



กระบวนการส่งเสริม พัฒนา รับรองและข้อกำหนดมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ (HS4 : Health Service Support Standard System)



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข



กระบวนการส่งเสริม พัฒนา รับรองและข้อกำหนดมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ (HS4 : Health Service Support Standard System)



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

กระบวนการส่งเสริม พัฒนา รับรองและข้อกำหนดมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ
(HS4 : Health Service Support Standard System)

พิมพ์ครั้งที่ 1	สิงหาคม 2568
จัดทำโดย	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
จำนวนพิมพ์	200 เล่ม
พิมพ์โดย	บริษัท ปียอนด์ พับลิชชิง จำกัด

คำนำ

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ เป็นมาตรฐานและกฎหมายสำหรับสถานพยาบาล ภายใต้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 มาตรา 5 และโดยพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 ที่ใช้ในการพัฒนาส่งเสริม และสร้างความร่วมมือกัน ควบคุม กำกับ ดูแล ด้วยการจัดทำแนวทางข้อกำหนด เกณฑ์การพัฒนสถานพยาบาล ในเรื่อง งานบริหารจัดการงานบริการสุขภาพ งานอาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก งานเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข งานสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดให้มีหลักเกณฑ์ กระบวนและการดำเนินงาน เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติงานของแนวทางสากล มาตรฐาน กฎหมายที่ประเทศประกาศกำหนด และประกาศบังคับใช้ ตลอดจนการบริหาร การจัดการดูแลชุมชนรอบข้างของสถานพยาบาล ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและการอยู่ร่วมกัน

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ฉบับนี้ จะช่วยสร้างให้สถานพยาบาลมีพื้นฐานที่ดี ในการพัฒนาสถานพยาบาล ให้เกิดการพัฒนางานบริการสุขภาพและสาธารณสุขของประเทศอย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับนโยบายแผนยุทธศาสตร์ชาติ ในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจสุขภาพ ในอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์ครบวงจร และท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ภายใต้การสร้างมูลค่าสูงของงานบริการสุขภาพและสาธารณสุขของสถานพยาบาลในระบบธุรกิจสุขภาพของประเทศ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
ส่วนที่ 1 คำนิยาม/คำอธิบายศัพท์	1
ส่วนที่ 2 บทนำ	7
วัตถุประสงค์	12
ขอบเขต	13
เป้าหมาย	13
ส่วนที่ 3 นโยบายและระเบียบปฏิบัติ	
1. ข้อกำหนดทั่วไป	14
2. ก่อนการเยี่ยมสำรวจ (Pre-survey)	18
3. กระบวนการเยี่ยมสำรวจ ณ ที่ตั้งองค์กร (On-Site Survey Process)	30
4. หลังการเยี่ยมสำรวจ (Post-survey)	50
5. การดำรงสถานภาพการรับรอง (Maintaining Accreditation)	55
6. การพัฒนา ขับเคลื่อนและการดำเนินการตามมาตรฐาน ระบบบริการสุขภาพ	71
ส่วนที่ 4 เอกสารอ้างอิงหรือสิ่งที่อ้างอิงถึง	137
ส่วนที่ 5 เกณฑ์การเยี่ยมสำรวจและประเมินมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ	140

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Standard) หมายความว่า เกณฑ์ที่กำหนดขึ้น เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานและวัดความสำเร็จของสถานพยาบาล ในการจัดการคุณภาพรวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านบริหารจัดการและบริการ ด้านอาคารสิ่งแวดล้อม ด้านเครื่องมือแพทย์ ด้านวิศวกรรม และข้อมูลในสถานพยาบาล และด้านการดำเนินงานสุขศึกษาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นระบบบริการสุขภาพที่จัดให้แก่ประชาชน และส่งมอบบริการที่มีคุณภาพเป็นที่ไว้วางใจของประชาชน และสังคม เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพเอื้อให้เกิดความปลอดภัย สวัสดิภาพของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ผู้มาเยือน ชุมชน และสิ่งแวดล้อม

การประเมินตนเอง (Self-assessment) หมายความว่า กระบวนการประเมินหรือการตัดสินของสถานพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ตามเกณฑ์หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่

การบริการ (Service) หมายความว่า การดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างดีเยี่ยม เป็นเลิศ โดยยึดหลักว่าต้องสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย โปร่งใส และเป็นธรรมตรงกับความต้องการของผู้รับบริการให้มากที่สุด ทำให้เกิดความประทับใจหรือความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ และสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กร

การส่งเสริม (Promote) หมายความว่า การให้การสนับสนุน ความช่วยเหลือในกิจกรรมของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพให้เกิด การเปลี่ยนแปลง พัฒนาตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ อย่างเป็นรูปธรรม

การเยี่ยมประเมิน (Assessment visit) หมายความว่า การลงติดตาม เพื่อวัดผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลควบคู่ไปกับการให้คำแนะนำ ชี้แนะ เพื่อให้สถานพยาบาลสามารถนำไปดำเนินการ ให้เป็นไปตามเกณฑ์ข้อกำหนด และมีการให้คำแนะนำความสำเร็จที่เกิดขึ้นจริงตอนนั้น

การเยี่ยมส่งเสริม (Visiting promotion) หมายความว่า การลง ติดตามการดำเนินงานที่ไม่มีการวัดผลการดำเนินงาน เน้นการให้องค์ความรู้ คำแนะนำ ชี้แนะ เพื่อให้สถานพยาบาลสามารถนำไปดำเนินการ ให้เป็นไปตาม เกณฑ์ข้อกำหนด

การพัฒนา (Development) หมายความว่า ความเปลี่ยนแปลงไป ในทิศทางที่ดีมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงไปตามขั้นตอนหรือเป็นไปในทางที่พึง ประารถ

การเสริมพลัง (Empowerment) หมายความว่า กระบวนการอธิบาย เชิงลุ่มลึก ที่สร้างโอกาสให้ผู้ให้บริการสามารถตอบสนองความต้องการจำเป็น ของเขา และหน่วยงานได้อย่างเป็นจริง เป็นกระบวนการที่ต้องเน้นผู้ใช้ บริการเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงาน การแสดงถึงการยอมรับ และชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนา และเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนอง ความต้องการของตนเอง และแก้ปัญหาด้วยตนเอง และไม่ใช้วิธีการสำเร็จรูป ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าคุณเอง มีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้

ความปลอดภัย (Safety) หมายถึง สถานพยาบาลหรือพื้นที่ปฏิบัติงาน รวมถึงระบบงานต่างๆ เครื่องมืออุปกรณ์ และการทำงานที่ต้องได้รับการดูแล ควบคุมไม่ให้เกิดอันตราย ไม่อยู่ในสภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หรือไม่มีเชื้อโรค โดยจะไม่ก่อให้เกิดสิ่งต่างๆ เช่น การเสียชีวิต บาดเจ็บ เสียสุขภาพอนามัย และเสียทรัพย์สินเป็นต้น

ความปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber security) หมายถึง ความสามารถที่จะปกป้องระบบคอมพิวเตอร์และเครือข่ายจากการถูกคุกคาม หรือโจมตีทางอินเทอร์เน็ตทำให้เกิดผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน

ระบบสนับสนุน (Supporting system) หมายถึง ระบบงานด้านวิศวกรรม หรือ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ที่เป็นส่วนที่ส่งเสริมความสะดวกสบาย ปลอดภัยและช่วยเอื้อประโยชน์ต่อการทำงานหรือการบริการรักษาพยาบาล

สุขภาพ (Health Education) หมายถึง กระบวนการจัดโอกาสการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะด้านสุขภาพสร้างเสริมความสามารถของบุคคล รวมถึงปัจจัยอื่นๆ เกี่ยวกับภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และดำรงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของบุคคลครอบครัว และชุมชน

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior : HB) หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งมีผลมาจากความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

ศูนย์เครื่องมือแพทย์ (Medical device center) หมายความว่า หน่วยงานภายในของสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่บริหารจัดการเครื่องมือ และอุปกรณ์การแพทย์แบบมีส่วนร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ภายในสถานพยาบาล โดยมีการวางแผน การร่วมจัดหา การจัดการฐานข้อมูล การควบคุมกำกับ มาตรฐาน การจัดการให้มีความพร้อมใช้ การซ่อมแซม การบำรุงรักษา การสอบเทียบ การทวนสอบ การฝึกอบรม การประเมินความเสี่ยงการประเมิน เทคโนโลยี การจัดการในภาวะฉุกเฉินและจำหน่ายพัสดุ เป็นต้น

สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายความว่า ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่รอบตัวทั้งสิ่งที่มีชีวิต และสิ่งที่ไม่มีชีวิตทั้งสิ่งที่เป็นรูปธรรม และสิ่งที่เป็นนามธรรม สิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ และสิ่งที่มีมนุษย์สร้างขึ้น เป็นปัจจัยในการเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

เกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา หมายความว่า ข้อกำหนดระบบคุณภาพ ที่จำเป็น (Essential Requirements) สำหรับการทำงานสุขศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินการของงานสุขศึกษาในโรงพยาบาลมีการบริหารจัดการที่ดี มีการจัดกระบวนการสุขศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ถูกต้องตามหลักวิชาการ และเชื่อถือได้ สอดคล้องกับมาตรฐานที่เกี่ยวข้องทุกมาตรฐานเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและต่อเนื่องไปถึงชุมชน

สถานบริการสุขภาพ หมายความว่า พื้นที่ที่ให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านสาธารณสุขภาครัฐ ประกอบด้วย 3 หน่วยงาน คือ

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ หมายความว่า สถานบริการสุขภาพขนาดใหญ่ มีจำนวนเตียงผู้ป่วยให้บริการ จำนวน 500 เตียงขึ้นไป

โรงพยาบาลขนาดกลาง หมายความว่าถึง สถานบริการสุขภาพประจำจังหวัด มีจำนวนเตียงผู้ป่วยให้บริการจำนวน 150 – 500 เตียง

โรงพยาบาลขนาดเล็ก หมายความว่าถึง สถานบริการสุขภาพระดับอำเภอที่ได้รับการยกระดับขึ้นพิเศษมีจำนวนเตียงผู้ป่วยให้บริการจำนวน 1 - 149 เตียง

หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล หมายความว่าถึง สถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล) หรือสถานพยาบาล

ผู้เยี่ยมประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ หมายความว่าถึง คณะทำงาน ทีมงาน บุคคลหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับการแต่งตั้งให้ตรวจประเมินสถานบริการสุขภาพ ทั้งลงพื้นที่ตรวจประเมินและตรวจประเมินผ่านโปรแกรม (HS4)

คณะกรรมการรับรองมาตรฐานบริการสุขภาพ หมายความว่าถึง คณะทำงานที่ได้รับการแต่งตั้งให้รับรองผลการตรวจประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพของสถานพยาบาล

กฎการตัดสินใจ หมายความว่าถึง วิธีการให้ความเห็น ข้อมูล ซึ่งมีที่มาเหตุผลประกอบการตัดสินใจ ในการลงความเห็น ชี้ชัดต่อสิ่งที่พิจารณาอย่างเด็ดขาด

กระบวนการส่งเสริม พัฒนาและรับรองมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ หมายความว่าถึง แนวทาง ขั้นตอน ข้อมูล การดำเนินการจัดทำและการรับรองมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ

เกณฑ์การเยี่ยมสำรวจ ประเมินมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ หมายความว่าถึง ข้อกำหนด เกณฑ์ ข้อมูลที่ระบุรายละเอียด คະแนวน เอกสารตัวอย่างในการดำเนินงานจัดทำ การเยี่ยมสำรวจ การประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

มาตรฐานสถานบริการสุขภาพ หมายความว่าถึง มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 9 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ

ด้านที่ 2 ด้านบริการสุขภาพ

ด้านที่ 3 ด้านอาคาร สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก

ด้านที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม

ด้านที่ 5 ด้านความปลอดภัย

ด้านที่ 6 ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข

ด้านที่ 7 ด้านระบบสนับสนุนบริการที่สำคัญ

ด้านที่ 8 ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ

ด้านที่ 9 ด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้กล่าวไว้ว่า รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ มีมาตรฐานสูงขึ้น บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสม และได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกัน และขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์ ซึ่งรัฐต้องดำเนินการส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาวะที่ดี ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและส่งเสริมให้เอกชน ชุมชน มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าว ซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นองค์กรหลักในการพิทักษ์และคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ ได้จัดทำมาตรฐานระบบบริการสุขภาพขึ้น เพื่อประกาศให้สถานพยาบาลใช้ในการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ มุ่งเน้นการคุ้มครองผู้บริโภคในระบบบริการสุขภาพ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) รวมทั้งผู้รับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ถูกต้อง สามารถจัดการตนเอง/ดูแลสุขภาพตนเองได้

ความปลอดภัยของผู้ป่วยนับเป็นปัญหาสำคัญ มีผลกระทบต่อวงการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งยังสร้างผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ สังคมของผู้ให้และผู้รับบริการ เกิดปัญหาการฟ้องร้อง และความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากรายงานพบว่า ในแต่ละปีมีผู้ป่วยกว่าล้านคนต้องเจ็บป่วย มีภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิต จากการเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกระบุว่า อุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่รักษาในสถานพยาบาลที่เกิดขึ้น มีถึงร้อยละ 4 – 16 และพบว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วประมาณ 1 ใน 10 คน ที่เข้ารับการรักษาจะได้รับอันตราย ที่อาจเกิดจากความผิดพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ และอุบัติการณ์ในประเทศกำลังพัฒนา ที่เกิดขึ้นสูงกว่าประเทศ ที่พัฒนาแล้วหลายเท่า ที่สำคัญมาตรฐานระบบบริการสุขภาพนี้ ยังสอดคล้องกับมาตรฐานสากล (มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ) ในส่วนของการจัดการอาคารสถานที่ และความปลอดภัย (Facility Management and Safety (FMS)) อันได้แก่ ความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัย (safety and security) วัตถุอันตราย (hazardous materials) มีการควบคุมการสัมผัส การจัดเก็บ การใช้สารกัมมันตรังสี และวัตถุอันตรายอื่นๆ รวมทั้งการกำจัดของเสียอันตราย ได้อย่างปลอดภัย การจัดการภาวะฉุกเฉิน (emergency management) มีการวางแผนตอบสนองต่อโรคระบาด ภัยพิบัติภาวะฉุกเฉินและมีการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย (fire safety) มีการปกป้องทรัพย์สิน และผู้พ้นภัยจากอัคคีภัยและควันไฟ เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ (medical equipment) มีการคัดเลือก การบำรุงรักษา และใช้งานเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ เพื่อให้มีความเสี่ยงน้อยที่สุด ระบบสาธารณูปโภค (utility systems) มีการบำรุงรักษาระบบไฟฟ้า ประปาและสาธารณูปโภคอื่นๆ ด้วยความจำเป็นดังกล่าว กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ตระหนักถึงปัญหาด้านความปลอดภัยจากการเข้ารับบริการของประชาชน ที่มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น

มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ ให้มีคุณภาพและความปลอดภัยอย่างมีมาตรฐานสากล จึงได้สร้างองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติ เพื่อขับเคลื่อนในระดับประเทศ ในการส่งเสริม สนับสนุนให้สถานพยาบาลพยาบาล นำมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ไปใช้ในทางปฏิบัติ ตลอดจนสร้างการมีส่วนร่วมและความร่วมมือกัน ในระดับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อการกำกับ ติดตามคุณภาพมาตรฐานการบริการสุขภาพ ผ่านกลไกการเยี่ยมประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

ตามที่ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล 2541 (มาตรา 5) ได้มีประกาศฉบับที่ 2 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและมาตรฐานซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมาย ว่าด้วยสถานพยาบาล ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและมาตรฐานซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมาย ว่าด้วยสถานพยาบาล (ฉบับที่ 2) โดยมีเจตนารมณ์เพื่อให้สถานพยาบาล ได้พัฒนางานบริการด้านสาธารณสุข ให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ข้อกำหนดที่ได้ระบุไว้ในมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ในการใช้ปฏิบัติเพื่อให้เจ้าหน้าที่ ผู้มารับบริการ และประชาชนมีความมั่นใจว่า หากเข้ามารับบริการ ยังสถานพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จะได้รับความสะดวกสบายจากการรับบริการ ภายใต้อาคารที่ที่สะอาดเป็นระเบียบ เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ครบถ้วน และระบบสาธารณสุขที่ครบครัน มีความปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สิน ได้รับการตรวจรักษา ด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน ระบบงานด้านวิศวกรรมและความปลอดภัยของข้อมูลที่เกี่ยวข้อง พร้อมใช้มีประสิทธิภาพ ถูกต้องแม่นยำ เชื่อถือได้

บทนำนี้ นำเสนอมาตรฐานระบบบริการสุขภาพและอธิบายถึง วิธีการจัดระบบมาตรฐานของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล การรับรองมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ สำหรับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลในการสะท้อนวิถีคิด การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ให้บริการและบุคคลที่เข้ามาในสถานบริการสุขภาพและมีแนวคิดที่จะช่วยหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลทั้งที่ได้รับการรับรองและไม่ได้ได้รับการรับรอง เปิดเผยความเสี่ยงด้านความปลอดภัยที่เร่งด่วนที่สุด ของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลและตั้งเป้าไว้ล่วงหน้าในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้โครงสร้าง ดังนี้

- คุณค่าของการรับรองมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4)
- กระบวนการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพ
- วิธีการกระบวนการส่งเสริม พัฒนา รับรองและข้อกำหนดมาตรฐานสถานบริการสุขภาพและเกณฑ์การเยี่ยมสำรวจและประเมินมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ

- การประยุกต์ใช้มาตรฐานในหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล
- การใช้งานกระบวนการส่งเสริม พัฒนา รับรองและข้อกำหนดมาตรฐานสถานบริการสุขภาพและเกณฑ์การเยี่ยมสำรวจและประเมินมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ

- ข้อกำหนดคุณสมบัติหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่มีสิทธิ์เข้าร่วมทั่วไป

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นผู้ให้การรับรองด้านการดูแลสุขภาพของหน่วยบริการ หรือสถานพยาบาลภาครัฐตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 (มาตรา5) โดยมีกระบวนการประเมินที่ครอบคลุมหน่วยงานต่างๆ ในหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล หรือรวมทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ศาสตร์หลักสูตรศึกษา

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพได้รับการออกแบบให้ทำดังต่อไปนี้

- มั่นใจว่าสภาพแวดล้อมปลอดภัย เพื่อลดความเสี่ยงสำหรับผู้รับ การดูแลและผู้ให้การดูแล
- นำเสนอมาตรฐานเชิงปริมาณสำหรับคุณภาพและความปลอดภัย ของผู้ป่วย
- กระตุ้นและสาธิตการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนผ่านกระบวนการ ที่เชื่อถือได้
- ปรับปรุงผลลัพธ์และประสบการณ์ผู้ป่วย
- เพิ่มประสิทธิภาพ
- ลดต้นทุนด้วยการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเมื่อพิจารณา ถึงเป้าหมาย

การได้รับการรับรองมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะช่วยให้องค์กร ได้รับประโยชน์ ดังต่อไปนี้

1. เป็นแนวทางในการจัดการองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ : มาตรฐาน ระบบบริการสุขภาพออกแบบมาตรฐานเพื่อช่วยให้ผู้นำ จัดการ หน่วยบริการ หรือสถานพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตลอดจนวิธี การส่งมอบบริการการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพการดูแลและ ความปลอดภัยของผู้ป่วย
2. ส่งเสริมการศึกษาของบุคลากร กระบวนการรับรองถูกออกแบบ มาเพื่อการศึกษา ผู้เยี่ยมสำรวจของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะแลกเปลี่ยนแนวทางและกลยุทธ์ที่ดีที่สุด ที่อาจช่วยให้สถานพยาบาลปฏิบัติ ตามเจตจำนงของมาตรฐาน กฎหมายและที่สำคัญกว่านั้น ก็คือพัฒนาผล การดำเนินงานของการปฏิบัติงานประจำวัน

3. การจัดระบบและเสริมสร้างความพยายามในการพัฒนาหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลการรับรองครอบคลุมแนวทางการ พัฒนาผลการดำเนินงานที่ช่วยให้องค์กรพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง กระบวนการดูแลรักษาและบริการของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลเป็นมาตรฐานเดียวกัน

4. หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลได้เปรียบในการแข่งขัน การได้รับการรับรองเป็นการแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนต่อผู้ป่วยและชุมชน ว่าโรงพยาบาลมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลและบริการ ที่มีคุณภาพสูงสุด ปลอดภัยที่สุด นอกจากนี้ยัง ทำให้แตกต่างจากหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลอื่นๆ ที่นำเสนอการดูแลการรักษาและบริการประเภทเดียวกัน

วัตถุประสงค์

1) ส่งเสริม พัฒนาและขับเคลื่อนมาตรฐาน หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องสำหรับงานบริการด้านการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ให้มีความปลอดภัย ได้มาตรฐาน และกฎหมายกำหนดให้พร้อมใช้งาน

2) ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการรักษาและให้บริการ เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่และประชาชนผู้มารับบริการ ในการปรับปรุงคุณภาพบริการสุขภาพ การดูแลสุขภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและประสิทธิภาพ โดยรวมของการให้บริการในขอบเขตการดำเนินงาน ของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลนั้น

ขอบเขต

- กระบวนการส่งเสริม การพัฒนาและรับรองมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ และเกณฑ์การเยี่ยมสำรวจ ประเมินมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ
- เนื้อหามาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (9 ด้าน)
- ใช้กับสถานบริการสุขภาพภาครัฐ (สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน)

เป้าหมาย

- หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลภาครัฐ (สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน) มีแนวทางกระบวนการส่งเสริม พัฒนาและรับรองมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ

หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ที่ประสงค์จะขอการรับรองมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จะต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดดังต่อไปนี้

1. ข้อกำหนดทั่วไป

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ เป็นข้อกำหนดที่ได้จัดทำขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 เพื่อประกาศใช้พัฒนา ขับเคลื่อนหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลภาครัฐ (สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน) ทุกสังกัดหน่วยงาน ทุกกระทรวง

★ การส่งเสริม มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

การส่งเสริมมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ เป็นกระบวนการให้องค์ความรู้ สร้างความเข้าใจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปด้วยกัน และการชี้แจงแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลในการดำเนินการตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพทุกปี โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

- จัดประชุมถ่ายทอดองค์ความรู้ สร้างความเข้าใจ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปด้วยกันให้กับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล
- จัดทำวิดีโอ สื่อประชาสัมพันธ์นำเสนอมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ
- จัดทำช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ในการประสานงาน รับเรื่อง ข่าวดสารให้การถาม/ตอบ ข้อเสนอหรือส่งข้อมูลเพิ่มเติมในการส่งเสริม พัฒนาและขับเคลื่อนมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

❖ การเยี่ยมสำรวจ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจะดำเนินการเข้าเยี่ยมสำรวจเป็นประจำทุกปี โดยจะจัดทำแผนงาน

โครงการฯ และกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้ หรือหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลใดๆ สามารถแสดงความจำนงขอการรับรองโดย มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ต้องเป็นไปตามข้อกำหนดต่อไปนี้

- หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลเปิดดำเนินการให้บริการสุขภาพในประเทศที่ระบุและได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ (ถ้ามีข้อกำหนด)
- หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ยอมรับหรือเต็มใจ ที่จะยอมรับในหน้าที่รับผิดชอบต่อการพัฒนาคุณภาพบริการและการดูแลผู้ป่วย
- หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล จัดให้มีบริการที่ระบุไว้ในมาตรฐานของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

❖ เป้าหมายของการเยี่ยมสำรวจ

การเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรอง (accreditation survey) เป็นการประเมินระดับการปฏิบัติงานของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกฎหมายและเจตจำนงของมาตรฐานสถานพยาบาล ตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ การเยี่ยมสำรวจประเมินระดับการปฏิบัติงานของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลโดยอาศัย

- การสัมภาษณ์บุคลากรและผู้ป่วย และข้อมูลสารสนเทศจากการบันทึกและคำบอกเล่าต่างๆ
- การสังเกตกระบวนการดูแลผู้ป่วย (patient care processes) ของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลโดยผู้เยี่ยมสำรวจ
- นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ แนวปฏิบัติทางคลินิก และเอกสารอื่นๆ ที่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลจัดเตรียมให้ และ

- ข้อมูลผลของการประเมินตนเองที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเยี่ยมสำรวจกระบวนการเยี่ยมสำรวจ ณ ที่ตั้งหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล และการประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้องค์กรค้นหา แก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพการดูแลและบริการ (quality of care and services) นอกจากการประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐาน กฎหมาย และเจตจำนงของมาตรฐานฯ และเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยแบบสากลแล้ว ผู้เยี่ยมสำรวจยังใช้เวลาในการให้ความรู้ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล

★ ขอบเขตของการเยี่ยมสำรวจ

ขอบเขตของการเยี่ยมสำรวจของ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ครอบคลุมหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับแนวทางปฏิบัติมาตรฐานและกฎหมายทั้งหมดของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล และจุดที่ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งหมด มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะเลือกแนวทางปฏิบัติ มาตรฐาน กฎหมาย ที่นำมาใช้จากเอกสารฉบับนี้ ตามขอบเขตบริการ (scope of services) ที่จัดโดยหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่ขอรับการเยี่ยมสำรวจ การเยี่ยมสำรวจ ณ ที่ตั้งหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล จะนำปัจจัยด้านวัฒนธรรม และ/หรือ กฎหมาย เฉพาะของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ซึ่งอาจจะมีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้การดูแลและ/หรือนโยบายและระเบียบปฏิบัติในหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลมาพิจารณาด้วย

❖ ผลลัพธ์ของการเยี่ยมสำรวจ

คณะกรรมการรับรองของ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะเป็นผู้ตัดสินรับรองคุณภาพ (accreditation decisions) โดยอาศัยสิ่งที่พบจากการเยี่ยมสำรวจหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล อาจได้รับการตัดสินอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ : รับรอง (Accredited) หรือ ไม่รับรอง (Accreditation Denied) การตัดสินนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานว่าหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลมีคุณสมบัติตามกฎการตัดสินใจ (decision rules) หรือไม่

❖ การให้การรับรอง (Accreditation Awards)

เพื่อให้ได้รับการรับรอง หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลจะต้องแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติ ตามแนวทางปฏิบัติ มาตรฐาน กฎหมายทุกหัวข้อในระดับ ซึ่งเป็นที่ยอมรับ และได้รับตัวเลขคะแนนขั้นต่ำ ในแนวทางปฏิบัติ มาตรฐาน กฎหมายเหล่านั้น ตามที่กำหนดไว้ในกฎการตัดสินใจ หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง จะได้รับการรายงานผลการเยี่ยมสำรวจ ฉบับทางการ (Official Survey Finding Report) และประกาศนียบัตรรับรอง (award certificate) รายงานจะระบุระดับคุณภาพของการปฏิบัติการ ตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ที่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลทำได้

❖ ช่วงเวลาให้การรับรอง (Length of Accreditation Awards)

การรับรองผล จะมีผลเป็นระยะเวลาสามปีเฉพาะในระดับขั้นสูงสุด (ระดับการรับรองมี 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับคุณภาพ) ถ้าไม่ถูกเพิกถอนโดยมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ก่อนการรับรองจะมีผลอย่างเป็นทางการ ย้อนไปเริ่มต้นตั้งแต่วันแรกหลังจากมาตรฐานระบบบริการสุขภาพลงเยี่ยมสำรวจหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลเสร็จสิ้น หรือหลังจากการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง ถ้าต้องมีการติดตามผล เมื่อก่อนการครบรอบการรับรองสามปี หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล จะต้องได้รับการประเมินซ้ำ

เพื่อพิจารณาต่ออายุการรับรองหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ในปีสุดท้ายของการรับรอง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจัดทำแผนลงพื้นที่ฯ หรือโดยหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลจะต้องแจ้งให้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพทราบถึงความพร้อมและถ้ามีการเปลี่ยนโครงสร้าง เจ้าของ หรืองานบริการของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ในช่วงเวลาที่ได้รับการรับรอง มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จะพิจารณาความจำเป็นในการเยี่ยมสำรวจองค์กรซ้ำ และ/หรือ พิจารณาตัดสินใจการรับรองใหม่

ถ้ากรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้รับข้อมูลว่าหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ มาตรฐานและกฎหมายที่ใช้รับรอง ในปัจจุบันอย่างชัดเจนในช่วงเวลาที่ได้รับการรับรอง มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จะต้องพิจารณาความจำเป็นในการเยี่ยมสำรวจซ้ำและการตัดสินใจรับรองใหม่

2. ก่อนการเยี่ยมสำรวจ (Pre survey)

☆ วิธีการเพื่อการขอการรับรอง (How to Apply for Accreditation)

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จะเข้าเยี่ยมสำรวจหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลเป็นประจำทุกปี โดยจะจัดทำแผนงาน โครงการฯ และกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้ ร่วมกับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล หรือตามร้องขอของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ซึ่งมีความประสงค์จะได้รับการรับรอง สามารถเริ่มกระบวนการรับรอง (accreditation process) โดยร่วมกันจัดทำแผนงานในระบบสารสนเทศ หรือการประสานงานด้วยการจัดทำหนังสือขอรับการเยี่ยมสำรวจ หนังสือขอรับการเยี่ยมสำรวจนี้ ประกอบด้วยข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล รวมถึงความเป็นเจ้าของข้อมูล ประชากร ประเภทและปริมาณการให้บริการ ภายใต้อาณัติหรือการจัดการอื่นๆ เพื่อรับการเยี่ยมสำรวจ โดย

- รายละเอียดของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่ขอรับการรับรอง
- กำหนดให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลจัดส่งบันทึกและรายงานที่เป็นทางการทั้งหมดของหน่วยบริการ หรือสถานพยาบาลที่ออกใบอนุญาตหน่วยงาน ซึ่งมีอำนาจควบคุมตามกฎหมาย หรือหน่วยงานของรัฐอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้แก่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือหน่วยงานหรือองค์กรที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพมอบหมาย ในพื้นที่รับผิดชอบส่วนภูมิภาคผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (โปรแกรมประเมินตนเองกำหนด)

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สามารถขอบันทึกและรายงานเกี่ยวกับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ซึ่งหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลมิได้เป็นผู้ครอบครอง (โปรแกรมประเมินตนเอง) และ

- จัดทำข้อตกลงความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เมื่อมีข้อสรุปและเป็นที่ยอมรับโดยทั้งสองฝ่าย (หนังสือการรายงานผลเยี่ยมสำรวจและประเมิน)

หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล จะต้องจัดทำแผนงานร่วมกันกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพหรือหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่รับผิดชอบส่วนภูมิภาค หรือส่งหนังสือแจ้งในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่รับผิดชอบส่วนภูมิภาค เพื่อจัดทำแผนงานและกำหนดการลงพื้นที่ เยี่ยมสำรวจร่วมกัน ณ ที่ตั้ง

✪ การกำหนดวันเยี่ยมและวางแผนตารางการเยี่ยม

(Scheduling the Survey and Planning the Survey Agenda)

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพและหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลสามารถเลือกกำหนดวัน ในการเยี่ยมสำรวจ (Accreditation Process Time Line) ในการเตรียมกำหนดการเยี่ยมสำรวจร่วมกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลและเพื่อการเยี่ยมสำรวจที่มีประสิทธิภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จะพยายามประสานงานการกำหนดวันเยี่ยมสำรวจของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลกับหน่วยงานหรือองค์กรหรือภูมิภาคนั้นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้เยี่ยมสำรวจ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จะมอบหมายหน่วยงาน หรือองค์กรในพื้นที่รับผิดชอบส่วนภูมิภาคด้านบริการการรับรอง (accreditation service specialist) ให้แต่ละพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งจะเป็นผู้ประสานงานการเยี่ยมสำรวจระหว่างหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลกับหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่รับผิดชอบส่วนภูมิภาคด้านบริการการรับรองนั้น โดยจะประสานการวางแผนเยี่ยมสำรวจและพร้อม จะตอบคำถาม ทุกคำถามเกี่ยวกับ นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ หรือประเด็นเกี่ยวกับการเยี่ยมสำรวจ ประเมิน การรับรอง โดยจะทำงานร่วมกับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล เพื่อเตรียมกำหนดการเยี่ยมสำรวจ โดยพิจารณาจากขนาด ประเภท และความซับซ้อนของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล กำหนดการจะระบุถึงรายละเอียดของสถานที่ในหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ที่จะไปลงเยี่ยมสำรวจ ประเมิน ซึ่งมีแนวทาง วิธีการ ขั้นตอน เอกสารที่จะต้องเตรียมให้ทีมเยี่ยมสำรวจ ประเมินและลักษณะของการสัมภาษณ์ที่จะเกิดขึ้น บุคคลที่จะถูกสัมภาษณ์

❖ นโยบายความถูกต้องและน่าเชื่อถือของสารสนเทศ

(Information Accuracy and Truthfulness Policy)

เป้าหมาย เพื่อสร้างความมั่นใจในความเข้าใจที่ถูกต้อง ตรงกันต่อความคาดหวังเกี่ยวกับการให้ข้อมูลด้านสารสนเทศ โดยหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในการเยี่ยมชมสำรวจ ประเมินและรับรองของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ และระยะเวลาที่จะต้องตอบสนองต่อคำขอ โดยโปรแกรมด้านบริการการรับรอง (HS4) ของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

ก) หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล จะต้องจัดให้มีสารสนเทศที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือได้ตลอดเวลาในการเยี่ยมชมสำรวจ ประเมินและรับรองการบิดเบือน หมายถึง การที่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่ได้รับการเยี่ยมชมสำรวจ ประเมินและรับรอง ส่งมอบสารสนเทศที่ไม่เป็นความจริงแก่โปรแกรมรับรอง (HS4) ของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด

ข) ถ้าหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลบิดเบือนสารสนเทศเกี่ยวกับการรับรอง ไม่ว่าจะเป็นโดยการกระทำหรือละเว้นการกระทำ จะทำให้ผลของการเยี่ยมชมสำรวจ ประเมินและรับรองจะสิ้นสุดลงทันที และหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล จะหมดสิทธิขอรับการประเมินเป็นเวลาหนึ่งปี ตัวอย่างของการบิดเบือนอาจรวมถึงการปรับเปลี่ยนเนื้อหาของเอกสาร โดยการเขียนใหม่ จัดรูปแบบใหม่ หรือลบเนื้อหาทิ้ง เนื่องจากรู้ว่าเป็นสารสนเทศที่คลาดเคลื่อนหรือส่งมอบ ชุกซ้อนและขัดหลักฐานระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจ

ค) หลังจากที่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ส่งเอกสารแสดงความจำนง (หรือแผนที่กำหนดร่วมกัน)

หากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ในหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ซึ่งทำให้สารสนเทศที่รายงานในเอกสารแสดงความจำนง ขอเยี่ยมชมสำรวจ

(Survey Application) เปลี่ยนแปลงไป หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล จะต้องแจ้งให้ หน่วยงานการเยี่ยมสำรวจ ประเมินและรับรองของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ทราบภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลง หรือ ไม่น้อยกว่า 30 วันก่อนกำหนดการเยี่ยมสำรวจ

ง) ระหว่างการเยี่ยมสำรวจ หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล จะต้องแจ้งให้หน่วยงานการเยี่ยมสำรวจ ประเมินและรับรองของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (Accreditation Program) ทราบภายใน 30 วัน หากมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างองค์กร ความเป็นเจ้าของ หรือบริการต่างๆ

จ) สารสนเทศที่จะต้องส่งให้ (โปรแกรมรับรอง (HS4) หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์) หน่วยงานการเยี่ยมสำรวจ ประเมินและรับรองของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (Accreditation Program) ประกอบด้วย

- 1) การเปลี่ยนแปลงชื่อ หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล และ/หรือ เจ้าของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล
- 2) การเปลี่ยนแปลงสารสนเทศสำหรับการติดต่อกับผู้นำ และ/หรือ เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายสำหรับ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program
- 3) การเปลี่ยนแปลงตัวผู้นำ และ/หรือ เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายสำหรับมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (Accreditation Program)
- 4) การเพิ่มหรือลดอย่างมากในระดับปริมาณผู้ป่วยที่ให้บริการ
- 5) การเพิ่มหรือได้มาซึ่งบริการสุขภาพประเภทใหม่ๆ
- 6) การยกเลิกบริการสุขภาพที่เคยให้บริการ
- 7) การปรับปรุงอาคารสิ่งก่อสร้างที่สำคัญ
- 8) การลงข้อมูลในระบบโปรแกรม (HS4) ประเมินตนเอง

ฉ) มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program ขอให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลมอบหมายให้พนักงาน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ซึ่งทำงานเต็มเวลา อุทิศตนให้กับองค์กรอย่างเต็มที่ และมีความเหมาะสมกับตำแหน่ง เป็นผู้ติดต่อประสานงานหลักสำหรับมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation สำหรับการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับ accreditation ทุกเรื่อง ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นใจ ในความต่อเนื่องของการส่งผ่านสารสนเทศที่ถูกต้องระหว่าง มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program กับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล

ข) มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program จะจำกัดในการการสื่อสารเกี่ยวกับการดำเนินการ Accreditation กับบุคคลหลักสามคนที่ระบุไว้ในแบบแสดงความจำนงหรือแผนลงพื้นที่จัดทำร่วมกัน ได้แก่ ผู้บริหารสูงสุด ผู้ประสานงานการเยี่ยมสำรวจ และผู้รับผิดชอบงานคุณภาพหรืองานมาตรฐานฯ ซึ่งจะมีข้อกำหนดในการติดต่อสื่อสารต่อไปนี้

- 1) ผู้ประสานงานการเยี่ยมสำรวจกับมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program จะต้องจัดให้มีกลไกการติดต่อสื่อสารที่มั่นใจว่ามีการสื่อสารเกี่ยวกับ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation ทุกเรื่องตรงไปยังผู้ประสานงานการเยี่ยมสำรวจ ประเมินและรับรอง ให้ได้รับคำตอบสนองภายในเวลา ที่กำหนด

- 2) มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program จะไม่รับผิดชอบต่อการติดต่อสื่อสาร จากเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ที่ไม่ได้เป็นผู้ประสานงานการเยี่ยมสำรวจ ประเมินและรับรองของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program

- 3) หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล จะต้องส่งข้อมูล จุดติดต่อของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล กรณีที่มีการปรับปรุงภายใน 30 วัน

นับแต่มีการเปลี่ยนแปลงสารสนเทศ โดยการติดต่อหรือผู้รับผิดชอบหลักกับ
ผู้ประสานงานการเยี่ยมสำรวจ ประเมินและรับรอง มาตรฐานระบบบริการ
สุขภาพ Accreditation

๗) ถ้ามาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program
รับรู้ว่ามีหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล มิได้ปฏิบัติตามข้อใด ข้อหนึ่ง
หรือหลายข้อ ในข้อกำหนดข้างต้นสำหรับนโยบายนี้ หน่วยบริการหรือ
สถานพยาบาล จะได้รับการติดต่อ เพื่อปรึกษาหารือเกี่ยวกับสถานการณ์
และข้อกำหนดสำหรับ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation
ระหว่างการปรึกษาหารือ เจ้าหน้าที่ของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ
Accreditation Program จะแจ้งให้ผู้นำหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล
ทราบว่า การไม่ปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว อาจทำให้หน่วยบริการหรือ
สถานพยาบาลถูกจัดเข้าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการไม่ให้การรับรอง (At Risk for
Denial of Accreditation) ตามที่กำหนดไว้ในนโยบาย ถ้าหน่วยบริการ
หรือสถานพยาบาลยังคงไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด ดังกล่าว เจ้าหน้าที่จะจัดให้
หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลเข้าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการไม่ให้การรับรอง
และการตัดสินใจรับรองจะได้รับการทบทวน โดย Accreditation Committee
เพื่อพิจารณาผลลัพธ์

★ นโยบายการเลื่อนการเยี่ยมสำรวจ (Postponement Policy)

หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล อาจขอเลื่อนกำหนดการเยี่ยมสำรวจ
ได้หากมีเหตุผลที่ยอมรับได้หนึ่งข้อหรือมากกว่า เหตุผลที่ยอมรับได้สำหรับ
การเลื่อนการเยี่ยมสำรวจ

- ภัยพิบัติธรรมชาติหรือเหตุการณ์สำคัญที่ไม่สามารถรู้ล่วงหน้าได้
อันก่อให้เกิดการชะงักงันต่อการดำเนินงานของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล
โดยสิ้นเชิงหรือเป็นส่วนใหญ่

- มีการประท้วงใหญ่ที่ทำให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลต้องหยุดรับผู้ป่วยและต้องโอนย้ายผู้ป่วย (transfer) ไปยังสถานพยาบาลอื่น หรือ
- มีการย้ายผู้ป่วย หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลหรือทั้งคู่ ไปยังอาคารอื่นระหว่างช่วงกำหนดการเยี่ยมสำรวจ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

★ นโยบายการยกเลิกการเยี่ยมสำรวจ (Cancellation Policy)

การเยี่ยมสำรวจอาจจะถูกยกเลิก ในกรณีที่เหตุการณ์ต่อไปนี้ ทำให้ไม่สามารถทำการเยี่ยมสำรวจได้ ขัดต่อกฎหมายหรือไม่สมควรที่จะดำเนินการต่อ

- เหตุสุดวิสัยตามธรรมชาติ
- สงคราม
- การก่อการร้าย
- กฎข้อบังคับของรัฐ (ผิดกฎหมาย)
- ภัยพิบัติ
- การประท้วง
- ความไม่สงบในบ้านเมือง
- ภาวะฉุกเฉินอื่นๆที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

การยกเลิกเนื่องจากสาเหตุที่ระบุไว้ข้างต้น จะต้องสื่อสารเป็นลายลักษณ์อักษรผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์โดยเร็วที่สุด ที่ทำได้นอกจากนั้น มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะปฏิบัติตามคำแนะนำของกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสถานการณ์ทางการเมืองและการทหารในการจัดทำกำหนดการเยี่ยมสำรวจ

★ นโยบายโครงสร้างค่าธรรมเนียมสำหรับ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation (มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Fee Structure Policy)

การเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย รวมถึงปริมาณและประเภทของบริการที่จัดโดยหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล จำนวนของสถานที่หรือ care ลักษณะแวดล้อม (setting) ที่รวมอยู่ในการเยี่ยม จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจและจำนวนวันเยี่ยมสำรวจที่ต้องใช้ในการประเมินการปฏิบัติงานของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ณ ปัจจุบัน ยังไม่ได้มีการกำหนดค่าธรรมเนียม

★ การยกเลิกที่เกิดจากหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล (Organization-Initiated cancellation)

ถ้าหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ยกเลิกการเยี่ยมสำรวจก่อนวันแรกของการเยี่ยมสำรวจ 30 วันหรือกระชั้นกว่า ด้วยเหตุผลหนึ่งใดหรือหลายเหตุผลที่มีได้อยู่เงื่อนไขที่กล่าวมา (ดูนโยบายการยกเลิกการเยี่ยมสำรวจ) มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเกี่ยวกับการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองหรือเยี่ยมสำรวจเพื่อติดตามเฉพาะเรื่อง (Travel Costs Related to the Accreditation Survey or Focused Survey)

ณ ปัจจุบัน ยังไม่ได้มีการกำหนดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเกี่ยวกับการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองหรือเยี่ยมสำรวจเพื่อติดตามเฉพาะเรื่อง ดังนั้นหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลจึงไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเดินทางทั้งหมดสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจค่าใช้จ่ายนี้ครอบคลุมค่าพาหนะ (ทางอากาศ รถไฟ และรถยนต์) และค่าที่พัก รวมถึงค่าอาหารและค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดประจำวัน (ยกเว้นมีการประกาศเพิ่มเติมจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข)

★ เทคนิคการเยี่ยม

การแต่งกายและบุคลิกลักษณะ

- ควรแต่งกายแบบสุภาพ เรียบร้อยและสะอาด
- ติดป้ายคณะกรรมการเยี่ยมประเมิน
- ระหว่างการเยี่ยมประเมิน เป็นแบบกัลยาณมิตร ไม่ใช่เป็นการจับผิด

การพูด การตั้งคำถาม

- มองหน้า สบตา ส่งยิ้ม สวัสดิ์ (ยกมือไหว้) และกล่าวคำทักทาย
- ใช้คำพูดสุภาพและให้ใช้คำพูดเชิงบวก เช่น
 - ขออนุญาตเข้าเยี่ยมประเมิน
 - ขออนุญาตเข้ามาแลกเปลี่ยน/เรียนรู้
 - ควรจะเพิ่มเติม.....? จุดนี้น่าจะ.....?
- กล่าวขอบคุณทุกครั้งเมื่อเสร็จสิ้นการเยี่ยมประเมิน

เทคนิคการสังเกต

- เป็นการค้นหาความจริงของพฤติกรรมบุคคลที่เกิดขึ้นในทันทีทันใด โดยอาจเลือกศึกษาจากพฤติกรรมที่บุคคลเหล่านั้นแสดงออกบ่อยๆจนเป็นปกติวิสัยหรือกรณีพิเศษก็ได้
- เป็นการแสวงหาความจริงของปรากฏการณ์ โดยอาศัยประสาทสัมผัสทั้งหลายของผู้สังเกตโดยตรง
- จำเป็นต้องมีเงื่อนไขหรือข้อกำหนดบางประการสำหรับการสังเกตแต่ละครั้ง ซึ่งได้แก่ ความตั้งใจ (Attention) ความไวในการใช้ประสาทสัมผัส (Sensation) ความไวในการรับรู้ หรือสื่อความหมาย (Perception)

ลักษณะการสังเกตที่ดี

- เป็นการสังเกตเพื่อตอบปัญหาการวิจัย มีการกำหนดไว้แน่ชัดว่า จะสังเกตอะไร (สังเกต อะไร สังเกตใคร)

- มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ มีการกำหนดขอบเขตของปัญหา และทราบเป้าหมาย ที่แน่นอน นั่นคือ

ผู้สังเกตต้องสามารถเลือกพฤติกรรมหลักที่ต้องการสังเกต ต้องสามารถ นิยามพฤติกรรมเหล่านั้น ได้ชัดเจนว่า พฤติกรรมนั้นคืออะไร มีลักษณะอย่างไร ต้องการสังเกตไปเพื่ออะไร จะเกิดประโยชน์อย่างไร ซึ่งสามารถทำได้ โดยการกำหนดขอบเขตของเรื่องของพื้นที่ และของเวลา (สังเกตที่ใด สังเกตแค่ไหน สังเกตเมื่อไหร่)

- มีการบันทึกเป็นหมวดหมู่ หรือมีการแปลงเป็นตัวเลข เพื่อให้สามารถนำไปคำนวณได้เป็นรูปธรรม และเชื่อมโยงกับข้อเสนอทั่วไปได้ (สังเกตอย่างไร)

- ผู้สังเกตต้องมีความรู้ในเรื่องที่จะสังเกต หรือมีการแสวงหา ความรู้ในเรื่องนั้นๆ มาก่อนที่จะสังเกตสิ่งนั้น (ความถูกต้อง Validity)

- ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต ต้องสามารถทำซ้ำและนำมาตรวจสอบ กับคนอื่นได้(ความเชื่อถือได้ Reliability)

คุณสมบัติของผู้สังเกต

- ผู้สังเกตต้องมีประสาทสัมผัสที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
- ผู้สังเกตต้องมีความสามารถที่จะจดบันทึกเหตุการณ์ได้รวดเร็ว และถูกต้อง

- ผู้สังเกตต้องมีความตื่นตัวอยู่เสมอ

- ผู้สังเกตต้องสามารถควบคุมความลำเอียงส่วนตัว

- ผู้สังเกตต้องมีเครื่องมือสำหรับจดบันทึกข้อมูล

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้สังเกต

- ต้องรู้จักแสวงหาความรู้ในเรื่องที่จะสังเกตให้มากที่สุด
- ก่อนสังเกตควรทบทวน อ่านหัวข้อย่อๆ ของเรื่องที่จะไปสังเกตให้แม่นยำขึ้นใจ เพื่อจะได้สังเกตตรงตามจุดมุ่งหมายของการค้นหา
- เตรียมเครื่องมือจดบันทึกข้อมูลให้เรียบร้อย
- ควรแต่งกายแบบสุภาพ เรียบร้อยและสะอาด
- การสังเกตควรกระทำอย่างระมัดระวังตั้งใจ พยายามขจัดความกังวลใจ และสิ่งรบกวน

● ควรแต่งกายแบบสุภาพ เรียบร้อยและสะอาด
ก่อนจะไปสังเกต ควรเตรียมสภาพร่างกาย และเครื่องมือให้พร้อม

- ควรแต่งกายแบบสุภาพ เรียบร้อยและสะอาด ต้องตัดสินใจว่าจะสวมบทบาทใดในหลายบทบาทที่ต้องเลือก

การบันทึกการสังเกต

- บันทึกข้อมูล ควรจะกระทำทันทีในขณะที่กำลังสังเกต หรืออยู่ในเหตุการณ์นั้น เพราะจะทำให้สามารถได้ข้อมูลที่ครบถ้วน
- แอบจดบันทึกไว้ในกระดาษแผ่นเล็กๆ หรือบันทึกเสียงด้วยอุปกรณ์เล็กๆ โดยไม่ให้ผู้ถูกสังเกตรู้สึกตัว เมื่อกลับที่พักหรือช่วงเวลาว่างก็ให้รีบจดบันทึกรายละเอียดให้ได้มากที่สุด โดยระบุวันเวลาที่สังเกตและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

3. กระบวนการเยี่ยมสำรวจ ณ ที่ตั้งองค์กร (On-Site Survey Process)

การตรวจเยี่ยมสำรวจ ประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ตามภารกิจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในการคุ้มครอง พิตักษสิทธิ์ ผู้บริโภคในระบบบริการสุขภาพ เป็นการช่วยสะท้อนผลการดำเนินงาน ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของผลลัพธ์และผลผลิต ตลอดจนกระบวนการ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้รับผิดชอบแต่ละระดับของสถานบริการสุขภาพ ได้รับทราบ ผลการดำเนินงาน ความก้าวหน้า ตลอดจนดำเนินการปรับปรุง แก้ไขตามแนวทาง ที่เหมาะสมกับบริบท ส่งผลให้เกิดการพัฒนาสถานบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิด ความปลอดภัยต่อทั้งผู้รับบริการผู้ให้บริการและชุมชนรอบข้างโดยรอบ

★ วิธีการเยี่ยมสำรวจ

- การสัมภาษณ์ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติ
- สังเกต
- สุ่มประเมิน

★ เครื่องมือการให้คะแนน

- แบบฟอร์มแบบสัมภาษณ์
- แบบฟอร์มข้อกำหนด เกณฑ์แต่ละด้านผ่านโปรแกรม HS4

★ ขั้นตอนการตรวจประเมินในพื้นที่ (On site)

ขั้นตอน	รายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ
1.แนะนำทีม วัตถุประสงค์ ขั้นตอน การเยี่ยม	แนะนำทีม ทีมละ 5-7 คน ประกอบด้วย หัวหน้าทีม คณะกรรมการ 9 ด้านและ ผู้ประสาน/เลขาทีม วัตถุประสงค์การเยี่ยม 1. ประเมินคุณภาพงาน 2. ชื่นชมผลงาน 3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้ข้อเสนอแนะ พร้อมโอกาสพัฒนา ขั้นตอนการเยี่ยม 1. ระยะเวลา 1-2 วัน 2. สถานบริการสุขภาพ นำเสนอข้อมูล (Power point 30 นาที) 3. แบ่งกลุ่ม เพื่อซักถามแลกเปลี่ยนกำหนด ประเด็น/พื้นที่เยี่ยมประเมิน 4. คณะกรรมการแต่ละด้านเยี่ยมชมหน่วยงาน ตามรอยเอกสาร หลักฐาน 5. หัวหน้าทีมเยี่ยมประเมิน สรุปและแจ้งผล การเยี่ยมสำรวจเบื้องต้นในห้องประชุม 30 นาที	หัวหน้าทีม

ขั้นตอน	รายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ
2.การนำเสนอข้อมูลหรือสารสนเทศ	1. สถานบริการสุขภาพนำเสนอข้อมูล Power point 2. คณะกรรมการฯ แต่ละด้าน เก็บประเด็นผลงานเด่น และโอกาสพัฒนา	ผู้รับผิดชอบแต่ละด้านๆ
3.ซักถามแลกเปลี่ยน	คณะกรรมการฯเยี่ยมประเมินผลงานปีปัจจุบัน หากสถานบริการนำเสนอผลงานปีที่ผ่านมาให้ซักถามความต่อเนื่องในการดำเนินงานเพิ่มเติม ประเด็นการซักถามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการบริหาร การบริการ คุณภาพอาคาร เครื่องมือ สิ่งแวดล้อม และสิ่งสนับสนุนหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่สำคัญ ข้อมูลในสถานพยาบาลเน้นการซักถามในประเด็นดังนี้ 1. แต่ละด้านมีการนำผลการประเมินตนเองมาสู่การพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลอย่างไร 2. ข้อมูลที่ได้รับการส่งเสริม สนับสนุนจาก สปส.1-12 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้มีคำแนะนำ ข้อชี้แนะหรือความร่วมมือร่วมปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาทั้งโรงพยาบาล มีความครอบคลุมของเนื้อหาสาระความเพียงพอเพื่อนำไปสู่การพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพหรือไม่	

ขั้นตอน	รายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ
	3. การดำเนินการเพื่อการพัฒนาคุณภาพงาน นั้น มีการจัดแผนงานพัฒนา การค้นพบ ความเสี่ยงหรือไม่ (มีการแก้ไขและ มีการจัดทำแผนรองรับเพื่อการพัฒนาหรือ ปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่องอย่างไร ทั้งกรณี แก้ไขได้ และกรณีแก้ไขไม่ได้) 4. มีการทบทวนแนวทางหรือแผนการพัฒนา มาตรฐานระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ในด้านต่างๆอย่างไร ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ เน้นการ ชักถามในประเด็นดังนี้ 1. ปัญหาสาธารณสุข 5 อันดับแรก และให้จัด ลำดับความสำคัญเลือกโรคที่เกิดจาก พฤติกรรมสุขภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น HT/DM หัวใจหลอดเลือด ในการเยี่ยม ประเมินในแต่ละปี 2. การมีฐานข้อมูล พฤติกรรมเสี่ยง หรือข้อมูล ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสาธารณสุข 3. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโรงพยาบาล และในชุมชน	

ขั้นตอน	รายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ
	4. กิจกรรมดำเนินงานในโรงพยาบาลต่อเนื่อง ไปในชุมชนรวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพใน ชุมชน/การมีส่วนร่วมของชุมชน/การเสริม พลังแก่ผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพ การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ขวัญและกำลังใจ 5. มีการทบทวนแนวทางหรือแผนการพัฒน งานอย่างไร 6. ผลงานเด่น	
4. เยี่ยมชมการ ทำงานใน หน่วยบริการ	1. คณะกรรมการเยี่ยมประเมิน อาคาร สิ่งแวดล้อม ตึกที่มีบริการ เช่น แผนก ผู้ป่วยนอก (OPD) อุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ฯลฯ (ด้านสุขศึกษาเน้นการเยี่ยมประเมินในคลินิก ที่สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขของ โรงพยาบาล) 2. เจ้าหน้าที่อธิบายกระบวนการทำงาน พร้อมแสดงแผนผัง กระบวนการ (ถ้ามี) 3. ซักถาม/แลกเปลี่ยน ในประเด็น 1) หน่วยงานทบทวน เพื่อค้นหาความเสี่ยง และโอกาสพัฒนาอย่างไร 2) กิจกรรมคุณภาพมีอะไรบ้าง	

ขั้นตอน	รายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ
	3) ระบบการเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างภายใน-นอกโรงพยาบาลและภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นอย่างไร 4) จะมั่นใจได้อย่างไร ว่ามีการทำงานตามมาตรฐานที่จะตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างไร 5) ผลลัพธ์จากการทำงานอย่างไร Best Practice/นวัตกรรมในปีที่ผ่านมาอะไรบ้าง ฯลฯ พร้อมทั้งตรวจสอบหลักฐานเชิงประจักษ์ในกลุ่มฝ่ายต่างๆ	
5. คณะกรรมการฯ กรรมการฯ สรุปผล	1. คณะกรรมการฯ ประชุมสรุปผล โดยสะท้อนความเชื่อมโยงในเกณฑ์การประเมินของมาตรฐานแต่ละด้าน และเชื่อมโยงกับระบบงานของโรงพยาบาล 2. แจ้งผลการเยี่ยมให้แก่ผู้รับการประเมิน (แบบไม่เป็นทางการ) พร้อมเสนอแนะโอกาสการพัฒนา	หัวหน้าทีม เยี่ยม ประเมิน

หมายเหตุ : ขั้นตอนการตรวจประเมินในพื้นที่ (On site) อาจปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมทั้งเวลาและสถานที่

ประเด็นที่น่าสนใจระหว่างการเยี่ยมสำรวจ มีดังนี้

★ สารสนเทศทั่วไป (General Information)

ผู้เยี่ยมสำรวจจะเยี่ยมหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลในระหว่างวันที่ที่กำหนดไว้ และตามกำหนดการที่เตรียมไว้ ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะขอสัมภาษณ์บุคคลใดระหว่างการเยี่ยมสำรวจ ขอเยี่ยมหน่วยงานหรือสถานที่ในหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ซึ่งมีได้อยู่ในกำหนดการหรือขอข้อมูลสารสนเทศเพิ่มเติมก็ได้ หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล จะต้องให้ความร่วมมือกับผู้เยี่ยมสำรวจในการส่งมอบสารสนเทศที่เป็นจริง เกี่ยวกับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล และการปฏิบัติตามมาตรฐาน ความล่าช้า ในการส่งมอบสารสนเทศที่ต้องการ อาจถูกมองว่าเป็นความไม่ร่วมมือ ซึ่งอาจส่งผลให้มีการยุติกระบวนการรับรองได้ วิธีการตามรอย (tracer methodology) เป็นพื้นฐานของการเยี่ยมสำรวจ ที่ตั้งหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ วิธีการตามรอยประกอบด้วยการกระทำในสิ่งต่อไปนี้

- การใช้สารสนเทศในเอกสารการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรอง
- ติดตามประสิทธิภาพการดูแล สำหรับผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง ตลอดกระบวนการดูแลสุขภาพทั้งหมดขององค์กร
- เปิดโอกาสให้ผู้เยี่ยมสำรวจบ่งชี้ประเด็นผลการดำเนินการในขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้ป่วยขั้นตอนหนึ่งหรือหลายขั้นตอน หรือการเชื่อมต่อระหว่างกระบวนการทั้งหมด
 - ผู้เยี่ยมสำรวจจะสนทนากับผู้บริหารสูงสุดของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลและผู้นำอื่นๆ ในการประชุมกับผู้นำ (leadership conference) เมื่อสิ้นสุดการเยี่ยมแต่ละครั้ง ในการประชุมนี้ ผู้เยี่ยมสำรวจจะอธิบายสารสนเทศเบื้องต้น เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้เยี่ยมสำรวจพบสารสนเทศนี้เป็นเพียงสารสนเทศเบื้องต้น และยังไม่ถือว่าเป็นสารสนเทศที่เสร็จสมบูรณ์

จนกว่าจะได้รับการทบทวนจากแผนงานรับรองคุณภาพของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program)

- ในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ ถ้าผู้เยี่ยมสำรวจพบสถานการณ์ซึ่งเชื่อได้ว่า จะส่งผลให้มีการคุกคามอย่างรุนแรงต่อสาธารณะหรือความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้เยี่ยมสำรวจจะรายงานให้แผนงานรับรองคุณภาพของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพทราบ และมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจะพิจารณาเกี่ยวกับการตัดสินใจรับรองและแจ้งให้ผู้บริหารหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลหรือหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องทราบ

- การเยี่ยมสำรวจ ถ้าผู้เยี่ยมสำรวจพบสถานการณ์ ซึ่งเชื่อได้ว่า จะส่งผลให้มีการคุกคามอย่างรุนแรงต่อสาธารณะหรือความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้เยี่ยมสำรวจจะรายงานให้คณะกรรมการตรวจประเมินฯ จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพทราบ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับการตัดสินใจรับรองและแจ้งให้หน่วยงานที่กำกับ ดูแลที่เกี่ยวข้องทราบ

★ การสังเกตในกระบวนการเยี่ยมสำรวจ ณ ที่ตั้งองค์กร (Observation of the On-site Survey Process)

ผู้บริหารและบุคลากรระดับผู้ควบคุม กำกับของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ อาจเข้าร่วมสังเกตการเยี่ยมสำรวจ เพื่อการรับรองหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ อาจขอให้มีบุคคลอื่นหนึ่งคนหรือหลายคนเข้าร่วมสังเกตกระบวนการเยี่ยมสำรวจ ฝ่ายที่เป็นผู้ขอจะต้องได้รับคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากอีกฝ่ายหนึ่งเพื่ออำนวยความสะดวกการสังเกตดังกล่าว และควรได้รับคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรนี้ ล่วงหน้า ก่อนการเยี่ยมสำรวจไม่น้อยกว่าห้าวัน ผู้สังเกตการณ์ ซึ่งรวมถึงที่ปรึกษาที่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลจ้าง และผู้ปฏิบัติงานของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลอื่น จะต้องไม่แสดง

บทบาทการโต้ตอบ ในกระบวนการเยี่ยมสำรวจ กล่าวคือ ไม่ร่วมในการอภิปราย การสัมภาษณ์ หรือกิจกรรมอื่นๆที่เกิดขึ้นระหว่างการเยี่ยมสำรวจ

★ การฝึกอบรมผู้เยี่ยมสำรวจระหว่างกระบวนการเยี่ยมสำรวจ ณ ที่ตั้งองค์กร (Surveyor Training During the On-Site Survey Process)

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ สงวนสิทธิ์ที่จะกำหนดให้ผู้เยี่ยมสำรวจที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหนึ่งคนหรือมากกว่าร่วมไปกับทีมผู้เยี่ยมสำรวจที่ได้รับมอบหมาย บุคคลดังกล่าวอาจร่วมในกระบวนการเยี่ยมสำรวจภายใต้การกำกับ ดูแลและชี้แนะโดยตรงของทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

★ นโยบายการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องของ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Focused Survey Policy)

เป้าหมาย การเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง (focus survey) เป็นการเยี่ยมสำรวจ ณ ที่ตั้งหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ภายใต้ขอบเขตเนื้อหาและระยะเวลาที่จำกัด เพื่อรวบรวมสารสนเทศเกี่ยวกับประเด็นเฉพาะหรือมาตรฐาน/องค์ประกอบที่วัดได้จำนวนหนึ่ง (limited number)

นโยบาย มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ อาจจัดให้มีการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องด้วยเหตุผลต่อไปนี้

- การติดตามหลังการเยี่ยมสำรวจเต็มรูปแบบ (ครั้งแรกหรือรอบสามปี)
- เมื่อ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ตระหนักว่ามีโอกาสเกิดปัญหารุนแรงเกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรฐาน หรือการดูแลผู้ป่วย หรือประเด็นเกี่ยวกับความปลอดภัย

- เมื่อ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ มีเหตุผลที่หนักแน่นอื่นๆ ที่จะเยี่ยมสำรวจหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองหรือได้รับประกาศนียบัตร (accredited/certified organization)

- เมื่อ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จำแนกประเภทเชิงการบริหาร ให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่มีความเสี่ยงต่อการไม่รับรอง (At Risk for Denial of Accreditation)

โดยส่วนใหญ่แล้วการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง จะกระทำโดยผู้เยี่ยมสำรวจคนเดียวในเวลาหนึ่งวัน

อย่างไรก็ตาม มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program สงวนสิทธิที่อาจจะจัดให้มีผู้เยี่ยมสำรวจมากกว่าหนึ่งคน หรือใช้เวลาเยี่ยมสำรวจมากกว่าหนึ่งวัน ขึ้นกับจำนวนมาตรฐานที่จะต้องเยี่ยมสำรวจหรือความหลากหลาย ของกิจกรรมเยี่ยมสำรวจ การเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง เพื่อประเมินหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล มีสองประเภท คือ เยี่ยมติดตาม (follow-up survey) และ เยี่ยมเพื่อสอบเหตุ (for-cause survey)

❖ การเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องเพื่อติดตาม (Follow-Up Focused Survey)

เกิดจากความจำเป็นที่จะต้องให้ผู้เยี่ยมสำรวจเข้าไปสังเกต สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หรือผู้ป่วย หรือตรวจสอบอาคารสถานที่ เครื่องมือ สิ่งสนับสนุนหรือสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อยืนยันว่าหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ได้ดำเนินการอย่างเพียงพอ ที่จะบรรลุการปฏิบัติตามมาตรฐานของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ในช่วงการเยี่ยมสำรวจครั้งแรกหรือการเยี่ยมสำรวจรอบสามปี

★ การเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องเพื่อสอบเหตุ (For-Cause Focused Survey)

การได้รับสารสนเทศเกี่ยวกับการเกิดเหตุการณ์ หรือชุดของเหตุการณ์ในหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองแล้วและเป็นเหตุให้เกิดสถานการณ์ที่สำคัญต่อไปนี้

- ความห่วงกังวลว่า มีสิ่งคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย/สาธารณะ/เจ้าหน้าที่ ภายในองค์กรอย่างต่อเนื่องหรือโดยทันทีทันใด
- เพื่อยืนยัน/ตรวจสอบหาข้อเท็จจริงในสถานการณ์ที่ทำให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ถูกจัดอยู่ในระดับชั้นมีความเสี่ยงต่อการไม่รับรอง (At Risk of Denial of Accreditation) และไม่ถูกรอบคลุมด้วยการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องเพื่อติดตามหรือโดยนโยบายคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัย (Threat to Health and Safety Policy)

★ ระเบียบปฏิบัติ

ระเบียบปฏิบัติสำหรับการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องเพื่อติดตามและเพื่อสอบเหตุ มีดังต่อไปนี้

1. มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะแจ้งให้ผู้บริหารสูงสุดทราบภายใน 10 วันหลังจากการเยี่ยมสำรวจเต็มรูปแบบครั้งแรกหรือรอบสามปีเสร็จสิ้น ว่าจำเป็นต้องมีการเยี่ยมสำรวจติดตามเฉพาะเรื่อง เพื่อประเมินข้อบกพร่องที่วัดได้ การเยี่ยมสำรวจติดตามเฉพาะเรื่องนี้จะกระทำภายใน 90 วัน องค์กรประกอบของทีมผู้เยี่ยมสำรวจจะถูกกำหนดโดยหน่วยงานด้านการรับรอง โดยพิจารณาจากจำนวนและประเภทของสิ่งที่พบและจำนวนองค์กรประกอบที่วัดได้ ซึ่งจะต้องประเมินซ้ำ

2. มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะแจ้งให้ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลทราบถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการเยี่ยมสำรวจ เฉพาะเรื่องเพื่อสอบเหตุภายใน 45 วัน โดยจะประเมินสารสนเทศ

ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล และให้ข้อเสนอต่อผู้บริหารสูงสุดของ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ หรือประธานคณะกรรมการรับรอง ถึงการดำเนินการที่เหมาะสมสำหรับองค์กรที่ “มีความเสี่ยง”

3. ข้อเสนอสำหรับการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องเพื่อสอบเหตุ อาจจะเสนอให้มีการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง เพื่อสอบเหตุ “โดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้า” (unannounced) เมื่อมีสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างต่อไปนี้เกิดขึ้น

- ความเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย สาธารณะ และเจ้าหน้าที่ ยังคงมีอยู่ เกิดขึ้น ณ ขณะนั้น และมีความรุนแรง
- การประเมินสถานการณ์ความเสี่ยงจะทำได้ดี ณ ที่ตั้งหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล นอกเหนือกำหนดการและวิธีปฏิบัติตามปกติ
- มีโอกาสที่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลจะจัดเตรียม (orchestrate) สถานการณ์และสภาวะ ซึ่งทำให้การวิเคราะห์ความเสี่ยงอย่างละเอียดถี่ถ้วนประสบความสำเร็จยากลำบากหรือไม่สามารถทำได้
- ผู้เยี่ยมสำรวจของ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพอยู่ในภูมิภาคหรือพื้นที่ของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลและไม่มีปัญหาเรื่องอุปสรรคทางด้านบริหารอื่นๆ

4. เมื่อเสร็จสิ้นการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องเพื่อสอบเหตุ จะมีการประเมินสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล และจัดทำข้อเสนอต่อผู้บริหารสูงสุดของ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ และคณะกรรมการรับรอง ข้อเสนอจะระบุว่าหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลควรได้รับการรับรองครั้งแรก ไม่รับรอง อนุญาตให้อำนาจสถานภาพการรับรองหรือเพิกถอนการรับรองที่ได้รับในปัจจุบันตามความเหมาะสม

5. คณะกรรมการรับรองของ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะทบทวนรายงานการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง เพื่อการติดตามในสถานการณ์ต่อไปนี้

- คณะกรรมการจะทบทวนรายงานทุกฉบับของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ที่ไม่เป็นไปตามกฎการตัดสินใจในการรับรอง (accreditation decision rule) และเจ้าหน้าที่เสนอให้ปฏิเสธการรับรอง (Denial of Accreditation) รวมถึงหลังจากการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องเพื่อการติดตามเพื่อสอบเหตุ หรือการเยี่ยมสำรวจเพิ่มเติม

- คณะกรรมการจะทบทวนรายงานของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ซึ่งเจ้าหน้าที่เชื่อว่ามีความเสี่ยงเกี่ยวกับการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานเป็นกรณีพิเศษหรือผิดปกติ รวมถึงกรณีที่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลได้รับการจัดอยู่ในกลุ่ม มีความเสี่ยงต่อการไม่รับรอง

- คณะกรรมการทบทวนรายงานของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ซึ่งทำลายหรือหักท้วงสิ่งที่พบในรายงานการเยี่ยมสำรวจที่เป็นทางการ การอุทธรณ์คำตัดสินรับรอง จะเป็นไปตามนโยบายที่ได้รับความเห็นชอบแล้วในเรื่องการอุทธรณ์คำตัดสิน เมื่อมีการปฏิเสธการรับรองหรือมีการถอนการรับรองของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

6. คณะกรรมการรับรองของ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะพิจารณาข้อเสนอของเจ้าหน้าที่ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการประชุมรอบต่อไปที่ได้กำหนดไว้ เพื่อให้คำตัดสินการรับรองขั้นสุดท้าย

7. หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล จะได้รับทราบคำตัดสินรับรองภายใน 60 วัน นับแต่เสร็จสิ้นการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องและภายใน 10 วัน นับแต่การตัดสินของคณะกรรมการรับรอง

❖ การเยี่ยมสำรวจเพิ่มเติม (Extension Survey)

นโยบาย มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ อาจจัดให้มีการเยี่ยมสำรวจเพิ่มเติมเมื่อเห็นว่า จำเป็นต้องมีการประเมินหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ด้วยปัจจัยต่อไปนี้

- มีการเปลี่ยนแปลงความเป็นเจ้าของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล
- มีการปรับเปลี่ยนอาคารสถานที่ขนาดใหญ่ หรือหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลย้ายบริการอย่างน้อย 25% ไปยังสถานที่ใหม่หรือในอาคารสถานที่ที่มีการปรับเปลี่ยนขนาดใหญ่
- มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนบริการเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างมาก
- หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลขยายขีดความสามารถในการให้บริการตั้งแต่ 25% ขึ้นไป โดยวัดจากจำนวนผู้ป่วยหรือตัววัดที่เกี่ยวข้องอื่นๆ
- มีการเพิ่มบริการสุขภาพประเภทใหม่
- มีการยกเลิกบริการสุขภาพที่เคยจัดอยู่เดิม
- หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลมีการรวมกิจการหรือได้มาซึ่งสถานที่ บริการ หรือโปรแกรม ซึ่งสามารถนำมาตรฐานระบบบริการสุขภาพไปประยุกต์ใช้ได้ แต่ยังไม่ได้รับการรับรอง

ระเบียบปฏิบัติ หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลจะต้องแจ้งให้มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาระหว่างการเยี่ยมสำรวจแต่ละครั้ง เจ้าหน้าที่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลของ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะทบทวนสารสนเทศที่ได้รับเพื่อพิจารณา ว่าจำเป็นต้องเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองเต็มรูปแบบหรือเฉพาะเรื่องในการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ระบุมา

★ นโยบายภาวะคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัย

(Treat to Health and Safety Policy)

เป้าหมาย เพื่อให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจของ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ มีกระบวนการที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์ซึ่งเชื่อว่า จะก่อให้เกิดภาวะคุกคามต่อสุขภาพ หรือความปลอดภัยของสาธารณะหรือผู้ป่วยที่รุนแรง ในองค์กรที่กำลังเยี่ยมชมสำรวจ

นโยบาย เพื่อเป้าหมายของการรับรองแผนงานรับรองคุณภาพ ของ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ อาจพิจารณาสิ่งที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจพบว่า คำร้องเรียนต่อหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล หรือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ หรือสารสนเทศอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมาตรฐานระบบบริการสุขภาพได้รับ ในการตัดสินใจการดำเนินงานบางส่วนของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล อาจจะมีผลหรือน่าจะมีผลต่ออันตราย การบาดเจ็บ ความบกพร่องสูญเสีย อวัยวะหรือการเสียชีวิตของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่หรือสาธารณะ ซึ่งจำเป็นต้องมีการดำเนินการบางอย่างทันที

หน้าที่รับผิดชอบ ผู้เยี่ยมชมสำรวจของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบ ในการรายงานสถานการณ์ทั้งหมด ซึ่งผู้เยี่ยมชมสำรวจเชื่อว่า มีโอกาสที่จะเกิดอันตราย การบาดเจ็บ ความบกพร่องสูญเสียอวัยวะหรือ การเสียชีวิตของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่หรือสาธารณชน ในหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลซึ่งตนกำลังเยี่ยมชมสำรวจ

ระเบียบปฏิบัติ ระเบียบปฏิบัติสำหรับภาวะคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัย มีดังต่อไปนี้

1. ผู้เยี่ยมชมสำรวจจะแจ้งให้แผนงานรับรองคุณภาพ ของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ทราบทันที เมื่อพบสถานการณ์ ซึ่งเชื่อได้ว่า จะก่อให้เกิดภาวะคุกคามที่รุนแรงต่อสุขภาพ หรือความปลอดภัยของสาธารณะหรือผู้ป่วย

2. ถ้าการเยี่ยมสำรวจจะยังคงดำเนินอยู่ อาจขอให้หัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจประสาน ให้มีการประชุมทางไกล (conference call) จากแผนงานรับรองคุณภาพของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ไปยังหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลเพื่ออภิปรายสิ่งที่พบดังกล่าวกับผู้นำระดับสูงของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล

3. การเยี่ยมสำรวจจะดำเนินต่อไป และสิ่งที่พบที่ตามมาทั้งหมดจะถูกรายงาน ต่อแผนงานรับรองคุณภาพ ของ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ โดยทันที

4. จากนั้นผู้บริหารสูงสุดของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพหรือประธานคณะกรรมการรับรอง สามารถประกาศคำตัดสินปฏิเสธการรับรอง (Accreditation Denied) ก่อนกำหนด

5. คณะกรรมการรับรองคุณภาพของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจะยืนยันหรือกลับคำตัดสิน ในการประชุมครั้งต่อไป หรืออาจจะมีการเชิญประชุมพิเศษ ตามคำขอของผู้บริหารสูงสุดของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านการรับรองและมาตรฐาน ขึ้นกับระดับของภาวะคุกคามต่อสุขภาพหรือความปลอดภัย

คณะกรรมการรับรองคุณภาพของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจะพิจารณาสารสนเทศที่ได้รับ จากหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ที่เคยได้การรับรองและตัดสินใจว่าจะไม่ให้การรับรองโดยทันทีหรือจะดำเนินการตามความเหมาะสมก่อน คณะกรรมการรับรองอาจพิจารณากิจกรรม การแก้ปัญหาหรือการตอบสนองต่อภาวะคุกคามที่รุนแรงของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลสามารถส่งมอบสารสนเทศเพื่อแสดงให้เห็นว่า ภาวะคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัยที่รุนแรงนั้นได้รับการแก้ไขก่อนการพิจารณาตัดสินใจไม่รับรอง โดยคณะกรรมการรับรอง

คุณภาพ ในสถานการณ์เช่นนี้ กิจกรรมการแก้ไขจะได้รับการพิจารณาต่อเมื่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดจากประเด็นเดียว และหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลแสดงให้เห็นว่าหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล

- ดำเนินการโดยทันทีเพื่อแก้ไขเยียวยาสถานการณ์อย่างครบถ้วนสมบูรณ์
- จัดให้มีการวิเคราะห์มูลเหตุ (root cause analysis) อย่างรอบด้านและเชื่อถือได้
- เลือกใช้การเปลี่ยนแปลงระบบ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำในอนาคต และ
- การเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องตามกำหนดได้พบว่า มีการปฏิบัติตามมาตรการแก้ไขแต่ละประเด็นที่กล่าว

★ การรักษาความลับ (Confidentiality)

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ เก็บรักษาสารสนเทศที่ได้รับหรือที่เกิดขึ้น ระหว่างกระบวนการรับรองคุณภาพต่อไปนี้เป็นความลับ

- รายงานสิ่งที่พบจากการเยี่ยมสำรวจ ฉบับที่เป็นทางการ (Official Survey Findings Report) นอกเหนือจากว่า หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลต้องการใช้สถานภาพการรับรองของตนเพื่อตอบสนองต่อข้อกำหนดของรัฐบาล (เช่น การขอใบอนุญาต) มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะเปิดเผยสารสนเทศรวมถึงรายงานสิ่งที่พบจากการเยี่ยมสำรวจฉบับที่เป็นทางการให้แก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เมื่อได้รับอนุญาตจากหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง
- สารสนเทศที่ได้เรียนรู้จากหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลก่อนระหว่าง หรือหลังจากการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรอง ซึ่งจะใช้ในการระบุระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานการรับรองแต่ละเรื่อง

- การวิเคราะห์มูลเหตุหรือแผนปฏิบัติการ ซึ่งหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลจัดทำขึ้น เพื่อตอบสนองต่ออุบัติการณ์รุนแรงหรือตอบสนองต่อเหตุการณ์อื่นๆ ที่มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ระบุ

- ข้อมูลอื่นๆ ซึ่งอาจช่วยในการตัดสินใจรับรอง (เช่น บันทึกของผู้เยี่ยมสำรวจ)

- เอกสารการวิเคราะห์ของเจ้าหน้าที่ รายงานและกำหนดการประชุมของคณะกรรมการรับรองคุณภาพ

- ข้อมูลระบุตัวบุคคลของผู้ที่ร้องเรียนเกี่ยวกับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

นอกจากมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ได้รับความจำนองอนุญาตของผู้ร้อง หรือนอกจากมีการกำหนดไว้ ในกฎหมายมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะเปิดเผยข้อมูลต่อไปนี้ต่อสาธารณะ

- สถานภาพของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ว่าได้รับการรับรอง ถูกปฏิเสธการรับรองหรือถูกถอนการรับรอง

- จำนวนคำร้องเรียนที่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลได้รับ ซึ่งเข้าเกณฑ์ของ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ที่จะต้องดำเนินการทบทวน

- สถานภาพของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล จะแสดงบนมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ web site ว่า รับรอง (และวันที่) หรือถอนการรับรอง (และวันที่) สถานภาพการถูกถอนการรับรอง จะปรากฏอยู่บน มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ web site เป็นเวลาหนึ่งปี มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะให้ข้อมูลต่อไปนี้ แก่ผู้ที่ส่งคำร้องเรียนถูกต้องตามเกณฑ์สำหรับการทบทวน

- มาตรฐานที่เกี่ยวข้องซึ่งมีการทบทวน

- มาตรฐานซึ่งมีการให้ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาอันเป็นผลจากการทบทวน และ

- การเปลี่ยนแปลงในสถานภาพการรับรองหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล

★ นโยบายเข้าข่ายเสี่ยงต่อการปฏิเสธการรับรอง (At Risk for Denial of Accreditation)

เป้าหมาย นโยบายนี้ เปิดโอกาสให้ระบุสถานการณ์เฉพาะที่ถ้าเกิดขึ้นในหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ที่ได้รับการรับรองแล้ว แสดงให้เห็นความจำเป็นสำหรับการกำกับดูแลเพิ่มขึ้น เพื่อทำให้มั่นใจว่า แผนงานคุณภาพและปลอดภัยของผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตราย ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์เดี่ยวหรือรวมๆกัน

นโยบาย ภาวะ “เข้าข่ายเสี่ยงต่อการปฏิเสธการรับรอง” (At Risk for Denial for Accreditation) เป็นการจำแนกประเภทเชิงการบริหารซึ่งจะเกิดขึ้น ว่ามีสถานการณ์ดังต่อไปนี้ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า

1. มีภาวะคุกคาม ที่ส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย สุขภาพของประชาชน หรือความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่เกิดขึ้นภายในหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล

2. มีบุคคลที่ไม่ได้รับใบอนุญาต การขึ้นทะเบียนหรือประกาศนียบัตร กำลังให้หรือได้ให้บริการสุขภาพในองค์กรซึ่งกฎหมายกำหนดให้ต้องมีใบอนุญาต การขึ้นทะเบียน หรือประกาศนียบัตร และทำให้ผู้ป่วยของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ตกอยู่ในความเสี่ยงที่จะเกิดผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง

3. มีหลักฐานที่ทำให้เชื่อได้ว่าหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ส่งเอกสารหรือสารสนเทศ ที่ไม่เป็นความจริง เพื่อที่จะให้ได้รับหรืออ้าง สถานการณ์รับรอง ตามที่กำหนดไว้ในนโยบายความถูกต้อง เชื่อถือได้ของสารสนเทศ (Information Accuracy and Truthfulness Policy)

4. จำนวนมาตรฐานที่ไม่ได้มีการปฏิบัติตาม (not met หรือ partially met) ในช่วงเวลาของการเยี่ยมสำรวจ สำหรับองค์กรที่มีลักษณะบริการแบบเดียวกัน ในช่วง 24 เดือนที่ผ่านมา

5. หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลไม่มีใบอนุญาต ประกาศนียบัตร และ/หรือ ได้รับอนุญาต ที่จะให้บริการ ซึ่งองค์กรกำลังขอรับการรับรองตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย

6. หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ไม่ปฏิบัติตามนโยบายเรื่องข้อกำหนดการรายงาน ในช่วงเวลาระหว่างการเยี่ยมสำรวจแต่ละครั้ง (Reporting Requirements Between Surveys)

7. หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ไม่สามารถส่งแผนการปรับปรุงเชิงกลยุทธ์ (Strategic Improvement Plan-SIP) ที่ยอมรับได้ภายใน 120 วัน นับแต่การเยี่ยมสำรวจหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล

หน้าที่รับผิดชอบ ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะบุสภาวะการณ์ระหว่างการเยี่ยมสำรวจ ณ ที่ตั้งของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ระหว่างการทบทวนรายงานการเยี่ยมสำรวจหรือกิจกรรมติดตามหลังการเยี่ยมสำรวจหรือจากคำร้องเรียนเกี่ยวกับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่ได้รับ ผู้เยี่ยมสำรวจจะยืนยัน/สืบค้นสภาวะการณ์ที่เกี่ยวข้อง ในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ ณ ที่ตั้งหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลหรือเป็นส่วนหนึ่งของการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง จะได้รับการทบทวนโดยคณะกรรมการรับรองคุณภาพ

ระเบียบปฏิบัติ เมื่อพบว่า มีสภาวะการณ์อย่างใด อย่างหนึ่งหรือมากกว่าที่กล่าวในข้างต้น จะมีการทบทวนสถานการณ์ รายงานตามความเสี่ยงที่พบอันเป็นผลจากการทบทวน

ขั้นตอนต่อไปจะได้รับการพิจารณา เช่น ขอให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ให้ความกระจ่างกับสารสนเทศ จัดให้มีการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องเพื่อติดตาม การเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องเพื่อหาสาเหตุหรือกิจกรรมอื่นๆ ตามความเหมาะสม

เมื่อผู้เยี่ยมสำรวจพบว่า สภาวการณ์ได้รับการสอบทานและยังคงไม่คลี่คลาย จะเสนอให้คณะกรรมการรับรองปฏิเสธการรับรอง และหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล มีสิทธิที่จะอุทธรณ์คำตัดสินนี้ ตามที่ระบุไว้ในนโยบายของ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ เรื่องการอุทธรณ์คำตัดสินปฏิเสธหรือถอนการรับรองโดย มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (Appeal of Decisions When มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Is Denied or Withdrawn)

4. หลังการเยี่ยมสำรวจ (Post survey)

☆ การแก้ไขรายงานผลการเยี่ยมสำรวจฉบับทางการ

(Revision of the Official Survey Findings Report)

หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล มีเวลา 30 วัน นับแต่วันสุดท้ายของการเยี่ยมสำรวจ ที่จะขอให้มีการแก้ไขรายงาน (HS4-Software) เกี่ยวกับสิ่งที่พบจากการเยี่ยมสำรวจ เป็นลายลักษณ์อักษรในระบบสารสนเทศ (บทบันทึกการสัมภาษณ์/ภาพถ่าย/เอกสารประกอบ) ข้อมูลขอแก้ไขนี้จะต้องส่งนำเข้ารระบบและสารสนเทศสนับสนุนที่เหมาะสม (HS4-Software) คณะกรรมการรับรองคุณภาพจะพิจารณาข้อมูลการแก้ไขและตัดสินใจในขั้นสุดท้าย

❖ การตัดสินใจรับรองคุณภาพ (กฎการตัดสินใจ)

The Accreditation Decision (Decision Rules)

คณะกรรมการรับรองคุณภาพของมาตรฐานบริการสุขภาพเป็นผู้ตัดสินใจรับรองตามสิ่งที่พบ จากการเยี่ยมชมสำรวจหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล สามารถให้การตัดสินใจได้อย่างใดอย่างหนึ่ง คือ รับรอง (Accredited) หรือ ปฏิเสธการรับรอง (Accreditation Denied) การตัดสินใจรับรองนี้ขึ้นกับว่า หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล สามารถบรรลุกฎการตัดสินใจได้เพียงใด สำหรับรายละเอียดของกฎการตัดสินใจ ขอให้ดูกระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ (Survey Process Guide)

❖ การอุทธรณ์คำตัดสินไม่รับรองหรือเพิกถอนการรับรองของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (Appeal of Decisions When HS4 Accreditation Is Denied or Withdrawn)

ถ้ามีการตัดสินใจไม่รับรองหรือเพิกถอนการรับรอง อันเป็นผลจากการเยี่ยมชมสำรวจเต็มรูปแบบ การเยี่ยมชมสำรวจเฉพาะเรื่อง หรือกิจกรรมการเยี่ยมชมสำรวจอื่นๆ หรือมีสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลมีเวลา 15 วันตามปฏิทิน นับแต่ได้รับรายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจ (HS4-Software) หรือได้รับแจ้งเพิกถอนการรับรอง ที่จะแจ้งโดยคณะกรรมการมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรในระบบสารสนเทศ แสดงเจตจำนงที่จะอุทธรณ์คำตัดสินดังกล่าว

