



มาตรฐานเฉพาะโรค / เฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Standards)

ฉบับ มิถุนายน 2563



มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ
(Program and Disease Specific Standards)

ฉบับ มิถุนายน 2563

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Standards: PDSS)

ที่ปรึกษา

พลอากาศโท นพ.อนุตตร จิตตินันท์	ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
นพ.อนุวัฒน์ ศุภชติกุล	ผู้ทรงคุณวุฒิ
นางผ่องพรรณ ธนา	ผู้ทรงคุณวุฒิ
นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี	ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

บรรณาธิการ

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

คณะทำงาน

พญ.เอกจิตรา สุขกุล
นางสาวจักษณา ปัญญาชีวิน
นางสาวสุภาเพ็ญ ศรีสดใส
พันตำรวจเอกหญิง กิตติยา ชัชวาลชาญชนกิจ
นางภักดิ์นันท์ ดีพริยะ
นางสาววิญญาวรรณ แมตสถาน

จัดพิมพ์โดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

พิมพ์ครั้งแรก 2563

จำนวน เล่ม

งบประมาณ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ISBN (e-Book) 978-616-8024-30-0

คำนำ

มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Standards: PDSS) ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อสร้างการเรียนรู้และกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคหรือระบบ รวมถึงเป็นการสร้างทีมทางคลินิกที่เข้มแข็งเพื่อขยายผลสู่การรับรองคุณภาพทั้งสถานพยาบาลโดยเริ่มจัดทำมาตรฐานมาตั้งแต่ พ.ศ. 2556 และได้มีการนำไปใช้เพื่อการพัฒนาและยกย่องเชิดชูเกียรติสถานพยาบาลที่พัฒนาเฉพาะโรค/ระบบ จำนวน 51 ครั้งของการขอรับรองรายโรค/ระบบ โดยเริ่มมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาภายในสถานพยาบาลในลักษณะของการบูรณาการระหว่างระบบบริการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ ที่ทีมได้ดำเนินการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่องสามารถแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีถึงดีมากและมีแนวโน้มที่ดีขึ้น และ/หรือมีการเทียบเคียงผลลัพธ์กับองค์กรอื่นที่ทำหายอยู่เสมอ และเป็นการปูพื้นฐานสำหรับองค์กรที่จะยกระดับการพัฒนาสู่การขอรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)

ตามระเบียบคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 ได้มีการกำหนดให้มีการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะระบบ ตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนดสถาบันจึงนำมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบเดิมที่ใช้ มาปรับปรุงเป็นมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ เพื่อให้สถานพยาบาลนำไปใช้การพัฒนาในสถานพยาบาลเป็นมาตรฐานกลางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการพัฒนาโรคและระบบต่าง ๆ ให้มีผลการดำเนินการที่ดีขึ้นจนไปถึงการพัฒนาในระดับเป็นเลิศ หากสถานพยาบาลสามารถอ้างอิงผลการดำเนินงานเทียบเคียงให้เห็นเป็นรูปธรรม

สถาบันหวังเป็นอย่างยิ่งว่ามาตรฐานมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบนี้จะเป็นประโยชน์กับสถานพยาบาลในการสร้างการเรียนรู้ การสร้างทีม เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการ ช่วยให้ประชาชนเกิดความมั่นใจและไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

มิถุนายน 2563

สารบัญ

คำนำ	i
สารบัญ	ii
ส่วนที่ I บทนำ	1
แนวคิดและหลักการ	1
วัตถุประสงค์ของการรับรองกระบวนการคุณภาพเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ	1
หลักการในการพิจารณาเพื่อการรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ	1
คำนิยาม	2
ส่วนที่ II มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ.....	3
ขอบเขตของมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ	3
ตอนที่ I การบริหารจัดการทั่วไป.....	5
I-1. การนำ.....	5
I-2. การวางแผนและการบริหารแผน.....	5
I-3. การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับบริการและสิทธิผู้ป่วย	5
I-4. การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้.....	5
I-5. การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	5
I-6 การจัดการกระบวนการ.....	6
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญ	6
II-1. การพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง	6
II-2. สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย	7
II-3. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	7
II-4. ระบบเวชระเบียน.....	7
II-5 ระบบการจัดการด้านยา	8
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย.....	8
III-1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ.....	8
III-2. การประเมินผู้ป่วย.....	8

III-3. การวางแผนดูแลผู้ป่วย.....	9
III-4. การดูแลผู้ป่วย	9
III-5. การให้ความรู้ เสริมพลัง วางแผนจำหน่าย	9
III-6. การดูแลต่อเนื่อง	10
ตอนที่ IV ผลลัพธ์.....	10
ส่วนที่ III เกณฑ์การพิจารณาเพื่อรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ.....	11
1. คุณสมบัติพื้นฐานของสถานพยาบาลที่จะขอรับรอง	11
2. เกณฑ์การพิจารณา.....	11

