

คำแนะนำการใช้รายงานการประเมินตนเอง

รายงานประเมินตนเองฉบับ 2020 มีการปรับเปลี่ยนบางประเด็นเพื่อให้สอดคล้องกับประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เรื่อง มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ที่ถูกกำหนดในระเบียบคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 ที่มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาสถานพยาบาลที่จะผ่านการรับรองคุณภาพขั้น 3 และขั้นก้าวหน้า ต้องได้คะแนนประเมินจากการเยี่ยมตามที่ระเบียบกำหนดและต้องปฏิบัติตาม มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่คณะกรรมการกำหนดทุกข้อ โดยมาตรฐานสำคัญจำเป็นทุกข้อเป็นมาตรฐาน ที่ถูกเลือกมาจาก โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ซึ่งจะบูรณาการในรายงานการประเมินตนเองไว้ใน SAR 2020 โดยสถานพยาบาลที่จะขอการรับรองต้องแสดงการดำเนินงานและการพัฒนาตามประเด็นมาตรฐาน สำคัญจำเป็นที่คณะกรรมการกำหนดครบทุกข้อในรายงานการประเมินตนเอง ซึ่งได้มีการทำสัญลักษณ์ให้ เห็นเป็นตัวหนังสือสีแดง จำนวน 9 ประเด็น หากสถานพยาบาลดำเนินการประเด็นดังกล่าวไม่ครบถ้วน ตาม หลักเกณฑ์ในการพิจารณาสถานพยาบาลที่จะผ่านการรับรองคุณภาพที่ระเบียบกำหนด สถาบันจะไม่สามารถ พิจารณาจัดกระบวนการประเมินรับรองในขั้นตอนการเยี่ยมสำรวจต่อไปได้

รายงานการประเมินตนเองสำหรับมาตรฐานแต่ละหมวดประกอบด้วย 5 ส่วนคือ i) ผลลัพธ์ของบทนั้น, ii) บริบท, iii) กระบวนการ, iv) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ, v) แผนการพัฒนา

i) ผลลัพธ์ของบทนั้น

ให้ระบุผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในหมวดนั้น ๆ โดยใช้ประเด็นสำคัญที่ระบุไว้เป็น แนวทางพิจารณา ซึ่ง รพ.สามารถเพิ่มเติมได้ตามที่เห็นสมควร ในกรณีที่มาตรฐานสำคัญจำเป็นอยู่ในหมวดใด จะ มีตัวอย่างผลลัพธ์การดำเนินการให้พิจารณาเลือกตอบให้สอดคล้องกับบริบทรพ.

ตัวชี้วัดต่าง ๆ ควรระบุหน่วยของตัวชี้วัดให้ชัดเจน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์อย่างมีนัยยะสำคัญ ควร อธิบายไว้ในส่วน iii) กระบวนการด้วย กรณีเป็นตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็น ให้อธิบายแนวทางปฏิบัติ การดำเนินทบทวน และแผนการดำเนินการที่ชัดเจนในข้อมาตรฐานที่ระบุไว้ในส่วน iii)

ii) บริบท

เป็นการระบุข้อมูลสำคัญที่มีผลต่อการออกแบบ การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ ซึ่งทีมสามารถ ระบุข้อมูลสำคัญเพิ่มเติมจากหัวข้อที่ให้แนวทางไว้ได้

iii) กระบวนการ

ควรเขียนสรุปประเด็นสำคัญอย่างย่อ ๆ bullet ละไม่เกิน 3-4 บรรทัด โดยยึดหลักการเขียนตามแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance) ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- (Good practice): เพื่อบรรลุเป้าหมาย.... รพ.ได้ปฏิบัติตามระบบงานที่มีมาตรการต่อไปนี้ (1)... (2)... (3)... ทำให้เกิดผลลัพธ์.....
- (Improvement): เพื่อปรับปรุงกระบวนการ.... โดยมีเป้าหมาย..... ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุง (1)... (2)... (3)... ทำให้เกิดผลลัพธ์.....
- (Effort): เพื่อแก้ปัญหา..... ทีมงานได้ใช้แนวคิด..... โดยดำเนินการต่อไปนี้..... ทำให้เกิดบทเรียน.....
- (Plan): เพื่อตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาเรื่อง..... รพ.ได้วางแผนไว้ดังนี้.....

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

สถานพยาบาลไม่จำเป็นต้องเขียนครบ **bullet** ทั้ง 4 อันข้างบน แต่ให้เขียนให้สอดคล้องกับเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้น

ในช่วงที่ผ่านมา

กรณี **bullet** ที่เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นต้องความปลอดภัย ให้สรุปประเด็นสั้น ๆ ไม่เกิน 3-4 บรรทัด โดยยึดหลักการเขียนตามแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance) ดังตัวอย่างต่อไปนี้ เป็นต้น

- (Essential Standard) ...เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เรื่อง.....ที่มิได้ดำเนินการ..... ส่งผลให้.....
- (Essential Standard) ...เพื่อลดอุบัติเหตุกรณีไม่พึงประสงค์เรื่อง....ที่มิได้ดำเนินการทบทวนพบว่า....และได้พัฒนาหรือปรับระบบดังนี้....

iv) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ให้ระบุเฉพาะชื่อของการปฏิบัติ กระบวนการ ระบบงาน ผลการพัฒนา นวัตกรรม ที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ โดยรายละเอียดต่าง ๆ ควรอยู่ในหัวข้อ iii) กระบวนการอยู่แล้ว

v) คะแนนและแผนการพัฒนา

ในแต่ละหมวดจะมีหัวข้อสำหรับการประเมินคะแนนตาม **scoring guideline** ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา

Score ให้ระบุคะแนนการประเมินตนเองตั้งแต่ 1-5 ซึ่งอาจจะมีคะแนนในระดับ 0.5 ด้วยก็ได้

DALI Gap เป็นตัวช่วยสำหรับการวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาอีกมุมมองหนึ่งว่า รพ.มีจุดอ่อนในขั้นตอนใดในมาตรฐานเรื่องนั้น ถ้าเห็นว่ามี **gap** ให้ระบุเฉพาะอักษรย่อที่เห็นว่าเป็น **gap** ซึ่งอาจจะมีมากกว่าหนึ่งตัวก็ได้

D = gap ในการออกแบบ (design gap) อาจสอดคล้องกับคะแนน 1 ถ้ามี **gap** การออกแบบในภาพรวม

A = gap ในการนำไปปฏิบัติ (action gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 2

L = gap ในการประเมินและเรียนรู้ (learning gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 3

I = gap ในการปรับปรุง (improvement gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 3

ประเด็นที่จะพัฒนา เป็นการระบุประเด็นสำคัญที่พบจากการวิเคราะห์และทบทวน (และควรสอดคล้องกับ **gap**) ต่อไปนี้

- การปฏิบัติตามมาตรฐาน
 - **Gap** ที่พบจากการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ไม่สมบูรณ์
 - **Gap** ที่พบจากการวิเคราะห์ DALI
 - การยกระดับ **maturity** ของการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ประเมินโดยอาศัย **scoring guideline**
 - ผลการประเมินด้วยเครื่องมือและวิธีการอื่น ๆ
- บริบทขององค์กร
 - โจทย์ขององค์กร (ความท้าทาย ความเสี่ยง ปัญหา)
 - กลยุทธ์/เป้าหมายที่องค์กรกำหนด

*รายละเอียดเพิ่มเติม มาตรฐานสำคัญจำเป็นต้องความปลอดภัย ตามประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จำนวน 9 ข้อ ซึ่งสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และ เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยเป็นกลุ่ม **Patient Safety Goals** จำนวน 8 รายการ **Personnel Safety Goals** 1 รายการ ดังนี้