จากนั้นองค์กรมีเวลาอีก 30 วันที่จะนำเสนอข้อมูลและสารสนเทศเพื่อสนับสนุนคำขออุทธรณ์ที่ยอมรับได้เป็นลายลักษณ์อักษร หลังจากนี้ คณะกรรมการมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ทบทวนข้อมูลที่ส่งมาแล้ว ยังคงยืนยันคำตัดสินที่จะไม่รับรองหรือเพิกถอนการรับรอง หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลอาจมาชี้แจงต่อหน้าคณะกรรมการรับรองคุณภาพของ

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ โดยตรงเพื่อสนับสนุนคำขออุทธรณ์ วิธีปฏิบัติในการทบทวนและอุทธรณ์ มีโดยสรุปดังต่อไปนี้

★ **การแจ้งให้องค์กร (หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล) ทราบประเด็น
ไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ**

ถ้าเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ พิจารณาส่งที่พบจากการเยี่ยมสำรวจ เอกสารการเยี่ยมสำรวจ และข้อมูลหรือสารสนเทศที่เกี่ยวข้องอื่นๆ จากแหล่งต่างๆ และมีความเห็นที่จะเสนอคณะกรรมการรับรองคุณภาพของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ว่าเห็นควรปฏิเสธการรับรอง หรือเพิกถอนการรับรองหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลตามกฎหมายการตัดสินใจที่คณะกรรมการให้ความเห็นชอบไว้ เจ้าหน้าที่จะสรุปสิ่งที่พบและความเห็นดังกล่าว หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล อาจะดำเนินการต่อไปนี้

ก) ยอมรับสิ่งที่พบและคำตัดสิน หรือ

ข) ส่งหลักฐานการปฏิบัติตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ที่ระบุ ณ เวลาที่เยี่ยมสำรวจเพิ่มเติม แต่ไม่ปรากฏในรายงานผลการเยี่ยมสำรวจ (HS4-Software) พร้อมด้วยคำอธิบายเหตุผล ที่ไม่มีการนำเสนอสารสนเทศดังกล่าว ในช่วงเวลาที่เยี่ยมสำรวจมายัง คณะกรรมการมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ หรือ

★ **การพิจารณาการตอบสนองขององค์กร
(หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล)**

ผู้เยี่ยมประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะทบทวนหลักฐานที่ได้รับและดำเนินการตัดสินใจ โดยคณะกรรมการรับรองคุณภาพของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ให้ความเห็นชอบ คือ

ก) เสนอต่อคณะกรรมการรับรองคุณภาพของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ว่าหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ควรได้รับการรับรอง หรือ

ข) เสนอว่าควรปฏิเสธการรับรองแก่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ดังกล่าว

❖ การดำเนินการของคณะกรรมการรับรองคุณภาพของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

คณะกรรมการอาจจะ

ก) รับรองหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลนั้น

ข) ปฏิเสธการรับรองหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลนั้น

ค) ยืดเวลาการพิจารณาออกไป ขณะที่มีการรวบรวมและทบทวนสารสนเทศเกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรฐานของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล โดยเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

ง) สั่งให้มีการเยี่ยมสำรวจ หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลซ้ำหรือเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องและประเมินผล ในขอบเขตที่คณะกรรมการรับรองมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ เห็นว่าเหมาะสม

ถ้าหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ขอดอนตัวจากกระบวนการรับรองคุณภาพ ภายหลังจากการลงเยี่ยมสำรวจ คณะกรรมการรับรองคุณภาพของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะตัดสินใจตามสิ่งที่พบจากการเยี่ยมสำรวจ เติมรูปแบบนั้นและการติดตามและจะส่งผลการตัดสินใจให้แก่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล

★ สารสนเทศเกี่ยวกับสถานภาพการรับรองที่เปิดเผยต่อสาธารณะ

(Information on Accreditation Status Available to the Public)

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ มุ่งมั่นที่จะเปิดเผยสารสนเทศที่เที่ยงตรงและมีความหมายเกี่ยวกับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ที่ได้รับการเยี่ยมสำรวจให้แก่สาธารณะ สารสนเทศเกี่ยวกับผลการดำเนินการของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ไม่เพียงแต่จะช่วยให้ผู้ประกอบวิชาชีพปรับปรุงบริการของตน แต่ยังช่วยให้การศึกษาแก่ผู้ใช้บริการของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล สารสนเทศดังกล่าวอาจช่วยผู้ป่วยและผู้จ่ายเงินในการเลือกสถานพยาบาล และ/หรือผู้ประกอบวิชาชีพ โดยใช้ข้อมูลประกอบ

อย่างไรก็ตาม เป็นเรื่องสำคัญที่จะรักษาความลับสำหรับสารสนเทศบางอย่างเป็นไปตามกฎหมายกำหนดไว้ เว้นแต่ เพื่อส่งเสริมการเปิดเผยข้อมูลในกระบวนการรับรองคุณภาพ การเปิดเผยข้อมูลนี้ ช่วยให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพบริการสุขภาพ เพื่อประโยชน์สาธารณะ

★ การแสดงและใช้เครื่องหมายการรับรอง

(Accreditation Award Display and Use)

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ มอบประกาศนียบัตรรับรองคุณภาพให้แก่แต่ละหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลสำหรับการรับรองคุณภาพครั้งแรกหรือเลื่อนระดับการพัฒนาและการต่ออายุการรับรอง โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลสามารถขอรับสำเนาประกาศนียบัตรเพิ่มเติมได้ ด้วยการติดต่อกับคณะกรรมการมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ โดยประกาศนียบัตรและสำเนาทั้งหมด ยังคงเป็นทรัพย์สินของคณะกรรมการมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะต้องส่งคืนถ้า

- หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลได้รับประกาศนียบัตรฉบับใหม่ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงชื่อ หรือ

- มีการเพิกถอน หรือปฏิเสธการรับรองหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลด้วยเหตุผลใดก็ตาม หน่วยบริการ

หรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะต้องอธิบายต่อสาธารณะอย่างถูกต้อง เกี่ยวกับธรรมชาติและความหมายของการรับรองที่ตนได้รับ หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลจะต้องไม่บิดเบือนสภาพการรับรองหรือสถานที่และบริการซึ่งตนได้รับการรับรองจากคณะกรรมการมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะจัดส่งแนวทางที่เหมาะสมในการประกาศเผยแพร่ให้แก่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

5. การธำรงสถานภาพการรับรอง (Maintaining Accreditation)

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะเฝ้าติดตามหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง ว่ายังคงปฏิบัติตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ตลอดวงจรรอบสามปีของการรับรอง

★ ข้อกำหนดการรายงานระหว่างการเยี่ยมสำรวจแต่ละครั้ง

(Reporting Requirement Between Surveys)

เป้าหมาย เพื่อให้มีการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง ตลอดวงจรรอบสามปีของการรับรอง ระหว่างหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ที่ได้รับการรับรอง และมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program ให้มั่นใจว่าหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ยังคงปฏิบัติตามข้อกำหนดเพื่อการรับรองหลังจากที่ได้รับการรับรองแล้ว

นโยบาย ไม่มีการถ่ายโอนหรือสืบทอดการรับรองโดยอัตโนมัติ หากมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดขึ้นภายในหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะต้องมีการเยี่ยมสำรวจเต็มรูปแบบหรือเฉพาะเรื่องถ้า

- มีการจัดบริการใหม่ซึ่ง มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ มีมาตรฐานอยู่รวมถึงการเพิ่มหรือลดประเภทของบริการสุขภาพ
- มีการเปลี่ยนแปลงชื่อ และ/หรือ ความเป็นเจ้าของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล/โปรแกรม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้บริหารและบุคลากรทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ หรือการเปลี่ยนแปลงนโยบายและระเบียบปฏิบัติในการดำเนินงาน
- มีการเปลี่ยนแปลงตัวบุคคล ผู้ซึ่งหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล/โปรแกรมมอบหมายสำหรับการติดต่อเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพทุกเรื่อง
- มีการเปลี่ยนแปลงในผู้นำ และ/หรือ บุคคลของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลหรือโปรแกรมที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ประสานงานการเยี่ยมสำรวจกับ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ
- มีการเคลื่อนย้ายบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ไปยังสถานที่ใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงอาคารสถานที่ให้บริการอย่างมีนัยสำคัญ
- มีการขยายศักยภาพในการให้บริการหรือมีการใช้บริการเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ร้อยละ 25 ขึ้นไป นับจากจำนวนเตียง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ จำนวนชิ้นของเครื่องมืออุปกรณ์หรือตัววัดอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
- มีการลดศักยภาพในการให้บริการหรือมีการใช้บริการน้อยลงตั้งแต่ร้อยละ 25 ขึ้นไป นับจากจำนวนเตียง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ จำนวนชิ้นของเครื่องมืออุปกรณ์ หรือตัววัดอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

- มีการจัดบริการในระดับที่สูงขึ้น (เช่น จากบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหัวใจแบบผู้ป่วยนอก เป็นการตรวจวินิจฉัยโรคหัวใจด้วยเครื่องมือที่รุกร่างกาย (invasive) แบบผู้ป่วยใน)
- มีการควบรวมกิจการ/รวบกิจการ/ได้รับกิจการเพิ่ม ทำให้มีสถานบริการ หรือโปรแกรมซึ่งมีมาตรฐาน มาตรฐานระบบบริการสุขภาพเกี่ยวข้อง แต่ยังไม่ได้รับการรับรอง
- หน่วยงานผู้ควบคุมหรือออกใบอนุญาตในระดับพื้นที่ ระดับเขต หรือระดับชาติ ได้เข้าไปสืบสวนหรือตรวจสอบ ส่งผลให้มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง หรือมีผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงในหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลโดยทันที เช่น การสั่งให้มีการปิดทั้งหมด หรือบางส่วนของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล หรือแผนก โปรแกรม บริการ ทำให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ และ/หรือ
- ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ในการทำเวชปฏิบัติ และให้บริการแก่ผู้ป่วย ผู้มารับบริการของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ถูกเพิกถอน ยกเลิก ทำให้สิ้นสุด หรือจำกัดการใช้ โดยหน่วยงานผู้ควบคุม ตามกฎหมายหรือโดยหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล และแพทย์ดังกล่าว ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดขึ้น หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล/โปรแกรม จะต้องแจ้งให้มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรภายใน 30 วัน หลังจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล/โปรแกรม ที่ไม่แจ้งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ต่อ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ในเวลาที่กำหนด ถือว่ามิได้ปฏิบัติตามนโยบายความถูกต้องเชื่อถือได้ของสารสนเทศ (Information Accuracy and Truthfulness Policy) และ จะถูกจัดเข้าในกลุ่มเข้าข่ายเสี่ยงต่อการปฏิเสธการรับรอง ตามที่กำหนดไว้ในนโยบาย

หน้าที่รับผิดชอบ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้กำหนดสารสนเทศในเรื่องการบริการสุขภาพไว้ในมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ เพื่อยึดถือปฏิบัติให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลถือปฏิบัติในการรับรองคุณภาพของ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพไว้แล้ว

★ นโยบายปฏิบัติการรณรงค์รณรงค์ของ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

(มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Sentinel Event Policy)

อุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Events) เพื่อสนับสนุนพันธกิจในการพัฒนาคุณภาพ และความปลอดภัยของการบริการสุขภาพ ตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ การทบทวนกิจกรรมของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลในการตอบสนองต่ออุบัติการณ์รุนแรง ในกระบวนการรับรอง การทบทวนนี้ครอบคลุมการเยี่ยมสำรวจ เพื่อการรับรองครั้งแรก การเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองเมื่อครบรอบสามปีและการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้ต่อไปนี้เป็น คำอธิบายเกี่ยวกับอุบัติการณ์รุนแรง

- อุบัติการณ์รุนแรงเป็นเหตุการณ์เกี่ยวกับการเสียชีวิตหรือการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ โดยไม่เกิดจากธรรมชาติความเป็นไปของการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยมีหรือภาวะเดิมของผู้ป่วย
- อุบัติการณ์รุนแรงอาจเกิดเนื่องจากการผ่าตัดผิดพลาด ผิดหัตถการ ผิดคน
- เหตุการณ์ดังกล่าวถูกเรียกว่า “อุบัติเหตุรุนแรง” เพราะเหตุการณ์เหล่านั้น ส่งสัญญาณเตือนให้ต้องรีบสอบสวนและตอบสนองโดยทันที
- คำว่า “อุบัติเหตุรุนแรง sentinel event” และ “ความผิดพลาดทางการแพทย์ medical error” มิได้มีความหมายเดียวกัน มิใช่ว่าอุบัติเหตุรุนแรงทุกเหตุการณ์จะเกิดจากความผิดพลาด และมีใช่ว่าความผิดพลาดทุกครั้งจะนำมาสู่อุบัติเหตุรุนแรงเสมอไป

❖ เป้าหมายของนโยบายอุบัติการณ์รุนแรง

(Goals of the Sentinel Event Policy)

นโยบายอุบัติการณ์รุนแรงมีเป้าหมาย 4 ประการ คือ

1. เพื่อให้เกิดผลกระทบทางบวกในการพัฒนาการดูแล การรักษา การบริการผู้ป่วย และการป้องกันอุบัติการณ์รุนแรง
2. เพื่อมุ่งเน้นความใส่ใจของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ซึ่งเคยเกิดอุบัติการณ์รุนแรง สู่การทำความเข้าใจ สาเหตุที่อยู่เบื้องหลัง เหตุการณ์ ปรับเปลี่ยนระบบและกระบวนการของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล เพื่อลดโอกาสเกิดเหตุการณ์ลักษณะเดียวกันนี้ในอนาคต
3. เพื่อเพิ่มความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอุบัติการณ์รุนแรง สาเหตุ และกลยุทธ์ ในการป้องกัน
4. เพื่อคงความมั่นใจต่อกระบวนการรับรอง ของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลของประเทศ

❖ นิยามของอุบัติการณ์รุนแรง (Definition of a Sentinel Event)

มาตรฐานเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยในเอกสารฉบับนี้ กำหนดให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองทุกหน่วยบริการ หรือสถานพยาบาล กำหนดว่าเหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดการณ์ได้บ้าง มีความสำคัญ และกำหนดกระบวนการสำหรับการวิเคราะห์ที่เข้มข้น การกำหนดว่าอะไร เป็นเหตุการณ์สำคัญ จะต้องสอดคล้องกับนิยามทั่วไปของอุบัติการณ์รุนแรง ที่อธิบายไว้ในนโยบายนี้ หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ที่ได้รับการรับรอง มีอิสระในการกำหนดตัวแปรเฉพาะ เพื่อให้ความหมายของคำว่า “ไม่อาจ คาดการณ์ได้” (unanticipated) และ “การสูญเสียหน้าที่ถาวรที่สำคัญ” (major permanent loss of function). อย่างน้อยหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล จะต้องรวมเหตุการณ์ต่อไปนี้ไว้ในเหตุการณ์ที่จะต้องทบทวน

- การเสียชีวิตที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ โดยไม่เกี่ยวกับธรรมชาติความเป็นไปของความเจ็บป่วยหรือภาวะเดิมของผู้ป่วย
- การสูญเสียหน้าที่ถาวรที่สำคัญ โดยไม่เกี่ยวกับธรรมชาติความเป็นไปของความเจ็บป่วยหรือภาวะเดิมของผู้ป่วย
- การผ่าตัดผิดข้าง ผิดหัตถการ ผิดคน

★ ความคาดหวังสำหรับการตอบสนองขององค์กร (หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล) ต่ออุบัติการณ์รุนแรง (Expectations for an Organization's Response to a Sentinel Event)

หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองถูกคาดหวังให้ค้นหาและตอบสนองอย่างเหมาะสมต่ออุบัติการณ์รุนแรงทั้งหมดที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล หรือเกี่ยวข้องกับการบริการที่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลจัดให้มีการตอบสนองที่เหมาะสมรวมถึงการวิเคราะห์มูลเหตุ (root cause analysis) ที่น่าเชื่อถือ รอบคอบและเหมาะสมกับเวลา การจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับดำเนินการพัฒนา เพื่อลดความเสี่ยงการดำเนินการพัฒนา และการเฝ้าติดตามประสิทธิผลของการพัฒนา

★ การวิเคราะห์หามูลเหตุ (Root Cause Analysis)

การวิเคราะห์หามูลเหตุ เป็นกระบวนการสำหรับค้นหาพื้นฐานหรือปัจจัยสาเหตุ ที่ก่อให้เกิดความแปรปรวน ในขีดสมรรถนะ (variation in performance) รวมถึงการเกิดขึ้นหรือมีโอกาสดังกล่าวของอุบัติการณ์รุนแรง การวิเคราะห์หามูลเหตุมุ่งเน้นไปที่ระบบและกระบวนการเป็นหลัก ไม่ใช่ที่การปฏิบัติงานของบุคคล

✧ แผนปฏิบัติการ (Action Plan)

ผลิตผลของการวิเคราะห์มูลเหตุ คือ แผนปฏิบัติการที่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ตั้งใจนำสู่การปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงของเหตุการณ์ทำนองเดียวกันที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต แผนควรระบุหน้าที่รับผิดชอบในการปฏิบัติ การกำกับดูแล การทดลองนำร่องตามความเหมาะสม กำหนดเวลา และกลยุทธ์สำหรับการวัดประสิทธิผลของปฏิบัติการ

✧ กระบวนการเฝ้าตรวจสอบ (Survey Process)

ในการเฝ้าตรวจสอบเพื่อการรับรอง มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะหาวิธีประเมินระดับการปฏิบัติของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติ มาตรฐานและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และให้คำแนะนำการปฏิบัติตามข้อกำหนด เกณฑ์เฝ้าตรวจสอบและประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพเหล่านั้น ตามขีดสมรรถนะทั่วทั้งหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ในช่วงเวลาหนึ่ง (เช่น 12 เดือนที่ผ่านมาสำหรับการเฝ้าตรวจสอบเพื่อต่อสถานภาพการรับรองรอบ 3 ปี หรือสำหรับการเฝ้าตรวจสอบครั้งแรก) ถ้าระหว่างการเฝ้าตรวจสอบตามปกติ มีการพบอุบัติการณ์รุนแรงขึ้น ผู้เฝ้าตรวจสอบจะทำตามขั้นตอนต่อไปนี้

- แจ้งผู้อำนวยการหรือประธานเจ้าหน้าที่บริหาร ว่ามีการพบเหตุการณ์ดังกล่าว
- แจ้งผู้อำนวยการหรือประธานเจ้าหน้าที่บริหาร ว่าจะรายงานเหตุการณ์ดังกล่าว ไปที่ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program เพื่อทบทวนและติดตามต่อไป ตามเงื่อนไขของนโยบายอุบัติการณ์รุนแรงระหว่างการเฝ้าตรวจสอบ ณ ที่ตั้งหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ผู้เฝ้าตรวจสอบจะประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์รุนแรง ตามแนวทางดังต่อไปนี้

- ทบทวนกระบวนการของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลในการตอบสนองต่ออุบัติการณ์รุนแรง

- สัมภาษณ์ผู้นำและบุคลากรของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลเกี่ยวกับความคาดหวังและหน้าที่รับผิดชอบในการค้นหา รายงานและตอบสนองต่ออุบัติการณ์รุนแรง

- ขอตัวอย่างการวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำในปีที่ผ่านมา เพื่อประเมินความเพียงพอของกระบวนการของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลในการตอบสนองต่ออุบัติการณ์รุนแรง

- ทบทวนตัวอย่างเพิ่มเติมถ้าจำเป็น เพื่อประเมินความเข้าใจและความสามารถของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลในการวิเคราะห์หาสาเหตุในการเลือกตัวอย่าง หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลอาจจะเลือก “กรณีที่เกิดขึ้นไปแล้ว” (closed case) เพื่อแสดงกระบวนการตอบสนองต่ออุบัติการณ์รุนแรง

★ วิธีการรับทราบอุบัติการณ์รุนแรงของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

(How HS4 Becomes Aware of a Sentinel Event)

หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลได้รับการส่งเสริมให้รายงานอุบัติการณ์รุนแรงตามเกณฑ์ที่เหตุการณ์ที่พึงทบทวนข้างต้นต่อ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ แต่ไม่เป็นการบังคับ ในทางกลับกัน มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ อาจจะได้รับทราบอุบัติการณ์รุนแรงโดยวิธีการอื่น เช่น การสื่อสารจากผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว บุคลากรขององค์กร ผู้เยี่ยมสำรวจหรือผ่านสื่อมวลชน

❖ เหตุผลในการรายงานอุบัติการณ์รุนแรงต่อมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (Reasons for Reporting a Sentinel Event to HS4)

แม้ว่าจะไม่มีการกำหนดให้มีการรายงานอุบัติการณ์รุนแรงด้วยตนเอง และไม่มี ความแตกต่างในการตอบสนอง ช่วงเวลาหรือกระบวนการทบทวน ที่คาดหวัง ไม่ว่าโรงพยาบาลจะสมัครใจรายงานเหตุการณ์หรือมาตรฐานระบบ บริการสุขภาพ รับรู้เหตุการณ์จากช่องทางอื่น ประโยชน์สำคัญสำหรับ โรงพยาบาลที่สมัครใจรายงานอุบัติการณ์รุนแรงด้วยตนเองมีสองประการ คือ

1) การรายงานแต่แรกเริ่ม ทำให้มีโอกาสปรึกษากับเจ้าหน้าที่หรือ ผู้รับผิดชอบของ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program ระหว่างการวิเคราะห์หาสาเหตุและจัดทำแผนปฏิบัติการ

2) ข้อความที่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลสื่อต่อสาธารณชนว่า พยายามทำทุกอย่างที่เป็นไปได้ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าเหตุการณ์ดังกล่าว จะไม่เกิดขึ้นอีก ได้รับการเสริมให้มั่นใจมากขึ้นด้วยการยอมรับและร่วมมือกับ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจว่าเหตุการณ์เกิดได้อย่างไร และสามารถทำอะไรเพื่อลดความเสี่ยงของเหตุการณ์ลักษณะนี้ในอนาคต

❖ อุบัติการณ์รุนแรงที่ต้องทบทวน (Reviewable Sentinel Events)

นิยามของอุบัติการณ์รุนแรงที่ต้องทบทวน ได้นำการเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ที่สามารถประยุกต์ใช้ได้กับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่หลากหลาย มาพิจารณา เหตุการณ์เหล่านี้ อาจนำไปใช้ได้กับหน่วยบริการหรือ สถานพยาบาล เฉพาะสักแห่งหนึ่ง ดังนั้น หนึ่งในเหตุการณ์เหล่านี้ อาจจะ ประยุกต์ใช้กับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลของท่านได้ อุบัติการณ์รุนแรง ต่อไปนี้ เป็นเหตุการณ์ที่จะทบทวนโดย มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ รวมถึงเหตุการณ์ ที่เป็นไปตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- เหตุการณ์ที่ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ โดยไม่เกี่ยวกับธรรมชาติความเป็นไปของความเจ็บป่วยหรือภาวะเดิมของผู้ป่วย (เช่น การฆ่าตัวตาย)

- เหตุการณ์ที่ส่งผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ถาวรที่สำคัญ โดยไม่เกี่ยวกับธรรมชาติ ความเป็นไปของความเจ็บป่วยหรือภาวะเดิมของผู้ป่วย

- เหตุการณ์ซึ่งเป็นผลจากการผ่าตัด ผิดข้าง ผิดหัตถการ ผิดคน

- เหตุการณ์ซึ่งเป็นผลให้ทารกถูกลักพาตัวหรือทารกถูกส่งกลับบ้านไปกับพ่อแม่ผิดคน

★ การตอบสนองต่ออุบัติการณ์รุนแรงที่ต้องทบทวน

(Required Response to a Reviewable Sentinel Event)

ถ้ามาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ได้รับทราบ (โดยการรายงานด้วยความสมัครใจหรือโดยวิธีอื่นๆ) เกี่ยวกับอุบัติการณ์รุนแรงที่เป็นไปตามเกณฑ์ข้างต้น และเหตุการณ์ได้เกิดขึ้นในหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ถูกคาดหวังให้ปฏิบัติดังต่อไปนี้

- เตรียมแผนปฏิบัติการ ที่น่าเชื่อถือและครอบคลุมภายใน 45 วัน ปฏิทินหลังจากเกิดเหตุ หรือได้รับทราบเหตุการณ์

- ส่งผลการวิเคราะห์หาสาเหตุและแผนปฏิบัติการแก่มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ หรืออีกนัยหนึ่ง เพื่อให้ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ประเมินการตอบสนองขององค์กรต่ออุบัติการณ์รุนแรง

❖ การทบทวนการวิเคราะห์หามูลเหตุและแผนปฏิบัติการ

(Review of Root Cause Analysis and Action Plan)

การวิเคราะห์หามูลเหตุจะถูกพิจารณาว่ายอมรับได้ถ้ามีลักษณะดังต่อไปนี้

- การวิเคราะห์ที่เน้นไปที่ระบบและกระบวนการเป็นสำคัญ ไม่ใช่ผลการปฏิบัติงานของแต่ละคน
- การวิเคราะห์ขยายจากสาเหตุเฉพาะ ในกระบวนการดูแลทางคลินิก ไปสู่สาเหตุร่วมในกระบวนการของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล
- การวิเคราะห์ที่เจาะลึกซ้ำแล้วซ้ำอีก
- การวิเคราะห์ที่ค้นหาการเปลี่ยนแปลงที่สามารถทำในระบบและกระบวนการ (ไม่ว่าจะโดยปรับการออกแบบ หรือพัฒนาระบบ หรือกระบวนการใหม่) ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงจากเหตุการณ์ทำนองเดียวกันที่จะเกิดขึ้น ในอนาคตได้

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ถือว่าการวิเคราะห์หามูลเหตุและแผนปฏิบัติการ เป็นความลับและจะรักษาความลับดังกล่าว

❖ กิจกรรมการติดตาม (Follow-Up Activities)

ภายหลังที่ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ตัดสินว่าหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ทำการวิเคราะห์เพื่อหามูลเหตุและจัดทำแผนปฏิบัติการ ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะแจ้งให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลทราบผลดังกล่าว และกำหนดให้มีกิจกรรมติดตามที่เหมาะสม โดยทั่วไปแล้วจะเป็นการเขียนรายงานความก้าวหน้าในอีกสี่เดือนข้างหน้า

❖ การนำนโยบายอุบัติการณ์รุนแรงไปปฏิบัติ

(Implementing the Sentinel Event Policy)

ถ้าหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ประสงค์จะรายงานเหตุการณ์ ในชุดย่อยของอุบัติการณ์รุนแรงที่ต้องทบทวนโดย มาตรฐานระบบบริการ สุขภาพ หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลสามารถส่งรายงานให้ มาตรฐาน ระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program ผ่านทางช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ถ้า มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ รับทราบอุบัติการณ์รุนแรงที่ต้องทบทวน ภายใต้นโยบายอุบัติการณ์รุนแรงซึ่งองค์กรไม่ได้รายงานต่อ มาตรฐานระบบ บริการสุขภาพ จะมีการติดต่อไปที่ผู้อำนวยการหรือประธานเจ้าหน้าที่บริหาร ของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล และทำการประเมินอุบัติการณ์รุนแรง เป็นเบื้องต้น เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมากกว่าหนึ่งปีก่อนที่ มาตรฐานระบบบริการ สุขภาพจะทราบเรื่อง ส่วนใหญ่แล้วจะไม่ถูกทบทวนภายใต้ นโยบายอุบัติการณ์ รุนแรง ในกรณีดังกล่าว จะขอให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลเขียน รายงานการตอบสนอง รวมทั้งสรุปกระบวนการที่จัดเตรียมเพื่อป้องกัน เหตุการณ์ทำนองเดียวกัน

เจ้าหน้าที่ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะนำนิยามข้างต้นเพื่อ พิจารณาว่าเหตุการณ์นั้น สมควรได้รับการทบทวนตามนโยบายเหตุการณ์ พึงสังวรหรือไม่ บนพื้นฐานของสารสนเทศที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับเหตุการณ์ ดังกล่าว ที่ได้รับการคลี่คลายปัญหากรณีที่ยากในการพิจารณา ว่าจะต้อง ทบทวนเหตุการณ์ดังกล่าวหรือไม่ จะทำโดยการปรึกษากับผู้บริหารของ หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล

★ การทบทวนอุบัติการณ์รุนแรงเบื้องต้น ณ ที่ตั้งองค์กร

(Initial On-Site Review of a Sentinel Event)

การทบทวนอุบัติการณ์รุนแรงเบื้องต้น ณ ที่ตั้งหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล มักจะไม่เกิดขึ้น นอกจากมีข้อพิจารณา ว่ามีโอกาสเกิดภาวะคุกคามที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หรือมีโอกาสที่จะไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญ อุบัติการณ์ที่ส่งผลโดยตรงต่อการคุกคามชีวิตรวมถึงสถานการณ์ ซึ่งการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานข้อใดข้อหนึ่ง หรือมากกว่าของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ทำให้เกิดหรือน่าจะทำให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่อย่างถาวรที่สำคัญ ทุพพลภาพ หรือการเสียชีวิตของผู้ป่วย และมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นอีก ข้อร้องเรียนจะถูกจัดให้มีความสำคัญในระดับนี้ ถ้าสารสนเทศบ่งชี้ว่า จำเป็นต้องมีการลงมือแก้ไขโดยทันที จะต้องอนุญาตให้ทำการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง ถ้ามีการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องทันที

