

การประเมินตามมาตรฐาน HA ในระดับภาพรวมของแต่ละบท (version 4.1 พฤศจิกายน 2552)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

	1 (เริ่มต้น)		2 (กำลังพัฒนา)		3 (เห็นผล)		4 (ก้าวหน้า)		5 (ยั่งยืน)	
I-1. การนำองค์กร	มีการทบทวนภารกิจและเป้าหมายของ รพ., ผู้นำใช้เวลากับการตามแก้ปัญหาต่างๆ เป็นส่วนใหญ่		ให้นโยบายสนับสนุนการพัฒนา, Top down, QA		สร้างความร่วมมือและสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนา ชี้นำ สื่อสารและติดตามการพัฒนา สร้างแรงจูงใจ		เน้นการเรียนรู้ เสริมพลัง, มีการประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการนำ		ใช้วิสัยทัศน์และค่านิยม นำองค์กรให้มีขีดสมรรถนะสูง (high performing) เป็นองค์กรที่ยั่งยืน (sustainable)	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
I-2. การบริหารเชิงกลยุทธ์	แผนยังมีลักษณะแยกส่วน ขาดการวิเคราะห์อย่างมีจุดร่วม		มีการประมวลแผนเป็นหนึ่งเดียว มีกระบวนการจัดทำตามขั้นตอนที่ดี แต่ยังมีข้อด้อยสำคัญในด้านต่างๆ ¹		แผนสอดคล้องกับบริบทปราศจากข้อด้อยสำคัญ บุคลากรรับรู้ มีระบบรายงานและติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุเป้าหมาย		มีเป้าหมายที่ท้าทาย การทบทวนนำมาสู่จุดเน้นการพัฒนาที่ชัดเจนและรับรู้ทั่วกัน, มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการวางแผน		องค์กรมีความยืดหยุ่นและเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วเมื่อจำเป็น	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
I-3. การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	ตั้งรับ ตอบสนองข้อร้องเรียนที่สำคัญเป็นเรื่องๆ		ระบบจัดการข้อร้องเรียนมีประสิทธิภาพ มีการวิเคราะห์แนวโน้มและนำไปปรับปรุง		มีระบบรับรู้/เรียนรู้ความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่ดี และนำไปใช้ประโยชน์ (ออกแบบ/ปรับปรุงระบบงาน), ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสมในทุกขั้นตอนของ		ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบงาน, มีการประเมินและปรับปรุงการรับรู้และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการมุ่งเน้นผู้ป่วย		มีสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่ให้ความอบอุ่น เอื้อต่อการเยียวยา, การตอบสนองความต้องการมีความลึกซึ้ง และมีความเฉพาะสำหรับแต่ละกลุ่ม	

¹ ตัวอย่างข้อด้อยสำคัญ ได้แก่ แผนกลยุทธ์ที่ไม่สอดคล้องกับความท้าทาย ไม่มีเป้าหมายที่ชัดเจน ไม่มีตัวชี้วัดที่สะท้อนการบรรลุเป้าหมาย กระบวนการจัดทำแผนที่ขาดการมีส่วนร่วมหรือขาดการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็น

	1 (เริ่มต้น)		2 (กำลังพัฒนา)		3 (เห็นผล)		4 (ก้าวหน้า)		5 (ยั่งยืน)	
					การดูแล					
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
I-4.1 การวัดและวิเคราะห์	ตัวชี้วัดส่วนใหญ่มาจากการประจำหรืองานนโยบาย	ตัวชี้วัดมาจากการวิเคราะห์บริบทของตนเอง		มีการวัดผลงานที่ตรงประเด็นในทุกระดับ มีการวิเคราะห์และนำไปใช้ประโยชน์ (กำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุง และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ)		ตัวชี้วัดตาม critical success factor ของทั้งองค์กรสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน, มีบูรณาการของการวัดเพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทั้งองค์กร, มีการวัดผลงานเปรียบเทียบกับองค์กรอื่น, มีการประเมินและปรับปรุงระบบวัดผลงาน		ใช้ข้อมูลที่ได้จากการติดตามและวิเคราะห์เพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้		
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
I-4.2ข. การจัดการความรู้	เริ่มต้นการรวบรวมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร	มีการรวบรวมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กรอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ		มีการแสวงหาความรู้ที่จำเป็น (ทั้ง explicit & tacit), ข้อมูลมีความพร้อมใช้, นำความรู้มาออกแบบระบบงานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย		การจัดการความรู้ส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมในระบบงาน และนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์, มีการประเมินและปรับปรุงระบบการจัดการความรู้		การจัดการความรู้ส่งเสริมให้เกิดวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศ		
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
I-5. ทรัพยากรบุคคล	มีระบบบริหารงานบุคคลตามมาตรฐานทั่วไป	บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะตามหน้าที่รับผิดชอบและปัญหาที่เกิดขึ้น, เริ่มต้นวางระบบประเมินผลงานและระบบแรงจูงใจ		มีบุคลากรที่มีความรู้เหมาะสมกับหน้าที่และมีจำนวนเพียงพอในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง, บุคลากรมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา มีขวัญ		บุคลากรมีความผูกพันและอุทิศตนให้กับองค์กร ใฝ่เรียนรู้ สร้างนวัตกรรม, มีการประเมินและปรับปรุงระบบทรัพยากรบุคคล		ประยุกต์ใช้แนวคิด spirituality ในการทำงานกับผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน		

	1 (เริ่มต้น)		2 (กำลังพัฒนา)		3 (เห็นผล)		4 (ก้าวหน้า)		5 (ยั่งยืน)	
					กำลังใจ และสร้างผลงานที่ดี					
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
I-5.2ค. สุขภาพบุคลากร	ให้การดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม		มีระบบป้องกันโรคและอันตรายจากการทำงานในเชิงรุก		บุคลากรดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม		บุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีสภาวะสุขภาพดี, มีการประเมินและปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพบุคลากร		บุคลากรเป็นแบบอย่าง หรือเป็นผู้นำในด้านการสร้างสุขภาพ	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
I-6. การจัดการกระบวนการ	ใช้ 3P หรือ PDSA ในโครงการพัฒนาคุณภาพและงานประจำ, มีกิจกรรมหัวหน้าพาทำคุณภาพอยู่ในงานประจำ		ใช้ 3P หรือ PDSA ในการบริหารหน่วยงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย รวมทั้งการติดตามกำกับงานประจำวัน, เข้าถึงหัวใจของกิจกรรมหัวหน้าพาทำคุณภาพ (มุ่งเน้นผู้รับผลงาน, พัฒนาต่อเนื่อง)		ใช้ 3P หรือ PDSA ในการบริหารและติดตามกำกับระบบงานหรือกระบวนการหลัก (กระบวนการที่สร้างคุณค่า) และประเด็นเชิงกลยุทธ์		มีการประเมินและปรับปรุงสัมฤทธิ์ผลของการจัดการกระบวนการของทีมต่างๆ, การพัฒนาที่มีความชัดเจนในเรื่องการบูรณาการ (เชื่อมโยง) และนวัตกรรม		การพัฒนาส่งผลให้เกิดคุณค่าต่อผู้รับบริการเพิ่มขึ้นชัดเจน	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
II-1.1ค. การประเมินตนเอง	หาโอกาสพัฒนาจากความเสี่ยงที่เกิดขึ้น		หาโอกาสพัฒนาจากการวิเคราะห์กระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ, มีกิจกรรมทบทวนคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ		ใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ด้วยความเข้าใจ ได้แก่ การประเมินจุดแข็งจุดอ่อนในงานที่ทำ, การติดตามตัวชี้วัด, การใช้ service profile เพื่อ		ใช้การวิจัยประเมินผล, มีการใช้ตัวเทียบเพื่อยกระดับเป้าหมาย เช่น ตัวเทียบในระดับกลุ่มหรือระดับชาติ / ความต้องการของผู้ป่วย / เป้าหมายขององค์กร		มีวัฒนธรรมของการประเมินตนเอง	

	1 (เริ่มต้น)		2 (กำลังพัฒนา)		3 (เห็นผล)		4 (ก้าวหน้า)		5 (ยั่งยืน)	
					วิเคราะห์งานและการบรรลุเป้าหมาย, การทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย, การทบทวนเวชระเบียนเพื่อเรียนรู้ AE, การตามรอยทางคลินิก, การประเมินตนเองตามมาตรฐาน, การเยี่ยมหน่วยงานเพื่อซักซ้อมความเข้าใจ					
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
II-1.1. การทำงานเป็นทีม	มีความเป็นทีมในหน่วยงานในงานประจำ และการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน, มีแนวทางในการขอคำปรึกษาและการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนร่วมกันระหว่างสาขาที่เกี่ยวข้อง	มีความเป็นทีมในระบบงาน ทีมคร่อมสายงาน และทีมนำระดับต่างๆ ร่วมกัน ทบทวนปัญหา และพัฒนาระบบงานต่างๆ		ทีมระบบงาน ทีมคร่อมสายงาน และทีมนำระดับต่างๆ ทำหน้าที่ดูแลภาพรวม ติดตามความก้าวหน้า เชื่อมโยงกับทีมนำสูงสุดและทีมที่เกี่ยวข้อง		มีการติดตามประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของทีมระบบงานต่างๆ		มีวัฒนธรรมของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ เป็นแบบอย่างที่ดี		
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
II-1.2ก. การบริหารความเสี่ยง	ตอบสนองปัญหา/เหตุการณ์เฉพาะรายเหมาะสม	มีระบบรายงานอุบัติการณ์, มีการทำ RCA และวางระบบป้องกันที่รัดกุม, มีกิจกรรมสร้างความตื่นตัวในงานประจำ		วิเคราะห์ความเสี่ยงรอบด้าน (ทั้งที่โดยเกิดและที่มีโอกาสเกิด), ระบบงานได้รับการออกแบบอย่างรัดกุมและนำไปปฏิบัติ		บูรณาการระบบงานและระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง, มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยง		วัฒนธรรมความปลอดภัยเด่นชัด		
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	

	1 (เริ่มต้น)		2 (กำลังพัฒนา)		3 (เห็นผล)		4 (ก้าวหน้า)		5 (ยั่งยืน)	
II-1.2ข. คุณภาพทางคลินิก	เริ่มต้นใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพทางคลินิก เช่น indicator, CPG		ใช้เครื่องมือที่หลากหลายเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลกลุ่มผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามหลัก 3P		การพัฒนาคุณภาพทางคลินิกครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสำคัญในแต่ละสาขา, มีการ monitor อย่างเหมาะสม, มีการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย		ใช้การตามรอยผู้ป่วย (patient tracer) เพื่อประเมินและปรับปรุงรอยต่อของการดูแล, สามารถสรุปผลลัพธ์จากเครื่องมือคุณภาพทางคลินิกต่างๆ มาเป็นภาพรวมของการปฏิบัติตามมาตรฐานตอนที่ III ได้, ผสมผสานงานวิจัยกับการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก หรือ R2R, มีการประเมินและปรับปรุงการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก, ผลลัพธ์ทางคลินิกมีแนวโน้มที่ดีขึ้น		ผลลัพธ์ทางคลินิกอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีเลิศ	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
II-1.2. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ (ที่แนะนำไว้ในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA)	มีการทบทวนเป็นครั้งคราว		มีการทบทวนและปรับปรุงที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ		กิจกรรมทบทวนครอบคลุมโอกาสเกิดปัญหาสำคัญ, นำมาสู่การปรับปรุงระบบงาน		มีการทบทวนที่บูรณาการเข้าเป็นกิจกรรมประจำของหน่วยงาน, มีความไวในการตรวจพบปัญหาของผู้ป่วย, มีการติดตามการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น		มีวัฒนธรรมของการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการมีระบบ concurrent monitoring ในรูปแบบต่างๆ	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
II-2.1ก. การบริหารการพยาบาล	มีการบริหารการพยาบาลโดยการมีส่วนร่วม มีแนวทางหรือมาตรฐานการ		มีการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและ		มีระบบการนิเทศงาน/กำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ, มีการใช้กระบวนการพยาบาล		มีนวัตกรรมหรือใช้ model เกื้อหนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการพยาบาลใน		ระบบบริหารการพยาบาลมีขีดสมรรถนะสูง เป็นแบบอย่างที่ดี	

	1 (เริ่มต้น)		2 (กำลังพัฒนา)		3 (เห็นผล)		4 (ก้าวหน้า)		5 (ยั่งยืน)	
	ปฏิบัติงานที่จำเป็น		หน้าที่รับผิดชอบ, มีระบบประกันคุณภาพทางการพยาบาลในประเด็นที่สำคัญ		อย่างเหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง, ปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วยได้รับการตรวจพบทันการณ์และตอบสนองอย่างเหมาะสม, มีการพัฒนาคุณภาพตามจุดเน้นขององค์กรร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง		ลักษณะ holistic / humanized, มีการเรียนรู้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อนำปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มาปรับปรุงระบบงาน พัฒนาวิชาชีพและพัฒนาบุคลากร, มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารการพยาบาล			
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
II-2.2 องค์กรแพทย์	มีการพบปะกันในกลุ่มแพทย์อย่างสม่ำเสมอและมีกิจกรรมร่วมกันเพื่อแสดงจุดยืนและธำรงไว้ซึ่งมาตรฐานแห่งวิชาชีพ		มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์และกำหนดประเด็นสำคัญที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาและประสานเพื่อนำไปปฏิบัติ		มีกลไกกำกับดูแลและส่งเสริมให้เกิดบริการทางการแพทย์ที่ดี มีมาตรฐานและจริยธรรม, แพทย์แต่ละคนประเมินผลการดูแลผู้ป่วยของตนอย่างสม่ำเสมอและนำไปปรับปรุง		มีบทบาทเด่นชัดในการเป็นผู้นำและชี้ทิศทางเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย, มีการประเมินและปรับปรุงระบบกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรม		องค์กรแพทย์เป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมให้ รพ.มีบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและน่าไว้วางใจ	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
II-3.1 ก. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย	อาคารสถานที่ได้รับการดูแลความสะอาดและเป็นระเบียบ, สถานที่อาจมีข้อจำกัดซึ่งไม่อาจแก้ไขได้ในเวลาอันสั้น		มีการปรับปรุงเพื่อลดความเสี่ยงทางโครงสร้างกายภาพที่เห็นชัดเจน		โครงสร้างอาคารสถานที่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด, ื่อต่อการทำงานและให้บริการได้อย่างปลอดภัย สะดวกสบาย, พื้นที่ใช้สอยเพียงพอ, แสง		เป็นสถานที่ที่ให้ความอบอุ่นเป็นมิตร, มีการออกแบบโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค		สถานที่เอื้อต่อการเยียวยา	

	1 (เริ่มต้น)		2 (กำลังพัฒนา)		3 (เห็นผล)		4 (ก้าวหน้า)		5 (ยั่งยืน)	
					สว่างและอุณหภูมิเหมาะสม, มีระบบระบายอากาศที่ดี, อาคารสถานที่ได้รับการ บำรุงรักษาอย่างดี					
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
II-3.1 ข.-ง.วัสดุ/ของเสีย อันตราย ภาวะฉุกเฉิน อัคคีภัย	โครงสร้างอาคารสถานที่ที่ไม่ มีความเสี่ยงด้านอัคคีภัยที่ ชัดเจน, มีการจัดทำแผน ป้องกันและรองรับเมื่อเกิด อัคคีภัย หรือภาวะฉุกเฉิน อื่นๆ		มีการอบรมและฝึกซ้อมแผน , มีการติดตั้งเครื่องมือและ วางระบบเกี่ยวกับอัคคีภัย อย่างเหมาะสมกับประเภท วัสดุที่ติดไฟในแต่ละพื้นที่, มีการวางระบบเกี่ยวกับการ จัดการกับวัสดุ/ของเสีย อันตรายอย่างเหมาะสม		การซ้อมแผนอัคคีภัยและ ภาวะฉุกเฉินครอบคลุมทุก สถานการณ์และผู้เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอก รพ. นำผลไป ปรับปรุงแผนและการเตรียม ความพร้อม, มีการ ตรวจสอบปัจจัยเสี่ยงต่อ อัคคีภัย วัสดุและของเสีย อันตรายอย่างสม่ำเสมอ และปรับปรุงเพื่อลดปัจจัย เสี่ยง		มีการประเมินและปรับปรุง ประสิทธิภาพของระบบการ จัดการวัสดุ/ ของเสีย อันตราย ภาวะฉุกเฉิน และ อัคคีภัย		มีการจัดการและการเตรียม ความพร้อมเป็นแบบอย่างที่ดี	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
II-3.2 เครื่องมือ	มีระบบการจัดการ การ ตรวจสอบความเพียงพอ ดูแลความพร้อมใช้ของ เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ ในแต่ละหน่วยงาน		มีการกำหนดระดับขั้นต่ำ ของเครื่องมือและวัสดุ อุปกรณ์ในแต่ละหน่วยงาน สำรวจและวางแผนจัดหา		มีเครื่องมือและระบบ สาธารณูปโภคเพียงพอ พร้อมใช้สำหรับการดูแล ผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยทั้ง ในภาวะปกติและภาวะ ฉุกเฉิน, มีระบบบำรุงรักษา		มีระบบการจัดการและ สำรองเครื่องมือเพื่อให้เกิด ความเพียงพอและมี ประสิทธิภาพ, มีการ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อปรับปรุง ระบบและการจัดหาทดแทน		ให้คำปรึกษาการบำรุงรักษา แก่ รพ. ในเครือข่ายหรือ หน่วยงานใกล้เคียง ภายนอกได้	

	1 (เริ่มต้น)		2 (กำลังพัฒนา)		3 (เห็นผล)		4 (ก้าวหน้า)		5 (ยั่งยืน)	
					เชิงป้องกัน ทดสอบ ตรวจสอบ และ calibrate ที่ เหมาะสม.					
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
II-3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการ สร้างเสริมสุขภาพและ พิทักษ์สิ่งแวดล้อม	มีความพยายามในการ แก้ไขปัญหาในระบบบำบัด น้ำเสียและกำจัดขยะซึ่ง อาจจะมีโครงสร้างไม่ เหมาะสมกับ รพ.	มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความ ปลอดภัยทางกายภาพและ ปราศจากการรบกวน, ระบบบำบัดน้ำเสียมีขนาด เหมาะสมกับ รพ., มี กระบวนการที่ชัดเจนในการ บำบัดน้ำเสียและกำจัดขยะ โดยผู้มีความรู้		มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมี ปฏิสัมพันธ์และความผ่อน คลาย, มีระบบบำบัดน้ำเสีย และการกำจัดขยะที่มี ประสิทธิภาพ, ค่าน้ำทิ้งที่ ผ่านการบำบัดเป็นไปตาม มาตรฐาน		มีสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการ เรียนรู้และพัฒนาทักษะของ ผู้รับบริการอย่างได้ผล, รพ. พยายามลดปริมาณของเสีย และลดการใช้วัสดุที่ทำลาย สิ่งแวดล้อม, รพ.ร่วมมือกับ ชุมชนและองค์กรอื่นๆ ใน การพิทักษ์และปรับปรุง สิ่งแวดล้อม		เป็นแบบอย่างในการเรียนรู้ ให้แก่องค์กรอื่นๆ		
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
II-4 การป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อ	มีผู้รับผิดชอบงาน IC ชัดเจน, เริ่มมีแนวทาง ปฏิบัติที่จำเป็น	ผู้รับผิดชอบมีความรู้และ คุณสมบัติเหมาะสม, มี มาตรการป้องกันครอบคลุม การติดเชื้อที่พบบ่อยและมี สิ่งอำนวยความสะดวก เพียงพอ		การป้องกันและควบคุม ครอบคลุมการติดเชื้อที่ สำคัญตามบริบทของ รพ., มาตรการที่กำหนดได้รับ การปฏิบัติ, ระบบเฝ้าระวังมี ประสิทธิภาพ		มีบูรณาการระหว่างงาน IC กับ CQI และระบบงานที่ เกี่ยวข้องต่างๆ ชัดเจนมี ประสิทธิภาพ, การป้องกัน และควบคุมครอบคลุมการ ติดเชื้อที่มีความสำคัญทาง ระบาดวิทยาทั้งหมด รวมทั้ง ที่บ้านของผู้ป่วย และการส่ง ต่อระหว่าง รพ., มีการ ประเมิน/ปรับปรุงระบบ IC		มีระบบป้องกันและควบคุม การติดเชื้อที่เป็นแบบอย่าง, อัตราการติดเชื้อสำคัญอยู่ใน ระดับต่ำ		
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	

	1 (เริ่มต้น)		2 (กำลังพัฒนา)		3 (เห็นผล)		4 (ก้าวหน้า)		5 (ยั่งยืน)	
II-5 ระบบเวชระเบียน	มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึก การแก้ไข การจัดเก็บ และการเข้าถึงเวชระเบียนที่เหมาะสม		ระบบบริหารเวชระเบียนมีประสิทธิภาพ, มีการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนตามแบบฟอร์มของ สปสช./พรพ. หรือเทียบเท่า ตามเกณฑ์ ² และแพทย์รับรู้คะแนนความสมบูรณ์ที่ตนรับผิดชอบ		เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ไม่น้อยกว่า 50%, มีการประมวลผลข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อประโยชน์ในการวางแผนและการปรับปรุงดูแลผู้ป่วย,		มีการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียนและนำปัญหาที่พบไปปรับปรุงระบบงาน (เช่น การใช้ trigger เพื่อคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวนหา AE และปรับปรุง)		ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
II-6 ระบบจัดการด้านยา	มีการค้นหาและทบทวนกรณีเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (ME/ADE)		มีการออกแบบหรือปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (ME/ADE) ที่สำคัญ		มาตรการป้องกัน ME/ADE ได้รับการปฏิบัติ, มีระบบเฝ้าระวัง ME/ADE ที่มีประสิทธิภาพ, ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมและมีระบบติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย, มีระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้มียาที่มีคุณภาพและเพียงพอ		มีการประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา, มีการนำนวัตกรรมต่างๆ มาใช้เพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา, มีระบบส่งเสริมความเหมาะสมในการใช้ยา, มีการสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยและเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา		เป็นแบบอย่างที่ดีของระบบจัดการด้านยา, มีผลลัพธ์ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม ถูกต้องปลอดภัย	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
II-7ก. ห้องปฏิบัติการทาง	มีบริการ lab ชั้นพื้นฐานที่		มีบริการ lab ที่จำเป็น		มีระบบการทดสอบความ		มีระบบบริหารคุณภาพที่		เป็นแบบอย่างที่ดีของระบบ	

² สำหรับโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่า 100 เตียง ควรทบทวนเวชระเบียนของแพทย์ทุกคน คนละ 5-10 ฉบับ ทุกช่วงเวลา 3 เดือน สำหรับโรงพยาบาลตั้งแต่ 100 เตียงขึ้นไป ให้โรงพยาบาลทบทวนทุก 3 เดือน และกำหนดตัวอย่างตามความเหมาะสม โดยพยายามให้ครอบคลุมแพทย์แต่ละคนให้มากที่สุด

	1 (เริ่มต้น)		2 (กำลังพัฒนา)		3 (เห็นผล)		4 (ก้าวหน้า)		5 (ยั่งยืน)	
การแพทย์	จำเป็น, มีแนวทางปฏิบัติในการเก็บสิ่งส่งตรวจ ปฏิบัติการตรวจ และการควบคุมคุณภาพที่จำเป็น		ตลอดเวลา สามารถส่งตรวจภายนอกเมื่อจำเป็น, มีระบบควบคุมคุณภาพภายใน (เครื่องมือ น้ำยา และผลการตรวจ) และมีการตอบสนองอย่างเหมาะสม, ผู้เกี่ยวข้องได้รับผลในเวลาที่กำหนด		ชำนาญ (proficiency test) และมีการตอบสนองอย่างเหมาะสม, มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะสำคัญ ที่ได้รับจากองค์กรวิชาชีพ (สำหรับ รพ. 60 เดียงขึ้นไป) หรือพี่เลี้ยงในเครือข่าย (สำหรับ รพ.เล็กกว่า 60 เดียง), มีระบบป้องกันการรายงานผลผิดพลาดและการรายงานค่าวิกฤติ		ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ, มีการทบทวนความเหมาะสม และคุ้มค่า ในการส่งตรวจ, มีระบบการติดตามความน่าเชื่อถือของการแปลผล, มีการพัฒนาคุณภาพร่วมกับวิชาชีพอื่น		บริหารคุณภาพด้านห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์ เช่น ได้รับการรับรองจากองค์กรภายนอก ที่ให้การรับรองมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
II-7ข. คลังเลือด (ไม่มีคลังเลือดของ รพ.)	มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เลือด รวมทั้งการระบุแหล่งที่จะขอรับเลือดในกรณีต่างๆ		มีระบบการขอเลือด ขนส่งเลือด หรือส่งผู้ป่วยไปรับเลือด ที่มีประสิทธิภาพ, มีการเฝ้าระวังปฏิกิริยาจากการให้เลือด และมีการนำบทเรียนมาทบทวนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่รัดกุม ปลอดภัยในการให้เลือด		มีการติดตามผลการดำเนินการ และแสดงให้เห็นว่าสามารถให้เลือดแก่ผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ทันเวลา					
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
II-7ข. คลังเลือด (มีคลังเลือดของ รพ.)	มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน สำหรับการรับบริจาคโลหิต และการให้บริการโลหิต		มีการนำมาตรฐานการบริการโลหิตของสภากาชาดไทยมาประเมินและปรับปรุงใน ส่วนขาด		สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการโลหิตของสภากาชาดไทยในหัวข้อที่จำเป็นกับบริบทได้		สามารถเป็นที่พึ่งในด้าน การให้บริการโลหิตให้แก่ รพ.ในเขตใกล้เคียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ		เป็นแบบอย่างที่ดีของระบบการให้บริการโลหิต	

	1 (เริ่มต้น)		2 (กำลังพัฒนา)		3 (เห็นผล)		4 (ก้าวหน้า)		5 (ยั่งยืน)	
					ครบถ้วน					
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
II-7ค. บริการรังสีวิทยา	มีบริการรังสีวิทยาที่จำเป็น, มีระบบในการเตรียมผู้ป่วย, มีแนวทางปฏิบัติที่จำเป็น		สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ เป็นไปตามมาตรฐานและ ได้รับการตรวจสอบ, มีระบบป้องกันอันตรายจากรังสี สารที่รังสี และการแผ่รังสีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง		บริการรังสีวิทยา ให้ภาพวินิจฉัยที่มีคุณภาพและการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง นำเชื่อถือ โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด, ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายผลการตรวจตามความเหมาะสม		มีระบบบริหารคุณภาพที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ, มีการพัฒนาคุณภาพร่วมกับวิชาชีพอื่น, มีการทบทวนความเหมาะสมในการส่งตรวจ, มีระบบการติดตามความน่าเชื่อถือของการแปลผล		เป็นแบบอย่างที่ดีของบริการรังสีวิทยา	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
II-8 ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ	มีระบบรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังตามที่ สธ.กำหนด		มีการวิเคราะห์โรคและภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่และ จัดระบบเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม		มีการติดตามสถานการณ์และแนวโน้ม, เผยแพร่ข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง, ตอบสนองต่อการระบาด (หรือ cluster ของการเจ็บป่วย) อย่างเหมาะสม		มีความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องใน รพ.และเครือข่ายนอก รพ. ในการเฝ้าระวังและควบคุมการระบาดอย่างมีประสิทธิภาพ		เป็นแบบอย่างที่ดีของระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
II-9 การทำงานกับชุมชน	เรียนรู้ชุมชนและความต้องการของชุมชน, สร้างเครือข่ายระหว่าง รพ.กับชุมชน		จัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน		วางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน, สนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน		ชี้แนะและสนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะ, สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างชุมชน, มีการประเมินและปรับปรุงระบบการทำงานกับชุมชน		ชุมชนมีความเข้มแข็ง เป็นแบบอย่างของการพึ่งตนเองในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	

	1 (เริ่มต้น)		2 (กำลังพัฒนา)		3 (เห็นผล)		4 (ก้าวหน้า)		5 (ยั่งยืน)	
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	มีระบบการประเมินเบื้องต้นให้การช่วยเหลือฉุกเฉินและส่งต่ออย่างเหมาะสม, มีแนวทางปฏิบัติในการระบุและทวนสอบตัวผู้ป่วยก่อนการให้บริการในขั้นตอนต่างๆ		มีการลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการในด้านกายภาพ ภาษา วัฒนธรรม และอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย		กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี, ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย และให้ความยินยอมด้วยความเข้าใจ		มีการประเมินและปรับปรุงการเข้าถึงและกระบวนการรับผู้ป่วยในเชิงรุก (เช่น ปรับปรุงการเข้าถึงของกลุ่มที่ไม่รับรู้ความต้องการของตนเอง ผู้ด้อยโอกาส การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การให้ข้อมูล การรอคิวผ่าตัดหรือตรวจรักษาบางอย่าง), มีการประเมินและปรับปรุงระบบส่งต่อ		มีผลลัพธ์ที่แสดงให้เห็นว่าประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นต่างๆ อย่างเหมาะสมกับ health need	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
III-2 การประเมินผู้ป่วย	มีการกำหนดแนวทางการประเมินผู้ป่วยและบันทึกข้อมูล, มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยที่เกินความสามารถของ รพ., การประเมินและการวินิจฉัยโรคเน้นตามอาการสำคัญและประเมินทางร่างกาย		ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและมีภาวะเสี่ยงได้รับการประเมิน / บ่งชี้ปัญหาและความต้องการอย่างเหมาะสม, ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยโรคที่เหมาะสมในเวลาเร็วที่สุดและบันทึกในเวชระเบียน		ผู้ป่วยได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพเมื่อแรกรับครบถ้วน (ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม) และเหมาะสม (ตาม CPG/evidence), มีการบันทึกข้อมูลการประเมินและการวินิจฉัยโรคที่สมบูรณ์พร้อมข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค, มีการประเมินซ้ำอย่างเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของปัญหาและความ		มีความร่วมมือและประสานระหว่างวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วย, มีการทบทวนความถูกต้องครบถ้วนในการประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรคพร้อมทั้งนำมาปรับปรุง		การประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรคมีความถูกต้องทันเวลา ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับที่น่าพอใจ	

	1 (เริ่มต้น)		2 (กำลังพัฒนา)		3 (เห็นผล)		4 (ก้าวหน้า)		5 (ยั่งยืน)	
					ต้องการของผู้ป่วย					
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
III-3.1 การวางแผนดูแลผู้ป่วย	มีแผนการดูแลที่แบ่งอยู่ในคำสั่งการรักษาหรือบันทึกต่างๆ		มีแผนการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน เริ่มมีเป้าหมายของแต่ละวิชาชีพ		มีแผนการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยที่พบจากการประเมิน โดยการประสานงานหรือวางแผนร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และมีเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจน		แผนครอบคลุมเป็นองค์รวม ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมาย, มีการประเมินและปรับปรุงระบบการวางแผนดูแลผู้ป่วย		แผนการดูแลมีความสมบูรณ์ ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับที่น่าพึงพอใจ	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
III-3.2 การวางแผนจำหน่าย	มีการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยที่ รพ.กำหนด		มีการประเมินข้อบ่งชี้ที่จะต้องวางแผนจำหน่าย, มีการเตรียมความพร้อมเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้บางส่วน		มีการค้นหา/ระบุ ปัญหา/ความต้องการที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่ายอย่างชัดเจน (รวมทั้งข้อจำกัดต่างๆ), มีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหา/ความต้องการดังกล่าว โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ		การเตรียมจำหน่ายคำนึงถึงมิติต่างๆ อย่างรอบด้าน, ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน (ตามความเหมาะสม), มีการประเมินและปรับปรุงระบบการวางแผนจำหน่าย		มีระบบประสานให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพิงยาจากชุมชนในระยะยาว ผู้ป่วยที่ด้อยโอกาสหรือขาดผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
III-4.1 การดูแลทั่วไป	มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับได้สำหรับกระบวนการดูแลที่สำคัญ รวมทั้งการกำหนดความรับผิดชอบของบุคลากรระดับต่างๆ		มีการติดตามเพื่อให้มั่นใจว่าการดูแลต่างๆ เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้, มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยที่ดี		ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันทั่วถึง ปลอดภัยเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพและแผนการดูแลที่จัดทำไว้		ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม โดยเฉพาะการตอบสนองปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตสังคม, ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดการดูแล และ		ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เกินความคาดหวัง	

	1 (เริ่มต้น)		2 (กำลังพัฒนา)		3 (เห็นผล)		4 (ก้าวหน้า)		5 (ยั่งยืน)	
							แก้ไขปัญหา			
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
III-4.2 การดูแลที่มีความเสี่ยงสูง	มีการระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและบริการที่มีความเสี่ยงสูงของ รพ. และจัดทำแนวทางการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยดังกล่าว		มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย, ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในเวลาที่เหมาะสม, มีความพร้อมในด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม		มีการตอบสนองอย่างรวดเร็วและเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเข้าสู่ภาวะวิกฤติ		มีระบบงานที่ดีและการประสานงานที่ดีกับองค์กรอื่น ทั้งในด้านการขอปรึกษาและการส่งต่อ, มีการประเมินและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง		ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนในระดับที่ต่ำมาก	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
III-4.3 ค. อาหารและโภชนาการ	ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเรื่องอาหารด้วยตนเอง		ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม เพียงพอกับความต้องการพื้นฐาน, การผลิตอาหารเป็นไปตามหลักสุขาภิบาลอาหาร ป้องกันความเสี่ยงจากการปนเปื้อน การเน่าเสีย และการแพร่กระจายของเชื้อโรค		มีบริการอาหารเฉพาะโรค, มีการคัดกรองปัญหาโภชนาการในผู้ป่วยทุกราย, มีการประเมินภาวะโภชนาการและให้บริการโภชนาบำบัดที่เพียงพอและปลอดภัยเมื่อมีข้อบ่งชี้		มีการให้ความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการ และโภชนาบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์, มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริการอาหารและโภชนาการ		มีการจัดระบบที่เป็นแบบอย่างได้, ผลลัพธ์การใช้โภชนาบำบัดในการดูแลอยู่ในระดับดีมาก	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	ผู้ป่วยได้รับข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน		มีการประเมินและวางแผนกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย		ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง		มีการประเมินและปรับปรุงระบบการให้ข้อมูลและเสริมพลัง, ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจ สามารถดูแลตนเองตามแผนการดูแลที่		ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองและมีส่วนในการช่วยเหลือแนะนำผู้อื่น	

	1 (เริ่มต้น)		2 (กำลังพัฒนา)		3 (เห็นผล)		4 (ก้าวหน้า)		5 (ยั่งยืน)	
							ร่วมกันกำหนด			
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
III-6 การดูแลต่อเนื่อง	มีระบบนัดหมายผู้ป่วย กลับมารับการรักษาต่อเนื่อง และมีระบบติดตาม		มีระบบช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วย มีปัญหาก่อนวันนัดหมาย หรือระบบช่วยเหลือโดยที่ ผู้ป่วยไม่ต้องมา รพ., มีการ กำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ ต้องดูแลต่อเนื่อง		มีการประสานข้อมูลกับ หน่วยบริการในพื้นที่ ทีม เยี่ยมบ้าน/ทีมเชิงรุก และ แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อการ ดูแลต่อเนื่องที่มี ประสิทธิภาพ		นำข้อมูลปัญหาการดูแล ต่อเนื่องมาวิเคราะห์และ ปรับปรุงอย่างเป็นระบบ, มี ระบบสะท้อนข้อมูลแก่ หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง		มีการสร้างความร่วมมือและ พัฒนาศักยภาพให้กับ หน่วยงานต่างๆ เพื่อการ ดูแลต่อเนื่องในลักษณะ seamless และผู้ป่วย สามารถดูแลตนเองได้	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	