

มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข

คำนำ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีบทบาทในการส่งเสริม สนับสนุน และขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ซึ่งส่งผลให้บริการสุขภาพของสถานพยาบาลในประเทศไทยมีการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง จนเป็นที่ยอมรับไปทั่วโลก และเพื่อให้การรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลของสถาบันซึ่งปัจจุบันเน้นที่ระดับโรงพยาบาล มีการขยายไปถึงบริการสุขภาพในลักษณะอื่นที่มีใช้โรงพยาบาล สถาบันจึงได้มีการจัดทำมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขฉบับนี้ขึ้น เพื่อใช้ประเมินและรับรองหน่วยบริการสุขภาพประเภทที่ไม่ได้รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขฉบับนี้พัฒนาจากมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย PHCA (มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย PHCA ฉบับเทียบเคียงสากล) โดยใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี เป็นกรอบ ซึ่งได้รับการประสานงานและการสนับสนุนเป็นอย่างดี ทั้งด้านงบประมาณและหน่วยบริการที่เข้าร่วมในการทดลองใช้มาตรฐานฉบับนี้จากกรุงเทพมหานคร

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ขอขอบคุณหม่อมราชวงศ์ สุขุมพันธุ์ บริพัตร ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร แพทย์หญิงวันทนีย์ วัฒนะ ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และนางชุตติภรณ์ ศิริสนธิ ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ได้ให้การสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นอย่างดี และอนุญาตให้สถาบันนำมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย (PHCA) มาเป็นต้นแบบในการพัฒนามาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขฉบับนี้ และขอขอบคุณคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตลอดจนคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข ที่ได้ช่วยผลักดันงานจนเกิดมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขฉบับนี้ ซึ่งจะเป็นรากฐานสำคัญอันหนึ่งในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยสืบไป

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ตุลาคม 2556

สารบัญ

คำนำ.....	ii
สารบัญ.....	iii
แนวทางการใช้มาตรฐาน.....	v
ตอนที่ 1 ภาพรวมการบริหารจัดการ.....	1
หมวดที่ 1 การนำ.....	1
หมวดที่ 2 การบริหารเชิงกลยุทธ์.....	4
หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นผู้รับบริการ /ผู้รับผลงาน.....	6
หมวดที่ 4 การวัด วิเคราะห์ และการปรับปรุงผลงาน.....	8
หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล.....	10
ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญ.....	14
หมวดที่ 1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ.....	14
หมวดที่ 2 การพยาบาล.....	17
หมวดที่ 3 สิ่งแวดล้อมในการบริการ.....	19
หมวดที่ 4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ.....	24
หมวดที่ 5 ระบบเวชระเบียน.....	27
หมวดที่ 6 การจัดการระบบยา.....	29
หมวดที่ 7 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....	32
หมวดที่ 8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพหรือ การควบคุมป้องกันโรค.....	34
หมวดที่ 9 การทำงานกับชุมชน.....	36
ตอนที่ 3 กระบวนการทางคลินิก.....	40
หมวดที่ 1 การเข้าถึง การเข้ารับบริการและการประเมินภาวะสุขภาพ.....	40
หมวดที่ 2 การดูแลผู้รับบริการ.....	42
หมวดที่ 3 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้รับบริการ/ครอบครัว.....	45
หมวดที่ 4 การประสานงานและความต่อเนื่องในการบริการ.....	46

ตอนที่ 4 ผลการดำเนินงานศูนย์บริการสาธารณสุข	47
IV- 1 ด้านการบริการ รักษาพยาบาล แบบผสมผสาน และการฟื้นฟูสภาพ ภายในศูนย์บริการ สาธารณสุข	48
IV - 2 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคตามกลุ่มประชากร (ในชุมชน)	49
IV - 3 ด้านการมุ่งเน้นผู้รับบริการ/ประชากรกลุ่มเป้าหมาย และ ผู้รับผลงาน	50
IV - 4 ด้านทรัพยากรบุคคล	51
IV - 5 ด้านประสิทธิผลของกระบวนการ	52
IV - 6 ด้านการนำ	53
แนวทางการให้คะแนน : Scoring Guideline	54
การพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์บริการสาธารณสุข	55
พื้นฐานและหลักการของมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข	60
ภาคผนวก	61
บรรณานุกรม.....	63

แนวทางการใช้มาตรฐาน

เป้าหมายของการใช้มาตรฐาน:

เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม และใช้ประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา

ขอบเขตของมาตรฐาน:

เป็นมาตรฐานที่ใช้ในการพัฒนา และประเมินกระบวนการคุณภาพของหน่วยบริการสุขภาพ ประเภทที่ไม่ได้รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยมีขอบเขตรอบคลุมทั้งด้านการบริหาร การรักษาพยาบาล แบบผสมผสาน การฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค

สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐาน:

- 1) การพิจารณาบริบทของศูนย์บริการสาธารณสุขและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทาย และความสำคัญที่สำคัญ
- 2) การใช้แก่นคุณค่าของการทำงานหรือนิยามและแนวคิดหลัก (Core Values & Concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ
 - การนำองค์กร อย่างมีวิสัยทัศน์
 - การมองประชาชน/ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
 - ความรับผิดชอบต่อชุมชนและสังคม
 - การทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ และเอกชน
 - การบริหารจัดการด้วยการใช้ข้อมูล และข้อเท็จจริง
 - การเรียนรู้และการเสริมพลังของศูนย์บริการสาธารณสุข เครือข่าย และทีมสุขภาพ
 - การยึดผลสัมฤทธิ์และการสร้างคุณค่า เป็นเป้าหมายในการทำงาน โดยใช้ 3P (Purpose-Process-Performance)
 - มุมมองเชิงระบบ
 - การบริหารจัดการเพื่อสร้างนวัตกรรม
- 3) วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ 3P)
- 4) แนวทางการให้คะแนนตามมาตรฐาน

การใช้มาตรฐานที่ก่อให้เกิดคุณค่า

- 1) ทำความเข้าใจเป้าหมายและคำสำคัญ (key words) ของมาตรฐานให้กระจ่างชัด
- 2) เน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้และยกระดับผลการดำเนินงาน
- 3) เน้นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ในแต่ละระบบ และการเชื่อมโยงระหว่างระบบงานต่างๆ
- 4) เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และทบทวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ในที่ทำงาน
- 5) เน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ระบบงาน กลุ่มผู้รับบริการ/ประชากรเป้าหมาย หน่วยงาน) อย่างเชื่อมโยง
- 6) ประยุกต์ใช้มาตรฐานอย่างเหมาะสม
- 7) เน้นการทบทวนประเมินผลในระดับภาพรวม และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละระบบ

ตอนที่ 1 ภาพรวมการบริหารจัดการ

หมวดที่ 1 การนำ

I-1.1 การนำ และการกำกับกิจการ

ผู้นำศูนย์บริการสาธารณสุขชั้นนำ สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และประชาชนที่ต้องการรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข

ก. วิสัยทัศน์และค่านิยม

1. ทีมนำกำหนดและถ่ายทอดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม ไปยังบุคลากรทุกคนเพื่อนำไปปฏิบัติ
2. ทีมนำสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนา การเรียนรู้ ความร่วมมือ และการบรรลุเป้าหมายของศูนย์บริการสาธารณสุข
3. ทีมนำสร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย การใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ และรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในการให้บริการ

ข. การสื่อสารและจุดเน้นของศูนย์บริการสาธารณสุข

1. ทีมนำกำหนดจุดเน้นที่ต้องพัฒนาเพื่อการบรรลุเป้าหมายของศูนย์บริการสาธารณสุข รวมทั้งระบุการดำเนินการที่จำเป็น
2. ทีมนำสื่อสารจุดเน้นให้อำนาจการตัดสินใจ และจูงใจบุคลากรทั่วทั้งศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดผลงานที่ดี

ค. การกำหนดทิศทางและการประเมินผล

1. ทีมนำร่วมกันกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพและการบรรลุพันธกิจของศูนย์บริการสาธารณสุข
2. ทีมนำทบทวนผลการดำเนินการของศูนย์บริการสาธารณสุข ทั้งด้านการบริหารจัดการ การจัดบริการในชุมชนและในศูนย์บริการสาธารณสุข
3. ทีมนำนำผลการทบทวนมาปรับปรุงประสิทธิภาพของการบริหารและจัดบริการ¹

¹ ทีมนำนำผลการทบทวนมาปรับปรุงประสิทธิภาพของการบริหารและจัดบริการ หมายถึงระบบการนำ ที่คำนึงถึงความสามารถ และ ความต้องการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ มีการตั้งความคาดหวังต่อผลการดำเนินการในระดับที่สูง

ง. การกำกับดูแลการบริหารจัดการ

1. มีระบบกำกับดูแลการบริหารจัดการศูนย์บริการสาธารณสุขที่ดีในด้านความรับผิดชอบด้านการเงิน ความโปร่งใสในการดำเนินงาน การตรวจสอบที่เป็นอิสระทั้งภายในและภายนอก และการพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

I- 1.2 ความรับผิดชอบต่อสังคม

ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงถึงความรับผิดชอบต่อสังคม การดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม และคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของสังคม รวมทั้งมีส่วนสนับสนุนต่อการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

ก. ความรับผิดชอบต่อสังคม

1. มีการเตรียมการเชิงรุกเพื่อลดความเสี่ยงหรือผลกระทบด้านลบต่อสังคมเนื่องจากการดำเนินงานของศูนย์บริการสาธารณสุข
2. มีการรักษาสีงแวดล้อม ปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย

ข. พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม

1. ผู้นำด้านการแพทย์ ทันตแพทย์ การพยาบาล เภสัชกร และผู้นำทางคลินิกด้านอื่นๆ วางโครงสร้างการกำกับดูแลให้มีการปฏิบัติตามจริยธรรมของแต่ละวิชาชีพ กำกับคุณภาพ การบริการ และสนับสนุนการปฏิบัติตามหน้าที่รับผิดชอบ

ค. การสนับสนุนชุมชนและสุขภาพชุมชน

1. ทีมนำกำหนดชุมชนสำคัญและสิ่งที่จะให้การสนับสนุนแก่ชุมชน เพื่อส่งเสริมและสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน
2. มีการประสานงานและสร้างความร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ เพื่อจัดให้มีบริการที่ประสานกัน และใช้ทรัพยากรร่วมกัน

หมวดที่ 2 การบริหารเชิงกลยุทธ์

I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์

มีการกำหนดกลยุทธ์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานของศูนย์บริการสาธารณสุข

ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์

1. มีการวิเคราะห์ความท้าทายและข้อได้เปรียบของศูนย์บริการสาธารณสุข ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ/ชุมชนที่รับผิดชอบ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคามขององค์กร รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆ และความสามารถในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติในกระบวนการจัดทำกลยุทธ์

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

1. มีการจัดทำวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญและกรอบเวลาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เหล่านั้น
2. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ตอบสนองต่อความท้าทายที่สำคัญสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มประชากรที่ให้บริการ และมีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น
3. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งที่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นของผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

มีการแปลงเป้าหมาย/วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์หลักไปสู่แผนปฏิบัติการ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ ถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการ และถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ

1. มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
2. มีทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ เพียงพอที่จะนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติให้บรรลุผล พร้อมทั้งมีการบริหารจัดการที่ดี
3. มีการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการและนำแผนที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติ ในกรณีที่มีความจำเป็น
4. มีการจัดทำแผนด้านทรัพยากรบุคคลที่สำคัญเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ได้
5. มีการจัดทำตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผน ระบบการวัดผลครอบคลุมประเด็นสำคัญและหนุนเสริมให้ทั้งศูนย์บริการสาธารณสุขมุ่งไปในทิศทางเดียวกัน

หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นผู้รับบริการ /ผู้รับผลงาน

I - 3.1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย/ประชากรเป้าหมาย/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และความพึงพอใจ

มีการเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการ มีการประเมินและนำความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ /ประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มาใช้ปรับปรุงการดำเนินการ

ก. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย/ประชากรเป้าหมาย/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

1. มีการระบุการจำแนกส่วนของผู้รับบริการ ประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อการจัดบริการที่ตรงประเด็นในแต่ละกลุ่ม
2. มีการรับฟังและเรียนรู้ความต้องการความคาดหวังของผู้รับบริการ ประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
3. มีการนำข้อมูลความต้องการความคาดหวังไปใช้ในการวางแผนจัดบริการสุขภาพและปรับปรุงกระบวนการทำงาน
4. มีการปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้ให้ทันความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ

ข. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ /ประชากรเป้าหมาย /ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

1. มีการประเมินความพึงพอใจและติดตามผลเพื่อรับข้อมูลป้อนกลับจากผู้รับบริการ ประชากรเป้าหมาย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่ละกลุ่ม
2. มีการนำข้อมูลความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจมาใช้ปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานเพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา ความพึงพอใจ และความร่วมมือ
3. มีการจัดการกับคำร้องเรียนอย่างได้ผลและทันท่วงที

I- 3.2 การพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ/ประชากรเป้าหมาย และชุมชน

บุคลากรมีความตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการและประชากรเป้าหมาย ชุมชนทั่วไปตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข

ก. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการ

1. มีการสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและทราบบทบาทของตนในการคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการ และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้รับบริการขอใช้สิทธิ
2. ผู้รับบริการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย
3. มีการคำนึงถึงสิทธิ และพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการในทุกกิจกรรมของการจัดบริการสุขภาพ ทั้งในชุมชน และการบริการภายในศูนย์บริการสาธารณสุข
4. ผู้รับบริการได้รับการดูแล/การบริการ ด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล

ข. การดูแลผู้รับบริการ /ประชากรเป้าหมาย และชุมชนที่มีความต้องการเฉพาะ

1. มีการค้นหา วิเคราะห์/ระบุกลุ่มผู้รับบริการ/ประชากรเป้าหมาย ที่มีความต้องการเฉพาะ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้รับบริการ ประชากรเป้าหมาย และชุมชนขอใช้สิทธิ
2. ผู้รับบริการ/ประชากรเป้าหมาย ที่เป็นเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม
3. ผู้รับบริการ/ประชากรเป้าหมาย ที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพ ในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
4. มีการปฏิบัติต่อผู้รับบริการ/ประชากรเป้าหมาย ที่จำเป็นต้องแยก หรือถูกยึด อย่างเหมาะสม

หมวดที่ 4 การวัด วิเคราะห์ และการปรับปรุงผลงาน

I-4.1 การวัดวิเคราะห์และปรับปรุงผลงานขององค์กร

มีการวัด วิเคราะห์ ปรับทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน โดยใช้ข้อมูลและสารสนเทศ ในทุกระดับและทุกส่วนของศูนย์บริการสาธารณสุข

ก. การวัดผลงาน

1. มีการเลือก รวบรวมและเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ/ตัวชี้วัดสำคัญที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อใช้ติดตามผลการปฏิบัติงานประจำวัน ติดตามผลงานโดยรวมของศูนย์บริการสาธารณสุข ติดตามความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ สนับสนุนการตัดสินใจ และการสร้างนวัตกรรมของศูนย์บริการสาธารณสุข
2. มีการทบทวน/ปรับปรุงระบบการวัดผลงานให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางของบริการสุขภาพ ไวต่อการเปลี่ยนแปลงภายในหรือภายนอกที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด

ข. การวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลงาน

1. มีการจัดทำระบบฐานข้อมูล (เช่น family folder, community folder, ทะเบียนประชากร, ข้อมูลภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ)
2. การจัดระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องสุขภาพและบริการ มีความครบถ้วน ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน น่าเชื่อถือ ทันสถานการณ์ และง่ายต่อการสืบค้นและใช้ประโยชน์
3. มีการสรุปข้อมูลสุขภาพของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาชุมชน และสรุปข้อมูลการบริการภายในศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม
4. มีระบบการประสาน/เชื่อมโยงข้อมูลและส่งต่อข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการวางแผนและการจัดการดูแลสุขภาพประชากรในเขตรับผิดชอบ และผู้รับบริการภายในศูนย์บริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง
5. มีการนำสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์/ทบทวนประเมินผลงานของศูนย์บริการสาธารณสุขมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงกระบวนการ/ระบบงานสำคัญและหาโอกาสพัฒนา พร้อมทั้งถ่ายทอดวิธีการปฏิบัติที่ดีเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน
6. มีการใช้ผลการทบทวนเพื่อประเมินความสำเร็จของศูนย์บริการสาธารณสุข ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ และความสามารถในการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของศูนย์บริการสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมภายนอก

1- 4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ

มีการสร้างความมั่นใจว่ามีข้อมูล สารสนเทศ ซอฟต์แวร์ และฮาร์ดแวร์ ที่จำเป็น มีคุณภาพ และพร้อมใช้งาน สำหรับบุคลากร/ผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ก. การจัดการสารสนเทศ

1. มีข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับบุคลากร/ผู้บริหาร/ผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พร้อมใช้งาน เอื้อต่อนำมาใช้ในการจัดบริการ การบริหารจัดการ การแผนงานการจัดการสารสนเทศ ที่เหมาะสมกับบริบท
2. มีการรวบรวมและจัดเก็บข้อมูลของบุคลากร/ผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งมีความน่าเชื่อถือ ทันสมัย และเข้าถึงง่าย
3. มีการสร้างความมั่นใจว่าฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์มีความเชื่อถือได้ ป้องกันไม่ให้ข้อมูลรั่วไหล และใช้งานง่าย
4. มีการสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ มีความพร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน
5. มีการปรับปรุงกลไกการจัดให้มีข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ ที่พร้อมใช้ให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง ทิศทางของบริการสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี

ข. คุณภาพของข้อมูล สารสนเทศ

1. มีการสร้างความมั่นใจว่าข้อมูล สารสนเทศ และความรู้ขององค์กร มีความแม่นยำ เชื่อถือได้ ทันเหตุการณ์ และปลอดภัย
2. มีการสร้างความมั่นใจในการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศ

หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

I-5.1 การบริหารงานบุคคลที่ก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในงาน บุคลากรมีขวัญกำลังใจ

มีระบบบริหารบุคคลที่ก่อให้เกิดการมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงานตามภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบ บุคลากรมีขวัญกำลังใจ เกิดการเรียนรู้และปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงได้ เพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์กรและระดับบุคคลบุคลากรและผู้นำได้รับการพัฒนาเพื่อให้สร้างผลงานที่ดี

ก. การจัดระบบและการบริหารเพื่อเพิ่มคุณค่าบุคลากร

1. มีการจัดวางอัตรากำลังในแต่ละตำแหน่งที่คำนึงถึงความรู้ความสามารถของบุคลากรตามบทบาทหน้าที่และภารกิจที่ได้รับมอบหมาย โดยส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความร่วมมือ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ภายใต้อำนาจการตัดสินใจที่เหมาะสม
2. มีการสื่อสารภายในองค์กรที่ดี รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะ ระหว่างผู้ที่ทำงานต่างหน้าที่ ต่างสถานที่ และต่างหน่วยงาน เพื่อช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดี และมีแรงจูงใจ รวมทั้งเกิดบรรยากาศการทำงานที่ดี
3. มีวิธีการที่เป็นระบบในการยกย่องชมเชย การให้รางวัล และสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมให้บุคลากรสร้างผลงานที่ดี มีขวัญกำลังใจ มีความรักในองค์กร รวมทั้งสนับสนุนให้บุคลากรมีจิตบริการที่มุ่งเน้นผลประโยชน์และความต้องการของประชากรเป้าหมาย/ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
4. มีระบบประเมินผลและพัฒนาผลการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างโปร่งใส เป็นธรรม

ข. การพัฒนาบุคลากร

1. มีการจัดระบบการเรียนรู้ของบุคลากรที่สอดคล้องกับพันธกิจ และผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล และแผนงานของศูนย์บริการสาธารณสุข
2. มีการประเมินประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ โดยพิจารณาผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล และผลงานของศูนย์บริการสาธารณสุขร่วมด้วย
3. มีการนำเอาความรู้จากคลังความรู้ที่สะสมจากการเรียนรู้ขององค์กรมาใช้ในการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร

ค. การประเมินผูกพัน และ ความพึงพอใจ

1. มีการประเมินความผูกพัน/ความพึงพอใจของบุคลากร ด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่เหมาะสม และใช้ตัวชี้วัดเหล่านี้เพื่อปรับปรุงความผูกพัน/ความพึงพอใจของบุคลากร

I-5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร

มีการบริหารจัดการขีดความสามารถและอัตรากำลัง เพื่อให้งานของศูนย์บริการสาธารณสุข บรรลุผลสำเร็จ มีจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมี สุขภาพดี และมีความปลอดภัย

ก. ขีดความสามารถ และความเพียงพอ ของบุคลากร

1. มีการประเมินขีดความสามารถของบุคลากรและระดับกำลังคนที่ต้องการ มีการกำหนด หน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ ความสามารถของบุคลากรและข้อกำหนดในกฎหมาย
2. มีกระบวนการที่มีประสิทธิผลในการว่าจ้างและชำระรักษาบุคลากรใหม่ มีการรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของบุคลากรในด้านใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์
3. มีการบริหารและจัดระบบบุคลากรเพื่อให้งานของศูนย์บริการสาธารณสุขบรรลุผล สำเร็จ และ เสริมสร้างการมุ่งเน้นผู้รับบริการ/ประชากรเป้าหมาย/ชุมชน
 - 3.1. มีกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการรวบรวม ตรวจสอบ และประเมิน หลักฐาน คุณสมบัติ (ใบอนุญาตวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์) ของ บุคลากร
 - 3.2. มีการนิเทศบุคลากรใหม่ให้มีการพัฒนาเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน และการประเมิน ความสามารถในการทำงานให้ได้ตามหน้าที่ความรับผิดชอบที่กำหนด
 - 3.3. มีระบบการกำกับบุคลากรที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตให้ปฏิบัติงานอย่างเป็นอิสระ เพื่อให้การบริการที่มีประสิทธิภาพคล่องตัวพอ ที่จะตอบสนองความต้องการที่ เปลี่ยนแปลงไป
 - 3.4. บุคลากร /แพทย์/ทันตแพทย์/เภสัชกร /นักศึกษา/จิตอาสา/ผู้ปฏิบัติงานตาม สัญญาจ้าง มีความเข้าใจและสามารถแสดงให้เห็นถึงบทบาทของตนเองที่ เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย
 - 3.5. มีการประเมินผลหรือการทบทวนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อดูแลแนวโน้มการ ประกอบวิชาชีพซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัย
4. มีการเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถ และความเพียงพอ
5. มีการบริหารบุคลากร ความต้องการของบุคลากร และความต้องการของสถานบริการ เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการลดบุคลากร และเพื่อ ลดผลกระทบจากการที่บุคลากรไม่เพียงพอ เมื่อมีความจำเป็น

ข. บรรยากาศในการทำงาน

1. มีการสร้างความมั่นใจและดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้สถานที่ทำงานเอื้อต่อสุขภาพ ปลอดภัย และมีการป้องกันภัยมีการกำหนดตัววัดผลงานและเป้าหมายการปรับปรุงสำหรับแต่ละ ประเด็นดังกล่าว
2. มีการให้การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรด้วยนโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ ซึ่ง ปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคลากรที่มีความหลากหลายแต่ละกลุ่ม

ค. สุขภาพบุคลากร

1. บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าทำงาน และมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน ได้แก่ การตรวจสุขภาพทั่วไป ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน ประวัติการเจ็บป่วย และอุบัติเหตุ รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง ของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน
2. บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินการเจ็บป่วยเนื่องมาจากการ ทำงาน รวมทั้งการติดเชื้อ ซึ่งอาจจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆ ตาม ลักษณะงานที่รับผิดชอบ
3. บุคลากรได้รับภูมิคุ้มกันโรคติดต่ออย่างเหมาะสม
4. บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม มีการจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อ ข้อบ่งชี้ใน การจำกัดการปฏิบัติหน้าที่ และการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อซึ่งครอบคลุมถึงการให้ ภูมิคุ้มกันและการจำกัดการปฏิบัติงาน

ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญ

หมวดที่ 1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

II-1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ

มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกๆระดับ ผู้นำศูนย์บริการสาธารณสุข กำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ และความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ติดตามและ กำกับดูแลการบรรลุเป้าประสงค์ชัดเจน

