



แบบประเมินตนเองในการนำเครื่องมือคุณภาพ Step 2 Essential มาปรับใช้ในองค์กรเพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ชั้นที่ 2

เนื่องด้วยในปีที่ผ่านมา สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้พัฒนาเครื่องมือคุณภาพ Step 2 Essential ขึ้น โดยพัฒนาจากเนื้อหาจาก SPA, SPA in Action และ Overall scoring จัดทำตามหัวข้อมาตรฐานสำคัญเพื่อให้สถานพยาบาลที่กำลังพัฒนาในชั้นที่ 2 นำไปปฏิบัติ มาตรฐาน HA ที่ระบุในเครื่องมือ Step 2 Essential เป็นเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำที่สถานพยาบาลที่อยู่ในระดับการพัฒนาชั้น 2 ควรแสดงให้เห็นการปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อนำสู่ผลลัพธ์ที่ดีในมาตรฐานนั้น ๆ

ในการนี้เพื่อให้สถานพยาบาลได้ประเมินตนเองง่ายขึ้น สรพ. จึงได้พัฒนา “แบบประเมินตนเองในการนำเครื่องมือคุณภาพ Step 2 Essential ปรับใช้ในองค์กรเพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ชั้นที่ 2” นี้ขึ้น เพื่อให้คนทำงานได้ประเมินความสำเร็จในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ สามารถใช้เป็นเครื่องมือที่ผู้บริหาร/ทีมนำ/ทีมพัฒนาคุณภาพในแต่ละสถานพยาบาลสามารถนำประเด็นเหล่านั้นมาจัดลำดับความสำคัญและกำหนดเป็น action plan ในการพัฒนาเติมเต็มในประเด็นมาตรฐานที่ยังเป็นโอกาสพัฒนา ทั้งในระดับหน่วยงาน ระดับทีม และระดับองค์กรต่อไป หากสถานพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ทุกข้อน่าจะเป็นแนวโน้มที่จะสามารถผ่านการประเมินเพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลชั้น 2 ได้ โดยทาง สรพ. จะจัดผู้เยี่ยมสำรวจ/ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพเข้าเยี่ยมเพื่อเป็นการยืนยันความสำเร็จของการพัฒนาสถานพยาบาลของท่านในลำดับต่อไป โดยจะมีการดำเนินการเข้าเยี่ยมสถานพยาบาลนั้น ๆ ในระยะเวลา 2 เดือนก่อนสถานพยาบาลหมดอายุการรับรอง

สำนักส่งเสริมการพัฒนา
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

**แบบประเมินตนเองในการนำเครื่องมือคุณภาพ Step 2 Essential
มาปรับใช้ในองค์กรเพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ชั้นที่ 2**

แนวทางการประเมินตนเอง

1. ทีมนำควรส่งเสริมให้ทีมและบุคลากรในโรงพยาบาลจำนวนมากที่สุด ได้ประเมินการนำเครื่องมือคุณภาพ step 2 essential ในแต่ละข้อมาตรฐาน นำสู่การปฏิบัติ
2. ประเมินความคิดเห็น โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับสิ่งที่มีการปฏิบัติใน รพ.ของท่านมากที่สุด ดังนี้
 คะแนน 1 = เห็นการปฏิบัติใน รพ.ของท่าน **น้อยที่สุด**
 คะแนน 2 = เห็นการปฏิบัติใน รพ.ของท่าน **น้อย**
 คะแนน 3 = เห็นการปฏิบัติใน รพ.ของท่าน **ปานกลาง**
 คะแนน 4 = เห็นการปฏิบัติใน รพ.ของท่าน **มาก**
 คะแนน 5 = เห็นการปฏิบัติใน รพ.ของท่าน **มากที่สุด**
3. ทีมศูนย์ประสานคุณภาพรวบรวมแบบประเมินแล้วสรุปภาพรวมตามหัวข้อมาตรฐานที่มีการปฏิบัติน้อย จัดลำดับความสำคัญเพื่อกำหนดเป็น action plan โดยระบุผู้รับผิดชอบ และวิธีการประเมินผลที่ชัดเจนต่อไป

หมวดที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร	ท่านเห็นการปฏิบัติใน รพ.ของท่าน น้อย → มาก				
	1	2	3	4	5
I-1 การนำองค์กร					
1) ทีมนำได้ชักชวนความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงานแต่ละหน่วยถึงบทบาทของตนต่อการบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร และการนำค่านิยมไปปฏิบัติในงานประจำของแต่ละคน					
(2) ทีมนำมีการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน โดยครอบคลุมทั้งในระดับหน่วยงาน, PCT และระบบงาน					
(3) ทีมนำได้กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย SIMPLE และติดตามการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว					
(4) ทีมนำได้ใช้ Leadership walk round เพื่อรับรู้ปัญหาและสร้างความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน					
(5) ทีมนำมีการกำหนดจุดที่มุ่งเน้นให้มีการปฏิบัติและการพัฒนาที่ชัดเจนและติดตามผล					

หมวดที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร	ท่านเห็นการปฏิบัติใน รพ.ของท่าน น้อย → มาก				
	1	2	3	4	5
(6) ทีมนำมีการปรับปรุงหรือแสดงให้เห็นช่องทางการสื่อสารกับบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ					
I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์					
(1) ทีมนำได้มีการสรุปแผนกลยุทธ์ขององค์กรด้วย tree diagram ลงในหน้ากระดาษ A4 หรือ one page summary พร้อมทั้งตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง เพื่อสะดวกในการสื่อสารกับผู้ปฏิบัติในองค์กร					
2) ทีมนำมีการประเมินความยากง่ายและความก้าวหน้าของการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์แต่ละข้อ และมีการตอบสนองอย่างเหมาะสม					
(3) ทีมนำได้ทบทวนกลยุทธ์และความก้าวหน้าที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และการทำงานเป็นเครือข่ายกับหน่วยงานพันธมิตรในพื้นที่					
I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน					
1) รพ./หน่วยงานของท่านได้นำเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยมาปรับปรุงเพื่อตอบสนองความคาดหวังจากข้อมูลที่ได้รับในช่องทางต่าง ๆ					
(2) รพ./หน่วยงานของท่านมีกระบวนการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและชุมชนในเชิงลึกมากขึ้น เช่น การทำ focus group เพื่อรับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ					
(3) รพ./หน่วยงานของท่านมีกระบวนการหรือมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสมและมีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิในแต่ละขั้นตอนการทำงาน					
I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้					
(1) รพ.มีการกำหนดและทบทวนตัวชี้วัดที่สำคัญร่วมกันในระดับองค์กร/ระดับทีม และระดับหน่วยงาน					
(2) รพ.มีการวิเคราะห์ข้อมูลสำคัญที่เชื่อมโยงผลลัพธ์ของการพัฒนาที่แสดงให้เห็นความพยายามในการพัฒนาและการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ					
(3) รพ.มีการสอบถามความต้องการของผู้ใช้ระบบสารสนเทศ/					

หมวดที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร	ท่านเห็นการปฏิบัติใน รพ.ของท่าน น้อย → มาก				
	1	2	3	4	5
เทคโนโลยีสารสนเทศ และนำสู่การจัดทำแผนดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละหน่วยงาน					
(4) รพ.ได้มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านต่าง ๆ ของระบบสารสนเทศ และมีการวางแนวทางป้องกันที่เหมาะสม					
(5) รพ.มีการระบุงค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับองค์กร โดยเชื่อมโยงมาจากทิศทางองค์กร (Vision/Mission/เข็มมุ่ง) และความสามารถ/ความเชี่ยวชาญองค์กร (Core Competency) ที่ระบุไว้					
(6) รพ.มีการจัดทำบัญชีรายการการใช้ scientific evidence หรือ CPG เพื่อเป็นคลังในการรวบรวม Knowledge access					
(7) รพ.ได้มีระบบการรวบรวม tacit knowledge ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมทบทวนต่างๆ อย่างเป็นระบบ					
I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล					
(1) รพ.มีการสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันสำหรับบุคลากรแต่ละกลุ่ม และมีแผนดำเนินการที่จะเพิ่มความผูกพันตามปัจจัยเหล่านั้น					
(2) รพ.ได้ระบุความรู้และทักษะ (training need) ที่ต้องจำเป็นต้องพัฒนา จากกิจกรรมทบทวนต่างๆ และการพัฒนาที่เกิดขึ้น					
(3) รพ.ได้มีการสรุปเกณฑ์สำคัญที่ใช้ในการประเมินผลงานในปีที่ผ่านมา ว่ามุ่งเน้นให้บุคลากรมีการปฏิบัติและปรับปรุงตัวไปในทิศทางใด ผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไรมีการนำมาปรับปรุงอย่างไร					
(4) รพ.มีแสดงให้เห็นวิธีการจัดการกับปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่สำคัญหรือมีความเสี่ยงสูง					
(5) รพ.มีการวิเคราะห์แนวโน้มของการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพของบุคลากรรวมทั้งการป้องกันโรคและอันตรายจากการทำงาน					
I-6 การจัดการกระบวนการ					
(1) รพ.สร้างความร่วมมือกับองค์กร/หน่วยงานภายนอกทั้งในภาคสุขภาพและภาคส่วนอื่นๆ เพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร					
(2) ทีมนำมีการติดตามการนำแนวคิดการจัดการกระบวนการ หรือ 3P ไปใช้ในแต่ละหน่วยงาน/ระบบงาน และตอบสนองอย่างเหมาะสมทั้ง					

หมวดที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร	ท่านเห็นการปฏิบัติใน รพ.ของท่าน น้อย → มาก				
	1	2	3	4	5
การยกย่องชมเชยและการกระตุ้น					
(3) ทีมนำได้ส่งเสริมให้มีระบบ feed back ข้อมูลระหว่างหน่วยงานในฐานะ internal customer และสรุปผลการตอบสนองสำคัญที่เกิดขึ้น					
(4) ทีมนำมีการทบทวนความพร้อมในการรับมือกับภัยพิบัติที่อาจทำให้บริการของ รพ.ต้องหยุดชะงัก และภาวะฉุกเฉินที่ทำให้มีภาระบริการเพิ่มมากขึ้น					

หมวดที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล	ท่านเห็นการปฏิบัติใน รพ.ของท่าน น้อย → มาก				
	1	2	3	4	5
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ					
(1) ทีมคณะกรรมการความเสี่ยง มีการสรุปการปรับปรุงระบบงานเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ และมีระบบการ monitor ตัวชี้วัดเกี่ยวกับระบบงานดังกล่าว					
(2) หน่วยงานและทีมมีการทำกิจกรรมทบทวนและปรับปรุงระบบงานอย่างสม่ำเสมอและครอบคลุม					
(3) ทีมนำทางคลินิก (PCT) มีการสรุปตัวชี้วัดที่แสดงผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ					
II-2.1 การบริหารการพยาบาล					
(1) ฝ่ายการพยาบาลได้มีการสรุปการปรับปรุงระบบการนิเทศทางการพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น					
(2) ฝ่ายการพยาบาลได้มีการสรุปผลงานการพัฒนาคุณภาพตามจุดเน้นของฝ่ายการพยาบาล/ขององค์กร					
(3) มีตัวอย่างการปรับปรุงระบบงานร่วมกับวิชาชีพอื่น การพัฒนาวิชาชีพและพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล					
II-2.2 องค์กรแพทย์					
(1) ทีมแพทย์มีนโยบาย/ข้อตกลง และเป็นที่ยอมรับร่วมกันเพื่อคุณภาพ					

หมวดที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล	ท่านเห็นการปฏิบัตินี้ใน รพ.ของท่าน น้อย → มาก				
	1	2	3	4	5
และความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมกรณีที่มีการทบทวน คุณภาพหรือเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์					
(2) ทีมแพทย์ให้การสนับสนุนหรือร่วมมือกับวิชาชีพ/ระบบงานต่างๆ เช่น ระบบยา, IC, การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง					
(3) มีความร่วมมือของทีมแพทย์ในพื้นที่ ในการขอคำปรึกษา การทบทวน กรณีผู้ป่วย การส่งต่อ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาศักยภาพของ แพทย์และวิชาชีพที่ทำงานร่วมกัน					
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย					
(1) สรุปผลการสำรวจและปรับปรุงอาคารสถานที่ในการดูแลผู้รับบริการ และผู้ให้บริการในรอบปีที่ผ่านมา					
(2) ทีมมีการสรุปทบทวนเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการทำงาน/ จากการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการเตรียมแผนรองรับเมื่อเกิดอัคคีภัย					
(3) มีการจัดบัญชีรายการวัสดุ/ของเสียอันตราย รวมทั้งมาตรการความ ปลอดภัย และข้อมูลการแสดงการกำกับดูแลทางด้านสิ่งแวดล้อมจาก หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมควบคุมมลพิษ สำนักนโยบายและ แผนสิ่งแวดล้อม เป็นต้น					
(4) มีการสำรวจข้อมูลความเพียงพอ ความพร้อมใช้ ค่าใช้จ่ายในการซ่อม บำรุง การสอบเทียบ แผนการจัดหาเพิ่มเติม/ทดแทน) เครื่องมือที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งระบบสาธารณสุขโรค/สาธารณสุขการ ต่างๆ ที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยและบุคลากรในองค์กร					
(5) มีการส่งตรวจและบันทึกผลการบำบัดน้ำเสียตามข้อกำหนด และนำ ข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบ รวมทั้งระบบการ จัดการขยะและของเสียอันตราย					
(6) มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา และสร้างเสริมสุขภาพ ให้กับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ					
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ					
(1) ทีมคณะกรรมการ IC ของ รพ.ได้มีการทบทวนความเสี่ยง แนวโน้ม					

หมวดที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล	ท่านเห็นการปฏิบัตินี้ใน รพ.ของท่าน น้อย → มาก				
	1	2	3	4	5
ของอัตราการติดเชื้อที่สำคัญของ รพ. ในรอบสามปีที่ผ่านมา สรุปรูปเป็น บทเรียนและจัดทำแผนพัฒนา					
(2) ทีมคณะกรรมการ IC ของ รพ. ได้มีการประเมินการปฏิบัติในเรื่อง hand hygiene, การใช้ PPE, standard precaution, isolation precaution					
(3) รพ. มีการทบทวนประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ					
II-5 ระบบเวชระเบียน					
(1) รพ. ได้สรุปแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของความสำเร็จของเวชระเบียน หรือสามารถระบบ Trends การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในรอบ 3 ปี)					
(2) รพ. มีการสรุปประเด็นที่ได้จากการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจาก เวชระเบียน และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและปรับปรุง การดูแลผู้ป่วย					
II-6 ระบบจัดการด้านยา					
(1) รพ. ได้นำข้อมูลแนวโน้มของการเกิด medication error/adverse drug event มาวิเคราะห์และวางแผนตอบสนอง					
(2) มีการสรุปข้อมูลประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชภัณฑ์					
(3) รพ. ได้เริ่มนำระบบ medication reconciliation มาปฏิบัติ					
II-7ก. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์					
(1) รพ. ได้มีการสรุปผลการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะขององค์กรวิชาชีพ หรือที่เลี้ยงในเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพในพื้นที่ หรือจากการประเมิน ตนเอง					
(2) รพ. มีผลสรุปการทบทวนและแก้ไขการควบคุมคุณภาพ IQC และผล การทดสอบความชำนาญ (proficiency test) ที่มีแนวโน้มไม่อยู่ในเกณฑ์ ที่ยอมรับหรือไม่เป็นไปตามข้อกำหนด					
(3) รพ. ได้ทบทวนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่เกิดจากความไม่สอดคล้องของ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือความผิดพลาดในการสื่อสารผลการ ตรวจวิเคราะห์					
(4) รพ. ได้กำหนดค่าวิกฤติร่วมกับองค์กรแพทย์ มีการบันทึกและวิธีการ					

หมวดที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล	ท่านเห็นการปฏิบัติใน รพ.ของท่าน น้อย → มาก				
	1	2	3	4	5
รายงานค่าวิกฤติ					
II-7 ข.คลังเลือด (เฉพาะ รพ.ที่มีคลังเลือด)					
(1) รพ.ได้สรุปข้อมูลการจัดการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิตให้แก่ผู้ป่วยที่จำเป็น					
(2) รพ.มีการกำหนดแนวทางการจัดการโลหิตหรือการส่งต่อผู้ป่วยกรณีไม่สามารถจัดหาได้					
(3) มีการสรุปผลการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือดและแนวทางป้องกัน					
II-7 ค.บริการรังสีวิทยา					
(1) รพ.ได้มีกระบวนการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยของระบบบริการรังสีวิทยา เช่น ความปลอดภัยและเหมาะสมของสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ การป้องกันอันตรายจากรังสี สารทึบแสง และการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย					
(2) รพ.ได้มีกระบวนการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพของบริการรังสีวิทยา เช่น คุณภาพของภาพถ่ายรังสี และความน่าเชื่อถือของการอ่านภาพถ่ายทางรังสี (กรณีมีรังสีแพทย์)					
II-8 ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ					
(1) รพ.ได้มีกระบวนการทบทวนข้อมูลการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่ และประเมินประสิทธิภาพของการตอบสนองเมื่อเกิดการระบาด					
II-9 การทำงานกับชุมชน					
(1) มีการสรุปการพัฒนาความสามารถของชุมชนและความร่วมมือกับชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน					

หมวดที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย	ท่านเห็นการปฏิบัติใน รพ.ของท่าน น้อย → มาก				
	1	2	3	4	5
III-1 การเข้าถึงเข้ารับบริการ					
(1) รพ.ได้วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการและ					

หมวดที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย	ท่านเห็นการปฏิบัติใน รพ.ของท่าน น้อย → มาก				
	1	2	3	4	5
ตอบสนองอย่างเหมาะสม					
(2) รพ.ได้ทบทวนประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วน ทั้งในกลุ่มที่รับไว้และส่งต่อ					
(3) มีการทบทวนประสิทธิภาพในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ต่างๆ ในการรับผู้ป่วย					
(4) มีการประเมินผลการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อแรกรับ					
III-2 การประเมินผู้ป่วย					
(1) มีการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการประเมินผิดพลาด ถ้าซ้ำ ไม่ครบถ้วน และตอบสนองอย่างเหมาะสมในทุกหน่วยบริการ					
(2) มีการทบทวนกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมีการประสานการประเมิน ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และตอบสนองอย่างเหมาะสมในทุกหน่วยบริการ					
III-3.1 การวางแผน					
(1) มีการทบทวนความชัดเจนและความสมบูรณ์ของแผนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการใช้ประโยชน์จากแผนการดูแลผู้ป่วย และตอบสนองอย่าง เหมาะสม					
III-3.2 การวางแผนจำหน่าย					
(1) มีการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหา/ความต้องการหลัง จำหน่าย และตอบสนองอย่างเหมาะสม					
III-4.1 การดูแลผู้ป่วยทั่วไป					
(1) รพ.ได้ทบทวนการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ในด้านความ ต้องการทั่วไปและปัญหาสุขภาพเฉพาะรายอย่างสม่ำเสมอ					
(2) รพ.ได้ทบทวนประสิทธิภาพในการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยและ ตอบสนองอย่างเหมาะสม					
(3) รพ.ได้กำหนดข้อบ่งชี้ในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามความรุนแรง					
(4) รพ.ได้ระบุแนวทางที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป เช่น การประเมิน อุบัติเหตุ การจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อม การพิทักษ์สิทธิ การดูแลด้านสังคม จิตใจ					

หมวดที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย	ท่านเห็นการปฏิบัติใน รพ.ของท่าน น้อย → มาก				
	1	2	3	4	5
(5) มีการระบุภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยตามกลุ่มโรคต่างๆ พร้อมจัดทำระบบการตรวจสอบและการจัดการ					
III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง					
(1) PCT ได้มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในแต่ละพื้นที่บริการ พร้อมจัดทำแนวทางการดูแลและการเฝ้าระวังที่เหมาะสม					
(2) ทุกหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงสูงมีการประเมินประสิทธิภาพของการตรวจพบและตอบสนองเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง เช่น การใช้ early warning sign					
(3) รพ.มีการกำหนด Training need ที่จำเป็นสำหรับบุคลากรที่ได้รับมอบหมาย ในการดูแลผู้ป่วยเสี่ยง					
(4) ทุกหน่วยงานทางคลินิกได้มีการสรุปเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ป่วย พร้อมแนวทางการแก้ไข ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย					
III-4.1ค.อาหารและโภชนบำบัด					
(1) รพ.มีการทบทวนการปฏิบัติตามหลักสุขภาพอาหาร					
(2) รพ.มีการทบทวนข้อมูลการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการ					
(3) รพ.มีการทบทวนการได้รับโภชนบำบัดในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้					
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว					
(1) รพ.ได้กำหนดกลุ่มผู้ป่วย/กลุ่มโรค และข้อบ่งชี้ในการให้ข้อมูลและเสริมพลัง					
(2) รพ.มีการกำหนดชุดข้อมูล ความรู้ และการฝึกปฏิบัติที่ควรให้ในแต่ละกลุ่มโรค					
(3) มีการทำงานประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการร่วมออกแบบ กำหนดกิจกรรมในการให้ข้อมูล/เสริมพลังแก่ผู้ป่วยตามอาการ ความรุนแรง ระยะของโรค					
(4) มีการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัว					
III-6 การดูแลต่อเนื่อง					
(1) รพ.ได้กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องทำการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง					

หมวดที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย	ท่านเห็นการปฏิบัติใน รพ.ของท่าน น้อย → มาก				
	1	2	3	4	5
(2) มีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการติดตามเยี่ยมบ้าน และระยะเวลาในการติดตามต่อเนื่อง					
(3) มีการวางระบบการนัด และระบบการติดตามกลับมารักษา					
(4) มีการวางระบบการรับรู้และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการได้ตามนัด					

.....