★ สารสนเทศที่เปิดเผยได้ (Dis close able Information)

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ที่ได้รับการไต่ถามเกี่ยวกับผลการตัดสินใจรับรองของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่เกิดอุบัติการณ์รุนแรงที่ต้องทบทวน จะรายงานผลการตัดสินใจรับรอง ของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลในรูปแบบปกติ โดยไม่มีการกล่าวถึงอุบัติการณ์รุนแรง ถ้าผู้ถามระบุอ้างถึงอุบัติการณ์รุนแรงเป็นการเฉพาะ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะแจ้งเพียงว่ารับทราบเหตุการณ์และกำลังทำงาน หรือได้ร่วมทำงานกับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลในกระบวนการทบทวนอุบัติการณ์รุนแรง

❖ การจัดการคำร้องเรียน/การเฝ้าติดตามคุณภาพ

(Complaint Management/Quality Monitoring)

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Office of Quality and Safety Monitoring จะคัดแยกและทบทวนคำร้องเรียน ความห่วงกังวล และการสอบถามเกี่ยวกับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ที่ได้รับการรับรองจากแหล่งต่างๆ ที่หลากหลาย คำร้องเรียนเหล่านี้อาจจะส่งมาโดยผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ โดยหน่วยงานของรัฐ ในรูปแบบของรายงานหรือเป็นสารสนเทศจากสื่อมวลชน คำว่า “คำร้องเรียน” จึงครอบคลุมสารสนเทศอย่างกว้างขวางที่ได้รับโดย มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program

กิจกรรมต่างๆ อาจเกิดขึ้นเป็นผลจากการทบทวนคำร้องเรียนของ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program ได้แก่ การบันทึกสารสนเทศ เพื่อเป้าหมายของการดูแลแนวโน้มและปฏิบัติการที่เป็นไปได้ ในอนาคต การรับทราบการตอบสนองต่อคำร้องเรียนของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง และการจัดเตรียมสำรวจเพื่อสอบเหตุ หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล จะได้รับการแจ้งให้ทราบในกรณีที่ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program มีความเห็นว่าองค์กรควรตอบสนองต่อคำร้องเรียน การแจ้งให้ตอบสนองจะถูกส่งไปทางช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ไปยังผู้อำนวยการหรือ ประธานเจ้าหน้าที่บริหารของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลพร้อมสารสนเทศต่อไป

- ตัวคำร้องเรียนโดยตรง
- สรุปคำร้องเรียน ถ้าผู้ร้องเรียนขอให้ปิดข้อ

สถานพยาบาลที่ได้รับการแจ้งให้ตอบสนองต่อคำร้องเรียน จะต้องตอบสนองภายใน 30 วัน นับแต่ได้รับแจ้ง สำหรับประเด็นที่มีความรุนแรงสูง

หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลอาจได้รับการแจ้งให้ตอบสนองต่อคำร้องเรียนภายในเจ็ดวัน นับแต่ได้รับแจ้งหรือเร็วกว่าหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลจะได้รับการแจ้ง เมื่อจำต้องตอบสนองในเวลาที่เหมาะสม

เมื่อได้รับข้อมูลการตอบสนอง ข้อมูลดังกล่าวจะได้รับการประเมินเทียบกับมาตรฐานการรับรองของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลจะได้รับการแจ้ง ถ้ามีความต้องการสารสนเทศเพิ่มเติม

เมื่อการตอบสนองของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลเสร็จสิ้นสมบูรณ์ และได้รับการยอมรับ จะมีการแจ้งการยอมรับไปยังผู้อำนวยการหรือประธานเจ้าหน้าที่บริหารทางช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ และถือว่าเป็นการปิดกรณี

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program กำหนดให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองสื่อสารกับบุคลากรของโรงพยาบาล ผู้มาเยือน และผู้ป่วยว่า เมื่อคำร้องเรียนไม่ได้รับการแก้ไขจนเป็นที่พึงพอใจ ผู้ร้องเรียนอาจเลือกที่จะส่งคำร้องเรียนไปยัง มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program ได้

นโยบายของ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program ห้ามหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ดำเนินการตอบโต้บุคลากรซึ่งส่งคำร้องเรียนไปยัง มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program และห้าม มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program เปิดเผยชื่อผู้ร้องเรียน เพื่อยืนยันว่ามีการร้องเรียนจริง

- กระบวนการต่ออายุการรับรอง (Accreditation Renewal Process)

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ Accreditation Program จะจัดทำแผนงานร่วมกับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลให้มีการเยี่ยมสำรวจซ้ำ (a Request to Re-Survey) ไปยังหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลก่อนที่จะถึงกำหนดครบรอบ สามปี (ปีที่ 3) ของการรับรองหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินการตามขั้นตอนให้มีการเยี่ยมสำรวจซ้ำ จากนั้น มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะกำหนดวันเยี่ยมสำรวจ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะพยายามทุกวิถีทางเพื่อจัดกำหนดวันเยี่ยมสำรวจก่อนครบรอบสามปี ให้ใกล้เคียงกับเวลาหมดอายุของการรับรองรอบที่ผ่านมา มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะทำงานร่วมกับองค์กรที่แสดงความจำนงและหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลอื่นๆ ในภูมิภาคนั้นๆ ที่ถึงกำหนดเวลาเยี่ยมสำรวจ เพื่อที่จะจัดวันเยี่ยมสำรวจที่เหมาะสม สถานภาพการรับรองของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ที่ผ่านมายังคงมีผลอยู่อีกสองเดือนหลังจากการเยี่ยมสำรวจเต็มรูปแบบ เพื่อที่จะมีเวลาให้กับการติดตามบางอย่างที่จำเป็น ในระหว่างช่วงเวลาที่ได้รับการรับรอง ถ้ามาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ได้รับสารสนเทศว่า องค์กรมิได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการรับรองฉบับปัจจุบันอย่างชัดเจน มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ จะพิจารณาความจำเป็นที่จะเยี่ยมสำรวจหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลซ้ำ และ/หรือ มอบคำตัดสินรับรองใหม่ให้

- นโยบายวันที่มาตรฐานมีผลบังคับใช้

(Effective Date of Standards Policy)

เป้าหมาย เพื่อกำหนดวันที่ ซึ่งหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง จะได้รับการคาดหวังให้นำมาตรฐานฉบับที่ปรับปรุงไปสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วน และวันที่ซึ่งหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่ต้องการการรับรอง จะได้รับการเยี่ยมสำรวจด้วยมาตรฐานฉบับใหม่หรือฉบับที่ปรับปรุง

นิยาม “วันที่มีผลบังคับใช้” (effective date) หมายถึง ปีที่ระบุไว้บนปกหน้าของมาตรฐาน ซึ่งหลังจากวันดังกล่าว กิจกรรมเกี่ยวกับการรับรองทั้งหมดจะกระทำโดยใช้มาตรฐานเหล่านี้

6. การพัฒนา ขับเคลื่อนและการดำเนินการตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

การพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลภาครัฐ เป็นการพัฒนางานคุณภาพบริการและงานวิศวกรรมการแพทย์ ซึ่งได้จัดทำแนวทางปฏิบัติ ข้อกำหนดหลักเกณฑ์ตามแนวทางปฏิบัติแบบสากล ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติ มาตรฐาน และกฎหมายสำหรับสถานพยาบาล โดยให้สถานพยาบาลภาครัฐ ทุกสังกัด ทุกกระทรวง ต้องถือปฏิบัติในการใช้ดำเนินการส่งเสริมพัฒนาสถานพยาบาลของประเทศตามแนวทางแบบสากล โดยได้ประกาศเป็นมาตรฐานสถานพยาบาลแห่งชาติ และประกาศบังคับใช้ภายใต้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 และโดยพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559

6.1 มาตรฐานโรงพยาบาล ระดับมาตรฐานสถานพยาบาลแห่งชาติ ด้านมาตรฐานสถานบริการสุขภาพและคุณภาพการบริการ

การพัฒนาสถานพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระดับ

1. ระดับ พื้นฐาน
2. ระดับ พัฒนา
3. ระดับ คุณภาพ

การดำเนินการมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (ตรวจเยี่ยม ประเมิน และรับรองผลของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ) ดังนี้

1. การเปิดโปรแกรม (HS4) มาตรฐานระบบบริการสุขภาพและหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลเริ่มประเมินตนเองเป็นประจำทุกปีงบประมาณ
2. ส่งเสริม พัฒนา ชี้แจง อบรม ประชุมเชิงปฏิบัติการมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ON SITE / ON Line / ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์
3. คณะกรรมการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เยี่ยมสำรวจ ประเมินหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ที่เข้ารับการดำเนินการตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
4. ติดตามผลการพัฒนาหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่เข้าดำเนินการตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ในทุกระดับการพัฒนา (ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับคุณภาพ)
5. คณะกรรมการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ แจ้งผลให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ที่ดำเนินการตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ในทุกระดับการพัฒนา (ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับคุณภาพ) ทุกปี
6. หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ออทธรรณผล การประเมินรับรองผลและไม่รับรองผลการดำเนินการตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ในทุกระดับการพัฒนา (ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับคุณภาพ)

7. คณะกรรมการสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกาศรับรองผลการพัฒนา (ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับคุณภาพ) โดยจัดทำหนังสือรายงานผลการดำเนินการมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ แจ้งหน่วยงานที่ควบคุม กำกับ ดูแลหรือต้นสังกัดหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล เพื่อสร้างโอกาสในการพัฒนาสถานพยาบาลในโอกาสต่อไป

8. หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาได้ระดับคุณภาพ จะได้รับการยกเว้นการตรวจเยี่ยม ประเมิน เป็นเวลา 3 ปี และจะเข้ารับการตรวจเยี่ยม ประเมินใหม่อีกครั้ง เพื่อติดตามการควบคุม กำกับ ดูแลการพัฒนาหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ในปีสุดท้ายของการรักษาระดับคุณภาพในปีที่ 3 เพื่อรับผลการพัฒนาสถานพยาบาลในระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

6.2 มาตรฐานโรงพยาบาล ระดับนโยบาย : โรงพยาบาลต้นแบบด้านมาตรฐานสถานบริการสุขภาพขั้นประยุกต์ (มาตรฐานสถานพยาบาลแห่งประเทศไทยหรือมาตรฐานสถานพยาบาลแห่งชาติ)

การพัฒนาโรงพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระดับ

1. ระดับ Silver
2. ระดับ Gold
3. ระดับ Platinum

การดำเนินการมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (ตรวจเยี่ยม ประเมินและรับรองผล มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ) ดังนี้

1. รับสมัครหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล เข้าร่วมส่งเสริมและพัฒนาเป็นโรงพยาบาลต้นแบบ (มาตรฐานโรงพยาบาลแห่งชาติ) ตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4)
2. แจ้งหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล เข้ารับการพัฒนาเป็น

โรงพยาบาลต้นแบบ (มาตรฐานโรงพยาบาลแห่งชาติ) ตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4) ดังนี้

การพัฒนาแบบลงพื้นที่ โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1. กำหนดวันและเวลาลงพื้นที่เพื่อเข้าตรวจประเมินตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4)
2. หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ประเมินตนเองผ่านระบบมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4) ก่อนลงพื้นที่ 5 วัน
3. หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล นำเสนอผลการพัฒนาตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4)
4. ลงพื้นที่ส่งเสริม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตรวจสอบ ทดสอบตามรอยการพัฒนาและประเมินผลมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4)
5. หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล นำเสนองานบริการสุขภาพด้วยการพัฒนางานด้านนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์หรือการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการพัฒนางานให้บริการของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล (Excellent Service & Excellent center)
6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สรุปผลการลงพื้นที่ตรวจตามรอยการพัฒนาและประเมินผลมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4)
7. เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผลการลงพื้นที่ตรวจตามรอยการพัฒนาและประเมินผลมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4) ร่วมกัน เพื่อสร้างโอกาสการพัฒนาหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล
8. หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล จัดส่งผลการพัฒนาเพิ่มเติม (เอกสาร/คลิป/ไฟล์) ตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4) ภายในเวลาที่กำหนด (30 วัน หลังการลงพื้นที่)

9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพพิจารณาและประกาศผลรับรองหรือไม่รับรอง(ไม่ผ่านการรับรองเป็นโรงพยาบาลต้นแบบ)

3. ผลงานเด่นหรือการสร้างโอกาสในการพัฒนาหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล

1. การส่งเสริม สร้างสรรค์งานบริการสุขภาพด้วยการพัฒนางานด้านนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์หรือการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการพัฒนางานให้บริการของโรงพยาบาล (Excellent Service & Excellent center)

2. การบริหารการจัดการองค์กรที่ดี ด้วยการพัฒนาบริการในการสร้างความเชื่อมั่นหรือความพึงพอใจในการรับบริการของประชาชนที่มีต่อโรงพยาบาลและชุมชนรอบข้าง

เงื่อนไขการรับรองมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

1. หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ภาครัฐ(ทุกสังกัด/ทุกกระทรวงฯ) เข้าประเมินตนเองในโปรแกรม (HS4)

2. คณะกรรมการตรวจประเมินฯ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ สภาวิชาชีพ ผู้เกี่ยวข้อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 และศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ 1 - 12)

3. คณะกรรมการรับรองผลฯ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

4. หนังสือแจ้งผลการรับรองมาตรฐานระบบบริการสุขภาพถึงหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ภาครัฐ (ทุกสังกัด/ทุกกระทรวงฯ) ลงนามโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้รับมอบหมาย

5. ผลการรับรองหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ดังนี้

3.5.1 หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ที่ผ่าน **ระดับคุณภาพ/**
ต้นแบบ จะได้รับการรับรอง 3 ปี โดยจะได้รับการยกเว้นไม่ต้องประเมินทุกปี

3.5.2 หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ที่ผ่าน **ระดับพื้นฐาน และ**
ระดับพัฒนา จะต้องประเมินตนเองตามโปรแกรม (HS4) ทุกปี จนกว่าจะได้
รับการรับรองผลในระดับ ระดับคุณภาพ

3.5.3 เมื่อครบกำหนด 3 ปี ของการรับรองผล **ระดับคุณภาพ/**
ต้นแบบ หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล จะต้องเข้าประเมินตนเองตาม
โปรแกรม (HS4) และลงประเมินผลในพื้นที่ ณ ที่ตั้ง เพื่อขอการรับรองใหม่
ระดับการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

มาตรฐานนี้ใช้สำหรับการส่งเสริม สนับสนุน พัฒนา ประเมินและรับรอง
ผลการดำเนินงานพัฒนาหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ตามกฎหมาย
ประกาศบังคับใช้ ซึ่งสามารถใช้ได้กับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ทุกระดับ
สถานพยาบาลมาตรฐานแห่งชาติ (โรงพยาบาลมาตรฐานแห่งชาติ) หมายถึง
โรงพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541
หรือแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 ตามประกาศราชกิจจานุเบกษา
ภายใต้รัฐธรรมนูญของประเทศไทย

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (Standard) ระดับมาตรฐาน
สถานพยาบาลแห่งชาติ ด้านมาตรฐานสถานบริการสุขภาพและคุณภาพ
การบริการ

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ แบ่งระดับการพัฒนาสถานพยาบาล
เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ	มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (Standard)
ระดับพื้นฐาน	สถานพยาบาลเน้นการมีเป้าหมายของงาน ทบทวนปัญหา / ความเสี่ยงการให้บริการและการดูแลสถานที่และสภาพแวดล้อม หามาตรการป้องกันและดำเนินการต่อเนื่อง มีแผนการบริหารความเสี่ยงด้านโครงสร้าง กายภาพ และมีกำลังคนที่ชัดเจน ซึ่งสถานพยาบาลเองต้องมีการประเมินองค์กรตนเองครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ในระดับพื้นฐาน คือ มีคะแนนด้านใดด้านหนึ่งจาก 9 ด้าน ต่ำกว่า 60%</u>
ระดับพัฒนา	สถานพยาบาลมีการเชื่อมโยงการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เข้าด้วยกันทุกหน่วยภายในองค์กร เน้นการนำข้อมูลวิชาการ และมาตรฐานในแต่ละด้านมาสู่การปฏิบัติ มีการติดตามบริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสถานพยาบาลมีการประเมินองค์กรตนเองครบทุกด้าน <u>เกณฑ์ในระดับพัฒนา คือ มีคะแนนทุกด้าน ตั้งแต่ ร้อยละ 60 ขึ้นไป</u>

ระดับ	มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (Standard)
ระดับคุณภาพ	สถานพยาบาล ได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพครบถ้วน มีรูปธรรมของการพัฒนาที่ชัดเจน จนเกิดวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร ซึ่งสถานพยาบาล มีการประเมินตนเองครบทุกด้าน เกณฑ์ในระดับคุณภาพ คือ มีคะแนนในทุกด้าน ทั้ง 9 ด้าน ตั้งแต่ร้อยละ 85 % ขึ้นไป

มาตรฐานโรงพยาบาล (Advance) ระดับนโยบาย : โรงพยาบาลต้นแบบด้านมาตรฐานสถานบริการสุขภาพขั้นประยุกต์ (มาตรฐานสถานพยาบาลแห่งประเทศไทยหรือมาตรฐานสถานพยาบาลแห่งชาติ) โรงพยาบาลต้นแบบ หมายถึง โรงพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาระดับนโยบายด้านการยกระดับงานบริการด้วยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ช่วยให้เข้าถึงงานบริการได้ตลอดเวลาและเป็นศูนย์ความเป็นเลิศในงานบริการสุขภาพมี 3 ระดับ คือ

ระดับ	มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (Advance)
ระดับ Silver	โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพที่มีคะแนนทั้ง 9 ด้าน แต่ละด้านได้คะแนนตั้งแต่ 85 - 89 คะแนน โดยมีอาคารสถานที่สิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีมาตรฐานปลอดภัย พร้อมใช้งานเป็นศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ศึกษาดูงานมีการใช้เทคโนโลยีในการพัฒนางานบริการและการบริหารจัดการองค์กรที่มีศักยภาพในการแข่งขันอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์ครบวงจรและท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

ระดับ	มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (Advance)
ระดับ Gold	โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ที่มีคะแนนทั้ง 9 ด้าน แต่ละด้านได้คะแนนตั้งแต่ 90 - 94 คะแนน โดยมีอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีมาตรฐานปลอดภัย พร้อมใช้งานเป็นศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ศึกษาดูงานมีการใช้เทคโนโลยีในการพัฒนางานบริการและการบริหารจัดการองค์กร ศูนย์ความเป็นเลิศด้านงานบริการ (Excellent center) ที่มีศักยภาพในการแข่งขันอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์ครบวงจร และท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
ระดับ Platinum	โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ที่มีคะแนนทั้ง 9 ด้าน แต่ละด้านได้คะแนนตั้งแต่ 95 - 100 คะแนน โดยมีอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย พร้อมใช้งาน เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ ศึกษาดูงานเป็นผู้นำในการสร้างสรรค์นวัตกรรม เทคโนโลยีในการพัฒนางานบริการและการบริหารจัดการองค์กร ศูนย์ความเป็นเลิศด้านงานบริการ (Excellent center) ที่มีศักยภาพในการแข่งขันอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์ครบวงจรและท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และประชาชนมีความเชื่อมั่นในการใช้บริการ

ข้อกำหนดมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน)

องค์ประกอบข้อกำหนดมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

มาตรฐานนี้ใช้สำหรับการส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาและการประเมินสถานพยาบาลภาครัฐ ซึ่งสามารถใช้ส่งเสริม พัฒนาได้กับสถานพยาบาลทุกระดับ โดยเนื้อหาในมาตรฐานครอบคลุมใน 9 ด้าน ดังนี้

- ด้านที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ
- ด้านที่ 2 ด้านบริการสุขภาพ
- ด้านที่ 3 ด้านอาคาร สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก
- ด้านที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม
- ด้านที่ 5 ด้านความปลอดภัย
- ด้านที่ 6 ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข
- ด้านที่ 7 ด้านระบบสนับสนุนบริการที่สำคัญ
- ด้านที่ 8 ด้านสุศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ
- ด้านที่ 9 ด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

ข้อกำหนดทั่วไปของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

ข้อกำหนดที่เป็นแนวทางปฏิบัติ มาตรฐานและกฎหมายของประเทศ ซึ่งเป็นมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับสถานบริการสุขภาพ ซึ่งหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล จะต้องรับทราบและถือปฏิบัติในการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ โดยหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลสามารถดำเนินการได้

ด้านที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ

กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กำหนดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับมาตรฐาน ด้านการบริหารจัดการสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสถานพยาบาล ภายใต้กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลพ.ศ. 2541 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม โดยเน้นการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชน ผู้รับบริการ ภายใต้การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของสถานพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดกิจกรรมที่ผู้ประเมินสามารถเทียบเคียงกิจกรรมที่สถานพยาบาลดำเนินการอยู่จริงได้ในแบบประเมิน ดังนี้

1) นโยบายการจัดการคุณภาพ

1.1 สถานพยาบาลมีนโยบายการจัดการคุณภาพ

ให้สถานพยาบาลมีเป้าหมาย และทิศทางการพัฒนาการจัดการคุณภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

1.2 การสื่อสารจากผู้นำ

ผู้บริหารทุกระดับทำหน้าที่เป็นตัวแทนการเปลี่ยนแปลง และการสื่อสารมุ่งผลสัมฤทธิ์ โดยการริเริ่ม ผลักดัน ให้ความรู้ สนับสนุน ปลุกฝังค่านิยม และการพัฒนาทักษะการทำงาน เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การสร้างคุณค่าและการตอบสนองความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ ด้วยวิธีการบริหารจัดการที่ทันสมัย เป็นที่ยอมรับในองค์กรโดยอาจการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ หรือเครื่องมือทางการบริหารจัดการที่เหมาะสม มาใช้ในการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการทำงานให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง รวมไปถึงการทำหน้าที่ในแก้ไขปัญหาอุปสรรคทั้งในระดับนโยบายและระดับการปฏิบัติ ที่มีผลต่อการพัฒนาสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจประเมินได้ในรูปแบบหรือลักษณะของกิจกรรมการกำหนดเป้าหมาย นโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานในการบริหารสถานพยาบาล กระบวนการ

ธรรมาภิบาลในการบริหารสถานพยาบาล การจัดการด้านคุณภาพโดยการมีส่วนร่วมจากบุคลากรทุกระดับในองค์กร การรับฟังและตอบสนองต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้รับบริการ หรือชุมชน รวมทั้งการทบทวนแผนการและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

1.3 การมีส่วนร่วมของบุคลากร

โดยบุคลากรทุกระดับ มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา เป้าหมาย นโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานขององค์กรและการจัดการด้านคุณภาพในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง มีการสื่อสารแบบ 360 องศาที่ทั่วถึงในองค์กรเพื่อให้การจัดการด้านคุณภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร เพื่อให้การพัฒนาบุคลากรเป็นไปอย่างเหมาะสม ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับความต้องการพัฒนาของสถานพยาบาล

1.4 การมีส่วนร่วมของชุมชน หรือผู้รับบริการ หรือญาติ หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการบริการ

สถานพยาบาลมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือผู้รับบริการ ในการเสนอแนะ นโยบาย กิจกรรม การสื่อสาร ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพและการบริหารจัดการในสถานพยาบาล

ทั้งนี้ อาจสังเกตการมีส่วนร่วมของชุมชน/ผู้รับบริการ/ในการพัฒนาคุณภาพ ในด้านต่างๆ เช่น

1. ปัจจัยด้านหน่วยบริการ เช่น การเปิดโอกาสให้ชุมชน/ผู้รับบริการ เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของสถานพยาบาล เสนอความเห็น ข้อเสนอแนะ ด้านนโยบายและแผนพัฒนาคุณภาพระบบบริการอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งการสื่อสารผ่านช่องทางใดๆที่เชื่อถือได้ เช่น ผ่านผู้นำชุมชน หรือ อาสาสมัครสาธารณสุข

2. ปัจจัยด้านชุมชน/ผู้รับบริการ สามารถนำเสนอความต้องการบริการสุขภาพและความพึงพอใจในบริการ ความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของสถานพยาบาล มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการด้านคุณภาพ มีระบบในการรักษาสิทธิของผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของสถานพยาบาลทั้งในหรือนอกสถานพยาบาล

3. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล เช่น สถานพยาบาลมีโครงการหรือสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน/ผู้รับบริการ ในกิจกรรมต่างๆ ของสถานพยาบาล การรักษาสิทธิผู้ป่วย การจัดกิจกรรมในชุมชน การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

2) กระบวนการคุณภาพ คือ กระบวนการที่สร้างความมั่นใจให้ผู้รับบริการเมื่อมารับบริการจะได้รับบริการที่ดี ถูกต้อง ทันเวลาและมีมาตรฐาน ประกอบด้วยแนวทางการประเมินใน 2 มิติสำคัญ ที่ให้ความสำคัญต่อการทำให้มาตรฐานเข้าไปอยู่ในชีวิตประจำวันของการให้บริการในโรงพยาบาล คือ 1) คุณภาพบริการและระบบสนับสนุนบริการ และ 2) คุณภาพการบริหารสถานพยาบาล

2.1 คุณภาพบริการและระบบสนับสนุนบริการ

2.1.1 กระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยประเมินจากการให้บริการ ณ จุดบริการ ดังนี้

- **การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry)** กล่าวคือ ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วยทันเวลา มีการประสานงานที่ดีภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

- การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)
โดยการประเมินในระหว่างกระบวนการ ว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาและเหมาะสม
- การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)
ทีมผู้ให้บริการมีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจนสอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย
- การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning)
มีระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติและครอบครัวสามารถดูแลตนเองหรือได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

2.1.2 ผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วย โดยสังเกตหรือประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

- การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)
ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทันทั่วที่ ปลอดภัยเหมาะสมและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายหรือทุกข์ทรมานน้อยที่สุด รวมทั้งญาติได้รับคำอธิบายกระบวนการรักษาพยาบาลที่จำเป็น
- การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (Care of High-Risk Patients and Provision of High-Risk Services)
ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันทั่วที่ ปลอดภัยเหมาะสม เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งการรับและส่งต่อผู้ป่วยที่มีมาตรฐาน
- ผู้ป่วยได้รับการครบถ้วนตามกระบวนการรับไว้รักษาและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น การให้การพยาบาล การดูแล

โภชนาการ การให้ยาตามแผนการรักษา การได้รับรังสีวินิจฉัยตามความจำเป็น การให้ยาระงับความรู้สึกตามแผนการรักษา การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการให้สุขศึกษาเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นต้น

- การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information and Empowerment for Patients/Families) โดยทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ ครอบครัว และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้ เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล

2.1.3 ภาพลักษณ์ของสถานพยาบาล โดยสังเกตหรือประเมินจากการให้บริการ

- แบบประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ ที่มีต่อการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็นและประสบการณ์ด้านสุขภาพ (Need & Experience of Patients), มาตรฐานผู้ให้บริการตามวิชาชีพ ความปลอดภัย ในสถานพยาบาล รวมทั้ง การจัดการด้านสุขอนามัยและความเสี่ยงด้านสุขภาพ

- การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ได้ผลดี สร้างความประทับใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

- สถานพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางคุณภาพระบบบริการที่ครบวงจรที่ควรมีอยู่ ตั้งแต่กระบวนการแรกรับ (Accept) การเข้าถึงการรักษาพยาบาล (Access) การดูแลที่เหมาะสมกับสภาพอาการ (Appropriate) สมรรถนะของ ผู้ให้บริการ (Competency) ความต่อเนื่องของการดูแลในสถานพยาบาล (Continuity) บริการที่ครอบคลุมอาการ

ความเจ็บป่วย (Coverage) ประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลรักษา (Effective) ประสิทธิภาพที่เกิดขึ้นกับอาการเจ็บป่วย (Efficient) การได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียม (Equity) การเคารพในสิทธิมนุษยชน (Humanize Responsive) ความปลอดภัย (Safety) และการจัดการที่เหมาะสมกับเวลา (Timelines)

2.1.4 สวัสดิการผู้ป่วยและบุคลากร

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมตามสิทธิการรักษาพยาบาล รวมทั้งได้รับการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

- ผู้ป่วยและญาติได้รับการส่งเสริมกิจกรรมสันทนาการหรือกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพองค์รวมในระหว่างเข้ารับการรักษาพยาบาล (ถ้ามี)

- บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ได้รับการพัฒนาศักยภาพที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานในสถานพยาบาล โดยมีระบบการสื่อสาร ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนผู้รับบริการสามารถแสดงความคิดเห็น ต่อการพัฒนาบริการของสถานพยาบาลได้อย่างเปิดเผย ทั้งกระดานแสดงความคิดเห็น กล่องรับความคิดเห็น และ/หรือ ช่องทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์

2.2 คุณภาพการบริหารสถานพยาบาล โดยสังเกตหรือประเมินระบบการบริหารสถานพยาบาล ดังต่อไปนี้

2.2.1 การบริหารความเสี่ยง ได้แก่

2.2.1.1 สถานพยาบาลมีระบบการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เช่น มีการทบทวนสถานะและประวัติการรักษาของผู้ป่วยจากเวชระเบียน