ก. การสนับสนุนจากผู้นำ

1. ผู้นำศูนย์บริการสาธารณสุขกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ และความคาดหวังในเรื่อง คุณภาพและความปลอดภัย
2. ผู้นำและทีมงานร่วมกันทบทวนและกำหนดทิศทางนโยบายเรื่องคุณภาพและความเสี่ยง/ ความปลอดภัย เป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์
3. มีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ด้านการให้บริการภายใน ศูนย์บริการสาธารณสุข ในชุมชน และด้านบริหารจัดการ
4. มีการติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยทั้งด้านการ ให้บริการและด้านบริหารจัดการ และนำผลมาใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนการพัฒนาทั้ง องค์กร
5. ผู้นำส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการ เรียนรู้

ข. การประสานงาน และ ประสานความร่วมมือ

1. มีการระบุบทบาทของผู้บริหารและผู้ร่วมรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพทั้งด้านบริการ และด้านบริหารจัดการ
2. มีการวิเคราะห์และวางแผนจัดบริการทางคลินิกที่จำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการ ของผู้รับบริการ
3. หัวหน้าหน่วยงานออกแบบระบบงานหรือกิจกรรมการทำงานที่ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือใน การทำงานเป็นทีม เช่นการนำอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาทบทวนเพื่อปรับปรุงแนวทางการ ทำงานร่วมกัน
4. มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในงานปกติประจำ

5. หัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วยประเมินความร่วมมือในการทำงานเป็นทีมในงานประจำ เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ

ค. การกำกับติดตามกระบวนการพัฒนา และ ผลลัพธ์ที่สำคัญที่ตอบสนองต่อพันธกิจหลัก

1. หน่วยงานและทีมงานต่าง ๆ ติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพทั้งด้านกระบวนการ และผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง
2. การติดตามประเมินผลครอบคลุมกระบวนการให้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุข การให้บริการในชุมชน และการบริหารจัดการ
3. การติดตามประเมินผลครอบคลุมผลลัพธ์สำคัญที่ตอบสนองต่อพันธกิจหลัก

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

มีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพบริการในคลินิกทั่วไป/คลินิกเฉพาะทาง/คลินิกส่งเสริมสุขภาพ

ก. ระบบบริหารความเสี่ยง และ ความปลอดภัย

1. มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง
2. มีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป ในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญ นำมากำหนดเป้าหมายความปลอดภัย
3. มีการกำหนดมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนักรู้อย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล
4. มีระบบรายงานอุบัติการณ์ (adverse event) และเหตุการณ์เกือบพลาด (near miss) ที่เหมาะสม มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน
5. มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (RCA: root cause analysis) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลังและนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม
6. มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

ข. คุณภาพการให้บริการภายในศูนย์บริการสาธารณสุข

1. มีการนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline) หรือมาตรฐานทางคลินิกที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินวินิจฉัยและดูแลผู้รับบริการ ประชากรเป้าหมาย ทั้งในศูนย์บริการสาธารณสุขและในชุมชน
2. มีการทบทวนกระบวนการให้บริการ และ แนวทางปฏิบัติทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอในแต่ละคลินิก ในแต่ละคลินิก เพื่อประเมินคุณภาพและค้นหาโอกาสพัฒนา
3. ทีมดูแลผู้รับบริการกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมาย/กลุ่มโรคสำคัญ/กลุ่มผู้รับบริการ ที่จะ เป็นเป้าหมายในการพัฒนา กำหนดวัตถุประสงค์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพบริการ
4. ทีมดูแลผู้รับบริการ กำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแล/การ ให้บริการกลุ่มโรคสำคัญ/กลุ่มประชากรเป้าหมาย
5. ทีมดูแลผู้รับบริการร่วมกันพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

หมวดที่ 2 การพยาบาล

มีระบบบริหารการพยาบาลรับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาล² ที่มีคุณภาพเพื่อบรรลุพันธกิจของศูนย์บริการสาธารณสุข และ ส่งเสริมการให้บริการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพและ อยู่บนพื้นฐานวิชาชีพ

ก. การบริหารการพยาบาล

1. ผู้นำด้านการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เพียงพอ ทั้งในด้านปฏิบัติการพยาบาล และด้านบริหารการพยาบาล
2. ระบบบริหารการพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าจะมีบุคลากรทางการพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถและปริมาณเพียงพอสำหรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขจัด
3. ระบบบริหารการพยาบาลมีโครงสร้างและกลไกที่ทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้ได้อย่างได้ผล
 - 3.1. การสื่อสารที่ดีภายในวิชาชีพ และระหว่างวิชาชีพ
 - 3.2. การมีส่วนร่วมวางแผนและจัดทำนโยบายซึ่งชี้นำการจัดบริการพยาบาล
 - 3.3. การกำกับดูแลให้มีการปฏิบัติตามจริยธรรมของวิชาชีพ
 - 3.4. การนิเทศ/กำกับดูแลและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการ
 - 3.5. การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม พยาบาลปฏิบัติงานห้วงเวลา (part time) และลูกจ้างรายวัน
 - 3.6. การกำกับดูแลคุณภาพบริการพยาบาล
4. มีการประเมินการบรรลุเป้าหมายของการบริหารจัดการและการปฏิบัติการพยาบาล และนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงระบบการบริหารจัดการและการปฏิบัติการพยาบาล

ข. การให้บริการ /การปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการให้บริการผู้รับบริการประชากรเป้าหมาย ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ โดยมีการประสานความร่วมมือกับวิชาชีพอื่น
2. พยาบาลให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ
3. พยาบาลให้การพยาบาลบนพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องที่ทันสมัย มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบและมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

² ครอบคลุมบริการพยาบาลในศูนย์บริการสาธารณสุขและการให้บริการในชุมชน

4. พยาบาลให้การบริการ/การดูแลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพวิถีชีวิต และบริบททางสังคม ของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง
5. บันทึกทางการพยาบาลแสดงถึงการพยาบาลผู้รับบริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และเป็นประโยชน์ในการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการพยาบาล และการวิจัย

หมวดที่ 3 สิ่งแวดล้อมในการบริการ

II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ เอื้อต่อความปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการและบุคลากร ศูนย์บริการสาธารณสุขสร้างความมั่นใจว่าผู้ที่อยู่ในอาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ

ก. ความปลอดภัย และ สวัสดิภาพ

1. ผู้รับผิดชอบระบุกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวข้องกับโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมมีการตรวจสอบและปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ
2. การออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยของอาคารสถานที่ เอื้อต่อความปลอดภัยความสะดวกสบาย ความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ และการทำงานที่มีประสิทธิภาพ
3. มีช่องทางรับรู้ปัญหา ข้อขัดข้องและคำร้องเรียนจากหน่วยงานต่างๆ เกี่ยวกับอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย และดำเนินการตอบสนองอย่างเหมาะสม
4. มีการตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยอย่างน้อยทุกหกเดือนในพื้นที่ให้บริการ ทุกปีในพื้นที่อื่นๆและตรวจสอบโดยทีมผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกตามความเหมาะสม
5. มีระบบการรายงานอุบัติการณ์ การบาดเจ็บ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่นๆ
6. มีการนำผลจากการตรวจสอบและเฝ้าระวังมาดำเนินการพัฒนาและรายงานให้แก่ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง

ข. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

1. มีการจัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย ระบุการป้องกัน/การลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย การตรวจจับแต่เริ่มแรก การดับเพลิง และการเคลื่อนย้าย/ขนย้ายเมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉิน
2. มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้เพียงพอและพร้อมใช้ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน อุปกรณ์แจ้งเหตุเพลิงไหม้ ระบบดับเพลิง (ท่อน้ำ สารเคมีดับเพลิง ระบบฉีดน้ำ) ระบบน้ำสำรอง อุปกรณ์ผจญเพลิง ตามที่กฎหมายกำหนดหรือตามความเหมาะสม
3. มีการจัดทำแผนผังเส้นทางหนีไฟ ติดตั้งป้ายบอกทางหนีไฟที่ชัดเจน ตรวจสอบจุดเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยและจุดที่จะเป็นปัญหาในการจัดการเมื่อเกิดอัคคีภัยเป็นระยะและนำมาปรับปรุง

4. มีการตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือต่างๆ ในการป้องกันและควบคุม
อุบัติเหตุตามระยะเวลาที่กำหนด ปรับปรุงให้มีความพร้อมใช้และรายงานให้ผู้บริหาร
ทราบ
5. มีการอบรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่บุคลากรในประเด็น วิธีการตรวจสอบจุด
เสี่ยง การปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การจัดการเบื้องต้นเมื่อพบเหตุ การใช้
อุปกรณ์ในการแจ้งเตือนและการดับเพลิง การเคลื่อนย้ายที่ถูกต้อง
6. มีการฝึกซ้อมการป้องกันและระดับอุบัติเหตุอย่างน้อยปีละครั้งและควรมีการประสานการ
ฝึกซ้อมร่วมกับชุมชน พร้อมทั้งประเมินผลการฝึกซ้อมในประเด็นความพร้อมใช้ของ
เครื่องมืออุปกรณ์ ความสามารถของบุคลากรในการปฏิบัติระหว่างการฝึกซ้อม
7. ผู้รับผิดชอบนำแผนป้องกันและระดับอุบัติเหตุสู่การปฏิบัติ และร่วมกันทบทวนแผนอย่าง
สม่ำเสมอ

II-3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค

ก. ความพร้อมใช้เครื่องมือ

1. มีการระบุเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข มีกระบวนการคัดเลือกและจัดหาที่เหมาะสมเพื่อให้มีเครื่องมือที่มีคุณภาพและจำนวนเพียงพอ
2. มีการจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่มีอยู่ พร้อมทั้งข้อมูลประกอบที่จำเป็น
3. มีระบบการตรวจสอบทดสอบและบำรุงรักษาเครื่องมืออย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด และบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
4. มีการสอบเทียบเครื่องมือที่ต้องมีการสอบเทียบตามระยะเวลาที่เหมาะสม
5. มีการให้ความรู้แก่ผู้ใช้เพื่อให้สามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น สำหรับเครื่องมือที่ได้รับมาใหม่ เครื่องมือที่มีความซับซ้อนในการใช้งาน เมื่อเกิดอุบัติเหตุจากการใช้งาน หรือเมื่อไม่ได้ใช้งานเครื่องมือนั้นอย่างสม่ำเสมอ
6. มีแนวทางปฏิบัติเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับเครื่องมือ เช่น เมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้ การมีและการใช้เครื่องมือสำรอง การดำเนินการเพื่อให้มีการซ่อมเครื่องมือ
7. มีการติดตามและรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนปรับปรุงหรือจัดหาเครื่องมือทดแทนในระยะยาว เช่น อุบัติการณ์ความไม่เพียงพอ ความไม่พร้อมใช้ การชำรุดในขณะใช้งาน ผลการทดสอบ ผลการบำรุงรักษา ค่าใช้จ่ายในการซ่อม การบำรุงรักษา

ข. ความพร้อมระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็น

1. มีการวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการใช้สาธารณูปโภคของศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งประเภทและปริมาณ เช่น ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ ระบบขนส่งวัสดุอุปกรณ์ ระบบสื่อสาร ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูล เป็นต้น
2. มีการจัดทำบัญชีรายการองค์ประกอบของระบบสาธารณูปโภคที่มีอยู่และที่ความต้องการจัดหาเพิ่มเติม พร้อมทั้งแผนผังที่ตั้งรายละเอียดของระบบสาธารณูปโภคทั้งหมด
3. มีการตรวจสอบ ทดสอบระบบ และบำรุงรักษาระบบสาธารณูปโภคตามระยะเวลาที่เหมาะสม
4. มีแนวทางปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณูปโภคมีปัญหาขัดข้อง การเตรียมความพร้อมและการทดสอบความพร้อมใช้ของแหล่งสำรองต่าง ๆ
5. มีระบบไฟฟ้าสำรองให้แก่จุดบริการที่จำเป็นโดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ

6. มีการติดตามและรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนปรับปรุงหรือจัดหาระบบ สาธารณูปโภคทดแทนในระยะยาว เช่น อุบัติการณ์ความไม่เพียงพอ ความไม่พร้อมใช้ การชำรุดในขณะใช้งาน จำนวนครั้งการ downtime ของระบบ ผลการทดสอบ ผลการบำรุงรักษา ค่าใช้จ่ายในการซ่อม การบำรุงรักษา

II - 3.3 การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นที่จะทำให้ ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

ก. ระบบบำบัดน้ำเสีย

1. ระบบบำบัดน้ำเสีย มีขนาดเหมาะสมกับปริมาณน้ำทิ้งของศูนย์บริการสาธารณสุข
2. มีแผนการดูแลบำรุงรักษาระบบ และมีการดูแลระบบโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม
3. มีการตรวจคุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัด ตามข้อกำหนดของหน่วยราชการ
4. น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดในช่วงเวลาที่ระบบรับภาระมากที่สุด มีค่ามาตรฐานตามที่ส่วนราชการกำหนด
5. มีการกำกับติดตามการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย วิเคราะห์ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ข. ระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกต้องลักษณะ

1. มีภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสมกับประเภทขยะ (ประเภท สี ขนาด) และจำนวนเพียงพอ กับปริมาณขยะ
2. มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ในการจัดเก็บขยะ การขนย้ายขยะ และการดูแลที่พักขยะ ที่ไม่ก่อให้เกิดการปนเปื้อนต่อสิ่งแวดล้อม และการป้องกันสัตว์แมลงต่าง ๆ
3. มีการกำจัดขยะเหมาะสมกับประเภทของขยะ และเป็นไปตามมาตรฐานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ค. การจัดการต่อวัสดุและของเสียอันตราย

1. มีการสำรวจและจัดทำรายการวัสดุ/ของเสียอันตรายที่มีใช้อยู่ และที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ เช่น ของเสียทางการแพทย์ที่ติดเชื้อ ของมีคม ขวด vaccine เป็นต้น
2. ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับวัสดุและของเสียอันตรายเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ
3. มีการจัดอบรมและเผยแพร่แนวทางปฏิบัติที่กำหนดให้หน่วยงาน/เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ได้รับทราบ และนำไปปฏิบัติ
4. ติดตามประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น มาทบทวนอย่างต่อเนื่อง

หมวดที่ 4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

II- 4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

มีการออกแบบระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของศูนย์บริการสาธารณสุขอย่างเหมาะสม ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี

ก. การออกแบบระบบ และ การจัดการทรัพยากร

1. มีการกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และจุดเน้นของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมกับศูนย์บริการสาธารณสุข
2. มีการใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัยในการกำหนดมาตรการและแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
3. มีผู้รับผิดชอบระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสม (จากการศึกษา ฝึกอบรม และประสบการณ์) และมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน
4. มีทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
5. บุคลากรได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำปี
6. มีการประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำมาตรการและแนวทางการป้องกันควบคุมการติดเชื้อไปปฏิบัติโดยบุคลากรทุกคน ในทุกพื้นที่
7. มีการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ/ครอบครัว/ชุมชน ถึงวิธีการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครัวเรือน/ชุมชน

II- 4.2 การป้องกันการติดเชื้อ

มีการสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสม

ก. การป้องกันการติดเชื้อ

1. มีการส่งเสริมให้ปฏิบัติตามมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อต่อไปนี้
 - 1.1. การใช้ standard precautions และ isolation precautions
 - 1.2. การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อที่เหมาะสม
 - 1.3. การจัดการ (จับต้อง เก็บ กำจัด) กับสิ่งที่ปนเปื้อนเชื้อโรคที่เหมาะสม
 - 1.4. การส่งเสริมการล้างมือและสุขอนามัยของบุคคล
2. มีการควบคุมสิ่งแวดล้อม/ลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมต่อไปนี้
 - 2.1. การจัดโครงสร้าง ระบบระบายอากาศ และการบำรุงรักษาอาคารสถานที่เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค
 - 2.2. การจัดให้มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการล้างมือ (เช่น อ่างล้างมือ alcohol hand rub, ผ้าเช็ดมือ)
 - 2.3. การแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดออกจากบริเวณปนเปื้อน และการทำความสะอาดอาคารสถานที่
 - 2.4. การเฝ้าระวังการปนเปื้อนในน้ำดื่ม น้ำใช้
3. มีการปฏิบัติตามมาตรการ/แนวทางการป้องกันการติดเชื้อในพื้นที่เสี่ยงต่อไปนี้
 - 3.1. พื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่รอตรวจทั่วไป ห้องตรวจผู้ป่วยวัณโรค จุดคัดกรองผู้ป่วยโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ
 - 3.2. ห้องปฏิบัติการ
 - 3.3. คลินิกทันตกรรม
 - 3.4. ห้องกายภาพบำบัด
 - 3.5. Day care หรือ nursery (ถ้ามี)

II- 4.3 การเฝ้าระวัง ติดตามกำกับ

มีการเฝ้าติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ และเฝ้าระวังการติดเชื้อ เนื่องจากการมารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและป้องกันที่เหมาะสม

ก. การเฝ้าระวัง และ ติดตามกำกับ

1. มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เหมาะสมกับองค์กร โดยเน้นการเฝ้าติดตามการปฏิบัติตาม มาตรการป้องกัน ความไวในการตรวจพบการติดเชื้อเนื่องมาจากการรับบริการที่ ศูนย์บริการสาธารณสุข (ซึ่งตรวจพบจากการมารับบริการซ้ำหรือการเยี่ยมบ้าน) และ การติดเชื้อในกลุ่มบุคลากร
2. มีการให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการและครอบครัวอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ของบุคคลในครอบครัว
3. มีการนำข้อมูลจากการเฝ้าติดตามและเฝ้าระวังมาใช้ในการปรับปรุงมาตรการในการ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

หมวดที่ 5 ระบบเวชระเบียน

II- 5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน

มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง

ก. การออกแบบระบบ และ การรักษาความปลอดภัย/ความลับ

1. มีการกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนครอบคลุมการสื่อสาร ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ
2. มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ในด้านการบันทึก การแก้ไข การรับคำสั่ง การใช้รหัสมาตรฐาน การจัดเก็บ การเข้าถึง และการทำลาย
3. มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ในด้านการเข้าถึงและการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียน ทั้งที่บันทึกเป็นเอกสารและที่บันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ รวมทั้งมีมาตรการพิเศษสำหรับเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกข่มขืนหรือทำแท้ง ผลการตรวจ HIV หรือวัณโรคที่เป็นบวก
4. มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ในด้านการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย และการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนของตน
5. มีระบบเวชระเบียนที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
6. มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยในประเด็นความเหมาะสมของแบบบันทึก การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้และการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้

II - 5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย

ผู้รับบริการทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การประเมินคุณภาพ และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

ก. การบันทึกเวชระเบียน และการทบทวน

1. เวชระเบียนผู้รับบริการมีข้อมูลที่จำเป็นตามที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกำหนดไว้
2. ข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนมีเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
3. ข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนมีเพียงพอสำหรับการประเมินความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษาเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาคุณภาพ
4. มีการทบทวนเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอตามเกณฑ์ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกำหนด และนำไปปรับปรุงความสมบูรณ์ ความถูกต้องของการบันทึก

หมวดที่ 6 การจัดการระบบยา

II- 6.1 การวางแผน การจัดการ การเก็บและสำรองยา

ศูนย์บริการสาธารณสุขสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล พร้อมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้รับบริการ

ก. การวางแผนและการจัดการ

1. มีคณะกรรมการจากวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่กำหนดทิศทางและส่งเสริมให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ
2. มีการจัดทำและทบทวนบัญชียาที่จำเป็น มีการกำหนดมาตรการความปลอดภัยสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูง
3. การจัดหาายเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาขาดแคลนหรือยาที่จำเป็นเร่งด่วน
4. มีการระบุยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง และออกแบบกระบวนการที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงในการใช้ยาเหล่านี้
5. มีการกำหนดนโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการสั่งใช้ยาและนำสู่การปฏิบัติ มีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างเหมาะสม
6. ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับระบบยาและการใช้ยาที่เหมาะสม ปลอดภัยเป็นประจำทุกปี
7. มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ

ข. การเก็บ/สำรอง ยา

1. ยาทุกรายการได้รับการเก็บ/สำรองอย่างเหมาะสม เพื่อความเพียงพอ พร้อมใช้ ปลอดภัย มีคุณภาพและความคงตัว สามารถทวนกลับแหล่งที่มา โดยมีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ
2. มีกระบวนการเก็บรักษาและขนส่งวัคซีนให้คงคุณภาพดี ภายใต้อุณหภูมิที่เหมาะสมจากผู้ผลิตถึงผู้รับบริการ (ระบบห่วงโซ่ความเย็น)
3. มียา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินในหน่วยดูแลผู้ป่วยตามความจำเป็น มีระบบควบคุมที่เหมาะสม และการจัดทดแทนโดยทันทีเมื่อมีการใช้
4. มีการจัดการกับยาที่ห้องยารับคืนอย่างเหมาะสม

5. มีการตรวจสอบความเหมาะสมของการเก็บ/สำรองยาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่
รับผิดชอบ

II- 6.2 การใช้ยา

ศูนย์บริการสาธารณสุขสร้างความมั่นใจว่ามีการสั่งใช้ยาและการให้ยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล

ก. การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง

1. ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้รับบริการแต่ละราย เช่น การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น
2. มีข้อมูลยาที่จำเป็นในรูปแบบที่ใช้ง่าย ในขณะที่สั่งใช้ จัด และให้ยาแก่ผู้รับบริการ
3. มีการจัดทำนโยบายเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่ง พร้อมทั้งนำสู่การปฏิบัติ (เช่น รายละเอียดที่จำเป็นในคำสั่งใช้ยา การระมัดระวังสำหรับยาที่ดูคล้ายหรือชื่อคล้าย คำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา และการป้องกันการใช้คู่ยาที่มีอันตรกิริยารุนแรง)
4. มีการเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนและถ่ายทอดคำสั่งอย่างถูกต้อง
5. มีการตรวจสอบเปรียบเทียบคำสั่งใช้ยากับยาที่ผู้ป่วยเคยใช้ เพื่อให้มั่นใจว่าคำสั่งใช้ยาและยาที่ผู้ป่วยได้รับเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย

ข. การเตรียม การจัดจ่าย และการให้ยา

1. มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความเหมาะสมและความปลอดภัย
2. ยาได้รับการติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่ายโดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยา
3. การส่งมอบยาให้แก่ผู้รับบริการทำโดยเภสัชกรหรือนุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม
4. กรณีมีการให้ยาแก่ผู้ป่วยโดยศูนย์บริการสาธารณสุข จะต้องให้อย่างถูกต้องปลอดภัย โดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน
5. มีการติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้รับบริการในระหว่างการเยี่ยมบ้าน และให้คำแนะนำที่เหมาะสม

หมวดที่ 7 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

II-7.1 บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

มีบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการประกอบการวินิจฉัยของศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ หรือมีระบบส่งตรวจที่หน่วยบริการภายนอกตามความจำเป็น

ก. บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของศูนย์บริการสาธารณสุข

1. มีบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการพร้อมตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ
2. บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
3. ผู้ทำการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการได้รับการอบรมที่จำเป็นและมีความรู้ความสามารถเพียงพอที่จะทำการตรวจ
4. ห้องปฏิบัติการอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของผู้มีคุณสมบัติเหมาะสม
5. มีน้ำยาและวัสดุอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการตรวจวิเคราะห์พร้อมใช้ตลอดเวลา
6. มีการควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ที่เหมาะสม
7. มีการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในเวลาที่เหมาะสม

ข. การส่งตรวจวิเคราะห์ที่ห้องปฏิบัติการภายนอก

1. มีระบบส่งตรวจวิเคราะห์ที่จำเป็นไปยังห้องปฏิบัติการภายนอกในกรณีที่ศูนย์บริการสาธารณสุขไม่สามารถตรวจเองได้
2. มีการคัดเลือกห้องปฏิบัติการภายนอกด้วยเกณฑ์ที่เหมาะสม
3. มีการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในเวลาที่เหมาะสม

II -7.2 บริการรังสีวิทยา

มีบริการรังสีวิทยาประกอบการวินิจฉัยของศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ หรือมีระบบส่งตรวจที่หน่วยบริการภายนอกตามความจำเป็น

ก. บริการรังสีวิทยาของศูนย์บริการสาธารณสุข

1. มีบริการรังสีวิทยาพร้อมตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ
2. บริการรังสีวิทยาเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
3. ผู้ทำการตรวจวิเคราะห์ทางรังสีวิทยาได้รับการอบรมที่จำเป็นและมีความรู้ความสามารถเพียงพอที่จะทำการตรวจ
4. บริการรังสีวิทยาอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของผู้มีคุณสมบัติเหมาะสม
5. มีน้ำยาและวัสดุอื่นๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการตรวจวิเคราะห์พร้อมใช้ตลอดเวลา
6. มีการปฏิบัติตามแนวทางความปลอดภัยทางรังสีวิทยา และมีการตรวจสอบสถานที่และเครื่องมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
7. มีการควบคุมคุณภาพการถ่ายภาพรังสีที่เหมาะสม
8. มีการรายงานผลการตรวจทางรังสีวิทยาในเวลาที่เหมาะสม

ข. การส่งตรวจทางรังสีวิทยาที่หน่วยบริการภายนอก

1. มีระบบส่งตรวจทางรังสีวิทยาที่จำเป็นไปยังหน่วยบริการภายนอกในกรณีที่ศูนย์บริการสาธารณสุขไม่สามารถตรวจเองได้
2. มีการคัดเลือกหน่วยบริการรังสีวิทยาภายนอกด้วยเกณฑ์ที่เหมาะสม
3. มีการรายงานผลการตรวจทางรังสีวิทยาในเวลาที่เหมาะสม

หมวดที่ 8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพหรือ การควบคุมป้องกันโรค

ศูนย์บริการสาธารณสุขติดตามเฝ้าระวัง เพื่อค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาด

ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร

1. มีการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมโรคติดต่อที่ต้องรายงาน โรคและภัยสุขภาพที่เพิ่มขึ้นผิดปกติ
2. มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ได้แก่ การวางแผน การกำกับดูแล การประสานงาน การติดตามประเมินผล (ความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ความสามารถในการหยุดยั้งการเกิดผู้ป่วยรายใหม่)
3. มีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะและทรัพยากรที่จำเป็นอื่นๆ อย่างเหมาะสม

ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง

1. มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา
2. มีการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมายข้อมูลการเฝ้าระวังโดยใช้วิธีการทางระบาดวิทยา
3. มีการติดตามเฝ้าดูสถานการณ์และแนวโน้มของโรคที่เฝ้าระวัง คาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคสำคัญ เพื่อวางแผนป้องกันควบคุมโรค

ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ

1. มีการจัดทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) พร้อมทำหน้าที่ตอบสนองการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ
2. มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการระบาดของโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต่อไปนี้
 - 2.1. แผนตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข
 - 2.2. การเตรียมทีมและความพร้อมด้านต่างๆ เพื่อรองรับการระบาดตลอดเวลา
 - 2.3. มีการกำหนดมาตรการป้องกันโรคและภัยสุขภาพเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดทั้งในศูนย์บริการสาธารณสุขและในชุมชน
 - 2.4. มีช่องทางรับรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เหมาะสม
3. มีการสอบสวนโรคและการระบาดที่มีประสิทธิภาพ
 - 3.1. การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เมื่อมีข้อบ่งชี้

- 3.2. การสอบสวนการระบาด เมื่อพบเหตุการณ์ผิดปกติ การป่วยเป็นกลุ่มก้อน หรือ แนวโน้มที่จะมีการระบาด
4. มีการใช้มาตรการควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เหมาะสมและทันกาล เมื่อมีการระบาด
5. มีการแจ้งเตือนการเกิดโรคและภัยสุขภาพไปยังชุมชน ส่วนราชการ และองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างทันเวลา
6. มีการทบทวนบทเรียนประเมินประสิทธิภาพของการสอบสวนและการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย

1. มีการจัดทำรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัจจุบัน
2. มีการรายงานโรคไปยังสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ
3. มีการเผยแพร่ข้อมูลการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัจจุบันไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หมวดที่ 9 การทำงานกับชุมชน

II - 9.1 การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

ทีมผู้ให้บริการร่วมมือกับชุมชนจัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองต่อความต้องการของชุมชนที่รับผิดชอบ

ก. การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรที่รับผิดชอบ

1. ทีมผู้ให้บริการกำหนดชุมชน/ประชากรเป้าหมายสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นชุมชนทางภูมิศาสตร์ หรือชุมชนทางสังคมที่มีเป้าหมายเดียวกัน
2. ทีมผู้ให้บริการประเมินความต้องการของชุมชน (สถานะสุขภาพ ความเสี่ยงด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ) และศักยภาพของชุมชน
3. ทีมผู้ให้บริการร่วมกับชุมชนวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรเป้าหมาย (ครอบคลุมกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ) โดยมีเป้าหมายและตัวชี้วัดที่เหมาะสม
4. ทีมผู้ให้บริการประสานความร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ ในการจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนที่กำหนดไว้
5. ทีมผู้ให้บริการติดตามประเมินผลและปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

II - 9.2 การเสริมพลังในชุมชน

ศูนย์บริการสาธารณสุขทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน

ก. การทำงานเป็นคู่พันธมิตรกับชุมชน

1. ศูนย์บริการสาธารณสุขส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างเครือข่ายของชุมชน และทำงานเป็นคู่พันธมิตรกับชุมชนด้วยการแลกเปลี่ยนสารสนเทศ ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร
2. ศูนย์บริการสาธารณสุขชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
 - 2.1. ศูนย์บริการสาธารณสุขสร้างความสัมพันธ์และความร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้อง
 - 2.2. มีความร่วมมือในการกำหนดประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่สำคัญ
 - 2.3. มีความร่วมมือในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในแต่ละประเด็น

ข. การส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน

1. มีความร่วมมือกับชุมชนในการระบุปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญ
2. มีการวิเคราะห์และค้นหากลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนที่จะมีบทบาทในการแก้ปัญหาของชุมชน เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV
3. มีการส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาของชุมชน ตามศักยภาพของแต่ละกลุ่ม
4. มีการติดตามความก้าวหน้าและให้การสนับสนุนกลุ่มต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาลงอย่างต่อเนื่อง

ค. การส่งเสริมพฤติกรรม และทักษะส่วนบุคคล

1. มีความร่วมมือกับชุมชนในการระบุพฤติกรรมสุขภาพและทักษะสุขภาพที่พึงปรารถนา และกลุ่มเป้าหมายที่ต้องมีการปรับเปลี่ยน
2. มีความร่วมมือกับชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ได้แก่ การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย อาหาร
3. มีความร่วมมือกับชุมชนในการลดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ และปกป้องบุคคลให้พ้นจากความเสี่ยง
4. มีการติดตามแนวโน้มพฤติกรรมสุขภาพสำคัญของประชากรเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

ง. ส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพ

1. มีความร่วมมือกับชุมชนในการทบทวนสถานการณ์และระบุปัญหาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่มีผลต่อสุขภาพ
2. มีความร่วมมือกับชุมชนและผู้เกี่ยวข้องปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การลดสิ่งปนเปื้อนทางกายภาพและสารเคมี การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสันติภาพและการพักผ่อน การจัดสถานที่ที่เอื้อต่อกิจกรรมสุขภาพ

จ. ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

1. มีความร่วมมือกับชุมชนในการจัดให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคม เช่น ผู้พิการ คนเร่ร่อน
2. มีความร่วมมือกับชุมชนในการจัดสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น การสร้างเครือข่ายทางสังคม การส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชุมชน
3. ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพสมาชิกในชุมชนเพื่อให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณภาพชีวิต
 - 3.1. มีความร่วมมือกับชุมชนในการค้นหาผู้พิการ ผู้ทุพพลภาพ หรือสมาชิกในชุมชนที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพระยะยาว
 - 3.2. มีการวางแผนการฟื้นฟูสภาพตามสภาวะสุขภาพของสมาชิกดังกล่าว และเสริมพลังให้ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพ โดยสนับสนุนให้จัดทำหรือจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น
 - 3.3. การฟื้นฟูสภาพสมาชิกในสังคมประกอบด้วยการให้กำลังใจและฟื้นฟูสภาพจิตใจควบคู่กับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย
 - 3.4. มีการประสานความช่วยเหลือให้สมาชิกในชุมชนที่ต้องรับการฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานาน หรือที่ทุพพลภาพสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี

II - 9.3 การติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Health Care)

ศูนย์บริการสาธารณสุขร่วมมือกับชุมชนและทีมบริการที่เกี่ยวข้อง ติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการทางสุขภาพของบุคคลดังกล่าวได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม

ก. การส่งเสริมความสามารถการติดตามเยี่ยมบ้าน

1. ผู้บริหารและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดนโยบายและกลุ่มเป้าหมายในการติดตามดูแลที่บ้าน (ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายอื่นๆ) ออกแบบระบบการดูแลโดยใช้บ้าน ครอบครัว และชุมชนเป็นฐานในการดูแลอย่างเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย
2. ผู้บริหารและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดแนวทางการติดตามดูแลกลุ่มเป้าหมายที่บ้าน โดยพิจารณาบทบาทของครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการในพื้นที่
3. ผู้บริหารและทีมงานพิจารณาจัดให้มีระบบสนับสนุนต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายและครอบครัว สามารถดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้ด้วยตนเอง เช่น ระบบการเฝ้าติดตามสภาวะสุขภาพ ระบบขอคำปรึกษา ระบบการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน สิ่งแวดล้อมทางสังคมและบริการช่วยเหลือทางสังคม
4. มีการจัดระบบข้อมูลข่าวสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่องและสามารถเข้าถึงได้โดยผู้เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกการเยี่ยมบ้าน การเชื่อมโยงข้อมูลใน family folder กับเวชระเบียน
5. มีการติดตามประเมินผลความสามารถในการดูแลตนเองและการตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย นำมาใช้ในการปรับปรุงระบบงานของศูนย์บริการสาธารณสุข และสะท้อนให้ผู้เกี่ยวข้องภายนอกได้รับทราบ

ตอนที่ 3 กระบวนการทางคลินิก

หมวดที่ 1 การเข้าถึง การเข้ารับบริการและการประเมินภาวะสุขภาพ

III - 1.1 การเข้าถึงบริการและเข้ารับบริการ

ผู้รับบริการ / ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นตามความต้องการบริการสุขภาพโดยมีอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการน้อยที่สุด

ก. การลดอุปสรรคการเข้าถึง และเข้ารับบริการ

1. มีการวิเคราะห์บริการที่จำเป็นสำหรับประชากรในพื้นที่รับผิดชอบนำมาจัดให้มีบริการหรือประสานงานเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการดังกล่าวได้สะดวก
2. มีการวิเคราะห์อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการต่างๆ เช่น อุปสรรคด้านกายภาพ ภาษา วัฒนธรรมและอุปสรรคอื่นๆ และปรับปรุงเพื่อลดอุปสรรคดังกล่าว
3. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองต่อผู้รับบริการในเวลาที่เหมาะสมกับความเร่งด่วนเนื่องจากสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย มีการกำหนดเกณฑ์ในการจัดลำดับความเร่งด่วน มีการให้ข้อมูลและคำอธิบายกรณีที่เกิดความล่าช้า
4. มีการให้บริการเบื้องต้นและประสานงานเพื่อส่งต่อ กรณีที่ไม่สามารถให้บริการได้จนถึงที่สุด
5. มีการติดตามประเมินผลความต้องการบริการสุขภาพที่ไม่สามารถตอบสนองได้ในแต่ละคลินิก เพื่อนำมาสู่การพัฒนา/ปรับปรุงระบบการตอบสนองความต้องการ

III - 1.2 การประเมินภาวะสุขภาพ

ผู้รับบริการทุกรายได้รับการประเมินภาวะสุขภาพอย่างถูกต้องและเพียงพอสำหรับการวางแผนดูแล

ก. การประเมิน และการประเมินติดตาม

1. มีการกำหนดขอบเขตและเนื้อหาของการประเมินภาวะสุขภาพ ครอบคลุมการประเมินเมื่อมาใช้บริการครั้งแรก การประเมินติดตาม การประเมินในแต่ละคลินิก การประเมินผู้รับบริการที่ต้องส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น
2. มีการประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการในแต่ละคลินิกที่มีความต้องการเฉพาะอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการหรือความเสี่ยง เช่น ผู้รับบริการที่สงสัยติดเชื้อ/สุรา ผู้รับบริการที่ติดเชื้อหรือโรคติดต่อ เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ผู้มีปัญหาภาวะโภชนาการ ผู้รับบริการสูงอายุ ผู้รับบริการที่มีระบบภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นต้น
3. มีการบันทึกผลการประเมินไว้ในเวชระเบียนซึ่งผู้ให้บริการสามารถใช้ประโยชน์ในการวางแผนและการดูแลต่อเนื่องได้ง่าย
4. มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพด้วยความถี่ที่เหมาะสม หรือตามที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกำหนดเฉพาะสำหรับแต่ละปัญหา

