห์ข้อมูล และการทบทวนผล การดำเนินงาน	มีการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยวิธีง่ายๆ เช่น วิเคราะห์แนวโน้ม จำแนกกลุ่มย่อย	มีการวิเคราะห์ข้อมูลให้ ได้สารสนเทศที่มี ความหมาย ทั้งในระดับ ผู้ใช้และในระดับองค์กร	การวิเคราะห์และ ทบทวนผลงานของ องค์กร นำมาสู่การ กำหนดลำดับความ สำคัญเพื่อการปรับปรุง และถ่ายทอดสู่การ ปฏิบัติ	การวิเคราะห์และ ทบทวนผลงานทำให้ เข้าใจความสัมพันธ์ ระหว่างองค์ประกอบ ต่างๆ นำมาสู่การ ปรับปรุงระบบงาน/ นโยบายสำคัญ	การวิเคราะห์และ ทบทวนผลงานนำมาสู่ การสร้างนวัตกรรม การ ปรับปรุงความร่วมมือ กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย						
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0	

4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (MAK.2)													
องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีข้อมูล สารสนเทศ ซอฟต์แวร์ และฮาร์ดแวร์ ที่จำเป็น มีคุณภาพ และพร้อมใช้งาน สำหรับบุคลากร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน. องค์กรสร้างและจัดการสินทรัพย์ความรู้ของตนเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร.													
18 การจัดการสารสนเทศ	มีการสำรวจความต้องการใช้ข้อมูลและสารสนเทศของผู้เกี่ยวข้อง			มีข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็น มีคุณภาพ พร้อมใช้งานสำหรับบุคลากรได้บางส่วน			มีข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็น มีคุณภาพ (ถูกต้อง เชื่อถือได้ ทันการณ์) พร้อมใช้งานสำหรับบุคลากรส่วนใหญ่ ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน			มีความโดดเด่น เช่นมีข้อมูลและสารสนเทศสำหรับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน, สามารถตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปได้ในเวลาที่เหมาะสม		มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นตัวอย่างในการจัดการ เพื่อให้มีสารสนเทศที่จำเป็นพร้อมใช้สำหรับทุกฝ่าย	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0			
19 การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ	มีฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ที่จำเป็นเบื้องต้น			อยู่ระหว่างการปรับปรุงเพื่อขยายตัวของฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ เพื่อให้เพียงพอกับความต้องการ			ฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ มีความเชื่อถือได้ ปลอดภัย ใช้งานง่ายและพร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่อง, เริ่มมีบูรณาการของซอฟต์แวร์ระบบงานครอบคลุมความต้องการในด้านบริหารบริการ และการเรียนรู้			มีความโดดเด่น เช่นการใช้ IT ที่ก้าวหน้า ทันสมัย, การบูรณาการของซอฟต์แวร์ระบบงานที่ดี, เริ่มนำข้อกำหนดของระบบบริหารความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ (ISMS) มาปฏิบัติ		มีการประเมินและปรับปรุงการจัดการ IT อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ระบบบริหารความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ (Information Security Management System) ที่ได้มาตรฐาน	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0			
20 การจัดการความรู้	เริ่มต้นการรวบรวมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร			มีการรวบรวมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กรอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ			มีการแสวงหาความรู้ที่จำเป็น (ทั้ง explicit & tacit), ข้อมูลมีความพร้อมใช้, นำความรู้มาออกแบบระบบงานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย			มีความโดดเด่น เช่น KM ส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมในระบบงาน และนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์		มีการประเมินและปรับปรุงการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นตัวอย่างในด้านนี้ และเกิดวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศ	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0			

I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (HRF)														
5.1 ความผูกพันของบุคลากร														
องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ เพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์กรและระดับบุคคล. บุคลากรและผู้นำได้รับการพัฒนาเพื่อให้สร้างผลงานที่ดี.														
21 ความผูกพันและความพึงพอใจ	มีกิจกรรมพื้นฐานเพื่อสร้างความผูกพันและความพึงพอใจ (รวมทั้งบริการ สิทธิประโยชน์)			มีการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ			มีการประเมินความผูกพันของบุคลากร, วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่ม			มีการปรับปรุงความผูกพันของบุคลากรตามผลการประเมิน		บุคลากรมีความผูกพันและอุทิศตนให้กับองค์กร ใฝ่เรียนรู้ สร้างนวัตกรรม สร้างผลงานที่ดี		
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0				
22 ระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ	มีกิจกรรมพื้นฐานเพื่อสร้างความร่วมมือและแรงจูงใจ			มีระบบประเมินผลงานเพื่อการบริหารค่าตอบแทนที่เป็นธรรม			เริ่มนำระบบบริหารผลการปฏิบัติงาน (Performance Management System) มาสู่การปฏิบัติ			มีความโดดเด่น เช่น ใช้ PMS เป็นเครื่องมือในการสื่อสารเพื่อให้เข้าใจเป้าหมายและความคาดหวังขององค์กรร่วมกัน, มีการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร ³ เพื่อให้บุคลากรมีผลงานที่ดี			มีการประเมินและปรับปรุงระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ ส่งผลให้บุคลากรมีแรงจูงใจที่จะสร้างผลงานที่ดีเพื่อบรรลุความสำเร็จของตนและองค์กร	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0				

³ เช่น ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน/ต่างสาขา การให้อำนาจตัดสินใจ ความคิดริเริ่ม นวัตกรรม การใช้ประโยชน์จากความคิดเห็นที่หลากหลายของบุคลากร

23 ระบบพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ	การฝึกอบรมมุ่งเน้นให้สามารถปฏิบัติงานประจำตามหน้าที่รับผิดชอบได้			เพิ่มการฝึกอบรมเพื่อปฏิบัติงานที่ซับซ้อนได้ด้วยความมั่นใจ, นำปัญหาที่เคยเกิดมากำหนด training need			เพิ่มการฝึกอบรมเพื่อรองรับกลยุทธ์ขององค์กร, ส่งเสริมการเรียนรู้ที่ไม่เป็นทางการ			มีความโดดเด่น เช่น การเรียนรู้ที่สมดุล ⁴ , การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้, การสร้างแรงจูงใจให้พัฒนาตนเอง, การจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงาน, แผนสร้างผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงาน			มีการประเมินและปรับปรุงการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรอย่างเป็นระบบ ทำให้บุคลากรมีความพร้อมรับความต้องการในอนาคต	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0				
5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร														
องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลัง เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ. องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพดี และมีความปลอดภัย.														
24 การบริหารและจัดระบบบุคลากร	มีการกำหนดขีดความสามารถและอัตรากำลังที่ต้องการ, มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่งและมอบหมายหน้าที่ตามความรู้ความสามารถ			มีการจัดทำแผนเพื่อให้ได้มาซึ่งบุคลากรที่ต้องการ, มีมาตรการลดผลกระทบจากการที่บุคลากรไม่เพียงพอ, มีกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ			มีบุคลากรที่มีความรู้เหมาะสมกับหน้าที่และมีจำนวนเพียงพอในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง, มีการจัดระบบให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาสู่ความสำเร็จขององค์กร			มีความโดดเด่น เช่น มีบุคลากรเพียงพอในทุกหน่วยงาน, มีการเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและมั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้ต่อเนื่อง			มีการประเมินและปรับปรุงการบริหารและจัดระบบบุคลากร ส่งผลให้องค์กรเป็นตัวอย่างที่ดี รวมทั้งมีการใช้แนวคิดองค์กรที่มีชีวิต	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0				

⁴ ดูรายละเอียดใน SPA

25 สุขภาพของบุคลากร	ให้การดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม			มีระบบป้องกันโรคและอันตรายจากการทำงานในเชิงรุก			บุคลากรดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม			มีความโดดเด่น เช่น บุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีสภาวะสุขภาพดี			มีการประเมินและปรับปรุงการดูแลสุขภาพของบุคลากรอย่างเป็นระบบ ทำให้องค์กรเป็นตัวอย่างที่ดี บุคลากรเป็นผู้นำในการสร้างสุขภาพ		
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0					
I-6 การจัดการกระบวนการ (PCM)															
6.1 การออกแบบระบบงาน															
องค์กรกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษ (สมรรถนะหลัก) ของตน ออกแบบระบบงาน และกระบวนการสำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ปวย / ผู้รับผลงานอื่น ๆ, พร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน, และบรรลุความสำเร็จขององค์กร.															
26 การกำหนดงานที่เป็น core competency ขององค์กร และการออกแบบระบบงานโดยรวม	มีการกำหนด core competency ขององค์กรซึ่งสัมพันธ์กับพันธกิจและสิ่งแวดล้อมขององค์กร			มีการกำหนดระบบงานและกระบวนการสำคัญซึ่งสัมพันธ์กับ core competency ขององค์กร			มีการออกแบบระบบงานโดยรวมเพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงาน, มีการพัฒนา core competency			มีการสร้างนวัตกรรมให้แก่ระบบงานโดยใช้ทรัพยากรภายนอกอย่างเหมาะสม ⁵ , มีการทบทวนและปรับปรุง core competency			มี core competency โดดเด่นเป็นที่เทียบเคียงขององค์กรอื่น		
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0					

⁵ เช่น การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกเพื่อให้สามารถทำงานได้ง่ายขึ้น มากขึ้น เร็วขึ้น

27 ความพร้อมสำหรับ ภาวะฉุกเฉินและภัย พิบัติต่างๆ	มีการวิเคราะห์ภัยพิบัติ หรือภาวะฉุกเฉินที่มี โอกาสเกิดขึ้น		มีการวางแผนเตรียม ความพร้อมของ ระบบงานและสถานที่ เพื่อรองรับภัยพิบัติหรือ ภาวะฉุกเฉิน			มีการซักซ้อมความ เข้าใจหรือซ้อมปฏิบัติ อย่างสม่ำเสมอ ครอบคลุมภาวะฉุกเฉิน และภัยพิบัติที่สำคัญ		มีความโดดเด่น เช่น การปรับปรุงแผนให้ เหมาะสมและมีความ พร้อมตลอดเวลา		มีระบบบริหารความ ต่อเนื่องของธุรกิจ (Business Continuity Management System) ภายใต้ภาวะวิกฤติ	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0	
6.2 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน											
องค์กรนำกระบวนการทำงานสำคัญไปปฏิบัติ บริหารจัดการ และปรับปรุงกระบวนการดังกล่าว เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น และเพื่อบรรลุความสำเร็จขององค์กร.											
28 การจัดการและ ปรับปรุงกระบวนการ ทำงาน	ใช้ 3P หรือPDSA ใน โครงการพัฒนาคุณภาพ และงานประจำ		ใช้ 3P หรือ PDSA ใน การบริหารหน่วยงาน เพื่อบรรลุเป้าหมาย รวมทั้งการติดตาม กำกับงานประจำวัน			ใช้ 3P หรือ PDSA กับ ระบบงานหรือ กระบวนการหลัก (กระบวนการที่สร้าง คุณค่า) และประเด็น เชิงกลยุทธ์		มีความโดดเด่น เช่น มี ความชัดเจนในเรื่อง การบูรณาการ (เชื่อมโยง) และนวัตกรรม, การแลกเปลี่ยน เรียนรู้และขยายผล		มีการประเมินและปรับ ปรุงการจัดการกระบวนการ การ ส่งผลให้เกิดคุณค่า ต่อผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ความแปรปรวนลดลง ผลลัพธ์สุขภาพดีขึ้น	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0	

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)

1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (RSQ.1)

มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

29 การสนับสนุนจากผู้นำ การเชื่อมโยงและประสานงาน	มีโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่เหมาะสมกับองค์กร, มีการกำหนด operating definition ของ “ความเสี่ยง” และคุณภาพ”	มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพของผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานทุกระดับชัดเจน, ผู้นำให้การสนับสนุนการพัฒนา	RM/patient safety, QA, CQI เป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ ซึ่งมีการบูรณาการและประสานในทุกชั้นตอน	ผู้นำติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพ	ผู้นำส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้				
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5
30 การทำงานเป็นทีม	มีความเป็นทีมในหน่วยงาน ในงานประจำ และการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน, มีแนวทางในการขอคำปรึกษาและการดูแลผู้ป่วยซับซ้อนร่วมกันระหว่างสาขาที่เกี่ยวข้อง	มีความเป็นทีมในระบบงาน/ทีมคร่อมสายงาน/ทีมนำระดับต่าง ๆ	ทีมระบบงาน/คร่อมสายงาน/ทีมนำระดับต่าง ๆ ทำหน้าที่ดูแลภาพรวม ติดตามความก้าวหน้า เชื่อมโยงกับทีมนำสูงสุดและทีมที่เกี่ยวข้อง (effective function of team)	มีความโดดเด่น เช่น ทีมมี maturity สูง, การใช้ข้อมูลและการวิจัยเพื่อการเรียนรู้	มีการติดตามประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของทีมระบบงานต่าง ๆ ส่งผลให้มีวัฒนธรรมของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ เป็นแบบอย่างที่ดี				
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5

31 การประเมินตนเอง	หาโอกาสพัฒนาจากความเสี่ยงที่เกิดขึ้น	หาโอกาสพัฒนาจากการวิเคราะห์กระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ ⁶	ใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ⁷ ด้วยความเข้าใจ				มีความโดดเด่น เช่น ใช้การวิจัยประเมินผล, การเรียนรู้ใคร่ครวญจากผลการพัฒนา, การตามรอยด้วยความเข้าใจ	มีวัฒนธรรมของการประเมินตนเอง			
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0	
1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2)											
มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ.											
32 ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	ตอบสนองปัญหา/เหตุการณ์เฉพาะรายอย่างเหมาะสม	มีระบบรายงานอุบัติการณ์, มีวิเคราะห์สาเหตุและปรับปรุง, มีกิจกรรมสร้างความตื่นตัวในงานประจำ	วิเคราะห์ความเสี่ยงรอบด้าน (ทั้งที่เคยเกิดและที่มีโอกาสเกิด), ระบบงานได้รับการออกแบบอย่างรัดกุมและนำไปปฏิบัติ				บูรณาการระบบงานและระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง	มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยง, มีวัฒนธรรมความปลอดภัยเด่นชัด			
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0	
33 การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย (ที่แนะนำไว้ในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA)	มีการทบทวนเป็นครั้งคราว	มีการทบทวนที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน	มีการทบทวนที่ครอบคลุมโอกาสเกิดปัญหาสำคัญ, นำมาสู่การปรับปรุงระบบงาน				มีการทบทวนที่บูรณาการเข้าเป็นกิจกรรมประจำของหน่วยงาน, มีการติดตามการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	มีวัฒนธรรมของการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการมีระบบ concurrent monitoring			
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0	

⁶ เช่น การใช้ service profile เพื่อวิเคราะห์งานและการบรรลุเป้าหมาย

⁷ การประเมินจุดแข็งจุดอ่อนในงานที่ทำ, การติดตามตัวชี้วัด, การทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย, การทบทวนเวชระเบียนเพื่อเรียนรู้ AE, การตามรอยทางคลินิก, การประเมินตนเองตามมาตรฐาน, การเยี่ยมหน่วยงานเพื่อซักซ้อมความเข้าใจ

34 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ	เริ่มต้นใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพทางคลินิก เช่น indicator, CPG			ใช้เครื่องมือที่หลากหลายเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลกลุ่มผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามหลัก 3P			การพัฒนาคุณภาพทางคลินิกครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสำคัญในแต่ละสาขา, มีการ monitor KPI อย่างเหมาะสม			ผสมผสานงานวิจัยกับการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก หรือ R2R, ผสมผสานทุกแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก, ผลลัพธ์ทางคลินิกมีแนวโน้มที่ดีขึ้น			มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีเลิศ		
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0					
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (PFG)															
2.1 การพยาบาล (PFG.1/NUR)															
มีระบบบริหารการพยาบาลรับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร															
35 ระบบบริหารการพยาบาล	มีโครงสร้างการบริหารการพยาบาลที่ชัดเจน, ผู้นำทีมการพยาบาลมีคุณสมบัติเหมาะสม, มีแนวทางหรือมาตรฐานการปฏิบัติงานที่จำเป็น			มีการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและหน้าที่รับผิดชอบ, มีระบบประกันคุณภาพทางการพยาบาลในประเด็นที่สำคัญ			มีการบริหารการพยาบาลโดยการมีส่วนร่วม, มีระบบกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ, ใช้หลักการเป็นโค้ชในการนิเทศงาน, มีการประสานความร่วมมือที่ดีกับกรรมการ/ระบบงานที่เกี่ยวข้อง			มีความโดดเด่น เช่น การใช้นวัตกรรมทางการบริหาร, การประเมินการบรรลุเป้าหมายของระบบบริการพยาบาล			มีการประเมินและปรับปรุงการบริหารการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ได้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง		
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0					

36 ปฏิบัติการทางการพยาบาล	ให้การดูแลทางการพยาบาลขั้นพื้นฐานที่ดี			ให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับผลการประเมินผู้ป่วยและสนับสนุนแผนการรักษาของแพทย์			ใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม, ปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วยได้รับการตรวจพบทันการณ์และตอบสนองอย่างเหมาะสม, มีบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ			มีความโดดเด่น เช่น ใช้ความรู้วิชาการที่ทันสมัย, มีการเรียนรู้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อปรับปรุงระบบงานและพัฒนาวิชาชีพ, การดูแลเป็นองค์รวม			มีการประเมินและปรับปรุงบริการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ได้บริการพยาบาลที่ปลอดภัย มีคุณภาพสูง เป็นองค์รวม มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ สอดคล้องกับปัญหา วิถีชีวิต และบริบททางสังคม		
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0					
2.2 แพทย์ (PFG.2/MED)															
มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ รับผิดชอบต่อการส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.															
37 องค์กรแพทย์	มีการพบปะกันในกลุ่มแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และมีกิจกรรมร่วมกัน เพื่อเพื่อแสดงจุดยืนและชี้แจงมาตรฐานแห่งวิชาชีพ			มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ (เหมาะสมกับองค์กร) และกำหนดประเด็นสำคัญที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาและประสานเพื่อนำไปปฏิบัติ			มีกลไกกำกับดูแลและส่งเสริมให้เกิดบริการทางการแพทย์ที่ดี มีมาตรฐานและจริยธรรม, แพทย์แต่ละคนมีการศึกษาต่อเนื่องตามเกณฑ์			มีความโดดเด่น เช่น มีบทบาทเด่นชัดในการเป็นผู้นำและชี้ทิศทางเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย, แพทย์ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของตนเองอย่างสม่ำเสมอ			มีการประเมินและปรับปรุงการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรแพทย์เป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมให้ รพ.มีบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและน่าไว้วางใจ		
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0					

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)											
3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1)											
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ.											
38 โครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	อาคารสถานที่ที่ได้รับการดูแลความสะอาดและเป็นระเบียบ, สถานที่อาจมีข้อจำกัดซึ่งไม่อาจแก้ไขได้ในเวลาอันสั้น	มีการปรับปรุงเพื่อลดความเสี่ยงทางโครงสร้างกายภาพที่เห็นชัดเจน	โครงสร้างอาคารสถานที่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด, มีความปลอดภัย สะดวกสบาย, พื้นที่ใช้สอยเพียงพอ, แสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม, มีระบบระบายอากาศที่ดี, ได้รับการบำรุงรักษาอย่างดี	มีความโดดเด่น เช่น เป็นสถานที่ที่ให้ความอบอุ่น เป็นมิตร, มีการออกแบบโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค	เป็นแบบอย่างของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการเยียวยาและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน						
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0	
39 การกำกับดูแลและบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม	มีผู้ได้รับมอบหมายให้กำกับดูแลระบบงานบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย	มีการตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมตามกำหนดเวลา	มีการประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก, จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและนำไปปฏิบัติ, บุคลากรได้รับการฝึกอบรม	มีความโดดเด่น เช่น การทำให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการกำกับดูแลและบริหารสิ่งแวดล้อมขององค์กร	มีการติดตามและปรับปรุงระบบงานส่งผลให้องค์กรเป็นแบบอย่างของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน						
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0	

40 การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตรายอย่างปลอดภัย	มีการระบุวัสดุและของเสียอันตรายที่มีในองค์กร และแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการเลือก สัมผัส จัดเก็บ เคลื่อนย้าย ไซ้ กำจัด			มีการฝึกอบรมและเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น			มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ อย่างครบถ้วนและครอบคลุมอันตรายในทุกด้าน			มีความโดดเด่น เช่น การสร้างนวัตกรรมในการกำจัดของเสียและวัสดุอันตรายที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น			มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นแบบอย่างที่ดี มั่นใจว่าจะไม่เกิดอันตรายจากวัสดุและของเสียอันตราย		
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0					
41 การจัดทำแผนฝึกซ้อม ตรวจสอบระบบ เพื่อป้องกันอัคคีภัย	โครงสร้างอาคารสถานที่ไม่มีความเสี่ยงด้านอัคคีภัยที่ชัดเจน มีการจัดทำแผนป้องกันและรองรับเมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ			มีการอบรมและฝึกซ้อมแผน, มีการติดตั้งเครื่องมือและวางระบบเกี่ยวกับอัคคีภัยอย่างเหมาะสมกับประเภทวัสดุที่ติดไฟในแต่ละพื้นที่			การซ้อมแผนอัคคีภัยและภาวะฉุกเฉินครอบคลุมทุกสภาวะการณ์และผู้เกี่ยวข้องทั้งในและนอก รพ., มีการตรวจสอบปัจจัยเสี่ยงต่ออัคคีภัย และปรับปรุงเพื่อป้องกัน			มีการปรับปรุงแผนและการเตรียมความพร้อมจากการประเมินผลการฝึกซ้อม			การจัดการและการเตรียมความพร้อมเป็นแบบอย่างที่ดี		
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0					

3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณสุขปโภค (ENV.2)														
องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งานทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณสุขปโภคที่จำเป็นอยู่ตลอดเวลา.														
42 เครื่องมือ	มีระบบการจัดการ การตรวจสอบความเพียงพอ ดูแลความพร้อมใช้ของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ในแต่ละหน่วยงาน			มีการกำหนดระดับขั้นต่ำของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ในแต่ละหน่วยงาน สํารวจและวางแผนจัดหาที่จำเป็นพร้อมใช้ ทำหน้าที่ได้เป็นปกติตลอดเวลา			มีเครื่องมือเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน, มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน ทดสอบ ตรวจสอบ และ calibrate ที่เหมาะสม			มีความโดดเด่น เช่น การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการจัดหาทดแทน, การจัดการเครื่องมือบางประเภทในลักษณะรวมศูนย์, การมีศักยภาพในการซ่อมบำรุง			มีการประเมินและปรับปรุงการบริหารจัดการเครื่องมืออย่างเป็นระบบ ส่งผลให้มีเครื่องมือเพียงพอและพร้อมใช้ในทุกสถานการณ์ อีกทั้งสามารถให้คำปรึกษาการบำรุงรักษาแก่ รพ. ในเครือข่าย/หน่วยงานใกล้เคียงภายนอกได้	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0				
43 ระบบสาธารณสุขปโภค	มีการจัดแผนผังตำแหน่งที่ตั้งต่างๆ ของระบบ, มีแนวทางปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณสุขปโภคมีปัญหา			มีการจัดทำแผนบริหารระบบสาธารณสุขปโภคเพื่อการใช้งานที่ได้ผลปลอดภัย และเชื่อถือได้, มีการตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาอย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด, มีระบบไฟฟ้าสำรองให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด			มีการนำแผนบริหารระบบสาธารณสุขปโภคไปปฏิบัติอย่างครบถ้วน, มีความมั่นใจในการทำงานของระบบไฟฟ้าสำรอง การลดปริมาณเชื้อโรคหรือการปนเปื้อนในระบบปรับอากาศ ระบบน้ำ			มีการติดตามและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขปโภคและใช้วางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน			มีระบบสาธารณสุขปโภคที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพสูง และพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0				

3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3)													
องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ เอื้อต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.													
44 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	มีสิ่งแวดล้อมที่เป็นระเบียบ สบายตา			มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยทางกายภาพและปราศจากการรบกวน			มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์ ความผ่อนคลาย การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่			มีความโดดเด่น เช่นมีสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะของสำหรับบุคลากรผู้ป่วย ผู้รับบริการอื่นๆ และประชาชนทั่วไปอย่างได้ผล		มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นแบบอย่างในการเรียนรู้ให้แก่องค์กรอื่นๆ	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0			
45 การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	มีความพยายามในการแก้ไขปัญหาในระบบบำบัดน้ำเสียและกำจัดขยะซึ่งอาจจะมีโครงสร้างไม่เหมาะสมกับ รพ.			ระบบบำบัดน้ำเสียมีขนาดเหมาะสมกับ รพ., มีกระบวนการที่ชัดเจนในการบำบัดน้ำเสียและกำจัดขยะโดยผู้มีความรู้			มีระบบบำบัดน้ำเสียและการกำจัดขยะที่มีประสิทธิภาพ, คำนึงถึงที่ผ่านการบำบัดเป็นไปตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง			มีความโดดเด่น เช่นการลดปริมาณของเสียและลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม, การร่วมมือกับชุมชนในการพิทักษ์และปรับปรุงสิ่งแวดล้อม		มีการประเมินและปรับปรุงการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นแบบอย่างในด้านนี้หรือได้รับการรับรอง ISO14000	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0			

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)														
4.1 ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC.1)														
ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กร ได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสม ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.														
46 การออกแบบระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	มีการกำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ ที่เหมาะสมกับ รพ.			มีมาตรการป้องกันครอบคลุมการติดเชื้อที่พบบ่อยและมีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ			การป้องกันและควบคุมครอบคลุมการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาตามบริบทของ รพ., ครอบคลุมทุกพื้นที่, มีการใช้ข้อมูลความรู้ที่ทันสมัย			มีความโดดเด่น เช่น บูรณาการระหว่างงาน IC กับ CQI และระบบงานที่เกี่ยวข้อง, มีการประสานการป้องกันไปถึงบ้านของผู้ป่วย และการส่งต่อระหว่าง รพ.,			มีการประเมินและปรับปรุงงาน IC อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นตัวอย่างที่ดี อัตราการติดเชื้อสำคัญอยู่ในระดับต่ำ	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0				
47 การจัดการและทรัพยากร	มีผู้รับผิดชอบงาน IC ชัดเจน (ทั้งคณะผู้กำกับดูแลและ ICN)			ผู้รับผิดชอบมีความรู้และคุณสมบัติเหมาะสม			มีทรัพยากรที่เพียงพอ, ระบบสารสนเทศสนับสนุน, บุคลากรได้รับการอบรมความรู้อย่างต่อเนื่อง			มีความโดดเด่น เช่นการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ครอบครัว/ชุมชน			มีการประเมินและปรับปรุงการจัดการทรัพยากรด้าน IC อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้มีทรัพยากร ระบบ และความรู้เพียงพอ	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0				

4.2 การป้องกันการติดเชื้อ (IC.2)															
องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล.															
48 การป้องกันการติดเชื้อ	มีการกำหนดมาตรการป้องกันที่จำเป็น, มีโครงสร้างและสถานที่เอื้อต่อการป้องกัน	มีมาตรการป้องกันที่ครอบคลุม, บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ	มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันครบถ้วน, มีการควบคุมสิ่งแวดล้อม, ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่สำคัญ, ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่สำคัญ	มีความโดดเด่น เช่น นำ HFE มาปรับปรุงเพื่อให้มีการปฏิบัติตามมาตรการได้อย่างสมบูรณ์, มีการประเมินและปรับปรุงการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนด	มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ส่งผลให้อัตรการติดเชื้ออยู่ในระดับที่ต่ำมาก	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
4.3 การเฝ้าระวัง ติดตามกำกับ และควบคุมการระบาด (IC.3)															
องค์กรใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังและติดตามกำกับ เพื่อค้นหาและควบคุมการติดเชื้อ และจัดการกับสถานการณ์ที่มีการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาล.															
49 การเฝ้าระวังการติดเชื้อและติดตามกำกับ	มีการออกแบบระบบเฝ้าระวังที่เหมาะสมกับองค์กร (รพ.ขนาดเล็กเน้นที่กระบวนการและ OPD)	มีการดำเนินการเฝ้าระวังโดยผู้มีความรู้เหมาะสม ง่ายต่อการปฏิบัติ ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม มีการวิเคราะห์และให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างทันการณ์	มีการนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังมาใช้ในการวางแผน ค้นหาการระบาด ให้ความรู้ ประเมินผลและปรับปรุงระบบงาน	มีความโดดเด่น เช่น ความร่วมมือกับองค์กรภายนอกในการเฝ้าระวัง, การวิเคราะห์ข้อมูลที่สะท้อนจุดที่เป็นปัญหา	มีการประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นแบบอย่างในด้านนี้ การเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพ อัตรการติดเชื้อที่สำคัญมีแนวโน้มลดลง	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
50 การควบคุมการระบาดของการติดเชื้อ	มีศักยภาพในการบ่งชี้การเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของการติดเชื้อ	การบ่งชี้การเพิ่มหรือการระบาดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ, มีการ	ทีมผู้รับผิดชอบดำเนินการใช้มาตรการควบคุมที่เหมาะสม	มีการเรียนรู้จากการระบาดที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาปรับปรุงระบบและ	มีการควบคุมการระบาดอย่างมีประสิทธิภาพ, บทเรียนที่เกิดขึ้นนำมา										

	ชื่อ		สนับสนุนทรัพยากรและให้อำนาจทีมผู้รับผิดชอบในการควบคุม			อย่างรอบด้านและทันการณ์		สร้างความตระหนัก		สู่ระบบที่รัดกุมและความตระหนักในบุคลากร	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0	
II-5 ระบบเวชระเบียน (MRS)											
5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (MRS.1)											
องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.											
51 การวางแผนและออกแบบระบบบริหารเวชระเบียน ^๑	มีการร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียน, มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึก การแก้ไข การจัดเก็บ และการเข้าถึงเวชระเบียนที่เหมาะสม		มีการร่วมกันออกแบบระบบบริหารเวชระเบียน, มีระบบป้องกันการสูญหายและรักษาความปลอดภัย			มีการดำเนินการระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพ, มีการรักษาความลับที่ดี		มีความโดดเด่น เช่น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ประโยชน์จากบันทึกเวชระเบียนของตน, การประมวลผลข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อประโยชน์ในการวางแผนและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย		มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างเป็นระบบ ทำให้ระบบบริหารเวชระเบียนตอบสนองความต้องการขององค์กรและผู้ป่วย	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0	

5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (MRS.2)					
ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.					
52 ความสมบูรณ์ของ	เวชระเบียนมีความ	เวชระเบียนมีความ	เวชระเบียนมีความ	เวชระเบียนมีความ	ผู้ป่วยทุกรายมีเวช

^๑ ระบบบริหารเวชระเบียน ได้แก่ ความเหมาะสมของแบบบันทึกต่างๆ, ระยะเวลาที่มีการเก็บรักษาเวชระเบียน, ประสิทธิภาพของระบบการจัดเก็บและค้นหาเวชระเบียน, ความปลอดภัยในการจัดเก็บเวชระเบียน, คุณภาพในการให้รหัส, การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ

การบันทึก	สมบูรณ์ไม่ถึง 40%			สมบูรณ์ 40-49%			สมบูรณ์ไม่น้อยกว่า 50-79 %			สมบูรณ์ไม่น้อยกว่า 80%			ระเบียบซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0			
53 การทบทวนเวชระเบียน	มีการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกอย่างน้อยปีละครั้ง			มีการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนตามแบบฟอร์มของ <u>สปสช./พรพ.</u> อย่างน้อย 3 ฉบับต่อเดือนสำหรับแพทย์แต่ละคน			มีการทบทวนคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน, มีการปรับปรุงความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึก			มีการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียน และนำปัญหาที่พบไปปรับปรุงระบบงาน (เช่น การใช้ trigger เพื่อคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวนหา AE และปรับปรุง)			ผู้ประกอบวิชาชีพมีเจตคติที่ดีต่อการทบทวนเวชระเบียน ส่งผลให้เวชระเบียนมีความสมบูรณ์และคุณภาพสูง
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0			

II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)															
6.1 การวางแผน การจัดการ การเก็บและสำรองยา (MMS.1)															
องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล พร้อมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย.															
54 การวางแผนและการจัดการ	มีการจัดตั้ง PTC หรือมอบหมายให้มีการทำหน้าที่ของ PTC, มีการจัดทำบัญชียา รพ., มีการวิเคราะห์ปัญหาการใช้ยาที่รุนแรง, มีการระบุยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง	PCT กำหนดเป้าหมายและนโยบายที่ชัดเจน, มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง, มีมาตรการป้องกันปัญหาการใช้ยาที่รุนแรง รวมทั้งการจัดการกับปัญหาขาดแคลนและยาที่จำเป็นเร่งด่วน	นโยบายและเป้าหมายของ PTC ได้รับการนำไปปฏิบัติอย่างเหมาะสม	มีความโดดเด่น เช่น PTC ทำหน้าที่ครบทุก function เพื่อบรรลุเป้าหมาย, มีระบบส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสม, มีนโยบายที่มุ่งสร้างการมีส่วนร่วมและเสริมพลังผู้ป่วย	มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารจัดการด้านยาอย่างเป็นระบบ ใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ๆ ทำให้องค์กรเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านนี้	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
						0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
55 การเก็บสำรองยา	มีแนวทางการสำรองยาในระดับ รพ., จัดเก็บยาแบบ First Expire First Out (FEFO), มีการจัดการกับยาหมดอายุอย่างเหมาะสม, มีแผนจัดซื้อเวชภัณฑ์ในแต่ละปี	มีแนวทางการสำรองยาในระดับ รพ.และระดับหน่วยงาน, ระบบสำรองยา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินและการทดแทน, ระบบจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด, มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ, มีการคัดเลือกผู้ขายและตรวจรับยาที่มั่นใจว่าจะได้ยาที่มีคุณภาพ	ระบบจัดซื้อและสำรองยาสร้างความมั่นใจในความเพียงพอคุณภาพ/ความคงตัวความปลอดภัย และความพร้อมใช้	มีความโดดเด่น เช่น ใช้ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยากับการจัดซื้อเวชภัณฑ์, ระบบการติดตามยาคืนเมื่อพบว่ายามีปัญหา, การจัดการกับยาที่ส่งคืนห้องยา	มีการประเมินและปรับปรุงการเก็บสำรองยาอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ยาที่มีคุณภาพเพียงพอ พร้อมใช้ ในทุกเวลา ทุกสถานการณ์	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
						0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0

6.2 การใช้ยา (MMS.2)										
องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการสั่งใช้ยาและการให้ยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล.										
56 การสั่งใช้ยาและ ถ่ายถอดคำสั่ง	มีการวิเคราะห์ปัญหาที่มีโอกาสเกิดจากการสั่งใช้ยาและการถ่ายถอดคำสั่งจากข้อมูลที่มีอยู่ในระบบ									
	มีการกำหนดมาตรการป้องกันปัญหาจากการสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง (ดู SPA), ผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็นได้,									
ผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยที่จำเป็นได้										
มีความโดดเด่น เช่น การใช้ IT ในการสั่งยา การถ่ายถอด และการสื่อสารเกี่ยวกับคำสั่งยา, การจัดทำและใช้ประโยชน์จาก drug profile, ระบบทบทวนเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม, ระบบ drug reconciliation ที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ										
มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสั่งใช้และถ่ายถอดคำสั่งอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นตัวอย่างในการสั่งใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม										
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
57 การทบทวนคำสั่ง เตรียมและจัดจ่าย/ส่ง มอบยา	มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาตามแนวทางเบื้องต้นในการคัดกรองปัญหา, มีการให้ข้อมูลการเตรียมยาที่ถูกต้องให้กับผู้เกี่ยวข้อง									
	การทบทวนคำสั่งใช้ยาสามารถตรวจพบปัญหาสำคัญที่พบบ่อย, มีการนำข้อมูล pre-dispensing error ที่พบบ่อยมาปรับระบบงาน, มีการส่งมอบยาพร้อมข้อมูลคำแนะนำที่เหมาะสม									
การทบทวนคำสั่งใช้ยาสามารถตรวจพบปัญหาที่ไม่พบบ่อยได้, มีระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเตรียม/จัดจ่ายยาอย่างถูกต้อง, มีระบบตรวจสอบก่อนส่งมอบ, มีระบบรับข้อมูล dispensing error จากหอผู้ป่วย										
มีความโดดเด่น เช่น การใช้ IT เพื่อสื่อสารกับผู้สั่งใช้, ระบบทบทวนเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม, ระบบติดตาม dispensing error ผู้ป่วยนอก										
มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการทบทวนคำสั่ง/เตรียม/จัดจ่ายยาอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นตัวอย่างในด้านนี้ มีความคลาดเคลื่อนและความไม่เหมาะสมในระดับต่ำมาก										
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
58 การบริหารยาและ	มีการวิเคราะห์โอกาส		มีการกำหนดมาตรการ			มีการปฏิบัติตาม		มีความโดดเด่น เช่น		มีการประเมินและ

ติดตามผล	เกิดความคลาดเคลื่อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องจากการเตรียมและบริหารยา			ป้องกันความคลาดเคลื่อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องจากการเตรียมและการบริหารยา, การให้ข้อมูลและฝึกอบรม, สิ่งแวดล้อมที่เอื้อ			มาตรการที่กำหนดไว้, ระบบ double check ที่เหมาะสม, ระบบบันทึกและติดตามผลการให้ยา, ระบบรายงานเมื่อเกิดปัญหา			การใช้ IT ในการบริหารยา, การ empower ให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ			ปรับปรุงระบบการเตรียมและบริหารยาอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นผู้นำในด้านนี้ ความคลาดเคลื่อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับต่ำมาก		
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0					

II - 7 การตรวจสอบประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN)										
ก. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ / พยาธิวิทยาคลินิก										
59 การวางแผน ทรัพยากร และการ จัดการห้องปฏิบัติการ ทางการแพทย์	มีบุคลากร สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ เพียงพอสำหรับการตรวจ lab ชั้นพื้นฐาน		มีบุคลากร สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ เพียงพอสำหรับการตรวจ lab ที่จำเป็นตลอดเวลา		มีบุคลากร สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ เหมาะสมกับบริการของ องค์กร		มีความโดดเด่น เช่น มี ระบบบำรุงรักษาเชิง ป้องกัน การสอบเทียบ และการใช้ผลการสอบ เทียบอย่างเหมาะสม		มีการประเมินและ ปรับปรุงการบริหาร จัดการอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นผู้นำ ในด้านนี้	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
60 การจัดบริการ ปฏิบัติการทาง แพทย์	มีบริการ lab ชั้นพื้นฐาน ที่จำเป็น		มีบริการ lab ที่จำเป็น ตลอดเวลา สามารถส่ง ตรวจภายนอกเมื่อ จำเป็น, ผู้เกี่ยวข้อง ได้รับผลในเวลา ที่กำหนด		มีระบบป้องกันการ รายงานผลผิดพลาด การรายงานค่าวิกฤติ การรักษาความลับ การ สื่อสารที่ดีกับหน่วยส่ง ตรวจ		มีระบบการติดตาม ความน่าเชื่อถือของการ แปลผล, มีการทบทวน ความเหมาะสม และ คุ่มค่า ในการส่งตรวจ		มีการประเมินและ ปรับปรุงบริการ ห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์อย่างเป็น ระบบ ส่งผลให้องค์กร เป็นผู้นำในด้านนี้	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
61 ระบบคุณภาพ ห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์	มีแนวทางปฏิบัติในการ เก็บส่งตรวจ ปฏิบัติการตรวจ และ การควบคุมคุณภาพที่ จำเป็น		มีระบบควบคุมคุณภาพ ภายใน (เครื่องมือ น้ำยา และผลการตรวจ) และมีการตอบสนอง อย่างเหมาะสม		มีระบบการทดสอบ ความชำนาญ (proficiency test) และมี การตอบสนองอย่าง เหมาะสม, มีการ ปรับปรุงตามข้อเสนอ แนะสำคัญที่ได้รับจาก องค์กรวิชาชีพ หรือพี เลียงในเครือข่าย		มีระบบบริหารคุณภาพ ที่ครอบคลุมและมี ประสิทธิภาพ, มีการ พัฒนาคุณภาพร่วมกับ วิชาชีพอื่น, ได้รับการ รับรองจากองค์กร ภายนอกครอบคลุมการ ตรวจสำคัญบางส่วน		ได้รับการรับรองจาก องค์กรภายนอก ครอบคลุมการตรวจ สำคัญส่วนใหญ่	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0

ข. บริการโลหิตวิทยา											
62 (ก) บริการโลหิตวิทยาใน รพ.ที่ไม่มีคลังเลือด	มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เลือด รวมทั้งการระบุแหล่งที่จะขอรับเลือดในกรณีต่างๆ		มีระบบการขอเลือดขนส่งเลือด หรือส่งผู้ป่วยไปรับเลือด ที่มีประสิทธิภาพ, มีการเฝ้าระวังปฏิกิริยาจากการให้เลือด และมีการนำบทเรียนมาทบทวนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่รัดกุมในการให้เลือด			มีการติดตามผลการดำเนินการ และแสดงให้เห็นว่าสามารถให้เลือดแก่ผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ทันเวลา					
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0	
62 (ข) บริการโลหิตวิทยาใน รพ.ที่มีคลังเลือด	มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการรับบริจาคโลหิต และการให้บริการโลหิต		มีการนำมาตรฐานการบริการโลหิตของสมาคมฯ มาประเมินและปรับปรุงในส่วนขาด			สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการโลหิตของสมาคมฯ ในหัวข้อที่จำเป็นกับบริบทได้ครบถ้วน			มีความโดดเด่น เช่น สามารถเป็นที่พึ่งในด้าน การให้บริการโลหิต ให้แก่ รพ.ในเขตใกล้เคียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ		มีการประเมินและปรับปรุงบริการโลหิตวิทยาอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นผู้นำในด้านนี้
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0	

ค. บริการรังสีวิทยา และ Medical Imaging อื่น ๆ													
63 การวางแผน ทรัพยากร และการ จัดการบริการรังสี วิทยา	มีบุคลากร สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ เพียงพอสำหรับบริการ รังสีวิทยา ชั้นพื้นฐาน			มีบุคลากร สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ เพียงพอสำหรับบริการ รังสีวิทยาที่จำเป็น ตลอดเวลา			มีบุคลากร สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ เหมาะสมกับบริการของ องค์กร, สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ เป็นไปตามมาตรฐาน, มี ระบบบำรุงรักษาเชิง ป้องกันที่เหมาะสม			สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ ได้รับการ ตรวจสอบและรับรอง จากหน่วยงานที่ รับผิดชอบตามที่ กฎหมายกำหนด		มีการประเมินและ ปรับปรุงการบริหาร จัดการอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นผู้นำ ในด้านนี้	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0			
64 การบริการรังสี วิทยา	มีบริการรังสีวิทยาชั้น พื้นฐานที่จำเป็น, มี ระบบในการเตรียม ผู้ป่วย, มีแนวทางปฏิบัติ ที่จำเป็น			มีบริการรังสีวิทยาที่ จำเป็นตลอดเวลา สามารถส่งตรวจ ภายนอกเมื่อจำเป็น, ผู้เกี่ยวข้องได้รับผลใน เวลาที่กำหนด			บริการรังสีวิทยา ให้ ภาพวินิจฉัยที่มีคุณภาพ และการวินิจฉัยโรคที่ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ โดย มีอันตรายต่อผู้ป่วยและ เจ้าหน้าที่น้อยที่สุด, ผู้ป่วยได้รับคำอธิบาย ผลการตรวจตามความ เหมาะสม			มีความโดดเด่น เช่น การทบทวนความเหมาะสม ในการส่งตรวจ, ระบบติดตามความ น่าเชื่อถือของการแปล ผล, การทบทวนความ เหมาะสมและคุ้มค่าใน การส่งตรวจ		มีการประเมินและ ปรับปรุงระบบบริการ รังสีวิทยา ส่งผลให้ องค์กรเป็นผู้นำในด้านนี้	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0			
65 ระบบคุณภาพและ ความปลอดภัยบริการ รังสีวิทยา	มีแนวทางปฏิบัติในการ ถ่ายภาพรังสี			มีการควบคุมคุณภาพ ของกระบวนการ ถ่ายภาพและล้างฟิล์ม และมีการตอบสนอง อย่างเหมาะสม			มีการควบคุมคุณภาพ ของเครื่องมือที่ใช้ในการ ตรวจทางรังสี / medical imaging อื่น ๆ, มีระบบ ป้องกันอันตรายจากรังสี สารที่บรังสี และการเฝ้า			มีระบบบริหารคุณภาพ ที่ครอบคลุมและมี ประสิทธิภาพ, มีการ พัฒนาคุณภาพร่วมกับ วิชาชีพอื่น		มีการประเมินและ ปรับปรุงระบบคุณภาพ ส่งผลให้องค์กรเป็น ผู้นำในด้านนี้	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0			

						ระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง, มีการทบทวนอุบัติการณ์และการหาโอกาสพัฒนา					
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0	
II – 8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)											
8. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)											
องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการติดตามเฝ้าระวังเพื่อค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้											
66 นโยบาย แผน การติดตามประเมินผลบุคลากร ทรัพยากร การสร้างความรู้	มีนโยบายและแผนที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่		มีงบประมาณ เทคโนโลยี ทรัพยากร และบุคลากรที่เหมาะสม		มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในด้านแนวคิด นโยบาย แผน และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับบุคลากรทุกระดับ		มีความโดดเด่น เช่น ระบบในการกำกับดูแล ติดตามประเมินผล, บุคลากรทุกระดับให้ความร่วมมือ		มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นแบบอย่างที่ดีในการบริหารและทรัพยากร		
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0	
67 การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวัง	มีระบบรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังตามที่ สธ. กำหนด		มีการวิเคราะห์โรคและภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่และจัดระบบเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม		มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลที่มีคุณภาพ, ใช้วิธีการทางระบาดวิทยาในการวิเคราะห์อย่างสม่ำเสมอ, มีการคาดการณ์แนวโน้มและวางแผนป้องกัน		มีความโดดเด่น เช่น สามารถตรวจพบการระบาดของโรคและภัยสุขภาพที่ไม่อยู่ในขอบเขตการเฝ้าระวังตามปกติ		มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นแบบอย่างที่ดีในระบบที่มีประสิทธิภาพ		
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0	

68 การตอบสนองต่อการระบาด และการเผยแพร่ข้อมูล	มีมาตรการป้องกันการระบาด, มีการประสานกับ SRRT, มีช่องทางรับรายงานที่เหมาะสม	มีแผนตอบสนองเหตุฉุกเฉินและเตรียมพร้อมรองรับ, มีการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายและการระบาดอย่างทันที	มีการสืบค้นและควบคุมการระบาดอย่างทันที, เผยแพร่ข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง, ตอบสนองต่อการระบาดอย่างเหมาะสม	มีความโดดเด่น เช่นมีความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องใน รพ.และเครือข่ายนอก รพ. ใน การเฝ้าระวังและควบคุมการระบาดอย่างมีประสิทธิภาพ	มีการควบคุมการระบาดอย่างมีประสิทธิภาพ บทเรียนที่เกิดขึ้นนำมาสู่ระบบที่รัดกุมและความตระหนักในบุคลากร					
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
II – 9 การทำงานกับชุมชน (COM)										
9.1 การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (COM.1)										
ทีมผู้ให้บริการร่วมมือกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองต่อความต้องการของชุมชนที่รับผิดชอบ.										
69 การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน	เรียนรู้ชุมชน ศักยภาพและความต้องการของชุมชน	จัดการบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน	วางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน	มีความโดดเด่น เช่นมีระบบเกื้อหนุนการสร้างบริการสุขภาพเติมพื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการประเมินและปรับปรุงการจัดการบริการสำหรับชุมชนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ชุมชนทุกแห่งในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นได้					
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
9.2 การเสริมพลังชุมชน (COM.2)										
ทีมผู้ให้บริการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.										
70 การเสริมพลังชุมชน	สร้างเครือข่ายระหว่าง รพ.กับชุมชน	ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคลซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพของแต่ละคน	สนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบหลัก	มีความโดดเด่น เช่นชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะ, สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างชุมชน, การส่งเสริมให้มี	มีการประเมินและปรับปรุงการทำงานกับชุมชนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นผู้นำในด้านนี้ ชุมชนมีความเข้มแข็ง เป็นแบบอย่าง					
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0

								สิ่งแวดล้อมทาง กายภาพและทางสังคม ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี	ของการพึ่งตนเองใน การจัดการกับปัญหา สุขภาพในพื้นที่	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย													
III – 1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)													
ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย, กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาสุขภาพ / ความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล.													
71 การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน	มีการวิเคราะห์อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการที่จำเป็นและเร่งด่วน (ด้านกายภาพ ภาษา วัฒนธรรม อื่นๆ)			มีการปรับปรุงเพื่อลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการที่สำคัญ			มีการใช้ข้อมูลปัญหาสุขภาพของชุมชนที่รับผิดชอบเพื่อการจัดหรือขยายบริการ			มีความโดดเด่น เช่น การใช้ IT เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ, การเข้าถึงของกลุ่มผู้ด้อยโอกาส หรือผู้ป่วยฉุกเฉิน, การใช้ lean เพื่อลดขั้นตอน		มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบเพื่อให้ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นต่างๆ อย่างเหมาะสมกับ health need	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0			
72 กระบวนการรับผู้ป่วย	มีการวิเคราะห์ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลฉุกเฉิน/เร่งด่วน, มีแนวทางในการบ่งชี้ผู้ป่วย การประเมินเบื้องต้น การช่วยเหลือฉุกเฉิน การรับเข้าหน่วยบริการวิกฤติ การส่งต่อ			มีการบ่งชี้ผู้ป่วยและระบบ triage ที่ดี, มีการช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่ออย่างเหมาะสม, การรับเข้าหน่วยบริการวิกฤติเป็นไปตามเกณฑ์			กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี			มีความโดดเด่น เช่น ระบบประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติที่มีประสิทธิภาพ, การใช้ lean เพื่อปรับปรุงกระบวนการรับผู้ป่วย, การบริหารเตียงในหน่วยวิกฤติอย่างมีประสิทธิภาพ		มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการรับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น	
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0			

73 การให้ข้อมูลและ informed consent	มีแนวทางการให้ข้อมูล และการขอความยินยอม	มีการให้ข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจ สำหรับกรณีที่กำหนดไว้ว่าต้องใส่ใจเป็นพิเศษ	ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับข้อมูลที่จำเป็น อย่างชัดเจน เข้าใจง่าย และให้ความยินยอม ด้วยความเข้าใจ, มีการบันทึกที่เหมาะสม	มีความโดดเด่น เช่น มีระบบที่ดีในการให้ข้อมูล ที่มีความอ่อนไหว (sensitive)	มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ ก่อให้เกิดความมั่นใจ ความร่วมมือ และการปฏิบัติที่ถูกต้องในผู้ป่วยส่วนใหญ่					
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
III - 2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)										
ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.										
74 การประเมินผู้ป่วย	มีการกำหนดแนวทางการประเมินผู้ป่วย และบันทึกข้อมูล	ผู้ป่วยได้รับการประเมิน ในทุกระบบที่เกี่ยวข้อง, มีการระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วน และสำคัญ	ผู้ป่วยได้รับการประเมิน เมื่อแรกรับครบถ้วนเป็นองค์รวม, มีการใช้ CPG ในกลุ่มโรคสำคัญ, มีการประเมินซ้ำในช่วงเวลาที่เหมาะสม, บันทึกผลการประเมินในเวลาที่กำหนด	มีความโดดเด่น เช่น มีความร่วมมือและประสานระหว่างวิชาชีพ ในการประเมินผู้ป่วย, การประเมินสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ, การใช้ CPG ในการประเมินอย่างกว้างขวาง	มีการปรับปรุงกระบวนการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น					
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
75 การตรวจ investigate ที่จำเป็น	มีบริการตรวจ investigate พื้นฐาน	มีการจัดทำแนวทางการตรวจ investigate ที่จำเป็นตามข้อมูลวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่น่าจะเป็นปัญหา	ผู้ป่วยได้รับการตรวจ investigate ที่จำเป็นในเวลาที่เหมาะสม, มีระบบสื่อสารและบันทึกผลการตรวจ, มีการรักษาความลับอย่างเหมาะสม, มีการอธิบายผลการตรวจที่ผิดปกติ	มีความโดดเด่น เช่น การประสานกับหน่วยตรวจ investigate ภายนอกที่มีประสิทธิภาพ, การใช้ IT ในการสื่อสารและบันทึกผลการตรวจ	มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการตรวจ investigate อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ได้การวินิจฉัยโรคที่แม่นยำ					
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0

76 การวินิจฉัยโรค	การวินิจฉัยโรคส่วน ใหญ่เป็นไปตามอาการ สำคัญที่นำผู้ป่วยมา รพ.			การวินิจฉัยโรค ครอบคลุมปัญหาทาง ร่างกายที่สำคัญทุก ระบบ			การวินิจฉัยโรค ครอบคลุมปัญหาของ ผู้ป่วยอย่างครบถ้วน, มี การบันทึกในเวลา ที่กำหนด, มีบันทึกการ เปลี่ยนแปลงการ วินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูล เพิ่มเติม			มีความโดดเด่น เช่น มี ข้อมูลสนับสนุนการ วินิจฉัยโรคชัดเจน, มี ความสอดคล้องในการ วินิจฉัยโรคของวิชาชีพ ต่างๆ, มีการใช้ CPG เพื่อปรับปรุงการ วินิจฉัยโรค, มีการ วินิจฉัยโรคเพื่อการ สร้างเสริมสุขภาพ			มีการทบทวนความ เหมาะสมและครบถ้วน ในการวินิจฉัยโรคพร้อม ทั้งนำมาปรับปรุงอย่าง เป็นระบบ		
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0					
III-3 การวางแผน (PLN)															
3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (PLN.1)															
ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา / ความต้องการด้านสุขภาพของ ผู้ป่วย.															
77 การวางแผนการ ดูแลผู้ป่วย	มีแผนการดูแลที่แฝงอยู่ ในคำสั่งการรักษาหรือ บันทึกต่างๆ			มีแผนการดูแลผู้ป่วยที่ ชัดเจน เริ่มมีเป้าหมาย ของแต่ละวิชาชีพ			มีแผนการดูแลที่ เหมาะสมกับปัญหาของ ผู้ป่วย โดยการประสาน งานหรือวางแผนร่วมกัน ระหว่างวิชาชีพ มี เป้าหมายการดูแล ร่วมกันที่ชัดเจน, มีการ ใช้ข้อมูลวิชาการในกลุ่ม โรคสำคัญ			มีความโดดเด่น เช่น แผนครอบคลุมเป็นองค์ รวม, ผู้ป่วยและ ครอบครัวมีส่วนร่วมใน การวางแผนและกำหนด เป้าหมาย, การวางแผน มีพื้นฐานข้อมูลวิชาการ เป็นส่วนใหญ่			มีการประเมินและ ปรับปรุงกระบวนการ วางแผนการดูแลผู้ป่วย อย่างเป็นระบบ ทำให้ แผนมีความถูกต้อง สมบูรณ์ และผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยเป็นไป ตามเป้าหมายในแผน		
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0					

3.2 การวางแผนจำหน่าย (PLN.2)															
มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล.															
78 การวางแผนจำหน่าย	การวางแผนจำหน่ายเน้นการให้สุขศึกษาต่างๆ ไปตามแบบแผนที่กำหนดไว้	การวางแผนจำหน่ายทำได้ดีในกลุ่มที่มีการจัดทำแนวทางไว้แล้ว เช่น CareMap	มีการระบุปัญหา/ความต้องการที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่ายอย่างชัดเจน, มีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหา/ความต้องการดังกล่าว	มีความโดดเด่น เช่น คำหนึ่งถึงมิติต่างๆ อย่างรอบด้าน, ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันวางแผน, ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม	มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและช่วยตนเองได้ รวมถึงการประสานให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ด้อยโอกาสหรือขาดผู้ดูแล	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD)															
4.1 การดูแลทั่วไป (PCD.1)															
ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันที่ทั่วถึงที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.															
79 การดูแลทั่วไป	มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับได้สำหรับกระบวนการดูแลที่สำคัญ รวมทั้งการกำหนดความรับผิดชอบของบุคลากรระดับต่างๆ	มีการติดตามเพื่อให้มั่นใจว่าการดูแลต่างๆ เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้, มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยที่ดี	ผู้ป่วยได้รับการดูแลการดูแลอย่างทันที่ทั่วถึงที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ และแผนการดูแลที่จัดทำไว้	มีความโดดเด่น เช่น ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม, ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดการดูแล และแก้ไขปัญหา	มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เกินความคาดหวัง	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0

4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (PCD.2)															
ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.															
80 การดูแลและ บริการที่มีความเสี่ยง สูง	มีการระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและบริการที่มีความเสี่ยงสูงของรพ. และจัดทำแนวทางการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยดังกล่าว	มีการดูแลตามแนวทางที่กำหนดไว้, ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในเวลาที่เหมาะสม, มีความพร้อมในด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม	การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงกระทำในสิ่งแวดล้อมที่มีความพร้อม (สถานที่, คน, เครื่องมือ), มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย	มีความโดดเด่น เช่น มีระบบงานที่ดีและการประสานงานที่ดีกับองค์กรอื่น ทั้งในด้านการขอปรึกษาและการส่งต่อ, มีระบบที่ดีในการตอบสนองเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง (ตามแนวทางใน SIMPLE)	มีการประเมินและปรับปรุงการดูแลที่มีความเสี่ยงสูงอย่างเป็นระบบ ทำให้ผลลัพธ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับที่ต่ำมาก	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
4.3 การดูแลเฉพาะ (PCD.3)															
ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.															
81 การระงับความรู้สึก	มีเครื่องมือพื้นฐานที่สามารถให้บริการระงับความรู้สึกได้, บุคลากรได้รับการฝึกอบรม/ฟื้นฟูทักษะเพียงพอ	ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อม, มีการประเมินและวางแผนเพื่อให้การระงับความรู้สึกอย่างปลอดภัยโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีให้ยาระงับความรู้สึก การทบทวน	กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยบุคคลที่เหมาะสม มีการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงที	มีความโดดเด่น เช่น ระบบติดตามภาวะไม่พึงประสงค์, ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยซับซ้อนหรือรุนแรงได้อย่างปลอดภัย, ระบบการดูแล deep sedation ทั่วทั้งองค์กร นวัตกรรม	มีการประเมินและปรับปรุงบริการระงับความรู้สึกอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ ASA mortality rate ดีกว่าค่าเฉลี่ย										
82 การผ่าตัด	สถานที่ เครื่องมือ	สถานที่ เครื่องมือ	กระบวนการผ่าตัด	มีความโดดเด่น เช่น	มีการประเมินและ										

	ระบบงานและบุคลากร เอื้อต่อการผ่าตัดที่ จำเป็นตามบริบทของ รพ.	ระบบงาน และบุคลากร เอื้อต่อการผ่าตัดอย่าง ปลอดภัย, ผู้ป่วยได้รับ การเตรียมความพร้อม, มี การประเมินและ วางแผนอย่างเหมาะสม	เป็นไปอย่างราบรื่นและ ปลอดภัย, มีการใช้ surgical checklist เพื่อ ความปลอดภัยในการ ผ่าตัดผู้ป่วย	ระบบติดตามภาวะไม่ พึงประสงค์, ความ สามารถในการดูแล ผู้ป่วยซับซ้อนหรือ รุนแรงได้อย่างปลอดภัย	ปรับปรุงบริการผ่าตัด อย่างเป็นระบบ ส่งผล ให้องค์กรเป็นผู้นำใน การให้บริการด้านนี้					
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
83 อาหารและโภชน บำบัด	ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบ เรื่องอาหารด้วยตนเอง	ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ เหมาะสม เพียงพอกับ ความต้องการพื้นฐาน, การผลิตอาหารเป็นไป ตามหลักสุขาภิบาล อาหาร ป้องกันความ เสี่ยงจากการปนเปื้อน การนำเข้า และการ แพร่กระจายของเชื้อโรค	มีบริการอาหารเฉพาะ โรค, มีการประเมิน ภาวะโภชนาการและ ให้บริการโภชนบำบัดที่ เพียงพอและปลอดภัย เมื่อมีข้อบ่งชี้	มีความโดดเด่น เช่น มี การคัดกรองปัญหา โภชนาการในผู้ป่วยทุก ราย, ให้ความรู้ทางด้าน วิชาการอาหาร โภชนาการและโภชน บำบัดแก่ผู้ป่วยและ ครอบครัวเพื่อให้มี พฤติกรรมที่พึงประสงค์	มีการประเมินและ ปรับปรุงบริการอาหาร และโภชนบำบัดอย่าง เป็นระบบ ผลลัพธ์การ ใช้โภชนบำบัดในการ ดูแลอยู่ในระดับดีมาก					
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
84 การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย	มีแนวทางสำหรับการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการเมื่อผู้ป่วย เสียชีวิต	บุคลากรได้รับการ ฝึกอบรม มีความ ตระหนักในความ ต้องการของผู้ป่วย และ นำแนวทางไปปฏิบัติ	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ ครอบครัวได้รับการ ตอบสนองความต้องการ การด้านต่าง ๆ อย่าง รอบด้าน (ดู SPA)	มีความโดดเด่น เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับ การดูแลอย่างสมศักดิ์ศรี ของความเป็นมนุษย์, ผู้ป่วยเข้าถึง palliative care & pain management	มีการประเมินและ ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายอย่างเป็น ระบบ ส่งผลให้องค์กร เป็นผู้นำในด้านนี้					
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0

85 การบำบัดอาการเจ็บปวด	มีแนวทางในการประเมินและบำบัดอาการเจ็บปวด			เริ่มทดลองระบบการประเมินและบำบัดอาการเจ็บปวดในบางหน่วยงาน			มีระบบการประเมินและบำบัดอาการเจ็บปวดครอบคลุมทุกหน่วยงาน			มีความโดดเด่น เช่น ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการควบคุมการบำบัด, มีบริการให้แก่ผู้ป่วยที่อยู่นอก รพ.			มีการประเมินและปรับปรุงการบำบัดอาการเจ็บปวดอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นผู้นำในด้านนี้		
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0					
86 การฟื้นฟูสภาพ	มีการให้บริการฟื้นฟูสภาพพื้นฐานตามบริบทของ รพ.			มีการประเมินและวางแผนการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม มีการสื่อสารเป้าหมายและแผนระหว่างทีม			ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย, ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผน, มีการวัดผลในเวลาที่เหมาะสม,			มีความโดดเด่น เช่น การดูแลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมมิติ, การเสริมพลังให้ผู้ป่วยตระหนักในคุณค่าของตน, การติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม, ครอบคลุมมีส่วนร่วม, ความร่วมมือกับเครือข่ายและชุมชน			มีการประเมินและปรับปรุงบริการฟื้นฟูสภาพอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และองค์กรเป็นผู้นำในด้านนี้		
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0					
87 การดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย	มีทรัพยากรและบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายแบบที่มีการดำเนินการอยู่			ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อม, มีการดำเนินการตามมาตรฐานเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างปลอดภัย			ในกรณีของการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องผ่านการตรวจรับรองของสมาคมโรคไตฯ, มีการ monitor ผลการดูแลผู้ป่วยและระบบงานอย่างเหมาะสม			มีความโดดเด่น เช่น มีบริการที่หลากหลายตามปัญหาและความพร้อมของผู้ป่วย, การ monitor ผู้ป่วยทุก parameter			มีการประเมินและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และองค์กรเป็นผู้นำในด้านนี้		
	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0					

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP)															
ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว และกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล.															
88 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	ผู้ป่วยได้รับข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน	มีการประเมินความต้องการและวางแผนกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย	ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลตนเอง, ได้รับข้อมูลและการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง	มีความโดดเด่น เช่น นวัตกรรมในการจัดกิจกรรมเสริมทักษะ, การให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ, เชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล	มีการประเมินและปรับปรุงการให้ข้อมูลและเสริมพลังอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองและมีส่วนในการช่วยเหลือแนะนำผู้อื่น	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)															
ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.															
89 การดูแลต่อเนื่อง	มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องและมีระบบติดตาม	มีระบบช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาก่อนวันนัดหมาย หรือระบบช่วยเหลือโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องมา รพ., มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องดูแลต่อเนื่อง	มีการประสานข้อมูลกับหน่วยบริการในพื้นที่ ทีมเยี่ยมบ้าน/ทีมเชิงรุก และแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ	มีความโดดเด่น เช่น นำข้อมูลปัญหาการดูแลต่อเนื่องมาวิเคราะห์และปรับปรุงอย่างเป็นระบบ, มีระบบสะท้อนข้อมูลแก่หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง, การสร้างความร่วมมือและพัฒนาศักยภาพให้หน่วยงานต่างๆ	มีการประเมินและปรับปรุงการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นผู้นำในด้านนี้ มีการดูแลในลักษณะ seamless	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0