

บทที่ 2

ทฤษฎี แนวความคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลเชิงราชประชาชนนคราห์ จังหวัดเชียงราย มีทฤษฎีและแนวความคิดที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. ความหมายของคุณภาพสำหรับบริการสุขภาพ
2. McKinsey 7S Framework
3. มาตรฐาน Hospital Accreditation (HA)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความหมายของคุณภาพสำหรับบริการสุขภาพ¹⁷

คุณภาพ คือ ภาวะที่เกื้อกูลต่อผู้ใช้หรือลูกค้า ด้วยการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกค้าอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่ทันสมัย

มิติของคุณภาพ

Kano เสนอว่าควรพิจารณาคุณภาพเป็น 2 มิติ คือ

- คุณภาพที่ต้องมี (must be quality) เป็นสิ่งที่ลูกค้าคาดหวัง หากไม่ได้รับการตอบสนองลูกค้าจะไม่พอใจมาก เป็นระดับที่ยอมรับได้ขั้นต่ำ
- คุณภาพที่ประทับใจ (attractive quality) เป็นสิ่งที่ลูกค้าไม่ได้คาดหวัง ไม่มีก็ไม่ใช่ไร แต่ถ้ามีจะทำให้เกิดความชื่นชม ประทับใจ แต่เมื่อเวลาผ่านไป สิ่งนี้อาจจะกลายเป็นความคาดหวังของลูกค้าเป็นคุณภาพที่ต้องมี

สำหรับระบบบริการสุขภาพ มิติของคุณภาพอาจจะพิจารณาได้ดังนี้

- สิ่งนำเข้า (Input) ได้แก่ ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ (Competency)

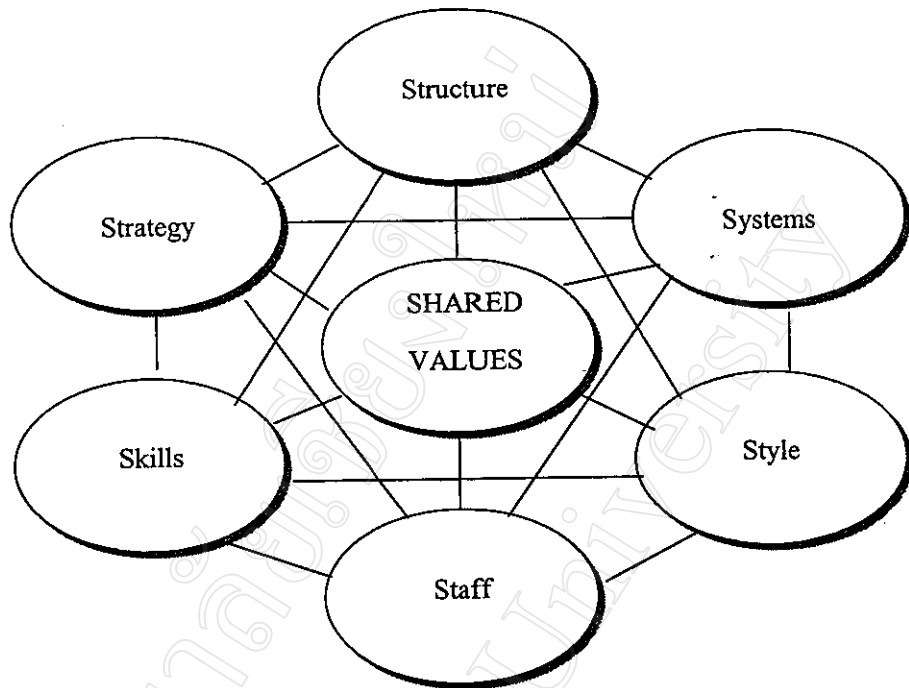
¹⁷ อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, แนวคิดเรื่องคุณภาพบริการสุขภาพ, เส้นทางสู่การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อประชาชน (กรุงเทพ : บ.ศิโรจน์ จำกัด, 2541), หน้า 45.

- กระบวนการ (Process) ได้แก่ ความเหมาะสมของการตรวจและดูแลรักษา (Appropriateness)
การเข้าถึงบริการ (Accessibility)
ความปลอดภัย (Safety)
- ผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ การยอมรับของลูกค้า (Acceptability)
ประสิทธิผล หาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Effectiveness)
ประสิทธิภาพ คุ่มค่าเงิน (Efficiency)
ความเท่าเทียมกัน (Equity)
ความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity)

2.2 McKinsey 7S Framework¹⁸

แนวคิดนี้ได้รับการเผยแพร่เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1980 โดย Robert Waterman Tom Peters และ Julien Phillips ซึ่งในขณะนั้นเป็นที่ปรึกษาให้กับบริษัทที่ปรึกษาด้านการจัดการชื่อ McKinsey โดยในตอนแรกแนวคิดนี้ต้องการนำเสนอว่าประสิทธิภาพขององค์กรธุรกิจไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านโครงสร้างขององค์กรเพียงอย่างเดียว แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ 7 ประการ (รูปที่ 2.1) ดังนั้นการที่องค์กรจะมีประสิทธิภาพหรือไม่จึงขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 7 ประการนี้ จึงต้องมีการวิเคราะห์ว่าปัจจัยทั้ง 7 ประการขององค์กรธุรกิจมีลักษณะและสถานภาพอย่างไร โดยที่ปัจจัยทั้ง 7 ประการประกอบด้วย

¹⁸ พักตร์ผอง วัฒนสินธุ์ และ พสุ เศษรินทร์, การจัดการเชิงกลยุทธ์และนโยบายธุรกิจ, (คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542), หน้า 161-166.



รูปที่ 2.1 Mckinsey's 7S

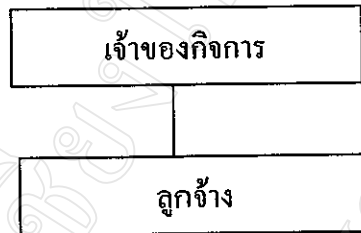
2.2.1 โครงสร้างองค์กร (Structure)

การพิจารณาลักษณะของโครงสร้างองค์กรมีประโยชน์ต่อการจัดทำกลยุทธ์ขององค์กร เนื่องจาก ถ้าโครงสร้างองค์กรมีความเหมาะสมและสอดคล้องต่อกลยุทธ์ที่เลือกใช้ก็จะเป็นจุดแข็งขององค์กร แต่ถ้าโครงสร้างขององค์กรไม่เหมาะสมและสอดคล้องกับกลยุทธ์ที่เลือกใช้ก็จะเป็นจุดอ่อนขององค์กร เช่น ในอดีต Intel มีปัญหาในเรื่องความเหมาะสมระหว่างโครงสร้างองค์กรกับกลยุทธ์ เนื่องจากบริษัทใช้กลยุทธ์การเติบโตและประสบความสำเร็จอย่างมากแต่ทว่าลักษณะโครงสร้างองค์กรยังคงเป็นลักษณะรวมอำนาจในการตัดสินใจ ทำให้การบริหารและความคุมเป็นไปได้ไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ

ถึงแม้ลักษณะของโครงสร้างองค์กรจะมีได้มากมายหลายแบบ แต่ลักษณะโครงสร้างพื้นฐานที่องค์กรส่วนใหญ่เลือกใช้มีอยู่ไม่กี่แบบ และลักษณะแต่ละแบบก็สนับสนุนกลยุทธ์ขององค์กรที่ไม่เหมือนกัน โดยมีโครงสร้างองค์กรแบบพื้นฐานที่มักจะพบเห็นได้ทั่วไปคือ

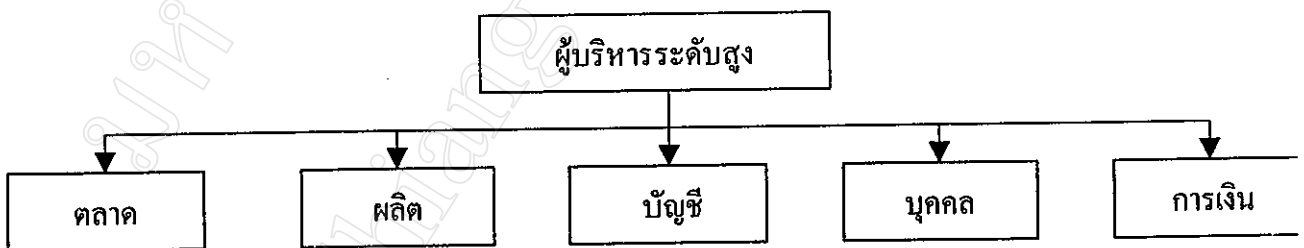
- โครงสร้างแบบง่าย (Simple Structure) เหมาะกับองค์กรขนาดเล็ก เจ้าของกิจการดำเนินงานเอง อาจจะมีสินค้าแค่หนึ่งหรือสองชนิด จับตลาดสินค้าเฉพาะอย่างและพนักงานซึ่งมีอยู่ไม่กี่คนจะสามารถทำงานได้หลายอย่าง ลักษณะขององค์กรแบบนี้อาจจะไม่มีการจัดโครงสร้างหรือแบ่งงานกับทำอย่างเป็นทางการตามหน้าที่หรือตาม

ผลิตภัณฑ์ ซึ่งองค์กรขนาดเล็กที่เพิ่งเริ่มต้นการดำเนินงานในประเทศไทยมีลักษณะเช่นนี้เป็นจำนวนมาก แต่เมื่อองค์กรมีการขยายตัวขึ้น มีพนักงานมากขึ้นเป็นสิบคนขึ้นไปควรจะมีการจัดโครงสร้างองค์กรและการแบ่งสายงาน (รูปที่ 2.2)



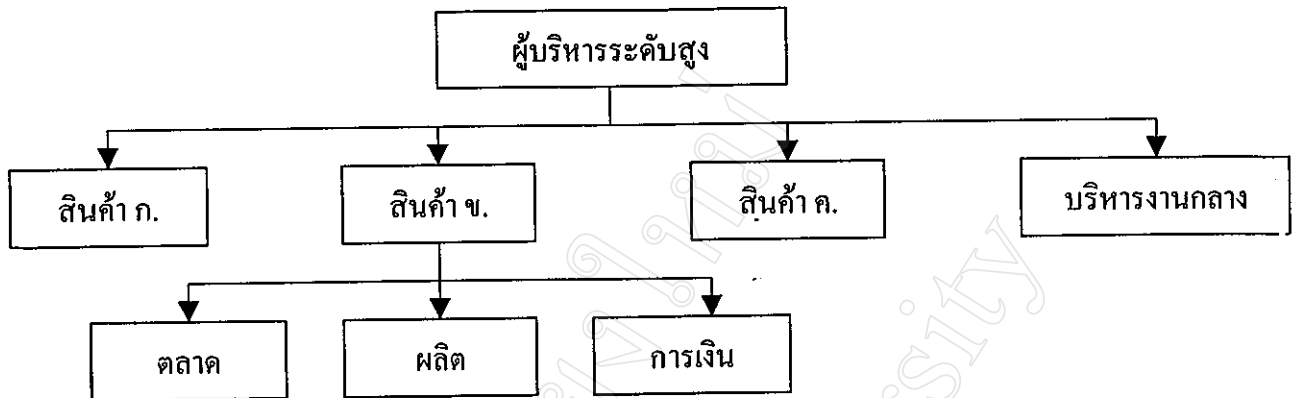
รูปที่ 2.2 โครงสร้างองค์กรแบบง่าย (Simple Structure)

- โครงสร้างที่แบ่งตามหน้าที่ (Functional Structure) เหมาะกับธุรกิจขนาดกลางที่มีจำนวนสินค้าไม่มาก ดำเนินงานอยู่ในอุตสาหกรรมเดียว พนักงานจะมีความชำนาญเฉพาะอย่าง จะมีการแบ่งโครงสร้างตามหน้าที่ของงาน เช่น แผนกการผลิต แผนกการตลาด แผนกการเงิน แผนกการบุคคล เป็นต้น (รูปที่ 2.3)



รูปที่ 2.3 โครงสร้างองค์กรที่แบ่งตามหน้าที่ (Functional Structure)

- โครงสร้างที่แบ่งตามฝ่ายงาน (Divisional Structure) เหมาะกับองค์กรธุรกิจขนาดใหญ่ที่มีสินค้าและบริการหลายชนิดในอุตสาหกรรมหลายประเภทที่มีความสัมพันธ์กัน พนักงานจะมีความชำนาญเฉพาะทาง การจัดแบ่งองค์กรจะเป็นฝ่าย (Division) ไปตามลักษณะสินค้า ตลาดภูมิภาค หรือตามลักษณะของลูกค้า เช่น ลูกค้าที่เป็นผู้บริโภค ลูกค้าที่เป็นหน่วยราชการหรือลูกค้าภาคอุตสาหกรรม เป็นต้น (รูปที่ 2.4)