2.2.1.2 สถานพยาบาลมีการติดตามดูแลผู้ป่วย
ที่ต้องเข้ารับการรักษแบบค้างคืนอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด (Bedside Review)

2.2.1.3 สถานพยาบาลมีระบบการดักจับปัญหา
และพัฒนาแนวทางแก้ไขป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ รวมทั้งมีแนวทางการโต้ตอบ
ปัญหาหรือภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นในรูปแบบต่างๆ

2.2.1.4 สถานพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติ (Guideline
of Practice) ในการจัดการปัญหาหรือภาวะฉุกเฉินทางการดูแลรักษา
พยาบาลที่ผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติตามได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ คือ สถานพยาบาล
มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค (Proxy Disease) ที่สามารถบ่งชี้ถึงคุณภาพ
การดูแลผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนของการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ

2.2.3 การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

2.2.3.1 สถานพยาบาลมีระบบ หรือวิธีการควบคุม
และป้องกันการติดเชื้อ ตามมาตรฐานสากลทั่วทั้งสถานพยาบาล

2.2.3.2 บุคลากรของสถานพยาบาลได้รับการพัฒนา
ความรู้และทักษะการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐานสากล

2.2.4 ระบบเวชระเบียน ได้แก่

2.2.4.1 มีระบบการจัดการเวชระเบียนที่เป็นมาตรฐาน

2.2.4.2 กำหนดนโยบายการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย
การรักษาความลับผู้ป่วย

2.2.5 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

2.2.5.1 สถานพยาบาลมีการสร้าง พัฒนา หรือ
ปรับปรุงภูมิทัศน์หรือสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย สำหรับทั้งผู้ป่วย ญาติ รวมทั้ง
บุคลากรผู้ให้บริการ

2.2.5.2 สถานพยาบาลมีระบบหรือวิธีการป้องกันอันตรายที่อาจมาถึงผู้ป่วยหรือบุคลากรผู้ให้บริการ

2.2.5.3 สถานพยาบาลมีระบบเชื่อมโยงและ/หรือวิธีการติดต่อประสานงานกับส่วนราชการที่มีหน้าที่ดูแลความสงบเรียบร้อยในพื้นที่

2.2.5.4 สถานพยาบาลมีนโยบายส่งเสริมสภาพแวดล้อมและบรรยากาศ รวมทั้งระบบบริการที่เป็นมิตร (friendly service) สำหรับผู้ป่วยและญาติ

2.2.6 ระบบบริหารจัดการยา

2.2.6.1 สถานพยาบาลมีระบบบริหารจัดการยาที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

2.2.6.2 สถานพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Reasonable Drug Use; RDU) ทัว้ทั้งองค์กรที่เชื่อมโยงถึงระดับชุมชนและครัวเรือน

2.2.7 การตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการ

2.2.7.1 สถานพยาบาลมีระบบห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยโรคที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

2.2.7.2 สถานพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติการสื่อสารให้ความรู้และเสริมสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับการตรวจทดสอบเพื่อวินิจฉัยโรค

2.2.7.3 สถานพยาบาลมีระบบปฏิบัติการรายงานผลการตรวจทดสอบเพื่อวินิจฉัยโรคที่อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติไม่ต้องนำหรือถือเอกสารไปพบแพทย์ด้วยตนเอง

2.2.7.4 สถานพยาบาลมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการตรวจทดสอบเพื่อวินิจฉัยโรค

2.2.8 การเฝ้าระวังโรค

2.2.8.1 สถานพยาบาลมีระบบ หรือกลไกเฝ้าระวังภัย หรือความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในสถานพยาบาล

2.2.8.2 สถานพยาบาลมีระบบหรือกลไกเฝ้าระวังโรค ในลักษณะที่เป็นการทำงานร่วมกับชุมชนที่เป็นไปตามมาตรฐานระดับชาติ

2.2.8.3 สถานพยาบาลมีส่วนร่วมในการเสริมสร้าง ระบบเตือนภัยสุขภาพของชุมชน

2.2.9 การทำงานกับชุมชน

2.2.9.1 มีผู้แทนของสถานพยาบาลในระบบการดูแล สุขภาพปฐมภูมิ หรือ นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2.2.9.2 มีระบบการทำงานสนับสนุนอาสาสมัคร สาธารณสุขนั้กจัดการสุขภาพชุมชน

2.2.9.3 สถานพยาบาลมีกระบวนการทำงานร่วมกับ ชุมชนในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นมิตรที่สอดคล้องตามภูมิปัญญา และวิถีถิ่น

2.2.9.4 สถานพยาบาลมีระบบหรือกลไกสนับสนุน การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว ตลอดจนการทำงานร่วมกับองค์กรที่ไม่ใช่รัฐ (NGO) ที่มีภารกิจด้านสุขภาพ (ถ้ามี)

2.2.9.5 สถานพยาบาลมีส่วนร่วมในกระบวนการ เสริมสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในชุมชน

2.2.9.6 สถานพยาบาลมีการดำเนินกิจกรรมสร้างสรรค์ หรือสอดแทรกความรู้ด้านสุขภาพ หรือจัดบริการตรวจสุขภาพประชาชน โดยการเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณี วัฒนธรรมชุมชน

2.3 คุณภาพบริการและระบบสนับสนุนบริการ

สถานพยาบาลมีคุณภาพระบบสนับสนุนบริการ

3) ผลลัพธ์ของการจัดการคุณภาพ โดยสังเกตหรือประเมินผลลัพธ์ของการจัดการคุณภาพของสถานพยาบาล ดังต่อไปนี้

3.1 ความพึงพอใจและความมั่นใจของผู้รับบริการ/ประชาชน
เช่น

3.1.1 สถานพยาบาลมีการแสดงผลการประเมินความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อสถานพยาบาลทั้งในภาพรวมและรายจุดบริการ

3.1.2 สถานพยาบาลมีการรายงานผลการปรับปรุงตามคำแนะนำผู้รับบริการ

3.1.3 สถานพยาบาลสื่อสาร หรือแสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาล

3.1.4 สถานพยาบาล มีแนวทางการเสริมสร้างความมั่นใจของผู้รับบริการและประชาชน เช่น มีการจัดทำแผนผังผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา มีการซ่อมแผนภูมิประจำปี มีการสื่อสารความปลอดภัยผู้ป่วยในสถานพยาบาล มีการแสดงสัญลักษณ์ ให้ผู้รับบริการเข้าใจและสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง มีการแจ้งให้ทราบถึงระบบการร้องเรียน เมื่อไม่ได้รับบริการที่เป็นมิตรหรือเป็นธรรม รวมทั้งมีวิธีการย้ำเตือนความเชื่อมั่นในมาตรฐาน ที่สถานพยาบาลได้รับการรับรอง เป็นต้น

3.2 ความสุขและความพึงพอใจของบุคลากรในสถานพยาบาล
สถานพยาบาลคำนึงถึงการพัฒนาคุณภาพบุคลากร คุณภาพชีวิตการทำงาน และความเป็นอยู่ เช่น

3.2.1 สถานพยาบาลมีนโยบายเสริมสร้างความสุขและความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร ที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

3.2.2 สถานพยาบาลมีระบบการสื่อสารภายในที่สนับสนุนให้บุคลากรสามารถแสดงความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลได้อย่างเปิดเผย ทั้งกระดานแสดงความคิดเห็น กล่องรับความคิดเห็น และ/หรือ ช่องทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์

3.2.3 สถานพยาบาลมีนโยบายการเสริมสร้างที่ทำงานสุขภาพดี (Healthy Workplace)

3.2.4 สถานพยาบาลมีกระบวนการเสริมแรงการทำงานและวัดประเมินความสุขในการทำงานของบุคลากร (Happinometer) หรือเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตการทำงานอื่นๆ (ถ้ามี)

3.3 ชื่อเสียงของสถานพยาบาล สถานพยาบาลให้ความสำคัญต่อการสร้างและธำรงไว้ ซึ่งภาพลักษณ์ที่ดีของคุณภาพบริการ รวมทั้งระบบบริหารจัดการที่ส่งเสริมขีดความสามารถและความทันสมัยของการให้บริการประชาชนทั้งในและนอกพื้นที่รับผิดชอบดูแล โดยอาจเข้าสู่กระบวนการประกวดคุณภาพบริการ สร้างหรือพัฒนารูปแบบบริการใหม่ๆ เข้าร่วมในกิจกรรมเครือข่ายต่างๆ ของชุมชน รวมทั้งมีการประเมินติดตามภาพลักษณ์และชื่อเสียงของสถานพยาบาลจากการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้รับบริการที่ขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ซึ่งสถานพยาบาลสามารถแสดงรางวัลคุณภาพมาตรฐานที่สถานพยาบาลได้รับคำชื่นชมหรือกิตติกรรมประกาศต่างๆ ความร่วมมืออย่างเข้มแข็งจากชุมชน หรือนำเสนอภาพลักษณ์ที่ดีที่ปรากฏในสื่อสารมวลชนต่างๆ ต่อประชาชนผู้มารับบริการและต่อสาธารณะชน

ด้านที่ 2 ด้านการบริการสุขภาพ

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและมาตรฐานซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล มีทั้งหมด 3 ฉบับ เนื้อหาในประกาศฯ ได้ระบุรายละเอียดลักษณะและมาตรฐานของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ดังนี้

1) ให้สถานพยาบาลต้องมีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพตามประเภทและสาขานั้นๆ

2) สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ต้องได้มาตรฐานดังต่อไปนี้

2.1 จัดให้มีเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ตามแต่ละแผนกหรือประเภทการให้บริการตามหมวด 2 แห่งกฎกระทรวงกำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยา และเวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. 2558

2.2 ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ ต้องได้มาตรฐานการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพกำหนดหรือประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.3 จัดให้มีมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ดังต่อไปนี้

- (ก) ด้านการบริหารจัดการ
- (ข) ด้านการบริการสุขภาพ
- (ค) ด้านอาคาร สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก
- (ง) ด้านสิ่งแวดล้อม
- (จ) ด้านความปลอดภัย
- (ฉ) ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข

- (ข) ด้านระบบสนับสนุนบริการที่สำคัญ
- (ข) ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ
- (ณ) ด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

3) สถานพยาบาล ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ประเภททั่วไป ได้แก่ สถานพยาบาลที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยโรคทั่วไป มิได้จำกัดเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง โดยต้องประกอบด้วยหน่วยบริการและระบบสนับสนุนการให้บริการดังต่อไปนี้

- 3.1 แผนกเวชระเบียน
- 3.2 แผนกผู้ป่วยนอก
- 3.3 แผนกผู้ป่วยใน
- 3.4 แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน
- 3.5 แผนกเภสัชกรรม
- 3.6 ระบบรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน
- 3.7 ระบบควบคุมการติดเชื้อ
- 3.8 ระบบไฟฟ้าสำรอง
- 3.9 ระบบน้ำสำรอง
- 3.10 จัดให้มีบริการชั้นสูตร
- 3.11 จัดให้มีบริการรังสีวิทยา
- 3.12 แผนกบริการ หรือหน่วยบริการ หรือระบบสนับสนุนการให้

บริการอื่น

กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ จึงได้จัดทำเกณฑ์มาตรฐานตามแนวทางและข้อกำหนดที่ระบุไว้ในประกาศที่เกี่ยวข้อง โดยทำการประเมินมาตรฐานสถานพยาบาล ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน แยกตามประเภทของสถานพยาบาล โดยสถานพยาบาลแต่ละประเภทจะมีรายละเอียดของมาตรฐานดังต่อไปนี้

โรงพยาบาล (สถานบริการสุขภาพ)

1. โรงพยาบาลต้องจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะที่ได้มาตรฐานการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะที่สภาวินิจฉัยหรือคณะกรรมการวิชาชีพกำหนดหรือประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1.1 จัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะที่ได้มาตรฐานการประกอบวิชาชีพ หรือคณะกรรมการวิชาชีพกำหนดหรือประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1.2 มีเครื่องมือ เครื่องใช้ทั่วไปในแต่ละหน่วยบริการ เช่น โต๊ะ ตู้ เตียง เก้าอี้ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ ภาชนะบรรจุมูลฝอยทั่วไป และมูลฝอยติดเชื้อ

1.3 ยาและเวชภัณฑ์ ต้องจัดให้มีในแต่ละหน่วยบริการที่เหมาะสมกับลักษณะการให้บริการ

1.4 มีรถเข็นนอนและรถเข็นนั่งสำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2 .แผนกเวชระเบียนจัดให้มีอุปกรณ์การเก็บเวชระเบียน การเก็บเวชระเบียน และการสำรองข้อมูลตามที่กำหนดชั้นหรืออุปกรณ์การเก็บเวชระเบียนที่มั่นคง ปลอดภัยและต้องจัดให้เป็นระเบียบ สามารถค้นหาได้ง่าย หรือถ้าเป็นระบบคอมพิวเตอร์ ต้องจัดให้มีระบบข้อมูลสำรองเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย

3. แผนกผู้ป่วยนอก มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการครบถ้วนตามที่กำหนด

3.1 ชุดตรวจโรคทั่วไป และชุดตรวจโรคเฉพาะทาง

3.2 ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ

3.3 เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจ

3.4 เครื่องชั่งน้ำหนักและที่วัดส่วนสูงของร่างกายรวมทั้งอุปกรณ์
ที่จำเป็นประจำแผนกบริการที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ

4. แผนกผู้ป่วยใน จัดให้มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการครบถ้วนตาม ที่กำหนด

4.1 อุปกรณ์ประจำหน่วยบริการ ได้แก่ ชุดอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์
ในการช่วยฟื้นคืนชีพ ชุดทำแผลฉีดยา ชุดให้ยาผู้ป่วย ตู้เก็บเวชภัณฑ์ที่เหมาะสม
และชุดตรวจร่างกายเบื้องต้น

4.2 อุปกรณ์ประจำเตียงและห้องผู้ป่วย ได้แก่ เตียงที่ได้มาตรฐาน
ทางการแพทย์ เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจ และมีระบบ
เรียกพยาบาล

5. แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน จัดให้มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการครบถ้วน ตามที่กำหนด

5.1 ชุดตรวจโรคทั่วไป

5.2 ชุดอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ

5.3 เครื่องกระตุกหัวใจ

5.4 เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจ

5.5 ชุดใส่ท่อหายใจและช่วยหายใจ

5.6 ชุดและอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาล เช่น การตามกระดูก
เบื้องต้น ชุดห้ามเลือด ชุดล้างสารพิษ และชุดล้างท้อง

5.7 ชุดรักษาฉุกเฉิน เช่น ชุดเจาะปอด ชุดเจาะคอ ชุดให้น้ำเกลือ
โดยทางผ่าเส้นเลือดและโคโมไฟส่องเฉพาะที่

5.8 อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ

5.9 ระบบไฟฟ้าสำรองและแสงสว่างสำรอง

6. แผนกเภสัชกรรม จัดให้มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการครบถ้วนตามที่กำหนด

6.1 ตู้เย็นสำหรับเก็บยา หรือเวชภัณฑ์อื่น หรือตู้ที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ พร้อมเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์

6.2 กรณีที่มีวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท หรือยาเสพติดให้โทษ ให้มีสถานที่หรือตู้เก็บที่มีกุญแจปิดและเปิดอย่างมีประสิทธิภาพ

6.3 อุปกรณ์นับเม็ดยาอย่างน้อย 2 ชุด

6.4 ตู้หรือชั้นเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น

6.5 จัดให้มีฉลากยาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลเกี่ยวกับฉลากบรรจุยา พ.ศ.2565

7. แผนกกายภาพบำบัด จัดให้มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการครบถ้วนตามที่กำหนด

7.1 เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจประเมินและวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด เช่น โกนิโอมิเตอร์ สายวัดความยาว เครื่องวัดความดัน หูฟัง

7.2 เครื่องมือหรืออุปกรณ์ ที่ใช้ในการทำกายภาพบำบัด รวมถึงเครื่องมือไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ประกาศกำหนดเครื่องมือกายภาพบำบัด

8. แผนกเทคนิคการแพทย์ จัดให้มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการครบถ้วนตามที่กำหนด

8.1 จัดให้มีเครื่องมือตรวจวิเคราะห์ ทางห้องปฏิบัติการและน้ำยาตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพของประเภทการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ

8.2 ตู้เย็นสำหรับเก็บรักษาสีตัวอย่างและน้ำยาสำหรับการตรวจวิเคราะห์

8.3 มีขั้นตอนการดำเนินงาน/แนวทางการให้บริการที่ชัดเจน (SOP/FLOW CHART)

9. แผนกรังสีวิทยา จัดให้มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการครบถ้วนตามที่กำหนด

- 9.1 อุปกรณ์วัดและป้องกันอันตรายจากรังสี
- 9.2 เครื่องเอกซเรย์ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์
- 9.3 ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างน้อย

1 ชุด

- 9.4 เครื่องล้างฟิล์ม (กรณีเอกซเรย์ระบบดั้งเดิม)
- 9.5 ตู้อ่านฟิล์มหรืออุปกรณ์อ่านฟิล์มระบบดิจิทัล
- 9.6 เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจ
- 9.7 ระบบไฟสัญญาณเตือนขณะเครื่องเอกซเรย์ทำงาน

10. แผนกผ่าตัด จัดให้มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการครบถ้วนตามที่กำหนด

10.1 เตียงและโคมไฟผ่าตัดแบบมาตรฐานใช้ในการผ่าตัดทุกห้องที่ใช้งานผ่าตัด

10.2 เครื่องดมยาสลบ ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และระบบแก๊สทางการแพทย์ ซึ่งมีสัญญาณเตือนอันตรายทุกห้องที่มีการใช้งาน

10.3 ถังออกซิเจนและเครื่องดูดเสมหะสำรองพร้อมใช้งาน

10.4 ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทุกห้อง

10.5 เครื่องมือผ่าตัดที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์และเพียงพอสำหรับการผ่าตัดตามสาขาโรค

10.6 อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ

10.7 ตู้เสื้อผ้าและบริเวณสำหรับเจ้าหน้าที่เปลี่ยนเสื้อผ้าและรองเท้า

10.8 ระบบไฟฟ้าและแสงสว่างสำรอง

11. แผนกสถิติกรรม จัดให้มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการครบถ้วนตามที่กำหนด

- 11.1 เตียงทำคลอดและโคมไฟ
- 11.2 เตียงรอกคลอดอย่างน้อยหนึ่งเตียงต่อเตียงทำคลอดหนึ่งเตียง
- 11.3 เตียงทารกแรกเกิด
- 11.4 ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทุกห้อง
- 11.5 ระบบแก๊สทางการแพทย์ เครื่องดูดเสมหะ และอุปกรณ์ช่วยหายใจ

11.6 เครื่องมือทำคลอดจำนวนที่เพียงพอและได้มาตรฐานทางการแพทย์

- 11.7 เครื่องตรวจสัญญาณชีพทารกในครรภ์
- 11.8 อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ
- 11.9 อ่างอาบน้ำทารก
- 11.10 เครื่องซังน้ำหนักทารกแรกเกิด

12. ระบบรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน ต้องได้รับอนุญาตให้ใช้งานจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และจัดให้มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการครบถ้วนตามที่กำหนด

- 12.1 ไฟสัญญาณฉุกเฉินสีน้ำเงินติดตั้งบนหลังคารถ
- 12.2 เปเลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- 12.3 เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจ
- 12.4 ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพประจำรถ
- 12.5 ชุดห้ามเลือด เย็บแผลและทำแผล
- 12.6 มีการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของรถรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน
- 12.7 พนักงานขับรถยนต์ได้รับการประเมินความพร้อมก่อนออกปฏิบัติงานทุกครั้ง

13. ระบบควบคุมการติดเชื้อ จัดให้มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการครบถ้วนตามที่กำหนด

- 13.1 เครื่องมือและอุปกรณ์ในการทำมาสะอาด
- 13.2 อ่างและบริเวณที่เพียงพอสำหรับล้างและเตรียมเครื่องมือ
- 13.3 หม้อต้ม หม้อนึ่ง หรือหม้อนึ่งอบความดัน หรือระบบฆ่าเชื้อด้วยแก๊สที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ
- 13.4 ตู้ที่มีดชิดสำหรับเก็บเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อแล้ว และมีเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน
- 13.5 ตู้เสื้อผ้าและบริเวณสำหรับเจ้าหน้าที่เปลี่ยนเสื้อผ้าและรองเท้า
- 13.6 อุปกรณ์สำหรับตรวจสอบประสิทธิภาพการปราศจากเชื้อ
- 13.7 รถเข็นรับส่งสิ่งของสะอาด
- 13.8 รถเข็นรับส่งสิ่งของใช้แล้ว
- 13.9 มีผังงาน/กระบวนการมาตรฐาน (STANDARD OPERATING PROCEDURE : SOP) ของการควบคุมป้องกันการติดเชื้อในหน่วยงานที่ได้รับการปรับปรุงหรือพัฒนาให้เป็นไปตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้องเสมอ

14. หอผู้ป่วยหนัก จัดให้มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการครบถ้วนตามที่กำหนด

- 14.1 หน่วยปฏิบัติการพยาบาล
- 14.2 ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างน้อย 1 ชุด และเพิ่มขึ้น 1 ชุดทุกๆ 5 เตียง
- 14.3 เครื่องตรวจสอบการเต้นของหัวใจอย่างน้อย 1 เครื่องต่อ 2 เตียง
- 14.4 เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 1 เครื่อง และเพิ่มขึ้น 1 เครื่องทุกๆ 3 เตียง

- 14.5 เครื่องกระตุ้นหัวใจ
- 14.6 เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจครบ
ทุกเตียง
- 14.7 เตียงนอนแบบมาตรฐาน ซึ่งปรับศีรษะและปลายเท้า
สูงต่ำได้
- 14.8 ระบบเรียกพยาบาลประจำเตียงผู้ป่วย
- 14.9 มีผังงาน/กระบวนการงานมาตรฐาน (STANDARD OPERATING
PROCEDURE : SOP) ของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- 15. ห้องให้การรักษ จัดให้มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการครบถ้วนตาม
ที่กำหนด
 - 15.1 เตียง
 - 15.2 อุปกรณ์ทำแผล ฉีดยา ใส่ฝือก ให้เลือด และให้น้ำเกลือ
- 16. ห้องผ่าตัดเล็ก จัดให้มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการครบถ้วนตาม
ที่กำหนด
 - 16.1 เตียงและคอมพิวเตอร์ผ่าตัด
 - 16.2 ชุดเครื่องมือผ่าตัดทั่วไป
 - 16.3 ตู้เก็บอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ
 - 16.4 ระบบไฟฟ้าและแสงสว่างสำรอง
- 17. ห้องตรวจภายในและชุดมดลูก จัดให้มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการ
ครบถ้วนตามที่กำหนด
 - 17.1 ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างน้อย
1 ชุด
 - 17.2 เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจ
 - 17.3 คอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์แสงสว่างเพื่อการตรวจภายใน

- 17.4 เติียงสำหรับใช้ตรวจภายในและใช้ชุดมดลูก
- 17.5 ชุดตรวจภายในและชุดชุดมดลูกที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์
- 17.6 อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ

18. ห้องทารกหลังคลอด จัดให้มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการครบถ้วนตามที่กำหนด

- 18.1 เติียงทารกหลังคลอด และตู้อบทารกคลอดก่อนกำหนด
- 18.2 ตู้อบทารกคลอดก่อนกำหนด
- 18.3 เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจ
- 18.4 อ่างอาบน้ำทารก
- 18.5 เครื่องรักษาทารกตัวเหลืองด้วยแสง

19. ห้องทันตกรรม จัดให้มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการครบถ้วนตามที่กำหนด

- 19.1 ยูนิตทำฟัน ประกอบด้วยระบบให้แสงสว่าง ระบบเครื่องกรอฟัน ระบบดูดน้ำลาย ระบบน้ำบ้วนปาก และเก้าอี้คนไข้
- 19.2 เก้าอี้ทันตแพทย์และเก้าอี้ผู้ช่วยทันตแพทย์
- 19.3 เครื่องเอกซเรย์ฟันที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์
- 19.4 หมอนอิงอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ
- 19.5 ชุดตรวจฟัน อุดฟัน ถอนฟัน ชุดศัลยกรรมช่องปาก ชุดรักษาคีลอยโรคฟัน ชุดรักษาโรคเหงือก ชุดทันตกรรมประดิษฐ์ เครื่องดูดหินน้ำลาย และเครื่องมืออุปกรณ์อื่นตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ
- 19.6 มีผังงาน/กระบวนการมาตรฐาน (STANDARD OPERATING PROCEDURE : SOP)

20. ห้องไตเทียม จัดให้มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการครบถ้วนตามที่กำหนด

20.1 เครื่องล้างไต

20.2 เครื่องผลิตน้ำสำหรับล้างไต

20.3 ชุดอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ

20.4 เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจ

20.5 เครื่องกระตุ้นหัวใจประจำโรงพยาบาลที่สามารถนำมาใช้ได้

โดยสะดวก

20.6 มีจำนวน สัดส่วน ผู้ให้บริการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในสถานพยาบาล

21. ห้องซักฟอก จัดให้มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการครบถ้วนตามที่กำหนด

21.1 อุปกรณ์ซักรีด

21.2 อุปกรณ์ซักฟอกผ้าติดเชื้อ

21.3 ตู้เก็บเสื้อผ้า

21.4 อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อต่อผู้ปฏิบัติงาน

21.5 มีผังงาน/กระบวนการงานมาตรฐาน (STANDARD OPERATING PROCEDURE : SOP) การจัดการซักฟอก

22. ห้องโภชนาการ จัดให้มีอุปกรณ์พร้อมให้บริการครบถ้วนตามที่กำหนด

22.1 โต๊ะเตรียมอาหารที่สะอาด

22.2 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ในการประกอบอาหารและจัดส่งอาหารที่ถูกต้องลักษณะ

22.3 อุปกรณ์ระบายอากาศ เครื่องดูดควัน และอุปกรณ์ป้องกัน
แมลงและสัตว์รบกวน

22.4 ตู้เก็บอาหารที่สะอาดและมิดชิด

22.5 เครื่องแต่งกายของเจ้าหน้าที่ตามหลักสุขาภิบาลอาหาร

22.6 การจัดการสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน

**23. ห้องพัสดุที่ให้บริการตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป จัดให้มีอุปกรณ์
พร้อมให้บริการครบถ้วนตามที่กำหนด**

23.1 ตู้เย็นสำหรับเก็บศพ

23.2 รถเข็นศพ

**24. ยานพาหนะสำหรับให้บริการนอกโรงพยาบาล จัดให้มีอุปกรณ์
พร้อมให้บริการครบถ้วนตามที่กำหนด**

24.1 รถเอกซเรย์เคลื่อนที่ต้องมีเครื่องเอกซเรย์เพื่อการตรวจ
วินิจฉัยพร้อมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงาน
ปรมาณูเพื่อสันติ หรือหน่วยงานอื่นที่ได้รับมอบหมาย (ถ้ามี)

24.2 รถทันตกรรมที่ได้มาตรฐานตามที่กำหนด (ถ้ามี)

24.3 รถปฏิบัติการชันสูตรที่ได้มาตรฐานตามที่กำหนด (ถ้ามี)

ด้านที่ 3 ด้านอาคาร สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก

อาคาร สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก เป็นข้อกำหนดข้อเสนอแนะ แนวทางปฏิบัติและมาตรฐานงานด้านวิศวกรรม สถาปัตยกรรมในโรงพยาบาล การประยุกต์ใช้หลักการทางวิศวกรรมอย่างสร้างสรรค์ เพื่อการออกแบบ พัฒนาป้องกันปรับปรุงและการแก้ไขงานด้านวิศวกรรมสถาปัตยกรรม ในโรงพยาบาลให้เกิดความปลอดภัยภายในและภายนอกโรงพยาบาล

หมวดงานสถาปัตยกรรม

1. แผนพัฒนาและการวางผังโรงพยาบาล

1.1 มีแผนแม่บท (แผนพัฒนาและการวางผังโรงพยาบาล ด้านอาคารและสภาพแวดล้อม)

1.2 มีผังบริเวณของโรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน

2. ทางเข้า-ออกของโรงพยาบาล

2.1 ทางเข้า-ออกหลักของโรงพยาบาล มีการแบ่งช่องทางสัญจร สำหรับยานพาหนะ และผู้สัญจรทางเท้าอย่างชัดเจน

2.2 ทางเข้า-ออกหลักของโรงพยาบาล กรณีช่องทางเดินรถทางเดียว (ONE-WAY) ต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า 3.50 เมตร กรณีช่องทางเดินรถสองทาง/เดินรถสวนทาง (TWO-WAY) ต้องมีความ กว้างไม่น้อยกว่า 6 เมตร

3. ป้ายนำทาง ป้ายจราจร ป้ายชื่อโรงพยาบาลและป้ายชื่ออาคาร

3.1 มีป้ายนำทางบอกทิศทางและระยะทางสู่โรงพยาบาล ติดตั้ง อยู่บนถนนสาธารณะสายหลัก สายรอง และทางแยกในระยะที่เหมาะสม

3.2 มีป้ายจราจรภายในโรงพยาบาล ติดตั้งในตำแหน่งที่เหมาะสม สามารถมองเห็นได้ชัดเจน (ประเมินเฉพาะบริเวณส่วนให้การรักษาพยาบาล)