ส่วนที่ I บทนำ

แนวคิดและหลักการ

การรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ เป็นการส่งเสริมให้สถานพยาบาลพัฒนาความสามารถความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (DSC) โดยใช้มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Standards; PDSS) เป็นเครื่องมือช่วยยกระดับการพัฒนาของระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคหรือระบบเฉพาะ ให้มีผลลัพธ์ที่ต่อเนื่อง สามารถใช้เป็นเครื่องมือกระตุ้นระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคหรือระบบเฉพาะที่เมื่อรวบรวมได้หลายโรค/หลายระบบ จะก้าวสู่การขอรับรอง Advanced HA ได้ต่อไป

การรับรองกระบวนการคุณภาพเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ ยังเป็นเสมือนเครื่องมือที่ช่วย

- ค้นหาเพื่อยกย่องชมเชย clinical excellence และสามารถเป็นต้นแบบให้ผู้อื่นได้เรียนรู้
- ส่งเสริมการใช้แนวคิด continuous improvement ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการรับรองกระบวนการคุณภาพเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ

1. เพื่อค้นหาวิธีการปฏิบัติที่ดี (good practice) เฉพาะโรค/เฉพาะระบบ เพื่อเป็นต้นแบบ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการพัฒนาต่อเนื่องและต่อยอดสำหรับสถานพยาบาลอื่นๆต่อไป
2. ขับเคลื่อนการพัฒนาที่มีความเฉพาะเจาะจง ยกระดับระบบบริการสู่ความเป็นเลิศ โดยการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาการตามรอยโรคและตัวชี้วัด (tracer)
3. ขยายการพัฒนาสู่และการสร้างทีมพัฒนาคุณภาพส่วนอื่นๆ ขององค์กร เช่น ในปีนี้มีการรับรองในเรื่องของการเปลี่ยนข้อเข่า ปีถัดไปอาจทำการต่อยอดไปในโรคอื่นๆ ทำให้เกิดการขยายผล ทีมพัฒนาเฉพาะโรค/เฉพาะระบบทั้งองค์กรและครอบคลุมมากขึ้น
4. การนำ HA Core Values & Concepts สู่การปฏิบัติอย่างเป็นธรรมชาติ

หลักการในการพิจารณาเพื่อการรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ

สถานพยาบาลที่ขอรับการรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ ต้องแสดงให้เห็นถึงกระบวนการพัฒนาในโรคหรือระบบที่สะท้อนหลักพื้นฐานดังนี้

1. **Process Management** แสดงให้เห็นการจัดการกระบวนการอย่างเป็นระบบกับกระบวนการสำคัญที่ครอบคลุม ตลอดสายธารแห่งคุณค่า (value stream)
2. **Result** แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีถึงดีมาก และแนวโน้มที่ดีขึ้น มีการใช้ข้อมูลเทียบเคียงที่ทำทายเป็นรูปธรรม
3. **Learning (Evaluation & Improvement, Integration, Innovation)** แสดงให้เห็นการประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เฉพาะโรค/ระบบที่ขอรับการรับรอง โดยระบบงานมีการบูรณาการ การสร้างนวัตกรรม และ/หรืองานวิจัยจากงานประจำ หรือการสร้างองค์ความรู้ที่สำคัญ
4. **Quality Concepts** แสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนาที่ขจัดความสูญเปล่า ป้องกันความเสี่ยงใช้หลักฐานทางวิชาการรวมถึง การสร้างเสริมสุขภาพและมีจิตด้านจิตวิญญาณ

คำนิยาม

Accreditation Surveys เป็นการประเมินที่เป็นภาพรวม จะประเมินที่ care process และ function ของการทำงานนั้นๆ (organization-wide evaluation of care process and functions)

Certification reviews เป็นการทบทวนการจัดบริการเฉพาะโรค ทั้ง Care process และ outcomes เจาะลึกลงไปทีโรคนั้นๆ มองถึงความยั่งยืน ความต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่ Excellence center ของสถานพยาบาลนั้นๆ (product of service-specific evaluation of care and outcome)

ทีมสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ทีมบุคลากรของสถานพยาบาลที่มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษา หรือเกี่ยวข้องกับเฉพาะโรค/เฉพาะระบบการบริหารจัดการที่สถานพยาบาลรองรับ โดยบุคลากรของทีมมาจากหลากหลายวิชาชีพ เช่น กรณีเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วย ศัลยกรรม ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย พยาบาลศัลยกรรม ศัลยแพทย์ รังสีแพทย์ วิสัญญีแพทย์ อายุรแพทย์ เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานพยาบาลกำหนดตามบริบท

ทีมนำองค์กร/ผู้นำทีมสหสาขา หมายถึง ผู้นำองค์กร/ ผู้นำทีม ที่ได้รับมอบหมายในการดูแลรับผิดชอบในการบริหารจัดการตั้งแต่ การกำหนด นโยบาย เป้าหมาย วางกลยุทธ์ การมอบหมายสู่การปฏิบัติ มีการกำกับติดตาม ร่วมวิเคราะห์และพัฒนาปรับปรุง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานพยาบาลเป็นผู้กำหนดบทบาทและหน้าที่ เช่น ผู้นำทีมสหสาขา ได้แก่ หัวหน้าทีม PCT เป็นต้น

Organization profile เป็น ข้อมูลของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องและสามารถสะท้อนให้เห็นภาพของการบริหารจัดการ กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรค หรือระบบที่รองรับได้อย่างครบถ้วนครอบคลุมกับบริบท ซึ่งข้อมูลดังกล่าวอาจไม่ใช่ข้อมูลทั้งหมดของ Hospital profile ด้วยเป็นการประเมินบางส่วน of สถานพยาบาล

ส่วนที่ II มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ

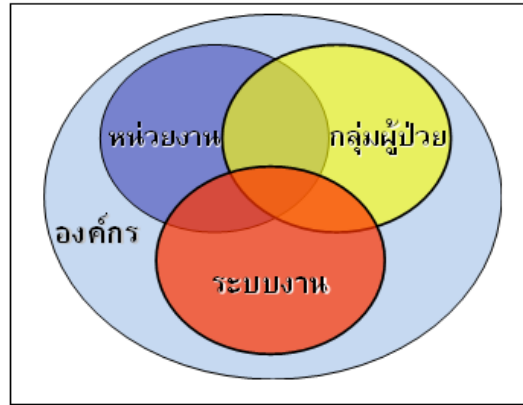
ขอบเขตของมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ

กระบวนการและมาตรฐานฉบับนี้ใช้สำหรับการประเมินการรับรองเฉพาะโรค / เฉพาะระบบของสถานพยาบาล ประกอบไปด้วย 4 ตอน ซึ่งแนวคิดและการจัดหมวดหมู่เป็นไปในลักษณะเดียวกับ “มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4” ที่สถานพยาบาลต่างๆ มีความคุ้นเคยอยู่แล้ว โดยโครงสร้างของมีสาระสำคัญโดยสังเขปดังนี้

1. ตอนที่ I การบริหารจัดการทั่วไป จะเป็นเฉพาะส่วนที่มีความสำคัญกับการดูแลเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ ที่มุ่งให้องค์กรสนับสนุนส่งเสริมการทำงานของทีมีสหสาขา และให้ทีมีสหสาขาเห็นความสำคัญของการเชื่อมโยงการดูแลเฉพาะโรค/เฉพาะระบบกับการบริหารจัดการทั่วไปขององค์กร
2. ตอนที่ II ระบบงานสำคัญ ให้ความสำคัญกับระบบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกับระบบขององค์กร 5 ระบบคือ II-1 การพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง II-2 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย II-3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ II-4 ระบบเวชระเบียน และ II-5 ระบบการจัดการด้านยาเชิงระบบ
3. ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย ให้ความสำคัญและสอดคล้องกับ “มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4” ที่มีมาตรฐาน III-1 ถึง III-6 แต่เพิ่มความสำคัญของกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ
4. ตอนที่ IV ผลลัพธ์ 5 ด้าน คือ IV-1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย IV-2 ผลด้านความพึงพอใจและคุณค่าจากผู้รับบริการ IV-3 ผลด้านบริหารทรัพยากรบุคคล IV-4 ผลด้านการดำเนินงานระบบสนับสนุน IV-5 ผลด้านการปฏิบัติตามแผนและมาตรฐาน โดยให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย ที่กำหนดให้ต้องมีคู่เทียบที่เหมาะสม และส่งเสริมให้มีคู่เทียบระดับสากล (international) ซึ่งจะยกระดับให้คุณภาพบริการเป็นลักษณะเป็นเลิศ (excellence) ส่วนผลลัพธ์ด้านอื่นๆ หากมีคู่เทียบสามารถนำเสนอได้

เนื้อหาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทุกรายโรค/ รายระบบตามที่สถานพยาบาลต้องการรับรอง นอกจากนี้ สถาบันยังจัดทำรายละเอียดแนวทางการปฏิบัติหรือเกณฑ์เพื่อการพัฒนาคุณภาพซึ่งมีความเฉพาะของบางโรคโดยความร่วมมือของสถาบันกับองค์กรวิชาชีพ เพื่อยกระดับการพัฒนาโรคหรือระบบดังกล่าวสู่ความเป็นเลิศในทิศทางและเป้าหมายเดียวกัน อาทิ การรับรองเฉพาะโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV&STI) และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเอกสารแยกเฉพาะ เป็นต้น

การขอการรับรอง PDSS นี้ ใช้แนวคิดมาตรฐานของกระบวนการ HA โดยเชิญชวนให้ทีมดูแลระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรค ทำความเข้าใจในกระบวนการคุณภาพของ HA ให้รอบด้าน เพิ่มเติมจากมิติของกระบวนการพัฒนา : 3C-PDSA นั่นคือ มิติพื้นที่ของการพัฒนา เพื่อให้ครอบคลุมทั้งหน่วยบริการ กลุ่มผู้ป่วย ระบบงานที่เกี่ยวข้อง และการบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาขององค์กร (ทีม PDSS)



พื้นที่การพัฒนา 4 วง เพื่อความครอบคลุม : โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนากลุ่มผู้ป่วยตามโรค/ระบบที่ จะขอรับรอง PDSS

ตอนที่ I การบริหารจัดการทั่วไป

I-1. การนำ

- 1.1. ทีมนำองค์กร/ผู้นำทีมสหสาขาชั้นนำและทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างยั่งยืน ผ่านวิสัยทัศน์และค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผลกับบุคลากร การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จและการกำหนดจุดเน้นการปฏิบัติของทีมสหสาขา
- 1.2. ทีมนำองค์กร/ผู้นำทีมสหสาขาทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลการปฏิบัติของทีมสหสาขาอย่างมีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และมีความรับผิดชอบต่อสังคม

I-2. การวางแผนและการบริหารแผน

- 2.1. ทีมสหสาขาวางแผนจัดบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานของทีม
- 2.2. ทีมสหสาขาถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์ของทีม

I-3. การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับบริการและสิทธิผู้ป่วย

- 3.1. ทีมสหสาขารับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ในการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวัง
- 3.2. ทีมสหสาขาสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ด้วยการตอบสนองความต้องการและสร้างความสัมพันธ์
- 3.3. ทีมสหสาขาตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

I-4. การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

- 4.1. ทีมสหสาขา เลือกรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลงานของทีมและส่งเสริมการเรียนรู้
- 4.2. ทีมสหสาขา มีข้อมูล สารสนเทศ สิทธิพจน์ความรู้ ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ

I-5. การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

- 5.1. ทีมสหสาขา มีขีดความสามารถและอัตรากำลังเพื่อให้งานของทีมบรรลุผลสำเร็จ ทีมจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อให้กำลังคนมีสุขภาพดีและมีความปลอดภัย
- 5.2. ทีมสหสาขาสร้างความผูกพันกับกำลังคน มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อให้กำลังคนมีผลการดำเนินการที่ดี

I-6 การจัดการกระบวนการ

- 6.1. ทีมสหสาขาออกแบบระบบงาน โดยระบุบทบาทหน้าที่และสมรรถนะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด รวมถึงการใช้ทรัพยากรจากภายนอก
- 6.2. ทีมสหสาขา กำหนดกระบวนการทำงานที่สำคัญ และจัดทำข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการเหล่านั้น ครอบคลุมทุกขั้นตอนของการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงสิ้นสุดการรักษา รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่จำเป็น
- 6.3. ทีมสหสาขาออกแบบกระบวนการและสร้างสรรค์นวัตกรรม เพื่อตอบสนองต่อข้อกำหนดของกระบวนการ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย หลักฐานทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ กฎหมาย เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร ผลลัพธ์สุขภาพ ประสิทธิภาพและการลดความสูญเปล่า การส่งมอบ (hand-over) และการดูแลนอกเวลาทำการปกติ
- 6.4. ทีมสหสาขาจัดทำนโยบายและแนวทางปฏิบัติ เพื่อใช้สื่อสารให้มีการปฏิบัติตามกระบวนการที่ออกแบบไว้ โดยมีระบบควบคุมเอกสารที่ดีและมีการปรับปรุงให้ทันสมัย
- 6.5. ทีมสหสาขานำกระบวนการที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ ทำให้มั่นใจว่าจะเป็นไปตามข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการ
- 6.6. ทีมสหสาขาจัดการห่วงโซ่อุปทานที่ได้ผล เพื่อให้ได้เวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในทุกกระบวนการที่กำหนดไว้ มีการประเมินคุณภาพและความปลอดภัยของบริการผ่านพันธสัญญา
- 6.7. ทีมสหสาขาใช้ตัวชี้วัดสำคัญเพื่อควบคุมและบ่งชี้โอกาสปรับปรุงกระบวนการทำงาน
- 6.8. ทีมสหสาขาเตรียมการรองรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน โดยพิจารณาการป้องกัน การบริหารจัดการ ความต่อเนื่องของการให้บริการ การเคลื่อนย้าย และการฟื้นฟู

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญ

II-1. การพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง

- 1.1. ทีมสหสาขา กำหนดนโยบายและเป้าหมายด้านคุณภาพและความปลอดภัยที่ชัดเจน
- 1.2. ทีมสหสาขาจัดโครงสร้างคุณภาพที่เหมาะสม มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพให้เป็นของสมาชิกทุกคนในทีมสหสาขา
- 1.3. ทีมสหสาขาบูรณาการและประสานระบบบริหารคุณภาพ ระบบบริหารความเสี่ยง ระบบบริหารความปลอดภัยเข้าด้วยกัน และประสานกับระบบขององค์กร
- 1.4. ทีมสหสาขาประเมินผลการดำเนินการด้วยเทคนิคและวิธีการที่หลากหลาย เทียบกับข้อกำหนดและความต้องการต่างๆ รอบด้าน เช่น ความต้องการของผู้ป่วย มาตรฐานวิชาชีพ เป้าหมายขององค์กร คู่แข่งหรือคู่แข่ง
- 1.5. ทีมสหสาขาวางระบบบริหารความเสี่ยง ครอบคลุมการวิเคราะห์ความเสี่ยง การกำหนดแนวทางป้องกัน การรายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด การวิเคราะห์สาเหตุเฉพาะราย

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยรวม การปรับปรุงระบบงานเพื่อป้องกัน และมีการเชื่อมโยงและประสานงานเพื่อครอบคลุมความเสี่ยงด้านการติดเชื้อในสถานพยาบาล และการใช้ยา

- 1.6. ทีมสหสาขา มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย กำหนดพิมพ์เขียวของการพัฒนา ใช้วิธีการที่หลากหลายในการพัฒนา เช่น evidence-based, RCA, visual management & creativity, LEAN, benchmarking ฯลฯ เพื่อนำไปสู่การลดความแปรปรวน ลดความสูญเปล่า เพิ่มประสิทธิภาพ ป้องกันความผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นในทุกๆ มิติ

II-2. สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

- 2.1. ทีมสหสาขาจัดให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเอื้อต่อความปลอดภัยของผู้ใช้อาคารสถานที่ทุกคน มีการตรวจสอบอาคารสถานที่ ประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและการรักษาความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ ดำเนินการแก้ไขวางมาตรการป้องกันที่เหมาะสมและนำไปปฏิบัติ
- 2.2. ทีมสหสาขาสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย ไฟฟ้า แก๊ส วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ
- 2.3. ทีมสหสาขาดำเนินการให้บุคลากรได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
- 2.4. ทีมสหสาขามีแผนจัดการเครื่องมือแพทย์ เพื่อให้มั่นใจว่ามีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นพร้อมใช้อย่างปลอดภัย และมีระบบสาธารณสุขปโภคที่จำเป็นตลอดเวลา

II-3. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

- 3.1. ทีมสหสาขาวิเคราะห์ความเสี่ยง/โอกาสเกิดการติดเชื้อที่ครอบคลุม ที่มีผลต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน โดยคำนึงถึงลักษณะของงาน ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยและหัตถการ
- 3.2. ทีมสหสาขานำนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมาใช้ ครอบคลุมประเด็นสำคัญในบริบทของการรักษาเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ
- 3.3. ทีมสหสาขาให้ความร่วมมือและประสานงานที่ดีในการป้องกัน การเฝ้าระวัง และควบคุมการติดเชื้อ กับทีมงานระดับสถานพยาบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วย และครอบครัว
- 3.4. ทีมสหสาขาดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทของการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อสู่บุคลากร

II-4. ระบบเวชระเบียน

- 4.1. ทีมสหสาขาดำเนินการให้เวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการบ่งชี้ผู้ป่วย สนับสนุนการวินิจฉัย พิจารณาความเหมาะสมของการดูแล ติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและผลลัพธ์ สนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง
- 4.2. ทีมสหสาขาทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินความสมบูรณ์ถูกต้องของการบันทึกและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

II-5. ระบบการจัดการด้านยา

- 5.1. ทีมสหสาขานำระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ และมีรายการยาที่จำเป็น สอดคล้องกับการดำเนินการของระบบยาขององค์กร
- 5.2. ทีมสหสาขานำนโยบายและระเบียบปฏิบัติของระบบยาขององค์กร เพื่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง การเก็บสำรองยา สู่การปฏิบัติของทีมสหสาขา
- 5.3. ทีมสหสาขานำกระบวนการปฏิบัติในการใช้ยา ตั้งแต่การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง จนถึงการบริหารยา โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผล รวมถึงวางกระบวนการทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล (medication reconciliation)

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

- 1.1. มีความชัดเจนว่าผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายจะเข้าถึงบริการอย่างไร (เหมาะสมกับลักษณะการเจ็บป่วย เช่น จุกเงิน เจ็บพลัน เรื้อรัง) มีการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ เช่น การเดินทาง กายภาพ ช่วงเวลา การสื่อสาร วัฒนธรรม) และแสดงถึงความพยายามที่จะลดปัญหาอุปสรรคดังกล่าว
- 1.2. มีแนวทางในการประเมินเบื้องต้นเพื่อพิจารณารับไว้ดูแลอย่างเหมาะสมกับความเร่งด่วนที่จำเป็นต้องได้รับบริการของผู้ป่วย
- 1.3. การเตรียมผู้ป่วยก่อนรับไว้รักษาเป็นไปอย่างเหมาะสม ทั้งการให้ข้อมูล การขอความยินยอม การเตรียมตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษต่างๆ
- 1.4. Patient placement เป็นไปอย่างเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วยและเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น (ถ้ามี)
- 1.5. มีความร่วมมือและประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพกรณีที่มีระบบ fast track และมีการ monitor การบรรลุเป้าหมายของระบบอย่างต่อเนื่อง

III-2. การประเมินผู้ป่วย

- 2.1. มีการประเมินผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม
- 2.2. มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกบนพื้นฐานวิชาการชี้้นำการประเมินผู้ป่วย
- 2.3. มีบริการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ บริการตรวจภาพรังสี และบริการ investigation อื่นๆ ที่จำเป็น พร้อมให้บริการในเวลาที่ต้องการ มีระบบประกันคุณภาพหรือการประเมินความน่าเชื่อถือของผลการตรวจตามความเหมาะสม และมีการประสานงานกับทีมสหสาขาที่ดี
- 2.4. ผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมมือและประสานงานกันในการประเมินผู้ป่วย มีการใช้ผลการประเมินร่วมกัน

- 2.5. มีการระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การจำแนกความรุนแรงหรือ staging ของการเป็นโรค (ในกรณีที่เป็นสำหรับการวางแผนการรักษา) รวมทั้งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการดูแล
- 2.6. มีการบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียนในเวลาที่กำหนด และพร้อมให้ผู้เกี่ยวข้องใช้ประโยชน์
- 2.7. มีการอธิบายผลการประเมินให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจอย่างเหมาะสม
- 2.8. มีการประเมินคุณภาพของการวินิจฉัยโรค เช่น ความถูกต้อง ความครอบคลุม ความทันกาล และความเป็นเหตุเป็นผลในการวินิจฉัย

III-3. การวางแผนดูแลผู้ป่วย

- 3.1. มีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยซึ่งตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน
- 3.2. มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกบนพื้นฐานวิชาการซึ่งนำการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
- 3.3. การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ
- 3.4. ผู้ป่วย/ครอบครัวมีโอกาสมีส่วนร่วมในการวางแผนหลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ
- 3.5. แผนการดูแลมีความชัดเจนเพียงพอสำหรับการประสานงานและติดตามประเมินผล
- 3.6. มีการประเมินซ้ำและปรับแผนตามความเหมาะสม

III-4. การดูแลผู้ป่วย

- 4.1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนโดยผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม คำนึงถึงความปลอดภัยและการบรรลุเป้าหมายตามแผน
- 4.2. การดูแลรวมถึงความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง การบำบัดอาการปวดและอาการอื่นๆ การใช้ยา อาหาร/โภชนาการ การฟื้นฟูสภาพ/บำบัด/ออกกำลัง การป้องกันความเสี่ยงอื่นๆ การระงับความรู้สึกและการทำหัตถการ (ถ้ามี)
- 4.3. มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม ตามแนวทางและเป้าหมายการรักษา
- 4.4. มีการตอบสนองอย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ
- 4.5. มีการประสานงาน/ขอคำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยร่วมอย่างเหมาะสม
- 4.6. มีการประเมินคุณภาพของการดูแลรักษา เช่น ความเหมาะสม/การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ความทันเวลาในการตอบสนอง ฯลฯ

III-5. การให้ความรู้ เสริมพลัง วางแผนจำหน่าย

- 5.1. มีการประเมินความจำเป็นในการได้รับความรู้ในแต่ละช่วงเวลาสำคัญของการดูแล
- 5.2. มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในลักษณะที่เข้าใจง่าย มีสื่อประกอบตามความเหมาะสม มีการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว
- 5.3. มีการประเมินความต้องการการดูแล (healthcare need) ที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย

- 5.4. มีการประเมินความพร้อม ความเต็มใจ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
- 5.5. ผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการร่วมกันจัดทำ self-management plan ตามความต้องการการดูแลครอบครัว การดูแลต่อเนื่อง ทักษะที่ต้องทำด้วยตนเอง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ฯลฯ
- 5.6. มีการฝึกฝนทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการประเมินความสามารถในการปฏิบัติ

III-6. การดูแลต่อเนื่อง

- 6.1. ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากสถานพยาบาล ได้รับการส่งต่อ ติดตาม ประเมินความก้าวหน้าและปรับแผนการดูแลเป็นระยะอย่างเหมาะสม
- 6.2. มีการส่งต่อข้อมูลให้แก่สถานพยาบาลใกล้บ้านหรือชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลต่อเนื่อง

ตอนที่ IV ผลลัพธ์

- IV-1. นำเสนอระดับและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านผลลัพธ์และกระบวนการ และเปรียบเทียบกับคู่แข่งหรือคู่เทียบที่เหมาะสม
- IV-2. นำเสนอระดับและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ คุณค่าจากมุมมองของผู้รับบริการ และเปรียบเทียบกับคู่แข่งหรือคู่เทียบที่เหมาะสม (ถ้ามี)
- IV-3. นำเสนอระดับและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความผูกพัน ความพึงพอใจ ซึ่ดความสามารถและทักษะของบุคลากร และเปรียบเทียบกับคู่แข่งหรือคู่เทียบที่เหมาะสม (ถ้ามี)
- IV-4. นำเสนอระดับและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินงานของระบบสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง และเปรียบเทียบกับคู่แข่งหรือคู่เทียบที่เหมาะสม (ถ้ามี)
- IV-5. นำเสนอระดับและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุผลตามแผน พฤติกรรมที่มีจริยธรรม การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ และเปรียบเทียบกับคู่แข่งหรือคู่เทียบที่เหมาะสม (ถ้ามี)

ส่วนที่ III เกณฑ์การพิจารณาเพื่อรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ

1. คุณสมบัติพื้นฐานของสถานพยาบาลที่จะขอรับรอง

- 1.1. สถานพยาบาลต้องผ่านการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 2 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า¹และยังรับรองสถานภาพการรับรอง
- 1.2. สถานพยาบาลต้องสามารถแสดงให้เห็นกระบวนการการดูแล การออกแบบการบริการและผลลัพธ์ระดับแนวหน้าของประเทศ หรือนานาชาติ
- 1.3. มีการนำแนวคิดคุณภาพและกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

