



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.วิภาวดี ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
Tel. 02-027-8844 Fax. 02-026-6680 www.ha.or.th ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@ha.or.th

ที่ สรพ 4083

10 ตุลาคม 2565

เรื่อง แจ้งผลการรับรองและส่งสรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน

สิ่งที่ส่งมาด้วย สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจ (upload ไฟล์ผ่าน application ระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ในเมนูติดตามความก้าวหน้า)

ตามที่โรงพยาบาลของท่านได้รับการเยี่ยมสำรวจจากผู้แทนของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2565 สถาบันได้พิจารณาและอนุมัติให้การรับรองกระบวนการคุณภาพนับถัดจากวันที่ครบกำหนดอายุเดิมตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม 2565 เป็นเวลา 3 ปี

สถาบันขอแสดงความยินดีกับคณะผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลที่ได้ร่วมกันสร้างระบบงานที่มีคุณภาพอันจะเอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการของโรงพยาบาลและเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ พร้อมกันนี้ สถาบันขอส่งสรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจเพื่อให้โรงพยาบาลได้ใช้ประโยชน์ให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะส่งมายังสถาบันภายใน 3 เดือน ตามสรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจ ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (Recommendation)
2. จัดทำรายงานความก้าวหน้าการปฏิบัติตามแผนพัฒนาคุณภาพในข้อ 1 การปรับปรุงที่สำคัญอื่นๆ รวมทั้งตัวชี้วัดสำคัญที่เกี่ยวข้อง ทุก 12 เดือน
3. เตรียมการรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังในระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน หลังการรับรอง
4. ติดตามความก้าวหน้าตามความเห็นเพิ่มเติมจากคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ

ทั้งนี้ โรงพยาบาลสามารถส่งเอกสารในรูปแบบ electronic file โดย upload file ผ่าน application ระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในเมนูติดตามความก้าวหน้า

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ)

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

สำนักประเมินและรับรอง

จิตาภา เรืองยุบล โทรศัพท์ 0 2027 8840 ต่อ 9225

e-mail: jidapa@ha.or.th



สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจจุดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ
ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4
โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน
วันที่ 24 มิถุนายน 2565

ตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ส่งคณะผู้เยี่ยมสำรวจ เข้าเยี่ยมสำรวจจุดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 ดังรายชื่อต่อไปนี้

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1. ภก.ปรมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์ | หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจ |
| 2. พญ.ปิยนก จินดาหลวง | ผู้เยี่ยมสำรวจ |
| 3. นางสาววัชรีย์ พิมพ์ภักดี | ผู้เยี่ยมสำรวจ |
| 4. นางสาวราติพย์ ศรีทอง | ผู้เยี่ยมสำรวจ |

คณะผู้เยี่ยมสำรวจได้ศึกษาข้อมูลในแบบประเมินตนเอง รับฟังรายงานสรุปความก้าวหน้า ในการพัฒนาคุณภาพ/การสร้างเสริมสุขภาพ และสัมภาษณ์ทีม หน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาล คณะผู้เยี่ยมสำรวจมีข้อสรุปประเด็นสำคัญที่พบในการเยี่ยมสำรวจ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

การปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐาน

จากการเยี่ยมสำรวจของผู้เยี่ยมสำรวจพบสิ่งที่น่าสนใจและขอเสนอแนะสำหรับการพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 - 3 ปีข้างหน้า ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้แทนของ สรพ. จะติดตามใน ระหว่างการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังเมื่อครบ 1 - 2 ปี หลังจากได้รับการรับรองแล้ว ดังนี้

สิ่งที่น่าสนใจ (Exceptional performance)

1. การนำ:

- 1.1. ผู้บริหารสูงสุด มีความผูกพันกับองค์กร และชุมชนทั้งดำรงตำแหน่งมานาน นำทีมทั้ง ในและนอกโรงพยาบาลพัฒนาคุณภาพในทุกมิติ ทำให้เป็นที่ยอมรับทั้งในโรงพยาบาล และชุมชน มีความต่อเนื่องในการสร้างบรรยากาศองค์กรให้เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ เช่น การเข้าร่วมและสนับสนุนในกิจกรรม การประชุมด้านการส่งเสริมและดำเนินการ ในระบบต่างๆ รวมถึงการทำงานร่วมกับชุมชน ให้การเสริมพลังอำนาจในการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในกิจกรรมและโครงการต่างๆ มีการชี้นำในการ พัฒนาปรับระบบบริการและดำเนินงานแก้ไขปัญหาในช่วงสถานการณ์โรคระบาด COVID - 19 การพัฒนาเข้าสู่ new normal มีความต่อเนื่องในการปลูกฝังทัศนคติด้านจริยธรรม

และคุณธรรมผ่านชมรมจริยธรรม จิตอาสาให้กับบุคลากรทุกระดับ รวมถึงเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกราย นอกจากนี้มีนโยบายส่งเสริมการดำเนินงานที่เน้นคุณธรรม ความโปร่งใส ผ่านการประเมิน ITA ในระดับ 100% มีการบริหารด้านการเงินการคลังที่มุ่งเน้นแก้ปัญหาภายใต้ข้อจำกัดที่อยู่ในอำเภอขนาดเล็ก มีผลลัพธ์ที่สามารถจัดการได้อยู่ risk score ระดับ 1 - 0 มาตลอด 3 ปีที่ผ่านมา

- 1.2. ความรับผิดชอบต่อสังคม มีส่วนร่วมและสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ทั้งในโรงพยาบาล และชุมชน ได้แก่ การจัดหน่วยบริการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มติดบ้านติดเตียง กลุ่มผู้พิการ หรือผู้ด้อยโอกาส โดยกลไกการขับเคลื่อนของ พชอ. จัดประชุมประชาคมร่วมกับผู้นำท้องถิ่น เพื่อเตรียมพร้อมในการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน และโรคระบาด COVID - 19 ที่มุ่งการออกแบบระบบในเชิงบูรณาการของระบบงานและหน่วยงานในโรงพยาบาล และร่วมกับเครือข่ายหน่วยงานปกครองท้องถิ่นและชุมชน การรณรงค์ไม่ดื่มเหล้าเล่นการพนันในงานศพ ขับขี่ปลอดภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางจราจร การจัดการกับขยะ และลดการเผาขยะในชุมชน
2. **ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน:** มีการจัดช่องทางในการรับฟังข้อคิดเห็นและความต้องการของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลายถึง 9 ช่องทาง เช่น การจัดเวทีประชุมผู้นำชุมชนและที่ปรึกษาโรงพยาบาล การจัด admin ในช่องทาง social media, web page เพื่อสื่อสาร รับฟัง และรวบรวมข้อมูลให้คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง และนำความต้องการมาตอบสนอง เช่น การจัดบริการเฉพาะคลินิกในแต่ละกลุ่มผู้ป่วย เช่น คลินิก ANC, WBC, alcohol, TB, NCD การจัดเวรแพทย์ออกตรวจในแต่ละคลินิก การกระจายวันและสถานที่ในแต่ละคลินิกเพื่อลดความแออัด มีผลลัพธ์ความพึงพอใจทั้งในกลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และชุมชน อยู่ในเกณฑ์ที่ดีมากกว่าร้อยละ 80 อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นมา
3. **การจัดการความรู้และสารสนเทศ:** มีพื้นฐานของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ดี จากการใช้ซอฟต์แวร์หลัก Hos XP version 3 ในระบบ HIS ที่มีการเชื่อมโยงบูรณาการกับซอฟต์แวร์อื่น ๆ เช่น LIS, PACs, Thai refer ในระบบส่งต่อผู้ป่วย ทำให้เชื่อมต่อให้บริการผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยนอก แล้วยังมีซอฟต์แวร์ด้านสนับสนุนบริการ (back office) ช่วยในด้านการบริหารจัดการ เช่น ระบบลูกหนี้ รับเงิน ระบบเจ้าหน้าที่ ระบบคลังยาและเวชภัณฑ์ ระบบ scan ลายนิ้วมือ
4. **การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล:** องค์กรพยาบาลเป็นแกนนำสำคัญในการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในระบบงานสำคัญต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพขององค์กร มีการบริหารกำลังคนร่วมกับเครือข่าย รพ.สต. เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคน และให้มีกำลังคนที่มีสมรรถนะเหมาะสมรองรับสถานการณ์โรคระบาด COVID - 19 ในบริการต่างๆ เช่น จัดอัตรากำลังพยาบาล OPD ร่วมกับพนักงานช่วยการพยาบาลจากจุดต่างๆ ดูแลผู้ป่วยใน cohort ward 10 เตียง จัดทีมดูแลผู้ป่วยที่ community isolation และโรงพยาบาลสนามของอำเภอ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนร่วมกับ

- การให้ความสำคัญในการติดตามประมาณภาวะเครียดที่เกิดขึ้นและภาวะหมดไฟ (burn out) ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงานได้อย่างเป็นรูปธรรม
5. **สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย:** มีความต่อเนื่องในการธำรงคุณภาพระบบสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ มีการธำรงคุณภาพในระบบ 5ส. มีความต่อเนื่องในการสำรวจ ปรับปรุงด้านความปลอดภัยจากอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพสม่ำเสมอทุกปีจากกลไกการตรวจสอบจากหน่วยงานผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกและทีมของโรงพยาบาล เช่น การก่อสร้างห้องน้ำสำหรับผู้รับบริการและบุคลากรในคลินิกปฐมภูมิ การปรับปรุงห้องความดันลบ ห้องเตรียมอาหารสายยาง ปรับการจัดพื้นที่ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และระบบระบายอากาศห้องตรวจโรคทั่วไป มีระบบสาธารณสุขปลอดภัยที่เพียงพอ พร้อมใช้ ทั้งระบบน้ำ ก๊าซทางการแพทย์ และพัฒนาสิ่งแวดล้อมรอบโรงพยาบาลให้ร่มรื่น ปรับปรุงพื้นที่และอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับการอำนวยความสะดวกต่อผู้พิการ ส่งผลให้ได้รับรางวัล green & clean hospital ระดับดีมาก ระหว่างปี 2564 - 2566
 6. **การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ:** มีการประสานกับทีมโครงสร้างสิ่งแวดล้อม ในการปรับปรุงสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อรองรับสถานการณ์โรคระบาด COVID - 19 เช่น ปรับปรุงห้องแยกโรคแบบ negative pressure จัดจุดบริการ ARI clinic ที่แยกออกจากอาคารผู้ป่วย ปรับเส้นทางเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เส้นทางจัดการขยะ ปรับหอผู้ป่วยในครั้งหนึ่งเพื่อทำเป็น cohort ward จำนวน 10 เตียง การติดตั้งกล่องวงจรปิดและรณรงค์ขับชนส่งอาหารเพื่อลดการสัมผัสผู้ติดเชื้อ และปรับปรุงติกสงฆ์เพื่อรองรับผู้ป่วย COVID - 19 ปรับระบบระบายอากาศที่ห้องตรวจ และการกำหนดและส่งเสริมการใช้นาฬิกาการป้องกันการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่อย่างรัดกุม สามารถควบคุม local transmission และการแพร่กระจายของเชื้อ COVID - 19 ได้
 7. **ระบบการจัดการด้านยา:** ทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบยา มีการกำหนด จัดหาเก็บรักษาที่คำนึงถึงความปลอดภัย มีคุณภาพ คำนึงตามแนวคิดของบัญชียาหลักแห่งชาติ ร่วมกับการส่งเสริมการดำเนินการตามแนวทางของ RDU จนสามารถผ่านการประเมินชั้น 3 ได้ในปี 2564 รวมถึงการบริหารจัดการยาภายใต้สถานการณ์โรคระบาด COVID - 19 ให้มียาที่จำเป็นใช้โดยไม่ขาดแคลน และปรับระบบบริการ telepharmacy ร่วมกับ รพ. สต. อสม. เพื่อจัดส่งยาถึงบ้านและติดตามการได้รับยา โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย NCD (DM, HT, CKD), TB, Anti-HIV ในช่วงที่มีการระบาด COVID - 19 การเพิ่มรายการยารองรับการจัดบริการในกลุ่มผู้ป่วย palliative care ให้เข้ายาแก้ปวดและยาสมุนไพรที่จำเป็น ในด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาพบมีการใช้ระบบ IT เข้ามาช่วยแจ้งเตือนในการส่งยาให้เป็นไปตามนโยบาย เช่น ไม่ส่งยาที่แพ้ ส่งผลให้ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่แพ้ยาซ้ำ ในช่วงปี 2564 - 2565 การขึ้น pop-up แจ้งเตือนในกลุ่ม DI และในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์
 8. **บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์:** ธำรงคุณภาพระบบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องได้รับการรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (MOPH standard) จัดบริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ

ในการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุม 24 ชั่วโมงเพื่อรองรับการตรวจวิเคราะห์ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วน เช่น กลุ่มผู้ป่วย COVID - 19 ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยใส่ดิงอีกเสบเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่มีการเสียเลือด มีระบบการสำรองโลหิตที่เพียงพอโดยการรักษาห่วงโซ่ความเย็นในการขนส่งตั้งแต่หน่วยเบิก

9. **การทำงานกับชุมชน:** มีระบบการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ร่วมกับทีมหมอครอบครัว 2 ทีม ในการออกแบบบริการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน โดยตั้งแต่ปี 2564 ได้ตอบรับนโยบาย 3 หมอ เน้นการดูแล ใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ และการดูแลและส่งเสริมสุขภาพตามแต่ละกลุ่มประชากร โดยเฉพาะการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเชิงรุก เช่น การคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการผลิตตกหล่น ที่มีผลการดำเนินการ >90% ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2562 จนถึงปัจจุบัน การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จัดตั้งโรงเรียนเบาหวานวิทยา เพิ่มเป็น 3 แห่ง และในช่วงสถานการณ์ภาวะโรคระบาด COVID - 19 โรงพยาบาลและชุมชน นำโดยคณะกรรมการควบคุมโรค ระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นผู้นำและสาธารณสุขเป็นทีมเลขา ร่วมกับหน่วยราชการในชุมชน จัดหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยภายในชุมชน จำกัดการระบาดในวงกว้าง พัฒนาระบบการรับส่งผู้ป่วยสู่โรงพยาบาลอย่างเหมาะสม การรณรงค์การฉีดวัคซีนป้องกันโรคในทุกกลุ่มประชากรอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ยังคงส่งเสริมการให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันโรคไขเลือดออกอย่างต่อเนื่อง ชุมชนมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องสามารถเป็นต้นแบบและได้รับรางวัลในระดับจังหวัด ได้แก่ หมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง ระดับเขต รางวัลชมรม อสม.ต้นแบบ และระดับประเทศ รองชนะเลิศอันดับที่ 1 ในเรื่ององค์กร ครวเรือนเข้มแข็ง ในปี 2564
10. **กระบวนการดูแลผู้ป่วย:** มีการธำรงคุณภาพในระบบการเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วย stroke, STEMI ในรูปแบบ fast track ตามแนวทาง service plan ของจังหวัด ร่วมกับเครือข่ายการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้ง EMS (1669) รพ.สต. หน่วยกู้ชีพชุมชน และ อสม. ส่งผลให้การเข้าถึงในกลุ่มผู้ป่วย stroke, STEMI มีแนวโน้มดีขึ้น แม้ในสถานการณ์ที่เผชิญต่อภาวะโรคระบาด COVID - 19 การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ใน NCD clinic มีผลลัพธ์การควบคุมระดับ HbA1C < 7 mg% อยู่ในเกณฑ์มากกว่า ร้อยละ 40 ตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมา ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และภาวะซึมเศร้าได้มีการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน ยังจัดบริการคลินิกเฉพาะโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมาซึ่งมีแนวโน้มสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (Recommendation)

1. **การนำ:** เพื่อให้แนวทางการพัฒนาเป็นไปตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเข็มมุ่งที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ ทีมนำควรพิจารณาเรื่องความชัดเจนในการระบุปัญหาที่แท้จริงตามบริบทโรงพยาบาล เพื่อออกแบบมาตรการหรือแผนกลยุทธ์ที่เฉพาะเจาะจง กำหนดและเรียนลำดับความสำคัญ เพื่อให้บรรลุตามเป้าประสงค์ขององค์กร โดยเฉพาะเรื่องดังต่อไปนี้

- 1.1. การดูแลผู้ป่วยโรคเสี่ยงสูง/โรคที่มุ่งเน้น ที่มีความซับซ้อนข้อมูลเพื่อที่จะสามารถระบุปัญหาที่ชัดเจนว่าเกิดปัญหาใดกระบวนการดูแลผู้ป่วย ที่ยังไม่สามารถทำให้ผลลัพธ์การดำเนินการเป็นไปตามเป้าหมายได้ และออกแบบและปรับแผนตามบริบทของโรงพยาบาล
- 1.2. มาตรการด้านความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากร ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่าง 9 ข้อ ควรพิจารณาออกแบบเพื่อจัดจ้บอุบัติการณ์ในเชิงรุก เพื่อเพิ่มโอกาสการเผชิญปัญหา และสามารถออกแบบและวางมาตรการแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับอุบัติการณ์และความรุนแรงตามบริบทของโรงพยาบาลได้
- 1.3. การเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ควรกำหนดแนวทาง ทั้งการดำเนินกิจกรรม และประเมินประสิทธิผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทั้งองค์กรก้าวสู่องค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างยั่งยืน
- 1.4. การกำกับดูแลทางคลินิก (clinical governance) ควรพิจารณาจัดคณะกรรมการกำกับติดตามดูแลทางคลินิกและวางโครงสร้างในการกำกับดูแลกิจการขององค์กร เพื่อแสดงความรับผิดชอบในการธำรงคุณภาพและมาตรฐานในงานบริการ โดยเฉพาะด้านการพัฒนาคุณภาพและการดูแลด้านความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ตลอดจนยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง ทั้งยังร่วมพิจารณาหาทางออกร่วมกันในเรื่องที่ยากแก่การตัดสินใจ (ethical dilemma) ที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ให้และผู้รับบริการ
2. **กลยุทธ์:** ควรพิจารณาการออกแบบและกำหนดตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์เพื่อที่สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงรุก “สร้างนำซ่อม” ที่สอดคล้องกับบริบทของการเป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาลและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการตอบโจทย์ความท้าทายต่อโรคและภัยสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ การวางแผนกลยุทธ์ในการดำเนินการแก้ปัญหาด้านความไม่ปลอดภัย รวมถึงความชัดเจนในการแก้ไขปัญหาที่กำลังคน การจัดการกับข้อมูลสารสนเทศและเวชระเบียน และการป้องกันภัยคุกคามด้าน IT ตลอดจนแผนการพัฒนาและปรับปรุงสภาพแวดล้อมทั้งที่เกี่ยวข้องทางด้านคุณภาพ ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากร และด้านการปรับภูมิทัศน์
3. **การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้:** ควรส่งเสริมพัฒนาในระบบการวัด วิเคราะห์ และการใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อนำไปใช้ทบทวน และการปรับปรุงผลการดำเนินงานในแต่ละระดับให้มีความชัดเจนเพิ่มขึ้น ได้แก่
 - 3.1. ควรส่งเสริมการกำหนดและใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดในระดับหน่วยงานบริการผู้ป่วยต่างๆ ผ่านการพาทำจากทีมดูแลผู้ป่วย โดยให้เชื่อมโยงกับโรคมุ่งเน้นสำคัญของโรงพยาบาล
 - 3.2. ควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดในแต่ละกลุ่มโรคสำคัญตามมิติคุณภาพและบริบทขององค์กรที่แท้จริง เพื่อให้ง่ายต่อการหาโอกาสพัฒนาทั้งด้านรักษาพยาบาลและสร้างเสริมสุขภาพ
4. **กำลังคน:** ควรเพิ่มความชัดเจนในแผนกำลังคน ให้กำลังคนมีสมรรถนะหลักสอดคล้องกับภารกิจหลักและทิศทางองค์กร คือ การสร้างนำซ่อมโดยใช้วิถีชุมชน และให้มีการกระจายอัตรา

- กำลังที่เหมาะสมกับสมรรถนะทุกช่วงเวลา โดยเรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและจากการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก รวมถึงการวางแผนการถ่ายทอดความรู้ฝังลึกจากรุ่นสู่รุ่น มีความชัดเจนใน succession plan ระดับหัวหน้างาน เพื่อแก้ปัญหากำลังคนในระยะยาว
5. **ระบบบริหารงานคุณภาพ:** ควรพัฒนากระบวนการพัฒนาคุณภาพขององค์กรให้มีประสิทธิภาพได้แก่
- 5.1. ศูนย์คุณภาพ (QMR) ร่วมกับทีมนำสูงสุดควรเสริมพลังให้ทีมนำด้านต่างๆ ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ในแต่ละทีม วางแผนพัฒนาและใช้กลไกการตามรอย นำระบบต่างๆ ลงสู่การปฏิบัติและติดตามประเมินความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ
 - 5.2. ควรสร้างกลไกให้ทีมนำสูงสุดได้ติดตามความก้าวหน้า และให้การสนับสนุนในแต่ละทีม นำ โดยประสานให้ทีมต่างๆ มารายงานความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอตามแผนที่กำหนด
6. **คุณภาพการดูแลผู้ป่วย:** ควรพิจารณาการบูรณาการระหว่างการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพในปัจจุบันที่โรงพยาบาลเมธิญ โดยมีอาศัยจุดแข็งของทีม COC พชอ. รพ.สต. อสม. หน่วยงานสำคัญในชุมชน ร่วมกับขับเคลื่อน ออกแบบ กำหนดนโยบายแก้ปัญหาสุขภาพเชิงรุก ร่วมกับทีมนำทางคลินิก ไม่เพียงแต่กลุ่มโรคที่ทีมมุ่งเน้น 10 โรค แต่ให้รวมถึงกลุ่มโรคและภัยสุขภาพที่ประชาชนและชุมชนกำลังเผชิญอยู่อีกด้วย ควรพิจารณาเพิ่มการติดตาม วิเคราะห์ตัวชี้วัดคุณภาพในเชิงรุกให้มีความชัดเจนทั้งการออกแบบกระบวนการและการนำผลลัพธ์ไปปรับแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วย เช่น ผลลัพธ์การชะลอภาวะไตเสื่อมหรืออัตราคง stage ของผู้ป่วยไตเสื่อม/ไตวายเรื้อรัง ในกลุ่ม stage 1, 2 เพิ่มเป็น stage 3 หรือ stage 3 ไป stage 4, 5 เพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างไร มีแนวทางการดูแลหรือส่งต่ออย่างไร การเฝ้าระวังภาวะภัยสุขภาพในชุมชน เช่น UGIB, necrotizing fasciitis จากสารเคมีและยาฆ่าแมลง พิจารณาเรื่องการเพิ่มการประสานงานระหว่างชุมชนและทีมนำทางคลินิก มีความชัดเจนในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างไร ตลอดจนติดตามผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย
7. **ระบบบริหารความเสี่ยง:** ควรพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง ในประเด็นดังนี้
- 7.1. ทีมบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมนำสูงสุดควรส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยการปรับ mindset ในการค้นหาดักจับข้อมูลความเสี่ยงและอุบัติการณ์ มาเรียนรู้ โดยเฉพาะจากผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยและปรับการ feedback เมื่อพบปัญหาให้เป็น positive feedback
 - 7.2. ในการนำนโยบายมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อมาใช้ ทีมบริหารความเสี่ยงควรส่งเสริมการปรับเปลี่ยนการออกแบบระบบ โดยให้เป็นการป้องกันความเสี่ยงแบบเชิงรุก ที่ไม่ใช่การบริหารอุบัติการณ์ ลงสู่การปฏิบัติในระดับทีมนำระบบและหน่วยงาน
 - 7.3. ควรส่งเสริมให้ทีมนำที่เกี่ยวข้อง ค้นหาตกจับข้อมูลปัญหาในระดับ E ขึ้นไป ที่ยังพบน้อยมาก โดยให้ค้นหาตกจับจากเวชระเบียนในกลุ่ม triggers ต่างๆ เช่น ผู้ป่วยทรุด

- ลง ผู้ป่วย refer และผู้ป่วยเสียชีวิตให้เพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถวิเคราะห์เห็นภาพรวมของปัญหาได้ชัดเจน
- 7.4. ควรประสานกับระบบ IT ในการออกแบบเก็บและรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลให้เป็นข้อมูลสารสนเทศที่สะท้อนความไม่ปลอดภัยที่เผชิญอยู่ โดยเฉพาะในกลุ่ม ระดับ E ขึ้นไปจาก risk profile ระดับโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงได้มากที่สุด และใช้ข้อมูลสารสนเทศสะท้อนภาพรวมของปัญหาหรือความไม่ปลอดภัยให้กับทีมทางคลินิกและทีมนำสูงสุด
- 7.5. ควรส่งเสริมให้ทีมที่เกี่ยวข้องเรียนรู้แก้ไขและป้องกันปัญหา RCA ในเชิงระบบแบบภาพรวมของแต่ละโรคและประเด็น
8. **สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย:** ควรส่งเสริมให้หน่วยงานต่างๆ รายงานความเสี่ยงที่พบเข้าสู่ระบบเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมประเด็นปัญหาสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลนำมาวิเคราะห์เพื่อจัดเรียงลำดับความสำคัญซึ่งต้องร่วมกับคณะกรรมการความเสี่ยงในการจัดระดับความรุนแรงให้เป็นแนวทางเดียวกันและวิเคราะห์โดยจัดกลุ่ม เรื่องที่เกิดบ่อยเรื่องที่ก่อให้เกิดเสียหายรุนแรงนำมากำหนดเป็นแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมระยะสั้นระยะยาว พร้อมทั้งแนวทางการประเมินผลเพื่อปรับแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม
9. **การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ:** ควรออกแบบระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแบบเชิงรุก เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามบริบทขององค์กร ได้แก่
- 9.1. ควรออกแบบระบบ IC ให้มีการดำเนินงานแบบเชิงรุกตามบริบทโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก F2 และการเฝ้าระวังการติดเชื้อในแบบเชิงรุกให้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังแบบ post discharge surveillance ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวเมื่อจำหน่าย เช่น สายสวนปัสสาวะ และกลุ่ม CAPD กลุ่มผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วย long term care ผู้ป่วย TB กลุ่มผู้ป่วยกลุ่ม IMC จากโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดื้อยา
- 9.2. ควรสร้างการมีส่วนร่วมและเสริมพลังของผู้ปฏิบัติงานโดยเฉพาะพยาบาลในหน่วยงาน ให้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมในการรายงาน
10. **ระบบการจัดการด้านยา:** ทีมควรพิจารณาเพิ่มความชัดเจนในกลไกการดำเนินงานของทีมแบบเชิงรุก ตัวอย่างเช่น การพัฒนาการดักจับอุบัติการณ์เชิงรุก ในเรื่อง medication error, ADE ทั้งภายในโรงพยาบาลและในชุมชน การติดตามหรือตามรอยทั้งจากผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงและกลุ่มที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยง ตลอดจนการประเมินประสิทธิภาพกระบวนการ นำมาปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการจัดการด้านยาอย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ พิจารณาปรับระบบบริการออกแบบแนวทางในการกำกับดูแลที่ชัดเจนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เรื่องการส่งมอบยาในช่วงเวลา 16.00 - 08.00 น. ควรมีแนวทางการกำกับติดตามแผนงานที่ยังไม่บรรลุตามการ

ประเมินตนเองของมาตรฐานวิชาชีพพื้นฐาน กำหนดความสำคัญ/ความเร่งด่วน และประเมินความสำเร็จของกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ

11. **การเข้าถึงเข้ารับบริการ:** ควรพิจารณากำหนดเกณฑ์ในการรับ/ส่งต่อผู้ป่วยให้มีความชัดเจนตามศักยภาพและบริบทของโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยคลอด ผู้ป่วยทุติยตติยในรูปแบบของนโยบายร่วมกันกับ ชุมชน รพ.สต. และโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อป้องกันและลดระยะเวลาในการสื่อสารที่คาดเคลื่อน ด้านการคัดแยก พิจารณาบทบาทการคัดแยกผู้ป่วยทั้งที่ OPD, ER ตามมาตรฐานของเกณฑ์ความเร่งด่วนในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มอาการ วางแนวทางการประสานงาน การสื่อสาร การเคลื่อนย้าย การช่วยเหลือฉุกเฉิน อย่างเหมาะสมรวดเร็วในแต่ละจุดบริการ พิจารณาบทบาทเกณฑ์แนวทางการปรึกษาแพทย์ในช่วงนอกเวลาราชการ 16.00 - 08.00 น. แสดงความชัดเจนในการวางแผนเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าวที่ไม่ได้มีแพทย์ประจำการที่ห้องฉุกเฉิน
12. **การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง:** ควรพิจารณาเรื่องการจำแนกผู้ป่วยเสี่ยงสูงในหน่วยบริการ และในช่วงเวลาต่างๆ เพื่อให้สามารถวางแผนการเฝ้าระวัง แผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงให้ชัดเจนตามบริบทของโรงพยาบาล พิจารณาเลือกสื่อสารเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยเสี่ยงสูงได้อย่างเหมาะสม ถูกต้องและแม่นยำในทุกหน่วยงาน วางแนวทางการส่งต่อหากเกินศักยภาพอย่างเหมาะสม และทันท่วงที
13. **การดูแลต่อเนื่อง:** ควรพิจารณาการกำหนดแนวทางการติดตาม การนัดหมายผู้ป่วย ตลอดจนระบบประเมินผลของการนัดหมายในผู้ป่วยแต่ละหน่วยบริการ/คลินิกเฉพาะโรคต่างๆ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาออกแบบและปรับระบบบริการที่ต้องสนองความต้องการของผู้ป่วย และเพื่อให้การติดตามการรักษาต่อเนื่อง การเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลการรักษาที่สำคัญแก่ชุมชน โดยผ่าน อสม. รพ.สต. ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนย้าย หรือมีแนวโน้มที่ไม่สามารถมาตามนัดได้

สิ่งที่พบจากการเฝ้าระวัง

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งชี้ชัด (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร		
1-1 การนำ		
1. การชี้แจงองค์กรโดยผู้นำระดับสูง [1-1.1ก(1)(2)(3)]	1. การนำ ผู้บริหารสูงสุด มีความผูกพันกับองค์กร ชุมชน ทั้งดำรงตำแหน่งมานาน และนำทีมทั้งในและนอกโรงพยาบาล พัฒนาคุณภาพในทุกมิติ ทำให้เป็นที่ยอมรับทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน มีความต่อเนื่องในการสร้างบรรยากาศองค์กรให้เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ เช่น การเข้าร่วมและสนับสนุนในกิจกรรมและการประชุมด้านการส่งเสริมและดำเนินการในระดับต่างๆ รวมถึงการทำงานร่วมกับชุมชน และให้การเสริมพลังอำนาจในการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในกิจกรรมและโครงการต่างๆ มีการชี้	ข้อเสนอแนะ (recommendation) การนำ เพื่อให้แนวทางการพัฒนาเป็นไปตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ เชื่อมโยงโรงพยาบาลกำหนดไว้ ที่สมควรพิจารณาเรื่องความชัดเจนในการระบุปัญหาที่แท้จริงตามบริบทของโรงพยาบาล เพื่อออกแบบมาตรการหรือแผนกลยุทธ์ที่เฉพาะเจาะจง กำหนดและเรียนลำดับความสำคัญเพื่อให้บรรลุตามเป้าประสงค์ขององค์กร โดยเฉพาะเรื่องดังต่อไปนี้ 1. การดูแลผู้ป่วยโรคเสี่ยงสูง/โรคที่มุ่งเน้น ทีมควรทบทวนข้อมูลเพื่อที่จะสามารถระบุปัญหาที่ชัดเจนว่าเกิดปัญหาใดกระบวนการดูแลผู้ป่วย ที่ยังไม่สามารถทำให้ผลลัพธ์การดำเนินการเป็นไปตามเป้าหมายได้ ออกแบบและปรับแผนตามบริบทของโรงพยาบาล
2. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ [1-1.1ข]		
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา [1-1.1ค(1)(2)]		
4. ระบบกำกับดูแลองค์กร การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ [1-1.2ก(1)(2)]		
5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก [1-1.2ก(3)]		
6. การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม [1-1.2ข(1)(2)(3),ค(1)]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ยืนยัน (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ในการพัฒนาปรับปรุงระบบบริการ ดำเนินงาน แก้ไขปัญหาในช่วงสถานการณ์โรคระบาด COVID - 19 และการพัฒนาเข้าสู่ new normal มีความต่อเนื่องในการปลูกฝังทัศนคติด้านจริยธรรมและคุณธรรมผ่านชมรมจริยธรรม จิตอาสาให้กับบุคลากรทุกระดับ รวมถึงเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกราย นอกจากนี้มีนโยบายส่งเสริมการดำเนินงานที่เน้นคุณธรรม ความโปร่งใส ผ่านการประเมิน ITA ในระดับ 100% มีการบริหารจัดการเงินการคลังที่มุ่งเน้นแก้ปัญหาภายใต้ข้อจำกัดที่อยู่ในอำนาจขนาดเล็ก มีผลลัพธ์ที่สามารถจัดการได้อยู่ risk score ระดับ 1 - 0 มาตลอด 3 ปีที่ผ่านมา 2. ความรับผิดชอบต่อสังคม มีส่วนร่วมและสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ในโรงพยาบาล และชุมชน ได้แก่ การจัดหน่วยบริการ	2. มาตรการด้านความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากรตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นทั้ง 9 ข้อ ควรพิจารณาออกแบบเพื่อตักจับเหตุการณ์ในเชิงรุก เพื่อเพิ่มโอกาสการเผชิญปัญหาและสามารถออกแบบและวางมาตรการแนวทาง แก้ไขที่เหมาะสมกับอุบัติการณ์ความรุนแรง ตามบริบทของโรงพยาบาลได้ 3. การเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ควรกำหนดแนวทาง ทั้งการดำเนินกิจกรรมและประเมินประสิทธิผลอย่างต่อเนื่องเพื่อทำให้ทั้งองค์กรก้าวสู่องค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างยั่งยืน 4. การกำกับดูแลทางคลินิก (clinical governance) ควรพิจารณาจัดคณะกรรมการกำกับติดตามดูแลทางคลินิกและวางโครงสร้างในการกำกับดูแลกิจการขององค์กร เพื่อแสดงความรับผิดชอบในการสร้างคุณภาพและมาตรฐานในงานบริการ โดยเฉพาะด้านการพัฒนาคุณภาพและการดูแลด้านความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ตลอดจนยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง ทั้งยังร่วมพิจารณาหาทางออกร่วมกันใน

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ดูแลต่อเนื่องในกลุ่มติดบ้านติดเตียง กลุ่มผู้พิการหรือผู้ด้อยโอกาส โดยกลไก การขับเคลื่อนของ พชอ. จัดประชุม ประชาคมร่วมกับผู้นำท้องถิ่น เพื่อเตรียมพร้อมในการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน และโรคระบาด COVID - 19 ที่มุ่งการ ออกแบบระบบในเชิงบูรณาการของ ระบบงานและหน่วยงานในโรงพยาบาล และร่วมกับเครือข่ายหน่วยงานปกครอง ท้องถิ่นและชุมชน,การรณรงค์ไม่ดื่มเหล้า เล่นการพนันในงานศพ ขยับปลอดภัย เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางจราจร การ จัดการกับขยะและลดการเผาขยะใน ชุมชน	เรื่องที่ยากแก่การตัดสินใจ (ethical dilemma) ที่อาจ ส่งผลกระทบแก่ผู้ให้และผู้รับบริการ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
I-2 กลยุทธ์		
7. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล [I-2.1ก(1)(2)(3)(4)(5)]	การบริหารเชิงกลยุทธ์ มีทิศทางในการจัดแผนกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับความต้องการระดับกระทรวง โดยล่าสุดมีแผนกลยุทธ์ระยะยาว 5 ปี ล่าสุดปี 2564 - 2568 โดยกำหนดสมรรถนะหลัก ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การทำงานร่วมกับชุมชน เครือข่ายเข้มแข็ง โดยจะเน้นให้มีการนำสมรรถนะหลักไปใช้ประกอบในการพัฒนางาน ของทุกทีม ที่มำนำกำหนดเิ่มมุ่ง ไว้ 4 ข้อ ดังนี้	ข้อเสนอแนะ (recommendation) การบริหารเชิงกลยุทธ์ ควรออกแบบและกำหนดตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงรุก “สร้างนำซ่อม” เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของการเป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งในด้านการรักษา พยาบาลและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการตอบโต้ภัยความท้าทายต่อโรคและภัยสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ การวางแผนกลยุทธ์ในการดำเนินการแก้ปัญหาด้านความไม่ปลอดภัย รวมถึงความชัดเจนในการแก้ไขปัญหาด้านกำลังคน การจัดการกับข้อมูลสารสนเทศและเวชระเบียน การป้องกันภัยคุกคามด้าน IT ตลอดจน แผนในการพัฒนาและปรับปรุงสภาพแวดล้อมทั้งที่เกี่ยวข้องทางด้านคุณภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากร และด้านการปฏิบัติตาม
8. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองของความพร้อมด้านคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ [I-2.1ข(1)(2)(3)]		
9. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร [I-2.2ก(1)(2)(3)(4)]		
10. การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า [I-2.2ก(5), ข]	1. แผนพัฒนาระบบบริการ (PCT) เน้นระบบบริการ 10 โรค ที่เป็นปัญหาโดยเชื่อมโยงกับชุมชนและเน้นระบบการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	ข้อเสนอแนะ (recommendation) การบริหารเชิงกลยุทธ์ ควรออกแบบและกำหนดตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงรุก “สร้างนำซ่อม” เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของการเป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งในด้านการรักษา พยาบาลและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการตอบโต้ภัยความท้าทายต่อโรคและภัยสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ การวางแผนกลยุทธ์ในการดำเนินการแก้ปัญหาด้านความไม่ปลอดภัย รวมถึงความชัดเจนในการแก้ไขปัญหาด้านกำลังคน การจัดการกับข้อมูลสารสนเทศและเวชระเบียน การป้องกันภัยคุกคามด้าน IT ตลอดจน แผนในการพัฒนาและปรับปรุงสภาพแวดล้อมทั้งที่เกี่ยวข้องทางด้านคุณภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากร และด้านการปฏิบัติตาม
	2. แผนพัฒนาระบบเภสัชกรรมบำบัด (PTC) เน้นการบริหารจัดการเรื่องความปลอดภัยด้านยา HAD	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	3. แผนพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง เน้นความปลอดภัยให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 2P safety และมาตรฐานสำคัญ จำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ 4. กระพัฒนาระบบบริการ new normal	
I-3 ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน		
11 การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม [I-3.1ก(1)(2)]	การมุ่งเน้นผู้ป่วย มีการจัดทำช่องทางในการรับฟังข้อคิดเห็นและความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลายถึง 9 ช่องทาง เช่น การจัดเวทีประชุมผู้นำชุมชนและที่ปรึกษาโรงพยาบาล การจัด admin ในช่องทาง social media, web page เพื่อสื่อสาร รับฟังและรวบรวมข้อมูลให้คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง นำความต้องการมาตอบสนอง เช่น การจัดบริการเฉพาะคลินิกในแต่ละกลุ่มผู้ป่วย เช่น คลินิก ANC, WBC, alcohol, TB, NCD การจัดเวรแพทย์ ออกตรวจในแต่ละคลินิก การกระจายวันและ	คำแนะนำ (Suggestion) ควรใช้ประโยชน์จากข้อมูลสะท้อนความคิดเห็นของผู้รับบริการ เพื่อออกแบบหรือปรับกระบวนการบริการให้เข้ากับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มอย่างเหมาะสมกับบริบทนั้นๆ ออกแบบเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นเชิงรุก และปรับบริการโดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยน หรือออกแบบที่เหมาะสมกับความ ต้องการ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในสถานการณ์โรคระบาดฉุกเฉิน ซึ่งอาจเหมาะสมกับผู้รับบริการบางกลุ่มเท่านั้น
12 การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน [I-3.1ข(1)]		
13 การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก [I-3.2ก(1)(2)(3)]		
14 การสร้างความสัมพันธ์และจัดการคำร้องเรียน [I-3.2ข(1)(2)]		
15 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย [I-3.3]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	สถานที่ในแต่ละคลินิกเพื่อลดความแออัด มีผลลัพธ์ความพึงพอใจทั้งในกลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และชุมชนอยู่ในเกณฑ์ที่ดี > 80% ต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นมา	
I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้		
16 การวัดผลการดำเนินการ [I-4.1ก]	สิ่งที่พบ 1. ส่วนใหญ่โรงพยาบาลกำหนดตัวชี้วัดจาก service plan หรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเม่วย ทำให้ไม่ตอบโจทย์ในการกำหนดตัวชี้วัดซึ่งโรงพยาบาลมีการดำเนินงาน ในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ด้วยวิถีชุมชน มีข้อจำกัดในการดูแลรักษาพยาบาล กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยง หรือที่มีความรุนแรง ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 2. การใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด พบว่าส่วนใหญ่โรงพยาบาลวิเคราะห์ข้อมูลให้เห็น	ข้อเสนอแนะ (recommendation) ควรส่งเสริมพัฒนาในระบบการวัด วิเคราะห์ และการใช้ข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการนำไปใช้พัฒนา และการปรับปรุงผลการดำเนินงานในแต่ละระดับ ให้มีความชัดเจนเพิ่มขึ้น ได้แก่ 1. ควรส่งเสริมการกำหนดและใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดในระดับหน่วยงานบริการผู้ป่วยต่างๆ ผ่านการพาทำจากทีมดูแลผู้ป่วย โดยให้เชื่อมโยงกับโรคมุ่งเน้นสำคัญของโรงพยาบาล 2. ควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดในแต่ละกลุ่มโรคสำคัญตามมิติคุณภาพ บริบทขององค์กรที่แท้จริง เพื่อให้ง่ายต่อการหาโอกาสพัฒนาทั้งด้านรักษาพยาบาลและสร้างเสริมสุขภาพ
17 การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลการดำเนินการ และนำไปใช้ปรับปรุง [I-4.1ข, ค]		
18 คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ [I-4.2ก]		
19 การจัดการระบบสารสนเทศ [I-4.2ข]		
20 ความรู้ขององค์กร [I-4.2ค]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งชี้ชัด (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงตามปกติ ไม่ชัดเจนในการวิเคราะห์ตามแนวคิด performance measurement และในเชิงระบาดวิทยา อาจทำให้โรงพยาบาลเสียโอกาสในการแก้ปัญหาที่ทันต่อสถานการณ์ และไม่สามารยใช้ปัจจัยที่มีผลกระทบกับปัญหาดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขอย่างตรงประเด็นและกำหนดแนวทางการพัฒนาที่ชัดเจน 3. ระบบสารสนเทศ มีพื้นฐานของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ดี จากการใช้ซอฟต์แวร์หลัก ได้แก่ Hos XP version 3 ในระบบ HIS ที่มีการเชื่อมโยงบูรณาการกับซอฟต์แวร์อื่นๆ เช่น LIS, PACs, Thai refer ในระบบส่งต่อผู้ป่วย ทำให้เชื่อมต่อให้บริการผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยนอก แล้วยังมีซอฟต์แวร์ด้านสนับสนุนบริการ (back office) ช่วยใน	คำแนะนำ (Suggestion) 1. คุณภาพของข้อมูลและการจัดการสารสนเทศ ควรส่งเสริมการสอบถามความต้องการใช้ข้อมูลสารสนเทศที่เป็นโดยเรียนรู้ร่วมกับผู้ปฏิบัติงาน และทีมในระบบต่างๆ เช่น ทีมทางคลินิก มาปรับปรุงการออกแบบระบบการจัดการสารสนเทศให้สามารถมีข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงผลงานให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้และใช้ประโยชน์ได้ 2. ควรส่งเสริมพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เชิงกลยุทธ์ร่วมกับทีมนำสูงสุดในการกำหนดแผนที่ชัดเจน ในการขยาย EMR ทั้งระบบเริ่มต้นจากส่วนบริการ OPD โดยกำหนดระยะ เวลาที่เหมาะสม สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายองค์กร

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ด้านการจัดการ เช่น ระบบลูกหนี้รับเงิน ระบบเจ้าหน้าที่ ระบบคลังยา เวชภัณฑ์ ระบบ scan ลายนิ้วมือ ส่งผลทำให้ไม่เกิดวิกฤติการเงินและมีสภาพคล่องที่ดีขึ้น ความรู้ขององค์กร ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนางานวิจัยจากงานประจำ (R2R) ให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนมีการสร้างความรู้ และนวัตกรรมใหม่ เช่น R2R เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน” เรื่อง “องค์กร อสม.ต้นแบบ รุดน ลดเสี่ยง ลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง” นวัตกรรมนาฬิกาบอกระยะไตที่ตามเอนกประสงค์ เสื้อคลุมตรวจ EKG โปรแกรม BT link view สติกเกอร์รักษา ที่นอนลมจากถุงน้ำยางใต้ เป็นที่ที่มีการจัดการผ่านระบบต่างๆ	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	เช่น เวทีการแลกเปลี่ยนความรู้สำหรับบุคลากร	
I-5 กำลังคน		
21 ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน [I-5.1ก]	บุคลากรมีความรักองค์กร มีเจตคติที่พร้อมจะพัฒนางานเพื่อองค์กร ภายใต้คำนิยามที่กำหนดร่วมกัน สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทุกระดับ สหวิชาชีพมีความเข้มแข็งเป็นผู้นำในการพัฒนาองค์กร มีการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ในองค์กร ส่งผลให้อัตราการคงอยู่ของบุคลากรอยู่ในระดับที่ดีอย่างต่อเนื่อง ผลการประเมินความผูกพันความสมตุดระหว่างชีวิต (happinometer) มีแนวโน้มสูงขึ้น ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพบุคลากรโดยมีการประเมินภาวะสุขภาพแรกเข้าทำงาน การให้ภูมิคุ้มกันที่เหมาะสมกับลักษณะการปฏิบัติงาน สันับสนุนอุปกรณ์ป้องกันตนเองอย่างเพียงพอในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID - 19	ข้อเสนอแนะ (recommendation) ควรเพิ่มความชัดเจนในแผนกำลังคน ให้กำลังคนมีสมรรถนะหลักสอดคล้องกับภารกิจหลักและทิศทางองค์กร คือ การสร้างนำซ่อมโดยใช้วิถีชุมชน ให้มีการกระจายอัตรากำลังที่เหมาะสมกับสมรรถนะทุกช่วงเวลา โดยเรียนรู้จากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นและการดำเนินการค้นหาความเสียหายเชิงรุก รวมถึงการวางแผนการถ่ายทอดความรู้ฝังลึกจากฐานรู้รุ่น มีความชัดเจนใน succession plan ระดับหัวหน้างาน เพื่อแก้ปัญหากำลังคนในระยะยาว
22 สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน [I-5.1ข, ค(1)*(3)(4)]		
23 การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน [I-5.1 ค(2)]		
24 ความผูกพันและผลการปฏิบัติงาน ระบบการจัดผลการปฏิบัติงาน [I-5.2ก]		
25 การพัฒนากำลังคนและผู้นำ [I-5.2ข]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
I-6 การปฏิบัติการ		
26 การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล [I-6.1ก ข, I-6.2ก]	การออกแบบบริการ ปรับปรุงกระบวนการ ที่มีผลงานเด่นชัดในการจัดและปรับระบบ บริการเพื่อตอบรับกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของอย่างหนักของ COVID - 19 ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่การให้ร่วมมือกับหน่วยงาน สำคัญในชุมชน ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันการติดต่อ การ รณรงค์การฉีดวัคซีน การค้นหาผู้ป่วยใน ชุมชนและจำกัดการแพร่ระบาดในวงกว้าง รวมถึงการร่วมจัดหน่วยบริการดูแลผู้ป่วย ภายในชุมชนกับ อสม. รพ.สต. ตลอดจนการ ปรับบริการแบบ new normal เช่น การ ประสานงานกับชุมชน ดำเนินการจัดส่งยา ทางไปรษณีย์ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่ม NCD, TB, HIV ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) ควรนำแนวคิด 3 P มาใช้ออกแบบ ติดตามความก้าวหน้า และผลลัพธ์ของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลผู้ป่วย การส่งต่อการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ในกลุ่ม stroke, STEMI, sepsis ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์ถึงชุมชน รวมถึงการทำงานประจำ การพัฒนาระบบงานอื่นๆ เพื่อสะท้อนความสำเร็จของการทำงาน/การดูแลผู้ป่วย
27 การจัดการห่วงโซ่อุปทาน [I-6.1ค]		
28 การจัดการนวัตกรรม [I-6.1ง]		
29 การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก [I-6.1จ]		
30 ความพร้อมสำหรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน ต่างๆ [I-6.2ข]		คำแนะนำ (Suggestion) 1. ทีมนำควรกำหนดการจัดการห่วงโซ่อุปทานที่สำคัญ ทั้งจากภายนอกองค์กร ภายในเครือข่าย เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้รับผิดชอบผลิตภัณท์/บริการเป็นไปตามข้อกำหนด ออกแบบการสะท้อนข้อมูลกลับแก่ผู้ส่งมอบเพื่อให้มีการปรับปรุงกระบวนการอย่างเหมาะสม เช่น การส่งมอบเวชภัณท์/ยา ในการควบคุมคุณภาพ การส่งต่อและความเพียงพอของเวชภัณท์ การจัดการขยะโดยการจ้างเหมาจากองค์กรภายนอก

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ยืนยัน (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		2. ทีมนำตรวจพบทวนภาวะฉุกเฉินที่องค์กรมีโอกาสเผชิญอย่างรอบด้าน จัดลำดับความสำคัญทั้งโอกาสเกิดและความรุนแรง นำมาเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับภาวะฉุกเฉินดังกล่าว เรียนรู้จากการซ้อมแผนเพื่อนำไปพัฒนาให้องค์กรให้บริการภายใต้ภาวะฉุกเฉินได้อย่างต่อเนื่อง
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล		
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ		
31 ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการการทำงานเป็นทีม [II-1.1ก(1)(2)(3)(4)(10)]	สิ่งที่พบ: 1. ระบบบริหารงานคุณภาพ กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบ 1 คน ที่ปฏิบัติงานในศูนย์คุณภาพ ทำหน้าที่เป็นผู้ติดตามการพัฒนาของทีมงานต่าง ๆ ผ่านแผนพัฒนา 11 แผน โดยทำหน้าที่รวบรวมตัวชี้วัดของทีมงานต่าง ๆ มาวิเคราะห์ นำเสนอผลการวิเคราะห์แก่ทีมนำสูงสุด จุดอ่อนคือ ทีมนำยังมีโอกาสพัฒนาเกี่ยวกับ	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) 1. ระบบบริหารงานคุณภาพ ควรพัฒนาระบบการพัฒนาคุณภาพขององค์กรให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1.1. ศูนย์คุณภาพ (QMR) ร่วมกับทีมนำสูงสุดควรเสริมพลังให้ทีมงานต่าง ๆ ให้ function ตามบทบาทหน้าที่ในแต่ละทีม วางแผนพัฒนาและใช้กลไกการตามรอย นำระบบต่าง ๆ ลงสู่การ
32 การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ [II-1.1ก(5)(8)(9)]		
33 การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข(1)]		
34 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข(2)(3)(4)]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ยืนยัน (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
35 ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	function ที่ effective เพิ่มขึ้น และขาดกลไกการกำกับติดตามความก้าวหน้า	ปฏิบัติ ติดตามประเมินความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ
36 กระบวนการบริหารความเสี่ยง [II-1.2ก(1) (5)* (6)]	การพัฒนาตามแผนโดยทีมนำสูงสุด	1.2. ควรสร้างกลไกให้ทีมนำสูงสุดได้ติดตามความก้าวหน้า และให้การสนับสนุนในแต่ละทีม นำ โดยประสานให้ทีมนำต่างๆ มารายงานความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอตามแผนที่กำหนด
37 การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ [II-1.2ก(4)] *	2. คุณภาพในระบบการเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มฉุกเฉิน เช่น stroke, STEMI ในรูปแบบ fast track ตาม service plan ของจังหวัด ร่วมกับเครือข่ายการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้ง EMS (1669) รพ.สต. หน่วยกู้ชีพชุมชน และ อสม. ส่งผลให้การเข้าถึงในกลุ่ม STEMI, stroke มีแนวโน้มดีขึ้น แม้ในสถานการณ์ที่เผชิญต่อภาวะโรคระบาด COVID - 19 การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ใน NCD clinic มีผลลัพธ์การควบคุมระดับ HbA1C <7 อยู่ในเกณฑ์ที่ > 40% ตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมา ด้านการดูแล	2. ระบบพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ควรพิจารณาการระหว่งการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน กับปัญหาโรคและภัยสุขภาพในปัจจุบันที่โรงพยาบาลเผชิญ โดยมีอาศัยจุดแข็งของทีม COC พชอ. รพ. สต. อสม. หน่วย งานสำคัญในชุมชน ร่วมกับขับเคลื่อน ออกแบบ กำหนดนโยบายแก้ปัญหาสุขภาพเชิงรุก ร่วมทีม PCT ไม่เพียงแต่กลุ่มโรคที่มุ่งเน้น 10 รายโรค แต่วางถึงกลุ่มโรคและภัยสุขภาพที่ประชาชนและชุมชนกำลังเผชิญอยู่อีกด้วย ควรพิจารณาเพิ่มการติดตามและวิเคราะห์ ตัวชี้วัดคุณภาพในเชิงรุกให้มีความชัดเจนทั้งการออกแบบ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ผู้ป่วยจิตเวช และภาวะซึมเศร้า ได้มีการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยและจัดบริการคลินิกแยกเฉพาะโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ > 120% ตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมาซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ 3. ระบบบริหารความเสี่ยง ที่มามีนโยบาย ประกาศใช้มาตรฐานความปลอดภัย 2P safety และมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ แต่ยังเป็นแบบลักษณะเชิงตั้งรับรอให้เกิดอุบัติเหตุ โครงสร้างระบบบริหารความเสี่ยงมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นประธาน มี RM man ที่มาจากตัวแทนของทุกหน่วยงานรับผิดชอบ การรายงานความเสี่ยง ติดตามแก้ไข และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงในหน่วยงาน มีการรายงานผ่านโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล แล้วส่ง	กระบวนการและการนำผลลัพธ์ไปปรับเปลี่ยนพัฒนาการดูแลผู้ป่วย เช่น ผลลัพธ์การชะลอภาวะไตเสื่อมหรืออัตราคง stage ของผู้ป่วยไตเสื่อม/ไตวายเรื้อรังในกลุ่ม stage 1, 2 เพิ่มเป็น stage 3 หรือ stage 3 ไป stage 4, 5 เพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างไร มีแนวทาง การดูแลหรือส่งต่ออย่างไร การเฝ้าระวังภาวะภัยสุขภาพในชุมชน เช่น UGIB, necrotizing fasciitis จากสารเคมี ยาฆ่าแมลง พิจารณาเรื่องการเพิ่มการประสานงานระหว่างชุมชนและ PCT มีความชัดเจนในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างไร ตลอดจนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย 3. ระบบบริหารความเสี่ยง ควรพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง ในประเด็นดังนี้ 3.1. ทีม RM ร่วมกับทีมนำสูงสุดตรวจสอบเสริมการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยการปรับ mindset ในการค้นหาถึงกับข้อมูลความเสี่ยง อุบัติการณ์การเรียนรู้ โดยเฉพาะจากผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยและปรับปรุงการ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ข้อมูลเข้าระบบ NRLS มียอดรายงานในปี 2562 - 2565 จำนวน 148, 165, 194, 104 ครั้ง ตามลำดับ จำนวนอุบัติการณ์ E up ในปี 2562 – 2565 = 11, 13, 8, 2 ตามลำดับ ซึ่งไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของปัญหาความไม่ปลอดภัยที่เผชิญอยู่จริงให้กับทีมนำส่งสูงสุดและทีมนำทางคลินิกได้ <u>ความก้าวหน้าจากการทำงานเพิ่มเติมพบว่า</u> ได้นำเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่ม refer ที่ลดลง dead มาพบทางทั้งหมด 56 เคส โดยได้จำแนกให้เห็นกลุ่มโรค ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ หน่วยงานที่เกิด ช่วงเวลาที่เกิด (แยกตามในเวลา และนอกเวลา) สะท้อนให้เห็นภาพของปัญหาที่โรงพยาบาลเผชิญอยู่ได้ดีขึ้น รวมถึงมีการวิเคราะห์สาเหตุของ	feedback เมื่อพบปัญหาให้เป็น positive feedback 3.2. ในการนำนโยบายมาตรฐานสำคัญมาเป็น 9 ข้อมาใช้ ทีม RM ควรส่งเสริมการปรับเปลี่ยนการออกแบบระบบ โดยให้เป็นการป้องกันความเสี่ยงแบบเชิงรุก ที่ไม่ใช้การบริหารอุบัติการณ์ลงสู่การปฏิบัติในระดับที่มอบหมาย หน่วยงานควรส่งเสริมให้ทีมที่เกี่ยวข้อง ค้นหาข้อบกพร่องปัญหาในระดับ E up ที่พบน้อยมากจากเวชระเบียนในกลุ่ม triggers ต่างๆ เช่น ผู้ป่วยที่ลดลง refer ผู้ป่วยเสียชีวิตให้เพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถวิเคราะห์เห็นภาพรวมของปัญหาได้ชัดเจน 3.4. ควรประสานกับระบบ IT ในการออกแบบเก็บและรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลให้เป็นข้อมูลสารสนเทศที่สะท้อนความไม่ปลอดภัยที่เผชิญอยู่ โดยเฉพาะในกลุ่ม E up จาก risk profile ระดับโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถเห็นปัญหาที่

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่เกิดขึ้น (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	อุบัติการณ์ในแต่ละเรื่องที่เกิดขึ้น และได้เริ่มออกจากระบบและวางแผนป้องกัน	เกิดขึ้นตามความเป็นจริงได้มากที่สุด และใช้ข้อมูลสารสนเทศสะท้อนภาพรวมของปัญหาหรือความไม่ปลอดภัยให้กับทีมนำทางคลินิกและทีมนำสูงสุด 3.5. ควรส่งเสริมให้ทีมนำที่เกี่ยวข้องเรียนรู้แก้ไขและป้องกันปัญหา RCA ในเชิงระบบแบบภาพรวม ของแต่ละโรคและประเด็น
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ		
38 ระบบบริหารการพยาบาล [II-2.1ก]	1. ระบบบริหารการพยาบาล วิชาชีพพยาบาล	คำแนะนำ (Suggestion) 1. ระบบบริหารการพยาบาล: 1.1. ทีมบริหารการพยาบาลควรจัดทำแผนด้านกำลังคน HR plan เชื่อมโยงกับ HR plan ขององค์กรในการสรรหา และการจ้างคนให้คงอยู่ เพื่อแก้ปัญหาอัตรา กำลังจากการลาออก และรองรับกลุ่มที่จะเกษียณ 30% ในอีก 10 ปี เพื่อความเพียงพอของพยาบาลทั้งในปัจจุบันและอนาคต
39 ปฏิบัติการทางการพยาบาล [II-2.1ข]	เป็นแกนนำสำคัญในการประสานกับวิชาชีพต่างๆ ในการพัฒนาระบบงานสำคัญในองค์กรอย่างต่อเนื่อง มีการบริหารกำลังคนร่วมกับเครือข่าย รพ.สต. เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคน และให้มีกำลังคนที่มีสมรรถนะเหมาะสมรองรับสถานการณ์โรคระบาด COVID - 19 ในบริการต่างๆ เช่น จัดอัตรากำลังพยาบาล OPD ร่วมกับพนักงานช่วย	
40 องค์กรแพทย์ [II-2.2]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ยืนยัน (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	การพยาบาลจากจุดต่างๆ ดูแลผู้ป่วยใน cohort ward 10 เตียง การบริหารอาหารการกิน จัดบุคลากรดูแลในหอผู้ป่วย ER, IPD ที่มีบุคลากรออกให้เพียงพอและเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย ร่วมกับการให้ความสำคัญในการติดตามประเมินภาวะเครียดที่เกิดขึ้นและภาวะหมดไฟ (burn out) ที่อาจเกิดขึ้นได้เป็นรูปธรรม 2. องค์การแพทย์ มีบทบาทในการเป็นผู้นำในการพัฒนางานคุณภาพในหลายหน่วยงานสำคัญ เช่น ประธานทีม PCT, RM, PTC, IC, HPH เวชระเบียน ทั้งยังมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้ทางด้านวิชาการของโรงพยาบาล ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ และมีบทบาทสำคัญในการออกแบบและ	1.2. เพื่อให้ปฏิบัติการพยาบาลมีความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ควรส่งเสริมให้เกิดการจัดการความรู้ ถ่ายทอด tacit knowledge ให้กับกลุ่มอายุ 5 – 10 ปี เพื่อทดแทนกลุ่มเกษียณในช่วง 5 ปีข้างหน้า ส่งเสริมการ coaching ในกลุ่มวิชาชีพพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มอายุงาน 0 – 5 ปี โดยบูรณาการเข้าสู่งานประจำ ร่วมกับการติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัด 2. องค์การแพทย์ ควรพิจารณากำหนดแนวทาง การกำกับดูแลแพทย์ใช้ทุนหมุนเวียนให้มีความชัดเจนทั้งด้านการดูแลการปฏิบัติงานและนอกเวลาราชการ โดยเฉพาะผู้ช่วยกลุ่มเสี่ยงและหัตถการเสี่ยงสูง พิจารณากำหนดเกณฑ์ในการปรึกษาแพทย์ โดยเฉพาะนอกเวลาราชการที่มี เช่น การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยแยกโรคที่สำคัญ เกณฑ์การรับเป็นผู้ป่วยใน เกณฑ์การส่งต่อที่ชัดเจน พิจารณาทบทวนการเป็น ทีมนำในการขับเคลื่อนมาตรฐานสำคัญ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ยืนยัน (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยติดเชื้อ ในช่วงสถานการณ์โรคระบาด COVID - 19 ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานสำคัญในชุมชน จัดแพทย์หมุนเวียนดูแลผู้ป่วยทั้งใน cohort ward, HI, CI และโรงพยาบาลสนาม ตลอดระยะเวลาดำเนินการ โดยไม่กระทบต่อการดูแลผู้ป่วยทั่วไป	จำเป็นเรื่อง diagnostic error ทั้งการวินิจฉัย การรายงาน การตรวจสอบ การทบทวน ตลอดจน ออบแบบแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อป้องกัน/ลดความรุนแรง จากความเสี่ยงเรื่องดังกล่าว
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย		
41 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย [II-3.1ก, ข]	มีความต่อเนื่องในการสร้างคุณภาพระบบสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ มีการบริหารจัดการในระบบ 5ส. มีความต่อเนื่องในการสำรวจและปรับปรุงด้านความปลอดภัยจากอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สม่่าเสมอทุกปีจากกลไกการตรวจสอบจากหน่วยงานผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกและทีมของโรงพยาบาล เช่น การก่อสร้างห้องน้ำสำหรับผู้ป่วยบริการและบุคลากรในคลินิกปฐม	ขอเสนอแนะให้หน่วยงานต่างๆ รายงานความเสี่ยงที่พบเข้าสู่ระบบเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมประเด็นปัญหาสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลนำมากำหนดมาตรการความเสี่ยงในการจัดระดับความรุนแรงให้เป็นแนวทางเดียวกัน และวิเคราะห์โดยจัดกลุ่ม เรื่องที่เกิดบ่อยครั้งที่ทำให้เสียหายรุนแรงนำมากำหนดเป็นแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมระยะสั้นระยะยาว พร้อมทั้งแนวทางการ
42 การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และความปลอดภัยจากอัคคีภัย [II-3.1ค, ง]		
43 เครื่องมือและระบบสาธารณสุขโรค [II-3.2ก, ข]		
44 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ [II-3.3ก]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ยืนยัน (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
45 การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม [II-3.3ข]	ภูมิ การปรับปรุงห้องความดันลบ ห้องเตรียมอาหารสหายาง ปรับการจัดพื้นที่ในทางอุบัติน้ำและน้ำดื่ม และระบบระบายอากาศในห้องตรวจโรคทั่วไป มีระบบสาธารณสุขโรคที่เพียงพอ พร้อมใช้ ทั้งระบบน้ำ ก๊าซทางการแพทย์ พัฒนาสิ่งแวดล้อมรอบโรงพยาบาลให้ร่มรื่น ปรับปรุงพื้นที่และอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับการอำนวยความสะดวกต่อผู้ป่วย การส่งผลให้ได้รับรางวัล green & clean hospital ระดับดีมาก ระหว่างปี 2564 - 2566	ประเมินผลเพื่อปรับแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ		
46 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention & Control-IPC) [II-4.1ก]	ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีการประสานกับระบบ ENV ในการปรับปรุงสถานที่และสิ่งแวดล้อมรองรับสถานการณ์โรคระบาด COVID - 19 เช่น ปรับปรุงห้องแยกโรคแบบ negative pressure จัดจุดบริการ ARI clinic ที่แยกออกจากอาคารผู้ป่วย ปรับเส้นทางทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) ควรออกแบบระบบ IC แบบเชิงรุก เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามบริบทขององค์กร ได้แก่ 1. ควรออกแบบระบบ IC ให้มีการดำเนินงานแบบเชิงรุกตามบริบทโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก F2 และออกการเฝ้าระวังการติดเชื้อในแบบเชิงรุก ให้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ เช่น
47 การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ [II-4.1ข]		
48 การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป [II-4.2ก]		
49 การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ [II-4.2ข] *		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ยืนยัน (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	เส้นทางการจัดการขยะ ปรับห้องผู้ป่วยใน ครั้งหนึ่งเพื่อทำเป็น cohort ward 10 เตียง การติดตั้งกล่องวงจรปิดและระบบกล้องวงจรปิด การเพิ่มการคัดกรองผู้ป่วย COVID - 19 ปรับปรุงอาหารเพื่อลดการสัมผัสผู้ติดเชื้อ ปรับปรุงศักยภาพของห้องตรวจ การกำหนดระบบการทำความสะอาด การป้องกันการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่อย่างรัดกุม สามารถควบคุม local transmission การแพร่กระจายของเชื้อ COVID - 19 ได้	1.1. กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังแบบ post discharge surveillance ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวเมื่อจำเป็น เช่น สายสวน ปัสสาวะ กลุ่ม CAPD 1.2. กลุ่มผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วย long term care ผู้ป่วย TB 1.3. กลุ่มผู้ป่วยกลุ่ม IMC จากโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดื้อยา 2. ควรสร้างการมีส่วนร่วม และเสริมพลังของ ผู้ปฏิบัติงานโดยเฉพาะพยาบาลในหน่วยงาน ให้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมในการรายงาน
II-5 ระบบเวชระเบียน		
50 ระบบบริหารเวชระเบียน [II-5.1 ก/ข]	มีการปรับปรุงรูปแบบการบันทึกเวชระเบียน	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) 1. ควรเพิ่มการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเชิงคุณภาพ อย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญและเสี่ยงสูงของโรงพยาบาล และควรนำผลการทบทวน
51 เวชระเบียนผู้ป่วย [II-5.2]	ผู้ป่วย นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบันทึกข้อมูลในส่วนของผู้ป่วยนอก แทนการ	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ใช้ OPD card ส่งผลให้การบันทึกข้อมูลมีความครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้น	ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนที่ได้รับการทบทวนไว้แล้วมากำหนดแนวทางการปรับปรุงเพื่อให้ได้เวชระเบียนที่มีคุณภาพเพียงพอต่อการสื่อสารภายในหน่วยงานและระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้เกิดข้อมูลที่มีคุณภาพเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย
		2. Digital technology ในระบบเวชระเบียน ควรส่งเสริมการพัฒนาเข้าสู่ระบบ EMR ในส่วนบริการ IPD เพื่อให้สามารถนำข้อมูลสารสนเทศในระบบบริการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง
II-6 ระบบการจัดการด้านยา		
52 การกำกับดูแลการจัดการด้านยา [II-6.1 ก] *	ระบบการจัดการด้านยา ที่คณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพระบบยา มีการกำหนด จัดหา เก็บรักษายาที่คำนึงถึงความประหยัด มีคุณภาพ และคุ้มค่าตามแนวคิดของบัญชียาหลักแห่งชาติ ร่วมกับการส่งเสริมการดำเนินการตามแนวทางของ RDU จนสามารถผ่านการ	คำแนะนำ (Suggestion) ระบบการจัดการด้านยา ที่มีการพัฒนาเพิ่มความชัดเจนในกลไกการดำเนินงานของทีมงานเชิงรุก เช่น การพัฒนาการกำกับปฏิบัติการเชิงรุก ในเรื่อง medication error, ADE ทั้งภายในโรงพยาบาลและในชุมชน การติดตามหรือตามรอยทั้งจากผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงและ
53 สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษา ยา [II-6.1 ข,ค]		
54 การสั่งใช้ยาและจ่ายหอดคำสั่ง [II-6.2 ก]		
55 การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา [II-6.2 ข]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
56 การบริหารยาและติดตามผล [II-6.2 ค]	ประเมินขึ้น 3 ได้ในปี 2564 รวมถึงการบริหารจัดการยาภายใต้สถานการณ์โรคระบาด COVID - 19 ให้ยาที่จำเป็นใช้โดยไม่ขาดแคลน ปรับระบบบริการ telepharmacy ร่วมกับ รพ. สต. อสม. เพื่อจัดส่งยาถึงบ้าน และติดตามการได้รับยา โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย NCD (DM, HT, CKD), TB, anti HIV ในช่วงที่มีการระบาดของ COVID - 19 และการเพิ่มรายการยารองรับการจัดบริการในกลุ่มผู้ป่วย palliative care ให้เข้ายาแก้ปวดและยาสมุนไพรที่จำเป็น ในด้านความปลอดภัยจากการใช้ยา พบมีการใช้ระบบ IT เข้ามาช่วยแจ้งเตือนในการสั่งใช้ยาให้เป็นไปตามนโยบาย เช่น ไม่สั่งยาที่แพ้ ส่งผลให้ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่แพ้ยาซ้ำ ในช่วงปี 2564 - 2565 การขึ้น pop-up แจ้งเตือนในกลุ่ม DI และในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์	กลุ่มที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยง ตลอดจนการประเมินประสิทธิภาพกระบวนการ นำมาปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการจัดการด้านอย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ พิจารณาปรับระบบบริการ ออบแบบแนวทางในการกำกับดูแลที่ชัดเจนร่วม กับสหสาขาวิชาชีพ เรื่องการส่งมอบยา ในช่วงเวลา 16.00 - 08.00 น. ควรมีแนวทางการกำกับติดตามแผนงานที่ยังไม่บรรลุตามการประเมินตนเองของมาตรฐานวิชาชีพพื้นฐาน กำหนดความสำคัญ/ความเร่งด่วน และประเมินความสำเร็จของกิจกรรม อย่างสม่ำเสมอ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ยืนยัน (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง		
57 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ [II-7.1]	บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ชำรงคุณภาพระบบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ อย่างต่อเนื่องได้รับการรับรองมาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ (Suggestion) 1. ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ควรส่งเสริมให้เกิดระบบบริหารคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการรับรองห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางรังสีกระทรวงสาธารณสุข 2. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ควรส่งเสริมให้มีการทบทวน 2.1. ควรทบทวนการออกแบบระบบการจัดการค่าวิกฤติ ประกอบด้วยการสำรวจค่าวิกฤติ ที่สอดคล้องกับอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก ระบบการรายงานค่าวิกฤติ และการใช้ประโยชน์ค่าวิกฤติในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย 2.2. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ควรกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงประเด็นคุณภาพ ความทันเวลา ความปลอดภัย ความพึงพอใจของกลุ่มผู้รับบริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อออกแบบระบบ
58 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก [II-7.2] *	ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (MOPH standard) จัดบริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุม 24 ชั่วโมงเพื่อรองรับการตรวจวิเคราะห์ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วน เช่น กลุ่มผู้ป่วย COVID - 19 ผู้ป่วยกักตัว ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจแบบพลัน ในผู้ป่วยที่มี	
59 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต [II-7.4] *	การเสียชีวิต มีระบบการสำรองโลหิตที่เพียงพอโดยการรักษาห่วงโซ่ความเย็นในการขนส่งตั้งแต่หน่วยเบก	
60 พยาธิวิทยากายวิภาค และบริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ [II-7.3 / 7.5]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		การจัดการได้อย่างตรงประเด็น เช่น ความพึงพอใจของแพทย์ พยาบาล รพ.สต.
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ		
61 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ [II-8]	มีการดำเนินงานร่วมกับสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. โดยขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการ พชอ. คปสอ. มีการเฝ้าระวังโรคผ่านรายงาน 506 ทั้งจาก รพ.สต.และโรงพยาบาล ใน สถานการณ์โรคระบาด COVID - 19 มีการ ออกแบบเป็นศูนย์ EOC ระดับโรงพยาบาล และระดับอำเภอ ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ใน เครือข่าย อสม. ร่วมมือกับชุมชนในการ จัดตั้ง mini CI ระดับหมู่บ้าน จัด CI ระดับ อำเภอ และโรงพยาบาลสนาม สามารถเฝ้า ระวังและตอบโต้กับสถานการณ์โรคระบาด ได้เป็นอย่างดี	คำแนะนำ (Suggestion) ควรวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยในกลุ่ม pulmonary, TB เชื่อมโยงกับพื้นที่ อาชีพ หรือปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อ ออกแบบระบบการป้องกันเชิงรุกในชุมชน โดยให้ รพ.สต. และเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วม

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
II-9 การทำงานกับชุมชน		
62 การทำงานกับชุมชน [II-9]	มีระบบการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ร่วมกับทีมหมอครอบครัว 2 ทีม ในการออกแบบบริการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยตั้งแต่ปี 2564 ได้ตอบรับนโยบาย 3 หมอ เน้นการดูแลสุขภาพ ใกล้เคียงบ้าน ใกล้ใจ และการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพตามแต่ละกลุ่มประชากร โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเชิงรุก เช่น การคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการล้มตกล้มที่มีผลการดำเนินการ > 90% ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2562 จนถึงปัจจุบัน การพัฒนาการดูแลสุขภาพเบาหวาน จัดตั้งโรงเรียนเบาหวานวิทยาเพิ่มเป็น 3 แห่ง และในสถานการณ์ภาวะโรคระบาด COVID - 19 โรงพยาบาลและชุมชน นำโดยคณะกรรมการควบคุมโรคระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นผู้นำและ	คำแนะนำ (Suggestion) ควรพิจารณาเพิ่มการเชื่อมโยงและการวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญระหว่างทีมชุมชน ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วย NCD ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะ hypo/hyperglycemia, hypertension, UGIB, 2.53S (stroke, STEMI, sepsis) หรือภาวะที่เกิดจากภัยสุขภาพที่สามารถป้องกันได้ดูแลต่อเนื่องได้ เพื่อให้ทีมสามารถออกแบบระบบการดูแลสุขภาพได้อย่างครบวงจร โดยเน้นจุดแข็งของทีมด้านชุมชนเข้มแข็ง

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	สาธารณสุขเป็นทีมเลขา ร่วมกับหน่วยราชการในชุมชน จัดหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยภายในชุมชน จำกัดการระบาดในวงกว้าง พัฒนาระบบการรับส่งผู้ป่วยสู่โรงพยาบาล อย่างเหมาะสม การณรงค์การฉีดวัคซีนป้องกันโรคในทุกลุ่มประชากรอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ ยังคงส่งเสริมการให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันโรคใช้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ชุมชนมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องสามารถเป็นต้นแบบและได้รับรางวัลในระดับจังหวัด ได้แก่ หมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง ระดับเขต รางวัลชมรม อสม. ต้นแบบ และระดับประเทศ รองชนะเลิศอันดับที่ 1 ในเรื่ององค์กรครัวเรือนเข้มแข็ง บ้านแพะต้นยางงาม ในปี 2564	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย		
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ		
63 การเข้าถึงบริการ [III-1(1-3*)]	มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบ fast track โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยสำคัญเร่งด่วน เช่น stroke, STEMI แม้แต่ในช่วงสถานการณ์โรคระบาด COVID - 19 ยังคงยึดมั่นในแนวทางปฏิบัติ fast track ส่งผลให้อัตราการเข้าถึงบริการ onset to door ในผู้ป่วย stroke ในช่วงปี 2563 - 2565 2.86, 2.25, 2.3 ชั่วโมง ประชาสัมพันธ์ alarming symptom ในกลุ่มเสี่ยงในคลินิกโรคเรื้อรัง มีเครือข่ายการรับส่งต่อผู้ป่วย ทั้ง รพ สต. หน่วยงานชุมชน และ อสม. ทีม EMS และโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยประสานส่งต่อข้อมูลผ่านระบบวิทย์ 1669, Thai refer, Thai care เพิ่มช่องทางการเข้าถึงในกลุ่มผู้ป่วยติดสุรา/ยาบ้าให้สามารถส่งต่อเข้าคลินิกสุขภาพจิต พบพยาบาลจิตเวชได้ในระบบ fast track ทำ	
64 กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent [III-1(4-8*)]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ให้อัตราการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตั้งแต่ปี 2561 – 2565 มีอัตราเพิ่มขึ้นในทุกปี 97.6%, 107.2%, 120.2%, 127.40%, 132.9% <u>ความก้าวหน้าจากการทบทวนเพิ่มเติมพบว่า</u> ทีมได้ทบทวนเพิ่มเติมในเรื่องของระเบียบ การปรึกษาแพทย์เวรที่ห้องฉุกเฉิน โดยปรับใช้กระบวนการคัดกรอง triage เพื่อจำแนกผู้ป่วยเป็น 5 กลุ่ม ตามระดับ ประสิทธิภาพ ความรุนแรง และกำหนดการรอระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องพบแพทย์ แบ่งตามความรุนแรง โดยให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้ทำการ รายงานและปรึกษาแพทย์ 1. แนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ ที่มิได้มีการกำหนดแนวทางการส่งต่อผู้ตั้งครรภ์ เสี่ยงสูงร่วมกับสูตินรีแพทย์ จากรพ.แม่ข่าย ผู้รับส่งต่อ โดยแบ่งจำแนกแบ่งกลุ่ม high risk pregnancy เป็นสีแดง เหลือง	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งชี้แจง (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	เชื่อว่า โดยพิจารณาจากประวัติการระบาด การตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มสีแดง เมื่ออายุครรภ์ครบ 30 สัปดาห์ ส่งปรึกษาสูติรีแพทย์ทุกราย กลุ่มสีเหลือง ได้แก่ มีประวัติการเสียชีวิตในครรภ์/เสียชีวิตแรกเกิด ประวัติคลอดก่อนกำหนด ประวัติทารกน้ำหนัก <2500 กรัม หรือ > 4,000 กรัม และกลุ่มสีเขียว ได้แก่ มารดาอายุ <17 ปี หรือ > 35 ปี นับว่าเสี่ยงต่ำ สามารถพิจารณาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลได้ สำหรับเกณฑ์ในการส่งปรึกษาในระยะคลอด มีรายละเอียดที่ชัดเจนในการประเมินสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และสุขภาพทารกในครรภ์ และกำหนดแนวทางปฏิบัติเบื้องต้นที่ได้มาจากการประชุม	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ยืนยัน (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	เพื่อพิจารณาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ในรูปแบบเครือข่าย 2. ทีมมีการปรับเกณฑ์การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยแบ่งตามเกณฑ์ทั่วไป ซึ่งเป็นกรณีที่มีความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วย และเกณฑ์เฉพาะโรค โดยใช้อาการและอาการแสดง เบื้องต้นที่ช่วยตัดสินใจในการรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อ การดูแลรักษาใกล้ชิด หรือมีแนวโน้มที่ การดำเนินของโรคมีโอกาสทรุดลงได้หากกลับไปรักษาที่บ้าน โดยมีเพิ่มเติมและอธิบายลักษณะอาการเฉพาะโรคละเอียดมากขึ้น เพื่อประโยชน์ในการประเมินและการสื่อสารที่ชัดเจน ทั้งนี้ได้กำหนดเกณฑ์ตามกลุ่มเสี่ยง 21 กลุ่มโรค และเพิ่มเติมในกลุ่มที่ไม่สามารถ	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	สื่อสารได้ เช่น ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยจิตเวช	
III- 2 การประเมินผู้ป่วย		
65 การประเมินผู้ป่วย และการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค [III-2 ก, ข]	1. การประเมินผู้ป่วย ที่กำหนดให้ทุกจุดบริการมีการประเมินผู้ป่วยโดยครอบคลุมทั้งด้านกาย ใจ จิตสังคม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ที่อยู่ใน NCD คลินิก นอกจากจะได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางโรคหลอดเลือดสมอง และ CVD risk แล้ว ยังได้รับการประเมินเรื่องการเดินและกล้ามเนื้อที่มีโอกาสเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม และจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแล ผลการติดตามพบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มลดลง	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) 1. การประเมินผู้ป่วย: ควรพิจารณาแนวทางการกำกับการประเมินผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้คำวินิจฉัย โดยเฉพาะในช่วงนอกเวลาราชการที่แพทย์อาจไม่ประจำการตลอดเวลา ณ ห้องฉุกเฉิน ให้มีความชัดเจน รวมทั้งผลการประเมินในเวชระเบียนที่สามารถใช้สื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ 2. การประเมินผู้ป่วย: ควรพิจารณาแนวทางการกำกับการประเมินผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้คำวินิจฉัย โดยเฉพาะในช่วงนอกเวลาราชการที่แพทย์อาจไม่ประจำการตลอดเวลา ณ ห้องฉุกเฉิน ให้มีความชัดเจน รวมทั้งผลการประเมินในเวชระเบียนที่สามารถใช้สื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ 3. การประเมินผู้ป่วย: ควรพิจารณาแนวทางการกำกับการประเมินผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้คำวินิจฉัย โดยเฉพาะในช่วงนอกเวลาราชการที่แพทย์อาจไม่ประจำการตลอดเวลา ณ ห้องฉุกเฉิน ให้มีความชัดเจน รวมทั้งผลการประเมินในเวชระเบียนที่สามารถใช้สื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้
66 การวินิจฉัยโรค [III-2 ค] *	2. การวินิจฉัยโรค: เปิดให้บริการและพัฒนาระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	จำเป็นในทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ เช่น blood lactate, Trop T เพื่อให้แพทย์ได้ใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของโรคได้อย่างถูกต้อง แม่นยำและทันเวลา ที่กำหนดแนวทางบริการสุขภาพเฉพาะทางจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ในกลุ่มผู้ป่วย MI, head injury โดยมีช่องทางการปรึกษาผล EKG, CT brain ในแบบ online เพื่อประสานผลการวินิจฉัยและการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว	โรงพยาบาลแม่ข่าย ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีการทรุดลงอย่างรุนแรง 2. การวินิจฉัยโรค ควรพิจารณาพบความถูกต้องของการวินิจฉัย ที่สามารถทราบได้จากผลของการวินิจฉัยท้ายสุดของโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อนำมาพบทวนคำวินิจฉัยก่อนการส่งต่อ เพื่อนำมาออกแบบระบบเพื่อลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัย เป้าหมายมาตรฐานสำคัญจำเป็นด้านการวินิจฉัยคลาดเคลื่อน
III-3 การวางแผน		
67 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย [III-3.1]	1. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย ที่มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคสำคัญ โดยจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย (CPG) และแนวทางปฏิบัติที่อ้างอิง evidence base, guideline ตาม service plan เช่น sepsis, PPH, depression,	คำแนะนำ (Suggestion)
68 การวางแผนจำหน่าย [III-3.2]		1. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย ควรพิจารณาการพบทวนผลลัพธ์ของผู้ป่วยเมื่อได้การปฏิบัติตามเกณฑ์ CPG ที่ทีมกำหนดไว้ เพื่อนำผลลัพธ์มาวิเคราะห์และปรับปรุง พัฒนา CPG ให้สอดคล้องกับบริบทข้อจำกัดโรงพยาบาล พิจารณาเพิ่มแนวทางการดูแล

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	COPD, CKD ที่มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่เกินศักยภาพโดยการประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยแก่แพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ตาม guideline ที่ออกแบบไว้ และในช่วงสถานการณ์โรคระบาดฉุกเฉิน COVID - 19 ในช่วง 2 - 3 ปีที่ผ่านมา ทีมได้วางแผนการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น TB, HIV, NCD COPD ทำให้พบว่าอัตราการรักษากลุ่มโรคสำเร็จในช่วงปี 2562 - 2564 ยังคงเป็นไปตามเป้าหมายที่มี success rate >85% 2. การวางแผนจำหน่าย ทีมกำหนดกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่ายได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง จิตเวช และกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยกำหนด	ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มโรคสำคัญ แต่ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เช่น UGIB, pneumonia, fracture, alcoholic withdrawal เพื่อให้ทีมมีแนวทางที่ชัดเจนทั้งการดูแล การดูแลต่อเนื่องและส่งเสริมป้องกัน โดยอาศัยการประสานเชื่อมโยงกับทีมชุมชน รพ สด. อสม. ส่งต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ระหว่างกัน 2. การวางแผนจำหน่าย ควรพิจารณาการวางแผนเพื่อติดตามประสิทธิภาพของการวางแผน การจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ทีมกำหนดไว้ เช่น แนวโน้มการขึ้น หรือไม่เลวลงของผู้ป่วย อัตราการกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน ประกอบอาชีพ สภาพจิตใจ หรือความพึงพอใจต่อการวางแผนการจำหน่ายร่วมกันของทีม เป็นต้น เพื่อให้ทีมได้รับข้อมูลคุณภาพ นำกลับไปพัฒนางานคุณภาพต่อไป

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	แนวทางการจำหน่ายโดย D-method และวางแผนทางการจำหน่ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น PC stroke เตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแลด้านอาหาร การพลิกตะแคงตัว การดูแลแผล ให้ผู้ดูแลฝึกทำเสมือนจริงภายใต้การดูแลของพยาบาล และประสานกับทีม COC เสริมพลังและติดตามการเยี่ยม มีการประสานกับองค์กรภายนอก เพื่อช่วยสนับสนุนบางอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ แต่ไม่มีกำลังทรัพย์ เช่น ชมรมจิตอาสาช่วยทำที่นอนลม การยืมเครื่องออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ	
III-4 การดูแลผู้ป่วย		
69 การดูแลทั่วไป [III-4.1]	1. การดูแลผู้ป่วยทั่วไป มีการจัดการบริการ	คำแนะนำ (Suggestion) 1. การดูแลผู้ป่วยทั่วไป ควรพิจารณาการวางแผนทางการกำกับดูแลที่ชัดเจน ใน ตรวจจับผู้ป่วยนอกเวลาราชการที่พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ตรวจรักษา
70 การดูแลและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง [III-4.2]	ผู้ป่วยทั่วไป และจัดบริการคลินิกเฉพาะ	
71 การประเมินความรู้ [III-4.3 ก]	เช่น NCD clinic คลินิก TB/HIV คลินิก	
72 การผ่าตัด [III-4.3 ข] *	นมแม่ คลินิกจิตเวช และจัดบริการ ARI	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
73 อาหารและโภชนาบำบัด [III-4.3 ค]	คลินิก แยกผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจแยกออกจากผู้ป่วยทั่วไป โดยให้บริการตรวจรักษาและรับยา เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อภายในโรงพยาบาล ภายในหอผู้ป่วยจัดแบ่งพื้นที่เพื่อดูแลผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อแพร่กระจายเชื้อ เช่น โซนแม่และเด็ก โซนติดเชื้อ โซนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปรับพื้นที่เป็น cohort ward เพื่อรองรับการรักษาผู้ป่วย COVID 2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการจัดทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยการปรับระดับประคอง มีแนวทางในการประเมินรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ แนวทางดูแล การบริหารยา การเฝ้าระวังทางด้านจิตใจ โดยกำหนดกลุ่มผู้ป่วยระยะรุนแรงที่สุดท้าย	เบื้องต้นก่อนที่จะรายงานแพทย์เวรที่เหมาะสม คำนี้ถึงความถูกต้องปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ในด้านศักยภาพ ประสิทธิภาพการตัดสินใจ ความรู้ความสามารถ ตลอดจนคุณสมบัติที่เหมาะสม โดยการพัฒนาการดูแลจากแพทย์ 2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรพิจารณาเรื่องการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยบริการต่างๆ และในช่วงเวลาต่างๆ เพื่อให้สามารถวางแผนการเฝ้าระวังและแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ชัดเจนตามบริบทโรงพยาบาล พิจารณาเลือกสื่อสารเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม ถูกต้องและแม่นยำ ในทุกหน่วยงาน วางแนวทางการส่งต่อหากเกิดศักยภาพอย่างเหมาะสม ทั่วทั้งที่ กำหนดกิจกรรมหรือเหตุการณ์เสี่ยงสูง ในด้านแนวทางปฏิบัติ การกำกับดูแลอย่างเหมาะสม โดยแพทย์ หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และทบทวนความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ
74 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [III-4.3 ง]		
75 การจัดการความปวด [III-4.3 จ]		
76 การฟื้นฟูสภาพ [III-4.3 ฉ]		
77 การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง [III-4.3 ช]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	กลุ่มหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม รุนแรง โรคไตวายเรื้อรังที่ปฏิกิริยาการพอกไต heart failure, COPD มีแนวทางในการประเมินคนไข้ โดยใช้ PPS, pain score, barden score และบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนเพื่อให้การประเมินและสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และญาติเป็นไปในทางเดียวกัน ปรับพื้นที่บริการให้เป็นสัดส่วน เป็นส่วนตัว ลดการรบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น สนับสนุนการดูแลจิตใจตามความเชื่อความศรัทธาทางศาสนาที่เหมาะสม 3. ทีมฟื้นฟูสภาพได้ออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นกลุ่มผู้ป่วย stroke, COPD, HI, spinal injury โดยมีการดูแลร่วมวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการฝึกทักษะของผู้ป่วยและ care giver ในการดูแลที่บ้านและ	3. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรพิจารณาการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมชุมชน เสริมความรู้ความเข้าใจในเป้าหมายของการรักษา เสริมมโนใจในการดูแลแก้ปัญหาและทีม อสม. รพ.สต. โดยเฉพาะการจัดการกับภาวะไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อาการเหนื่อยหอบ ปวด แน่นท้อง สับสน โดยเน้นความเข้าใจเรื่องการใช้ยา/อาการข้างเคียง การบรรเทาอาการแก่ผู้ป่วย

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายในกิจกรรมที่จำเป็น เช่น การทำอาหารปันทานการป้องกันแผลกดทับ การทำแผล การกายภาพบำบัด การพ่นยา มีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งทีมแพทย์แผนไทย ร่วมดูแลผู้ป่วย โดยเน้นการฟื้นฟูกล้ามเนื้อ การหวัด/ฝังเข็มเพื่อลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ โดยมีผลการติดตามอย่างน้อย 6 เดือนในกลุ่ม stroke >90% ตั้งแตปี 2562 เป็นต้นมา อัตราผู้ป่วย stroke ที่ได้รับการแพทย์ทางเลือกเพิ่มคะแนน BI ≥ 2 ในช่วง 6 เดือน อยู่ในเกณฑ์ 92% - 96% ตั้งแตปี 2561 เป็นต้นมา	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<u>ความก้าวหน้าจากการทบทวนเพิ่มเติมพบว่า</u> การดูแลผู้ป่วยเสียชีวิตสูง ทมพิจารณากำหนดแนวทางในการดูแลและเฝ้าระวังภาวะที่ผู้ป่วยทรุดลงในกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะ sepsis ร่วมกับภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ใช้ SIRS ในการวินิจฉัย ร่วมกับ กำหนด early warning sign สำคัญเพื่อเป็นเกณฑ์ในการรายงานแพทย์ทันที เช่นเดียวกับกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงอื่น เช่น COPD, pneumonia, DM, DHF ผู้ป่วยเด็ก,ผู้ป่วยสูงอายุ หญิงตั้งครรภ์	
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว		
78 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง [III-5]	<u>สิ่งที่พบ</u> มีการให้ข้อมูลและเสริมพลังในกลุ่มโรคเรื้อรัง DM, HT, CKD, stroke กลุ่มโรคติดต่อ/โรคระบาด ผู้ป่วย TB กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ผู้ติดสุรา	คำแนะนำ (Suggestion) ทีมที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการเสริมพลังที่เชื่อมโยงกันร่วมกับวิถีสู่ชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ยืนยัน (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
III-6 การดูแลต่อเนื่อง		
79 การดูแลต่อเนื่อง [III-6]	มีระดับการดูแลต่อเนื่อง โดยเริ่มการขับเคลื่อนระดับอำเภอ (DHS) และปรับเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB) มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ที่ประสานข้อมูลการส่งต่อไปยัง รพ.สต. ในเครือข่าย มีศูนย์ Thai COC มาใช้ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องดูแลที่บ้าน โดยเน้นผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ที่บ้าน กลุ่ม long term care (stroke, MI, CKD, CA, PC) มีการติดตามการเยี่ยมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับ รพ.สต. ร้อยละผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วย long term care ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ เป็น 100% ตั้งแต่ปี 2561 - 2565 อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง >95% ตั้งแต่ ปี 2562	คำแนะนำ (Suggestion) ควรพิจารณากำหนดแนวทางการติดตาม การนัดหมายผู้ป่วย ตลอดจนระบบประเมินผลของการนัดหมายในผู้ป่วยแต่ละหน่วยบริการ/คลินิกเฉพาะโรคต่างๆ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาออกแบบและปรับระบบบริการที่ต้องสนองความต้องการของผู้ป่วย และเพื่อให้การติดตามการรักษาต่อเนื่อง การเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลการรักษาที่สำคัญ แก่ ชุมชน โดยผ่าน อสม. รพ.สต. ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนย้าย หรือมีแนวโน้มที่ไม่สามารถมาตามนัดได้

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ		
IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ		
(1) ตัววัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย		
80 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในภาพรวม [IV-1, III]	1. อัตราการเสียชีวิตโดยรวมของทั้งโรงพยาบาลโดยวิเคราะห์ ข้อมูลตามแหล่งที่เก็บข้อมูลที่ ER, IPD และกลุ่ม palliative care 2. อัตราการ re admit ภายใน 28 วัน โดยทีมพบในกลุ่ม URI, CKD, COPD ซึ่งยังมีแนวโน้มคงที่ตลอดปีที่ผ่านมา 3. อัตรา unplan refer ที่ 2 ชั่วโมง และที่ 24 ชั่วโมง โดยทีมพบว่าอัตราการ refer หลัง admit ที่ 2 ชั่วโมง มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการทำงานและปรับเกณฑ์การ admit, refer ที่สอดคล้องกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยเฉพาะกลุ่มโรคสำคัญ	เพื่อแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่สำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย สามารถแสดงผลโดยการจำแนก วิเคราะห์ผลลัพธ์ ในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ครอบคลุมมากขึ้น เช่น อัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น stroke, STEMI, sepsis อัตราการเกิดภาวะ complication ในกลุ่ม NCD เช่น acute hypo/hyperglycemia, severe HT, congestive HF ที่ผู้ป่วย NCD เข้ารักษาในภาวะฉุกเฉิน พร้อมทั้งแสดงการวิเคราะห์สาเหตุ และออกแบบระบบเพื่อป้องกัน หรือลดความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนดังกล่าว ตามบริบทโรงพยาบาล

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
81 ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ [IV-1, III-1]	- ผลลัพธ์ที่มีแนวโน้มที่ดีขึ้นจากปี 2561 - 2565 เช่น onset to hospital ของ stroke ร้อยละ 8.35, 20.50, 27.27, 30.76, 50 ตามลำดับ อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 97.60, 107.21, 120.20, 127.40, 132.90 ตามลำดับ - ผลลัพธ์ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เช่น onset to hospital ของ STEMI	- ควรติดตามตัวผู้เข้ารับบริการ EMS โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเสี่ยงสูงเพื่อเพิ่มความครอบคลุมให้มากยิ่งขึ้น - ควรเพิ่มตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การเข้าถึงบริการสุขภาพให้ครอบคลุมโรคและกลุ่มผู้ป่วยสำคัญตามบริบทของโรงพยาบาล
82 ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1, III-5, 6]	- ผลลัพธ์ที่มีแนวโน้มดีขึ้น คือ อัตราการ re admit ใน 28 วันของผู้ป่วย COPD ร้อยละการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย long term care (stroke, MI, CKD, CA, PC) - ผลลัพธ์ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เช่น อัตราการขาดยาของผู้ป่วย TB ตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป ร้อยละผู้ป่วย IMC ทั้งหมดที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพมีค่า BI ที่เพิ่มขึ้น	ควรทบทวนผลลัพธ์ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย หรือตัวชี้วัดที่แนวโน้มไม่ดีขึ้น เช่น อัตราผู้ป่วยเบาหวานน้ำตาลสะสมได้น้อยกว่า 7 อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตคุมความดันได้ <140/90 mmHg จำนวนผู้ป่วย COPD เกิด AE มาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย การติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น
83 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (มิติความเหมาะสมและประสิทธิภาพ) [IV-1, III-2, 3, 4]		
84 ผลลัพธ์ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย [IV-1, III-2, 3, 4]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	3. ผลลัพธ์ส่วนใหญ่ามีแนวโน้ม ยังไม่ดีขึ้น เช่น อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสมได้น้อยกว่า 7 อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตคุมความดันได้ <140/90 mmHg จำนวนผู้ป่วย COPD เกิด AE แนวโน้มค่า CMI รวม มีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี 2561 (0.56) บรรลุเป้าหมายที่ >0.60 ในปี 2562 - 2564 แต่ลดลงในปี 2565 (0.58) 5. แสดงตัวชี้วัดวันนอนเฉลี่ย 10 รายโรคสำคัญพบว่า มีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะกลุ่ม thalassemia/anemia ที่ต้องได้รับเลือด แต่กลุ่ม UTI, pneumonia มีแนวโน้มสูงขึ้น	
85 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S) * [IV-1, III-4.3 ก, ข]		
86 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I) * [IV-1, II-4]	การกำหนดตัวชี้วัดในระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ไม่ครอบคลุมกับบริบท	1. ควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดที่วัดประสิทธิภาพประสิทธิภาพระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อแบบเชิงรุกเชื่อม

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	โรงพยาบาล มีการติดตามตัวชีวิตตาม targeted สำคัญ เช่น อัตราการเกิด HAP, episiotomy infection,CAPD, phlebitis ตา- สะดืออีกเสบในทารกแรกเกิด	กับชุมชน ให้ครอบครัวกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญของ โรงพยาบาล เช่น 1.1. กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังแบบ post discharge surveillance 1.2. กลุ่มผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง 1.3. กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ในชุมชน 1.4. กลุ่มผู้ป่วยกลุ่ม IMC จากโรงพยาบาลแม่ข่าย 2. ควรสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานใหม่ส่วนร่วมในการเฝ้าระวังผ่านการส่งต่อข้อมูลและติดตามตัวชีวิต จากระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม
87 ผลลัพธ์ระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M) * [IV-1, II-6, II-7.4]	ความปลอดภัยด้านยา แสดงตัวชีวิตเรื่อง medication error แยกกลุ่ม IPD, OPD ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมาย อุบัติการณ์ ADE ระดับ E ขึ้นไป ปี 2561 พบ 2 รายและ ปี 2563 - 2564 พบปีละ 1 ราย	ความปลอดภัยด้านยา ควรพิจารณาตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงการเฝ้าระวังและติดตามประเมินความเสี่ยงต่างๆ ในเชิงรุก เช่น ในหน่วยงาน ในช่วงนอกเวลาราชการ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
88 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยภายในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P) * [IV-1, III]	1. แสดงจำนวนอุบัติการณ์ delay/miss diagnosis ตั้งแต่ปี 2563, 2564, 2565 5, 9, 6 ไล่ตามลำดับ 2. อุบัติการณ์การระบุตัวผิดพลาด แนวโน้มดีขึ้นจากปี 2563 14 ราย จนปี 2565 พบ 2 ราย 3. อัตราการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลด้วยภาวะ hypo/hyper glycemia อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด คือ < 5 ตั้งแต่ปี 2562 - 2565 อยู่ในช่วง 0.014 - 0.23	1. ควรพิจารณาจำแนกตัวชี้วัดด้านการระบุตัวผิดพลาดตามหน่วยงาน ความรุนแรง ช่วงเวลา เพื่อให้ออกแบบระบบที่เหมาะสมในแต่ละหน่วยบริการ 2. ควรแสดงตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั่วไป เช่น ผลลัพธ์ประเมินปัจจัยการเกิด risk of fall การป้องกันการเกิดภาวะ sore
89 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัววัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L) * [IV-1, II-7.2]		ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ควรวัดความพึงพอใจตามกลุ่มผู้รับบริการ เช่น แพทย์ พยาบาล รพ.สต. ผู้ป่วยและญาติ เพื่อจะได้ปรับปรุงระบบและเกิดการทำงานที่ดี
90 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E) * [IV-1, III-4.2 (5)]	อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน under triage ระดับ E พบปีละ 1 ราย ในทุกปี และ overtriage ตั้งแต่ปี 2562 - 2565 อยู่ระหว่างร้อยละ 12.22 - 13.54	ควรพิจารณาตัวชี้วัด under triage ที่ระดับความรุนแรงน้อยกว่าที่เกิดขึ้นหรือไม่ ในช่วงเวลาใด เพื่อทำให้สามารถออกแบบระบบได้กับ ป้องกันก่อนการเกิดอุบัติเหตุในระดัที่สูงขึ้น

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
(2) ตัววัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ		
91 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ 3-7 ตัว [IV-1 (2)]	1. แสดงร้อยละของการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่เปลี่ยนเป็นติดบ้านได้ > 5% ได้เป็นไปตามเกณฑ์ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็น 5.9, 6.7, 6.5 ในปี 2563 - 2565 2. การได้รับวัคซีนเข็มใหญ่ในกลุ่มเป้าหมาย เป็น 100% ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นมา 3. ผู้ป่วยเสี่ยงเบาหวาน รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม > 90% ตามเป้าหมาย อยู่ในเกณฑ์ (95.35% - 98.76%) 4. อัตราการคัดกรอง/ประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่ >80% ตั้งแต่ปี 2561 ยกเว้นปี 2565	1. ควรเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจาก NCD เช่น อัตราการลดลงของ BMI ในผู้ป่วย HT, teenage pregnancy ได้รับคำแนะนำเรื่องคุมกำเนิด อัตราการคัดกรองภาวะทำเบาหวาน 2. ควรเพิ่มตัวชี้วัดในกลุ่มประชากรไม่เป็นโรค แต่อยู่ในเกณฑ์เฝ้าระวัง เช่น อัตราการประเมิน BMI อัตราการเลิกบุหรี่/เลิกติดสุราในชุมชน อัตราเด็กก่อนวัยเรียนที่ได้รับการตรวจสุขภาพฟัน
92 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน [II-8, II-9]		
IV-2 ผลด้านการมุ่งเห็นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิตินเป็นศูนย์กลาง)		
93 ตัววัดผลลัพธ์สำคัญด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย[IV-2, I-3]	1. ร้อยละความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในอยู่ในระดับที่ > 80% บรรลุตามเป้าหมาย มาโดยตลอด เว้น	ควรเพิ่มเติมข้อมูลที่สะท้อน ความไว้วางใจของชุมชนที่มีต่อโรงพยาบาล เพื่อแสดงถึงความผูกพัน เช่น อัตราการ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่น่าสนใจ (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ปี 2563 ที่ความพึงพอใจ OPD ได้ 75.96% จากเรื่องการให้บริการที่แออัด และห้องน้ำ ที่มึงได้ปรับปรุงห้องน้ำ และจัดสถานที่ รวมถึงขยายวันให้บริการ ใน NCD คลินิก เพื่อลดความแออัด 2. ร้อยละความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนอยู่ในช่วง 84.5 - 88.70% ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ เป้าหมายตลอด 5 ปีที่ผ่านมา	กลับมาใช้บริการของผู้รับบริการ การแนะนำบอกต่อการเข้ารับบริการ ในจุดบริการต่างๆ
IV-3 ผลด้านกำลังคน		
94 ผลลัพธ์ด้านกำลังคน [IV-3, I-5] *		ข้อเสนอนแนะ (Suggestion) ควรวัดผลให้ครอบคลุมตามเป้าหมาย เช่น ศักยภาพและขีดความสามารถ เพื่อนำมาติดตามวางแผน HR plan ในการขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายองค์กร
IV-4 ผลด้านการนำ		
95 ผลลัพธ์ด้านการนำ [IV-4, I-I, I-2]	1. ร้อยละแผนการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ ตัวชี้วัดยังไม่บรรลุเกณฑ์ เป้าหมายที่ตั้ง	ข้อเสนอนแนะ (Suggestion) 1. ควรเพิ่มและติดตามตัวชี้วัด ที่ยังไม่บรรลุตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ อาจจำแนกกลุ่มตามแนวโน้มของความสำเร็จ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ยืนยัน (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	วันที่ 70% ปี 2562 - 2564 อยู่ระดับ 53.45 - 55.17% 2. อัตราการปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานของบุคลากร มากกว่า 95% ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นมา	ตามโอกาสหรือความเสียหายที่เกิดขึ้น จากที่ทีมวิเคราะห์ 2. ควรเพิ่มตัวชี้วัดที่สามารถแสดงประสิทธิภาพการปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน
IV-5 ผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญ		
96 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV [IV-5, II]	มีผลลัพธ์ตัวชี้วัดที่วัดระบบบริหารความเสี่ยง เป็นแบบลักษณะเชิงตั้งรับก่อให้เกิดอุบัติเหตุ มีการออกแบบระบบรายงานผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์รายวันรวมในปี 2564 - 2565 จำนวน 194, 104 ครั้งตามลำดับ	ควรเพิ่มตัวชี้วัดที่สะท้อนประสิทธิภาพของระบบ งานสำคัญของการที่เพิ่มขึ้น เช่น ตัวชี้วัดที่ใช้ในการวัดประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงแบบเชิงรุก เพื่อสะท้อนให้เห็นความสามารถในการวางระบบป้องกัน เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
IV-6 ผลด้านการเงิน		
97 ผลลัพธ์ด้านการเงิน [IV-6, I-2]	1. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน อยู่ในระดับที่ ≥ 1.5 เป็นไปตามเป้าหมาย ตั้งแต่ปี 2562 (1.45) จนถึงปี 2565 (2.77) ที่ดีขึ้นอย่างก้าวกระโดด	ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ควรวิเคราะห์ และแสดงความคล่องตัวทางการเงิน ที่ดีขึ้น จากสาเหตุใด เพื่อให้สามารถคงสภาพได้อย่างต่อเนื่อง หรือแนวโน้มการเพิ่มรายได้ที่ยั่งยืน

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ยืนยัน (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	2. อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว เป็นไปตามเป้าหมาย ≥ 1 ตั้งแต่ปี 2562 (1.32) จนดีมาก ในปี 2562 (2.65)	

ความเห็นเพิ่มเติมจากคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ

คณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพได้พิจารณารายงานผลการเยี่ยมสำรวจ มีความเห็นเพิ่มเติม ดังนี้

1. สิ่งที่น่าชื่นชม

- 1.1. การนำ ผู้บริหารสูงสุด มีความผูกพันกับองค์กร ชุมชน นำทีมทั้งในและนอกโรงพยาบาล พัฒนาคุณภาพในทุกมิติ ทำให้เป็นที่ยอมรับทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน มีความต่อเนื่องในการสร้างบรรยากาศองค์กรให้เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ การทำงานร่วมกับชุมชน ให้การเสริมพลังอำนาจในการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในกิจกรรมและโครงการต่างๆ มีการชี้้นำในการพัฒนาปรับระบบบริการและดำเนินงานแก้ไขปัญหาในช่วงสถานการณ์โรคระบาด COVID - 19 การพัฒนาเข้าสู่ new normal มีความต่อเนื่องในการปลูกฝังทัศนคติด้านจริยธรรมและคุณธรรมผ่านชมรมจริยธรรม จัดอาสาให้กับบุคลากรทุกระดับ มีนโยบายส่งเสริมการดำเนินงานที่เน้นคุณธรรม ความโปร่งใสผ่านการประเมิน ITA ในระดับ 100%
- 1.2. ความรับผิดชอบต่อสังคมโดยดำเนินงานร่วมกับชุมชน การจัดหน่วยบริการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มติดบ้านติดเตียง กลุ่มผู้พิการหรือผู้ด้อยโอกาส โดยกลไกการขับเคลื่อนของ พชอ. จัดประชุมประชาคมร่วมกับผู้นำท้องถิ่นเพื่อเตรียมพร้อมในการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน การออกแบบบริการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ตอบรับนโยบาย 3 หมอ เน้นการดูแล ใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจและการดูแลและส่งเสริมสุขภาพตามแต่ละกลุ่มประชากร โดยเฉพาะการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเชิงรุก มีความชัดเจนในความรับผิดชอบต่อสังคมและสาธารณะ มุ่งการออกแบบระบบในเชิงบูรณาการของระบบงานและหน่วยงานในโรงพยาบาลและร่วมกับเครือข่ายหน่วยงานปกครองท้องถิ่น และชุมชน การรณรงค์ไม่ดื่มเหล้า เล่นการพนันในงานศพ ขับขี่ปลอดภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางจราจร การจัดการกับขยะและลดการเผาขยะในชุมชน ส่งเสริมการให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ชุมชนมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องสามารถเป็นต้นแบบและได้รับรางวัลในระดับจังหวัด ได้แก่ หมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง ระดับเขตรางวัลชมรม อสม.ต้นแบบและระดับประเทศ รองชนะเลิศอันดับที่ 1 ในเรื่ององค์กรครัวเรือนเข้มแข็ง ในปี 2564
- 1.3. ความต่อเนื่องในการพัฒนาระบบบริการ การเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน STEMI, stroke ตามระบบ fast track ร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่จังหวัด การธำรงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลลัพท์ HbA1C อยู่ในเกณฑ์ที่ดี มีการธำรงและพัฒนาคุณภาพในระบบงานสำคัญต่างๆ เช่น ความปลอดภัยด้านโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ระบบ IT ที่มีพื้นฐานที่ดี มีการพัฒนาระบบยาที่ได้รับการรับรอง RDU ชั้น 3 กลุ่มผู้ป่วย palliative care ให้เข้ายา

แก้ปวดและยาสมุนไพรที่จำเป็น ในด้านความปลอดภัยมีการใช้ระบบ IT เข้ามาช่วยแจ้งเตือนในการสั่งจ่ายให้เป็นไปตามนโยบายส่งผลให้ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่แพ้ยาซ้ำ ในช่วงปี 2564 - 2565

- 1.4. สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย มีความต่อเนื่องในการธำรงคุณภาพระบบสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ปรับปรุงด้านความปลอดภัยจากอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพสม่ำเสมอทุกปีมีระบบสาธารณูปโภคที่เพียงพอ พร้อมใช้และพัฒนาสิ่งแวดล้อมรอบโรงพยาบาลให้ร่มรื่น ปรับปรุงพื้นที่และอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับการอำนวยความสะดวกต่อผู้พิการ ส่งผลให้ได้รับรางวัล green & clean hospital ระดับดีมากระหว่างปี 2564 – 2566
- 1.5. การดูแลต่อเนื่อง มีการขับเคลื่อนระดับอำเภอ (DHS) และปรับเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB) มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ที่ประสานข้อมูลการส่งต่อไปยัง รพ.สต. ในเครือข่าย
- 1.6. มีศูนย์ Thai COC มาใช้ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องดูแลที่บ้าน โดยเน้นผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ที่บ้าน กลุ่ม long-term care (stroke, MI, CKD, CA, PC) มีการติดตามการเยี่ยมจากทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับ รพ.สต. ร้อยละผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วย long term care ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์เป็น 100% ตั้งแต่ปี 2561 - 2565 อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง > 95% ตั้งแต่ ปี 2562
2. สิ่งที่เป็นโอกาสพัฒนา
 - 2.1. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก care process ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง/สำคัญ
 - 2.2. กำลังคน หน่วยงานจัดบุคลากรตาม FTE ขั้นต่ำ พบว่าปี 2563 = 71.83%, 2564 = 69.89% พบว่าจำนวนพยาบาลยังไม่ได้ตามขั้นต่ำและเป็นกลุ่มที่มีอายุมาก โดยได้จัดทำแผนความต้องการ RN ที่ 100% เพื่อรองรับการบริการและเตรียมทดแทนในกลุ่มที่ลาออก/เกษียณ
 - 2.3. ควรให้ความสำคัญเตรียมความพร้อมผู้นำการพยาบาลแต่ละระดับในอนาคตในประเด็น succession plan เพื่อป้องกันการเกิด generation gaps เสริมสร้างการเรียนรู้ระบบงานการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมในการทดแทนกลุ่มเกษียณ ผู้บริหารการพยาบาลปัจจุบัน ทำหน้าที่ coaching ให้กลุ่มอายุนาน 5 – 10 ปี
3. ให้มีการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังในระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน หลังจากได้รับการรับรอง และให้ติดตามประเด็นการรักษายาบาล