3.3 มีป้ายบอกทางไปยังอาคาร/แผนกต่างๆ มองเห็นได้ชัดเจน พร้อมระบบไฟส่องสว่างที่เหมาะสม

3.4 มีป้ายชื่อโรงพยาบาล ป้ายชื่ออาคารที่เป็นหน่วยบริการสำคัญ ได้แก่ แผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก เป็นต้น ติดตั้งอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม สามารถมองเห็นได้ชัดเจนในเวลากลางวันและมีไฟส่องสว่างในเวลากลางคืน

4. ถนนภายในโรงพยาบาล

บริเวณจุดตัดถนนมีป้ายบอกทางชัดเจนและปราศจากสิ่งกีดขวาง

5. ทางเดินเท้า

ในจุดที่เป็นทางข้ามถนนและมีความต่างระดับ จะต้องทำทางลาดเอียง ให้สามารถนำเก้าอี้ล้อ (Wheel Chair) ผ่านได้โดยสะดวก รวมทั้งต้องจัดให้มีป้ายเตือนผู้ขับขี่ยานพาหนะว่าเป็นทางข้ามสำหรับผู้เดินเท้า

6. ทางเดินเชื่อมระหว่างอาคารสำหรับผู้ป่วย

6.1 มีทางเดินเชื่อมระหว่างอาคารในทุกหน่วยบริการของโรงพยาบาล ความกว้างประมาณ 2.50 เมตร เพื่อสะดวกต่อการเข็นเปลนอน ผู้ป่วยสวนกันได้ และไม่มีสิ่งกีดขวางที่เป็นอุปสรรคต่อการสัญจรที่เป็นอุปสรรคต่อการสัญจร

6.2 ติดตั้งราวกันตก สูงประมาณ 1.10 เมตร

6.3 ติดตั้งราวจับสูงประมาณ 0.80 เมตร

6.4 มีหลังคาหรือสิ่งปกคลุมที่ป้องกันแดดและฝนตลอดแนว

7. ทางลาด สำหรับผู้ป่วย

7.1 กรณีที่ระดับพื้นอาคารมีความต่างระดับกันมากกว่า 1.3 เซนติเมตร จะต้องทำทางลาด

7.2 มีความกว้างสุทธิไม่น้อยกว่า 0.90 เมตร ยกเว้นกรณีสองทางสวนกันได้ ต้องมีความกว้างสุทธิไม่น้อยกว่า 1.50 เมตร ตลอดเส้นทาง

7.3 ทางลาดที่ไม่มีผนังกัน ให้ยกขอบสูง 10 เซนติเมตร ต้องมีราวจับและราวกันตก (ราวจับสูงประมาณ 0.80-0.90 เมตร ราวกันตกสูงประมาณ 1.10 เมตร)

7.4 ทางลาดที่มีความยาวตั้งแต่ 1.80 เมตรขึ้นไป ต้องมีราวจับทั้งสองด้าน (ราวจับสูงประมาณ 0.80-0.90 เมตร)

7.5 ทางลาดภายนอกต้องมีหลังคาหรือสิ่งปกคลุมที่ป้องกันแดดและฝนตลอดแนว

7.6 ห้องหรือแผนกที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ที่ชั้น 2 ขึ้นไป ต้องจัดให้มีทางลาดหรือลิฟต์ (Bed Lift)

8. ที่จอดรถยนต์และจักรยานยนต์

8.1 มีที่จอดรถสำหรับผู้พิการอยู่ใกล้ทางเข้าอาคารผู้ป่วยนอก และมีป้ายหรือเครื่องหมายแสดงอย่างชัดเจน

8.2 แยกพื้นที่จอดรถยนต์และรถจักรยานยนต์ออกจากแนวทางวิ่งของรถ รวมทั้งแสดงเครื่องหมายทิศทางอย่างชัดเจน

9. บริเวณรับ-ส่งผู้ป่วยหน้าอาคาร

9.1 มีความกว้างของถนนพอที่รถยนต์คันอื่น สามารถขับผ่านไปได้อย่างปลอดภัยขณะที่มีรถยนต์จอดรับ-ส่งผู้ป่วย

9.2 ระดับพื้นของบริเวณรับ-ส่งผู้ป่วยต้องอยู่ในระดับเดียวกับพื้นถนน ถ้าเป็นพื้นต่างระดับต้องมีทางลาดที่เหมาะสม

9.3 มีหลังคาหรือสิ่งปกคลุมที่สามารถป้องกันแดดและฝน

10. ห้องน้ำ-ส้วม สำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ

10.1 มีห้องน้ำ-ส้วม สำหรับผู้พิการ-ผู้สูงอายุ ภายในมีราวพยุงตัวติดตั้งในตำแหน่งที่เหมาะสม

10.2 มีห้องน้ำสำหรับเด็กเล็ก เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม

11. บันไดหนีไฟ

11.1 มีความกว้างของบันไดและชานพักที่สะดวกต่อการใช้งาน และไม่มีสิ่งกีดขวาง

11.2 มีตัวเลขระบุชั้นอยู่ภายในตัวบันไดที่มองเห็นได้ชัดเจน

หมวดงานมณฑนศิลป์

12. งานตกแต่งภายในและเฟอร์นิเจอร์ภายในอาคาร

12.1 ภายในห้องตรวจ ติดตั้งอ่างล้างมือสำหรับแพทย์ ไม่ควรใช้ปะปนกับอ่างล้างสกรปรกหรือ อ่างวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ และก๊อกน้ำควรใช้ก๊อกน้ำชนิดไม่ใช่มือสัมผัส (ก๊อกน้ำชนิดก้านปิดด้วยข้อศอก หรือเป็นแบบเซนเซอร์

12.2 เคาน์เตอร์สำหรับพยาบาลสำหรับ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยวิกฤต และหอผู้ป่วยสามัญ (ยกเว้นหอผู้ป่วยพิเศษ ซึ่งเคาน์เตอร์พยาบาลอยู่ภายนอกห้องของผู้ป่วย) แผนกไตเทียม (ถ้ามี) ความสูงเคาน์เตอร์ระดับบนไม่ควรสูงเกินกว่า 90 เซนติเมตร จากระดับพื้นห้อง เพื่อไม่ให้บังสายตาในขณะเฝ้าดูผู้ป่วย

12.3 ห้องตรวจของแพทย์ มีอ่างล้างมือสำหรับแพทย์และเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 2 ห้องตรวจ ต่อ 1 อ่าง

12.4 เติงผู้ป่วย (ภายในห้องตรวจ, บริเวณห้องพักรผู้ป่วย, บริเวณสังเกตอาการ) ควรมีม่านกั้นระหว่างเตียงผู้ป่วยเพื่อบังสายตาระหว่างการรักษา และเพื่อความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย

12.5 มีป้ายติดหน้าห้องหรือหน้าแผนกบริการ ในตำแหน่งที่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน

12.6 แผนกผู้ป่วยใน บริเวณตั้งเตียงผู้ป่วย ควรมีระยะระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 1 เมตร และสามารถนำเปลแขนเข้าเทียบเตียงผู้ป่วยได้โดยสะดวก

12.7 ห้องผ่าตัด ควรมีอ่างฟอกมือติดกับห้องผ่าตัดอย่างน้อย 2 อ่างต่อ 1 ห้องผ่าตัดและควรใช้ก๊อกรักษาชนิดไม่ใช้มือสัมผัส เช่น ก๊อกรักษาแบบใช้เขาค้นเปิด-ปิดน้ำหรือแบบเซนเซอร์

12.8 แผนกเภสัชกรรม มีตู้หรือชั้นเก็บยา เวชภัณฑ์ที่เป็นสัดส่วน และมีตู้แยกเก็บยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีกุญแจปิดอย่างมีประสิทธิภาพ

12.9 แผนกเภสัชกรรม มีสถานที่และโต๊ะสำหรับเตรียมยา – ผสมยา แยกเป็นสัดส่วนจากที่จัดยา

12.10 มีห้องจ่ายยา และจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสม (บริเวณจ่ายยา/ให้คำแนะนำผู้ป่วย/เก็บรักษายา/ผสมยาสำหรับผู้ป่วย เฉพาะราย)

12.11 กรณีมีการเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายในโรงพยาบาล ให้มีสถานที่สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย

12.12 มีห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าสำหรับผู้ป่วยเป็นสัดส่วนและมิดชิด

12.13 การตรวจพิเศษทางรังสีวิทยาในระบบทางเดินอาหารต้องมีห้องสุขาติดกับห้องตรวจ

12.14 แผนกผู้ป่วยหนัก บริเวณตั้งเตียงผู้ป่วย ควรมีระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 2 เมตร เพื่อให้สามารถวางอุปกรณ์ช่วยชีวิตและสะดวกในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

12.15 แผนกไตเทียม มีสถานที่และเฟอร์นิเจอร์สำหรับพักคอยของญาติผู้ป่วย โดยแยกเป็นสัดส่วนต่างหากจากห้องฟอกไตผู้ป่วย

12.16 แผนกไต่เตียม บริเวณตั้งเตียงผู้ป่วยมีระยะห่างระหว่างเตียง ไม่น้อยกว่า 1.10 เมตรและความกว้างของทางเดินระหว่างปลายเตียงของ สองฟากเตียงไม่น้อยกว่า 2.00 เมตร โดยมีพื้นที่ไม่ต่ำกว่าสี่ตารางเมตร ต่อหนึ่งจุดบริการ และส่วนที่แคบที่สุดไม่น้อย 1.80 เมตร เพื่อให้มีพื้นที่ สามารถช่วยเหลือและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก

12.17 แผนกไต่เตียม มีพื้นที่เตรียมน้ำบริสุทธิ์ พื้นที่ล้างและจัดเก็บ ตัวกรอง ที่ได้มาตรฐาน

12.18 แผนกบริการเทคนิคการแพทย์ มีสถานที่เก็บส่งตรวจ เหมาะสม สะดวกต่อผู้มารับบริการ

12.19 แผนกบริการเทคนิคการแพทย์ มีสถานที่ปฏิบัติเหมาะสม ปลอดภัย มีการแยกพื้นที่ปฏิบัติการเฉพาะ ได้แก่ งานธนาคารเลือด งานจุลชีววิทยาคลินิก เป็นต้น

12.20 แผนกบริการเทคนิคการแพทย์ มีการเก็บรักษาวัตถุหรือ สารเคมีและสารไวไฟ โดยจัดไว้เป็นหมวดหมู่มีป้ายและฉลากแสดงถูกต้อง ครบถ้วน

12.21 แผนกบริการแพทย์แผนไทย ห้องอบไอน้ำสมุนไพรรวมต้อง แยกห้องให้บริการชาย-หญิงหรือถ้าไม่สามารถแยกได้ ต้องบริหารจัดการเวลา การให้บริการแก่ผู้รับบริการชาย-หญิงได้อย่างเหมาะสม

12.22 แผนกบริการแพทย์แผนไทย ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า (ถ้ามี) ต้องมีขนาดตามเกณฑ์มาตรฐานโดยแยกห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าชาย-หญิง แต่หากไม่สามารถแยกได้ ต้องบริหารจัดการเวลาการใช้ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ของผู้รับบริการชาย-หญิงได้อย่างเหมาะสม

12.23 แผนกบริการแพทย์แผนจีน เตียงสำหรับนวดหรือฝังเข็ม มีขนาดความกว้างไม่น้อยกว่า 70 เมตร ความยาวไม่น้อยกว่า 1.80 เมตร

ความสูงไม่ต่ำกว่า 0.70 เมตร และระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 1.00 เมตร
เตียงต้องมีลักษณะมั่นคงแข็งแรงตามมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะสาขา
แพทย์แผนจีนกำหนด

12.24 แผนกกายภาพบำบัด

(1) บริเวณตั้งเตียงผู้ป่วยควรมีระยะห่างระหว่างเตียง
อย่างน้อย 80 เซนติเมตร และโดยมีพื้นที่ไม่น้อยกว่า 9 ตารางเมตรต่อ
หนึ่งเตียงรักษา เพื่อให้สามารถนำเปลเข้าเทียบเตียงได้และแต่ละเตียง
ควรมีการกั้นเพื่อรักษาสิทธิของผู้ป่วย โดยเป็นผนังชั่วคราวหรือถาวร ก็ได้

(2) แผนกบริการกายภาพบำบัด มีพื้นที่ให้บริการและ
การปฏิบัติงานหลัก ได้แก่ ห้องตรวจ/ ประเมิน/ วางแผนให้การรักษา พื้นที่
ออกกำลังกายเพื่อการรักษา พื้นที่สำหรับบำบัดรักษาทั่วไป พื้นที่สำหรับบำบัด
รักษาเฉพาะ (ถ้ามี) เป็นต้น

(3) แผนกบริการกายภาพบำบัด มีพื้นที่สนับสนุนบริการ
ได้แก่ พื้นที่เปลี่ยนเสื้อผ้า พื้นที่ เก็บ/ เตรียมวัสดุ+อุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษา
อุปกรณ์ฝึกผู้ป่วย พื้นที่พักผ้าเปื้อน เป็นต้น

หมวดงานภูมิทัศน์

13. ภูมิทัศน์และสภาพแวดล้อม

13.1 บริเวณพักผ่อน มีพื้นที่รองรับเพียงพอต่อผู้ใช้บริการ มีความร่มรื่น สวยงาม สงบ มีอากาศถ่ายเทที่ดี และเหมาะสมกับผู้ใช้แต่ละวัย ทั้งเด็กและผู้สูงอายุ

13.2 พื้นที่ระหว่างอาคาร มีการจัดภูมิทัศน์ ใช้พรรณไม้ที่ดูแลรักษาง่าย หรือใช้วัสดุตกแต่งพื้นผิวซึมน้ำ (Porous Pavement)

13.3 มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ ได้แก่ แผนการดูแลรักษาพืชพรรณไม้ แผนการแก้ไขน้ำท่วมขังบริเวณถนน-ทางเดินเท้า แผนการดูแลรักษาความสะอาดไม่ให้มีเศษขยะแผนการจัดให้มีถังขยะเพียงพอ เป็นต้น

หมวดงานวิศวกรรมโครงสร้าง

14. โครงสร้างอาคาร (ความมั่นคงแข็งแรงของอาคาร)

14.1 มีแผนงานในการเฝ้าระวังให้อาคารมีสภาพพร้อมใช้งาน และมั่นคงแข็งแรง

14.2 มีการตรวจสอบสภาพอาคารและบันทึกการตรวจสอบสภาพอาคารพร้อมมีรายงานผลต่อหัวหน้าหน่วยงานหรือผู้บริหารโรงพยาบาล

14.3 มีการตรวจสอบอาคารตามที่กฎหมายกำหนด

หมวดงานวิศวกรรมไฟฟ้า

15. ระบบไฟฟ้ากำลัง

15.1 แผนผังระบบไฟฟ้ากำลังภายนอก

15.2 แนวสายไฟฟ้าแรงสูง/แรงต่ำ

15.3 บริเวณที่ติดตั้งหม้อแปลงไฟฟ้าแบบตั้งพื้นและนั่งร้าน

15.4 แผงเมนประธานหลักประจำอาคาร(ตู้ MDB), ตู้สวิตช์ตัดตอน (PANEL BOARD)

15.5 ระบบการต่อลงดินของหม้อแปลงไฟฟ้า แผงเมนประธานหลัก ประจำอาคาร (ตู้ MDB) และเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองฉุกเฉิน

15.6 การต่อลงดินของอุปกรณ์ไฟฟ้าภายในอาคาร

15.7 การต่อลงดินของระบบไฟฟ้า และอุปกรณ์ไฟฟ้า ในพื้นที่ที่มีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ไฟฟ้า (กลุ่ม 2) (ยกเว้นกลุ่ม 1) เช่น บริเวณห้องผ่าตัด, ห้อง ICU ฯลฯ ซึ่งการจ่ายไฟฟ้าที่ไม่ต่อเนื่องสามารถก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้

16. ระบบไฟฟ้าแสงสว่าง

16.1 ภายนอกอาคาร

16.2 ภายในอาคาร

17. ระบบไฟฟ้าสำรองฉุกเฉิน

17.1 เครื่องกำเนิดไฟฟ้า

17.2 ห้องเครื่องกำเนิดไฟฟ้าและการติดตั้ง

17.3 การระบายอากาศและแสงสว่างในห้องเครื่องกำเนิดไฟฟ้า

17.4 ถังน้ำมัน และน้ำมันสำรอง มีระบบไฟฟ้าสำรองยูพีเอส (UPS)

17.5 ยูพีเอส (UPS)

17.6 โคมไฟแสงสว่างฉุกเฉิน และโคมไฟป้ายทางออกฉุกเฉิน

17.7 เตารับไฟฟ้า

18. ระบบแจ้งเหตุเพลิงไหม้

สถานที่ติดตั้ง และอุปกรณ์ประกอบ

19. ระบบป้องกันการเข้าออก

สถานที่ติดตั้ง และอุปกรณ์ประกอบ

20. ระบบป้องกันแรงดัน และกระแสเกิน และระบบป้องกันฟ้าผ่า

สถานที่ติดตั้งและอุปกรณ์ประกอบ

หมวดงานระบบเครื่องกล

21. ลิฟต์

21.1 มีการแยกประเภทของลิฟต์ตามการใช้งาน ได้แก่ ลิฟต์โดยสาร, ลิฟต์ขนของ, ลิฟต์สำหรับพนักงานดับเพลิง

21.2 มีขนาดและจำนวนเพียงพอต่อการใช้งาน

21.3 บริเวณโถงหน้าลิฟต์บรรทุกเตียงคนไข้ ต้องมีพื้นที่ที่สามารถเข็นเปลนอนสวนกันได้

21.4 กำหนดให้มีลิฟต์สำหรับผู้พิการและทุพพลภาพสามารถใช้งานได้

21.5 บริเวณโถงหน้าลิฟต์และภายในห้องโดยสาร ต้องสะอาด มีระบบระบายอากาศ และแสงสว่างภายในห้องโดยสารที่เหมาะสม

21.6 กรณีไฟฟ้าดับ จัดให้มีระบบ ARD (Automatic Rescue Device) เพื่อให้ลิฟต์สามารถเคลื่อนไปเทียบยังชั้นที่ใกล้ที่สุดและประตูลิฟต์จะต้องเปิดออกทันที

22. ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ

22.1 พื้นที่ให้บริการและพื้นที่ปฏิบัติงาน ต้องมีอากาศที่สะอาดจากภายนอกเติมเข้าสู่พื้นที่บริการ/ปฏิบัติงาน ให้ได้อัตราการถ่ายเทอากาศที่เหมาะสม ทั้งโดยวิธีธรรมชาติหรือวิธีกล

22.2 มีการควบคุมทิศทางการเคลื่อนที่ของอากาศในบริเวณห้องตรวจ

22.3 มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน

22.4 ห้องตรวจผู้ป่วยที่แสดงอาการโรคติดเชื้อทางอากาศ ต้องมีการควบคุมแรงดันอากาศ

ด้านที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อม เป็นข้อกำหนดข้อเสนอแนะและแนวทางปฏิบัติ ด้านสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาล การประยุกต์ใช้หลักการทางวิศวกรรมอย่างสร้างสรรค์เพื่อการออกแบบ พัฒนา ป้องกัน และปรับปรุงแก้ไขสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้เกิดความปลอดภัยและไม่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกโรงพยาบาล

1. การกำหนดนโยบายและการจัดการสิ่งแวดล้อม

1.1 มีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจน

1.2 มีคณะทำงานด้านสิ่งแวดล้อมที่ครอบคลุมทุกระบบ เช่น ระบบประปา ระบบบำบัดน้ำเสีย การจัดการมูลฝอย ฯลฯ พร้อมทั้งระบุอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบที่เป็นลายลักษณ์อักษร

1.3 มีแนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อม หรือมาตรการตามนโยบายในการจัดการสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาลพร้อมทั้งมีการส่งเสริมและพัฒนาเพื่อการรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม

1.4 มีการเฝ้าติดตามและการดำเนินการแก้ไขและการป้องกันจากกิจกรรมซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล

2. การจัดการมูลฝอย

2.1 จัดให้มีบุคลากรปฏิบัติงานด้านการจัดการมูลฝอย

2.2 มีคู่มือกำหนดขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติงาน

2.3 มีการบันทึกอัตราการเกิดมูลฝอยประจำวัน ตามประเภทของมูลฝอย และรายงานผลการปฏิบัติงานต่อผู้บังคับบัญชา

2.4 มีระบบการคัดแยกมูลฝอย ณ แหล่งกำเนิด ตามประเภทของมูลฝอย

2.5 มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อระหว่างวัสดุมีคมและวัสดุไม่มีคม ภาชนะมีความคงทน และเหมาะสม

2.6 มีแผนการและวิธีการเก็บขนเคลื่อนย้ายมูลฝอยที่ถูกสุขลักษณะ

2.7 มีสถานที่พักมูลฝอยที่ถูกสุขลักษณะ

2.8 มูลฝอยติดเชื้อต้องเก็บกักไว้ไม่เกิน 7 วัน หากมีการเก็บกักมูลฝอยติดเชื้อไว้เกิน 7 วัน ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ต้องสามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ที่ 10 องศาเซลเซียสหรือต่ำกว่านั้นได้

2.9 มีอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการมูลฝอย และสถานที่สำหรับอาบน้ำหลังจากทำงาน

2.10 มีการกำจัดมูลฝอย (มูลฝอยทั่วไป, มูลฝอยติดเชื้อ, วัสดุและของเสียอันตราย) ที่ถูกสุขลักษณะหรือเป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

2.11 มีบัญชีรายการของวัสดุและของเสียอันตรายที่มีในโรงพยาบาล และมีข้อปฏิบัติในการจัดเก็บของเสียอันตรายอย่างปลอดภัย

3. การจัดการน้ำเสีย

3.1 สถานพยาบาลมีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีขนาดเพียงพอต่ออัตราการเกิดน้ำเสีย

3.2 มีแผนผังแสดงกระบวนการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียที่เป็นปัจจุบัน

3.3 มีการจัดทำเอกสารกำกับเครื่องจักรและอุปกรณ์ประกอบระบบบำบัดน้ำเสีย (ขนาด ชนิด อายุการใช้งาน วิธีการใช้งาน ประวัติการซ่อม)

3.4 มีแผนงานการซ่อมบำรุงรักษาเครื่องจักรและอุปกรณ์ตามระยะเวลาที่กำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร

3.5 มีผู้ปฏิบัติงานประจำระบบบำบัดน้ำเสียที่ผ่านการอบรมและมีเอกสารแสดงการมอบหมายหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร ทุกๆ 3 ปี

3.6 มีผู้ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียที่ผ่านการอบรม และมีเอกสารแสดงการมอบหมายหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร ทุกๆ 3 ปี

3.7 มีอุปกรณ์เบื้องต้นที่จำเป็นในการดูแล ควบคุม ระบบบำบัดน้ำเสีย

3.8 มีคู่มือกำหนดขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติงาน ตามชนิดของระบบบำบัดน้ำเสีย

3.9 มีอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลสำหรับผู้ปฏิบัติงานประจำระบบบำบัดน้ำเสีย และสถานที่สำหรับอาบน้ำหลังจากทำงาน

3.10 มีการตรวจวัดคุณภาพน้ำทิ้งทุกๆ 3 เดือน ตามมาตรฐานหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

3.11 มีการตรวจวัดไพบอนพยาธิ และแบคทีเรียอีโคไลทุกๆ 1 ปี ในน้ำทิ้งและกากตะกอน ตามมาตรฐาน หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

3.12 มีการตรวจสอบการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย พร้อมบันทึกผลการตรวจสอบประจำวัน

3.13 มีรายงานผลการดำเนินงานของระบบบำบัดน้ำเสียตามมาตรา 80 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535

3.14 มีผังระบบระบายน้ำและระบบสุขาภิบาล

3.15 มีระบบระบายน้ำฝนจากอาคารออกสู่แหล่งระบายน้ำสาธารณะ

3.16 มีระบบสุขาภิบาลที่เหมาะสมสำหรับอาคารหน่วยบริการหรือห้องปฏิบัติการเฉพาะ

4. การจัดการน้ำอุปโภคและบริโภค

4.1 จัดให้มีผู้รับผิดชอบดูแลระบบน้ำอุปโภคและบริโภค

4.2 มีคู่มือกำหนดขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติงาน

4.3 มีแผนผังระบบน้ำประปาของสถานพยาบาล

4.4 มีการจดบันทึกข้อมูลการใช้น้ำประจำวัน

4.5 มีการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำอุปโภคและบริโภค ตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หรือมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4.6 มีการตรวจวัดค่าคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำประปาประจำวัน และตรวจหาค่าเชื้อโรคประจำเดือนพร้อมบันทึกผลการตรวจสอบ

4.7 มีระบบการสำรองน้ำประปา ซึ่งจะต้องใช้งานได้อย่างน้อย 2 วัน

4.8 ถังสำรองน้ำประปาต้องมีฝาถังปิดมิดชิด มีกุญแจล็อก ป้องกันสัตว์ แมลงพาหะนำโรค และป้องกันคนตกลงไปในถัง และติดตั้งในสถานที่ที่เหมาะสม

4.9 แผนและการดำเนินการระบบการดูแลรักษาถังพักน้ำหรือถังสำรองน้ำ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4.10 มีระบบจ่ายน้ำที่สะอาดไม่ปนเปื้อนสิ่งที่มีอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพไม่มีการรั่วซึมและมีแรงดันเหมาะสมต่อการใช้งาน

4.11 มีระบบการผลิตน้ำบริสุทธิ์ที่ได้มาตรฐาน เช่น REVERSE OSMOSIS, DEIONIZER เหมาะสมกับการใช้งานเครื่องมือแพทย์ พร้อมรายงานการควบคุมคุณภาพ และการบำรุงรักษาระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์อยู่เป็นประจำ

5. การจัดการระบบส่องสว่าง

มีการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างในพื้นที่ปฏิบัติงาน/พื้นที่ให้บริการในสถานพยาบาลให้เป็นไปตามค่ามาตรฐานในกฎหมายปัจจุบันอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

6. การจัดการมลพิษทางเสียง

6.1 มีการกำหนดมาตรการและวิธีการป้องกันการควบคุมมลพิษทางเสียง เช่น ห้องเครื่อง ห้องอัดอากาศพื้นที่ก่อสร้าง เป็นต้น

6.2 มีการตรวจวัดเสียงในพื้นที่ที่มีความเสี่ยง เช่น ห้องเครื่อง ห้องอัดอากาศ พื้นที่ก่อสร้าง เป็นต้น

7. การควบคุมมลพิษทางอากาศ

มีการตรวจวัดคุณภาพอากาศในพื้นที่ให้บริการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

8. การจัดการด้านพลังงาน

มีแผนและการดำเนินงานในการส่งเสริมและอนุรักษ์พลังงาน

ด้านที่ 5 ด้านความปลอดภัย

ความปลอดภัยเป็นข้อกำหนด ข้อเสนอแนะ และแนวทางการปฏิบัติในการทำงานหรือกระบวนการควบคุมสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งต้องปราศจากเหตุอันจะทำให้เกิดการประสบอันตราย การเจ็บป่วยหรือโรคอันเนื่องมาจากการทำงาน เพื่อก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่บุคลากรและผู้มารับบริการในโรงพยาบาล

1. การจัดการด้านความปลอดภัย

1.1 จัดให้มีนโยบาย และผู้รับผิดชอบหรือคณะทำงานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานของโรงพยาบาล

1.2 จัดให้มีแผนงาน งบประมาณ การติดตามประเมินผล การรายงานผลการทบทวนการดำเนินงานด้านความปลอดภัยประจำปี

2. กฎ ระเบียบ มาตรฐานหรือคู่มือปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน

2.1 จัดให้มีคู่มือความปลอดภัยในการทำงานที่เหมาะสมกับบริบทของพยาบาล

2.2 จัดทำแผนรองรับกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น อุบัติการณ์ภัยพิบัติตามธรรมชาติ ระบบวิศวกรรมที่มีความเสี่ยงสูงหรือระบบอื่นๆ ตามบริบทของโรงพยาบาลไม่สามารถใช้งานได้เป็นต้น

2.3 มีการติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติตามคู่มือความปลอดภัยในการทำงาน และแผนรองรับกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3. การอบรมบุคลากร

3.1 มีการอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านความปลอดภัยในการทำงานของโรงพยาบาล ตามระยะเวลาที่เหมาะสม

3.2 การฝึกอบรมให้ความรู้เฉพาะด้านของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานในระบบวิศวกรรมที่มีความเสี่ยงสูงหรือลักษณะงานอื่นที่มีความเสี่ยงตามบริบทของโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4. สภาพแวดล้อม ความปลอดภัยในการทำงานตามปัจจัยเสี่ยงของบุคลากร

4.1 จัดให้มีการตรวจวัดหรือประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงานตามปัจจัยเสี่ยงของบุคลากร อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4.2 จัดให้มีการตรวจสอบสุขภาพของบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4.3 มีการตรวจสอบวิศวกรรมความปลอดภัยเพื่อค้นหาความเสี่ยงในระบบวิศวกรรมที่มีความเสี่ยงสูงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4.4 มีแผนการตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษา เครื่องจักรกลในระบบวิศวกรรมที่มีความเสี่ยงสูงอย่างเหมาะสม