รูปที่ 2.4 โครงสร้างองค์กรที่แบ่งตามฝ่ายงาน (Divisional Structure)

2.2.2 กลยุทธ์ขององค์กร (Strategy)

กลยุทธ์ขององค์กรได้แก่กิจกรรมหรือการดำเนินงานต่าง ๆ ภายในองค์กรที่ได้ถูกวางแผนขึ้นมาเพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาวะแวดล้อมภายนอกและภายในองค์กร กลยุทธ์ขององค์กรจัดทำขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้องค์กรมีความสามารถในการแข่งขันเหนือกว่าคู่แข่งอื่น ๆ กลยุทธ์ขององค์กรนั้นมีความสัมพันธ์กับโครงสร้างขององค์กรอย่างใกล้ชิดเนื่องจากการจัดโครงสร้างขององค์กรนั้นจะต้องเป็นไปตามกลยุทธ์ขององค์กรนั้น ๆ (Structure follows Strategy)

2.2.3 ระบบในการดำเนินงานขององค์กร (Systems)

ระบบภายในองค์กร ได้แก่ ระบบหรือขั้นตอนการดำเนินงานภายในองค์กรทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่ช่วยให้องค์กรสามารถดำเนินไปได้ เช่น ระบบคำนวณงบประมาณและระบบบัญชี ระบบในการสรรหาและคัดเลือกพนักงาน ระบบในการฝึกอบรม ระบบในการติดต่อสื่อสาร ระบบหรือขั้นตอนการทำงานเหล่านี้จะบ่งบอกถึงวิธีการทำงานต่าง ๆ ขององค์กร

2.2.4 ลักษณะแบบแผนหรือพฤติกรรมในการบริหารงานของผู้บริหารระดับสูง (Style)

พฤติกรรมในการบริหารของผู้บริหารระดับสูง ได้แก่ รูปแบบการบริหารงานโดยรวมถึงบุคลิกภาพของผู้บริหารระดับสูงด้วย เนื่องจากการกระทำหรือพฤติกรรมของผู้บริหารระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดของพนักงานภายในองค์กรมากกว่าคำพูดของผู้บริหาร

2.2.5 สมาชิกในองค์กร (Staff)

สมาชิกในองค์กร ได้แก่ พนักงานทุกระดับภายในองค์กร รวมทั้งแบบแผนและพฤติกรรมต่างๆที่องค์กรแสดงและปฏิบัติต่อพนักงานภายในองค์กร เช่น การมอบหมายให้ฝ่ายบุคคลเป็นผู้ดูแลเกี่ยวกับด้านการพนักงานทั้งหมดหรือการที่ผู้บริหารระดับสูงเข้ามาเกี่ยวข้องต่อการจูงใจและพัฒนาพนักงาน

2.2.6 ความรู้ ความสามารถขององค์กร (Skills)

ความรู้ ความสามารถขององค์กร ได้แก่ สิ่งที่องค์กรสามารถทำได้ดีกว่าองค์กรอื่นรวมถึงความรู้ ความสามารถของพนักงาน เช่น ความสามารถและทักษะขององค์กรในการให้บริการลูกค้า ความสามารถในการวิจัยและพัฒนา ความสามารถด้านการตลาด ความสามารถด้านการเงิน

2.2.7 ค่านิยมร่วมกันของสมาชิกในองค์กร (Shared Values ในระยะแรกเรียกว่า Superordinate Goals)

ค่านิยม ได้แก่ แนวคิดร่วมกัน ค่านิยม ความคาดหวังขององค์กร ซึ่งมักจะไม่ได้เขียนไว้อย่างเป็นทางการ เป็นแนวคิดพื้นฐานขององค์กรธุรกิจแต่ละแห่ง รวมทั้งสิ่งที่ต้องการจะให้องค์กรเป็นในอนาคตข้างหน้า องค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารมักจะมีค่านิยมร่วมกันที่ก่อให้เกิดปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารธุรกิจหรืออุตสาหกรรมนั้น ๆ

2.3 มาตรฐาน Hospital Accreditation (HA)¹⁹

มาตรฐาน HA เป็นเครื่องชี้นำทิศทางการพัฒนาไปสู่โรงพยาบาลคุณภาพ เพื่อประเมินและบันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา แบ่งเป็น 6 หมวด ประกอบด้วย 20 บท ได้แก่

หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย

บทที่ 1 การนำองค์กร

บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย

หมวดที่ 2 ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ประกอบด้วย

บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ

¹⁹ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา : บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล (กรุงเทพฯ : บ.ดีไซร์ จำกัด, 2543), หน้า 9-13.

- บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล
 บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
 บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ
 บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล
 หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ ประกอบด้วย
 บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป
 บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ
 บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 หมวดที่ 4 การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ประกอบด้วย
 บทที่ 11 องค์กรแพทย์
 บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล
 หมวดที่ 5 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร ประกอบด้วย
 บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย
 บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร
 หมวดที่ 6 การดูแลรักษาผู้ป่วย ประกอบด้วย
 บทที่ 15 การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย
 บทที่ 16 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว
 บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา
 บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/ดูแลผู้ป่วย
 บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย
 บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

ขั้นตอนสำคัญของการพัฒนาตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA คือ การวิเคราะห์ตามแบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA ในการหาจุดอ่อนในระบบที่เป็นอยู่ ดำเนินการปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานสำหรับกระบวนการที่สำคัญเพื่อเป็นหลักประกันของการธำรงไว้ซึ่งคุณภาพที่พัฒนาได้ การประเมินตนเองเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งจะนำไปสู่กิจกรรมอื่นๆตามมามากมาย เช่น การปรับเปลี่ยนระบบงาน การเพิ่มพูนความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ การจัดเก็บคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน การติดตามเครื่องชี้วัดที่สำคัญ เป็นต้น

รายละเอียดของการปฏิบัติตามมาตรฐานทั่วไปของ HA คือ

หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย

บทที่ 1 การนำองค์กร

องค์กรบริหารสูงสุด

โรงพยาบาลมีองค์กรบริหารสูงสุด ทำหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ โดยการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล ดูแลการบริหารจัดการ การวางแผน และการติดตามผลการปฏิบัติงาน โดยมีองค์ประกอบย่อย 6 ด้านคือ

1. มีบุคคลหรือกลุ่มบุคคลทำหน้าที่กำหนดนโยบายดูแลการบริหารวางแผน ติดตามผล ได้แก่
 - มีความชัดเจนว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลใดทำหน้าที่ดังกล่าว
 - ผู้ทำหน้าที่ดังกล่าวได้มาจากการพิจารณาคุณสมบัติที่เหมาะสม
2. องค์กรบริหารสูงสุดมีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่
 - มีการประชุมสม่ำเสมอ
 - มีบันทึกรายงานการประชุม
 - มีกิจกรรมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่สมาชิกขององค์กรบริหารสูงสุด
 - แต่งตั้งบุคคลที่เหมาะสมเป็นคณะกรรมการเพื่อทำหน้าที่ต่างๆตามความจำเป็น
3. มีกลไกเพื่อให้มีการดูแลค่านโยบายและการอำนวยความสะดวกอย่างต่อเนื่อง ได้แก่
 - การมอบหน้าที่ให้ผู้อำนวยความสะดวกหรือบุคคลอื่นปฏิบัติหน้าที่ซึ่งกำหนดขอบเขตไว้ชัดเจน และจะต้องมีการนำเสนอในการประชุมองค์กรบริหารสูงสุดครั้งต่อไป
 - องค์กรบริหารสูงสุดเป็นผู้คัดเลือก แต่งตั้งและประเมินผลการทำงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาล
4. มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดทิศทางของโรงพยาบาล ได้แก่
 - การกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ปรัชญา ของโรงพยาบาล
 - การรับรองธรรมนูญ กฎระเบียบ และข้อบังคับของโรงพยาบาล
 - การกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล
 - การจัดทำแผนยุทธศาสตร์หรือแผนพัฒนาโรงพยาบาล

- การรับรองแผนปฏิบัติการบนพื้นฐานความเป็นไปได้ทางการเงินของโรงพยาบาล
 - การสื่อสารอย่างเป็นระบบระหว่างองค์กรบริหารสูงสุด ผู้บริหารเจ้าหน้าที่ และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง
 - การสร้างความร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ และทำความเข้าใจกับนโยบายสำคัญของรัฐบาล
 - การรับฟังข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล
5. รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ ได้แก่
- สร้างหลักประกันว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะให้บริการที่มีคุณภาพ
 - สนับสนุนให้มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย
 - กำหนดกลไกเพื่อสร้างหลักประกันว่าจะให้บริการผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน
 - ติดตามระดับคุณภาพและความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ
6. รับผิดชอบด้านการจัดการทรัพยากร ได้แก่
- รับผิดชอบต่อการจัดการทรัพยากรในภาพรวมของโรงพยาบาล
 - ติดตามความเพียงพอของทรัพยากรด้านต่างๆและตอบสนองอย่างเหมาะสม
 - มีการตรวจสอบทางการเงิน โดยบุคคลหรือหน่วยงานอิสระภายนอกทุกปี

วัฒนธรรมองค์กร

โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมในการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. การศึกษาความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงานทั้งภายนอกและภายใน
2. แต่ละหน่วยงานมีการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอย่างเหมาะสม

3. ทีมผู้บริหารทุกระดับใช้ภาวะผู้นำในการสนับสนุน/ติดตาม/ให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดการปรับปรุงระบบงานและพัฒนาสมรรถนะในการทำงานอย่างต่อเนื่อง

4. มีความเคารพในสิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร
บทบาทของผู้นำในการพัฒนาคุณภาพ

ผู้นำของโรงพยาบาลให้การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ผู้นำผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ได้แก่
 - กำหนดความคาดหวัง จัดทำแผน และอำนวยความสะดวกให้เกิดกิจกรรมพัฒนา คุณภาพของการปฏิบัติงานทุกระดับ
 - สร้างแรงจูงใจและปรับระบบบริหารเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 - กำหนดประเด็นที่สำคัญเพื่อควบคุมกำกับและพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบ
 - สนับสนุนให้จัดทำแผนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน
 - ประเมินประสิทธิภาพของการพัฒนาคุณภาพที่ได้ให้การสนับสนุนทรัพยากร
 - ทบทวนความก้าวหน้าและผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแผนอย่างสม่ำเสมอ
2. มีกระบวนการในการประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งโรงพยาบาล ได้แก่
 - กำหนดคำจำกัดความของคุณภาพสำหรับโรงพยาบาล
 - กำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไปของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
 - เชื่อมโยงกิจกรรมพัฒนาคุณภาพกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
 - เชื่อมโยงกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน
 - ประสานยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

- กำหนดความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพของผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ทั้งในแง่ของความรับผิดชอบของแต่ละคน และความรับผิดชอบร่วมกัน
 - จัดโครงสร้างองค์กรเพื่อสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล
 - รวบรวมรายงานผลกิจกรรมพัฒนาคุณภาพจากทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลและให้คำแนะนำที่เหมาะสม
3. ผู้นำของโรงพยาบาลร่วมกิจกรรมเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ
4. ผู้นำของโรงพยาบาลสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ได้แก่
- สนับสนุนการอบรมแนวคิดและเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ
 - ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาระบบงานโดยใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
 - เป็นพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา
 - ช่วยจัดอุปสรรคในการพัฒนาระบบงาน
 - ยอมรับความสำคัญของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ และให้ผลตอบแทนความมานะพยายาม
 - กระตุ้นให้ทุกคนมีความรับผิดชอบต่อคุณภาพของงานที่ตนเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้อง
 - จัดสรรทรัพยากรสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่างๆอย่างเพียงพอ

บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย

กรอบการดำเนินงานของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลมีพันธกิจ วิสัยทัศน์ และปรัชญา ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล การวางแผนของโรงพยาบาล

มีการนำพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล มากำหนดแผนงานและนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วย

ความมุ่งหมาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ของหน่วยงาน

มีการกำหนดความมุ่งหมาย/เจตจำนง ประชญา ขอบเขต เป้าหมายและ วัตถุประสงค์ของการจัดบริการหรือของหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษรอย่าง ชัดเจน ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1. มีเป้าหมายร่วมของโรงพยาบาล ได้แก่
 - พันธกิจ วิสัยทัศน์ ทิศทาง นโยบาย
 - ประชญา/ค่านิยม/อุดมการณ์ร่วม
 - ขอบเขตการให้บริการ
2. วิธีการกำหนดเป้าหมายร่วมของโรงพยาบาล ได้แก่
 - เป็นความร่วมมือระหว่างองค์กรบริหารสูงสุด ทีมผู้บริหาร และ ผู้ปฏิบัติงาน
 - นำความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน ความต้องการของผู้ป่วยและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาพิจารณา
3. ความมุ่งหมาย/เจตจำนง ขอบเขตบริการของหน่วยงานสอดคล้องกับ พันธกิจของโรงพยาบาล
 - ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการจัดทำ เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็น เจ้าของและมีความมุ่งมั่นที่จะบรรลุเป้าหมาย
 - นำความต้องการของผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องมาพิจารณา
4. แผนยุทธศาสตร์/แผนพัฒนาโรงพยาบาลสอดคล้องกับพันธกิจ วิสัยทัศน์
 - มีการวิเคราะห์/ระบุประเด็นที่ต้องมีการพัฒนาชัดเจน และ ครบถ้วน
 - มียุทธศาสตร์ที่เหมาะสมและครอบคลุมประเด็นสำคัญครบถ้วน
 - มีการประสานยุทธศาสตร์ระหว่างแผนงานต่างๆ
 - มีการกำหนดระดับความสำคัญหรือประเด็นหลักในการพัฒนา คุณภาพ
 - หน่วยงานมีเป้าหมาย และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน
 - แผนงานสอดคล้องกับพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล

- หน่วยงานต่างๆมีเป้าหมายที่ชัดเจน
 - หน่วยงานต่างๆรับประเด็นสำคัญที่มุ่งเน้นมาแปรเป็นแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน
 - แผนปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้
 - แผนปฏิบัติการมีการกำหนดตัวผู้รับผิดชอบและเงื่อนไขชัดเจน
5. การถ่ายทอด สื่อความหมาย สร้างความเข้าใจเรื่องเป้าหมาย/แผน
- สร้างความเข้าใจเรื่องเป้าหมายร่วมของโรงพยาบาล
 - สร้างความเข้าใจเรื่องความมุ่งหมาย/เจตจำนงเป้าหมายของหน่วยงาน
 - สร้างความเข้าใจเรื่องแผนงานของโรงพยาบาลและหน่วยงาน
 - เจ้าหน้าที่รับทราบและเข้าใจเป้าหมาย/แผน
 - เจ้าหน้าที่รับทราบและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนต่อการบรรลุเป้าหมาย
 - เจ้าหน้าที่นำแผนไปปฏิบัติ

ธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง และนโยบาย

โรงพยาบาลมีธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง และนโยบายเป็นเครื่องกำหนดทิศทางและวิธีการทำงาน ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. มีธรรมนูญโรงพยาบาล ได้แก่
 - ระบุพันธกิจ วิสัยทัศน์ ปรัชญา และเป้าหมายของโรงพยาบาล
 - กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรบริหารสูงสุด ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล
 - ไม่ขัดกับกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง
2. มีกฎระเบียบ ข้อตกลง หรือนโยบาย เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของตนและปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ได้แก่
 - ด้านสิทธิผู้ป่วย
 - ด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
 - ด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล
 - ด้านเอกสาร การบันทึก และการรักษาความลับของข้อมูล

- ด้านสุขภาพและความปลอดภัย
 - ด้านประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร
 - ด้านการป้องกันและการจัดการกับความเสี่ยง
 - ด้านกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
3. มีกลไกเพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามธรรมเนียมกฎระเบียบ ข้อตกลง หรือนโยบายที่กำหนดไว้ ได้แก่
- การสื่อสารสร้างความตระหนัก อธิบายรายละเอียดของการปฏิบัติ ยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม
 - การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก
 - การรับทราบปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติ
 - การทบทวน

หมวดที่ 2 ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ประกอบด้วย

บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ

การบริหารทรัพยากร

มีกระบวนการในการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. การวางแผน ได้แก่
 - การจัดทำแผนงบประมาณประจำปี
 - การจัดทำแผนการลงทุนระยะยาว
 - การนำข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมาใช้วางแผนและพิจารณาลำดับความสำคัญอย่างเหมาะสม
2. การจัดสรรทรัพยากร ได้แก่
 - มีการสำรวจความต้องการทรัพยากรของทุกหน่วยงาน และจัดลำดับความสำคัญเปรียบเทียบ
 - มีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อจัดบริการ โดยคำนึงถึงสถานะทางการเงิน ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์ที่คาดหวัง
3. มีกระบวนการในการพิทักษ์คุ้มครองทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการ ได้แก่

- คຸ້ມครองทรัพยากรทางคຸ້ນกายภาพ
 - คຸ້ມครองทรัพยากรบุคคล
4. ระบบบริหารการเงินที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ ได้แก่
- มีระบบตรวจสอบภายในอย่างเหมาะสม
 - มีระบบบัญชีที่จะแสดงสถานะการเงินของโรงพยาบาลทั้งในอดีตและปัจจุบัน
 - มีระบบการควบคุมทรัพย์สิน รวมทั้งลูกหนี้ วัสดุคงคลังและเครื่องมือ
 - มีการจัดทำแผนงบประมาณ โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกำหนดเครื่องชี้วัดด้านการเงิน
 - มีการรายงานการใช้จ่ายเปรียบเทียบกับแผนงบประมาณที่กำหนดไว้เป็นระยะ
 - มีการนำเสนอรายงานทางการเงินให้องค์การบริหารสูงสุดทราบเป็นระยะ

การประสานบริการ

มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดีในการให้บริการผู้ป่วย ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

1. มีการกำหนดบทบาท เป้าหมาย และความสัมพันธ์ของหน่วยงานต่างๆ ไว้ในแผนของโรงพยาบาล
2. มีการวางแผนเพื่อจัดบริการให้เหมาะสมกับปัญหาและความจำเป็นของผู้ป่วยในพื้นที่ ได้แก่
 - นำข้อมูลการรับบริการและการส่งต่อผู้ป่วยมาใช้ในการวางแผน
 - มีการศึกษาปัญหา/บริการที่จำเป็นสำหรับประชาชนในพื้นที่หรือผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย
 - มีการนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนปรับปรุง/ขยาย/ลดการให้บริการ
3. มีการสร้างสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อความร่วมมือและการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน ได้แก่
 - มีช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่ชัดเจน

- กิจกรรมที่ส่งเสริมความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีระหว่างหน่วยงาน
 - มีกลไกส่งเสริมการรับฟังข้อเสนอแนะและการนำไปปฏิบัติ
 - มีการประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อมีปัญหา
 - มีการประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา
 - ร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทำกิจกรรมที่สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล
4. มีกลไกการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่
- มีกลไกการสื่อสารที่หลากหลาย
 - มีกลไกตรวจสอบหรือค้นหาปัญหาอย่างสม่ำเสมอ
 - มีระบบที่จะส่งปัญหาที่ค้นพบไปให้ผู้เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ
 - เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นและแนวทางแก้ปัญหา
 - มีกลไกที่จะติดตามผลการแก้ปัญหาของหน่วยงานผู้รับผิดชอบ
5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติของแต่ละหน่วยงานให้สอดคล้องกัน ได้แก่
- มีการประสานงานเมื่อเห็นว่านโยบายและวิธีปฏิบัติที่กำลังจัดทำนั้นมีความเกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่น
 - มีการวางแผนประสานงาน/ลดความซ้ำซ้อน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติ
 - มีการศึกษาแนวทางปฏิบัติที่หน่วยงานต่างๆ ใช้และคัดเลือกแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดมาใช้
 - มีการวิเคราะห์และจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับกระบวนการที่ต้องมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานอย่างครบถ้วน
6. หัวหน้าหน่วยงานทุกคนเข้าใจและร่วมพัฒนาคุณภาพงานบริการระหว่างหน่วยงาน ได้แก่

- หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบงานเดียวกันหรือดูแลผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน ร่วมกันค้นหาปัญหาหรือโอกาสพัฒนาและติดตามผลการพัฒนาคุณภาพ
- หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเข้าร่วมเป็นสมาชิกของทีมพัฒนาคุณภาพในเรื่องนั้นๆ หรือคัดเลือกตัวแทนของหน่วยงานเข้าร่วม
- หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนระบบงานของตนตามความเหมาะสม

บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

การวางแผนทรัพยากรบุคคล

มีการวางแผนทรัพยากรบุคคลสอดคล้องกับพันธกิจ แผนยุทธศาสตร์ โครงสร้างองค์กร และทรัพยากรของ โรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. มีนโยบายด้านทรัพยากรบุคคลซึ่งได้รับการรับรองจากองค์กรบริหารสูงสุด ได้แก่
 - ระดับกำลังคนที่ต้องการ
 - วิธีการได้มาซึ่งกำลังคนที่ต้องการ
 - แนวทางการทดแทนกำลังคนที่ขาดแคลน
 - แนวทางการพัฒนาศักยภาพของกำลังคนที่มีอยู่
2. มีผู้บริหารระดับสูงรับผิดชอบการบริหารทรัพยากรบุคคลในด้าน การวางแผน การดำเนินการและการประเมินผล
3. มีการจัดทำแผนทรัพยากรบุคคลเป็นลายลักษณ์อักษร ได้แก่
 - ประเภทและจำนวนกำลังคนที่ต้องการในปัจจุบันและอนาคต
 - ใช้ปริมาณงานและลักษณะงานเป็นตัวกำหนดจำนวนและคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่
 - การพัฒนา การศึกษา การฝึกอบรมสำหรับเจ้าหน้าที่
 - การปรับเปลี่ยนระบบแรงจูงใจ เช่น ค่าตอบแทน การยกย่องชมเชย ประโยชน์ตอบแทน เป็นต้น

- การปรับระบบงานเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น ประสิทธิภาพ การประสานงาน

4. มีการกำหนดคุณสมบัติและความรู้ความสามารถเฉพาะตำแหน่ง การสรรหา คัดเลือก บรรจุ

มีกระบวนการสรรหาและคัดเลือกเพื่อให้ได้เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. มีวิธีปฏิบัติในการสรรหาและคัดเลือกเจ้าหน้าที่ ได้แก่
 - กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก
 - การตรวจสอบประวัติและคุณสมบัติ
 - การตรวจสอบสุขภาพ
 - การทดลองปฏิบัติงานและการประเมินผล
2. มีการจัดทำหนังสือสัญญาจ้างเป็นลายลักษณ์อักษร ได้แก่
 - สัญญาจ้างกำหนดเงื่อนไขและระยะเวลาจ้าง
 - สัญญาจ้างสื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับทราบบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของตนที่สัมพันธ์กับเป้าหมายขององค์กร
3. มีการจัดทำทะเบียนประวัติเจ้าหน้าที่ ได้แก่
 - มีข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วน
 - มีระบบรักษาความลับข้อมูลเจ้าหน้าที่

การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. การจัดกำลังคน ได้แก่
 - มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ
 - มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบกับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ
 - มีมาตรการแก้ไขกรณีกำลังคนไม่เพียงพอ
2. มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่

- การประเมินมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับการประเมินมีการพัฒนาตนเอง ร่วมมือในการพัฒนาหน่วยงาน และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยดีขึ้น
 - เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินเหมาะสมและครอบคลุม
 - ผู้ปฏิบัติงานภูมิใจในผลงานของตน และทราบจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง
 - ผู้บริหารสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่มีโอกาสพัฒนาตนเอง
3. เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง หรือนักเรียนฝึกงาน ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลได้แก่
- มีแนวทางในการตรวจสอบ/ควบคุม/กำกับดูแลที่ชัดเจน
 - มีระบบให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา
 - มีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ
 - มีการแจ้งผลการตรวจสอบให้เจ้าหน้าที่ทราบ
 - มีการนำผลการตรวจสอบมาใช้ปรับปรุงวิธีการทำงานของหน่วยงาน

การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1. มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ได้แก่
 - ใช้ข้อมูลจากการประเมินผลการปฏิบัติงาน
 - ใช้ข้อมูลจากกิจกรรมคุณภาพ
 - ใช้ข้อมูลความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยี
 - มีการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
2. มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน ได้แก่
 - แผนการปฐมนิเทศ

- แผนการส่งเจ้าหน้าที่ไปรับการศึกษาต่อเนื่องในหลักสูตรต่างๆ ทั้งหลักสูตรระยะสั้นและหลักสูตรระยะยาว
 - แผนการฝึกอบรมภายในโรงพยาบาล
3. เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ ได้แก่
- เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับทราบบทบาทหน้าที่ และความคาดหวังของโรงพยาบาล/หน่วยงาน
 - เจ้าหน้าที่ใหม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ทั้งด้านสถานที่ บุคคลและวิธีทำงาน
 - มีระบบพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่
4. มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่
- ครอบคลุมความรู้ทั้งด้านเทคนิคบริการและด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
 - วิทยากรและกิจกรรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
 - มีการนำศักยภาพของผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาเจ้าหน้าที่
 - กลุ่มเป้าหมายเข้ารับการฝึกอบรมเป็นส่วนใหญ่
5. มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล ได้แก่
- ประเมินกระบวนการจัดอบรม
 - ประเมินความรู้ที่ผู้เข้าอบรมได้รับ
 - ประเมินการนำความรู้ไปใช้/การเปลี่ยนวิธีการทำงาน
 - ประเมินผลกระทบต่อผลการดูแลผู้ป่วย
 - นำผลการประเมินไปปรับปรุงแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล

การตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่

มีการตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ในด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล อย่างสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และปรัชญาของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

1. การศึกษาความต้องการและประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ได้แก่
 - คุณภาพชีวิตการทำงาน
 - การวิเคราะห์งานและออกแบบระบบงาน
 - กระบวนการบริหารงานบุคคล
 - การประเมินผลการปฏิบัติงาน
 - การพัฒนาความรู้และทักษะ
 - การบริหารค่าจ้างและเงินเดือน
 - ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน
 - สวัสดิการเจ้าหน้าที่
2. การตอบสนองต่อความต้องการของเจ้าหน้าที่อย่างเหมาะสม

บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม

โรงพยาบาลมีโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างได้ผล มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวกสบาย และเป็นที่พึงพอใจ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1. โครงสร้างกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก มีความเหมาะสม ปลอดภัย ได้แก่
 - เป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความปลอดภัย
 - ที่ตั้งหน่วยบริการมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึง และการส่งต่อ
 - พื้นที่ใช้สอยเพียงพอ จัดโครงสร้างภายในเหมาะสม
 - มีความสะอาด เป็นระเบียบ การถ่ายเทอากาศดี แสงสว่าง และอุณหภูมิเหมาะสม
 - ปราศจากสิ่งรบกวนที่มีผลต่อการปฏิบัติ
 - สถานที่ตรวจ/รักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิด พ้นจากสยตา/การได้ยิน โดยบุคคลอื่น

2. มีสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่
 - มีการจัดเตรียมโครงสร้างกายภาพเป็นพิเศษสำหรับเด็กและผู้พิการ
 - มีการติดอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - มีการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อความสะดวกสบายของผู้ใช้บริการ
 - มีระบบการระบายอากาศที่ดี สามารถควบคุมการติดต่อของเชื้อโรคที่ใช้อากาศเป็นสื่อ และสามารถขจัดอากาศเสียหรือก๊าซที่เป็นอันตรายได้
 - มีการจัดสถานที่จอดรถให้เพียงพอ
 - มีการจัดสถานที่จอดรถเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน
3. มีระบบการสนับสนุนฉุกเฉินที่จำเป็น ได้แก่
 - เครื่องกำเนิดไฟฟ้า
 - ระบบไฟฟ้าฉุกเฉิน
 - ก๊าซทางการแพทย์
 - ตู้เย็นเก็บโลหิต
 - ถังเก็บน้ำ
4. มีระบบสื่อสารและขนส่งที่สามารถใช้งานได้ตลอดเวลา ได้แก่
 - ระบบเตือนภัย
 - ระบบตามตัวเจ้าหน้าที่ทั้งภายในและภายนอกอาคาร
 - ระบบเรียกพยาบาล
 - โทรศัพท์สายตรงสำหรับหน่วยงานที่จำเป็น
 - เส้นทางเชื่อมต่อระหว่างอาคาร ชั้น และหน่วยงานต่างๆ
 - การขนส่งระหว่างชั้น เช่น ลิฟต์ส่งของ บันไดเลื่อน ระบบท่อส่งของ
 - เครื่องโทรสาร
5. มีระบบการจัดการเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่

- มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้โครงสร้างกายภาพของโรงพยาบาลชัดเจน
- มีระบบบริหารทรัพย์สินที่มีประสิทธิภาพ
- มีแผนผังของโรงพยาบาลในสภาพปัจจุบันเพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ทั้งในเวลาปกติและยามฉุกเฉิน
- มีระบบบำรุงรักษาที่มีประสิทธิภาพ
- มีระบบบริหารจัดการเพื่อดูแลความปลอดภัยเกี่ยวกับไฟฟ้า กังแก๊ส ใอน้ำ สารเคมี และวัตถุไวไฟ
- มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับ โครงสร้าง กายภาพได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ
- มีการประเมินและพัฒนาคุณภาพของการจัดการด้าน โครงสร้าง ทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม

การกำจัดของเสีย

มีการกำจัดของเสียด้วยวิธีการที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. มีระบบการกำจัดของเสียที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่
 - การกำจัดของเสียสอดคล้องกับระเบียบ ข้อบังคับ และกฎหมาย ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม
 - มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการกำจัดของเสีย
 - มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้าย และกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี
 - มีการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติที่กำหนดไว้
 - มีการประเมินและพัฒนาคุณภาพของการกำจัดของเสีย
2. มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่
 - มีขนาดเหมาะสมกับปริมาณน้ำทิ้งของโรงพยาบาล
 - น้ำทิ้งทั้งหมด ยกเว้นน้ำฝน ต้องผ่านระบบบำบัดน้ำเสีย
 - มีการดูแลรักษาระบบโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม
 - มีการประสานงานอย่างดีกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- มีการตรวจคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดแล้วอย่างน้อยเดือนละครั้ง
 - น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดในช่วงเวลาที่ระบบรับภาระมากที่สุดมีค่ามาตรฐานตามที่ราชการกำหนด
3. มีระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ ได้แก่
- มีภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสมและเพียงพอ
 - มีระบบ/อุปกรณ์ในการแยกเก็บ/ขนย้าย/จัดที่พักขยะทั่วไป/ขยะติดเชื้อ/ขยะอันตราย ที่รัดกุม
 - มีระบบในการกำจัดขยะติดเชื้อและขยะอันตรายอย่างเหมาะสม
 - มีมาตรการในการลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม การนำขยะที่ใช้แล้วกลับมาใช้ใหม่
 - มีการตรวจสอบการกำจัดขยะติดเชื้อของผู้รับช่วง

การป้องกันอัคคีภัย

โรงพยาบาลได้รับการก่อสร้าง จัดเตรียมเครื่องมือ ดำเนินงาน และบำรุงรักษา เพื่อป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1. โรงพยาบาลมีโครงสร้างที่เอื้อต่อการป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย ได้แก่
 - การก่อสร้างและต่อเติมอาคารเป็นไปตามข้อกำหนดของพระราชบัญญัติควบคุมอาคารด้านการป้องกันอัคคีภัย
 - มีทางหนีไฟจากส่วนต่างๆของอาคารซึ่งสามารถใช้งานได้ทันทีเมื่อเกิดอัคคีภัย
 - มีการแสดงวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัยและวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้เห็นชัดเจนทั่วทั้งโรงพยาบาล
2. มีนโยบายและผู้รับผิดชอบในการป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย ได้แก่
 - มีนโยบายด้านการป้องกันอัคคีภัยของโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งผู้บริหารสูงสุดรับรอง
 - มีผู้รับผิดชอบในการป้องกันอัคคีภัย

3. มีการตรวจสอบและปรับปรุงเพื่อป้องกันอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่
 - มีการตรวจสอบความปลอดภัยด้านอัคคีภัยโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ตามกำหนดเวลา และเมื่อมีการปรับปรุงตัดแปลงอาคาร
 - มีการปฏิบัติตามข้อเสนอนะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านอัคคีภัย และบันทึกหรือรายงานเป็นลายลักษณ์อักษร
 - มีการประเมินภาวะเสี่ยงจากอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ โดยผู้รับผิดชอบของโรงพยาบาล
 - มีการลดปริมาณการเก็บวัสดุไวไฟให้เหลือน้อยที่สุดและเก็บในบริเวณที่กำหนด
 - มีการตรวจสอบความปลอดภัยของเครื่องใช้ไฟฟ้าทุกชนิดที่นำมาใช้ในโรงพยาบาล
4. มีเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัยที่เหมาะสม ได้แก่
 - มีการจัดหาเครื่องมือดับเพลิงที่เหมาะสมและเพียงพอ เช่น เครื่องดับเพลิง ชุดผจญเพลิง ท่อน้ำต่อหัวสูบ ม้วนปาก กระบอกรีด ซึ่งมีแรงดันในท่อส่งน้ำไม่ต่ำกว่า 250 ปอนด์
 - มีการติดตั้งเครื่องมือและวางระบบเกี่ยวกับอัคคีภัยไว้อย่างเหมาะสมตามประเภทของอัคคีภัยอันอาจเกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ โดยให้ความสนใจต่อบริเวณที่มีอันตราย
 - มีหลักฐานการทดสอบ/บำรุงรักษาเครื่องมือ และระบบป้องกันอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอโดยผู้มีความรู้ความสามารถ
 - ไม่มีสิ่งกีดขวางที่เป็นอุปสรรคต่อการนำเครื่องมือดับเพลิงไปใช้
 - มีป้ายแสดงตำแหน่งของเครื่องดับเพลิงชัดเจน
5. มีการฝึกซ้อมวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่
 - มีการซ้อมดับเพลิงอย่างสม่ำเสมอภายใต้สภาวะการณ์ที่แตกต่างกัน ทั้งกลางวันและกลางคืน
 - มีการฝึกซ้อมติดต่อ/ประสานงาน กับผู้มีหน้าที่รับผิดชอบด้านอัคคีภัยในพื้นที่ กรณีเกิดอัคคีภัย

- มีการประเมินผลการจัดซื้อจัดทำรายงานบันทึกรายชื่อผู้เข้าร่วมฝึกซ้อมดับเพลิง
- เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการฝึกอบรมแนวทางปฏิบัติด้านอัคคีภัยทุกปี รวมทั้งการแจ้งสัญญาณอัคคีภัย การใช้เครื่องดับเพลิง วิธีการ/เส้นทางเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และทราบว่าควรทำการเคลื่อนย้ายเมื่อใด อย่างไร

การจัดการด้านความปลอดภัย

มีการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. การจัดการทั่วไปด้านความปลอดภัย ได้แก่
 - มีเอกสารนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยภายในโรงพยาบาล
 - มีผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลรับผิดชอบดำเนินการตามนโยบายด้านความปลอดภัย
 - มีการให้ความรู้ ฝึกอบรม แจ้งข่าวและคำเตือน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงนโยบายและวิธีปฏิบัติด้านความปลอดภัย
 - มีการจัดทำรายงานประจำปีด้านความปลอดภัยเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง
2. มีการวางแผนและดำเนินงานด้านความปลอดภัยอย่างเหมาะสม ได้แก่
 - การค้นหาและประเมินภาวะเสี่ยงต่ออันตรายต่าง ๆ ในโรงพยาบาลและบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
 - มาตรการในการป้องกันและควบคุมภาวะเสี่ยง
 - การตรวจตราหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีความเสี่ยงต่ออันตรายอย่างสม่ำเสมอ
 - ระบบงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุ อันตราย ข้อขัดข้องต่างๆและการสอบสวนเมื่อจำเป็น
 - ระบบการกระจายข่าวกิจกรรมความปลอดภัยและคำเตือนเกี่ยวกับอันตรายต่าง ๆ
 - การประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายด้านความปลอดภัย

3. มีบริการอาชีวอนามัยให้เจ้าหน้าที่ ได้แก่
 - มีนโยบายในการตรวจสุขภาพก่อนบรรจุทำงาน การคัดกรองสุขภาพ และเฝ้าระวังโรค การให้ภูมิคุ้มกันโรค เช่น หัดเยอรมัน วัณโรค ไวรัสตับอักเสบชนิด บี
 - มีหลักประกันว่าเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสกับผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันหรือไม่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบชนิด บี และโรคติดเชื้ออื่น ๆ
 - มีนโยบายและมาตรการในการป้องกันอันตรายจากสารเคมี จุลชีพ กลไก และท่าทางในการทำงาน
 - มีระบบเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาแนวโน้มของปัญหาและกำหนดแนวทางป้องกัน

บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ

เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วย ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

1. มีหลักเกณฑ์ และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ
2. มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน ได้แก่
 - มีการกำหนดระดับของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ขั้นต่ำที่จะต้องอยู่ในหน่วยงาน
 - มีการเก็บรักษาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์อย่างเป็นระเบียบและปลอดภัย
3. ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะและมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี
4. มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็นพร้อมที่จะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา
5. มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่

- มีคู่มือปฏิบัติในการดูแลรักษาเครื่องมือเพื่อป้องกันการเสื่อมชำรุดและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในหน่วยงานมีความเข้าใจวิธีการดังกล่าวเป็นอย่างดี
 - มีระบบในการดูแลเครื่องมือที่มีความละเอียดอ่อนหรือซับซ้อนเป็นการเฉพาะ เช่น มีช่างผู้บริการซึ่งได้รับการฝึกอบรมเป็นการเฉพาะหรือมีระบบที่จะติดต่อหน่วยบริการนอกโรงพยาบาลได้ทันที
 - มีบันทึกประวัติของเครื่องมือ ผู้ขาย และการบำรุงรักษาเครื่องมือแต่ละชิ้น
 - มีบันทึกปัญหาที่เกิดขึ้นกับเครื่องมือแต่ละชิ้นประกอบด้วย ลักษณะปัญหาสาเหตุ การแก้ไข ค่าใช้จ่าย และระยะเวลาที่ไม่สามารถใช้งานได้
 - มีระบบการซ่อมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพ
6. มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา ได้แก่
- มีการกำหนดประเภทของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ต้องตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ต้องตรวจสอบความพร้อมเป็นประจำ
 - มีการกำหนดลักษณะความพร้อมที่ต้องการ และวิธีการตรวจสอบ
 - มีการสอบเทียบความเที่ยงตรง (calibration) สำหรับเครื่องมือที่จำเป็น

บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

การวางแผนและออกแบบระบบ

มีการวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศที่เหมาะสม และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1. มีการวางแผนการใช้สารสนเทศ ได้แก่
 - สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย

- สำหรับการพัฒนาคุณภาพ
 - สำหรับการบริหาร
 - สำหรับการศึกษาค้นคว้าหรือการวิจัย
2. มีการออกแบบระบบสารสนเทศ ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนในข้อ 1. ได้แก่
- สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย
 - สำหรับการพัฒนาคุณภาพ
 - สำหรับการบริหาร
 - สำหรับการศึกษาค้นคว้าหรือการวิจัย
3. มีการออกแบบระบบสารสนเทศโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
4. บุคคลที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศ ได้แก่
- คณะกรรมการเฉพาะกิจ
 - คณะกรรมการเวชระเบียน
5. มีการจัดทำและทบทวนแผนบริหารระบบสารสนเทศ ได้แก่
- มาตรฐานข้อมูล
 - มาตรฐานเทคโนโลยี
 - ขั้นตอนดำเนินงานตามลำดับ
 - เกณฑ์ในการเลือกเก็บข้อมูล ระยะเวลา และวิธีการในการเก็บข้อมูล
 - มีเกณฑ์ในการปรับแก้ข้อมูลให้ทันสมัยและเป็นจริงอยู่เสมอ
 - การรักษาความปลอดภัยของข้อมูล
 - การรักษาความลับของข้อมูล

การดำเนินงานระบบสารสนเทศ

มีการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. มีการเชื่อมโยงข้อมูล/สารสนเทศจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อประสิทธิภาพของการกระจายข้อมูล/สารสนเทศหรือเพื่อลดความขัดแย้งกันของข้อมูลอันเกิดขึ้นจากความหลากหลายของฐานข้อมูล

2. มีการสังเคราะห์ แปลผลข้อมูล/สารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพและการรายงานต่อส่วนราชการ ได้แก่
 - ลักษณะการเสียชีวิตที่พบบ่อยในโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตรายโรค/หัตถการ หรือกลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มมารดาที่คลอดบุตร และผู้ป่วยผ่าตัด
 - ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในโรงพยาบาล และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรายโรค/ หัตถการ หรือกลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ
 - การกลับมารับบริการซ้ำโดยไม่ได้วางแผน เช่น การนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ การเข้ารับการผ่าตัดซ้ำภายใน 2 วัน
 - ต้นทุนรายโรค/หัตถการ หรือกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งสามารถคัดเลือกผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาวิเคราะห์เพิ่มเติมได้
 - วันนอนโรงพยาบาลรายโรค/หัตถการ หรือกลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ ซึ่งสามารถคัดเลือกผู้ป่วยที่มีวันนอนโรงพยาบาลนานกว่าที่ควรมาวิเคราะห์เพิ่มเติมได้
3. มีการกระจายข้อมูลและสารสนเทศที่เหมาะสมแก่ผู้ใช้อย่างถูกต้องทันเวลา โดยมีรูปแบบและวิธีการที่เป็นมาตรฐานและง่ายต่อการใช้
4. มีการสนับสนุนทางเทคนิค โดยให้คำปรึกษาและ/หรือให้ความรู้/ฝึกอบรมแก่ผู้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศตามความเหมาะสม

บันทึกเวชระเบียน²⁰

มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และประเมินคุณภาพการดูแลรักษาได้

1. มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการของ

²⁰ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานHA ส่วนที่ 1 ข้อมูลระดับโรงพยาบาล (กรุงเทพ : บ.คิ.ไซร์ จำกัด, 2545), หน้า 29.

- โรงพยาบาล โดยมีข้อมูลและรายละเอียดเพียงพอ
2. มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการบันทึกและการเก็บรายงานผลในเวชระเบียน

หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ ประกอบด้วย

บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานหรือบริการ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การวางระบบงาน

1. มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ภายในหน่วยงาน ได้แก่
 - มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างสาขาวิชาชีพ
 - มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างหน่วยงาน
2. การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยหรือบุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. มีกฎระเบียบ และนโยบายที่จำเป็นสำหรับการจัดบริการที่มีคุณภาพ
4. มีคู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานเพียงพอสำหรับการจัดบริการที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล ได้แก่
 - ด้านการบริหารจัดการ
 - ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ
 - ด้านจริยธรรม กฎหมาย และสังคม
 - ด้านการบันทึก เอกสาร ระบบสารสนเทศ
 - ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
 - ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
 - ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
5. มีกระบวนการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบงานที่ต้องมีการประสานระหว่างหน่วยงาน ได้แก่
 - จัดทำโดยคณะกรรมการกลุ่ม ระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

- มีระบบการรับรองที่เหมาะสม
 - มีการทบทวนคู่มือ/แนวทางปฏิบัติอย่างน้อยทุก 3 ปีหรือเมื่อเห็นว่าจำเป็น
6. เจ้าหน้าที่ รับผิดชอบ เข้าใจ และปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานได้แก่
- มีกลไกที่จะทำให้เจ้าหน้าที่ได้รับทราบคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานในรูปแบบต่างๆ
 - มีการประเมินว่าเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน
7. มีการประเมินคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วนและสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

การวัดผลและการวิเคราะห์

1. มีการติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ ได้แก่
 - มีการติดตามศึกษาเครื่องชี้วัดสำคัญของ โรงพยาบาล
 - มีการติดตามศึกษาเครื่องชี้วัดคุณภาพที่ครอบคลุมทุกด้าน
 - มีระบบอำนวยความสะดวกในการสร้างเครื่องชี้วัดการสังเคราะห์/วิเคราะห์ข้อมูล
 - มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ทราบแนวโน้มของปัญหาระดับคุณภาพที่เปลี่ยนแปลงไป
 - มีการเผยแพร่และกระจายข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ให้ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทราบ
 - มีการใช้ประโยชน์จากเครื่องชี้วัด

การแก้ไข ป้องกัน ปรับปรุง

1. มีการเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง
2. มีการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษา และให้บริการ ได้แก่
 - มีการค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง

- ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง
 - ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ
3. การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพและมีการเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ
 4. มีการติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ได้แก่
 - มีแนวทางปฏิบัติในการบ่งชี้ปัญหา/ข้อบกพร่อง/สถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์/คำร้องเรียนของผู้รับผลงาน/ความไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด
 - มีแนวทางปฏิบัติในการมอบหมายให้มีการแก้ไข/ป้องกันปัญหา
 - มีแนวทางปฏิบัติในการสำรวจ/วิเคราะห์ โอกาสที่จะเกิดปัญหาการส่งสัญญาณเตือนแต่แรกเริ่ม
 - การวางมาตรการในการป้องกัน (preventive action)
 - มีการติดตามผลการแก้ไข/ป้องกันปัญหา
 - มีแนวทางปฏิบัติในการบันทึกการแก้ไข/ป้องกันปัญหา

การบริหารความเสี่ยง

1. มีการประสานงานระหว่าง โปรแกรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง
2. มีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยง
3. มีการจัดการกับความสูญเสีย/ความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ทุกหน่วยงานวิเคราะห์ความเสี่ยงของตน ได้แก่
 - วิเคราะห์ความเสี่ยงจากบทเรียนของผู้อื่น
 - วิเคราะห์ความเสี่ยงจากสถิติข้อมูลของโรงพยาบาล
 - สำรวจความเสี่ยง
5. มีการกำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม
6. มีการเฝ้าระวัง/ระบบรายงานอุบัติการณ์

บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ

มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

1. มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล ได้แก่
 - การเขียนสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้วเป็นนโยบายทางคลินิก (clinical policy)
 - การพิจารณาปรับปรุงนโยบายทางคลินิกตามความรู้หรือหลักฐานใหม่ๆ
 - การจัดทำ algorithm หรือ flow chart เพื่อช่วยในการตัดสินใจ
 - การนำแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยที่องค์กรวิชาชีพหรือสถาบันการศึกษาจัดทำไว้มาปรับใช้
 - การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์คลินิกเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา
 - การทบทวนสังเคราะห์หลักฐานอย่างเป็นระบบ (systematic review)
2. มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง ได้แก่
 - การทบทวนเพื่อติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline)
 - การทบทวนระหว่างสาขาวิชาชีพทางคลินิก
 - การทบทวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย
 - การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - การทบทวนภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
 - การทบทวนการใช้เลือด
 - การทบทวนการใช้ยา
 - การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานภายใน

- การทบทวนการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
- การทบทวนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียน
- การทบทวนการดูแลรักษาโดยสุมเวชระเบียน
- การทบทวนแนวโน้มของปัญหาเฉพาะเรื่อง

บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

นโยบาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์

มีการกำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1. นโยบาย กลวิธี มาตรการ ได้แก่
 - มีนโยบายป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชัดเจน
 - มีกลวิธี/มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อชัดเจนในระดับโรงพยาบาล
 - มีกลวิธี/มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อชัดเจนในระดับหน่วยงาน
2. มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้
3. มีแผนแม่บทและแผนปฏิบัติงาน
4. มีการสื่อสารนโยบาย กลวิธี มาตรการ ไปยังเจ้าหน้าที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
5. เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในนโยบาย กลวิธี มาตรการ และทราบบทบาทของตนเอง

การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารเอื้ออำนวยต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตามนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. มีโครงสร้างการบริหารงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชัดเจน ได้แก่
 - มีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

- มีหน่วยป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และ/หรือพยาบาล ควบคุมการติดเชื้อ
 - หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ รับทราบบทบาทหน้าที่ของตน
2. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ขอบเขตความรับผิดชอบของ คณะกรรมการ บุคคล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องชัดเจนเป็น ลายลักษณ์อักษร ได้แก่
- มีการกำหนดหน้าที่ของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - มีการกำหนดหน้าที่ของแพทย์ระบาดวิทยา (Hospital Epidemiologist)
 - มีการกำหนดหน้าที่ของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ
3. มีกลไกกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหา มีประสิทธิภาพ

การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุม การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

1. มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อย 1 คน ได้แก่
 - มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อเพิ่มขึ้นตามขนาดของโรงพยาบาล
 - พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลในระดับที่มีความรู้ เพียงพอสำหรับการปฏิบัติหน้าที่
 - มีพยาบาลในหอผู้ป่วยช่วยทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อ
 - มีการติดตามและประเมินความพอเพียงของพยาบาลที่ทำหน้าที่ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