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4	มีข้อมูลตอบใน SAR แล้ว (ให้เช็ค ✓ ก่อนส่งสรพ.)
การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	มาตรฐาน III-4.3 การดูแลเฉพาะ ข.การผ่าตัด (4)	
การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาล ตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSII	มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (1)	
บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งตรงกับมาตรฐาน	มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (3)	
การเกิด medication error และ adverse drug event	มาตรฐาน II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อม สนับสนุน ก.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (3)	
การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	มาตรฐาน II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการ โลหิต	
การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (8)	
ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	มาตรฐาน III-2 การประเมินผู้ป่วย ค.การวินิจฉัยโรค (4)	
การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน	มาตรฐาน II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ข.การให้บริการ (3) II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค และ II-7.5 บริการ ตรวจวินิจฉัยอื่นๆ	
การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงบริการ (3)	

โดยสถานพยาบาลต้องดำเนินการในเรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ดังนี้

1. มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด
2. แสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปี ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ในแบบประเมินตนเองเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพ
3. กรณีเกิดอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหา
4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เกี่ยวข้อง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

หมายเหตุ: ส่วนที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยใน SAR 2020 จะเป็นตัวหนังสือสีแดง และอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปรายละเอียดดังตาราง

ระดับผลกระทบของอุบัติการณ์					
ประเภท	Insignificant	Minor	Moderate	Major	Extreme
	A-B-C	D	E-F	G-H	I
ผู้ป่วย (ไม่ใช่เรื่องยา)	(A) ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน (B) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย	(D) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่เป็นอันตราย แต่ต้องเฝ้าระวังติดตามอาการเพิ่มเติม	(E) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม	(G) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เกิดความพิการถาวรต่อผู้ป่วยต้องให้การรักษา	(I) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต
ผู้ป่วย (ยา)	(C) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่ต้องทำการรักษา ไม่ต้องเฝ้าระวัง ไม่เกิดอันตราย		(F) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือหยุดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น	(H) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ต้องให้การรักษาทำการกู้ชีวิต / ผู้ป่วยเกือบเสียชีวิต	

I-1 การนำ

i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4 (2) (3) (4) (5) (6)]

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: การสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับกำลังคนและผู้รับผลงาน การกำกับดูแลกิจการ ความรับผิดชอบต่อด้านการเงิน การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ การประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม ความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความรับผิดชอบต่อสังคมและการสนับสนุนชุมชน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

ii. บริบท

วิสัยทัศน์:

พันธกิจ:

ค่านิยม:

ระบบกำกับดูแลองค์กร:

iii. กระบวนการ

I-1.1 ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม:

(1) ผู้นำชี้นำองค์กร:

- การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากวิสัยทัศน์ขององค์กร:
- ผู้นำเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตามค่านิยม:

(2)(3) ผู้นำส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมายและหลักจริยธรรม:

-

I-1.1 ข. การสื่อสาร

(1) ผู้นำสื่อสารและสร้างความผูกพัน:

- กับกำลังคน (สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญ/ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง, สร้างแรงจูงใจ):
- กับผู้รับบริการ:

I-1.1 ค. ผลการดำเนินงานขององค์กร

(1) ผู้นำสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ:

- การบรรลุพันธกิจ:
- การเป็นองค์กรที่คล่องตัว:
- การมีวัฒนธรรมความปลอดภัย:
- การเรียนรู้:
- การพัฒนาและสร้างนวัตกรรม:
- การสร้างความผูกพันกับผู้รับบริการ:

(2) ผู้นำกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ (focus on action):

-

I-1.2 ก. การกำกับดูแลองค์กร(1) ระบบกำกับดูแลองค์กร:

- การปรับปรุงระบบงานที่เป็นข้อเสนอแนะจากระบบกำกับดูแลองค์กร:

(2) การประเมินและปรับปรุงผู้นำและระบบการนำ:

- การปรับปรุงระบบการนำและ *managerial competency* ของผู้นำที่เป็นผลจากการทบทวน:

(3) ระบบกำกับดูแลทางคลินิก:

-

I-1.2 ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม(1) การปฏิบัติตามกฎหมายและความห่วงกังวลของสาธารณะ:

- การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ:
- การตอบสนองต่อการคาดการณ์ความเสี่ยง/ผลกระทบเชิงลบ/ความห่วงกังวลของสาธารณะ:
- การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม:

(2) การกำกับดูแลเรื่องจริยธรรม:

-

(3) ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ:

-

I-1.2 ค. ความรับผิดชอบต่อสังคม(1) ความรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคม (ด้านสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ):

-

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
1. การชี้แจงองค์กรโดยผู้นำระดับสูง			
2. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ			
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา			
4. ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ			
5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก			
6. การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม			

I-2 กลยุทธ์

<p>i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4(1)]</p> <p>ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: การบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ</p>																						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน																
<p>ii. บริบท</p> <p>ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญ:</p> <p>โอกาสเชิงกลยุทธ์:</p> <p>ความท้าทายเชิงกลยุทธ์:</p> <p>ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์:</p> <p>สมรรถนะหลักขององค์กร:</p> <p>ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ:</p> <p>iii. กระบวนการ</p> <p>I-2.1 ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:</p> <p>(1) กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(2) การกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ การเลือกโอกาสพัฒนา และการส่งเสริมนวัตกรรมในโอกาสที่เลือกดำเนินการ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(3) การวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดกลยุทธ์:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(4) การกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กร:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(5) การตัดสินใจเรื่องระบบงาน กระบวนการใดที่ตนเอง กระบวนการใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>I-2.1 ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์</p> <p>(1)(2)(3) กลยุทธ์ในด้านคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">ความท้าทาย</th> <th style="width: 25%;">วัตถุประสงค์</th> <th style="width: 25%;">เป้าหมายและกรอบเวลา</th> <th style="width: 25%;">ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							ความท้าทาย	วัตถุประสงค์	เป้าหมายและกรอบเวลา	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม												
ความท้าทาย	วัตถุประสงค์	เป้าหมายและกรอบเวลา	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม																			

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

I-2.2 ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

(1) การจัดทำแผนปฏิบัติการระยะสั้น และระยะยาว:



(2) การถ่ายทอดประเด็นที่ท้าทาย/ยาก ไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในองค์กร และร่วมกับผู้ส่งมอบ/พันธมิตร:



(3) การจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและอื่น ๆ เพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:



(4) การจัดทำแผนและจัดการกำลังคนเพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:



(5) การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า:



I-2.2 ข. การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ

การตอบสนองต่อผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์:



iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ



v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
7. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล			
8. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ			
9. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร			
10. การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า			

I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-2]
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่า การคงอยู่ การแนะนำ การสร้างความสัมพันธ์

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

ii. บริบท

ส่วนการตลาดที่สำคัญ:
 กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ (ระบุความต้องการสำคัญของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มในวงเล็บ):
 ผู้รับผลงานอื่น ๆ (และความต้องการสำคัญ):
 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย:

iii. กระบวนการ

I-3.1 ก. การรับฟังผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

(1) การรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในปัจจุบัน ด้วยวิธีที่เหมาะสมกับกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใช้ประโยชน์ได้:

- การรับฟังความต้องการและความคาดหวัง:
- การรับฟังข้อมูลป้อนกลับหลังเข้ารับบริการ (Feedback):

(2) การรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในอนาคต:

-

I-3.1 ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

(1) วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับกลุ่มต่าง ๆ:

-

I-3.2 ก. การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก

(1) การนำข้อมูลความต้องการ/ความคาดหวังมากำหนดคุณลักษณะของบริการ:

-

(2) ช่องทางการค้นหาข้อมูล การเข้ารับบริการ และการรับการช่วยเหลือ ที่จัดให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน:

-

(3) การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่จะให้ความสำคัญ:

-

I-3.2 ข. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น

(1) การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพัน:

-

(2) การจัดการคำร้องเรียน ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียนและแนวโน้ม และการนำไปปรับปรุง:

-

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย

ข(1) การสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากร:

-

ก(1) ข(2)-(6) การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เป็นประเด็นสำคัญของ รพ.:

-

ข(7) การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิก:

-

ค การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ:

- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ผู้ป่วยเด็ก
- ผู้สูงอายุ
- ผู้พิการ
- ผู้ป่วยที่ต้องแยกหรือถูกยัด
- อื่น ๆ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
11. การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม			
12. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน			
13. การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก			
14. การสร้างความสัมพันธ์และจัดการคำร้องเรียน			
15. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย			

I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: **alignment & integration**, การใช้ประโยชน์จากข้อมูล, คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ, ความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ, การจัดการความรู้และการเรียนรู้ที่ดี

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

ii. บริบท

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์:

กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ:

แหล่งข้อมูลเปรียบเทียบ:

เทคโนโลยีสารสนเทศที่สำคัญ:

iii. กระบวนการ

I-4.1 ก. การวัดผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร

(1) การเลือก รวบรวม เชื่อมโยงตัวชี้วัด, การมี **alignment** ทั้งหมดองค์กร, การใช้ประโยชน์เพื่อติดตามการปฏิบัติงานประจำวันและความก้าวหน้าตามกลยุทธ์ (ยกตัวอย่างการตัดสินใจที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัด):

-

(2) การเลือกและใช้ข้อมูล **performance** ขององค์กรที่มีการเปรียบเทียบกับองค์กรภายนอก:

-

(3) การใช้ข้อมูลเสียงของผู้ป่วยเพื่อสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งเห็นคนเป็นศูนย์กลาง (ยกตัวอย่าง):

-

(4) การปรับปรุงระบบวัดผลดำเนินการขององค์กร:

-

I-4.1 ข. การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร

(1) ประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินการขององค์กร (ความสำเร็จ/ความก้าวหน้า) ในรอบปีที่ผ่านมา:

-

I-4.1 ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร

(1) ลำดับความสำคัญเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรที่เกิดจากการทบทวน [เชื่อมโยงกับ II-1.1ก(7)]:

-

I-4.2 ก. ข้อมูลและสารสนเทศ

(1) การทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (**accuracy, validity, integrity, reliability, current**):

-

(2) การทำให้มั่นใจในความพร้อมใช้ของข้อมูลและสารสนเทศ, ระบบที่มีใช้งานในปัจจุบัน, ระบบที่กำลังพัฒนาหรือมีแผนจะพัฒนา:

-

I-4.2 ข. การจัดการระบบสารสนเทศ

(1)(2) การทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ ความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล/สารสนเทศ:

-

(3) การส่งข้อมูลผู้ป่วยทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยยังคงรักษาความลับของผู้ป่วย:

-

I-4.2 ค. ความรู้ขององค์กร

(1) การสร้างและจัดการความรู้:

-

(2) การระบุ *good practice* และขยายผล:

-

(3) การทำให้การเรียนรู้ฝังลึกในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร:

-

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
16. การวัดผลการดำเนินงาน			
17. การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลการดำเนินงาน และนำไปใช้ปรับปรุง			
18. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ			
19. การจัดการระบบสารสนเทศ			
20. ความรู้ขององค์กร			

I-5 กำลังคน

<p>i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-3] ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ขีดความสามารถ อัตรากำลัง การรักษาไว้ ทักษะที่เหมาะสม บรรยากาศการทำงาน สุขอนามัย ความปลอดภัย สิทธิประโยชน์ บริการ ความพึงพอใจ ความผูกพัน การพัฒนากำลังคนและผู้นำ</p>						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
<p>ii. บริบท กำลังคนประเภทต่าง ๆ ขององค์กร: สมรรถนะหลักขององค์กร: ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของกำลังคน: ความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน:</p> <p>iii. กระบวนการ I-5.1 ก. ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน (1) ผลการประเมินขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน และการตอบสนอง:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>(2) การสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และรักษากำลังคน:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>(3) การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงความต้องการและการเตรียมกำลังคนให้พร้อมรับ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>(4) การจัดระบบการทำงานและบริหารกำลังคนเพื่อให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>I-5.1 ข. บรรยากาศการทำงานของกำลังคน (2) นโยบาย บริการ สิทธิประโยชน์:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>I-5.1 ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน (1) การป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ (สิ่งแวดล้อม ภาระงาน การหยิบยก อันตรายจากการปฏิบัติงาน ความรุนแรง) การปฏิบัติตามกฎหมาย และการให้ภูมิคุ้มกัน:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>(2) การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>(3) การประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าและการตรวจเป็นระยะ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

(4) การดูแลกำลังคนที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน:

-

I-5.2 ก. ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน

(1) การสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อให้บุคลากรที่มีผลงานที่ดี:

-

(2)(3) การประเมินและปรับปรุงความผูกพันของกำลังคน:

-

(4) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน:

-

I-5.2 ข. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ

(1) Learning need ที่สำคัญของกำลังคนกลุ่มต่าง ๆ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้:

กลุ่มกำลังคนและผู้นำ	Learning need ที่สำคัญ	วิธีการพัฒนา/เรียนรู้

(2) การประเมินผลการพัฒนาและเรียนรู้:

-

(3) การจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานและแผนการสร้างผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงาน:

-

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
21. ชีตความสามารถและความเพียงพอ			
22. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน			
23. การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน			
24. ความผูกพันและระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน			
25. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ			

I-6 การปฏิบัติการ

<p>i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 ในส่วนที่มีได้รายงานไว้ในหมวดอื่น ๆ] ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ผลผลิตภาพ รอบเวลา ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพของกระบวนการสำคัญ, ประสิทธิภาพของระบบความปลอดภัยขององค์กร, การเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน, ผลดำเนินงานช่องทาง</p>						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
<p>ii. บริบท ข้อกำหนดของบริการสุขภาพสำคัญ: ผู้ส่งมอบและพันธมิตรสำคัญ: โอกาสเชิงกลยุทธ์: การเป็นสถาบันสมทบในการจัดการเรียนการสอน: ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเผชิญ:</p> <p>iii. กระบวนการ I-6.1 ก. การออกแบบบริการและกระบวนการ (1) การระบุข้อกำหนดของบริการสุขภาพที่สำคัญ: • (2) การระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ และข้อกำหนดของกระบวนการ: • (3) การออกแบบบริการและกระบวนการทำงานโดยใช้แนวคิดต่าง ๆ: • หลักฐานทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ: • เทคโนโลยี: • ความรู้ขององค์กร: • คุณค่าใหม่มองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น: • ความคล่องตัว: • ความปลอดภัย: • มิติคุณภาพอื่น ๆ: (4) การควบคุมเอกสาร: •</p> <p>I-6.1 ข. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ (1)(2)(3) การทำให้เป็นไปตามข้อกำหนดของกระบวนการ การใช้ตัวชี้วัด การปรับปรุงกระบวนการ • บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในโครงการพัฒนาคุณภาพและงานประจำ: • บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในการบริหารหน่วยงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย และการติดตามกำกับงานประจำวัน: • บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA กับประเด็นเชิงกลยุทธ์ หรือการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพที่สำคัญ:</p>						

I-6.1 ค. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน

-

I-6.1 ง. การจัดการนวัตกรรม

-

I-6.1 จ. การจัดการการเรียนการสอนทางคลินิก

-

I-6.2 ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ

(1) การควบคุมต้นทุนโดยรวม การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ การปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผล:

-

I-6.2 ข. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน (ยกเว้นอัคคีภัย ซึ่งจะตอบใน II-3)

(1) การทำให้สภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย การป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ การฟื้นฟู:

-

(2) การเตรียมพร้อมต่อยุบัติหรือภาวะฉุกเฉิน:

- บทเรียนที่ได้รับจากการฝึกซ้อมครั้งล่าสุด และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น:

- ความพร้อมใช้ต่อเนื่องของระบบสารสนเทศ:

-

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
26. การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล			
27. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน			
28. การจัดการนวัตกรรม			
29. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก			
30. ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่าง ๆ			

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: บรรยากาศที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย ประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงและกระบวนการบริหารความเสี่ยง (risk register)						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

ii. บริบท
 โครงสร้างการบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัย:
 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัย:
 จุดเห็นหรือเข้มมุ่งขององค์กรด้านคุณภาพและความปลอดภัย:
 เป้าหมายความปลอดภัย:
 โรคที่มีความเสี่ยงสูง:
 เหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง:

iii. กระบวนการ
II-1.1 ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ
 (1) การนำระบบบริหารงานคุณภาพตามแนวคิด 3C-PDSA มาใช้:
 •
 (2) บทบาทของผู้หน้าในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:
 •
 (3) การประสานงานและบูรณาการ QM/PS/RM และการทำให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์:
 •
 (4) การทำงานเป็นทีม
 •
 (5) การประเมินตนเอง:
 •
 (8) การทำแผนพัฒนาคุณภาพ:
 •
 (9) การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล:
 •
 (10) การประเมินตนเอง การทำแผนพัฒนาคุณภาพ การดำเนินการตามแผน:
 •

II-1.1 ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย
 (1) การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย:
 •

- (2)(3) การกำหนดเป้าหมายและการติดตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย:
 -
- (4) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย:
 -
- II-1.2 ก. ระบบบริหารความเสี่ยง**
- (1) องค์ประกอบสำคัญและโครงสร้างของการบริหารความเสี่ยง (PDSA ของระบบบริหารความเสี่ยง):
 -
- (2)(3) แผนการบริหารความเสี่ยง ระเบียบปฏิบัติ กระบวนการบริหารความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง และ *risk register*:
 -
- (4) การรายงาน การเรียนรู้ปรับปรุง จากอุบัติการณ์ (incident) และเหตุเกือบพลาด (near miss):
 -
- (5) การจัดการเพื่อบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (PSG):
 -
- (6) การประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:
 -
- iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**
 -
- v. แผนการพัฒนา**

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
31. ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม			
32. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ			
33. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย			
34. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย			
35. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย			
36. กระบวนการบริหารความเสี่ยง			
37. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์			

II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ ผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย (เช่น ความปลอดภัย ความสามารถในการดูแลตนเอง ฯลฯ)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

ii. บริบท

ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ:

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง:

จำนวนกำลังคนด้านการพยาบาลเทียบกับภาระงาน:

สาขาที่มีพยาบาลเชี่ยวชาญ:

iii. กระบวนการ

II-2.1 ก. การบริหารการพยาบาล

(1) การจัดทีมผู้บริหาร:

-

(2) การจัดอัตรากำลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง หรือขาดแคลนบุคลากร:

-

(3) โครงสร้างและกลไกกำกับดูแลการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ:

- การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ:

- การนิเทศ กำกับดูแลปฏิบัติการพยาบาล:

- การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:

- การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม:

- การควบคุมดูแลบุคลากรที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือมีคุณวุฒิต่ำกว่าเกณฑ์:

- การจัดการความรู้และส่งเสริมการวิจัย:

(4) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่าง ๆ:

-

(5) การเชื่อมโยงการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ กับภาพรวมขององค์กร:

-

(6) การประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาล:

-

II-2.1 ข. ปฏิบัติการพยาบาล

(1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ:

-

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- (2) การใช้ข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ:
 -
- (3) การใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลที่เป็นองค์รวม สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม:
 -
- (4) บันทึกทางการพยาบาล:
 -
- (5) การประเมินและปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล:
 -
- iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ
 -
- v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
38. ระบบบริหารการพยาบาล			
39. ปฏิบัติการทางการพยาบาล			

II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์

<p>i. ผลลัพธ์ ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ การศึกษาต่อเนื่อง มาตรฐานและจริยธรรม</p>						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
<p>ii. บริบท ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ: กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง:</p> <p>iii. กระบวนการ (1)(2) บทบาทหน้าที่และวิธีการทำงานขององค์กรแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(5) การทำหน้าที่ขององค์กรแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> • การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน: • การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้: • การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ: • การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ • การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย • การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน • การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม • การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย <p>(6) การปฏิบัติตามข้อตกลงและแนวปฏิบัติ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(7) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่าง ๆ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>v. แผนการพัฒนา</p>						
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี			
40. องค์กรแพทย์						

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความพร้อมใช้ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ความเอื้อต่อสุขภาพและการเรียนรู้

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

ii. บริบท

ลักษณะสิ่งก่อสร้าง:

เครื่องมือและเทคโนโลยีสำคัญ:

iii. กระบวนการ

II-3.1 ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ

(1) ผลการตรวจสอบและการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย เอื้อต่อความปลอดภัย/ประสิทธิภาพ

-
- (2) การกำกับดูแล ติดตาม และปรับปรุงระบบบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย
-
- (3) การตรวจสอบความเสี่ยง/การปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย (ความถี่ สิ่งที่พบ การปรับปรุง)
-

(4) ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและการป้องกัน

(5) การให้ความรู้และฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม

วันที่	เนื้อหา	จำนวนผู้เข้าร่วม

II-3.1 ข. วัสดุและของเสียอันตราย

(1) วัสดุและของเสียอันตรายที่สำคัญ มาตรการป้องกัน การจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุ

-

II-3.1 ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

(1) ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่มีโอกาสประสบ ผลกระทบและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น การนำแผนไปปฏิบัติ

-

(2) การจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ และการนำแผนไปปฏิบัติ

-

(3) การฝึกซ้อมแผน

-

II-3.1 ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย**(1) แผนป้องกันและควบคุมอัคคีภัย**

•

(2) การสร้างความตระหนัก การซ้อมแผนและปรับปรุง การประเมินผลระบบ

•

(3) การตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย

•

II-3.2 ก. เครื่องมือ**(1) ผลการประเมินความเพียงพอและแผนการจัดหา**

•

(2) การบริหารจัดการเพื่อให้มีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้

•

(3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริหารเครื่องมือ

•

II-3.2 ข. ระบบสาธารณูปโภค**(1) แผนบริหารระบบสาธารณูปโภค**

•

(2) ระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์

• ความครอบคลุม ระยะเวลาที่สำรองได้ สมรรถนะของระบบไฟฟ้าสำรอง:

• ระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์:

• การบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบ:

(3) การติดตามข้อมูลระบบสาธารณูปโภค เพื่อวางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน

•

II-3.3 ก. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ**(1) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี**

•

(2) สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้

•

(3)(4) การเข้าถึงอาหาร/ผลิตภัณฑ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ

•

II-3.3 ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม**(1) ระบบบำบัดน้ำเสีย:**

•

(2) การลดปริมาณของเสีย:

•

(3) การกำจัดขยะ:

•

(4) การร่วมมือกับชุมชนในการปรับปรุงและปกป้องสิ่งแวดล้อม:

•

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

●

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
41. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ ของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม ทางกายภาพ การจัดการกับ วัสดุและของเสียอันตราย			
42. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และ การป้องกันอัคคีภัย			
43. ระบบการบริหารเครื่องมือและ สาธารณูปโภค			
44. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริม สุขภาพ			
45. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม			

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

i. ผลลัพธ์						
เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
อุบัติการณ์การติดเชื้อสำคัญตามบริบทองค์กร เช่น VAP, CAUTI, SSI, CLABSI เป็นต้น*						
อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน*						
<p>*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับปรุงแบบตามบริบทองค์กร</p> <p>ii. บริบท</p> <p>จำนวนเตียง จำนวนผู้รับบริการ: บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและลักษณะของการติดเชื้อ: การติดเชื้อสำคัญ: โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น: การติดเชื้อดื้อยา: จำนวน ICN และการศึกษาอบรม:</p> <p>iii. กระบวนการ</p> <p>II-4.1 ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</p> <p>(1) คณะกรรมการกำกับดูแล การตัดสินใจที่สำคัญ</p> <ul style="list-style-type: none"> • (2) การวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อกำหนดการติดเชื้อที่เป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม • (3)(4) การนำความรู้ทางวิชาการมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติ • (5)(6) การประสานงานระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) ทั่วทั้งองค์กร ความครอบคลุมพื้นที่ การเชื่อมประสานระบบงาน IPC กับระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย • (7) การสนับสนุนทรัพยากร บุคลากร ระบบสารสนเทศ • (8) การให้ความรู้และฝึกอบรมแก่บุคลากรและผู้ป่วย • (9)(10) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) กลไกการดำเนินงานและประสานงาน • <p>II-4.1 ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ</p> <p>(1) การเฝ้าระวังแบบ active prospective surveillance หรือ targeted surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> • 						

<p>(2) การวินิจฉัยและยืนยันการติดเชื้อที่ไม่ได้ทำ <i>active prospective surveillance</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(3) การใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง และเพื่อปรับปรุงระบบงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(4)(5) การบ่งชี้การระบาดและการควบคุมการระบาด (บทเรียนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>II-4.2 ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป</p> <p>(1) มาตรการป้องกันการติดเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hand hygiene: • Isolation precautions: • Standard precaution อื่น ๆ: • การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ: • การ reprocess กล้องส่องอวัยวะ: • การจัดการกับวัสดุหมดอายุและ single-use device reprocessing: <p>(2) การปรับปรุงและควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(3) การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่าง ๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>II-4.2 ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ</p> <p>(1) การดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร*</p> <ul style="list-style-type: none"> • (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น) • <p>(2) การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การติดเชื้อที่ดื้อยาและเชื้ออุบัติใหม่</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(3) การดูแลเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง หรือเจ็บป่วยจากการทำงาน*</p> <ul style="list-style-type: none"> • (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น) • <p>iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>v. แผนการพัฒนา</p>			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
46. ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ			
47. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ			
48. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป			
49. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่ม			

เฉพาะ			
-------	--	--	--

II-5 ระบบเวชระเบียน

i. ผลลัพธ์
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา มีเนื้อหาที่จำเป็น (สำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ) ความปลอดภัย การรักษาความลับ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

ii. บริบท
 ปริมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน:
 ขอบเขตการใช้ digital technology ในระบบเวชระเบียน:

iii. กระบวนการ
II-5.1 ก. การวางแผนและออกแบบระบบ

(1) (2) การกำหนดเป้าหมาย การออกแบบระบบเวชระเบียน การประเมินส่วนขาด/ความซ้ำซ้อนการไม่ได้ใช้ประโยชน์:

-

(3) การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน:

-

(4) การประมวลผลจากเวชระเบียนและการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้:

-

(5) การประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน:

-

II-5.1 ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ

(1) การจัดเก็บเวชระเบียน ความปลอดภัย:

-

(2) (3) การรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียน:

-

(4) การให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน:

-

II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย

(1) การออกแบบและมาตรการเพื่อให้บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอตามข้อกำหนด

-

(2) การทบทวนและปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน (ความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด):

-

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

●

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
50. ระบบบริหารเวชระเบียน			
51. การทบทวนและความสมบูรณ์ของการบันทึก			

II-6 ระบบการจัดการด้านยา

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันท่วงที adherence ประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
อุบัติการณ์ Medication error : Prescribing*						
อุบัติการณ์ Medication error : Transcribing*						
อุบัติการณ์ Medication error : Pre-dispensing*						
อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing*						
อุบัติการณ์ Medication error : Administration*						
<p>*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร เช่นการเก็บข้อมูล ME สามารถใช้รูปแบบตามที่รพ.เก็บปกติเป็นต้น</p> <p>ii. บริบท ยาที่ต้องระมัดระวังสูง:</p> <p>iii. กระบวนการ II-6.1 ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (1) การทำหน้าที่ของ PTC การบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของการจัดการระบบยา: ● (2) การปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้าย นโยบายสำคัญ จำนวนยาในบัญชี ● (3) ผลการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ME/ADE การตอบสนองเมื่อเกิด ME/ADE* ● (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น) ● (4) ผลการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (HAD) ● (5) ผลการดำเนินงานตามแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (rational drug use) และแผนงานดูแลการใช้ยาด้านจุลชีพ (antimicrobial stewardship) : ● (6) การติดตามตัวชี้วัด การทบทวนวรรณกรรม การประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา: ●</p> <p>II-6.1 ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน (1) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ: ● (2) การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย: ●</p>						

(3) การเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น:

•

(4) ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งสัญญาณเตือน:

•

(5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเกี่ยวกับการใช้ยา:

•

II-6.1 ค. การจัดหาและเก็บรักษา**(1) การจัดหา:**

•

(2) การเก็บสำรองยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย:

•

(3) การจัดให้มียา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินในหน่วยดูแลผู้ป่วย:

•

(4) การจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด:

•

(5) การจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา:

•

II-6.2 ก. การสั่งใช้และถ่ายถอดคำสั่ง**(1) การเขียนคำสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง เพื่อการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย:**

•

(2) medication reconciliation:

•

(3) ถ้ามีการสั่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ใช้ (Computerized Physician Order Entry; CPOE) ระบบมีฐานข้อมูลที่ เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ:

•

II-6.2 ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา**(1) การทบทวนคำสั่งใช้ยา:**

•

(2) การจัดเตรียมยา:

•

(3) การติดฉลากยา:

•

(4) การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย:

•

(5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย:

•

II-6.2 ค. การบริหารยา**(1) การบริหารยา การใช้แบบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record; MAR) การตรวจสอบซ้ำ:**

•

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

(2) การให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว:

•

(3) การติดตามผลการรักษา:

•

(4) การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา:

•

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

•

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
52. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา			
53. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหา และเก็บรักษา			
54. การสั่งใช้ยาและการถ่ายทอด คำสั่ง			
55. การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียน ฉลากจัดจ่าย และส่งมอบยา			
56. การบริหารยาและติดตามผล			

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: คุณภาพฟิล์ม ปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
ii. บริบท						
ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):						
การตรวจพิเศษ/การทำ <i>intervention</i> ทางรังสี:						
จำนวนเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค/เจ้าหน้าที่ถ่ายภาพรังสี (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา):						
จำนวนรังสีแพทย์:						
เทคโนโลยีสำคัญ:						
iii. กระบวนการ						
II-7.1 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ						
(1) การวางแผนและจัดบริการ:						
•						
(2) ทรัพยากรบุคคล:						
•						
(3)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมืออุปกรณ์ การตรวจสอบจากหน่วยงานตามกฎหมาย:						
•						
(5) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา:						
•						
(6) คุณภาพของบริการที่ส่งตรวจภายนอก:						
•						
(7) การสื่อสารกับแพทย์ผู้ส่งตรวจ:						
•						
II-7.1 ข. การให้บริการรังสีวิทยา						
(1) คำขอส่งตรวจ:						
•						
(2) การให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วย:						
•						
(3) การให้บริการในเวลาที่เหมาะสม:						
•						
(4) การดูแลระหว่างได้รับบริการ:						
•						
(5) กระบวนการถ่ายภาพรังสี:						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

<ul style="list-style-type: none"> ● (6) การแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี: ● (7) การแปลผลภาพรังสี: ● <u>II-7.1 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย</u> (1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย: ● (2) การจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี: ● (3) ระบบบริหารคุณภาพ: ● <u>iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u> ● <u>v. แผนการพัฒนา</u> 			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
57. บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์			

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก

i. ผลลัพธ์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ปลอดภัย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
วัตถุประสงค์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผล ตรวจวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อน (เช่น ลำช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป*	(.../0)					

***ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร**

ii. บริบท

ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):

จำนวนผู้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ปริญา/ต่ำกว่าปริญา):

iii. กระบวนการ

II-7.2 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

(1) การวางแผนและจัดบริการ:

-

(2)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมือและอุปกรณ์:

-

(3) ทรัพยากรบุคคล:

-

(5)(6) การคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานงานบริการจากภายนอก เครื่องมือ วัสดุ ห้ายา ห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ
ผู้ให้คำปรึกษา:

-

(7) การสื่อสารกับผู้ส่งตรวจ:

-

II-7.2 ข. การให้บริการ

(1) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ:

-

(2) กระบวนการตรวจวิเคราะห์:

-

(3) การส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์ การรายงานค่าวิกฤติ การรักษาความลับ*:

- (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)

-

(4) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์:

<ul style="list-style-type: none"> ● <u>II-7.2 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย</u> (1) ระบบบริหารคุณภาพ: <ul style="list-style-type: none"> ● (2) การเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ: <ul style="list-style-type: none"> ● (3) ระบบควบคุมคุณภาพ: <ul style="list-style-type: none"> ● (4) การเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ/การปฏิบัติตามข้อกำหนดจากองค์กรที่มาประเมิน: <ul style="list-style-type: none"> ● ● <u>iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u> ● <u>v. แผนการพัฒนา</u> 			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
58. บริการห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก			

II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
อุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ทั้งหมด/ระดับ E	(.../0)					
*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร						
ii. บริบท						
ขอบเขตบริการ:						
การเตรียมส่วนประกอบของเลือดที่ทำได้:						
iii. กระบวนการ						
* ระบบตรวจสอบและทบทวนการใช้โลหิต/ผู้กำกับดูแล:						
<ul style="list-style-type: none"> ● (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น) ● ● 						
ระดับขั้นต่ำของการสำรองเลือดและส่วนประกอบของเลือด และผลการปฏิบัติ:						
<ul style="list-style-type: none"> ● 						
ระบบการแจ้งผลการติดเชื้อแก่ผู้บริจาคโลหิต/จำนวนผู้ติดเชื้อในรอบปีที่ผ่านมา:						
<ul style="list-style-type: none"> ● 						
มาตรฐานการตรวจร่องรอยการติดเชื้อ (disease marker):						
<ul style="list-style-type: none"> ● 						
ระบบคัดแยก กักกัน ชั่งบ่งเลือดที่ไม่ผ่านการตรวจและเลือดที่ติดเชื้อ:						
<ul style="list-style-type: none"> ● 						
ระบบห่วงโซ่ความเย็นของการเก็บรักษาและขนส่ง:						
<ul style="list-style-type: none"> ● 						
ประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการตามมาตรฐานแนวทางของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติได้:						
<ul style="list-style-type: none"> ● 						
การเข้าร่วมระบบประกันคุณภาพจากภายนอก:						
<ul style="list-style-type: none"> ● 						
การรับรองคุณภาพที่ได้รับ:						
<ul style="list-style-type: none"> ● 						
iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ						
<ul style="list-style-type: none"> ● 						

v. แผนการพัฒนา			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
59. มาตรการเลือดและงานบริการโลหิต			

II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค & II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
<p>ปฏิบัติการการตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิและการตรวจวินิจฉัยอื่น คลาดเคลื่อน (เช่น สำซ้ำ/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป*</p>						
<p>*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร</p> <p>ii. บริบท การตรวจวินิจฉัยที่ให้บริการ:</p> <p>iii. กระบวนการ II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค (1) การประเมิน การเตรียมผู้ป่วย การให้ข้อมูลและขอคำยินยอม:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ (1) การประเมิน การเตรียมผู้ป่วย การให้ข้อมูลและขอคำยินยอม:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(2) การแปลผลการตรวจ และรายงานผล*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น) • <p>iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>v. แผนการพัฒนา</p>						
มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี			
60. พยาธิวิทยากายวิภาค และบริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ						

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ครอบคลุม ประสิทธิภาพ						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
ii. บริบท						
โรคและภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่: โรค						
โรคและภัยสุขภาพสำคัญที่อยู่ในแผนเฝ้าระวัง: โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง						
iii. กระบวนการ						
II-8 ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร:						
(1) (2) นโยบาย แผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ:						
•						
(3) (4) บุคลากร งบประมาณ เทคโนโลยี ทรัพยากรอื่น ๆ:						
•						
(5) การสร้างความรู้ความเข้าใจ:						
•						
II-8 ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง:						
(1)(2) การเฝ้าระวัง บันทึก และจัดเก็บข้อมูล:						
•						
(3)(4) การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมาย ค้นหาการเพิ่มผิดปกติหรือการระบาด:						
•						
(5)(6) การติดตามเฝ้าดูสถานการณ์ การคาดการณ์แนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกัน:						
•						
II-8 ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ:						
(1) แผนตอบสนอง การเตรียมความพร้อม:						
•						
(2) ทีม SRRT:						
•						
(3) มาตรการป้องกันที่จำเป็น:						
•						
(4) ช่องทางรับรายงาน:						
•						
(5) การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย:						
•						
(6) การสืบค้นและควบคุมการระบาด:						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

<ul style="list-style-type: none"> ● <u>II-8 ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย:</u> (1) การจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคต่อสาธารณะ: ● (2) การรายงานโรคตามกฎหมาย: ● <u>iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u> ● <u>v. แผนการพัฒนา</u> 			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
61. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ			

II-9 การทำงานกับชุมชน

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความครอบคลุม ผลกระทบ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

ii. บริบท

ชุมชนที่รับผิดชอบ ความต้องการ ตักยภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ:

iii. กระบวนการ

II-9.1 การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน

(1)(2) การกำหนดชุมชน ประเมินความต้องการและศักยภาพ วางแผน ออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน:

-

(3) การร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสุขภาพสำหรับชุมชน:

-

(4) การประเมินและปรับปรุง:

-

II-9.2 การเสริมพลังชุมชน

(1) ภาพรวมของการทำงานร่วมกับชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่าย:

-

(2) การส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สำคัญของชุมชน:

-

(3) การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล:

-

(4) การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะ:

-

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
62. การทำงานกับชุมชน			

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: การเข้าถึง ความครอบคลุม ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
อุบัติการณ์การตัดแยกที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป*	(.../0)					
อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป*	(.../0)					

*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร

ii. บริบท

กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าถึง:

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการเข้าถึงและเข้ารับบริการ

(1) การตอบสนองปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของชุมชน:

(2) การประสานงานกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา:

•

(3) การคัดแยก (triage) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วนอย่างเหมาะสม*:

- (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)

•

•

(4) การดูแลเบื้องต้นและส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาได้:

•

(5) การรับผู้ป่วยเข้าในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ:

•

(6,7) การให้ข้อมูลและการขอ informed consent:

•

(8) การบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

- (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)

•

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

●

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
63. การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน			
64. กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ <i>informed consent</i>			

III-2 การประเมินผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: **ถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย ประสิทธิภาพ**

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*						

*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร

ii. บริบท

กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน:

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรค

III-2 ก. การประเมินผู้ป่วย

(1) การประเมินที่ครอบคลุมรอบด้าน การเชื่อมโยงและประสานการประเมิน การระบุปัญหาเร่งด่วน:

-
- (2) ความสมบูรณ์ของการประเมินแรกรับ (ประวัติ ตรวจร่างกาย การรับรู้ความต้องการของตน ความชอบส่วนบุคคล จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ):

-
- (3) ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน สิ่งแวดล้อม ทรัพยากร การใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อชี้แนะการประเมิน (ยกตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น):

-
- (4)(5) การประเมินในเวลาที่เหมาะสม การบันทึกในเวชระเบียน การใช้ประโยชน์จากบันทึก การประเมินซ้ำ:

-
- (6) การอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว:

III-2 ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค

(1)(2) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็น ในเวลาที่เหมาะสม ผลการตรวจมีความน่าเชื่อถือ:

-
- (3) การสื่อสาร การบันทึก การสืบค้น ผลการตรวจ:

-
- (4) การอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย:

III-2 ค. การวินิจฉัยโรค

(1)(2) การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การมีข้อมูลเพียงพอสนับสนุน การบันทึกในเวลาที่กำหนด การบันทึกการเปลี่ยนแปลง การวินิจฉัยโรค:

-

(3) การทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค:

-

(4) การกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย*:

- (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)

-

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
65. การประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค			
66. การวินิจฉัยโรค			

III-3 การวางแผน

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความเหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ องค์กรวม ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

ii. บริบท

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนดูแลมีความสำคัญ:

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญ:

iii. กระบวนการ

III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

(1) การเชื่อมโยงและประสานแผนการดูแลผู้ป่วย:



(2) แผนตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการอย่างครบถ้วน:



(3) การใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อชี้แจงการวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม (ตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น):



(4) การให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน:



(5) แผนการดูแลผู้ป่วยระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ และบริการที่จะให้:



(6) การสื่อสาร ประสานงาน เพื่อนำแผนไปปฏิบัติ เข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง:



(7) การทบทวนและปรับแผนตามสภาวะหรืออาการของผู้ป่วย:



III-3.2 การวางแผนจำหน่าย

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนจำหน่าย

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- (1) การกำหนดแนวทาง ข้อบังคับ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย (โรคที่วางแผนจำหน่ายล่วงหน้า หรือใช้ CareMap เพื่อการวางแผนจำหน่าย):
-
- (2) การพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละราย:
-
- (3) การมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย (แพทย์ พยาบาล วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วย ครอบครัว):
-
- (4) การประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย เพื่อประโยชน์ในการวางแผนจำหน่าย:
-
- (5) การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ใน รพ.:

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
67. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย			
68. การวางแผนจำหน่าย			

III-4 การดูแลผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ คนเป็นศูนย์กลาง ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

ii. บริบท

: กลุ่มผู้ป่วย (ตามบริบทโรงพยาบาล/หน่วยงาน)

:

iii. กระบวนการ

III-4.1 การดูแลทั่วไป

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทั่วไป

(1) การมอบความรับผิดชอบให้ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม การดูแลตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ:

•

(2) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย คำหึงถึงศักดิ์ศรี เป็นส่วนตัว สะดวกสบาย ป้องกันอันตราย/สิ่งรบกวน:

•

(3) การจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน:

•

(4) การตอบสนองความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย:

•

(5) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีมเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล:

•

III-4.2 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง

(1) การวิเคราะห์และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง:

•

(2) การฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง และการนำมาปฏิบัติ:

•

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- (3) การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง:
 -
 - (4) การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการผู้ป่วย เพื่อแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษา:
 -
 - (5) การตอบสนองและความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (rapid response system):
 -
 - (6) การติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อกำหนดปรับปรุง:
 -

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
69. การดูแลทั่วไป			
70. การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง			

III-4.3 ก. การระงับความรูสึก

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: **เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ**

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

ii. บริบท

กลุ่มผู้ป่วยใช้บริการระงับความรูสึก ที่มีความเสี่ยงสูง:

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการระงับความรูสึก

(1) การประเมินความเสี่ยง การวางแผน การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อการระงับความรูสึกที่ปลอดภัย :

•

(2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การให้ข้อมูล และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ:

•

(3) การใช้กระบวนการระงับความรูสึกที่ราบรื่น ปลอดภัย โดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ รวมถึงการฝึกอบรม/ฟื้นฟูทักษะของบุคลากรที่ทำหน้าที่ระงับความรูสึก :

•

(4) การเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างระงับความรูสึกและพักฟื้น การแก้ไขภาวะฉุกเฉิน การจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้น:

•

(5) การปฏิบัติตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ (เครื่องมือ วัสดุ ยา):

•

การดูแลการใช้ **deep sedation**

•

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

•

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
71. การระงับความรูสึก			

III-4.3 ข. การผ่าตัด

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
อุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ทั้งหมด/ระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*	(...../0)					
*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร						
ii. บริบท						
กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง:						
iii. กระบวนการ						
ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการผ่าตัด					
<p>(1) การประเมินผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยง การวางแผนการผ่าตัด การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(2) การอธิบายข้อมูลให้ผู้ป่วย/ครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(3) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(4) การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น) • <p>(5) การจัดสิ่งแวดล้อมและระบบงานของห้องผ่าตัดให้มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย (ดู SPA):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(6) บันทึกการผ่าตัด การใช้ประโยชน์เพื่อการสื่อสารและความต่อเนื่องในการดูแล:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(7) การดูแลหลังผ่าตัด และการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(8) การเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 						
iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ						
<ul style="list-style-type: none"> • 						

<u>v. แผนการพัฒนา</u>			
มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
72. การผ่าตัด			

III-4.3 ค. อาหารและโภชนาบำบัด

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง เหมาะสม ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

ii. บริบท

กลุ่มผู้ป่วยที่การดูแลทางโภชนาการมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว:

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทางโภชนาการ

(1) การจัดหาอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการพื้นฐาน ระบบบริการอาหาร การป้องกันความเสี่ยง:

•

(2) การคัดกรองภาวะโภชนาการ การประเมินอย่างละเอียดเมื่อมีข้อบ่งชี้ การวางแผนและการดูแลทางโภชนาการ/ โภชนาบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ:

•

(3) การให้ความรู้ด้านโภชนาการและโภชนาบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว:

•

(4) บทเรียนเกี่ยวกับสุขภาพโภชนาการในการผลิต จัดเก็บ ส่งมอบ จัดการของภาชนะและเศษอาหาร:

•

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

•

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
73. อาหารและโภชนาบำบัด			

III-4.3 ง/จ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/การจัดการความปวด

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
<p>ii. บริบท</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ รพ. ให้การดูแล:</p> <p>กลุ่มเป้าหมายในการจัดการความปวด:</p> <p>iii. กระบวนการ</p> <p>III-4.3 ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p>(1) การสร้างความตระหนักแก่บุคลากรในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(2) บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(3) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (ร่างกาย จิตสังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ) และการให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>III-4.3 จ. การจัดการความปวด</p> <p>(1) การคัดกรองและการประเมินความปวด:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(2) การแจ้งโอกาสที่จะเกิดความปวด และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความปวด:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>(3) การจัดการความปวด การเฝ้าระวังผลข้างเคียง และการจัดการความปวดในผู้ป่วยซึ่งรักษาตัวที่บ้าน:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>v. แผนการพัฒนา</p>						
มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี			
74. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย						
75. การจัดการความปวด						

III-4.3 จ. การฟื้นฟูสภาพ

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: **เหมาะสม ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง**

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

ii. บริบท

กลุ่มผู้ป่วยที่การฟื้นฟูสภาพมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว:

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการฟื้นฟูสภาพ

(1) การประเมินและวางแผนฟื้นฟูสภาพ:

-

(2) การให้บริการฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล การช่วยเหลือผู้พิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน:

-

(3) การปฏิบัติตามมาตรฐาน กฎระเบียบ ข้อบังคับ:

-

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
76. การฟื้นฟูสภาพ			

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

III-4.3 ข. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ องค์กรรวม ต่อเนื่อง						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
ii. บริบท						
: (ตามบริบทหน่วยงาน)						
iii. กระบวนการ						
(1) การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน:						
•						
(2) การปฏิบัติตามข้อแนะนำของคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม:						
•						
iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ						
•						
v. แผนการพัฒนา						
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี			
77. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง						

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: *เหมาะสม ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง*

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

ii. บริบท

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการให้ข้อมูลและเสริมพลังมีความสำคัญ:

ลักษณะประชากร/ผู้รับบริการที่มีผลต่อการให้ข้อมูลและเสริมพลัง:

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการให้ข้อมูลและเสริมพลัง

(1) การประเมิน การวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้:

-

(2) การให้ข้อมูลที่จำเป็น การสร้างการเรียนรู้ เพื่อการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม:

-

(3) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษา:

-

(4) การร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ครอบครัว:

-

(5) การจัดกิจกรรมเสริมพลัง/เสริมทักษะให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง:

-

(6) การประเมินผลกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลัง:

-

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
78. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง			

III-6 การดูแลต่อเนื่อง

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: **เหมาะสม ประสิทธิภาพ องค์กรรวม ต่อเนื่อง**

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

ii. บริบท

ระดับการให้บริการ:

ลักษณะหน่วยบริการในเครือข่าย:

ตัวอย่างโรคที่การดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญต่อประสิทธิผลในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย:

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลต่อเนื่อง

(1) การระบुकลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ:

•

(2) การดูแลขณะส่งต่อ บุคลากร การสื่อสาร:

•

(3) ยานพาหนะและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการส่งต่อ:

•

(4) ระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่อง ระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย:

•

(5) ความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่น ๆ เพื่อความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย (รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพแก่หน่วยบริการที่ให้การดูแลต่อเนื่อง) และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ:

•

(6) การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง:

•

(7) การทบทวนการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง:

•

(8) การติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและนำผลการติดตามมาใช้วางแผนปรับปรุงบริการ:

•

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

•

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
79. การดูแลต่อเนื่อง			

ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ

นำเสนอข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญในตาราง อธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (จากความพยายามในการพัฒนา หรือจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป) โดยอาจใช้ *run chart* หรือ *control chart* ที่มีคำอธิบายประกอบ (*annotation*) ตามข้อมูลปฏิบัติงานให้ได้มากที่สุด

กรณีมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยตามประกาศที่คณะกรรมการกำหนด จะมีตัวอย่างผลการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ในข้อ 85 -90 และความปลอดภัยของบุคลากรในด้านกำลังคนข้อ 94 ซึ่งโรงพยาบาลสามารถปรับรายละเอียดของการดำเนินงานตามบริบท

IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ

(1) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย

80 ผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอน รพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

81 ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

82 ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

83 ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (สะท้อนมิติคุณภาพ appropriateness และ effectiveness)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

84 ผลด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

85 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*	0					

*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

86 ผลด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
อัตราการติดเชื้อในรพ. (health care-associated infections) ต่อ 1,000 วันนอน*						
อัตราการติดเชื้อ VAP/1,000 Vent. Days*						
อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days*						
อัตราการติดเชื้อ CLABSI/1,000 Cath. Days*						

*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

87 ผลระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
Medication error with harms (level E up)*	0					
อัตรา Prescribing error : OPD (ต่อ 1000)						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*						
อัตรา Transcribing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*						
อัตรา Pre-dispensing error: : OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*						
อัตรา Dispensing : OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*						
อัตรา Administration: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*						
จำนวนการให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด*	0					

*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ชัดเจน)

88 ผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
ร้อยละการวินิจฉัยผิดพลาดเคลื่อน (diagnostic error)*						
ร้อยละของการเกิดการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด*						

*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ชัดเจน)

89 ผลด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
ร้อยละของการรายงานผล Lab หรือ Patho คลาดเคลื่อน*						

*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ชัดเจน)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

90 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
ร้อยละของการคัดแยก <i>undertriage</i> ที่ ER*						
ร้อยละของการคัดแยก <i>overtriage</i> ที่ ER*						

*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

(2) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

91 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

92 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

IV-2 ผลด้านการมุ่งเห็นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มีติดคนเป็นศูนย์กลาง)

93 ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

IV-3 ผลด้านกำลังคน

94 ผลด้านกำลังคน (IV-3)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน
ร้อยละของบุคลากรที่ติดเชื่อจากการทำงาน*	0					

*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

IV-4 ผลด้านการนำ

95 ผลด้านการนำ (IV-4)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ

96 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

IV-6 ผลด้านการเงิน

97 ผลลัพธ์ด้านการเงิน (IV-6)						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปัจจุบัน

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

รายงานประเมินตนเองของ CLT/PCT สามารถใช้แบบฟอร์ม ตาม **Template Quality Report for CLT** ที่เป็นไฟล์ PowerPoint แทนรายละเอียดเอกสารดังนี้

รายงานการประเมินตนเองของ CLT/PCT _____

พันธกิจ/ความมุ่งหมาย:

ขอบเขตบริการ:

ผู้รับบริการสำคัญและความต้องการ:

จุดเน้นของการจัดบริการและการพัฒนา:

กลุ่มโรคสำคัญ (Key Clinical Population)

โรค Disease	เกณฑ์				
	มีความเสี่ยงสูง High risk	มีค่าใช้จ่ายสูง/ นอนโรงพยาบาล นาน High cost/ Long LOS	มีปริมาณผู้ป่วย มาก High volume	มีหลักฐานใหม่ หรือเทคโนโลยี ใหม่ที่นำมาใช้ใน การดูแลผู้ป่วย New evidence/ technology	การดูแลมีความ ซับซ้อน Complex Care

หมายเหตุ:

- เป็นการบอกภาพรวมว่ากลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญของ CLT/PCT มีอะไรบ้าง เพื่อเป็นฐานสำหรับพิจารณาต่อว่าจะ ทบทวน/สรุปผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มใดบ้าง ในประเด็นใดบ้าง
- ระบุโรคสำคัญให้มากที่สุด ให้คะแนนน้ำหนักความสำคัญของแต่ละโรคตามเกณฑ์ต่าง ๆ โดยให้น้ำหนักคะแนน 1-5
- ความสำคัญอาจจะมาจากเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อรวมกันก็ได้

ตัวชี้วัดของกลุ่มโรคสำคัญจำแนกตามมิติคุณภาพ

โรค Disease	การเข้าถึง และเข้ารับ บริการ Access	การดูแล ต่อเนื่อง Continuity	ความเหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความปลอดภัย Safe	การดูแลที่ ยึดคนเป็น ศูนย์กลาง People-centered	การสร้าง เสริม สุขภาพ Health Promotion

หมายเหตุ:

- นำโรคที่วิเคราะห์ไว้ในตารางแรกมาระบุตัวชี้วัดตามมิติต่าง ๆ (ไม่จำเป็นต้องครบทุกมิติ)
- ผลลัพธ์ของตัวชี้วัดที่ระบุจะมีรายละเอียดในข้อมูลสายโรค และนำไปสรุปรวมในรายงานประเมินตนเองตอนที่ IV

ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน

ความเสี่ยง	มาตรการป้องกัน	โรค/กระบวนการ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Proxy Disease กับคุณภาพของขั้นตอนต่าง ๆ ในกระบวนการดูแล

กระบวนการ	โรค	มาตรการ/นวัตกรรม เพื่อให้เกิดคุณภาพ
Access & entry		
Assessment		
Plan of care		
Discharge planning		
General Care		
Care of high risk		
Anes & procedure		
Nutrition		
Rehabilitation		
Information & empower		
Continuity of care		

ผลการดำเนินการสำคัญในภาพรวม:**สรุปการพัฒนา การสร้างนวัตกรรม และการวิจัยสำคัญ:****แผนการพัฒนาในอนาคต:**

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Clinical Tracer / Clinical Quality Summary: การดูแลผู้ป่วย (โรค/หัตถการ) _____

สรุปโดยใช้ PowerPoint ให้มีองค์ประกอบต่อไปนี้

1. **Purpose:** แสดงเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยและอาจแสดง **Driver Diagram** ที่แสดงองค์ประกอบสำคัญในการให้บริการที่มีคุณภาพ
2. **Process:** (ก) แผนภูมิแสดง **flow chart** ของการดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญในแต่ละขั้นตอน (ข) ตารางแสดงการใช้ **process management** โดยระบุ **process, process requirement, process design, in-process measure** (ถ้ามี)
3. **Performance:** อาจแสดงผลในรูปแบบของ **run chart** หรือ **control chart** พร้อมคำอธิบายประกอบที่ระบุชัดเจนถึงช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงผลหรือมีการปรับปรุง
4. **Improvement Summary:** สรุปการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
5. **Plan:** ระบุแผนการพัฒนาในอนาคต

หมายเหตุ *

กรณี รายงานประเมินตนเองของ CLT/PCT ให้ใช้แบบฟอร์ม **powerpoint** ในการนำเสนอ