หมวดที่ 2 การดูแลผู้รับบริการ

III – 2.1 การดูแลผู้รับบริการทั่วไป

ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามแผนที่วางไว้เพื่อตอบสนองภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ
อย่างเป็นองค์รวม

1. มีการวางแผนการดูแลสำหรับผู้รับบริการแต่ละราย
2. ผู้รับบริการ/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตามความเหมาะสม
3. มีการทบทวนแผนการดูแลเมื่อผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลง
4. ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามแผน และมีการบันทึกไว้ในเวชระเบียน

III – 2.2 การดูแลผู้รับบริการเฉพาะกลุ่ม

ผู้รับบริการเฉพาะกลุ่ม ได้รับการดูแลและบริการจากคลินิกเฉพาะอย่างมีคุณภาพบนพื้นฐานของแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัย

1. มีการจัดทำแนวทางการดูแลและให้บริการผู้ป่วยในคลินิกเฉพาะบนพื้นฐานของแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัย เช่น ผู้รับบริการที่สงสัยติดเชื้อ/สุรา ผู้รับบริการที่ติดเชื้อหรือโรคติดต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ผู้มีปัญหภาวะโภชนาการ ผู้รับบริการสูงอายุ ผู้รับบริการที่มีระบบภูมิคุ้มกันต่ำ ผากครรภ์ ทันตกรรม เป็นต้น
2. มีการฝึกอบรมบุคลากรและจัดเครื่องมืออุปกรณ์เพื่อให้การดูแลและบริการตามแนวทางที่กำหนดไว้
3. มีการให้การดูแลและบริการตามแนวทางที่จัดทำไว้
4. มีการติดตามผลการดูแลและให้บริการเพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการให้บริการ

III – 3.1 การดูแลผู้รับบริการเสี่ยงสูง

ผู้รับบริการที่มีกลุ่มสำคัญหรือกลุ่มความเสี่ยงสูง/กลุ่มที่ได้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูง ได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย

1. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น ทั้งความเสี่ยงจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และความเสี่ยงจากการให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข
2. มีการจัดทำแนวทางในการตรวจพบความเสี่ยงหรือภาวะที่ไม่พึงประสงค์แต่เนิ่นๆ และการจัดการกับเหตุการณ์ดังกล่าว
3. มีการฝึกอบรมบุคลากรและจัดเครื่องมืออุปกรณ์เพื่อให้การดูแลและบริการตามแนวทางที่กำหนดไว้รวมถึงการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย
4. มีการให้การดูแลและบริการตามแนวทางที่จัดทำไว้
5. มีการติดตามผลการดูแลและให้บริการเพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการให้บริการ

หมวดที่ 3 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้รับบริการ/ครอบครัว

มีการให้ข้อมูลและเสริมพลังผู้รับบริการและครอบครัว ให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง

1. มีการวางแผนให้ข้อมูล ความรู้ และเสริมพลังสำหรับกลุ่มผู้รับบริการสำคัญ พร้อมทั้งจัดให้มีสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม
2. มีการบ่งชี้ผู้รับบริการที่สมควรได้รับข้อมูล ความรู้ และการฝึกฝนทักษะ ประเมินประเด็นที่ต้องเรียนรู้และความสามารถในการเรียนรู้ของผู้รับบริการและครอบครัว
3. มีการวางแผนให้ข้อมูล ความรู้ เสริมทักษะ และกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้
4. ผู้รับบริการ/ประชากรเป้าหมาย/ครอบครัวได้รับข้อมูลความรู้และการเสริมทักษะที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ
5. มีการบันทึกการให้ข้อมูล ความรู้ และการเสริมทักษะของผู้รับบริการ/ประชากรเป้าหมาย/ครอบครัว ในเวชระเบียน
6. มีการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับการให้ข้อมูล ความรู้ และการเสริมพลัง

หมวดที่ 4 การประสานงานและความต่อเนื่องในการบริการ

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแล ผู้รับบริการ/ประชากรเป้าหมาย อย่างต่อเนื่องที่ให้ผลดี

1. มีการจัดระบบนัดผู้รับบริการ/ประชากรกลุ่มเป้าหมายกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมี ข้อบ่งชี้ซึ่งมีประสิทธิภาพ และมีระบบช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ/ ประชากรเป้าหมายตามความเหมาะสม
2. มีการสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ ชุมชน และองค์กรอื่นๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้รับบริการ/ประชากรเป้าหมาย และ บูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการให้บริการ
3. มีการสื่อสารข้อมูลของผู้รับบริการ/ประชากรเป้าหมาย ให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องใน การให้บริการ/การดูแลต่อเนื่อง ทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก โดยคำนึงถึง การรักษาความลับของข้อมูลผู้รับบริการ/ประชากรเป้าหมาย
4. มีการทบทวนเวชระเบียน เพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูลสำหรับการดูแลต่อเนื่อง
5. มีการติดตามผลการให้บริการ/ดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้รับบริการ/ ประชากรเป้าหมายได้รับการตอบสนอง และนำผลการติดตามมาใช้ปรับปรุง/วางแผน บริการในอนาคต

ตอนที่ 4 ผลการดำเนินงานศูนย์บริการสาธารณสุข

ศูนย์บริการสาธารณสุขกำหนดรูปแบบ และขอบเขตของผลลัพธ์การดำเนินงานที่
ต้องการ โดยแสดงให้เห็นผลการดำเนินงาน และทบทวนปรับปรุงผลการดำเนินการ/วิเคราะห์
ในประเด็นสำคัญ ได้แก่

1. ด้านการบริการ รักษาพยาบาล แบบผสมผสานและการฟื้นฟูสภาพ (ภายใน
ศูนย์บริการสาธารณสุข)
2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคตามกลุ่มประชากร (ในชุมชน) และ
ด้านการเรียนรู้ของชุมชน
3. ด้านการมุ่งเน้นผู้รับบริการ/ประชากรกลุ่มเป้าหมายและผู้รับผลงาน
4. ด้านทรัพยากรบุคคล
5. ด้านประสิทธิผลกระบวนการ
6. ด้านการนำ

นอกจากนี้อาจทบทวนปรับปรุงผลการดำเนินงานของศูนย์บริการสาธารณสุข
เปรียบเทียบกับศูนย์บริการสาธารณสุขอื่น หรือองค์กรอื่นที่มีภารกิจคล้ายคลึงกัน เพื่อปรับปรุง
และพัฒนาผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน

IV- 1 ด้านการบริการ รักษาพยาบาล แบบผสมผสาน และการฟื้นฟูสภาพ ภายใน ศูนย์บริการสาธารณสุข

1. การบริการกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป: ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญในภาพรวม ด้านการดูแลผู้รับบริการทั่วไป กระบวนการให้บริการ ความปลอดภัย การประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพอื่น ในพื้นที่ ตัวอย่างเช่น อัตราการใช้บริการ อัตราการส่งต่อ ระยะเวลารอคอย อัตรา การมาตรวจตามนัด ผลลัพธ์ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เป็นต้น
2. การบริการ/ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/กลุ่มโรคสำคัญ: ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญผลลัพธ์ด้านคุณภาพของผู้ป่วย เรื้อรัง /กลุ่มโรคสำคัญ (เช่น วัณโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สุขภาพจิต และ จิตเวช เป็นต้น) กระบวนการให้บริการ ความปลอดภัย ผลลัพธ์ด้านการดูแลต่อเนื่อง ภาวะแทรกซ้อนที่ลดลง สัดส่วนของประชาชนในเขตรับผิดชอบที่เป็น กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข
3. การบริการคลินิกส่งเสริมสุขภาพ: ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับ ปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มผู้รับบริการ/ ผู้ป่วย คลินิกเฉพาะที่สำคัญ

IV - 2 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคตามกลุ่มประชากร (ในชุมชน)

1. **การส่งเสริมสุขภาพ:** ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพของประชากรในชุมชน เช่น เครื่องชี้วัดครอบคลุมของประชากรเป้าหมายที่ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ด้านต่างๆ ทั้งภาพรวม และจำแนกตามประเภทของภาวะด้านสุขภาพ (เช่น กลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เป็นต้น) ความครอบคลุมของการคัดกรองภาวะเสี่ยงของประชากรกลุ่มต่างๆ อัตราการป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ ร้อยละประชากรกลุ่มเสี่ยงด้านภาวะสุขภาพด้านต่างๆ เช่น ความอ้วน การสูบบุหรี่ พฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกายไม่เพียงพอ ความสามารถของประชากรเป้าหมายในการดูแลตนเอง เป็นต้น
2. **การควบคุม และป้องกันโรค:** ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านการควบคุม ป้องกันโรค เช่น เครื่องชี้วัดครอบคลุมของประชากรเป้าหมายที่ได้รับบริการป้องกันโรคด้านต่างๆ ความครอบคลุมของการคัดกรองภาวะเสี่ยงของประชากรกลุ่มต่างๆ อัตราการป่วยด้วยโรคตาม รง. 506/โรคอุบัติใหม่ ความสามารถของประชากรเป้าหมายในการดูแลตนเอง ความรวดเร็ว ทันเวลาของการรายงาน เป็นต้น
3. **ด้านการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมของชุมชน:** ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญ เช่น การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพในพื้นที่ ความสามารถของชุมชนในการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ทั้งด้านการส่งเสริม การป้องกันโรค การจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน ระดับความรู้ของประชาชน และชุมชนในการดูแลด้านสุขภาพ/ป้องกันโรค รวมทั้งตัวชี้วัดผลด้านการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น/ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

IV - 3 ด้านการมุ่งเห็นผู้รับบริการ/ประชากรกลุ่มเป้าหมาย และ ผู้รับผลงาน

1. ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญ เช่น ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ ประชาชน และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นต้น
2. ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญ เกี่ยวกับคุณค่าและความนิยมของประชากรกลุ่มเป้าหมาย เช่น พฤติกรรมความนิยมของประชาชนในการเลือกใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นต้น

IV - 4 ด้านทรัพยากรบุคคล

1. ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านความผูกพัน/ผาสูก และความพึงพอใจของบุคลากร
2. ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับขีดความสามารถของบุคลากร
3. ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับบรรยากาศการทำงาน
4. ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับด้านภาวะสุขภาพของบุคลากร สุขอนามัย

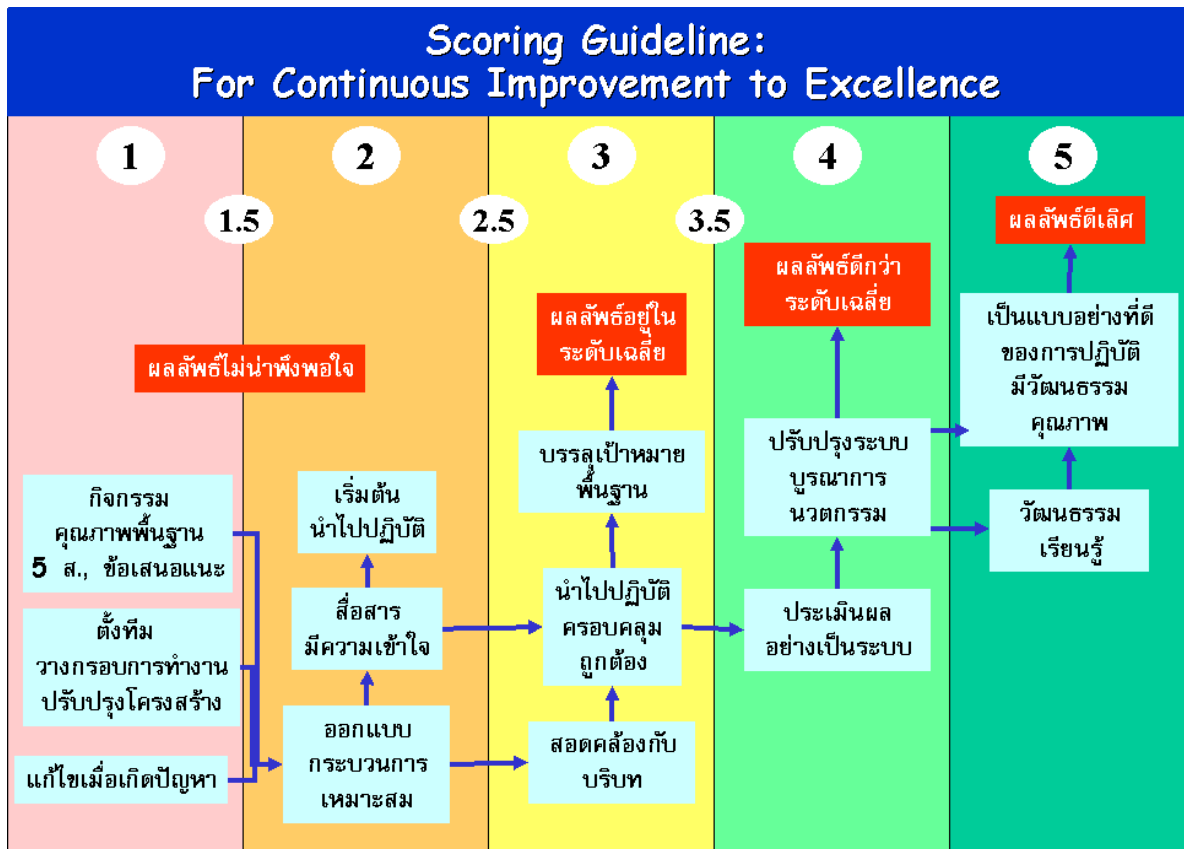
IV - 5 ด้านประสิทธิผลของกระบวนการ

1. ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับคุณภาพระบบยา
2. ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับระบบบริหารเวชระเบียน และความสมบูรณ์เวชระเบียน
3. ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความปลอดภัยของอาคารสถานที่
4. ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
5. ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับด้านการพยาบาล
6. ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับระบบบริหารความเสี่ยง

IV - 6 ด้านการนำ

1. ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุผลตามกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการของศูนย์
2. ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญทางด้านงบประมาณ/การเงิน ความรับผิดชอบทางการเงิน การปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ และกฎหมาย
3. ศูนย์บริการสาธารณสุขแสดงให้เห็นระดับปัจจุบัน และแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการสนับสนุน ความร่วมมือ และ ความรับผิดชอบต่อชุมชน เช่น การมีส่วนร่วมของศูนย์บริการสาธารณสุข ท้องถิ่น/ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

แนวทางการให้คะแนน : Scoring Guideline



การพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์บริการสาธารณสุข

แนวคิดหลัก

หัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพประเภทที่ไม่ได้รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน คือ การเน้นบริการแบบองค์รวม ผสมผสาน บริการทั้ง 4 มิติ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ ไปพร้อมกัน และสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน ซึ่งกระบวนการดำเนินงานต้องคำนึงถึงมิติทางด้านจิตใจ สังคม และ สภาพแวดล้อมของประชาชน หรือผู้รับบริการ

การพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข ได้นำแนวคิด 3C-PDSA , 3P (Purpose – Process - Performance) เน้นวิธีคิด และการเรียนรู้ปรับตัวอย่างเป็นระบบมาใช้ ซึ่งจะเน้นการประเมินเพื่อการพัฒนา โดยใช้มาตรฐานและการประเมินตนเองเป็นเครื่องมือในการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และการพัฒนา

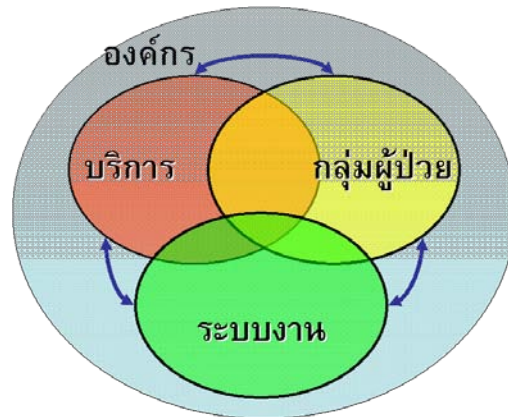
เป้าหมาย

เป้าหมายของกระบวนการพัฒนา และประเมินกระบวนการคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข คือ การกระตุ้นให้ศูนย์บริการสาธารณสุข เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง ผู้ปฏิบัติ และผู้บริหารในหน่วยงานของศูนย์บริการสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และชุมชน เพื่อพัฒนาระบบบริการทั้งภายในศูนย์บริการสาธารณสุขและในชุมชน ให้ตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบ ผสมผสานกับชุมชนปรับวิธีทำงานตามหลักการให้เหมาะสมกับบุคคลและสภาพแวดล้อม รวมทั้งทำให้ผู้รับบริการและประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย

การทำความเข้าใจกับการพัฒนาและรับรองศูนย์บริการสาธารณสุขอย่างรอบด้าน

การทำความเข้าใจกระบวนการคุณภาพให้รอบด้านอาจใช้มุมมองใน 3 มิติคือ
1) มิติของพื้นที่การพัฒนา 2) มิติของกระบวนการพัฒนาตามแนวคิด 3C-PDSA 3) มิติของการประเมิน

1. มิติพื้นที่ของการพัฒนา 4 วงเพื่อความครอบคลุม: กลุ่มของระบบย่อยใน ศูนย์บริการสาธารณสุข

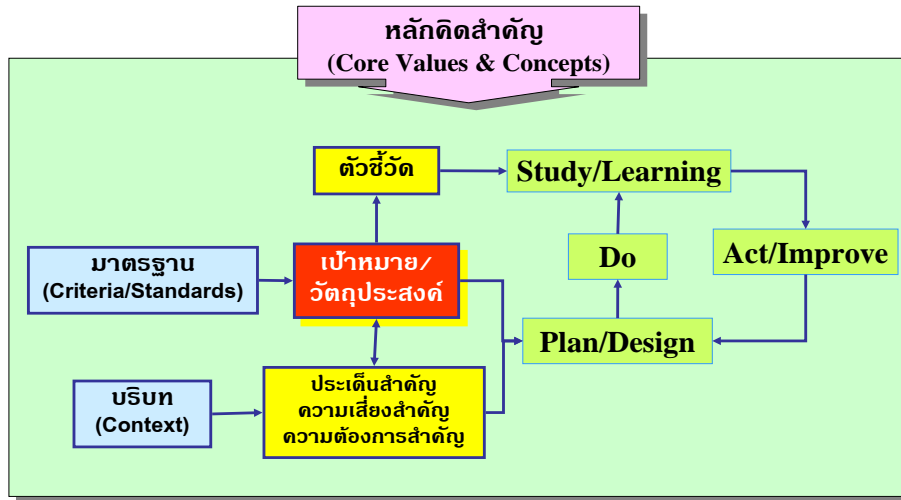


ศูนย์บริการสาธารณสุข ประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆ จำนวนมาก การพัฒนาต่างๆ จะเริ่มต้นที่ระบบย่อยเหล่านี้ ระบบย่อยแต่ละระบบจะมีเป้าหมาย ผู้รับผลงาน กระบวนการทำงาน และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

การทำความเข้าใจในการมีอยู่ของระบบย่อยต่างๆ ความสัมพันธ์กับระบบย่อยอื่นๆ และโอกาสที่จะมีการทับซ้อนในการพัฒนาระหว่างระบบย่อยต่างๆ จะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพง่าย มีประสิทธิภาพ สมบูรณ์และไม่สับสน

เมื่อวิเคราะห์ระบบย่อยต่างๆ ในศูนย์บริการสาธารณสุข สามารถจัดกลุ่มหรือพื้นที่ได้เป็น 1) ระบบย่อยที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการต่างๆ หรือระบบย่อยของแต่ละหน่วยบริการ 2) ระบบย่อยของการดูแลกลุ่มผู้รับบริการต่างๆ ที่เรียกว่ากลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) หรือกลุ่มโรค และ หัตถการต่างๆ นั้นเอง 3) ระบบงานต่างๆ ที่สนับสนุนหรือเป็นแกนหลักสำคัญและเกี่ยวข้องกับหน่วยงานและกิจกรรมบริการจำนวนมาก รวมทั้งการขับเคลื่อนและติดตามการพัฒนาในระดับองค์กร เมื่อรวมทั้งสามกลุ่มเข้าด้วยกัน ก็จะเป็นระบบของทั้งองค์กร

2. มิติของกระบวนการพัฒนาตามแนวคิด 3C-PDSA



การใช้มาตรฐานเพื่อการพัฒนาและติดตามคุณภาพถือว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญ เป็นการเชื่อมโยงหลักการและนามธรรมสู่การปฏิบัติ

3C (Context, Core Values & Concepts, Criteria) คือองค์ประกอบที่จะทำให้เกิดการคิดหรือการวางแผนที่ดี ทำให้รู้ว่าอะไรคือลำดับความสำคัญหรือความจำเป็นที่ตนจะต้องทำ **PDSA (Plan-Do-Study-Act)** คือวงล้อของการปฏิบัติ ตั้งแต่การออกแบบ การนำไปปฏิบัติ การเรียนรู้หรือทบทวนติดตามประเมินผล และการปรับปรุงให้ดีขึ้น โดย 3C-PDSA จะเริ่มจากตรงไหนก่อนก็ได้ แต่เริ่มแล้วควรขยับไปจนครบทุกองค์ประกอบที่เหลือ

สิ่งที่เชื่อมระหว่างการคิด (**3C**) กับการทำ (**PDSA**) คือเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์: เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการทำงานหรือการพัฒนาที่ดี มาจากการวิเคราะห์ context หรือสถานการณ์เฉพาะของตน คู่กับการวิเคราะห์เป้าหมายของ criteria หรือมาตรฐาน เมื่อได้เป้าหมายชัดเจน ก็สามารถกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพื่อการติดตามกำกับหรือการประเมินผลได้ เมื่อมีเป้าหมายชัดเจน รู้ประเด็นสำคัญต่างๆ ที่เป็นความเสี่ยงหรือความต้องการ ก็สามารถออกแบบระบบงานที่เหมาะสมได้

ในการคิดและการทำที่ดีนั้น ควรจะมีหลักการหรือแก่นคุณค่าการทำงาน/ค่านิยมหลัก (Core Values & Concepts) เป็นตัวกำกับ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความลุ่มลึกในการพัฒนา ยิ่งทำความเข้าใจให้ลึกซึ้ง ยิ่งเห็นโอกาสพัฒนามากขึ้น

การเรียนรู้ (Study หรือ Learning) เป็นสิ่งที่ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา การเรียนรู้ในที่นี้ครอบคลุมการทบทวนและติดตามประเมินผลเพื่อพัฒนา/ปรับปรุงระบบในทุกรูปแบบ ซึ่งมีวิธีการมากมาย ตัวอย่างเช่น

1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติ ซึ่งเดิมมักจะถือกันว่าเป็นสิ่งที่อยู่นอกตำรา แต่ที่จริงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำงาน

ส่วนหนึ่งจะได้คำตอบว่าทำอย่างไรให้ความรู้ในตำราเข้าสู่การปฏิบัติได้จริง และในกรณีที่ไม่สามารถทำตามแนวทางที่ควรจะเป็นได้ จะทำอย่างไรให้ปลอดภัยที่สุด

2) สนทริยสนทนา (dialogue) เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มที่ได้ผลทั้งในด้านความเข้าใจผู้อื่น ความเข้าใจตนเอง ก่อให้เกิดความสุขและมีพลังในการที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า

3) การเขียนบันทึกความก้าวหน้า (portfolio) จะทำให้ผู้เขียนได้ตกผลึกความคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การเขียนบันทึกอาจจะเป็นการเขียนอย่างอิสระ ไม่ต้องมีรูปแบบ หรืออาจจะเป็นการเขียนตามประเด็นที่กำหนดไว้ เช่น CQI story

4) การใช้ตัวตามรอย (tracer) เป็นการติดตามสิ่งที่เราค้นเคย สามารถสังเกตเห็นและติดตามไปตามขั้นตอนหรือกระบวนการต่างๆ ได้ง่าย ตัวตามรอยอาจจะกลุ่มผู้รับบริการ หรือกลุ่มโรค ข้อมูลข่าวสาร ยา สิ่งส่งตรวจ เป็นต้น การตามรอยช่วยให้เราเข้าไปทำความเข้าใจในสถานการณ์จริง ช่วยให้เราเห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน

5) การทบทวนหลังทำกิจกรรม (after action review) ทุกครั้งหลังจากทำกิจกรรม ไม่ว่าจะ เป็นกิจกรรมเล็กหรือใหญ่ ทีมงานที่ร่วมกิจกรรมมาทบทวนร่วมกันว่าสิ่งที่ทำลงไปนั้นบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่แรกหรือไม่ อะไรคือความสำเร็จหรือคุณค่าที่ควรรักษา อะไรคือจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงในโอกาสต่อไป

6) การติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (indicator monitoring, data analysis, & goal achievement assessment) เป็นการเรียนรู้จากข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งจะทำให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงและระดับการปฏิบัติที่แตกต่างจากเป้าหมาย ควรให้ความสำคัญให้มากกับการวิเคราะห์และการเชื่อมโยงข้อมูล ขณะเดียวกันพึงระวังข้อจำกัดหรือผลเสียของการวัดและการประเมินเชิงปริมาณ ซึ่งจะต้องนำเอาการประเมินด้านอื่นๆ มาประกอบด้วย

7) การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ (quality review activities) เป็นการเรียนรู้จากจุดอ่อน ความเสี่ยง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเสียงสะท้อนต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น พึงระวังว่าจะไม่ใช้การทบทวนเพื่อเป็นการจับผิดตัวบุคคลเป็นเป้าหมายแรก แต่มุ่งเรียนรู้สถานการณ์เพื่อช่วยเหลือบุคคล การเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ได้ย้อนรอยบอกเล่าความรู้สึกและความคิดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ (cognitive walkthrough) จะช่วยให้เห็นโอกาสพัฒนาในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ง่ายขึ้น

8) การประเมินตนเองตามมาตรฐานและการให้คะแนนตามระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (self assessment of standard compliance & scoring) มาตรฐานเป็นเครื่องมือช่วยให้เราได้มองเห็นว่าระบบงานที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเหมาะสมดีแล้วหรือไม่ มีการนำวงล้อ

PDSA มาปฏิบัติอย่างไร สามารถบอกถึงการบรรลุเป้าหมายในแต่ละระบบหรือกระบวนการได้เพียงใด

9) การทบทวนเวชระเบียน (medical record review) การทบทวนเวชระเบียนในขั้นพื้นฐานคือ การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก หากจะให้การทบทวนนั้นมีผลถึงคุณภาพ การดูแลผู้รับบริการ ควรจะทบทวนให้เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการดูแลผู้รับบริการ โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุง มิใช่การกล่าวโทษหรือหาผู้กระทำผิด

3. มิติการประเมินผล

การประเมินผลในมุมมองทั่วไปก็คือ S (Study) ใน 3C-PDSA ซึ่งได้กล่าวถึงวิธีการที่หลากหลายมาแล้วในหัวข้อที่ผ่านมา

การประเมินผลที่เป็นเรื่องเฉพาะของศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบถึงระดับความก้าวหน้าในการพัฒนา โดยการประเมินในลักษณะนี้อยู่บนสมมุติฐานว่า ถ้าแต่ละแผนก/หน่วยงานทำหน้าที่ของตนเองอย่างดีแล้ว สถานพยาบาลแห่งนั้นจะให้บริการและการรักษาด้านการบริการ รักษาพยาบาล แบบผสมผสาน และการฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพนี้ เห็นว่าการทำดีของแต่ละแผนก/หน่วยงานเป็นสิ่งที่จำเป็นแต่ไม่เพียงพอ จะต้องดูว่าแผนก/หน่วยงานต่างๆ เหล่านี้ทำงานร่วมกันอย่างไร ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอหรือไม่ นอกจากนี้การประเมินยังมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา และเพื่อให้เห็นว่าโอกาสข้างหน้าคือการพัฒนาในเรื่องใด กล่าวอีกนัยหนึ่งเป็นการประเมินเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องไปข้างหน้า

การประเมินภายใน เป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย ทำได้บ่อย ซึ่งหากทำด้วยความเข้าใจว่าเป็นการประเมินเพื่อให้กำลังใจและให้เห็นโอกาสพัฒนา จะได้ประโยชน์และจะเป็นกลไกสำคัญเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นรูปแบบของการเยี่ยมสำรวจเพียงอย่างเดียว

การประเมินจากภายนอก เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการรวมตัว การตั้งเป้าหมายระยะเวลาที่จะทำให้สำเร็จ และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องยากๆ ได้ในเวลาที่ไม่นานเกินไป ข้อสำคัญคือการใช้ความสัมพันธ์แบบผู้ใหญ่-ผู้ใหญ่ และทีมงานของศูนย์บริการสาธารณสุขไม่มีเจตคติที่ไม่สุดโต่งไปด้านใดด้านหนึ่ง คือ เจตคติของการยอมรับ และเจตคติของการปกป้องตนเอง

การประเมินจากภายนอกจะเป็นการประเมินตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขซึ่งเป็นมาตรฐานที่มุ่งเน้นที่ระบบงาน และ ผลลัพธ์การดำเนินการศูนย์บริการสาธารณสุข

พื้นฐานและหลักการของมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข

พื้นฐานในการจัดทำมาตรฐาน

พื้นฐานในการกำหนดมาตรฐานสำหรับกระบวนการประเมิน และรับรองกระบวนการคุณภาพ (accreditation) ขึ้นอยู่กับปรัชญาของการให้บริการในแต่ละช่วงเวลา ปัจจุบันวงการบริการสุขภาพส่วนใหญ่มองมีความเชื่อว่า ปรัชญาเรื่อง quality improvement คือ ทางออกสำหรับบริการสุขภาพบริการสุขภาพซึ่งกำลังเผชิญปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ/ประชาชน ความสูญเสียเปล่า มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข จึงอยู่บนพื้นฐานเหล่านี้ ได้แก่ 1) การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 2) การมุ่งเน้นผู้รับบริการ/ผู้ป่วย 3) การสนับสนุนทรัพยากรและภาวะผู้นำ

หลักการจัดทำมาตรฐาน

หลักการในการกำหนดและการใช้มาตรฐาน ประกอบด้วย

- เนื้อหาและโครงสร้าง: 1) สะท้อนปรัชญาการสร้างมาตรฐานตั้งที่กล่าวข้างต้น 2) ส่วนโครงสร้างมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข ประกอบด้วย องค์ประกอบมาตรฐาน 4 ตอน ตอนที่ 1 การนำ ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญ ตอนที่ 3 กระบวนการทางคลินิก ตอนที่ 4 ผลการดำเนินงานศูนย์บริการสาธารณสุข
- รูปแบบ: มีความยืดหยุ่น (flexibility) มาตรฐานเน้นการกำหนดเป้าหมายมากกว่าการบ่งบอกวิธีการปฏิบัติ ทำให้ศูนย์บริการต่าง ๆ มีอิสระที่จะเลือกวิธีการปฏิบัติด้วยตนเอง

การใช้มาตรฐาน : ใช้เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบบแผนการปฏิบัติที่ดีสำหรับศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นจุดเริ่มต้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และปรึกษาหารือกัน รวมทั้งเป็นเครื่องมือในการให้ผู้เยี่ยมสำรวจจากภายนอกในการมาทบทวน และกระตุ้นการเรียนรู้ร่วมกับที่มบุคลากรในศูนย์บริการสาธารณสุข

ภาคผนวก



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

คำสั่งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ที่ ๐๓๕ /๒๕๕๓

เรื่อง คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานและกระบวนการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองศูนย์บริการสาธารณสุข

ด้วย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ร่วมกับ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้มีการดำเนินงานด้วยแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องทำงานด้านคุณภาพ ก้าวสู่การเป็นศูนย์บริการฯ คุณภาพ เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และผู้ให้บริการได้ดีที่สุดในปี ๒๕๕๔ จำนวน ๑๒ แห่งนั้น

ในกรณีนี้ เพื่อให้การดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนการดำเนินงานจึงเห็นสมควรแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานและกระบวนการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองศูนย์บริการสาธารณสุข ดังมีรายนามต่อไปนี้

๑. นายแพทย์อนุวัฒน์	สุภชาติกุล	ที่ปรึกษากรรมการ
๒. นางดวงสมร	บุญผดุง	ประธานกรรมการ
๓. แพทย์หญิงนันทา	ช่วงกุล	กรรมการ
๔. นายแพทย์วร	งามศิริกุล	กรรมการ
๕. นายแพทย์ชิน	เดชมหาชัย	กรรมการ
๖. นางสาวเวดี	ศิรินคร	กรรมการ
๗. เกษียรปรามินทร์	วีระอนันต์วัฒน์	กรรมการ
๘. นางชุติภากรณ์	ศิริสนธิ	กรรมการ
๙. นางสาวจาวรรณ	จงวิเศษ	กรรมการ
๑๐. นางถนิมรัตน์	สุภานามัย	เลขานุการ
๑๑. นางสาวสุดารัตน์	นาคประขอบ	ผู้ช่วยเลขานุการ

โดยคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งจากทางสถาบันฯ มีภารกิจและความรับผิดชอบดังนี้

๑. ทบทวนและเปรียบเทียบมาตรฐาน HCA และ HA
๒. จัดทำเกณฑ์การประเมินเพื่อรับรองศูนย์บริการสาธารณสุข
๓. พัฒนาระบบการรับรองศูนย์บริการสาธารณสุข
๔. นำเกณฑ์ไปทดลองใช้ในการประเมิน ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๑ แห่ง
๕. ปรับเกณฑ์และกระบวนการรับรองเพื่อนำไปใช้จริง

สั่ง ณ วันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๕๓

(นายแพทย์อนุวัฒน์ สุภชาติกุล)

รักษาการผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ชั้น ๒ ตึกกรมการแพทย์ ๖ ถ.จามวงศ์วาน อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

2nd Floor, DMS 6 Bldg. Ngamwongvan Road, A. Muang, Nonthaburi 11000

Tel. 0-2589-0023-4, 0-2951-0102-3 Fax.0-2951-0238, 02-589-0556, 02-951-0104 www.ha.or.th



ประกาศคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณามาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข (กรุงเทพมหานคร)
พ.ศ. ๒๕๕๕

โดยที่เป็นการสมควรให้มีคณะกรรมการทบทวนเกณฑ์ที่เหมาะสมในการรับรองศูนย์บริการสาธารณสุข (กรุงเทพมหานคร) เพื่อใช้เป็นมาตรฐานประเมินระบบงานบริการปฐมภูมิในลักษณะเขตเมือง และสอดคล้องกับมาตรฐานการบริการสาธารณสุข (pHCA) เดิม

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๐ แห่งพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) พ.ศ. ๒๕๕๒ คณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๕๕ เมื่อวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๕๕ จึงมีมติไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ ให้บุคคลดังมีรายชื่ต่อไปนี้ เป็นคณะกรรมการพิจารณามาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข (กรุงเทพมหานคร)

(๑) นายศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์	ประธานอนุกรรมการ
(๒) ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ
(๓) นางนันทา อ่วมกุล	อนุกรรมการ
(๔) นายบวร งามศิริอุดม	อนุกรรมการ
(๕) นางสาวเรวดี ศิรินคร	อนุกรรมการ
(๖) นางสาวอาภากร สุปัญญา	เลขานุการ

ข้อ ๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑ มีบทบาทหน้าที่ พิจารณาและเสนอร่างมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข (กรุงเทพมหานคร) ต่อคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๕ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๕

(ศาสตราจารย์วิจารณ์ พานิช)

ประธานกรรมการบริหาร
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล


(นายอันวิน ศุภชาติกุล)
ผู้อำนวยการสถาบัน

บรรณานุกรม

กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2548). มาตรฐาน ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร : อินฟินิตี้

กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.(2552). มาตรฐานการบริหารการพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2552). มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). เกณฑ์คุณภาพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.(2551). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. กรุงเทพมหานคร : บริษัทหนังสือดีวันจำกัด

Joint Commission International Accreditation.(2010) Standards For Ambulatory Care^{2nd} Edition. [online] available: <http://www.jointcommissioninternational.org/Accreditation-Manuals/Joint-Commission-International-Accreditation-Standards-for-Ambulatory-Care-2nd-Edition-PDF-book/1510/> [2011, Dec 15]