การพัฒนาทรัพยากรบุคคลเกี่ยวกับการป้องกัน/ควบคุมการติดเชื้อ

มีการเตรียมความพร้อมการเพิ่มพูนความรู้และทักษะเพื่อให้เจ้าหน้าที่ สามารถให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1. มีการประเมินความต้องการในการพัฒนาและฝึกอบรม

2. มีแผนพัฒนาเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน
3. เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมพร้อมก่อนประจำการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
4. มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ
5. มีการประเมินแผนพัฒนาเจ้าหน้าที่ในรูปของการเปลี่ยนพฤติกรรมและผลกระทบต่อ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีการปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการที่ทันสมัย ให้เจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติงานที่ครอบคลุมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน
2. มีนโยบาย/วิธีปฏิบัติงาน ได้แก่
 - สำหรับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเฉพาะ
 - สำหรับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางคลินิก
3. เจ้าหน้าที่ รับทราบ เข้าใจและปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ
4. มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาพการทำงาน

กระบวนการดำเนินงาน

มีกระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

1. มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่
 - มีการทำ prevalence survey ทุกรอบปี
 - มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง (unit directed surveillance) เช่น ห้องผู้ป่วยวิกฤต
 - มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อสำหรับหัตถการหรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

- มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยทุกราย ทุกหอผู้ป่วยและทุกตำแหน่งของการติดเชื้อ (hospital wide)
 - มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (post discharge surveillance)
2. มีการดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ ได้แก่
- มีการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ก่อนเข้าปฏิบัติงานหรือก่อนประจำการ
 - มีการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อ
 - มีการทำ Rectal Swab Culture เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับแพทย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยติดเชื้อ/โรคติดต่อ หน่วยไตเทียม และเจ้าหน้าที่แผนกโภชนาการ
 - มีการให้วัคซีนที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ตามสภาพความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
 - มีแนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุ การเฝ้าระวังการติดเชื้อ หลังเกิดอุบัติเหตุ และแนวทางแก้ไข
 - มีการติดตามสถานะสุขภาพอนามัยของเจ้าหน้าที่ซึ่งเจ็บป่วย
3. มีการเฝ้าระวัง/ป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ สารน้ำ และน้ำยาทำลายเชื้อ ได้แก่
- ตรวจสอบคุณภาพด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอ
 - ตรวจสอบคุณภาพน้ำดื่มน้ำใช้ทุก 1-3 เดือน โดยตรวจหา Coliform bacteria, colonies count และ residual Chlorine
 - ตรวจสอบคุณภาพระบบท่อส่งน้ำประปาในโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละครั้ง
 - ตรวจสอบคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านกระบวนการบำบัดแล้วตามระยะเวลาที่กระทรวงวิทยาศาสตร์กำหนด
 - วิเคราะห์ผลการตรวจสอบคุณภาพด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม หาสาเหตุและดำเนินการแก้ไขเมื่อมีปัญหา

- วิธีการทำความสะอาดอาคารสถานที่ เป็นมาตรฐานเดียวกัน
 - มีการสุ่มตรวจคุณภาพความปราศจากเชื้อในเครื่องมือปลอดเชื้อ สารน้ำ น้ำยา จากแหล่งต่างๆเป็นระยะ
 - มีกระบวนการรวบรวมและทำความสะอาดผ้าเปื้อนที่ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค และการนำส่งผ้าสะอาดที่มี การป้องกันการปนเปื้อน
4. มีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามหลัก Universal Precaution และ Isolation Precaution ได้แก่
- ให้ความรู้
 - มีคู่มือแนวทางการปฏิบัติ
 - มีวัสดุและสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ
 - มีห้องแยกเพียงพอ
5. การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อมีประสิทธิภาพ ได้แก่
- มีการกำหนดมาตรฐานการใช้ antiseptic และ disinfectant ของโรงพยาบาลทั้งด้านข้อบ่งชี้ การเตรียม การเบิกจ่าย และวิธีการใช้
 - มีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องนึ่งฆ่าเชื้อ และเครื่องอบแก๊สอย่างสม่ำเสมอ
 - ตรวจสอบการทำงานของเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อทุกวัน
 - ใช้ chemical indicator กับอุปกรณ์ที่ผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อทุกชิ้น
 - ใช้ biological indicator ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้
 - เครื่องมือปลอดเชื้ออยู่ในสภาพที่ดี มี marker แสดงว่าผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้ออย่างสมบูรณ์และมีอายุนับจาก การทำให้ปราศจากเชื้อไม่เกินที่กำหนดไว้
6. มีการสอบสวนโรค เมื่อพบแนวโน้มของการระบาดหรือเมื่อมีการระบาดของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่
- มีผู้รับผิดชอบในการสืบสวนโรคชัดเจน

- มีขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อมีแนวโน้มที่บ่งบอกว่าอาจมีการระบาดชัดเจน
- มีผู้รับผิดชอบในการตัดสินใจปฏิบัติการเกี่ยวกับการสั่งการเพื่อแก้ไข ภายหลังจากสอบสวนได้ทันทั่วทั้งที่

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. มีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยหน่วยป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ/พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ
2. มีการติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ ได้แก่
 - อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ จำแนกตามหน่วยงาน
 - อัตราการติดเชื้อจำแนกตามเชื้อที่เป็นสาเหตุ (pathogenic-specific)
 - อัตราการปนเปื้อนเชื้อโรคในเครื่องมือ น้ำยา สารน้ำ น้ำดื่ม น้ำใช้ น้ำเสีย
 - อัตราปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่ง (target surveillance) หรืออัตราความชุกของการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่งในโรงพยาบาล
 - แนวโน้มของการดื้อยาหรือการไวต่อยาต้านจุลชีพ
 - อัตราการใช้ยาต้านจุลชีพ
 - ค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - อัตราการปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญ
 - ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวัง

3. มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

หมวดที่ 4 การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ประกอบด้วย
บทที่ 11 องค์กรแพทย์

เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดความมุ่งหมาย/เจตจำนง ขอบเขต เป้าหมาย และ วัตถุประสงค์ของการจัดบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลและของหน่วย ให้บริการทางการแพทย์แต่ละสาขาเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารเพื่อจัดให้มีการบริการทางการแพทย์ตาม พันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. มีการจัดองค์กรแพทย์ในระดับ โรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นตัวแทนของ วิชาชีพแพทย์ ได้แก่
 - องค์กรแพทย์มีการประชุมกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อทำหน้าที่ตามที่ ระบุไว้ในธรรมนูญ
 - องค์กรแพทย์ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติเพื่อ ชำรงไว้ซึ่งมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
 - องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแก่องค์กรบริหาร สูงสุดและทีมผู้บริหาร
 - องค์กรแพทย์มีการประสานงานกับองค์กรในระดับกลุ่มงาน/ หน่วย รวมทั้งแพทย์แต่ละคนอย่างมีประสิทธิภาพ
2. มีการจัดองค์กรเป็นภาควิชา/กลุ่มงาน/ฝ่าย/แผนก/หน่วย เพื่อให้ บริการทางการแพทย์ตามลักษณะและปริมาณงาน ได้แก่
 - มีแพทย์ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมทำหน้าที่เป็นหัวหน้าดูแลระบบ บริหารจัดการภายใน

3. มีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสาร และการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการ ได้แก่
- ระบบรายงาน
 - การประชุมแพทย์
 - ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร
 - การประชุมร่วมระหว่างแผนก
 - คณะกรรมการกำหนดมาตรฐานบริการทางการแพทย์
 - คณะกรรมการประเมินและปรับปรุงคุณภาพบริการทางการแพทย์
 - คณะกรรมการประเมินและปรับปรุงคุณภาพบริการทางการแพทย์ (Medical QA/COI committee)
 - คณะกรรมการติดตามการใช้ทรัพยากร (Utilization Review Committee)
 - คณะกรรมการคัดเลือกแพทย์เข้าทำงาน (Credential Committee)
 - คณะกรรมการจริยธรรม (Ethical Committee)
 - คณะกรรมการเวชระเบียน
 - มีตัวแทนองค์กรแพทย์เข้าร่วมในคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด
 - มีตัวแทนองค์กรแพทย์เข้าร่วมในคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - มีตัวแทนองค์กรแพทย์เข้าร่วมในคณะกรรมการคุณภาพของโรงพยาบาล
4. มีกลไกให้แพทย์มีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจ และกำหนดนโยบายที่เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์

การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการคัดเลือก การกำหนดสิทธิการดูแลผู้ป่วย การจัดอัตรากำลัง และการดูแลการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้แพทย์ที่มีความรู้ ทักษะ และจำนวนที่เหมาะสมกับภาระงาน ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. มีกลไกการคัดเลือกรับแพทย์เข้าปฏิบัติงานและการกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความชำนาญ
2. มีการจัดจำนวนแพทย์ปฏิบัติงานเพียงพอตามความจำเป็นของผู้ป่วย
3. มีกลไกควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมและแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ

การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การพัฒนา และการฝึกอบรมให้กับแพทย์ เพื่อส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของแพทย์แต่ละคน ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1. มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการฝึกอบรม
2. มีแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านแพทย์ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน
3. มีการจัดปฐมนิเทศสำหรับแพทย์ใหม่ หัวหน้าหน่วยงาน และประธานคณะกรรมการ ที่ได้รับแต่งตั้งใหม่ในเรื่องนโยบาย วิธีทำงานและความคาดหวังขององค์กร
4. มีการพัฒนา ฝึกอบรม และศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ที่สอดคล้องกับปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่
 - แพทย์ทุกคนได้รับการส่งเสริมให้เข้าร่วมประชุมวิชาการและการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้อง
 - มีกิจกรรมวิชาการเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่มวิชาชีพแพทย์
 - มีกิจกรรมวิชาการเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันกับวิชาชีพอื่น
5. มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลกระทบต่อผลการดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย

ธรรมนูญ ข้อบังคับ นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีธรรมนูญ ข้อบังคับ นโยบายและวิธีปฏิบัติงานเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับพันธกิจของ

บริการทางการแพทย์/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และทุกคนยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

1. มีการจัดทำธรรมนูญหรือข้อบังคับขององค์กรแพทย์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมการทำงาน โดยกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพด้วยตนเอง
2. เนื้อหาของนโยบายและวิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับแพทย์มีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล ครอบคลุมเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม การบริหารจัดการ ประเด็นจริยธรรม/กฎหมาย/สังคม ความปลอดภัย การพัฒนากำลังคน บันทึกลงและการจัดทำเอกสาร

การดูแลผู้ป่วย

แพทย์ทุกคนให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ และอยู่บนพื้นฐานของความรู้ที่ทันสมัย

(ดูรายละเอียดในบทที่ 15-20 การดูแลรักษาผู้ป่วย)

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ โดยการทำงานเป็นทีมสอดคล้องกับทิศทางการดำเนินงานของโรงพยาบาล และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(ดูรายละเอียดในบทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไปและบทที่ 9 กระบวนการ คุณภาพด้านคลินิกบริการ)

บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล

เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดความมุ่งหมาย/เจตจำนงปรัชญาขอบเขตเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

(ดูรายละเอียดในบทที่ 2 ทิศทางนโยบาย)

การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารบริการพยาบาลซึ่งเอื้ออำนวยต่อพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1. โครงสร้างการบริหารการพยาบาลชัดเจนและเหมาะสม ได้แก่
 - มีกลุ่มงานการพยาบาลหรือฝ่ายการพยาบาลอย่างเป็นทางการ มีการจัดตั้งคณะกรรมการซึ่งมีผู้แทนจากแผนก/สาขา/หน่วยงานย่อย เพื่อให้เกิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม
2. มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของกลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลชัดเจน ได้แก่
 - กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลมีบทบาทในการดูแล เสริมสร้าง อำนวยความสะดวก ควบคุมการปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้อยู่บนพื้นฐานของจริยธรรม จรรยาบรรณ กฎหมาย ความรู้
3. มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับ
4. ผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับมีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์เพียงพอ ได้แก่
 - ด้านการบริหาร
 - ด้านการปฏิบัติการพยาบาล
 - ด้านวิชาการ
5. มีกลไกกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่
 - ระบบรายงาน
 - การประชุมพยาบาล
 - การแต่งตั้งคณะกรรมการ
 - ระบบสารสนเทศ
 - การประชุมร่วมระหว่างแผนก
 - การมีตัวแทนเข้าร่วมในคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด
 - การมีตัวแทนเข้าร่วมในคณะกรรมการเวชระเบียน
 - การมีตัวแทนเข้าร่วมในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - การมีตัวแทนเข้าร่วมในคณะกรรมการคุณภาพโรงพยาบาล

การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการด้านทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการพยาบาลได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. การจัดอัตรากำลังคนทางการพยาบาลของแต่ละหน่วยงานอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของผู้ป่วย ความชำนาญของกำลังคนที่ตั้งของหน่วยงาน และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่
 - กำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงหรือความต้องการการพยาบาลเพื่อเป็นเกณฑ์กลางในการจำแนกผู้ป่วยของแต่ละหน่วยบริการ
 - ประเมินปริมาณภาระงาน ความเพียงพอของอัตรากำลัง หรือความต้องการเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลของแต่ละหน่วยบริการในแต่ละปี
 - จัดและกระจายอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้มีความเพียงพอและยุติธรรม
 - จัดประเภทเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในแต่ละหน่วยบริการอย่างเหมาะสม
 - จัดอัตรากำลังขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละรอบเวรเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ
 - ทิมให้บริการพยาบาล/พยาบาลประจำการแต่ละหน่วยเป็นพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค/เจ้าหน้าที่พยาบาล ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล
 - พยาบาลแต่ละคนได้รับการมอบหมายหน้าที่ตามความรู้ความสามารถเป็นลายลักษณ์อักษร
2. พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพเป็นอย่างดี ได้แก่
 - ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน
 - ให้การพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และครอบครัวแต่ละราย

- ให้ข้อเสนอแนะแก่ทีมงานในการวางแผนการพยาบาลและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย
- ปรับปรุงวิธีการหรือการบำบัดทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
- คาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการและรายงานอาการได้ทันเวลา
- แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับเหตุการณ์
- ตัดสินใจวินิจฉัยสั่งการได้เป็นอย่างดี มีเหตุมีผล
- มีทักษะในการให้ความรู้และให้การปรึกษาเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว
- มีทักษะในการให้การพยาบาล สามารถช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ระดับต่ำกว่าในกรณีที่ต้องการให้การพยาบาลที่ซับซ้อน
- ประยุกต์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีเหตุผล

3. มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นที่ผลการปฏิบัติเชิงบวกเพื่อก่อให้เกิดความภาคภูมิใจและส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
4. เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่ระบุไว้ในคุณสมบัติไม่ครบตามที่ระบุไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งหรือนักเรียนฝึกงาน ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ

การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อมการเพิ่มพูนความรู้และทักษะเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่บริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ (ดูรายละเอียดในบทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล)

นโยบายและวิธีปฏิบัติ (คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน)

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของบริการพยาบาล

รวมทั้งกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องและเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ
(ดูรายละเอียดในบทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป)

ระบบงาน/การบริหารการพยาบาล

มีการบริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และ
ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

1. กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการนำกระบวนการ
การพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติ
2. กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลสนับสนุนและประสานงานให้แต่ละ
หน่วยบริการในความรับผิดชอบกำหนดคน โยบายและวิธีปฏิบัติ
ที่สอดคล้องกับมาตรฐานของวิชาชีพและตอบสนองต่อความต้องการ
ของผู้ใช้บริการ
3. กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลกำหนดเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลและ
เป้าหมายการพัฒนางานให้บรรลุเกณฑ์ชี้วัดในแต่ละปี
4. กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลสนับสนุน ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทางการ
พยาบาลแต่ละหน่วยบริการมีความรู้ความสามารถ และให้บริการได้
อย่างมีคุณภาพ ได้แก่
 - การใช้มาตรฐานการพยาบาล
 - การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติการ
พยาบาล
 - การทำงานร่วมกันเป็นทีม ทั้งในวิชาชีพและระหว่างสาขา
วิชาชีพ
 - การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตาม
ข้อกำหนดด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพ
 - การพัฒนาทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาล
ขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง
5. กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล กำหนดระบบการนิเทศ สอนงาน ติดตาม
และประเมินผลการปฏิบัติงาน
6. กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพและเฝ้าระวังการปฏิบัติ
การพยาบาลในแต่ละหน่วยบริการพยาบาล ได้แก่

- การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ
- การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ
- การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่ถูกต้องตามหลักการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และครอบครัว

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินผลและพัฒนาคุณภาพของบริการพยาบาล โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(ดูรายละเอียดในบทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไปและบทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ)

หมวดที่ 5 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร ประกอบด้วย

บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย

ความตระหนักและเคารพในสิทธิผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่ทุกคนของโรงพยาบาลตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้ป่วยทุกคนโดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

1. มีหลักฐานว่าโรงพยาบาลตระหนักและตอบสนองต่อสิทธิผู้ป่วยได้แก่
 - มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย
 - มีการสร้างความตระหนักถึงหน้าที่ในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้แก่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ
 - มีการเตรียมความพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิของตนอย่างเหมาะสม
 - มีระบบค้นหาผู้ป่วยที่ควรได้รับการคุ้มครองสิทธิ
2. ผู้ป่วยรับรู้สิทธิของตนเอง ได้แก่

- การได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน รวมทั้งวิธีการตรวจรักษาต่างๆ
 - การขอดูแลเฉพาะเขียน และการรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียนของตน
 - การร้องเรียน
 - การเลือกเข้า/ไม่เข้าร่วมในการวิจัยหรือการฝึกอบรมของนักศึกษา
 - การขอคำปรึกษา/ความคิดเห็นจากแพทย์ท่านอื่น (second opinion)
 - การส่งต่อไปยังแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย
3. มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย
 4. มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการยินยอมรับการรักษา
 5. มีกลไกที่ทำให้มั่นใจว่าผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีอำนาจในการตัดสินใจ
 6. มีกลไกเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน โดยไม่ขึ้นกับสถานที่ผู้ให้บริการ ความสามารถหรือวิธีการชำระเงิน

การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. เด็กได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและได้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษตามความจำเป็น ได้แก่
 - การจัดสถานที่เฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยเด็ก
 - การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากไฟฟ้า เครื่องจักรกล น้ำยา หรือสารอันตรายต่างๆ
 - หน่วยบริการผู้ป่วยเด็กมีเครื่องมือและยาเฉพาะสำหรับเด็ก เช่น เครื่องผสมยา สลบ เครื่องพ่นยา เครื่องปรับหยดน้ำเกลือ ชุดให้สารน้ำ เครื่องช่วยชีวิต

- เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ และ ยาสำหรับเด็ก
 - เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษต่อเด็กที่ป่วยหนัก เด็กที่มีความผิดปกติทางร่างกายหรือประสาทสัมผัส เด็กที่เรียนรู้ช้า เด็กที่ไม่มีญาติมาเฝ้าดูแล
 - พ่อแม่หรือผู้ปกครองได้รับการส่งเสริมให้อยู่เฝ้าเด็กระหว่างการนอนโรงพยาบาล
2. มีการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งครอบครัว ได้แก่
- มีการประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม
 - มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - มีการช่วยเหลือ ให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาแก่ญาติหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต
3. มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกผู้ยึดหรือให้ยาฉุกเฉินอย่างเหมาะสม ได้แก่
- ต้องมีเหตุผลทางคลินิกที่สมควร
 - ต้องได้รับการอนุญาตจากแพทย์ที่ดูแล และบันทึกไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียนผู้ป่วย
 - ไม่ควรก่อให้เกิดความไม่สุขสบายทางร่างกายแก่ผู้ป่วย
 - ดำเนินการภายในกรอบของกฎหมายหรือบทบัญญัติที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร

จริยธรรมองค์กร

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับกรณีที่เกี่ยวข้องต่อปัญหาจริยธรรม โดยไม่ขัดต่อกฎหมาย ขนบธรรมเนียมและประเพณีอันดีงามของสังคม ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

1. มีจริยธรรมในการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพและการยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย โดยไม่ขัดต่อกฎหมายและความเชื่อของสังคม ได้แก่
 - มีกลไกการตัดสินใจยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ และการตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย
 - มีกลไกสำหรับแก้ปัญหาความขัดแย้งในการตัดสินใจ
 - กำหนดบทบาทของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและครอบครัวผู้ป่วย ในการตัดสินใจยุติปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ/การรักษาเพื่อชะลอความตาย
 - การเขียนคำสั่งและบันทึกในเวชระเบียนของแพทย์ผู้รับผิดชอบ
 - การใช้พินัยกรรมชีวิต (advanced directives) ในขอบเขตของกฎหมาย
2. มีจริยธรรมในเรื่องค่าบริการ ได้แก่
 - มีจริยธรรมในการกำหนดค่าบริการ
 - มีการเรียกเก็บเงินหรือแจ้งหนี้เฉพาะตามรายการที่ผู้ป่วยได้รับบริการ
3. มีจริยธรรมในการประชาสัมพันธ์
4. มีจริยธรรมในการรับส่ง/ส่งต่อ/จำหน่ายผู้ป่วย
5. มีจริยธรรมในการจัดหาอวัยวะและเนื้อเยื่อทดแทน ได้แก่
 - เกณฑ์คัดเลือกผู้บริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อ
 - กลไกการแจ้งให้ผู้รับบริจาค และ/หรือ ครอบครัวตัดสินใจ
 - แบบฟอร์มสำหรับให้ผู้บริจาคหรือญาติลงนามยินยอมในการบริจาค
6. มีกลไกช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่ประสบปัญหาด้านจริยธรรม

หมวดที่ 6 การดูแลรักษาผู้ป่วย ประกอบด้วย

บทที่ 15 การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย

มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1. การประเมินผู้ป่วย ได้แก่
 - มีการประเมินผู้ป่วยร่วมกันโดยสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

2. การวางแผนดูแลรักษา ได้แก่
 - มีการวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันในผู้ป่วยที่ซับซ้อน
 - มีการร่วมกันวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า
3. การปรึกษา ได้แก่
 - มีแนวทางปฏิบัติและข้อบ่งชี้ในการขอคำปรึกษาทางการแพทย์ที่ชัดเจน
 - ระบบการปรึกษาทางการแพทย์มีความราบรื่นและตอบสนองปัญหาผู้ป่วยได้ในเวลาที่เหมาะสม
4. การให้ข้อมูล ได้แก่
 - มีความร่วมมือและการประสานงานในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ญาติ
 - มีการกำหนดลักษณะของข้อมูลที่มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย/ญาติ ซึ่งจะต้องใช้ความระมัดระวังในการให้ข้อมูล และกำหนดหน้าที่ผู้รับผิดชอบชัดเจน
5. การสื่อสาร การประสานงาน และการแก้ปัญหา ได้แก่
 - มีระบบบันทึกข้อมูลที่สมบูรณ์เพื่อการสื่อสารและประสานงานระหว่างวิชาชีพ/ผู้ให้บริการ
 - การประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน
 - มีการสื่อสารปัญหาเชิงระบบระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการปรับปรุง
 - มีการประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อแก้ปัญหาและหาโอกาสในการพัฒนา
 - มีการสื่อสารข้อมูลจากการทบทวนภายในวิชาชีพหนึ่ง ไปให้วิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง
 - มีการทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน โดยวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 16 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษาและมีการ

แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

1. มีการจัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยที่เร่งด่วนได้อย่างทันเหตุการณ์
2. การให้ข้อมูลทั่วไปแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่
 - มีการให้ข้อมูลทั่วไปที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว
 - มีการประเมินผู้รับข้อมูลเพื่อกำหนดเนื้อหาและวิธีการให้ข้อมูล
 - มีการจัดทำสื่อที่เหมาะสมเพื่อช่วยทำความเข้าใจแก่ผู้รับข้อมูล
3. การรับข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่
 - ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ทีมผู้ให้บริการอย่างครบถ้วน มีการจัดระบบเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการขอข้อมูลจากผู้ป่วย
4. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่
 - ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา
 - ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอสำหรับทำให้เกิดความเข้าใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา
 - มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้ข้อมูลที่อาจจะเป็นปัญหา
5. การลงนามยินยอมรับการรักษา ได้แก่
 - มีการลงนามยินยอมรับการรักษาโดยผู้ป่วยหรือญาติหลังจากได้รับการอธิบายจนเป็นที่เข้าใจ
 - มีการระบุชัดเจนถึงข้อมูลที่ได้ให้แก่ผู้ป่วยในใบยินยอมรับการรักษา
 - เป็นการให้การยินยอมเฉพาะการทำหัตถการแต่ละครั้ง
6. การระบุตัวผู้ป่วย (patient identification) ได้แก่
 - มีป้ายชื่อติดตัวผู้ป่วยสำหรับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดหรือตรวจพิเศษ
 - มีป้ายชื่อติดตัวผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยอื่นๆ
 - มีการตรวจสอบชื่อผู้ป่วยเมื่อจะทำหัตถการหรือตรวจพิเศษ

บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา

ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะเพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

1. การประเมินผู้ป่วย ได้แก่
 - มีการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างสมบูรณ์
 - มีการประเมินปัญหาทางด้านจิตใจ ความต้องการ ความคาดหวัง และข้อจำกัดของผู้ป่วย
 - มีการบันทึกข้อมูลการประเมินอย่างสมบูรณ์
 - มีการประสานงานระหว่างวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วย
2. การตรวจ investigate ได้แก่
 - มีบริการตรวจ investigate ที่จำเป็นครบถ้วน หรือมีระบบส่งต่อไปตรวจที่อื่น
 - มีระบบการเก็บส่งตรวจและข้อมูลประกอบการส่งตรวจที่ถูกต้องสมบูรณ์
 - มีการสะท้อนผลด้าน คุณภาพ ความถูกต้อง ของการเก็บส่งตรวจจากหน่วยงานผู้ตรวจ
 - สามารถส่งตรวจ investigate ได้ในเวลาที่เหมาะสม
 - แพทย์ได้รับผลการตรวจ investigate ในเวลาที่เหมาะสม
 - มีระบบการเก็บบันทึกผลการตรวจinvestigate ในเวชระเบียน ภายในเวลาที่กำหนด
 - มีมาตรการในการป้องกันการสูญหายของผลการตรวจ investigate โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยย้ายหรือจำหน่าย
 - ผลการตรวจ investigate มีความแม่นยำน่าเชื่อถือ
 - มีการอธิบายหรือค้นหาสาเหตุของความผิดปกติของผลการตรวจ
 - มีการอธิบายผลการตรวจ investigate ให้แก่ผู้ป่วย
3. การวินิจฉัยโรค ได้แก่
 - ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องในเวลาเร็วที่สุด มีการลงบันทึกตามเวลาที่โรงพยาบาลกำหนดไว้
 - มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม

- มีบันทึกข้อมูลเพียงพอเพื่ออธิบายเหตุผลของการวินิจฉัยโรค หรือการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค
 - มีการทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรคอย่างสม่ำเสมอ
4. มีการจัดทำแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยของแต่ละวิชาชีพ ได้แก่
- มีการบันทึกแผนเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งกำหนดเป้าหมาย สำหรับผู้ป่วยแต่ละคน
 - ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา
 - มีการสื่อสาร/ประสานงานที่ดี สมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ
 - มีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการวิชาชีพต่างๆ
5. การประเมินและวางแผนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด ได้แก่
- มีแนวทางปฏิบัติในการประเมินและวางแผนล่วงหน้าสำหรับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก
 - ผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการตรวจเยี่ยมจากทีมวิสัญญี และ/หรือแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง
 - ผู้ป่วยผ่าตัดทุกรายได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ
6. มีการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยซ้ำเป็นระยะ ได้แก่
- ติดตามเฝ้าระวังปัญหาเฉียบพลันในผู้ป่วยหนักอย่างใกล้ชิด
 - ตรวจเยี่ยมประเมินผู้ป่วยเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอตามระดับความรุนแรงของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยเน้นอวัยวะ ซึ่งสัมพันธ์กับปัญหา/การเจ็บป่วย และสภาพร่างกายทั่วไป
 - สังเกตอาการผิดปกติที่อาจคุกคามถึงชีวิตเนื่องจากการใช้ยา อันตรายต่างๆ
 - ประเมินประสิทธิภาพของการทำงานของเครื่องมือพิเศษที่ผู้ป่วยใช้ อย่างสม่ำเสมอ สังเกตอาการผิดปกติซึ่งอาจเกิดจากการใช้เครื่องมือพิเศษ
 - ประเมินอาการ/อาการแสดงของการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทุกราย

- วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อจำแนกความรุนแรง ปรับการวินิจฉัยโรค และปรับแผนการดูแลรักษา

บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/ดูแลรักษาผู้ป่วย

กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ

1. การตอบสนองหรือแก้ไขปัญหา ได้ทัน่วงทีเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินได้แก่
 - มีแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองหรือแก้ไขปัญหามือเกิดภาวะฉุกเฉิน
 - มีการเตรียมความพร้อม (เจ้าหน้าที่และเครื่องมือ) เพื่อตอบสนองปัญหาหรือภาวะฉุกเฉิน
 - มีระบบที่จะตรวจพบปัญหาหรือภาวะฉุกเฉินและระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
2. การจัดระบบเพื่อให้การดูแลที่ปลอดภัย ได้แก่
 - มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงและการแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา
 - จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
 - ผู้ป่วยหนักที่ถูกเคลื่อนย้ายไปยังจุดอื่นจะมีผู้ติดตามซึ่งมีความสามารถในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขปัญหา/อันตรายอันอาจเกิดขณะนำส่ง
 - ผู้ป่วยทุกรายได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงเหมาะสมกับความรุนแรง
 - การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง จะต้องทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือทั้งด้านเครื่องมือและเจ้าหน้าที่

3. มีการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษาโดยบุคคลที่เหมาะสม ได้แก่
 - มีแนวทางการมอบหมายความรับผิดชอบเพื่อปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษาตามความรู้ความสามารถและทำความเข้าใจรายละเอียดของงานเพื่อให้เข้าใจถูกต้องตรงกัน และปฏิบัติได้ครบถ้วน
 - ผู้ให้การดูแลรักษาแสดงสถานะของตนเองอย่างชัดเจน
 - มีการฝึกอบรม/ควบคุมกำกับอย่างเหมาะสม
4. การดูแลรักษาเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพและแนวทางปฏิบัติ ซึ่งเป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาล
5. การดูแลทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม ได้แก่
 - มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม
 - มีการประเมินความต้องการหรือการค้นหาปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม
 - มีการตอบสนองต่อความต้องการหรือปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม
 - ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ
 - จัดการและควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยรบกวนหรือสิ่งรบกวน
 - จัดสถานที่สำหรับครอบครัวหรือผู้เยี่ยมเพื่อผ่อนคลายหรือระบายความเครียด
6. การใช้ยา ได้แก่
 - เกสัชกรมีโอกาสดทบทวนและประเมินความถูกต้องของคำสั่งใช้ยา
 - มีหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับยาถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง ทั้งชนิด ขนาด เวลา
 - ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายที่เหมาะสมเกี่ยวกับยาที่ได้รับ
7. การป้องกัน/ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่
 - มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด
 - มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

8. การประเมินการตอบสนองของผู้ป่วย ได้แก่

- มีการประเมินผลการดูแลรักษาเป็นระยะๆ เพื่อการตอบสนองต่อแผนการรักษาที่วางไว้
- มีบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- มีการรายงานการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์ได้รับทราบได้ทันทั่วทั้งและได้รับข้อมูลเพียงพอ
- แพทย์ให้การตอบสนองต่อการรายงานอย่างเหมาะสม
- มีการนำผลการประเมินนี้ไปใช้ปรับแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างทันทั่วทั้ง

บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการของโรงพยาบาล โดยมีข้อมูลและรายละเอียดเพียงพอ มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1. การกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียน

- มีการกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- เป้าหมายครอบคลุมการสื่อสาร ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ
- มีการร่วมกันกำหนดมาตรฐานข้อมูลที่ต้องบันทึก

2. การออกแบบบันทึกข้อมูล

- มีการทบทวนแบบบันทึกข้อมูลเพื่อลดความซ้ำซ้อนและความสูญเปล่า
- มีการออกแบบบันทึกเพื่อสะดวกต่อการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมตามที่กำหนด
- มีการออกแบบบันทึกเพื่อเป็นเครื่องเตือนใจหรือชี้แนะแนวทางปฏิบัติ

3. ความครอบคลุมของข้อมูลมีข้อมูลและรายละเอียดเพียงพอดังต่อไปนี้

- ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร
- ทราบเหตุผลของการรับไว้ในอนโรงพยาบาล
- มีการวินิจฉัยโรคที่เหมาะสมและข้อมูลสนับสนุน
- สามารถประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษาผู้ป่วยได้
- ทราบผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- เอื้ออำนวยต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ให้บริการ
- สามารถให้รหัสโรคและหัตถการได้อย่างถูกต้อง

4. ความสอดคล้องของข้อมูลกับสิ่งที่ผู้ใช้ต้องการ/เป้าหมายของการบันทึก ได้แก่

- มีการร่วมกันทบทวนความสอดคล้องของข้อมูลกับสิ่งที่ผู้ใช้ต้องการ
- สิ่งทีบันทึกเพียงพอกับความต้องการในการดูแลรักษาผู้ป่วย
- สิ่งทีบันทึกเพียงพอกับการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- สิ่งทีบันทึกเพียงพอสำหรับการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

5. การทบทวนบันทึกเวชระเบียน ได้แก่

- มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องโดยหัวหน้าหรือผู้ได้รับมอบหมายของแต่ละวิชาชีพ
- มีการทบทวนความสมบูรณ์ถูกต้องร่วมกันโดยผู้แทนจากวิชาชีพต่างๆ
- มีการนำผลการทบทวนไปปรับปรุงการบันทึก

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการบันทึกและการเก็บรายงานผลในเวชระเบียน ได้แก่

- การใช้คำย่อและสัญลักษณ์ที่ทางโรงพยาบาลรับรอง
- การระบุข้อมูลเกี่ยวกับการแพ้ยา ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยแต่ละราย

- การออกคำสั่งรักษาด้วยคำพูด ผู้มีหน้าที่ในการบันทึกคำสั่ง ควรกำหนดประเภทของคำสั่งที่อาจจะเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ซึ่งแพทย์ผู้สั่งต้องมาลงนามกำกับภายในเวลาที่กำหนดไว้
- การลงวันที่ เวลาและการลงนามผู้บันทึก
- ระบบที่จะค้นหาข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย หากมีการเก็บแยกไว้คนละที่
- กำหนดระยะเวลาที่จะต้องบันทึกข้อมูลให้เสร็จสิ้นสมบูรณ์ สำหรับการบันทึกเมื่อแรกรับ
- การทำหัตถการ และการบันทึกเมื่อจำหน่าย
- กำหนดระยะเวลาที่จะต้องเก็บบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยาเข้าในเวชระเบียนผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายก่อนที่จะได้รับผลตรวจ

บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

1. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ได้แก่
 - เริ่มต้นวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเร็วที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน
 - มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ
 - คำนึงถึงระดับความรู้ความสามารถและข้อจำกัดของผู้ป่วย/ครอบครัว
 - วางแผนครบถ้วนทุกองค์ประกอบ
2. การประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่
 - มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องที่ดี
 - มีการพิจารณาข้อจำกัดของผู้ป่วยในการมารับการรักษาต่อเนื่อง
 - มีการประสานงานเพื่อส่งต่อไปรับการรักษาใกล้บ้าน
 - มีระบบที่จะรับทราบปัญหาของการไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศรัณญา ปฐมรังษิยังกุล ได้ทำการศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการจัดทำมาตรฐานการจัดการสิ่งแวดล้อม ISO 14001 ของงานประกอบชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ : กรณีศึกษา บริษัท ฮานาไมโครอิเล็กทรอนิกส์ จำกัด(มหาชน) จังหวัดลำพูน(2545) พบว่าปัจจัยความสำเร็จในการจัดทำระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม ISO14001ตามข้อกำหนดระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม ISO14001 และทฤษฎีบริหาร โครงร่างการทำงาน 7-S ของ McKinsey ตามความคิดเห็นของพนักงานระดับบริหารเห็นว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ พฤติกรรมโดยรวมของผู้บริหารระดับสูง (Style) ในขั้นตอนการตรวจสอบและการแก้ไขปรับปรุง ได้แก่ การที่ผู้บริหารระดับสูงมีความมุ่งมั่นที่จะทำให้บริษัทฯ ได้รับการรับรองและให้การสนับสนุนทางด้านกำลังคนและงบประมาณ สำหรับพนักงานระดับปฏิบัติการเห็นว่าปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุด คือ ค่านิยมร่วมกันของสมาชิกในองค์กร (Shared Value) ในขั้นตอนการวางแผนงานด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การที่พนักงานทุกคนต้องการให้บริษัทฯ ได้รับการรับรอง