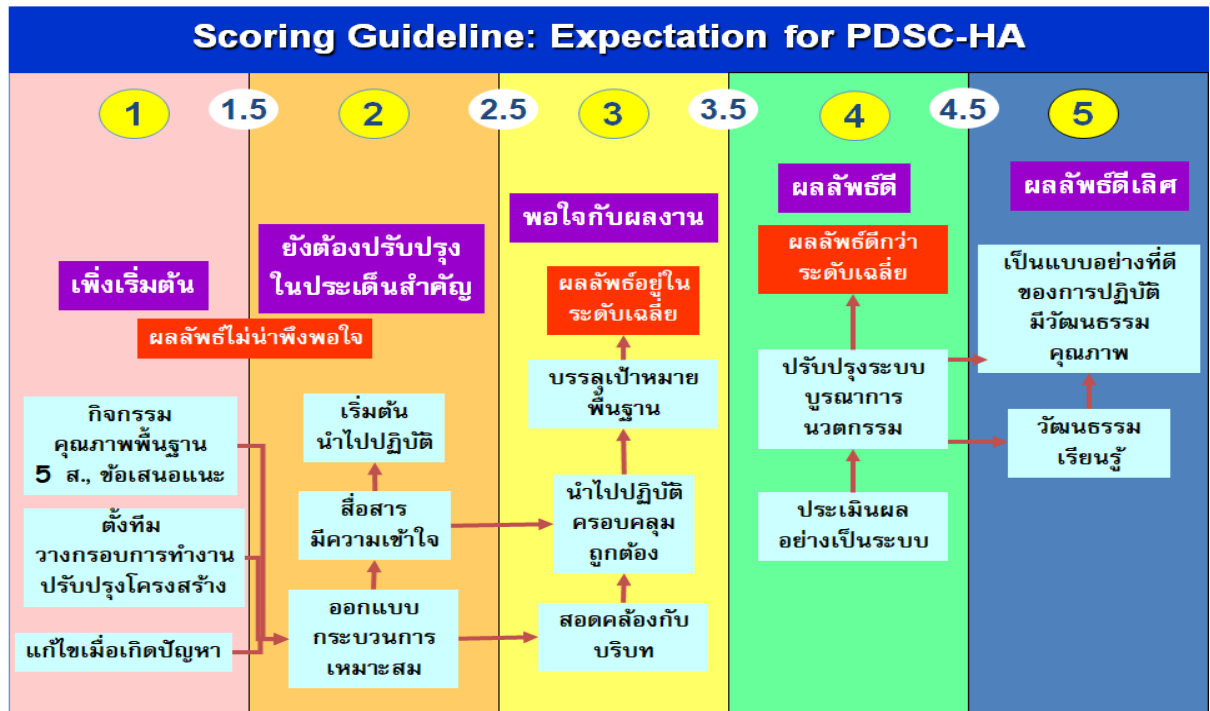
2. เกณฑ์การพิจารณา

สรพ.จะพิจารณาให้ประกาศนียบัตรรับรองกระบวนการคุณภาพสำหรับเฉพาะโรค/เฉพาะระบบงาน หากสถานพยาบาลแสดงให้เห็นคุณลักษณะสำคัญทั้ง 4 ประการ ได้แก่

- 2.1. Process Management แสดงให้เห็นการจัดการกระบวนการอย่างเป็นระบบ มีการวิเคราะห์กระบวนการสำคัญที่ครอบคลุมทั้งสายธารแห่งคุณค่า (value stream) ข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง การออกแบบกระบวนการตามข้อกำหนด การนำสู่การปฏิบัติ การควบคุมให้เป็นไปตามข้อกำหนดและการติดตามผลลัพธ์ตลอดจนการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง
- 2.2. ผลลัพธ์ แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีถึงดีมาก และแนวโน้มที่ดีขึ้น มีการเทียบเคียงสู่ความเป็นเลิศ
- 2.3. Learning (Evaluation & Improvement, Integration, Innovation) แสดงให้เห็นการประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ระบบงานที่บูรณาการ การสร้างนวัตกรรม และ/หรืองานวิจัยจากงานประจำ และองค์ความรู้ที่สำคัญ
- 2.4. Quality Concepts แสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนาที่ขจัดความสูญเปล่า ป้องกันความเสี่ยงใช้หลักฐานทางวิชาการ รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพ และมิติด้านจิตวิญญาณ

โดยผู้เยี่ยมและผู้เชี่ยวชาญจะพิจารณา วัตถุประสงค์นำมาตราฐานสู่การปฏิบัติ ตามกรอบแนวทางการให้คะแนน เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศ (scoring guideline : expectation for PDSC) โดยยึดตามแนวการรับรองคุณภาพของ HA และควรมีคะแนนที่แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีในโรคหรือระบบงานนั้นๆ (เพิ่มเติม) แสดงให้เห็นการจัดการกระบวนการสำคัญที่ครอบคลุม อย่างเป็นระบบในโรค อีกทั้งต้องแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีถึงดีมาก และแนวโน้มที่ดีขึ้น มีการใช้ข้อมูลเทียบเคียงที่ท้าทาย เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดี (good practice) ในโรคหรือระบบงานนั้นๆ

¹ เทียบเท่า คือ การรับรองใดๆ ที่ผ่านการรับรองของมาตรฐานที่ IEAA ให้การรับรอง ให้เทียบเท่ากับการรับรอง HA ชั้น 3



เกณฑ์ผ่านเพื่อได้รับการรับรอง PDSS

ใช้การประเมินโดยรวมทุกหัวข้อตามมาตรฐานกลาง โดยควรได้คะแนนอย่างน้อย 2.5 ขึ้นไป ยกเว้นในข้อการจัดการกระบวนการ (I-6), ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย และผลลัพธ์ IV-1 ตัววัดสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ควรได้คะแนน 3.0

- หมายเหตุ:**
1. สถานพยาบาลสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมในการจัดเตรียมและส่งออกสารเพื่อขอรับรอง ผ่านทาง www.ha.or.th
 2. คุณสมบัติรายโรคเฉพาะดังต่อไปนี้ที่มีการระบุขอบเขตไว้ สถานพยาบาลต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดนั้น ๆ
 - มาตรฐานรับรองโรคหลอดเลือดสมอง ดูจากคู่มือกระบวนการขอการรับรองตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ระดับศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Certified Primary Stroke Center)
 - มาตรฐานรับรองโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV/STI) สามารถดูรายละเอียดในคู่มือแสดงรายละเอียดการเตรียมการรับการเยี่ยมชมเพื่อรับรองเฉพาะโรค การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐานครบวงจร (Comprehensive Stroke Center) สามารถดูรายละเอียดในคู่มือแสดงเงื่อนไขการเตรียมตัวเพื่อขอรับรองคุณภาพเฉพาะโรค ด้าน Comprehensive Stroke Center (CSC)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 ซอย 6 บริเวณกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ : 0-2832-9400 โทรสาร : 0-2832-9540