5. การจัดการแบบแผนแผนผังงานระบบวิศวกรรมที่มีความเสี่ยงสูง

5.1 มีแบบแปลนแผนผัง หรือรายละเอียดข้อมูลของระบบทางวิศวกรรมที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ระบบไฟฟ้า ระบบก๊าซทางการแพทย์ ระบบสุขาภิบาล ระบบป้องกันอัคคีภัย เป็นต้น

5.2 มีระบบการจัดเก็บ แบบแปลนแผนผังของระบบทางวิศวกรรมที่มีความเสี่ยงสูง และมีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน

6. การตรวจสอบประสิทธิภาพระบบทางวิศวกรรมของห้องที่ให้บริการทางการแพทย์ที่สำคัญ

6.1 มีการตรวจสอบระบบการทำงานของห้องที่ให้บริการทางการแพทย์ที่สำคัญโดยผู้รับผิดชอบ เช่น ห้องผ่าตัด ห้องคลอด ห้องผู้ป่วยหนัก ห้องที่ต้องมีระบบการควบคุมความดันบวกหรือลบ เป็นต้น

6.2 มีการตรวจสอบ และทดสอบระบบการทำงานของห้องที่ให้ บริการทางการแพทย์ที่สำคัญตามมาตรฐาน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

7. คุณภาพของระบบไฟฟ้า

7.1 มีการตรวจติดตาม ประเมินและวิเคราะห์ปริมาณการใช้ไฟฟ้า ในระบบไฟฟ้าหลักและระบบไฟฟ้าสำรองให้เพียงพอ

7.2 มีแผนผัง หรือรายละเอียดข้อมูลของระบบการจ่ายไฟฟ้าสำรอง

7.3 มีการตรวจสอบ ทดสอบการทำงาน และบำรุงรักษาระบบ ไฟฟ้าสำรองให้พร้อมใช้

8. การจัดการระบบป้องกันและระงับอัคคีภัย

8.1 มีนโยบายความปลอดภัยด้านการจัดการป้องกันและระงับ อัคคีภัย และมีผู้รับผิดชอบหรือคณะทำงานในการจัดการระบบป้องกันและ ระงับอัคคีภัยของโรงพยาบาล

8.2 มีการตรวจประเมิน และจัดการความเสี่ยงที่จะเกิดอัคคีภัย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

8.3 มีคู่มือ และแผนการป้องกันและระงับอัคคีภัยของโรงพยาบาล

8.4 มีการฝึกซ้อมดับเพลิงขั้นต้น และอพยพหนีไฟที่สอดคล้อง ตามกฎหมาย

8.5 มีการตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบป้องกันและระงับ อัคคีภัยให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานอยู่เสมอ

8.6 มีแผนผังแสดงเส้นทางหนีไฟและเส้นทางหนีไฟมีความพร้อม ใช้งาน

8.7 มีแนวทาง ขั้นตอนการอพยพผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือ ตัวเองได้

8.8 มีการจัดเตรียมพื้นที่จุดรวมพลภายนอกอาคารขณะเกิดอัคคีภัย

9. ระบบก๊าซทางการแพทย์

9.1 มีมาตรการรองรับกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินเพื่อให้ระบบก๊าซทางการแพทย์สามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง

9.2 มีการดูแลรักษา ซ่อมบำรุงระบบก๊าซทางการแพทย์และอุปกรณ์ประกอบให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน

9.3 มีการทดสอบ ตรวจสอบระบบสัญญาณเตือนของระบบก๊าซทางการแพทย์

9.4 มีป้ายคำเตือนหรือสัญลักษณ์หรือตัวบ่งชี้ที่เกี่ยวกับความปลอดภัย ไว้ที่บริเวณห้องหรือสถานที่เก็บหรือติดตั้งท่อบรรจุ ถังบรรจุ ห้องระบบจ่ายก๊าซทางการแพทย์ แนวเส้นท่อและบริเวณลิ้นควมคุมประจำชั้นหรือพื้นที่

10. พื้นที่กำเนิตรงสี

10.1 มีการกำหนดหรือบ่งชี้บริเวณพื้นที่ที่มีรังสี มีเครื่องหมายป้ายเตือนอันตรายจากรังสี สัญญาณเตือนที่สอดคล้องกับกฎหมายหรือมาตรฐาน ติดแสดงให้เห็นโดยชัดเจน

10.2 มีเอกสารแสดงผลการตรวจสอบความปลอดภัยของอุปกรณ์ที่ให้กำเนิตรงสีจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ

ด้านที่ 6 ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข

หลักเกณฑ์ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุขนี้เป็นข้อกำหนด ข้อเสนอแนะและแนวทางปฏิบัติ ด้านเครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาลเป็นวิธีการเลือก การใช้ การดูแลชิ้นส่วนหรือกลไกตามระยะเวลาการใช้งานให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์พร้อมใช้งาน และความปลอดภัย และมีการบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในโรงพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจว่าโรงพยาบาลมีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ทางการแพทย์พร้อมใช้งาน ปลอดภัยและเชื่อถือได้

1. การจัดการทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์

1.1 มีหน่วยงานที่รับผิดชอบการบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์ที่ชัดเจนในโรงพยาบาล

1.2 ผู้ใช้ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ซ่อมบำรุงเครื่องมือทางการแพทย์ต้องมีสมรรถนะที่เหมาะสมตามมาตรฐานของวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง หรือตามประกาศของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1.3 สถานที่หรือพื้นที่ปฏิบัติงานบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ต้องมีการแยกส่วน

1.4 เครื่องมือมาตรฐานในงานบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์มีความเหมาะสมเป็นไปตามข้อกำหนดของผู้ผลิต หรือตามมาตรฐานของวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง หรือตามประกาศของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และเครื่องมือมาตรฐานต้องสามารถสอบกลับผลการวัดได้

2. การจัดหาและติดตั้งของเครื่องมือทางการแพทย์

2.1 เครื่องมือทางการแพทย์ต้องได้รับรองมาตรฐานและมีความปลอดภัยในการใช้งาน โดยผู้ขายต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์

2.2 ต้องทดสอบและตรวจสอบการทำงานของเครื่องมือทางการแพทย์ก่อนการตรวจรับ

2.3 ต้องมีการขออนุญาตติดตั้งและใช้งานเครื่องมือทางการแพทย์หากมีข้อกำหนดกำหนดไว้

2.4 ต้องจัดทำทะเบียนประวัติเครื่องมือทางการแพทย์ที่เป็นปัจจุบัน และมีการประเมินระดับความเสี่ยงของเครื่องมือที่ต้องการการบำรุงรักษา

3. การบำรุงรักษาตามรอบเวลาของเครื่องมือทางการแพทย์

3.1 ต้องจัดทำแผนบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์ตามคำแนะนำของผู้ผลิตเครื่องมือทางการแพทย์ หรือตามมาตรฐานของวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง หรือตามประกาศของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

3.2 ต้องมีการเฝ้าระวัง การตรวจสอบแจ้งเตือนและเรียกคืนเครื่องมือแพทย์ภายในโรงพยาบาล

3.3 การบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์ ต้องครอบคลุม การทดสอบหรือสอบเทียบประสิทธิภาพการทำงาน การทดสอบความปลอดภัยทางไฟฟ้า การทดสอบทางกายภาพภายนอกและฟังก์ชันการทำงาน และการบำรุงรักษาตามรอบเวลาเป็นอย่างน้อย

3.4 บ่งชี้สถานะบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์อย่างชัดเจนเป็นปัจจุบัน และสามารถสืบค้นหาผลการตรวจสอบย้อนหลังได้

4. การซ่อมบำรุงหรือการบำรุงรักษาเชิงแก้ไขของเครื่องมือทางการแพทย์

4.1 จัดให้มีกระบวนการจัดการงานซ่อมบำรุงหรือการบำรุงรักษาเชิงแก้ไขของเครื่องมือทางการแพทย์

4.2 ต้องตรวจสอบประสิทธิภาพและความปลอดภัย รวมทั้ง
เปรียบเทียบเครื่องมือใหม่ หลังจากซ่อมบำรุง หรือการบำรุงรักษาเชิงแก้ไข
แล้วเสร็จ

4.3 ผลการซ่อมบำรุงหรือการบำรุงรักษาเชิงแก้ไข ต้องประกอบไป
ด้วยคำอธิบายปัญหาและอาการที่เกิดขึ้นของเครื่องมือ หมายเลขอะไหล่
ที่ทำการเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงานซ่อมบำรุงและแผนกหรือหน่วยงานที่แจ้งการซ่อม
บำรุงเป็นอย่างน้อย

5. การยกเลิกการใช้งานเครื่องมือทางการแพทย์

5.1 จัดให้มีกระบวนการจัดการยกเลิกการใช้งานเครื่องมือทาง
การแพทย์ โดยต้องมีหลักเกณฑ์ในการตัดสินใจยกเลิกการใช้งานเครื่องมือ
ทางการแพทย์

5.2 ต้องมีบ่งชี้และสถานการณ์ยกเลิกการใช้เครื่องมือทางการแพทย์
แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหากมีข้อกำหนดไว้

5.3 แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหากมีข้อกำหนดไว้

ด้านที่ 7 ด้านระบบสนับสนุนบริการที่สำคัญ

ระบบสนับสนุนบริการที่สำคัญ เป็นระบบงานสนับสนุนด้านวิศวกรรม ที่ให้การสนับสนุนงานการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล ให้สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีการตรวจสอบ บำรุงรักษาเป็นระยะๆ ให้มีความพร้อมใช้ตลอดเวลาและมีระบบสำรองที่เพียงพอ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการทางการแพทย์

ระบบสื่อสารเป็นการกำหนดข้อแนะนำและแนวทางปฏิบัติด้านระบบสื่อสารที่ใช้ในโรงพยาบาล

1. ระบบเรียกพยาบาล

- 1.1 สถานพยาบาลมีผู้รับผิดชอบด้านระบบเรียกพยาบาล
- 1.2 สถานพยาบาลมีคู่มือขั้นตอนการใช้งานเบื้องต้นของระบบเรียกพยาบาล
- 1.3 สถานพยาบาลมีการตรวจสอบระบบเรียกพยาบาลให้สามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง
- 1.4 สถานพยาบาลมีอุปกรณ์สำหรับเรียกพยาบาลที่เตียงผู้ป่วย ห้องน้ำผู้ป่วย และห้องน้ำคนพิการ

2. ระบบวิทยุคมนาคม

- 2.1 สถานพยาบาลมีผู้รับผิดชอบด้านระบบวิทยุคมนาคม
- 2.2 สถานพยาบาลมีคู่มือขั้นตอนการใช้งานเบื้องต้นของระบบวิทยุคมนาคม
- 2.3 สถานพยาบาลมีระบบวิทยุคมนาคมที่พร้อมใช้งานตลอดเวลา และมีความพร้อมในกรณีเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน
- 2.4 สถานพยาบาลมีเครื่องวิทยุคมนาคมที่ถูกต้องตามกฎหมาย
- 2.5 สถานพยาบาลมีการใช้งานเครื่องวิทยุคมนาคมอย่างถูกต้อง เป็นไปตามกฎหมาย

3. ระบบโทรศัพท์

3.1 สถานพยาบาลมีผู้รับผิดชอบด้านระบบโทรศัพท์

3.2 สถานพยาบาลมีคู่มือขั้นตอนการใช้งานเบื้องต้นของระบบโทรศัพท์

3.3 สถานพยาบาลมีการตรวจสอบระบบโทรศัพท์ให้สามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง

4. ระบบเสียงประกาศ

4.1 สถานพยาบาลมีผู้รับผิดชอบด้านระบบเสียงประกาศ

4.2 สถานพยาบาลมีคู่มือขั้นตอนการใช้งานเบื้องต้นของระบบเสียงประกาศ

4.3 สถานพยาบาลมีการตรวจสอบระบบเสียงประกาศให้สามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง

5. ระบบกล้องโทรทัศน์วงจรปิด

5.1 สถานพยาบาลมีผู้รับผิดชอบด้านระบบกล้องโทรทัศน์วงจรปิด

5.2 สถานพยาบาลมีระบบกล้องโทรทัศน์วงจรปิดที่สามารถบันทึกและตรวจสอบเหตุการณ์ย้อนหลังได้

5.3 สถานพยาบาลมีการตรวจสอบระบบกล้องโทรทัศน์วงจรปิดให้สามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง มีคู่มือการใช้งานระบบกล้องโทรทัศน์วงจรปิด

5.4 สถานพยาบาลมีการติดป้ายหรือประกาศเพื่อแจ้งผู้ใช้บริการรับทราบในบริเวณพื้นที่ติดตั้งกล้องโทรทัศน์วงจรปิด

5.5 สถานพยาบาลมีระเบียบวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาความลับและการเข้าถึงข้อมูลตามกฎหมายกำหนด

ด้านที่ 8 ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ

สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการจัดโอกาสการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านสุขภาพสร้างเสริมความสามารถของบุคคลรวมถึงปัจจัยอื่นๆ เกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐกิจสังคมสิ่งแวดล้อม ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนสุขภาพและดำรงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของบุคคลครอบครัวและชุมชน

ข้อกำหนดมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา หมายถึง ข้อกำหนดระบบคุณภาพที่จำเป็น (Essential Requirements) สำหรับการทำงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้การดำเนินงานสุขศึกษาในโรงพยาบาลมีการบริหารจัดการที่ดี มีการจัดกระบวนการสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบถูกต้องตามหลักวิชาการและเชื่อถือได้ สอดคล้องกับมาตรฐานที่เกี่ยวข้องทุกมาตรฐาน เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและต่อเนื่องไปถึงชุมชน ด้วยมาตรฐานนี้ใช้สำหรับการพัฒนาและการประเมินงานด้านสุขศึกษาของโรงพยาบาลที่เชื่อมโยงไปถึงชุมชนเนื้อหาในมาตรฐานครอบคลุม ในเรื่องปัจจัยนำเข้าทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนกระบวนการผลิตและผลลัพธ์ ซึ่งข้อกำหนดในมาตรฐานฯพัฒนา ให้เหมาะสมกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และระดับการให้บริการ โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาเป็น 2 กลุ่ม (อ้างอิงตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและมาตรฐาน ซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับกฎหมาย ว่าด้วยสถานพยาบาลฉบับที่ 1) ดังนี้

1. สถานพยาบาลทั่วไป : โรงพยาบาล ซึ่งให้บริการแก่ผู้ป่วยด้วยโรคทั่วไป มิได้จำกัดเฉพาะโรคใด โรคหนึ่ง

2. สถานพยาบาลเฉพาะทาง

2.1 ประเภทเฉพาะทาง โรงพยาบาลที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพเฉพาะทางด้านเวชกรรม เช่น โรงพยาบาลเฉพาะทางหูตาจมูก โรงพยาบาล เฉพาะทางโรคทรวงอก โรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง เป็นต้น

2.2 ประเภทเฉพาะประเภทผู้ป่วย โรงพยาบาลที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพ ตามลักษณะเฉพาะประเภทผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยจิตเวชผู้สูงอายุ แม่และเด็กบำบัดยาเสพติด เป็นต้น

2.3 ประเภทเฉพาะด้านวิชาชีพ โรงพยาบาลที่จัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพตามด้านนั้นๆ ได้แก่ ทันตกรรม กายภาพบำบัด การแพทย์แผนไทย เป็นต้น

ด้านเนื้อหากระบวนการจะมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพใน 2 กลุ่มหลัก คือ

1. กระบวนการสุขศึกษาในกลุ่มไม่ป่วย เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

2. กระบวนการสุขศึกษาในกลุ่มป่วย เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยและครอบครัว

1. โครงสร้างมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขภาพศึกษา

แบ่งเป็น 4 หมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 การบริหารจัดการ

- 1.1 นโยบายด้านสุขภาพศึกษา
- 1.2 บุคลากรขับเคลื่อนงานสุขภาพศึกษา
- 1.3 เครือข่ายการปฏิบัติงานสุขภาพศึกษา

หมวดที่ 2 กระบวนการงานสุขภาพศึกษาในชุมชน

- 2.1 สำรวจข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มปกติ/เสี่ยง
- 2.2 การจัดทำแผนจัดกิจกรรมสุขภาพกลุ่มปกติ/เสี่ยง
- 2.3 การจัดกิจกรรมสุขภาพกลุ่มปกติ/เสี่ยง
- 2.4 การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มปกติ/เสี่ยง
- 2.5 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานสุขภาพกลุ่มปกติ/เสี่ยง

หมวดที่ 3 กระบวนการงานสุขภาพศึกษาในสถานพยาบาล

- 3.1 สำรวจข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มป่วย
- 3.2 การจัดทำแผนจัดกิจกรรมสุขภาพกลุ่มป่วย
- 3.3 การจัดกิจกรรมสุขภาพกลุ่มป่วย
- 3.4 การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มป่วย
- 3.5 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานสุขภาพกลุ่มป่วย

หมวดที่ 4 ผลลัพธ์การดำเนินงานสุขภาพศึกษา

- 4.1 ความพึงพอใจต่อกระบวนการงานสุขภาพกลุ่มปกติ/เสี่ยง
- 4.2 ความพึงพอใจต่อกระบวนการงานสุขภาพกลุ่มป่วย
- 4.3 สภาวะสุขภาพ
- 4.4 เทคโนโลยีในงานสุขภาพศึกษา
- 4.5 งานวิจัยหรือนวัตกรรมด้านสุขภาพศึกษา

2. แนวทางการดำเนินงานมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา

1. การบริหารจัดการ

1.1 มีนโยบายด้านสุขศึกษา (นโยบายด้านสุขศึกษาหรือการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล)

1.2 บุคลากรขับเคลื่อนงานสุขศึกษา

1.3 เครือข่ายการปฏิบัติงานสุขศึกษา

2. กระบวนการสุขศึกษาในชุมชน

2.1 การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มปกติ/เสี่ยง

2.2 การจัดทำแผนกิจกรรมสุขศึกษากลุ่มปกติ/เสี่ยง

2.3 การจัดกิจกรรมสุขศึกษากลุ่มปกติ/เสี่ยง

2.4 การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มปกติ/เสี่ยง

2.5 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานสุขศึกษากลุ่มปกติ/เสี่ยง

3. กระบวนการสุขศึกษาในสถานพยาบาล

3.1 การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มป่วย

3.2 การจัดทำแผนจัดกิจกรรมสุขศึกษากลุ่มป่วย

3.3 การจัดกิจกรรมสุขศึกษากลุ่มป่วย

3.4 การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มป่วย

3.5 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานสุขศึกษากลุ่มป่วย

4. ผลลัพธ์คุณภาพงานสุขศึกษา

4.1 ความพึงพอใจต่อกระบวนการสุขศึกษากลุ่มปกติ/เสี่ยง

4.2 ความพึงพอใจต่อกระบวนการสุขศึกษากลุ่มป่วย

4.3 สภาวะสุขภาพ

4.4 เทคโนโลยีในงานสุขศึกษา

4.5 งานวิจัยหรือนวัตกรรมด้านสุขศึกษา

ด้านที่ 9 ด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

ตามที่ พระราชบัญญัติ ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.2550 พระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ.2562 พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 พระราชบัญญัติว่าด้วยธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ.2544 รวมทั้งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การคุ้มครองและจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล พ.ศ.2561 และที่เกี่ยวข้องที่มีผลกระทบต่อประชาชนโดยตรงจากการเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพ

สถานพยาบาลควรต้องมีการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ ระบบการจัดการและกำหนดขั้นตอนในการนำไปปฏิบัติ พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำเร็จตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้เกิดการปรับปรุงพัฒนาระบบการจัดการคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ มีความมั่นคงปลอดภัย มีความเชื่อถือได้และสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง สามารถป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้งานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ในลักษณะที่ไม่ถูกต้องและการคุกคามจากภัยต่างๆ เพื่อให้ประชาชนมีความปลอดภัย เชื่อมั่นในการเข้าใช้บริการในระบบบริการสุขภาพ จำเป็นต้องมีความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ในระดับสูงเพื่อคุ้มครองประชาชนหรือประโยชน์ที่สำคัญของประเทศ

1. โครงสร้างและบทบาท การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

1.1 มีการจัดโครงสร้างการดูแลระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ประกอบด้วยผู้บริหารและฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ พร้อมกำหนดอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ

1.2 มีการจัดทำแผนแม่บทหรือแผนพัฒนาของสถานพยาบาล โดยมีการกำหนดเป้าหมายและแนวทางการพัฒนาและการใช้งานเทคโนโลยี

สารสนเทศเป็นไปตามนโยบายและแผนว่าด้วยการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

1.3 มีนโยบายและแผนงานว่าด้วยการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ของสถานพยาบาล

1.4 มีการจัดโครงสร้างและอัตรากำลังของหน่วยงานสารสนเทศของสถานพยาบาลที่เหมาะสม

1.5 มีการกำหนดมาตรการ/นโยบาย/แนวปฏิบัติด้านเทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ ที่จำเป็นสอดคล้องกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2565 กฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องอื่น

2. การจัดการความเสี่ยงในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

2.1 มีกระบวนการประเมินและให้คะแนนความเสี่ยงของระบบสารสนเทศอย่างเป็นระบบ โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย โดยครอบคลุมทรัพย์สินสารสนเทศ (Information Asset Inventory) ที่อยู่ภายใต้ขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยงาน

2.2 มีแผนจัดการความเสี่ยงเป็นลายลักษณ์อักษร โดยกำหนดกลยุทธ์โครงการหรือกระบวนการ ระยะเวลาดำเนินการ ผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน

2.3 มีการดำเนินการตามแผนจัดการความเสี่ยง

2.4 มีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินการจัดการความเสี่ยง และวิเคราะห์ผลการประเมิน จัดทำเป็นรายงานเสนอต่อผู้บริหาร

2.5 มีการนำผลการประเมินหรือความเสี่ยงที่ยังคงเหลืออยู่ มาปรับปรุงแผนการจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

3. การจัดการความมั่นคงปลอดภัย ด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัย ไซเบอร์

3.1 มีการจัดทำแนวปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Specific information security policy) มีหัวข้ออย่างน้อยต่อไปนี้

1) การเข้าถึงหรือควบคุมการใช้งานสารสนเทศ (Access Control)

2) การสำรองข้อมูลเพื่อให้สารสนเทศอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน และการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมรับมือภัยคุกคาม

3) การตรวจสอบและประเมินความเสี่ยงด้านสารสนเทศ

3.2 มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติหรือมาตรการที่รักษาความเป็นส่วนตัว ปกป้องข้อมูลส่วนบุคคล (PII) ป้องกันความลับผู้ป่วยมิให้รั่วไหลทุกช่องทาง รวมทั้งช่องทาง Social Media ทุกด้าน

3.3 มีการสร้างความตระหนักรู้ด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Awareness) อย่างสม่ำเสมอ

3.4 มีการประชาสัมพันธ์นโยบายและระเบียบปฏิบัติสร้างความรู้ความเข้าใจ ให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบ และ ถือปฏิบัติ

3.5 มีการตรวจสอบว่าบุคลากรได้รับทราบ เข้าใจ ยอมรับ และการประเมินผลการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศอย่างเคร่งครัด และนำผลการประเมินมาปรับกระบวนการบังคับใช้ระเบียบปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

4. การจัดการศักยภาพของทรัพยากรในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

4.1 มีการจัดทำทะเบียนทรัพยากรสินด้านสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับบริการที่สำคัญ (Critical services) ของหน่วยงาน

4.2 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและ Gap Analysis ของทรัพยากรด้าน Hardware, Software, Network, People

4.3 มีการจัดทำแผนเพิ่มหรือจัดการศักยภาพของทรัพยากรด้าน Hardware, Software, Network

4.4 มีการกำหนดสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ที่จำเป็น (Functional Competency) ของบุคลากรด้าน IT ทุกคน และประเมินสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ และจัดทำแผนเพิ่มสมรรถนะรายบุคคล

4.5 มีการนำผลการวิเคราะห์ สถานการณ์ปัจจุบันและ Gap Analysis ของทรัพยากรด้าน Hardware, Software, Network และ People มาปรับปรุงจัดทำแผนเพิ่มศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

5. การรักษาความปลอดภัยทางกายภาพและทางสภาพแวดล้อมของ DATA CENTER

5.1 กำหนดมาตรการการรักษาความปลอดภัยทางกายภาพ การทบทวนสิทธิ์บุคลากรที่ได้รับอนุญาตให้เข้าถึง Data Center และการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแล Data Center ของหน่วยงาน

5.2 การกำหนดรอบการสำรองข้อมูล และการทดสอบการกู้คืนข้อมูล รวมถึงป้องกันสื่อบันทึกการสำรองข้อมูลจากความเสียหายและการสูญหาย และการเข้าถึงโดยไม่ได้รับอนุญาต

5.3 มีระบบป้องกันอัคคีภัย เช่น ระบบตรวจจับควัน ระบบเตือนภัยเครื่องดับเพลิงหรือระบบดับเพลิงอัตโนมัติ ให้เหมาะสมกับความเสี่ยง

5.4 มีมาตรการหรือระบบป้องกันความเสียหายของข้อมูล และระบบ เช่น ระบบไฟฟ้าสำรอง (UPS) ระบบ RAID, Redundant Power supply, Redundant Server ให้เหมาะสมกับความเสี่ยง

5.5 มีระบบเฝ้าระวัง และรักษาความมั่นคงปลอดภัยทางกายภาพ Data Center ของหน่วยงาน

6. การตรวจสอบด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber security Audit Plan) และแผนการรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์ (Incident Response Plan)

6.1 จัดให้มีการตรวจสอบด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber security Audit Plan) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยมีผู้ตรวจสอบภายใน หรือ ภายนอกที่มีความรู้ความสามารถ และจัดทำรายงาน ผลต่อผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง

6.2 จัดให้มีแผนการรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์ (Incident Response Plan) และแจ้งผู้เกี่ยวข้องรับทราบ

6.3 มีการฝึกซ้อม และทบทวนแผนการรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์ (Incident Response Plan) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญ

- The AACI Accreditation Requirements V5.0 The ISO 9001:2015 (Quality Management System) ISO 14001:2015 ? (Environmental Management System) มาตรฐานการรับรอง Joint Commission International (JCI) สำหรับโรงพยาบาล ฉบับที่ 7 แนวทางมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA 5th Edition) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) คู่มือ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดเล็ก
- มาตรฐานวรคสอง พ.ร.บ สถานพยาบาล พ.ศ.2541 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดลักษณะสถานพยาบาลและมาตรฐานซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล/กฎกระทรวง เรื่อง กำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. 2558
- พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ.2541 พ.ร.บ.วิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทย พ.ร.บ.ควบคุมอาคาร พ.ศ. 2522 ฉบับที่ 2 พ.ศ.2535 ฉบับที่ 3 พ.ศ.2543 ฉบับที่ 4 พ.ศ.2550 ฉบับที่ 5 พ.ศ.2558 กฎหมายกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา ฉบับที่ 1 พ.ศ.2548 ฉบับที่ 2 พ.ศ.2564 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม มาตรฐานวิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทย มาตรฐานอาคารเขียว/LEED

- พ.ร.บ. ควบคุมอาคาร พ.ศ. 2522 พ.ร.บ. ส่งเสริมสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2553 พ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ. 2553 พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พ.ร.บ. ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 มาตรฐานวิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทย ประกาศรณามัย เรื่อง เกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ พ.ศ. 2563
- พระราชบัญญัติความปลอดภัยและอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2549 กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน เกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2549 กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน เกี่ยวกับการป้องกันและระงับอัคคีภัย พ.ศ. 2555 กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับรังสีชนิดก่อก่อไอออน พ.ศ. 2547 คู่มือความปลอดภัยในการทำงาน คู่มือแนวทางการตรวจวิศวกรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล คู่มือการป้องกันและระงับอัคคีภัย
- พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม มาตรา 15,24,41 พระราชบัญญัติพลังงานนิวเคลียร์เพื่อสันติ พ.ศ. 2559 และที่แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 26/1[7] ร่างแนวทางปฏิบัติการบำรุงรักษา เครื่องมือแพทย์ (Medical Equipment Maintenance Procedural Guidelines) กองวิศวกรรมการแพทย์ คู่มือการจัดการศูนย์เครื่องมือแพทย์ ในโรงพยาบาล กองวิศวกรรมการแพทย์ Medical equipment maintenance program overview WHO Medical device technical series

- พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พ.ร.บ. คຸ້ມครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 พ.ร.บ. การแพทยຸດเงิน พ.ศ.2551 ประกาศ กสทช. เรื่อง หลักเกณฑ์การใช้เครื่องวิทยุคมนาคมแบบสังเคราะห์ความถี่ (Synthesizer) ของหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการควบคุมการใช้เครื่องวิทยุคมนาคมแบบสังเคราะห์ความถี่ พ.ศ. 2555 คู่มือมาตรฐานรพยาลการะบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัย (AMBULANCE SAFETY) กองสาธารณสุขและเงิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แนวทางปฏิบัติการรับรองรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2454 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับ พุทธศักราช 2560) มาตรา 55 แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) WHO การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 9 (2559)
- พ.ร.บ. ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.2560 พรบ.ความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. 2562 พรบ.คຸ້ມครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 พ.ร.บ.ว่าด้วยธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ.2553 พ.ร.บ.ข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.2540

ส่วนที่

5

เกณฑ์การเยี่ยมสำรวจและประเมิน มาตรฐานสถานบริการสุขภาพ





กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข