



แบบประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ

Hospital - Based Emergency Care System

In First, Middle, Standard and Advanced- leveled Hospital(F, M, S, A)

ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 ณ วันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ.2559
สนับสนุนโดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โดย คณะทำงานพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

พัฒนาต่อจากคู่มือแนวทางพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2552

ISBN 978-974-422-544-2

ชื่อหนังสือ : แบบประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ Hospital - Based Emergency Care System in First, Middle, Standard and Advanced- leveled Hospital(F, M, S, A)

ที่ปรึกษา :

1. นายแพทย์ ชีรพล โตพันธานนท์ อธิบดีกรมการแพทย์
2. นายแพทย์ ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์
3. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ สันต์ หัตถ์รัตน์ นายกสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย
4. นายแพทย์ สมชาย กาญจนสุด ที่ปรึกษางานฉุกเฉินทางการแพทย์
5. ผู้อำนวยการสำนักวิชาการแพทย์
6. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
7. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
8. นายแพทย์รณชัย ตังมั่นอนันตกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังน้อย

กองบรรณาธิการ

1. แพทย์หญิง นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข กรมการแพทย์
2. นายแพทย์รัฐพงษ์ บุรีวงษ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
3. นายแพทย์สรสิทธิ์ บุญยะวิโรจน์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
4. นางนริศรา แยมทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรมการแพทย์

เผยแพร่ โดย สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
โทร. 0-2590 6285 โทรสาร 0 2591 8276

รายชื่อคณะทำงานพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1	นายแพทย์รณชัย ตั้งมั่นอนันตกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังน้อย โรงพยาบาลวังน้อย
2	นายแพทย์รัฐพงษ์ บุรีวงศ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
3	นายแพทย์สรสิทธิ์ บุญยะวีโรจน์	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
4	นางจงกล อินทรสาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบางปะหัน
5	นางอรลักษณ์ แพทย์ชีพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบาลุขชัย
6	นางศศิธร ช่างสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
7	นางสาวสมหมาย โปศณารักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเสนา
8	นางวชิรา เจริญฤทธิกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
9	นายสุรัตน์ สุขสว่าง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวังน้อย
10	นางพรทิพย์ พึ่งศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางปะหัน
11	นางสาวอุษา พิณพาทย์เพราะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช
12	นางสาวศิมากาญจน์ บุญปัทม์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลผักไห่
13	นางสาวอัจฉรา ลำไย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.พระนครศรีอยุธยา

คำนำ

การพัฒนาาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาลแบบครบวงจรนั้น ต้องมีความครอบคลุมทั้งในการดำเนินงานในภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติ ถือเป็นภารกิจสำคัญของบุคลากรในงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน รวมทั้งงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งระบบ ที่จะต้องมีรูปแบบระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่พึงประสงค์ในประเทศไทยที่จะขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งการบริหารผู้ช่วยฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา นั้นจะเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชน

ขอขอบคุณคณะทำงานพัฒนาะบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ได้ร่วมพัฒนารูปแบบการประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ ต่อยอดจากคู่มือ "แนวทางสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ (Guide to Standardization in Hospital Based Emergency Care)" ที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ได้เริ่มต้นพัฒนาไว้ เมื่อปี พ.ศ.2552 จนเกิดเป็นคู่มือฉบับใหม่ (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 ณ วันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ.2559) ที่มีความเหมาะสม และง่ายต่อการนำไปใช้ในการประเมิน เพื่อให้เกิดการพัฒนาะบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลให้มีความชัดเจนและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณคณะอาจารย์ และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการนำแบบประเมินฉบับนี้ไปใช้ให้บังเกิดผล อย่างไรก็ตามแบบประเมินฉบับนี้ยังต้องมีการพัฒนาต่อยอด เพื่อให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการนำไปใช้ ขอให้ท่านที่เกี่ยวข้องได้ร่วมศึกษาและทำความเข้าใจในเนื้อหากระบวนการประเมินและการนำไปใช้ หากท่านมีข้อคิดเห็น หรือมีข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาะบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล ขอให้ส่งข้อเสนอแนะไปที่ กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข คณะบรรณาธิการยินดีน้อมรับการเพื่อนำไปพัฒนาต่อยอดและปรับปรุงให้มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ต่อไป

คณะบรรณาธิการ

30 ธันวาคม พ.ศ.2559

บทนำ

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 เป็นต้นมา กรมการแพทย์ และสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนา ศักยภาพของโรงพยาบาลในการเตรียมความพร้อมระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ จึงได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบ แนวทางสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาลเพื่อช่วยให้โรงพยาบาลระดับต่างๆ สามารถประเมินตนเอง และวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลให้ครอบคลุม 4 ด้านหลักๆ (12 ประเด็น) ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านการจัด อาคารสถานที่ ด้านการจัดระบบดูแลรักษาพยาบาล รวมถึงระบบ Fast Track ต่างๆ และด้านสนับสนุนอื่นๆ โดยมีบุคลากร ER และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้ขับเคลื่อน และได้นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ และตัวแทนของโรงพยาบาลระดับต่างๆ (พ.ศ.2551 - 2552) แล้วพัฒนาเนื้อหา และจัดทำเป็นคู่มือ "แนวทางสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ (Guide to Standardization in Hospital Based Emergency Care) " ตีพิมพ์ครั้งแรกในปีงบประมาณ 2552 และต่อมาได้ผลักดันเป็น นโยบายระดับกระทรวง เพื่อขยายผลการนำคู่มือดังกล่าวไปใช้ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ทั่วประเทศ ในปีงบประมาณ 2556 และเริ่มกำหนด ตัวชี้วัด ER คุณภาพ เป็นแนวทางกำกับและการขับเคลื่อนการพัฒนา

จากการติดตามประเมินผลการนำรูปแบบแนวทางสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ไปใช้ พบว่า เป็นการ ประเมินกระบวนการ แต่ยังขาดรายละเอียดของเนื้อหาเชิงลึกและรูปแบบการประเมินตนเองด้านการรักษาพยาบาล ฉุกเฉินที่เชื่อมโยงกับ หน่วยงานหลายฝ่ายในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง จึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาเนื้อหาและปรับปรุงรูปแบบการประเมินตนเองให้มีความเหมาะสมต่อการ นำไปใช้ และในปี 2557 คณะทำงานพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จึงได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการประเมิน ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ ฉบับปรับปรุงใหม่ให้มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ โดยอ้างอิงและพัฒนาจากคู่มือ แนวทางพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล กรมการแพทย์ และสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย และนำไป ทดลองใช้ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ภายใต้ความเชื่อมั่นทางสถิติที่ยอมรับได้ และสามารถนำแบบประเมิน ดังกล่าวนี้มาใช้ในการประเมินโรงพยาบาลระดับต่างๆ แบบประเมินฯ ฉบับปรับปรุงเล่มนี้ จึงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมิน ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (ECS) ของโรงพยาบาลระดับต่างๆ

ในปีงบประมาณ 2560 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดตัวชี้วัด ECS คุณภาพ ได้โดยกำหนดเกณฑ์เป้าหมาย คือ ร้อยละ 60 ของจำนวน โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ยกเว้น รพ.สต. และ รพ.เฉพาะกิจ) ในแต่ละจังหวัด ที่มีการพัฒนาคุณภาพ Emergency Care System จนผ่าน เกณฑ์การประเมิน (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40) และเน้นการพัฒนาการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในส่วนของภาวะภัยสุขภาพด้านต่างๆ จึงได้ กำหนดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด ECS คุณภาพ โดยใช้แบบการประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินฯ ฉบับปรับปรุงในภาพรวมทั้ง 12 องค์ประกอบ เพื่อนำ ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการพัฒนา ECS คุณภาพ (out put) และหลังจากนั้นจึงเลือกดึงข้อมูลในองค์ประกอบที่ เกี่ยวข้องกับทิศทางของตัวชี้วัดในแต่ละปีไปใช้เป็นลำดับต่อไป โดยการประเมินสามารถทำได้ทั้งจากโรงพยาบาลเป็นผู้ประเมินตนเอง (Internal survey) และจากองค์กร หรือ ผู้แทนจากภายนอก (External survey) โดยกำหนดให้ทำการประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็น internal process เพื่อ Plan Do Check Act ว่าองค์ประกอบใดที่มีจุดอ่อนที่ต้องแก้ไข และให้เสนอผลการประเมินเป็นภาพของจังหวัด ทำเป็น Action plan เพื่อการพัฒนาในเรื่องนี้

นอกจากการประเมินค่าคะแนนในแต่ละองค์ประกอบแล้ว การออกตรวจราชการในแต่ละรอบจะมุ่งประเด็นสำคัญในการพัฒนาและประเมิน ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ว่าโรงพยาบาลมีกระบวนการในการขับเคลื่อนอย่างไรบ้าง ในประเด็นดังต่อไปนี้

1. สามารถดูแลรักษาในระดับการช่วยชีวิต (resuscitation) ได้ตลอด 24 ชม.
2. มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้
3. มีการจัดระบบบริการให้ความสะดวกตามลำดับความรุนแรง (Triage)
4. มีเครือข่ายเพื่อการส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเหมาะสม
5. สามารถให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ
6. ให้ความสะดวกสบายกับผู้ป่วยและญาติตามความเหมาะสม เช่น ให้ข้อมูล จัดสถานที่พักรอ การติดต่อเจ้าหน้าที่ฯ

มิติที่ 1. การประเมิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และทีมบริหาร

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนน ที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
1. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และสร้างกลยุทธ์สู่ ECS คุณภาพ	ไม่มี	มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมของโรงพยาบาลโดยเนื้อหา สัมพันธ์กับ HA/HPH	1.สามารถตรวจสอบแล้วมั่นใจได้ว่าวิสัยทัศน์นั้นจับใจ จำได้ ทำได้ ไร้ใจ จุด ประกาย มีความหมายต่อทุกคน มีการสื่อสารถึงบุคลากรทุกระดับ 2. มีแผนกลยุทธ์ทั้งในกรอบระยะเวลาสั้นและระยะยาว	ผู้นำมีส่วนร่วมในการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และปรับแผนกลยุทธ์ตามช่วงเวลาดำหนดสอดคล้องกับ ECS คุณภาพ	ผู้นำมีส่วนร่วมในการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และปรับแผนกลยุทธ์เมื่อมีเหตุการณ์สำคัญ เกิดขึ้น สอดคล้องกับ ECS คุณภาพ	ผู้นำเห็นโอกาสพัฒนาในระบบ ECS และขึ้นนำการพัฒนา จนกระทั่งเป็นรูปธรรมเชิง ประจักษ์	
2.ส่งเสริม และกำหนดให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายและมี จริยธรรมที่ดี	ไม่มี	มีการระบุจรรยาบรรณ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมที่พึงประสงค์ เป็นค่านิยมขององค์กรในการบริการและปฏิบัติงานของบุคลากร	มีการสร้างและติดตามตัวชี้วัดของพฤติกรรมอันพึงประสงค์ของบุคลากร	มีการสื่อสารสู่บุคลากรทุกระดับ โดยเน้นเรื่องสิทธิผู้ป่วย จรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมายพรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน เป็นขั้นต่ำ	มีกระบวนการสนับสนุน พฤติกรรมอันพึงประสงค์ อย่างเป็นรูปธรรม และมีนโยบายพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	มีการเตรียมการเชิงรุก พังเสียงจากสาธารณะ และ ป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ	
3.ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลงาน, การบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจและวัตถุประสงค์ของ องค์กร, การสร้างนวัตกรรม, ความคล่องตัวขององค์กร, การเรียนรู้ในระดับองค์กรและบุคลากร, สัมพันธภาพ ใน การทำงานที่ดี, ความร่วมมือและการประสานบริการ.	ไม่มี	ส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับปรุง ผลงานหรือการพัฒนา คุณภาพ	มีแผนการติดตามความก้าวหน้าการพัฒนาระบบECS ของโรงพยาบาล	มีการติดตามความก้าวหน้าและให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบECS ของโรงพยาบาล	สนับสนุนและสามารถแสดง ถึงการร่วมมือระหว่าง หน่วยงานเพื่อสนับสนุน ระบบงานECS	มีวิธีการใหม่ๆในการสร้าง สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการ ปรับปรุงผลงานหรือการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นรูปธรรม ส่งเสริมให้เกิด สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการ สร้างนวัตกรรม เกิดนวัตกรรม เชิงระบบ	

มิติที่ 1. การประเมิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และทีมบริหาร

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนน ที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
4. ผู้นำระดับสูงสร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย. และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ	ไม่มี	1. กำหนดเรื่องความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเป็นวัตถุประสงค์สำคัญในแผนกลยุทธ์ 2. มีนโยบายเน้นความปลอดภัยในการปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม	1. ส่งเสริมให้มีการนำ Patient Safety Goals : SIMPLEมาใช้ในโรงพยาบาล 2. มีการสร้างและติดตามตัวชี้วัดความปลอดภัยในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง	1. เห็นความเกี่ยวข้องกันระหว่าง Patient Safety Goals : SIMPLE และระบบงานECS 2. มีการทบทวนเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว หรืออาจเกิดขึ้นต่อผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ	1. มี Patient Safety Leadership Walkround เพื่อสื่อสารทิศทางและค่านิยมในเรื่องความปลอดภัย รับทราบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากเจ้าหน้าที่ 2. มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานที่ก่อให้เกิดความปลอดภัยในการปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม 3. มีระบบชดเชยหรือดูแลความเสียหายสำหรับผู้ปฏิบัติงาน กรณีเกิดความไม่ปลอดภัยขณะทำงาน	ส่งเสริมให้นำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาวิเคราะห์ (ทำ RCA ด้วยวิธีการที่เหมาะสม) และปรับปรุงระบบที่มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น	

มิติที่ 1. การประเมิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และทีมบริหาร

หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนน ที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
5. ส่งเสริมวัฒนธรรมการเน้นผู้รับผลงานเป็นสำคัญ	ไม่มี	มีนโยบายให้เน้นผู้รับผลงานเป็นสำคัญ (อันได้แก่ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ , กลุ่มผู้รับผลงาน เช่น นักศึกษา ชุมชน และ เครือข่ายสุขภาพ	1.สนับสนุนให้มีการกำหนดเกณฑ์ชี้วัดด้านความพึงพอใจและข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ และมีการติดตามเกณฑ์ชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ 2. สนับสนุนให้พัฒนาช่องทางการเสนอข้อร้องเรียนของผู้รับบริการที่เพียงพอ	1. .สนับสนุนให้มีการปรับปรุงบริการเพื่อเพิ่มความพึงพอใจและลดข้อร้องเรียนอย่างเป็นระบบ และเป็นรูปธรรมทั้งองค์กร 2. มีการติดตามกำกับระบบการจัดการกับข้อร้องเรียนของผู้รับบริการสม่ำเสมอ	ส่งเสริมให้มีการเพิ่มช่องทางการรับฟังผู้รับผลงาน เช่น Social media , การรับฟังผู้รับบริการในอนาคต, การรับฟังผู้รับบริการของคู่แข่ง, การสนทนากลุ่ม, การประเมินความไม่พึงพอใจ เป็นต้น	มีการปรับเปลี่ยนบริการจากข้อมูลการรับฟังผู้รับผลงานที่รอบด้าน จนเห็นถึงความคาดหวัง และมีการพัฒนาความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อสถานบริการ	
6. นโยบายการใช้และอนุรักษ์ทรัพยากร	ไม่มี	มีระบุในวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ของโรงพยาบาล	มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีหน้าที่สร้างและติดตามข้อมูลตัวชี้วัด	มีการทบทวนข้อมูลตัวชี้วัดและปรับกระบวนการในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและสมดุล*ต่อเนื้ออย่างเป็นรูปธรรมในระบบECS	สามารถแสดงถึงการเป็นองค์กรที่อนุรักษ์ทรัพยากร**ได้อย่างเป็นรูปธรรมในระบบ ECS	ตามเกณฑ์Advance และมีความพร้อมในการเป็นที่ศึกษาดูงาน โดยเทียบเคียงผลการดำเนินงานจากรพ.ที่อยู่ในระดับเดียวกัน	

มิติที่ 1. การประเมิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และทีมบริหาร

หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนน ที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
7. การมีความรับผิดชอบต่อสังคมในวงกว้าง และสนับสนุนชุมชน	ไม่มี		มีแผนกลยุทธ์ระยะสั้นและระยะยาวตลอดจน มีการสร้างและติดตามตัวชี้วัดในการสนับสนุนชุมชนเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ที่ส่งเสริมสุขภาพอันดีของสังคมในวงกว้าง	มีแผนกลยุทธ์ที่ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชนได้	ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนกลยุทธ์เพื่อลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชนได้	มีผลการลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรืออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินโดยชุมชนมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง	

*การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและสมดุล หมายถึง การใช้ทรัพยากรที่ควรมี ครบใช้ หรือจำเป็นอย่างเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงสุด สูญเสียน้อยที่สุด โดยผ่านการคิดวิเคราะห์และการบริหารจัดการ เช่น การใช้หลอดประหยัดไฟซึ่งมีข้อมูลระยะยาวว่าจะประหยัดค่าไฟมากกว่าแม้ว่าต้องลงทุนสูงกว่าหลอดไฟปกติในครั้งแรก เป็นต้น

**องค์กรที่อนุรักษ์ทรัพยากร หมายถึง ทุกกระบวนการทำงานภายในองค์กร ล้วนประกอบไปด้วยแนวคิดเรื่องการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดคุ้มค่า และสมดุล

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 1 อาคารสถานที่ ^{1,6,7}

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
<p>ตอนที่1 ความพร้อมด้านทรัพยากร</p> <p>1. Resuscitation (บริเวณฟื้นคืนชีพ)</p> <p>1.1 การจัดการพื้นที่</p> <p>1.2 อุปกรณ์ที่ต้องมี</p> <p>1.3 ลักษณะเฉพาะที่สำคัญ</p>	<p>1.ไม่มีการจัดแยกพื้นที่ที่ชัดเจน</p>	<p>1.มีการระบุพื้นที่แยกชัดเจน แต่ยังคงใช้ร่วมกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อยกว่าอยู่</p>	<p>1มีพื้นที่แยกชัดเจน ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อยกว่าไม่มาใช้ร่วม</p>	<p>1.มีพื้นที่แยกชัดเจน ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อยกว่าไม่มาใช้ร่วม</p>	<p>1.มีห้องแยกเฉพาะ ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อยกว่าไม่มาใช้ร่วม</p>	<p>1.มีห้องแยกเฉพาะชัดเจน 1เตียง / 1 ห้อง</p>	
		<p>2.มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อม ได้แก่ airway management equipment ,defibrillator ,ยาฟื้นคืนชีพฉุกเฉินตามACLS</p>	<p>2.มีอุปกรณ์ตามเกณฑ์ Beginning และมีอุปกรณ์ติดตามการช่วยชีวิตพร้อม ได้แก่ ECG, NIBP, SpO2 , temperature, ที่สำคัญรับดูผล X-Ray ,Intercostals catheter</p>	<p>2.มีอุปกรณ์ตามเกณฑ์Basically Effectiveness และมีอุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นสมบูรณ์ ได้แก่ Infusion pumps , Transcutaneous pacemaker, ultrasound,นาฬิกาและนาฬิกาจับเวลา ตลอดจนต้องมีอุปกรณ์ฟื้นคืนชีพเด็กและทารก ได้แก่ Pediatric resuscitation equipment ,overhead radiant heater</p>	<p>2.มีอุปกรณ์ตามเกณฑ์Mature และมีอุปกรณ์/นวัตกรรมกรช่วยชีวิตขั้นสมบูรณ์ระดับสูง ได้แก่ Fluid warming devices, Portable ventilator มีทางเลือกสำหรับ difficult airway</p>	<p>2.มีอุปกรณ์ตามเกณฑ์ Advance</p>	
			<p>3.เจ้าหน้าที่เข้าถึงได้ง่ายและเข้าถึงง่ายจากambulance</p>	<p>3.เจ้าหน้าที่เข้าถึงได้ง่ายและเข้าถึงง่ายจากambulance</p>	<p>3.เจ้าหน้าที่เข้าถึงได้ง่ายและเข้าถึงง่ายจากambulance</p>	<p>3.เช่นเดียวกับเกณฑ์ Advance เข้าถึงเตียงได้ รอบทิศของเตียง โดยจัดพื้นที่25 ตารางเมตรต่อ1เตียง</p>	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 1 อาคารสถานที่ ^{1,6,7}

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
1.4 มาตรฐานวิศวกรรมการแพทย์						4. เป็นไฟห้องผ่าตัด ความ แสงสว่างอย่างน้อย 80,000 lux และมีอัตราการระบาย อากาศ 5 ลบ.ม./ชม./ตร.ม. ⁷	
1.5 ขนาดพื้นที่ที่เหมาะสม	ไม่มีการแยกพื้นที่เฉพาะ	ขนาดพื้นที่น้อยกว่า 25 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่ 25-50 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่ 50-75 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่เกินกว่า 75 % ของ Role model	พื้นที่รวมอย่างน้อย 25 ตร. ม.ต่อ เตียง โดย จำนวนเตียง เท่ากับ 1 เตียงต่อผู้รับบริการ 15,000รายต่อปี หรือ 1 เตียง ต่อผู้ป่วยadmit 5,000 รายต่อปีหรือครึ่งหนึ่งของ Acute treatment area	
2. Staff work station (บริเวณทำงานของ เจ้าหน้าที่)							
2.1 การจัดการพื้นที่และลักษณะเฉพาะ	ไม่มี	1.มีเพียงโต๊ะทำงาน	1.มีพื้นที่กำหนดชัดเจน แต่ไม่ สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ทั่วถึง	1.มีพื้นที่กำหนดชัดเจน สามารถ มองเห็นผู้ป่วยได้ทั่วถึง	1.เป็นพื้นที่ปิดแต่มีที่เข้าออก อย่างน้อย 2 ทาง สามารถ มองเห็นผู้ป่วยได้ทั่วถึง	1.เป็นพื้นที่เปิดโล่ง สามารถ มองเห็นผู้ป่วยได้ทั่วถึง	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 1 อาคารสถานที่ ^{1,6,7}

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
2.2 อุปกรณ์ที่ต้องมี		2. มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก ได้แก่Telephones, Computer / Printer Emergency call & alarm, ที่เก็บของมีค่า	2. มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก ได้แก่Telephones, Computer / Printer Emergency call & alarm, ที่เก็บของมีค่า	2. มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก ได้แก่Telephones, Computer / Printer Emergency call & alarm, ที่เก็บของมีค่า	2. มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก ได้แก่Telephones, Computer / Printer Emergency call & alarm, ที่เก็บของมีค่า	2. มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกใช้ร่วมกับหน่วยอื่น ได้แก่Telephones Fax,เครื่องถ่ายเอกสาร, Computer , Printer Emergency call & alarm,	
2.3 ขนาดพื้นที่ที่เหมาะสม		ขนาดพื้นที่น้อยกว่า 25 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่ 25-50 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่ 50-75 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่เกินกว่า 75 % ของ Role model	ขนาด 1 ตร.ม.ต่อผู้รับบริการ 1,000 รายต่อปี หรือขนาดรวมอย่างน้อย 10 ตรม.	
3. Supply area(ห้องเก็บของใช้สอย)							
3.1 การจัดการพื้นที่และลักษณะเฉพาะ	ไม่มี	ใช้พื้นที่จัดเก็บร่วมกับหน่วยงานอื่น	มีพื้นที่จัดเก็บแยกเป็นสัดส่วนภายใน ER	มีพื้นที่จัดเก็บเป็นสัดส่วนภายในER และมีตู้จัดเก็บแยกเฉพาะ	มีห้องจัดเก็บเป็นสัดส่วนภายใน ER	ห้องจัดเก็บเป็นสัดส่วนภายในER และมีตู้จัดเก็บแยกเฉพาะที่มีติดตามหลักIC	
3.2 ขนาดพื้นที่ที่เหมาะสม		ขนาดพื้นที่น้อยกว่า 25 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่ 25-50 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่ 50-75 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่เกินกว่า 75 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่อย่างน้อย2.2 ตร.ม.ต่อผู้รับบริการ 1,000รายต่อปี	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 1 อาคารสถานที่ ^{1,6,7}

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
4. Decontamination area(บริเวณชะล้าง)	ไม่มี	ใช้ร่วมกับส่วนบริการอื่น	1.ambulance สามารถเข้าถึงได้โดยไม่ปนเปื้อนส่วนบริการอื่น 2.มีอุปกรณ์ป้องกันบุคลากรในการชะล้างที่เหมาะสม 3.ไม่มีระบบกักเก็บหรือกำจัดของน้ำปนเปื้อนที่แยกจากบ่อบำบัดของรพ.	1.มีครบตามเกณฑ์Basically Effective โดยambulance สามารถเข้าถึงได้โดยไม่ปนเปื้อนส่วนบริการอื่นแยก มีบริเวณชัดเจนอยู่นอกตัวอาคารบริการปกติ 2.มีสายน้ำสำหรับชำระล้างที่ปรับได้เหมาะสมกับทุกชนิดสิ่งปนเปื้อน 3.มีระบบกักเก็บน้ำปนเปื้อนแยกจากบ่อบำบัดของรพ.	1.มีครบตามเกณฑ์Mature และมีระบบกักเก็บหรือกำจัดของน้ำปนเปื้อนที่แยกจากบ่อบำบัดของรพ. 2.มีที่เก็บอุปกรณ์ป้องกันในการชำระล้าง 3.มีระบบกักเก็บน้ำปนเปื้อนแยกจากบ่อบำบัดของรพ.แต่การกำจัดไม่เป็นไปตามมาตรฐานกรมควบคุมมลพิษ	1.มีครบตามเกณฑ์Advanced และมีเหตุให้ได้ทดสอบการใช้แล้ว 2.มีการทบทวนหาจุดอ่อนหลังจากการใช้งาน และปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างน้อย1ครั้ง 3.มีระบบกักเก็บน้ำปนเปื้อนแยกจากบ่อบำบัดของรพ.และการกำจัดเป็นไปตามมาตรฐานกรมควบคุมมลพิษ	
5. EMS team area (บริเวณสำหรับเจ้าหน้าที่รถพยาบาลฉุกเฉิน)	ไม่มี	1. ใช้พื้นที่ร่วมกับพื้นที่อื่นในER	1.มีพื้นที่แยกเป็นสัดส่วนชัดเจนในER	1.มีพื้นที่แยกเป็นสัดส่วนชัดเจนในER 2.มีพื้นที่เก็บและชำระล้างอุปกรณ์สำหรับงานกู้ชีพเป็นสัดส่วนในพื้นที่	1.มีห้องให้เจ้าหน้าที่ชัดเจน 2.มีพื้นที่เก็บและชำระล้างอุปกรณ์สำหรับงานกู้ชีพเป็นสัดส่วนในพื้นที่	1.มีห้องให้เจ้าหน้าที่ชัดเจนเพียงพอ 2.มีพื้นที่เก็บและชำระล้างอุปกรณ์สำหรับงานกู้ชีพเป็นสัดส่วนในพื้นที่	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 1 อาคารสถานที่ ^{1,6,7}

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
					3.ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก	3.มีสิ่งอำนวยความสะดวก	
6.Reception/Register (บริเวณรับรองและขึ้นทะเบียน) 6.1 การจัดการพื้นที่และลักษณะเฉพาะ	ไม่มี	ใช้พื้นที่ในการพักรอ หรือเข้าแถวเพื่อติดต่อในการทำเวชระเบียนร่วมกันทั้งโรงพยาบาล	ใช้พื้นที่ในการพักรอ หรือเข้าแถวเพื่อติดต่อในการทำเวชระเบียนร่วมกันทั้งโรงพยาบาล และ มีป้ายบอกจุดชัดเจนเข้าถึงและเข้าใจง่าย	มีจุดขึ้นทะเบียนใช้ร่วมกันกับหน่วยงานอื่นแต่มีช่องทางฉุกเฉินเฉพาะ	มีจุดขึ้นทะเบียนแยกเฉพาะของหน่วยงาน	มีจุดขึ้นทะเบียนแยกเฉพาะของหน่วยงาน และมีสถานที่พักรอและสิ่งอำนวยความสะดวก	
6.2 ขนาดพื้นที่ที่เหมาะสม		ขนาดพื้นที่น้อยกว่า 25 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่ 25-50 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่ 50-75 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่เกินกว่า 75 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่อย่างน้อย 1.8ตร.ม.ต่อผู้รับบริการ 1,000รายต่อปี	
7.Triage(พื้นที่คัดแยก)	ไม่มี	มีการจัดตั้งHospital Triage เพียงอย่างเดียว	มีการจัดตั้งจุดคัดแยกเป็นสัดส่วนเฉพาะของหน่วยงานฉุกเฉิน อย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน	มีการจัดตั้งจุดคัดแยกเป็นสัดส่วนเฉพาะของหน่วยงานฉุกเฉิน อย่างน้อย 12 ชั่วโมงต่อวัน	มีการจัดตั้งจุดคัดแยกเป็นสัดส่วนเฉพาะของหน่วยงานฉุกเฉิน อย่างน้อย 16 ชั่วโมงต่อวัน	มีการจัดตั้งจุดคัดแยกเป็นสัดส่วนเฉพาะของหน่วยงานฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง	
8.Waiting area (พื้นที่รอตรวจ) 8.1 การจัดการพื้นที่	ไม่มี	1.ใช้ร่วมกับหน่วยงานอื่น	1.ใช้ร่วมกับหน่วยงานอื่น	1.มีพื้นที่และป้ายหรือสัญลักษณ์แสดงเพื่อกำหนดเฉพาะผู้ป่วยตรวจฉุกเฉิน	1.มีพื้นที่และป้ายหรือสัญลักษณ์แสดงเพื่อกำหนดเฉพาะผู้ป่วยตรวจฉุกเฉิน	1.มีพื้นที่และป้ายหรือสัญลักษณ์แสดงเพื่อกำหนดเฉพาะผู้ป่วยตรวจฉุกเฉิน	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 1 อาคารสถานที่ ^{1,6,7}

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
8.2 ลักษณะเฉพาะที่สำคัญ		2.ไม่มีเจ้าหน้าที่ดูแลติดตามอาการ	2.มีเจ้าหน้าที่ดูแลติดตามอาการ 3.ไม่สะดวกสำหรับผู้ป่วย wheelchairs, รถเข็นเด็ก, ผู้ป่วยที่ใช้ไม้เท้า	2.มีเจ้าหน้าที่ดูแลติดตามอาการ และอยู่ใกล้ Reception/Register และ triage area 3.สะดวกสำหรับผู้ป่วย wheelchairs, รถเข็นเด็ก, ผู้ป่วยที่ใช้ไม้เท้า	2.ตามเกณฑ์ Mature และมีสิ่งอำนวยความสะดวก สามารถเข้าถึงห้องน้ำ มีที่เปลี่ยนผ้าอ้อมหรือชำระเด็กทารก 3.มีสิ่งแวดล้อมที่เป็น healing environment	2.ตามเกณฑ์ Advance 3.มีสิ่งแวดล้อมที่เป็น healing environment(ประสาทสัมผัสทั้งห้า)	
8.3 ขนาดพื้นที่ที่เหมาะสม		1. ขนาดพื้นที่น้อยกว่า 25 % ของ Role model 2. มีที่นั่งรอน้อยกว่า 25 % ของ Role model	1. ขนาดพื้นที่ 25-50 % ของ Role model 2. มีที่นั่งรอ 25-50 % ของ Role model	1. ขนาดพื้นที่ 50-75 % ของ Role model 2. มีที่นั่งรอ 50-75 % ของ Role model	1. ขนาดพื้นที่เกินกว่า 75 % ของ Role model 2. มีที่นั่งรอเกินกว่า 75 % ของ Role model	1. พื้นที่อย่างน้อย 5ตร.ม. ต่อผู้รับบริการ 1,000รายต่อปี 2. มีที่นั่งรอ อย่างน้อย 1 ที่ ต่อผู้รับบริการ 1,000รายต่อปี	
9.Acute treatment area 9.1 การจัดการพื้นที่	ไม่มี	ใช้ร่วมกับพื้นที่ทั่วไป ไม่มีการจัดแยกพื้นที่ที่ชัดเจน	มีการระบุพื้นที่แยกชัดเจน แต่ยังคงใช้ร่วมกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อยกว่า	มีพื้นที่แยกชัดเจน ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อยกว่าไม่มาใช้ร่วม	มีห้องแยกเฉพาะชัดเจน	มีห้องแยกเฉพาะชัดเจนและป้ายหรือสัญลักษณ์แสดงเพื่อกำหนด	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 1 อาคารสถานที่ ^{1,6,7}

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
9.2 อุปกรณ์ที่ต้องมี		มีอุปกรณ์พื้นฐานจำเป็น อุปกรณ์ Oxyger , Suction , ชุดให้น้ำเกลือ	มีอุปกรณ์ติดตามและประเมิน อาการพร้อม ได้แก่ ECG, NIBP, SpO2 , temperature,X-Ray viewing box	เหมือนเกณฑ์ Basically Effectiveness และต้องมีอุปกรณ์ เพิ่มความสะดวก ได้แก่ Ceiling rail for IV hooks หรือ ที่แขวน น้ำเกลือที่แยกเฉพาะเตียงผู้ป่วยมี ความมั่นคงแข็งแรง	เหมือนเกณฑ์ Mature	เหมือนเกณฑ์ Advanced และมีอุปกรณ์ 1 ชุด / เตียง	
9.3 ขนาดพื้นที่ที่เหมาะสม		ขนาดพื้นที่น้อยกว่า 25 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่ 25-50 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่ 50-75 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่เกินกว่า 75 % ของ Role model	พื้นที่รวมอย่างน้อย 1ตร.ม. ต่อผู้รับบริการ 1,100รายต่อ ปี หรือ1ตร.ม.ต่อผู้ป่วย admit 400 รายต่อปี หรือ มีขนาดอย่างน้อย 12 ตาราง เมตรต่อเตียง และระยะห่าง ระหว่างเตียงอย่างน้อย 2.4 เมตร	
10.Ambulatory area(บริเวณรักษาไป-กลับ)	ใช้ร่วมกับพื้นที่ทั่วไป ไม่มี การจัดแยกพื้นที่ที่ชัดเจน	มีโซนแยกชัดเจนอยู่ในแผนก แต่ยังคงต้องใช้ร่วมกับผู้ป่วย ฉุกเฉินอยู่	มีโซนแยกชัดเจนอยู่ในแผนก โดยพื้นที่แยกจากผู้ป่วยฉุกเฉิน ชัดเจน	เข้าเกณฑ์ Basically Effectiveness และมีห้องตรวจ แยกเฉพาะผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน อย่าง น้อย 12ชม.	เข้าเกณฑ์ Basically Effectiveness และมีห้องตรวจ แยกเฉพาะผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน อย่าง น้อย 16ชม.	มีห้องตรวจแยกเฉพาะผู้ป่วย ไม่ฉุกเฉิน ตลอด24ชม.นอก แผนก	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 1 อาคารสถานที่ ^{1,6,7}

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
11.Circulatory Space พื้นที่สำรอง ในการบริหารจัดการ ผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนมากและอุบัติเหตุหมู่	ไม่มีการระบุพื้นที่สำรองในการบริหารจัดการ ผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนมากและอุบัติเหตุหมู่	มีการกำหนดพื้นที่สำรองในการบริหารจัดการ ผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนมากและอุบัติเหตุหมู่	1.มีการกำหนดพื้นที่สำรองในการบริหารจัดการ ผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนมากและอุบัติเหตุหมู่ 2.มีป้ายแสดงตำแหน่งของพื้นที่สำรองที่มองเห็นได้อย่างชัดเจน	1. มีครบตามBasic 2. ป้ายแสดงตำแหน่งของพื้นที่สำรองตรงตามที่กำหนดไว้ในแผน	1. มีครบตามMature 2. พื้นที่สำรอง ในการบริหารจัดการ ผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนมากและอุบัติเหตุหมู่ สามารถใช้งานได้จริง	1. มีครบตามAdvanced 2. มีการทบทวนพื้นที่สำรองที่กำหนดไว้ทุกปีและ/หรือมีการถอดบทเรียนประเมินความเหมาะสมของพื้นที่สำรองหลังเกิดเหตุการณ์จริง	
12.Staff Relaxation area (พื้นที่สำหรับพักผ่อนหรือผ่อนคลายของเจ้าหน้าที่ในช่วงคาบหยุดพัก โดยเป็นพื้นที่รับประทานอาหาร นอนหลับ ทำกิจกรรมส่วนตัวที่ผ่อนคลายต่างๆ)	ไม่มี	ใช้ร่วมกับหน่วยงานอื่น	ใช้พื้นที่ร่วมกับพื้นที่อื่นภายในER	จัดเป็นพื้นที่แยกเฉพาะแต่ไม่มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการรับประทานอาหาร 2.มีห้องสำหรับนอนพักผ่อน มีตู้เก็บของส่วนตัว เปลี่ยนเสื้อผ้าได้	1.จัดเป็นพื้นที่เฉพาะ 2.มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกเช่นตู้เย็น ไมโครเวฟ กระติกน้ำร้อน เป็นต้น 2.มีห้องสำหรับนอนพักผ่อน มีตู้เก็บของส่วนตัว เปลี่ยนเสื้อผ้าได้ 3.มีห้องสุขา ห้องอาบน้ำภายในส่วนพักเป็นสัดส่วน ปลอดภัย แยกจากส่วนบริการ	1.มีห้องพักเป็นสัดส่วน 2.มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกเช่นตู้เย็น ไมโครเวฟ กระติกน้ำร้อน เป็นต้น 2.มีห้องสำหรับนอนพักผ่อน มีตู้เก็บของส่วนตัว เปลี่ยนเสื้อผ้าได้ 3.มีห้องสุขา ห้องอาบน้ำภายในส่วนพักเป็นสัดส่วน ปลอดภัย แยกจากส่วนบริการ	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 1 อาคารสถานที่ ^{1,6,7}

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
						4.มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก ในการผ่อนคลายร่างกาย จิตใจ เช่น เครื่องเสียง relaxation music อุปกรณ์ออกกำลังกาย เป็นต้น	
13. บริเวณหัตถการพิเศษ (เช่น ห้องผ่าตัด ห้องตรวจพิเศษ จำเพาะโรค ห้องแยกสำหรับโรคติดต่อ เป็นต้น)	ไม่มี ดูแลปะปนกันกับผู้ป่วยทั่วไป	จัดพื้นที่ทำหัตถการ หรือแยกโรค รวมอยู่ในแผนก แต่ไม่ได้คำนึงถึงหลักกลศาสตร์การไหลของอากาศและการแพร่กระจายเชื้อ	จัดพื้นที่ทำหัตถการ หรือแยกโรค รวมอยู่ในแผนก โดยพิจารณาถึงหลักกลศาสตร์การไหลของอากาศและการแพร่กระจายเชื้อ	มีห้องแยกโรคสำหรับโรคติดต่อ ห้องผ่าตัด ห้องตรวจพิเศษเฉพาะโรค แต่ไม่ได้คำนึงถึงหลักกลศาสตร์การไหลของอากาศและการแพร่กระจายเชื้อ	มีห้องแยกโรคสำหรับโรคติดต่อ ห้องผ่าตัด ห้องตรวจพิเศษเฉพาะโรค โดยพิจารณาถึงหลักกลศาสตร์การไหลของอากาศและการแพร่กระจายเชื้อ		
14. ห้องเรียน 14.1 การจัดการพื้นที่ 14.2 อุปกรณ์ที่ต้องมี	ไม่มี	ใช้ร่วมกับห้องประชุมของโรงพยาบาล	ใช้ร่วมกับห้องประชุมของโรงพยาบาล	1. ใช้ร่วมกับห้องประชุมของแผนก 2.มีอุปกรณ์ที่ใช้อำนวยความสะดวกเรียน การสอน ได้แก่ DVD,Television , Slide projector,Overhead projector,Whiteboard, Computer,X-Ray viewer,Telephone	1.มีห้องเรียนแยกเฉพาะ 2.มีอุปกรณ์ที่ใช้อำนวยความสะดวกเรียน การสอน ได้แก่ DVD,Television ,Slide projector,Overhead projector,Whiteboard, Computer,X-Ray viewer,Telephone	1.มีห้องเรียนแยกเฉพาะ 2.มีอุปกรณ์ที่ใช้อำนวยความสะดวกเรียน การสอน ได้แก่ DVD,Television ,Slide projector,Overhead projector,Whiteboard, Computer,X-Ray viewer,Telephone	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 1 อาคารสถานที่ ^{1,6,7}

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
14.3 ขนาดพื้นที่ที่เหมาะสม		ขนาดพื้นที่น้อยกว่า 25 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่ 25-50 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่ 50-75 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่เกินกว่า 75 % ของ Role model	พื้นที่ขนาดอย่างน้อย 0.8 ตร.ม.ต่อผู้รับบริการ 1,000 รายต่อปี	
15. สำนักงาน(ใช้เป็นสถานที่สำหรับการทำงานของฝ่ายบริหารของหน่วยงาน)	ไม่มี	มีโต๊ะแยกต่างหาก	มีห้องเป็นสัดส่วน	เหมือน Basically Effective มีโต๊ะแยกประจำตัวผู้บริหาร	เหมือน Mature ที่เก็บเอกสาร อุปกรณ์อำนวยความสะดวก อุปกรณ์สื่อสาร	เหมือน Advance	
16. หน่วยสังเกตอาการ(short stay unit) สำหรับผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาที่ใช้เวลาน้อยกว่า 24 ชม.							
16.1 การจัดการพื้นที่	ไม่มี	มีพื้นที่ให้สังเกตอาการอยู่ในพื้นที่ส่วนรวม ใช้อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ร่วมกับส่วนอื่น	มีพื้นที่ให้สังเกตอาการอยู่ในพื้นที่ส่วนรวมโดยกันพื้นที่ชัดเจน และเจ้าหน้าที่ดูแลแยกจากส่วนบริการอื่น	มีห้องแยกเป็นสัดส่วน มีstaff station และเจ้าหน้าที่ดูแลแยกจากส่วนบริการอื่น แต่ไม่ได้ทำ admit chart	มีห้องแยกเป็นสัดส่วนมีstaff station และเจ้าหน้าที่ดูแลแยกจากส่วนบริการอื่นและทำadmit chart	มีห้องแยกเป็นสัดส่วนมีstaff station และเจ้าหน้าที่ดูแลแยกจากส่วนบริการอื่นและทำadmit chart	
16.2 ขนาดพื้นที่ที่เหมาะสม		ขนาดพื้นที่น้อยกว่า 25 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่ 25-50 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่ 50-75 % ของ Role model	ขนาดพื้นที่เกินกว่า 75 % ของ Role model	จำนวนอย่างน้อย 1 เตียงต่อผู้รับบริการ 4,000รายต่อปี	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 1 อาคารสถานที่^{1,6,7}

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
ตอนที่2 การประเมินด้านการบริหารจัดการ 1.ด้านความปลอดภัย	ไม่มีนโยบายการจัดการด้านความปลอดภัยเกี่ยวกับอาคารสถานที่	1.มีนโยบายการจัดการความปลอดภัยเกี่ยวกับอาคารสถานที่ 2.มีผู้รับผิดชอบดูแลเรื่องอาคารสถานที่เป็นลายลักษณ์อักษร	1.มีแผนการดูแลรักษาตรวจสอบเชิงรุกเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยระดับรพ.อันได้แก่ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย วัตถุอันตราย เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ และระบบสาธารณสุขโรค 2.มีผู้รับผิดชอบดูแลเรื่องอาคารสถานที่เป็นลายลักษณ์อักษร	1.เหมือน Basically Effective และ หน่วยงานถูกเงินได้รับการตรวจสอบด้านความปลอดภัย สิ่งแวดล้อมทุก 6เดือน ในส่วนบริการ และทุก 1 ปี ในส่วนสนับสนุน 2.มีแผนการดูแลรักษาเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ และสาธารณสุขโรคโดยมีผู้รับผิดชอบระดับหน่วยงาน และทราบถึงแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	1.เหมือน Mature และ หน่วยงานนำผลการตรวจสอบระดับรพ.มาปรับแผนการดูแลรักษาทุก 1 ปี 2.หน่วยงานถูกเงินได้รับการตรวจสอบความปลอดภัยจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	เหมือน Advanced และ มีความต่อเนื่องอย่างน้อย 2 รอบการประเมิน	
2.การป้องกันอัคคีภัย	รพ.ไม่มีนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันอัคคีภัย	1.รพ.มีนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันอัคคีภัย	1.รพ.มีแผนการจัดการอัคคีภัยในรพ.	1. รพ.มีแผนการจัดการอัคคีภัยในทุกหน่วยงาน ตลอดจนแผนการลดความเสียหายที่เกิดจากอัคคีภัยในหน่วยงาน	1. รพ. มีการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยทุกปี	เหมือน Advanced มีความต่อเนื่องอย่างน้อย 2 รอบการประเมิน	

มิติที่ 2. การประเมินคณะกรรมการหรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 1 อาคารสถานที่^{1,6,7}

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
		2.มีผู้รับผิดชอบดูแลเรื่อง การป้องกันอัคคีภัยเป็น ลายลักษณะอักษร	2.มีแผนดูแลรักษาเครื่องมือ ในการป้องกันและควบคุม อัคคีภัย โดยระบุผู้รับผิดชอบ	2.มีแผนดูแลรักษาเครื่องมือ ในการป้องกันและควบคุม อัคคีภัย โดยระบุผู้รับผิดชอบ	2. มีการวิเคราะห์หลังการ ซ่อมแผน และมีการ ปรับเปลี่ยนแผนทุกปี		
3.สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี	ไม่มี	1.รพ.มีนโยบายเกี่ยวกับการดูแลสิ่งแวดล้อมของ โรงพยาบาล 2.มีผู้รับผิดชอบดูแลเรื่อง สิ่งแวดล้อมของ โรงพยาบาลเป็นลาย ลักษณะอักษร	1.รพ.มีแผนการจัดการปรับ สิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมี สุขภาพดี ทั้งผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ทุกระดับ 2.มีอุปกรณ์และ สภาพแวดล้อมที่ลดโอกาส การป่วยหรือบาดเจ็บจาก การปฏิบัติงาน เช่น ความ สูงของโต๊ะเก้าอี้ ระดับแสง สว่างที่เหมาะสม การ ไหลเวียนอากาศที่ได้ มาตรฐาน 3.มีนโยบายการใช้ระบบ 5 ส ในการดูแลความ เรียบร้อยของอาคารสถานที่	1.เหมือน Basically Effective และจัด สิ่งแวดล้อมที่ผ่อนคลายใน หน่วยงาน 2.หน่วยงานมีส่วนร่วมในการ ช่วยลดของเสีย (Reduce/Reuse/Recycle)	เหมือน Mature และจัด สิ่งแวดล้อมที่ผ่อนคลายทุก จุดของรพ.	เหมือน Advanced และมี ความต่อเนื่องอย่างน้อย 2 รอบการประเมิน	

มติที่ 2. การประเมินคณะกรรมการหรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 1 อาคารสถานที่^{1,6,7}

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
4.การควบคุมการติดเชื้อ	ไม่มี	มีนโยบายกลยุทธ์และมาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของรพ. ที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ผู้มาเยือน และบุคลากรของรพ. โดยระบุผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน	เหมือน Beginning และมีระบบ IC ที่เหมาะสม เป็นที่ยอมรับเป็นไปตามกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง	1. เหมือน Basically Effective และมีการวิเคราะห์จุดเสี่ยงของการติดเชื้อในกระบวนการงาน ECS คุณภาพ เพื่อสร้างจุดเน้นในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 2. หน่วยงานมีแผนการควบคุมการติดเชื้อที่สอดคล้องกับโรงพยาบาล โดยมีจุดเน้นคือ - ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ - ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจรุนแรงที่ต้องการห้อง negative pressure - โรคติดต่อที่มาพร้อมกันคราวละหลายๆ - การจัดการขยะ - วัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์หมดอายุ - การเก็บเข็มและของมีคม	1. เหมือน Mature และมี การทบทวนแล้วพบ อุบัติการณ์การติดเชื้อ วิเคราะห์และวางแผน ทางแก้ไขปรับเปลี่ยนเชิง ระบบในกระบวนการงาน ECS อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2. มี ICN 1 คน ต่อ 200 เตียง และกรณีรพ. ขนาด น้อยกว่า 90 เตียง ต้องได้รับการอบรมหลักสูตรอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หากขนาด มากกว่า 90 เตียง ICN ต้อง ได้รับการอบรมหลักสูตร อย่างน้อย 4 เดือน มีหน้าที่ ช่วยดูแลและสนับสนุนระบบ การควบคุมการติดเชื้อใน หน่วยงาน	เหมือน Advanced และมี ความต่อเนื่องกันอย่างน้อย 2 รอบการประเมิน	

มติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 2 บุคลากร

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
1. ED director	ไม่มี	มี แต่ไม่มีคำสั่งแต่งตั้ง มอบหมายเป็นทางการ และไม่มี มีบทบาทชัดเจน	พอ.มีคำสั่งแต่งตั้งมอบหมาย เป็นทางการ และมีบทบาท ชัดเจน	มีหัวหน้าแพทย์ดูแลระบบได้ ตลอด 24ชม และมีอายุงานใน โรงพยาบาลอย่างน้อย 2 ปี	มีหัวหน้าแพทย์ดูแลระบบได้ ตลอด 24ชม มีอายุงานใน โรงพยาบาลอย่างน้อย 3 ปี	มีหัวหน้าแพทย์ดูแลระบบได้ตลอด 24ชม มีอายุงานมากกว่า 3 ปี	
2. แพทย์แผนกฉุกเฉิน							
2.1 แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	ไม่มี	มีปฏิบัติงานเฉพาะในเวลา ราชการ	มีปฏิบัติงานประจำเวรเช้าใน เวลาราชการ เวรบ่ายตามได้	มีปฏิบัติงานประจำเวรเช้าบ่าย ในวันราชการ	มี ปฏิบัติงานประจำเวรเช้า บ่าย ในวันราชการ นอก เวลาปรึกษาได้ตลอด	มีปฏิบัติงานประจำตลอด 24 ชม	
2.2 แพทย์สาขาอื่น/GP	ไม่มี	มีปฏิบัติงานเฉพาะในเวลา ราชการ (ใช้ร่วมกับแผนกอื่น)	มีปฏิบัติงานประจำเวรเช้าในวัน เวลาราชการ ปฏิบัติงานเฉพาะ ER , เวรบ่ายเป็นแพทย์เวรใช้ ร่วมตามได้	มี ปฏิบัติงานประจำเวรเช้าทุก วัน และมีในเวรบ่ายทุกวัน (ใช้ ร่วม)	มีปฏิบัติงานประจำเวรเช้า- บ่าย ทุกวัน ประจำเฉพาะ ER	มีปฏิบัติงานประจำตลอด 24 ชม ปฏิบัติงานเฉพาะ ER	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 2 บุคลากร

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
2.3 Forensic (แพทย์นิติเวช)	ไม่มี	มี ในเวลาราชการ	มีปฏิบัติงานประจำเวรเช้าในวันเวลาราชการ เวรป่วยตามได้	มี ปฏิบัติงานประจำเวรเข้าป่วย ในเวลาราชการ	มีปฏิบัติงานประจำเวรเข้าป่วย ในวันเวลาราชการ นอกเวลาตามได้ตลอด	มีปฏิบัติงานประจำตลอด 24 ชม	
3.พยาบาล							
3.1 Head nurse	ไม่มี	มี แต่ไม่มีคำสั่งแต่งตั้งตามลายลักษณ์อักษร	มีคำสั่งแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษร	1.มีคำสั่งแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษร 2. ทำหน้าที่ภารกิจด้านบริหาร 70% ปฏิบัติการ 30% 3. ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการบริหารการพยาบาลหลักสูตร 4 เดือน หรือผู้บริหารระดับต้น หรือจบปริญญาโทสาขาเฉพาะบริหารการพยาบาล 4. ทำงานER น้อยกว่า 5 ปี	1.มีคำสั่งแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษร 2. ทำหน้าที่ภารกิจด้านบริหาร 70% ปฏิบัติการ 30% 3. ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการบริหารการพยาบาลหลักสูตร 4 เดือน หรือผู้บริหารระดับต้น หรือจบปริญญาโทสาขาเฉพาะบริหารการพยาบาล 4. ทำงาน ER มากกว่า 5 ปี	1. ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการบริหารการพยาบาลหลักสูตร 4 เดือน หรือ ผู้บริหารระดับต้น หรือ จบปริญญาโทสาขาเฉพาะ 2. ทำงานER มากกว่า 10 ปี	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 2 บุคลากร

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
3.2 EN /ENP	ไม่มีพยาบาลที่ผ่านการอบรม EN /ENP	มีพยาบาลที่ผ่านการอบรม EN /ENP แต่ปฏิบัติตามเวรปกติไม่เจาะจง (มีบ้าง-ไม่มีบ้าง)	มีพยาบาลที่ผ่านการอบรม EN /ENP มีปฏิบัติการในเวรเข้าปกติ	มีพยาบาลที่ผ่านการอบรม EN /ENP มีปฏิบัติการเฉพาะในเวรเข้า บ่าย	1.มีพยาบาลที่ผ่านการอบรม EN /ENP ครบทุกเวรอย่างน้อยเวรละ 1 คน 2. มากกว่า 50% ของพยาบาลวิชาชีพ ENP ผ่านการอบรม EN /ENP	1. มีพยาบาลที่ผ่านการอบรม EN /ENP ครบทุกเวรอย่างน้อยเวรละ 1 คน 2. พยาบาลวิชาชีพ ENP ทุกคนผ่านการอบรม EN /ENP	
3.3 RN	มีประจำ แต่ต้องปฏิบัติงานในส่วนงานอื่นด้วย และผลผลิตภาพของหน่วยงาน (Productivity) รวมเกิน 110%	1.มีประจำ ER ตลอด โดยไม่ต้องปฏิบัติงานในส่วนงานอื่น แต่ Productivity รวมเกิน 110% 2.ผ่านการอบรมหลักสูตร ACLS 100%	1.ผลผลิตภาพของหน่วยงานอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (Productivity) คือ 90-110% และมีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 50% ของ FTE 2.ผ่านการอบรมหลักสูตร ACLS และพยาบาลกู้ชีพเป็นอย่างน้อย	1.ผลผลิตภาพของหน่วยงานอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (Productivity) คือ 90-110% และมีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 60% ของ FTE 2. พยาบาลวิชาชีพอุบัติเหตุฉุกเฉินผ่านการประเมินสมรรถนะ (Competency) ≥ 50% 3.ผ่านการอบรมหลักสูตร ACLS พยาบาลกู้ชีพและการพยาบาลฉุกเฉินเป็นอย่างน้อย	1.ผลผลิตภาพของหน่วยงานอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (Productivity) คือ 90-110% และมีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 70% ของ FTE 2. พยาบาลวิชาชีพอุบัติเหตุฉุกเฉินผ่านการประเมินสมรรถนะ (Competency) ≥ 50% 3.ความพึงพอใจของบุคลากรและบรรยากาศการทำงานมากกว่า 85%	1.ผลผลิตภาพของหน่วยงานอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (Productivity) คือ 90-110% และมีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 80% ของ FTE 2. พยาบาลวิชาชีพอุบัติเหตุฉุกเฉินผ่านการประเมินสมรรถนะ (Competency) ≥ 80% 3. ความพึงพอใจของบุคลากรและบรรยากาศการทำงานมากกว่า 85%	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 2 บุคลากร

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
					4.ผ่านการอบรมหลักสูตร ACLS ATLS พยาบาลกู้ชีพ การพยาบาลฉุกเฉิน การคัดแยกผู้ป่วย และการพยาบาลสาธารณสุขเป็นอย่างน้อย	4.ได้รับการอบรมด้านการพยาบาลที่เกี่ยวข้องเรื่องการคัดกรอง การช่วยฟื้นคืนชีพ การช่วยแพทย์ทำหัตถการที่สำคัญ เจาะปอด Cut Down การดูแลกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง stroke ACS HI Sepsis 80%	
3.4 Nurse Aid / ผู้ช่วยพยาบาล	ไม่มี	มีเฉพาะเวรเช้าแต่ต้องปฏิบัติงานในส่วนงานอื่นด้วย	มีเฉพาะเวรเช้า 1 คน อยู่ประจำER ไม่ต้องปฏิบัติงานในส่วนงานอื่น	1. มีเฉพาะเวรเช้าและบ่าย เวิร์ล 1 คนอยู่ประจำER ไม่ต้องปฏิบัติงานในส่วนงานอื่น 2.ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน(BLS) การควบคุมการติดเชื้อ(IC)	1.มีครบเช้า บ่าย ดึก อยู่ประจำER ไม่ต้องปฏิบัติงานในส่วนงานอื่น 2.ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน (BLS) การควบคุมการติดเชื้อ (IC)	1. มีปฏิบัติงานประจำERตลอด24 ชม. 2. ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับงาน ไม่ต่ำกว่า 3 วัน ต่อคนต่อปี	
4. บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ							

มติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 2 บุคลากร

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
4.1 EMT-I	ไม่มี	มีเฉพาะเวรเข้า/ใช้ร่วมกับ หน่วยงานอื่น	มี 1 เวน ใน 1 วัน (อาจเป็น เข้า-ป่วย หรือ ดึก ก็ได้) ไม่ เจาะจง	มีมากกว่า 1 เวน แต่ไม่ครบ 3 เวน	1.มีครบเข้าป่วยดึก 2.ผ่านการอบรมหลักสูตร การช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน (BLS) การจัดการสาธารณสุขภัย	1. ได้รับการฝึกอบรมผู้ช่วยเหลือ ผู้ป่วยเพิ่มเติมหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง กับงานไม่ต่ำกว่า 3 วัน ต่อคนต่อปี 2.ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วย ฟื้นคืนชีพพื้นฐาน(BLS) การ จัดการสาธารณสุขภัย mini-MERT กู้ชีพทางน้ำ การลำเลียงทาง อากาศยาน	
4.2 EMI-B	ไม่มี	มีเฉพาะเวรเข้า/ใช้ร่วมกับ หน่วยงานอื่น	มี 1 เวน ใน 1 วัน (อาจเป็น เข้า-ป่วย หรือ ดึก ก็ได้) ไม่ เจาะจง	มีมากกว่า 1 เวน แต่ไม่ครบ 3 เวน	1.มีครบเข้าป่วยดึก 2.ผ่านการอบรมหลักสูตร การช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน (BLS) การจัดการสาธารณสุขภัย , ESB , IC	1. ได้รับการฝึกอบรมผู้ช่วยเหลือ ผู้ป่วยเพิ่มเติมหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง กับงานไม่ต่ำกว่า 3 วัน ต่อคนต่อปี 2.ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วย ฟื้นคืนชีพพื้นฐาน(BLS) การ จัดการสาธารณสุขภัย mini-MERT กู้ชีพทางน้ำ การลำเลียงทาง อากาศยาน	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 2 บุคลากร

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
4.2 เวิร์กเพล	ไม่มี	1. มี/ปฏิบัติหน้าที่อื่นร่วมด้วย 2. ผ่านการอบรม ยกเคลื่อนย้าย ,BLS , IC , ESB	1. มีเฉพาะเวิร์กเข้า 2. ผ่านการอบรม ยกเคลื่อนย้าย ,BLS , IC , ESB	1. มีเฉพาะเวิร์กเข้า ป้าย 2. ผ่านการอบรม ยกเคลื่อนย้าย ,BLS , IC , ESB	1. มีเฉพาะเวิร์กเข้า ป้าย ดีก ผ่านการอบรม 2. ผ่านการอบรม ยกเคลื่อนย้าย ,BLS , IC , ESB	1. มีครบเข้า ป้าย ดีก 2. ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับงานไม่ต่ำกว่า 3 วัน ต่อคนต่อปี	
4.3 เจ้าหน้าที่ธุรการฉุกเฉิน	ไม่มี	มีเฉพาะเวิร์กเข้าวันราชการ แต่ทำหน้าที่อื่นร่วมด้วย เช่น ทำบัตร	มีเฉพาะเวิร์กเข้าวันราชการ และทำหน้าที่เฉพาะงานธุรการ	มีเฉพาะในเวิร์กเข้าทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ และทำหน้าที่เฉพาะงานธุรการ	มีเฉพาะในเวิร์กเข้าและเวิร์กเข้าป้ายทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ และทำหน้าที่เฉพาะงานธุรการ	มีครบเวิร์กเข้า ป้าย ดีก ทุกวัน และทำหน้าที่เฉพาะงานธุรการ	
4.4 เจ้าหน้าที่ทำความสะอาด	ไม่มี	มี/ปฏิบัติหน้าที่อื่นร่วมด้วย	มีเฉพาะเวิร์กเข้า	มีเฉพาะเวิร์กเข้า ป้าย	มีเฉพาะเวิร์กเข้า ป้าย ดีก ผ่านการอบรม	มีครบเข้า ป้าย ดีก ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับงานไม่ต่ำกว่า 3 วัน ต่อคนต่อปี	

มิติที่ 2. การประเมินคณการทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 3 การรักษาพยาบาล 1,8(Intra-hospital Care)

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
1. Triage 1.1 triage system	1.แผนกฉุกเฉินไม่มีการคัดแยกผู้ป่วย ด้วยระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นที่ยอมรับเพียงหนึ่งในระดับจังหวัด	1.แผนกฉุกเฉินมีการคัดแยกผู้ป่วยด้วยระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นที่ยอมรับเพียงหนึ่งในระดับจังหวัด แต่เป็นระบบที่แตกต่างกับแผนกผู้ป่วยนอก	1.แผนกฉุกเฉินมีการคัดแยกผู้ป่วยด้วยระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นที่ยอมรับเพียงหนึ่งในระดับจังหวัด แต่เป็นระบบที่แตกต่างกับแผนกผู้ป่วยนอก	1.แผนกฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอกมีการใช้ระบบการคัดแยกเป็นระบบเดียวกัน โดยใช้ระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นที่ยอมรับเพียงหนึ่งในระดับจังหวัด	1.แผนกฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอกมีการใช้ระบบการคัดแยกเป็นระบบเดียวกัน โดยใช้ระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นที่ยอมรับเพียงหนึ่งในระดับจังหวัด	1.แผนกฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอกมีการใช้ระบบการคัดแยกเป็นระบบเดียวกัน โดยใช้ระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นที่ยอมรับเพียงหนึ่งในระดับจังหวัด	
		2.สามารถนำผลการคัดแยกผู้ป่วยมาร่วมในการตัดสินใจจัดลำดับในการดูแลผู้ป่วยได้จริง	2.สามารถนำผลการคัดแยกผู้ป่วยมาร่วมในการตัดสินใจจัดลำดับในการดูแลผู้ป่วยได้จริง	2.สามารถนำผลการคัดแยกผู้ป่วยมาร่วมในการตัดสินใจจัดลำดับในการดูแลผู้ป่วยได้จริง	2.สามารถนำผลการคัดแยกผู้ป่วยมาร่วมในการตัดสินใจจัดลำดับในการดูแลผู้ป่วยได้จริง	2.สามารถนำผลการคัดแยกผู้ป่วยมาร่วมในการตัดสินใจจัดลำดับในการดูแลผู้ป่วยได้จริง	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 3 การรักษาพยาบาล 1,8(Intra-hospital Care)

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
			3.มีผลการทบทวนความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย	3.มีผลการทบทวนความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย	3.มีผลการทบทวนความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย และมีการนำผลการทบทวนมาปรับใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยใหม่	3.มีผลการทบทวนความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย และมีการนำผลการทบทวนมาปรับใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยและมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยเชิงประจักษ์	
				4.ไม่มีหลักฐานกระบวนการหรือวิธีการ re-evaluation หรือ re-triage ผู้ป่วยที่รอรับการตรวจที่ERเป็นระยะๆ	4.มีหลักฐานกระบวนการ หรือวิธีการ re-evaluation หรือ re-triage ผู้ป่วยที่รอรับการตรวจที่ERเป็นระยะๆ	4.มีหลักฐานกระบวนการ หรือวิธีการ re-evaluation หรือ re-triage ผู้ป่วยที่รอรับการตรวจที่ERเป็นระยะๆ	

มิติที่ 2. การประเมินคณการทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 3 การรักษาพยาบาล 1,8(Intra-hospital Care)

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Begining	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
1.2 triage personnel	ผู้ประเมินคัดแยกผู้ป่วย ไม่ผ่านการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน	ผู้ประเมินคัดแยกผู้ป่วย ผ่านการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน	ผู้ประเมินคัดแยกผู้ป่วย เป็นผู้ช่วยเวชกรรมระดับ นฉพ.หรือ จฉพ. หรือ พยาบาลวิชาชีพอายุงาน น้อยกว่า 1 ปี ที่ผ่านการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นผู้มีหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยเกินกว่า 50% ของช่วงเวลา	ผู้ประเมินคัดแยกผู้ป่วยเป็น พยาบาลวิชาชีพอายุงาน มากกว่า 1ปี และผ่านการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นผู้มีหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยเกินกว่า 50%ของช่วงเวลา	ผู้ประเมินคัดแยกผู้ป่วยเป็น พยาบาลวิชาชีพอายุงานมากกว่า 3 ปี และผ่านการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นผู้มีหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยเกินกว่า 50%ของช่วงเวลา	ผู้ประเมินคัดแยกผู้ป่วยเป็น พยาบาลวิชาชีพอายุงานมากกว่า 3 ปี และผ่านการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นผู้มีหน้าที่คัดแยกผู้ป่วย 100%ของช่วงเวลา	
2. Resuscitation	1.ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิตได้รับการดูแลภายใน 4 นาที <100%	1.ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิตได้รับการดูแลทันที ภายใน 4 นาที <100%	1.ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิตได้รับการดูแลทันที ภายใน 4 นาที ครบ100%	1.ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิตได้รับการดูแลทันที ภายใน 4 นาที ครบ 100%	1.ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิต ได้รับการดูแลทันที ภายใน 4 นาที ครบ 100%	1.ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิต ได้รับการดูแลทันที ภายใน 4 นาที ครบ 100%	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 3 การรักษาพยาบาล 1,8(Intra-hospital Care)

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
2.ไม่มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิต		2.มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิต	2.มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิต	2.มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิต และนำผลการทบทวนมาปรับหรือสร้างแนวทาง/กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามแก่ชีวิตที่พบของหน่วยงานโดยเข้าได้กับบริบทของโรงพยาบาล	2.มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิต และนำผลการทบทวนมาปรับหรือสร้างแนวทาง/กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามแก่ชีวิตที่พบของหน่วยงานโดยเข้าได้กับบริบทของโรงพยาบาล	2.มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิต และนำผลการทบทวนมาปรับหรือสร้างแนวทาง/กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามแก่ชีวิตที่พบของหน่วยงานโดยเข้าได้กับบริบทของโรงพยาบาล	
					3.อัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในแผนกฉุกเฉิน (Intra- ED cardiac arrest)ของผู้ป่วยหนัก (cat 1)ลดลง และการฟื้นชีพของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล(Out of hospital cardiac arrest)ที่ยังไม่มีsign of deathเพิ่มขึ้น	3.อัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในแผนกฉุกเฉิน (Intra- ED cardiac arrest)ของผู้ป่วยหนัก (cat 1)ลดลง และการฟื้นชีพของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล(Out of hospital cardiac arrest)ที่ยังไม่มีsign of deathเพิ่มขึ้น	
					4.สร้างเครื่องมือหรือนวัตกรรมที่พิสูจน์แล้วว่าผลดีในการช่วยชีวิตผู้ป่วย		

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 3 การรักษาพยาบาล 1,8(Intra-hospital Care)

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
3. Stabilization (การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีอาการคงที่จนกระทั่งส่งต่อให้ผู้รับผลงานภายใน หรือหอผู้ป่วยใน)	ไม่มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงเมื่อส่งต่อให้ผู้รับผลงานภายใน	1. มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงเมื่อส่งต่อให้ผู้รับผลงานภายใน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	1. มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงเมื่อส่งต่อให้ผู้รับผลงานภายใน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	1. มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงเมื่อส่งต่อให้ผู้รับผลงานภายใน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	1. มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงเมื่อส่งต่อให้ผู้รับผลงานภายใน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	1. มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงเมื่อส่งต่อให้ผู้รับผลงานภายใน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	
			2. มีเอกสารและผลการทบทวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงเมื่อส่งต่อให้ผู้รับผลงานภายใน เฉพาะหน่วยงานตัวเอง	2. มีเอกสารและผลการทบทวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงเมื่อส่งต่อให้ผู้รับผลงานภายใน ระหว่างหน่วยงาน	2. มีเอกสารและผลการทบทวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงเมื่อส่งต่อให้ผู้รับผลงานภายใน ระหว่างหน่วยงานแบบสหสาขาวิชาชีพ	2. มีเอกสารและผลการทบทวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงเมื่อส่งต่อให้ผู้รับผลงานภายใน ระหว่างหน่วยงานแบบสหสาขาวิชาชีพ	
			3. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้จากการทบทวนผลการดูแลผู้ป่วย ภายในหน่วยงาน	3. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มศักยภาพการดูแลรักษาหรือวินิจฉัยโรคผู้ป่วย ที่ได้จากการทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยภายในหน่วยงาน	3. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย และเพิ่มศักยภาพการดูแลรักษาหรือวินิจฉัยโรคผู้ป่วย ที่ได้จากการทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยภายในหน่วยงาน	3. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย และเพิ่มศักยภาพการดูแลรักษาหรือวินิจฉัยโรคผู้ป่วย ที่ได้จากการทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยภายในหน่วยงาน	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 3 การรักษาพยาบาล 1,8(Intra-hospital Care)

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
					4.มีเครื่องมือหรือนวัตกรรมที่พิสูจน์แล้วว่าทำให้ผลการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น	4.มีเครื่องมือหรือนวัตกรรมที่พิสูจน์แล้วว่าทำให้ผลการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	
4. Special track 4.1 AMI Fast Track 4.2 Stroke Fast Track	ไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke STEMI, Fast Track	มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke ,STEMI Fast Track	มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยและหลักฐานการทบทวน Stroke ,STEMI Fast Track โดยพบมีการปฏิบัติตามแนวทางมากกว่า 80%	มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยและหลักฐานการทบทวน Stroke ,STEMI Fast Track โดยพบมีการปฏิบัติตามแนวทาง 100%	มีการกำหนดและวิเคราะห์ตัวชี้วัดรายโรค	นำผลการวิเคราะห์ตัวชี้วัดรายโรคมาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย	
5. Definitive care เช่น CCU, ICU, Burn Unit, ห้องผ่าตัด	ไม่มีเกณฑ์การรับผู้ป่วยไว้ในหน่วยบำบัดวิกฤตของโรงพยาบาล	1.มีเกณฑ์การรับผู้ป่วยจากแผนกฉุกเฉินไว้ในหน่วยบำบัดวิกฤตของโรงพยาบาล แต่ละหน่วยชัดเจนแสดงให้เห็นได้เป็นลายลักษณ์อักษรผ่านการเห็นชอบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว	1. สามารถรับดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรับผู้ป่วย ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้<50%	1. สามารถรับดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรับผู้ป่วย ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้>50%	1. สามารถรับดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรับผู้ป่วย ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้>75%	1. สามารถรับดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรับผู้ป่วย ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้100%	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 3 การรักษาพยาบาล ^{1,8(Intra-hospital Care)}

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
		2. มีการเก็บอุบัติการณ์การไม่สามารถรับผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้	2. มีแผนการจัดการที่เหมาะสม กรณีมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์รับไว้ในหน่วยบำบัดวิกฤตเกินกว่าจำนวนเตียงที่รับได้	2. มีแผนการจัดการที่เหมาะสม กรณีมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์รับไว้ในหน่วยบำบัดวิกฤตเกินกว่าจำนวนเตียงที่รับได้	2. มีแผนการจัดการที่เหมาะสม กรณีมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์รับไว้ในหน่วยบำบัดวิกฤตเกินกว่าจำนวนเตียงที่รับได้	2. มีแผนการจัดการที่เหมาะสม กรณีมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์รับไว้ในหน่วยบำบัดวิกฤตเกินกว่าจำนวนเตียงที่รับได้	

หมายเหตุ

- ระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นที่ยอมรับเพียงหนึ่งเดียวในระดับจังหวัด ยกตัวอย่าง ทุกจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 4 มีใช้ระบบการคัดแยกผู้ป่วยของตนเอง หรือ R4TS (Region 4 Triage System) เป็นต้น
- ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบและข้อจำกัดในการปฏิบัติการแพทย์ของผู้ช่วยเวชกรรมตามคำสั่งการแพทย์หรือการอำนวยความสะดวก พ.ศ. ๒๕๕๖

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 4 MCI and Disaster management

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
1. การเตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินหมู่ หมายถึงมีความสามารถในการระดม บุคลากรและทรัพยากรต่างๆเพื่อจัดการ ในด้านการรักษาพยาบาลในกรณีที่มี การบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจำนวนมาก เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล พร้อมๆกัน	1.โรงพยาบาลไม่มีการ วิเคราะห์โอกาสเสี่ยงของ โรงพยาบาลต่อชนิดหรือ รูปแบบของภาวะฉุกเฉินหมู่ (Risks) 2.ไม่มีแผนรองรับภาวะ ฉุกเฉินหมู่	1.โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์ โอกาสเสี่ยงของโรงพยาบาล ต่อชนิดหรือรูปแบบของภาวะ ฉุกเฉินหมู่(Risks) 2.มีแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน หมู่แต่ไม่สอดคล้องกับบริบท ของ รพ.* 3.หน่วยงานต่างๆมีส่วนร่วม ในการทำแผนฯน้อยกว่า 50%ของหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง** 4. มีการสื่อสารแผนฯไปยัง ผู้เกี่ยวข้อง น้อยกว่า 50% ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	1.โรงพยาบาลมีการ วิเคราะห์โอกาสเสี่ยงของ โรงพยาบาลต่อชนิดหรือ รูปแบบของภาวะฉุกเฉินหมู่ (Risks) 2.มีแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน หมู่ที่สอดคล้องกับบริบทของ รพ. 3.ตั้งแต่50%ขึ้นไปของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วน ร่วมในการทำแผนฯ 4. ตั้งแต่50%ขึ้นไปของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับ การสื่อสารแผนฯ	1.โรงพยาบาลมีการ วิเคราะห์โอกาสเสี่ยงของ โรงพยาบาลต่อชนิดหรือ รูปแบบของภาวะฉุกเฉินหมู่ (Risks) 2.มีแผนรองรับภาวะ ฉุกเฉินหมู่ที่สอดคล้องกับ บริบทของ รพ. 3.ทุกหน่วยงานที่มีส่วน เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการ ทำแผนฯ 4.มีการสื่อสารแผนฯไปยัง ผู้เกี่ยวข้อง ครบทุก หน่วยงาน	1.โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์ โอกาสเสี่ยงของโรงพยาบาล ต่อชนิดหรือรูปแบบของ ภาวะฉุกเฉินหมู่(Risks) 2.มีแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน หมู่ที่สอดคล้องกับบริบทของ รพ. 3.ทุกหน่วยงานที่มีส่วน เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการ ทำแผนฯ 4.มีการสื่อสารแผนฯไปยัง ผู้เกี่ยวข้อง ครบทุกหน่วยงาน	1.โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์ โอกาสเสี่ยงของโรงพยาบาล ต่อชนิดหรือรูปแบบของภาวะ ฉุกเฉินหมู่(Risks) 2.มีแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน หมู่ที่สอดคล้องกับบริบทของ รพ. 3.ทุกหน่วยงานที่มีส่วน เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการทำ แผนฯ 4.มีการสื่อสารแผนฯไปยัง ผู้เกี่ยวข้อง ครบทุกหน่วยงาน	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล
องค์ประกอบ ที่ 4 MCI and Disaster management

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
		5.ไม่มีการซ้อมแผน	5.มีหลักฐาน การซ้อมแผน ด้วยวิธีการซักซ้อมแผน หรือTableTop หรือ การซ้อมแผนด้วยสถานการณ์จำลองอย่างน้อยปีละ1ครั้ง และมี การสรุป อภิปรายผล การซ้อมแผนฯ	5.มีหลักฐาน 5.1การซ้อมแผน ด้วย สถานการณ์จำลองที่ ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ 1ครั้ง และ มี การสรุป อภิปรายผล การซ้อมแผนฯ และนำผลมา พัฒนาปรับปรุงแผน หรือ 5.2 มีการทำAAR ภายหลังจากการ ประกาศใช้แผน อุบัติเหตุ หมู่ ในสถานการณ์จริง และนำผลที่ได้มาพัฒนา แผนฯ	5.มีหลักฐาน 5.1การซ้อมแผน ด้วย สถานการณ์จำลองที่ ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลและ มีหน่วยงานภายนอกเข้าร่วม ซ้อม อย่างน้อยปีละ 1ครั้ง และมี การสรุป อภิปรายผล การซ้อมแผนฯและนำผลมา พัฒนาปรับปรุงแผน หรือ 5.2 มี การทำAARภายหลังจากการ ประกาศใช้แผน อุบัติเหตุ หมู่ ในสถานการณ์จริง และนำ ผลที่ได้มาพัฒนาแผนฯ อย่างต่อเนื่อง	5.มีการซ้อมแผน ตามความ เสี่ยงที่โรงพยาบาลกำหนดแบบ Full scale ครอบคลุมทุก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน โรงพยาบาลและมีหน่วยงาน ภายนอกเข้าร่วมซ้อม สลับ สับเปลี่ยนปีละ 1ครั้ง และมี การสรุป อภิปรายผล การซ้อม แผนฯ และนำผลมาพัฒนา ปรับปรุงแผนอย่างต่อเนื่อง	
						6.มีการทำAARภายหลังจาก การประกาศใช้แผน อุบัติเหตุ หมู่ในสถานการณ์จริง และนำ ผลที่ได้มาพัฒนาแผนฯ อย่าง ต่อเนื่อง	

โดย คณะทำงานพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 4 MCI and Disaster management

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
<p>2.รพ.เตรียมพร้อมรับภาวะภัยพิบัติ</p> <p>2.1 Preparedness การเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยง การมีแผนรับภัยพิบัติและการซ้อมแผนรับภัยพิบัติร่วมกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในพื้นที่</p>	<p>1.ไม่มีการวิเคราะห์ Hazards, vulnerability and disaster risk^{3****} ของโรงพยาบาล</p> <p>2.ไม่มีแผนรองรับภาวะภัยพิบัติ</p>	<p>1.ไม่มีการวิเคราะห์ Hazards, vulnerability and disaster risk ของโรงพยาบาล</p> <p>2.มีแผนรองรับภัยพิบัติแต่ไม่สอดคล้องกับบริบทของ รพ. และ disaster risk ของโรงพยาบาล</p> <p>3.ไม่มีโครงสร้าง ในระบบ ICS ที่ชัดเจน</p>	<p>1.มีการวิเคราะห์ Hazards, vulnerability and disaster risk ครอบคลุมความเสี่ยงในพื้นที่</p> <p>2.มีแผนรองรับภัยพิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของ รพ ..และ disaster risk ของโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เรื่อง</p> <p>3.มีโครงสร้างและแผน ICS ที่ชัดเจน</p>	<p>1.มีการวิเคราะห์ Hazards, vulnerability and disaster risk ครอบคลุมความเสี่ยงในพื้นที่ และระบบสาธารณสุขโลกที่สำคัญที่อาจหยุดชะงัก พร้อมแนวทางการป้องกัน</p> <p>2.มีแผนรองรับภัยพิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของ รพ ..และ disaster risk ของโรงพยาบาล ครอบคลุมที่กำหนดไว้และเชื่อมโยงหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในและนอกรพ.เพื่อการบริหารจัดการภาวะภัยพิบัติร่วมกัน</p> <p>3.มีโครงสร้างและแผน ICS ที่ชัดเจน ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและส่วนของระบบสาธารณสุขในพื้นที่</p>	<p>1.มีการวิเคราะห์ Hazards, vulnerability and disaster risk ครอบคลุมความเสี่ยงในพื้นที่ และระบบสาธารณสุขโลกที่สำคัญที่อาจหยุดชะงัก พร้อมแนวทางการป้องกัน</p> <p>2.มีแผนรองรับภัยพิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของ รพ.. และ disaster risk ของโรงพยาบาลครอบคลุมที่กำหนดไว้และเชื่อมโยงหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในและนอกรพ.เพื่อการบริหารจัดการภาวะภัยพิบัติร่วมกัน</p> <p>3.มีโครงสร้างและแผน ICS ที่ชัดเจน ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและส่วนของระบบสาธารณสุขในพื้นที่</p>	<p>1.มีการวิเคราะห์ Hazards, vulnerability and disaster riskครอบคลุมความเสี่ยงในพื้นที่ และระบบสาธารณสุขโลกที่สำคัญที่อาจหยุดชะงัก พร้อมแนวทางการป้องกัน</p> <p>2.มีแผนรองรับภัยพิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของ รพ.. และ disaster risk ของโรงพยาบาลครอบคลุมที่กำหนดไว้และเชื่อมโยงหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในและนอกรพ.เพื่อการบริหารจัดการภาวะภัยพิบัติร่วมกัน</p> <p>3.มีโครงสร้างและแผน ICS ที่ชัดเจน ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและส่วนของระบบสาธารณสุขในพื้นที่</p>	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล
องค์ประกอบ ที่ 4 MCI and Disaster management

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
		4.มีการกำหนดแผนจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้เวชภัณฑ์ ทั้งในการรักษาพยาบาลและการสนับสนุนบริการ ในภาวะฉุกเฉิน ไม่ครบตามมาตรฐานหรือ ตามความเสี่ยงในพื้นที่	4.มีการกำหนดแผนจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์ ทั้งในการรักษาพยาบาลและการสนับสนุนบริการ ในภาวะฉุกเฉิน ครบตามมาตรฐานระดับจังหวัดหรือ ตามความเสี่ยงในพื้นที่	4.มีการกำหนดแผนจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์ ทั้งในการรักษาพยาบาลและการสนับสนุนบริการ ในภาวะฉุกเฉิน ครบตามมาตรฐานระดับจังหวัดหรือ ตามความเสี่ยงในพื้นที่	4.มีการกำหนดแผนจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์ ทั้งในการรักษาพยาบาลและการสนับสนุนบริการ ในภาวะฉุกเฉิน ครบตามมาตรฐานระดับจังหวัดและครบตามความเสี่ยงในพื้นที่	4.มีการกำหนดแผนจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์ ทั้งในการรักษาพยาบาลและการสนับสนุนบริการ ในภาวะฉุกเฉิน ครบตามมาตรฐานระดับจังหวัดและครบตามความเสี่ยงในพื้นที่	
		5. มีการสื่อสารแผนฯไปยังผู้เกี่ยวข้อง น้อยกว่า 50% ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	5.ตั้งแต่50%ขึ้นไปของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับการสื่อสารแผนฯ	5.มีการสื่อสารแผนฯไปยังผู้เกี่ยวข้อง ครบทุกหน่วยงานทั้งภายในและภายนอก	5.มีการสื่อสารแผนฯไปยังผู้เกี่ยวข้อง ครบทุกหน่วยงานทั้งภายในและภายนอก	5.มีการสื่อสารแผนฯไปยังผู้เกี่ยวข้อง ครบทุกหน่วยงานทั้งภายในและภายนอก	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล
องค์ประกอบ ที่ 4 MCI and Disaster management

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
		6.ไม่มีการซ้อมแผนเผชิญภัยพิบัติ	6.มีการซ้อมแผนเผชิญภัยพิบัติทั้งส่วนสั่งการและส่วนปฏิบัติการ ด้วยวิธีการซักซ้อมแผน หรือ TableTop อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร่วมกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในและนอกพื้นที่เพื่อการบริหารจัดการภาวะภัยพิบัติร่วมกัน	6.มีการซ้อมแผนเผชิญภัยพิบัติทั้งส่วนสั่งการและส่วนปฏิบัติการ ด้วยวิธีการซ้อมสถานการณ์จำลอง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร่วมกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในและนอกพื้นที่เพื่อการบริหารจัดการภาวะภัยพิบัติร่วมกัน	6.มีการซ้อมแผนเผชิญภัยพิบัติทั้งส่วนสั่งการและส่วนปฏิบัติการ แบบเต็มรูปแบบเสมือนจริง(Full scale)อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร่วมกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในและนอกพื้นที่เพื่อการบริหารจัดการภาวะภัยพิบัติร่วมกัน	6.มีการซ้อมแผนเผชิญภัยพิบัติทั้งส่วนสั่งการและส่วนปฏิบัติการ แบบเต็มรูปแบบเสมือนจริง(Full scale)อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร่วมกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในและนอกพื้นที่เพื่อการบริหารจัดการภาวะภัยพิบัติร่วมกัน	
			7. มีการสรุปและอภิปรายผลการซ้อม	7. มีการสรุปและอภิปรายผลการซ้อม	7. มีการสรุปและอภิปรายผลการซ้อม	7. มีการสรุปและอภิปรายผลการซ้อม	
			8.มีการทบทวนปรับปรุงแผนแต่ไม่เป็นปัจจุบัน	8.มีการทบทวนปรับปรุงแผน เป็นปัจจุบัน ด้วยตัวหน่วยงานเอง	8.มีการทบทวนปรับปรุงแผน เป็นปัจจุบัน โดยใช้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	8.มีการทบทวนปรับปรุงแผน ทุกครั้งที่มีการซ้อมแผนหรือเกิดเหตุการณ์จริง โดยใช้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	
						9. เป็นทีมนำในการซ้อมแผนรองรับภัยพิบัติทั้งในระดับอำเภอ/โซนเป็นต้นแบบ แหล่งศึกษาดูงานให้ รพ.อื่น	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล
องค์ประกอบ ที่ 4 MCI and Disaster management

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
2.2 Response Team มีความพร้อมในการจัดทีมที่สามารถตอบสนองต่อเหตุการณ์ภาวะภัยพิบัติในพื้นที่และส่งทีมให้การช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลและการส่งต่อกรณีเกิดภัยพิบัติขึ้น	ไม่มีทีมตอบสนองต่อภัยพิบัติ	มีทีม MINIMERTหรือMERT ที่เหมาะสมกับระดับของโรงพยาบาล ที่ผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐาน 1 ทีม	1. มีทีม MINIMERTหรือ MERT ที่เหมาะสมกับระดับของโรงพยาบาล ที่ผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐาน 1 ทีม 3. มีคำสั่งแต่งตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน	1. มีทีม MINIMERTหรือ MERT ที่เหมาะสมกับระดับของโรงพยาบาล ที่ผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐาน 1 ทีม 2. มีแนวทางสามารถออกปฏิบัติการสนับสนุนพื้นที่เกิดภัยพิบัติได้ตามมาตรฐานของกรมการแพทย์ 3. มีคำสั่งแต่งตั้งและกำหนด บทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน	1. มีทีม MINIMERTหรือ MERT ที่เหมาะสมกับระดับของโรงพยาบาล ที่ผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐาน 1 ทีม 2. มีแนวทางสามารถออกปฏิบัติการสนับสนุนพื้นที่เกิดภัยพิบัติได้ตามมาตรฐานของกรมการแพทย์ 3. มีคำสั่งแต่งตั้งและกำหนด บทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน	1. มีทีม MINIMERTหรือMERT ที่เหมาะสมกับระดับของโรงพยาบาล ที่ผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐาน 1 ทีม 2. มีแนวทางสามารถออกปฏิบัติการสนับสนุนพื้นที่เกิดภัยพิบัติได้ตามมาตรฐานของกรมการแพทย์ 3. มีคำสั่งแต่งตั้งและกำหนด บทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน มอบหมาย	1. มีทีม MINIMERTหรือMERT ที่เหมาะสมกับระดับของโรงพยาบาล ที่ผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐาน 1 ทีม 2. มีแนวทางสามารถออกปฏิบัติการสนับสนุนพื้นที่เกิดภัยพิบัติได้ตามมาตรฐานของกรมการแพทย์ 3. มีคำสั่งแต่งตั้งและกำหนด บทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน มอบหมาย

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 4 MCI and Disaster management

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
						6.เป็นแหล่งศึกษาดูงานหรือเป็นวิทยากรในการฝึกอบรมหลักสูตรMINIMERTหรือMERT 7.มีประสบการณ์ในการออกปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง	
3.Recovery มีแผนการประเมินและ ดำเนินการฟื้นฟูผลกระทบต่อสุขภาพ ควบคุมโรคระบาดในพื้นที่ประสบภัยอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงฟื้นฟูสภาพจิตใจให้แก่ผู้ประสบภัยให้สามารถดำรงชีวิตได้เป็นปกติ	ไม่มีแผนหรือมีแผนสาธารณสุขภัย แต่ไม่มีการกำหนดแผนในส่วน - การฟื้นฟูผลกระทบต่อสุขภาพ - การฟื้นฟูสภาพจิตใจ - การควบคุมโรคระบาดในพื้นที่ประสบภัย	1. มีแผนสาธารณสุขภัย แต่มีบางเรื่องในส่วน - การฟื้นฟูผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ - การฟื้นฟูสภาพจิตใจ - การควบคุมโรคระบาดในพื้นที่ประสบภัย 2. มีทีมSRRTและจนท.ที่ผ่านการอบรมMCATT	1. มีแผนสาธารณสุขภัย แต่มีบางเรื่องในส่วน - การฟื้นฟูผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ - การฟื้นฟูสภาพจิตใจ - การควบคุมโรคระบาดในพื้นที่ประสบภัย 2. มีทีมMCATTในระดับอำเภอ 3. มีทีมSRRTในระดับอำเภอ	1. มีแผนสาธารณสุขภัย ที่ครอบคลุมทุกเรื่องในส่วน - การฟื้นฟูผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ - การฟื้นฟูสภาพจิตใจ - การควบคุมโรคระบาดในพื้นที่ประสบภัย 2. มีทีมMCATTในระดับอำเภอและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนการเมื่อเกิดสาธารณสุขภัย 3. มีทีมSRRTในระดับอำเภอและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนการเมื่อเกิดสาธารณสุขภัย	1. มีแผนสาธารณสุขภัย ที่ครอบคลุมทุกเรื่องในส่วน - การฟื้นฟูผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ - การฟื้นฟูสภาพจิตใจ - การควบคุมโรคระบาดในพื้นที่ประสบภัย 2. มีทีมMCATTในระดับอำเภอและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนการเมื่อเกิดสาธารณสุขภัย 3. มีทีมSRRTในระดับอำเภอและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนการเมื่อเกิดสาธารณสุขภัย	1. มีแผนสาธารณสุขภัย ที่ครอบคลุมทุกเรื่องในส่วน - การฟื้นฟูผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ - การฟื้นฟูสภาพจิตใจ - การควบคุมโรคระบาดในพื้นที่ประสบภัย 2. มีทีมMCATTในระดับอำเภอและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนการเมื่อเกิดสาธารณสุขภัย 3. มีทีมSRRTในระดับอำเภอและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนการเมื่อเกิดสาธารณสุขภัย	

โดย คณะทำงานพัฒนาระบบการรักษายาบาลฉุกเฉิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 4 MCI and Disaster management

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
					4. มีแผนฟื้นฟูระบบการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อประสบภัยพิบัติ	4. มีแผนฟื้นฟูระบบการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อประสบภัยพิบัติ 5. มีการจัดการให้ความรู้แก่ประชาชนและชุมชนในด้านการป้องกัน/การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่เกี่ยวข้องกับภัยพิบัติในพื้นที่เพื่อให้สามารถช่วยตนเองและผู้อื่นได้	

*ความสอดคล้องของแผนฉุกเฉินหมู่ต่อบริบทของโรงพยาบาล แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1.แผนมีการระบุเกณฑ์การเปิดใช้แผนเหมาะสมกับทรัพยากรของโรงพยาบาลตามช่วงเวลา(เช่น เวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก)

2.แผนมีการระบุกลวิธีในการระดมทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ(ไม่ว่าคนหรือวัสดุอุปกรณ์)ที่เป็นไปได้ขณะนั้นตามช่วงเวลา 3.แผนมีการระบุว่าเมื่อไรควรขอกำลังสนับสนุนจากภายนอกโรงพยาบาล(turn to disaster)

**หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ หน่วยงานตามทีระบุในแผนฉุกเฉินหมู่

***แผนฯ คือ แผนรองรับภาวะฉุกเฉินหมู่

****Hazards คือ ภัยจากภายนอกซึ่งอาจเป็นภัยธรรมชาติหรือภัยจากน้ำมือมนุษย์ก็ได้ที่มีผลต่อภารกิจหลักของหน่วยบริการ, Vulnerability คือ ส่วนบริการที่เปราะบางหรือเสี่ยงของหน่วยบริการต่อHazardsใดๆ ส่วน Disaster risks คือ รูปแบบหรือชนิดของภัยพิบัติที่ผ่านการประมวลผลระหว่างHazards & Vulnerabilityแล้ว พบว่าเป็นความเสี่ยงสูงหรือต่ำต่อภัยพิบัตินั้นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ.แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ.2558. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย,2558.
- 2.เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรการบริหารจัดการสาธารณภัย กระทรวงสาธารณสุข รุ่นที่ 2.กระทรวงสาธารณสุข,2553.
- 3.Jones & Bartlett learning,LLC. Hazards, Vulnerability, and Disaster Risk. Chapter 2.

มิติที่ 2. การประเมินผลงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 5 Referral system

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
1. การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้ มาตรฐาน บทบาทผู้ส่งต่อ (มีความสามารถในการ ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีคุณภาพและ มาตรฐานที่กำหนดโดยเครือข่ายการรับส่ง ต่อในพื้นที่)	โรงพยาบาลไม่มีการ จัดระบบส่งต่อผู้ป่วย วิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3)	1.โรงพยาบาลมีการ จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) แต่ไม่ครอบคลุม ประเด็น การประสานงานก่อนส่งต่อ การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่ง ต่อและการดูแลขณะส่งต่อ	1.โรงพยาบาลมีการจัดระบบ ส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) ครอบคลุม ประเด็น การ ประสาน งานก่อนส่งต่อ การ เตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อและ การดูแลขณะส่งต่อ	1.โรงพยาบาลมีการ จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) ครอบคลุม ประเด็น การ ประสาน งานก่อนส่งต่อ การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ และการดูแลขณะส่งต่อ	1.โรงพยาบาลมีการจัดระบบ ส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) ครอบคลุม ประเด็น การ ประสาน งานก่อนส่งต่อ การ เตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อและ การดูแลขณะส่งต่อ	1.โรงพยาบาลมีการจัดระบบส่ง ต่อผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) ครอบคลุม ประเด็น การประสาน งานก่อนส่งต่อ การ เตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อและการ ดูแลขณะส่งต่อ	
		2. มีการปฏิบัติตาม มาตรฐานระบบส่งต่อผู้ป่วย (มาตรฐานที่กำหนดโดย เครือข่ายการรับส่งต่อใน พื้นที่ฉบับที่ปรับปรุงให้เป็น ปัจจุบันโดยเครือข่าย/รพ)	2. มีการปฏิบัติตามมาตรฐาน ระบบส่งต่อผู้ป่วย(มาตรฐาน ที่กำหนดโดยเครือข่ายการ รับส่งต่อในพื้นที่ฉบับที่ ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันโดย เครือข่าย/รพ)	2. มีการปฏิบัติตาม มาตรฐานระบบส่งต่อผู้ป่วย (มาตรฐานที่กำหนดโดย เครือข่ายการรับส่งต่อใน พื้นที่ ปรับปรุงให้เป็น ปัจจุบันโดยเครือข่าย/รพ)	2. มีการปฏิบัติตามมาตรฐาน ระบบส่งต่อผู้ป่วย(มาตรฐานที่ กำหนดโดยเครือข่ายการรับส่ง ต่อในพื้นที่ ปรับปรุงให้เป็น ปัจจุบันโดยเครือข่าย/รพ)	2.มีการกำหนดมาตรฐานในการ ส่งต่อและปฏิบัติตามมาตรฐานมี การทบทวนและปรับปรุง มาตรฐานและเป็นแหล่งศึกษา งานได้	
		3.มีการแสดงผลลัพธ์เป็น ลายลักษณ์อักษรในการส่ง ต่อผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3)น้อย กว่า50%	3.มีการแสดงผลลัพธ์เป็น ลายลักษณ์อักษรในการส่ง ต่อผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3)มากกว่า 50%	3.มีการแสดงผลลัพธ์ในการ ส่งต่อเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) มากกว่า 50%	3.มีการแสดงผลลัพธ์ในการส่ง ต่อเป็นลายลักษณ์อักษรผู้ป่วย วิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) มากกว่า 50%	3.มีการแสดงผลลัพธ์เป็นลาย ลักษณ์อักษรในการส่งต่อผู้ป่วย วิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) มากกว่า 50%	
			4. 90%ของผู้ป่วยที่ส่งต่อไม่ มีอาการทรุดลง	4. 95%ของผู้ป่วยที่ส่งต่อ ไม่มีอาการทรุดลง	4. 95%ของผู้ป่วยที่ส่งต่อไม่มี อาการทรุดลง	4. 95%ของผู้ป่วยที่ส่งต่อไม่มี อาการทรุดลง	

โดย คณะทำงานพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 5 Referral system

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
			5.มีการเก็บข้อมูลการส่งต่อที่เป็นปัญหา ให้ครบถ้วน100%	5.มีการเก็บข้อมูลการส่งต่อที่เป็นปัญหา ให้ครบถ้วน 100%ส่งข้อมูลเข้าสู่การพัฒนากระบวนการrefer ระดับจังหวัด 6.มีการวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ในการส่งต่อโดยทีมสหวิชาชีพ	5.มีการเก็บข้อมูลการส่งต่อที่เป็นปัญหา ให้ครบถ้วน 100%ส่งข้อมูลเข้าสู่การพัฒนากระบวนการrefer ระดับจังหวัด 6.มีการวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ในการส่งต่อโดยทีมสหวิชาชีพ 7.นำผลการวิเคราะห์มาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินขณะส่งต่อแต่ยังไม่ปรากฏผลลัพธ์ในการพัฒนา	5.มีการเก็บข้อมูลการส่งต่อที่เป็นปัญหา ให้ครบถ้วน 100%ส่งข้อมูลเข้าสู่การพัฒนากระบวนการrefer ระดับจังหวัด 6.มีการวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ในการส่งต่อโดยทีมสหวิชาชีพ 7.นำผลการวิเคราะห์มาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินขณะส่งต่อและปรากฏผลลัพธ์ในการพัฒนาที่ดีขึ้น/ปรับปรุงCPG/เกณฑ์	
2. บทบาทผู้รับ (สามารถให้คำแนะนำทางการแพทย์แก่หน่วยลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินมาส่งล่วงหน้าได้)	ไม่มีการจัดระบบ รับRefer ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3)ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ต่ำกว่า	1.มีการจัดระบบ /CPG/เกณฑ์ รับRefer ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3)ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ศักยภาพต่ำกว่า	1.มีการจัดระบบ /CPG/เกณฑ์ รับRefer ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3)ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ศักยภาพต่ำกว่า	1.มีการจัดระบบ /CPG/เกณฑ์ รับRefer ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3)ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ศักยภาพต่ำกว่า	1.มีการจัดระบบ /CPG/เกณฑ์ รับRefer ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3)ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ศักยภาพต่ำกว่า	1.มีการจัดระบบ /CPG/เกณฑ์ รับRefer ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3)ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ศักยภาพต่ำกว่า	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 5 Referral system

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
		2.มีผู้รับผิดชอบให้คำปรึกษาแก่หน่วยลำเลียงผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ต่ำกว่า ล่วงหน้าเฉพาะเวรเช้า	2.มีผู้รับผิดชอบให้คำปรึกษาแก่หน่วยลำเลียงผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ต่ำกว่า ล่วงหน้าเฉพาะเวรเช้า 3.มีการจัดเก็บข้อมูลการให้คำปรึกษาแก่หน่วยลำเลียงผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ต่ำกว่า และจัดทำเป็นตัวชี้วัดเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องการให้คำปรึกษาก่อนการส่งต่อ	2.มีผู้รับผิดชอบให้คำปรึกษาแก่หน่วยลำเลียงผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ต่ำกว่า ล่วงหน้าตลอด 24 ชม. 3.มีการจัดเก็บข้อมูลการให้คำปรึกษาแก่หน่วยลำเลียงผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ต่ำกว่า 4.มีการวิเคราะห์ข้อมูลการให้คำปรึกษาแก่หน่วยลำเลียงผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ต่ำกว่า	2.มีผู้รับผิดชอบให้คำปรึกษาแก่หน่วยลำเลียงผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ต่ำกว่า ล่วงหน้าตลอด 24 ชม. และมีแพทย์ที่สามารถให้คำปรึกษาตลอด 24 ชม (Consult) 3.มีการจัดเก็บข้อมูลการให้คำปรึกษาแก่หน่วยลำเลียงผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ต่ำกว่า 4.มีการวิเคราะห์ข้อมูลการให้คำปรึกษาแก่หน่วยลำเลียงผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ต่ำกว่า	2. มีศูนย์Refer รับผิดชอบให้คำปรึกษาแก่หน่วยลำเลียงผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ต่ำกว่า ล่วงหน้าตลอด 24 ชม. และมีแพทย์ประจำศูนย์ให้คำปรึกษาตลอด 24 ชม (Consult) 3.มีการจัดเก็บข้อมูลการให้คำปรึกษาแก่หน่วยลำเลียงผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ต่ำกว่า 4.มีการวิเคราะห์ข้อมูลการให้คำปรึกษาแก่หน่วยลำเลียงผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ต่ำกว่า	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 5 Referral system

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
					5.นำผลการวิเคราะห์มาพัฒนาการให้คำปรึกษาผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินขณะส่งต่อ แต่ยังไม่ปรากฏผลลัพธ์ในการพัฒนา	5.นำผลการวิเคราะห์มาพัฒนาการให้คำปรึกษาผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ต่ำกว่าและปรากฏผลลัพธ์ในการพัฒนาที่ดีขึ้น/ปรับปรุงCPG/เกณฑ์	
3.ความสามารถในการจัดหน่วย ลำเลียงพิเศษ (Provide Special Retrieval)							
3.1 ทางอากาศ	ไม่มีการจัดบริการ	มีแนวทางการประสานการส่งต่อทางอากาศยานของโรงพยาบาล	ตามเกณฑ์Beginning โดยต้องมีแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนการลำเลียงโดยอากาศยาน และแนวทางการเลือก/เตรียม/ตรวจสอบความปลอดภัยของจุดขึ้นลงอากาศยาน	1.ตามเกณฑ์Basically Effectiveness และเคยมีการลำเลียงทางอากาศยานจริง 2.มีทีมลำเลียงทางอากาศยานที่ผ่านการอบรม	มีตามเกณฑ์Mature และมีการทบทวนแนวทางการส่งต่อทางอากาศยาน 2.มีจุดขึ้นลงอากาศยาน	1. มีพาหนะในการลำเลียงทางอากาศ 2.มีตามเกณฑ์Advanced	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 5 Referral system

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
3.2 ทางน้ำ (มีความสามารถในการจัดหรือร่วมมือในการจัดหน่วยลำเลียงเคลื่อนย้าย พิเศษ เช่น การลำเลียงทางอากาศ โดยใช้เครื่องแฮลิคอปเตอร์ การลำเลียงทางน้ำในทะเลด้วยเรือ)	ไม่มีการจัดบริการ	มีแนวทางการประสานการส่งต่อทางน้ำของโรงพยาบาล	ตามเกณฑ์Beginning โดยต้องมีแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนการลำเลียงทางน้ำ และแนวทางการเลือก/เตรียม/ตรวจสอบความปลอดภัยของจุดขึ้นการลำเลียงทางน้ำ	1. เคยมีการลำเลียงทางน้ำจริง 2. มีการกำหนดจุดขึ้นลงการลำเลียงพิเศษชัดเจน 3. มีบุคลากรที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยในการลำเลียงพิเศษ	มีตามเกณฑ์Mature และมีการทบทวนแนวทางการส่งต่อทางน้ำ	1. มีพาหนะในการลำเลียงพิเศษทางน้ำ	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 6 การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง(Access to Other Specialist Consultation)

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
1.มีช่องทางปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน	ไม่มี	1.มีช่องทางการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางกับรพ.ในเครือข่าย ไม่ครบ24ชม.	1.มีแนวทางการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางกับรพ.ในเครือข่าย ในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ	1.มีตามเกณฑ์Basically Effectiveness และมีช่องทางการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางกับรพ.ทั้งในและนอกเครือข่าย ในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ	1. มีตามเกณฑ์Mature และมีแพทย์เฉพาะทางประจำของรพ.ในสาขาหลัก(อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินารีเวช กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ จักษุ หูคอจมูก)ไม่ครบทุกสาขาหรือให้คำปรึกษาไม่ตลอด24 ชม.	1.มีตามเกณฑ์Advanced และมีแพทย์เฉพาะทางประจำของรพ.ในสาขาหลัก(อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินารีเวช กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ จักษุ หูคอจมูก)ครบทุกสาขาและให้คำปรึกษาตลอด24 ชม.	
2.การวางแผนทางเพิ่มศักยภาพพ.ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน	ไม่มี	มีการบันทึกข้อมูลการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางแต่ไม่ครบถ้วน	มีการบันทึกข้อมูลการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอย่างครบถ้วน	สามารถนำข้อมูลการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาทำเป็นแนวทางปฏิบัติในรพ. กรณีผลการให้คำปรึกษานั้นสามารถดูแลรักษา ภายในสถานพยาบาลของตนได้	มีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลผลการรักษาหลังใช้แนวทางปฏิบัติ	ได้ทดลองใช้แนวทางปฏิบัติหลังการพัฒนาแล้วเป็นผลดีต่อผู้รับบริการ	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 7 ระบบสนับสนุน

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
1.ระบบสนับสนุนด้านการรักษาพยาบาล(Clinical Facilities)							
1.1 Lab	1.มีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการโดยนักเทคนิคการแพทย์/เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ในเวลาราชการเวลา 8.00 - 16.00 น. 2.ไม่มีช่องทางLabวิกฤติ	1.มีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการโดยนักเทคนิคการแพทย์/เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ทุกวัน เวลา 8.00 - 16.00 น. 2.มีการระบุชนิดของLab วิกฤติ และมีการประกันเวลาที่เหมาะสมต่อการรักษาผู้ป่วย	1.มีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการโดยนักเทคนิคการแพทย์/เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ในเวลา 8.00 - 20.00น.และมีระบบOncall นอกเวลาราชการ 2.มีระบบการจัดการให้ได้ Lab วิกฤติตามเวลาที่กำหนด ผลสัมฤทธิ์ไม่เกินกว่า 50%	1.มีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการโดยนักเทคนิคการแพทย์/เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ 8.00 - 24.00 น.. และมีระบบOncall นอกเวลาราชการ 2.มีระบบการจัดการให้ได้ Lab วิกฤติตามเวลาที่กำหนด ผลสัมฤทธิ์ 50-75% และมีการทบทวนร่วมกันระหว่างแผนก	1.มีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการโดยนักเทคนิคการแพทย์/เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตลอด 24 ชม.และ Labผ่านการประเมินคุณภาพ (LA) 2.มีระบบการจัดการให้ได้Lab วิกฤติตามเวลาที่กำหนด ผลสัมฤทธิ์เกินกว่า75% และมีการทบทวนร่วมกันระหว่างแผนก	1.มีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการโดยนักเทคนิคการแพทย์/เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตลอด 24 ชม.และ Labผ่านการประเมินคุณภาพ (LA) 2.มีระบบการจัดการให้ได้ Lab วิกฤติตามเวลาที่กำหนด ครบ100%และมีการทบทวนร่วมกันระหว่างแผนก	
1.2 X-ray ในเวลา (on call)	มีการปฏิบัติหน้าที่ X-Ray โดยนักรังสีเทคนิค / จพ.รังสีเทคนิค/เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรม ในเวลาราชการ 8.00-16.00 น.	มีการปฏิบัติหน้าที่ X-Ray โดยนักรังสีเทคนิค / จพ.รังสีเทคนิค/เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรม ทุกวัน เวลา 8.00-16.00 น.	มีการปฏิบัติหน้าที่ X-Ray โดยนักรังสีเทคนิค / จพ.รังสีเทคนิค / เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรม ทุกวันเวลา 8.00-20.00 น.	1.มีการปฏิบัติหน้าที่ X-Ray โดยนักรังสีเทคนิค / จพ.รังสีเทคนิค /เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมทุกวันเวลา 8.00-24.00 น.(หลัง 24.00 น.On Call) 2.มีระบบการควบคุมฝ้าติดตามคุณภาพของภาพรังสประจำวันโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรม	มีการปฏิบัติหน้าที่ X-Ray โดยนักรังสีเทคนิค / จพ.รังสีเทคนิค 8.00-24.00 น.(หลัง 24.00น.On Call) 2. มี Portable X-Ray	1.มีการปฏิบัติหน้าที่ X-Ray โดยนักรังสีเทคนิค ตลอด 24 ชม. 2. มี Portable X-Ray	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 7 ระบบสนับสนุน

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
1.3 OR ในเวลา (on call)	ไม่เปิด OR	เปิดเฉพาะ OR เล็ก	เปิด OR ใหญ่ ในเวลา ราชการ	เปิด OR ใหญ่ 8.00-16.00 น. ทุกวัน	เปิด OR ใหญ่ 8.00-24.00 น. ทุกวัน	เปิด OR ใหญ่ ตลอด 24 ชม.	
1.4 CT	ไม่มีบริการ	มี Contact หน่วยงาน ภายนอก ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ แต่ไม่ตลอด 24 ชม.	มี Contact หน่วยงาน ภายนอก ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึง ได้ ตลอด 24 ชม.	มีพร้อมใช้ในหน่วยงาน เข้าถึงได้ 24 ชม. ไม่มีรังสี แพทย์ที่สามารถอ่านผลได้ ตลอด 24 ชม.	มีพร้อมใช้ในหน่วยงาน เข้าถึง ได้ 24 ชม. ไม่มีรังสีแพทย์ แต่สามารถcontactให้รังสี แพทย์ภายนอกพ.สามารถ อ่านผลได้ตลอด 24 ชม.	มีพร้อมใช้ในหน่วยงาน เข้าถึงได้ 24 ชม. มีรังสี แพทย์และสามารถอ่าน ผลได้ตลอด 24 ชม.	
1.5 MRI	ไม่มีบริการ	มี Contact หน่วยงาน ภายนอก ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ แต่ไม่ตลอด 24 ชม.	มี Contact หน่วยงาน ภายนอก ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึง ได้ ตลอด 24 ชม.	มีพร้อมใช้ในหน่วยงาน เข้าถึงได้ 24 ชม. ไม่มีรังสี แพทย์ที่สามารถอ่านผลได้ ตลอด 24 ชม.	มีพร้อมใช้ในหน่วยงาน เข้าถึง ได้ 24 ชม. ไม่มีรังสีแพทย์ แต่สามารถcontactให้รังสี แพทย์ภายนอกพ.สามารถ อ่านผลได้ตลอด 24 ชม.	มีพร้อมใช้ในหน่วยงาน เข้าถึงได้ 24 ชม. มีรังสี แพทย์และสามารถอ่าน ผลได้ตลอด 24 ชม.	
1.6 Ultra sound	ไม่มี	มีแผนจัดซื้อ	มีที่หน่วยงานอื่นแต่ใช้ร่วมกัน โดยผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถ เข้าถึงได้ตลอด 24 ชม.	มีใช้ในห้องฉุกเฉิน แต่ หน่วยงานอื่นมาใช้ร่วมกัน โดยผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถ เข้าถึงได้ตลอด 24 ชม.	มีใช้เฉพาะหน่วยงาน หน่วยงานอื่นไม่ได้ใช้ร่วม	มีใช้เฉพาะหน่วยงาน หน่วยงานอื่นไม่ได้ใช้ร่วม ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วย ฉุกเฉินทุกประเภท มีระบบ ซ่อมบำรุงรักษาเครื่อง	
1.7 ระบบยานอกเวลาราชการ	1. ไม่มีเจ้าหน้าที่ห้องยาเปิด ให้บริการจ่ายยานอกเวลา ราชการ	1. มีเจ้าหน้าที่ห้องยาเปิด ให้บริการ 8.00 - 16.00 น. ทุกวัน	1.มีเจ้าหน้าที่ห้องยา เปิด ให้บริการ8.00 - 20.00 น. ทุกวัน	1.มีเจ้าหน้าที่ห้องยา เปิด ให้บริการ8.00 - 24.00 น. ทุกวัน	1.มีเจ้าหน้าที่ห้องยา เปิด ให้บริการตลอด 24 ชม.ทุกวัน	1.มีเภสัชกรห้องยา เปิด ให้บริการตลอด 24ชม.ทุกวัน	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 7 ระบบสนับสนุน

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
			2. มีระบบทบทวนความคลาดเคลื่อนการบริหารยาและสร้างมาตรการเพื่อปรับปรุงกระบวนการอย่างสม่ำเสมอ	2. มีระบบทบทวนความคลาดเคลื่อนการบริหารยาและสร้างมาตรการเพื่อปรับปรุงกระบวนการอย่างสม่ำเสมอ	2. มีระบบทบทวนความคลาดเคลื่อนการบริหารยาและสร้างมาตรการเพื่อปรับปรุงกระบวนการอย่างสม่ำเสมอ 3. มีการจัดเก็บรายงานข้อมูลความเสี่ยงด้านยารวบรวมวิเคราะห์และกำหนดแนวทางแก้ไข	2. มีระบบทบทวนความคลาดเคลื่อนการบริหารยาและสร้างมาตรการเพื่อปรับปรุงกระบวนการอย่างสม่ำเสมอ 3. มีการจัดเก็บรายงานข้อมูลความเสี่ยงด้านยารวบรวมวิเคราะห์และกำหนดแนวทางแก้ไข 4. มีระบบยาที่เชื่อมั่นได้ว่าผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงยาและได้รับยาอย่างถูกต้องปลอดภัยโดยมีนวัตกรรมที่สร้างสรรค์	
1.8 ระบบยาฉุกเฉินนอกเวลาราชการ	1. มียาฉุกเฉินไม่ครบในห้องฉุกเฉิน	1. มียาฉุกเฉินเพื่อฟื้นคืนชีพครบในห้องฉุกเฉิน แต่ไม่มีแนวทางปฏิบัติเมื่อยาขาด	1. มียาฉุกเฉินครบเพื่อฟื้นคืนชีพครบในห้องฉุกเฉิน มีแนวทางปฏิบัติเมื่อยาขาด	1. มียาฉุกเฉินครบเพื่อฟื้นคืนชีพครบในห้องฉุกเฉิน มีแนวทางปฏิบัติเมื่อยาขาด และมีรายชื่อผู้รับผิดชอบการจ่ายยาฉุกเฉินนอกเวลาราชการที่ชัดเจน	1. มียาฉุกเฉินครบเพื่อฟื้นคืนชีพครบในห้องฉุกเฉิน มีเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาเปิดให้บริการจ่ายยาฉุกเฉิน 8.00 น.-24.00น. มีระบบตรวจสอบการจัดเก็บและการเข้าถึงยาฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ	1. มียาฉุกเฉินครบเพื่อฟื้นคืนชีพครบในห้องฉุกเฉิน สามารถเข้าถึงยาฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชม. โดยผู้ที่มีหน้าที่เฉพาะ และมีระบบตรวจสอบการจัดเก็บและการเข้าถึงยาฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ	

มติที่ 2. การประเมินคณะกรรมการหรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 7 ระบบสนับสนุน

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
1.9 หอผู้ป่วยใน							
1.9.1 เกณฑ์การรับผู้ป่วย	ไม่มีเกณฑ์การรับผู้ป่วยฉุกเฉินไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล	1.มีเกณฑ์การรับผู้ป่วยจากแผนกฉุกเฉินไว้รักษาตัวของแต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาล โดยมีการประกันเวลาที่สามารถรับผู้ป่วยได้หลังได้รับการร้องขอจากแผนกฉุกเฉินชัดเจน แสดงให้เห็นได้เป็นลายลักษณ์อักษรและผ่านการเห็นชอบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว	1. สามารถรับดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรับผู้ป่วย ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้<50%	1. สามารถรับดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรับผู้ป่วย ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้>50%	1. สามารถรับดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรับผู้ป่วย ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้>75%	1. สามารถรับดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรับผู้ป่วย ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้100%	
		2.มีการเก็บอุบัติการณ์การไม่สามารถรับผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้	2.มีการเก็บอุบัติการณ์การไม่สามารถรับผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้	2.มีการเก็บอุบัติการณ์การไม่สามารถรับผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้	2.มีการเก็บอุบัติการณ์การไม่สามารถรับผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้	2.มีการเก็บอุบัติการณ์การไม่สามารถรับผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้	
1.9.2 การประกันเวลา	รับผู้ป่วยได้หลังเมื่อมีการร้องขอแล้วมากกว่า 4 ชั่วโมง	รับผู้ป่วยได้หลังเมื่อมีการร้องขอแล้ว 4 ชั่วโมง	รับผู้ป่วยได้หลังเมื่อมีการร้องขอแล้ว 3 ชั่วโมง	รับผู้ป่วยได้หลังเมื่อมีการร้องขอแล้ว 2 ชั่วโมง	รับผู้ป่วยได้หลังเมื่อมีการร้องขอแล้ว 1 ชั่วโมง	รับผู้ป่วยได้ทันทีเมื่อมีการร้องขอ	

มติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 7 ระบบสนับสนุน

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
2. Non-clinical Facilities							
2.1 จนท.รักษาความปลอดภัย	ไม่มี	1. มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย (ใช้ร่วม) อย่างน้อย 8 ชม.	มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย (ใช้ร่วม) อย่างน้อย 12 ชม.	มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย (ใช้ร่วม) อย่างน้อย 16 ชม.	มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย (ใช้ร่วม) ตลอด 24 ชม.	มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ประจำหน่วยงาน ER ตลอด 24 ชม.	
2.2 ระบบสื่อสารข้อมูล (Internet)	ไม่สามารถเข้าถึง internet	มีการเข้าถึงInternetได้ เฉพาะเวลาราชการ	มีการเข้าถึงInternetได้ ตลอด 24 ชม.	มีการเข้าถึงInternetได้ ตลอด 24 ชม. โดยมีระบบบำรุงรักษาและแก้ไขได้ ช่วงเวลา8.00น.-16.00น.	มีการเข้าถึงInternetได้ ตลอด 24 ชม.โดยมีระบบบำรุงรักษาและแก้ไขได้โดย on call	มีการเข้าถึงInternetได้ ตลอด 24 ชม.โดยมีระบบบำรุงรักษาและแก้ไขได้ตลอดเวลา	
2.3 วิทยุสื่อสาร							
2.3.1 วิทยุสื่อสาร VHF	ไม่มี	มีวิทยุสื่อสารแต่จำนวนไม่เพียงพอในการออกปฏิบัติการ	1. มีวิทยุสื่อสารเพียงพอในการออกปฏิบัติการ 2. เจ้าหน้าที่ส่วนปฏิบัติการ (พยาบาล) เป็นผู้เฝ้าฟังข้อมูล 3. มีระบบบำรุงรักษาที่ชัดเจน ช่วยให้เครื่องมือสื่อสารสามารถใช้งานได้ตลอดเวลา	1. มีวิทยุสื่อสารเพียงพอในการออกปฏิบัติการ 2.มีเจ้าหน้าที่นอกเหนือส่วนปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้รับมอบหมายให้เฝ้าฟังข้อมูล 8.00น-16.00น 3. มีระบบบำรุงรักษาที่ชัดเจน ช่วยให้เครื่องมือสื่อสารสามารถใช้งานได้ตลอดเวลา	1. มีวิทยุสื่อสารเพียงพอในการออกปฏิบัติการ 2.มีเจ้าหน้าที่นอกเหนือส่วนปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้รับมอบหมายให้เฝ้าฟังข้อมูล8.00น-24.00น 3. มีระบบบำรุงรักษาที่ชัดเจน ช่วยให้เครื่องมือสื่อสารสามารถใช้งานได้ตลอดเวลา	1. มีวิทยุสื่อสารเพียงพอในการออกปฏิบัติการ 2.มีเจ้าหน้าที่นอกเหนือส่วนปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้รับมอบหมายให้เฝ้าฟังข้อมูลตลอด 24 ชม. 3. มีระบบบำรุงรักษาที่ชัดเจน ช่วยให้เครื่องมือสื่อสารสามารถใช้งานได้ตลอดเวลา	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 7 ระบบสนับสนุน

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
2.3.2 วิทยุสื่อสาร SSB	ไม่มี	มีเครื่อง	มีเครื่องพร้อมเสาส่งสัญญาณ	มีเจ้าหน้าที่ใช้เป็น	มีแนวทางวิธีการใช้ และส่งข้อมูลได้ในภาวะฉุกเฉิน	1. มีแนวทางวิธีการใช้ และส่งข้อมูลได้ในภาวะฉุกเฉิน มีระบบดูแลรักษาให้ใช้งานได้ตลอดเวลา 2. เคยใช้ในเหตุการณ์ขอความช่วยเหลือจริง	
3. ระบบรายงานเหตุฉุกเฉิน เหตุการณ์สำคัญ/เหตุการณ์ผิดปกติ (ระดับภายในรพ. และระดับอำเภอ)	ไม่มี	ระบุเหตุฉุกเฉินที่ต้องแจ้งผู้บังคับบัญชาระดับรพ.	ระบุเหตุฉุกเฉินที่ต้องแจ้งผู้บังคับบัญชาระดับรพ. และมีแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินในรพ.	มีตามเกณฑ์Basicallyและระบุเหตุฉุกเฉินที่ต้องแจ้งผู้บังคับบัญชาระดับอำเภอ	มีตามเกณฑ์Matureและมีแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินในรพ. ที่ต้องรายงานผู้บังคับบัญชาระดับอำเภอ	มีตามเกณฑ์Advanceเคยมีการใช้ และทบทวนแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินในรพ. ที่ต้องรายงานผู้บังคับบัญชาระดับรพ. และระดับอำเภอ	
4. IS	ไม่มี ระบบ IS	มีแนวทางการใช้ระบบ IS	มีการใช้ระบบ IS แต่ไม่ครอบคลุม	1. มีระบบ IS ครอบคลุมผู้ป่วย Truma <80% 2. นำข้อมูล IS มาวิเคราะห์ระบบเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการของตนเอง	1. มีระบบ IS ครอบคลุม ผู้ป่วย Truma > 80% 2. นำข้อมูล IS ส่งต่อให้หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง	1. มีระบบ IS ครอบคลุม ผู้ป่วย Truma ทุก Case 2. นำข้อมูล IS ส่งต่อให้หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และร่วมวางแผนป้องกันอุบัติเหตุได้อย่างเป็นรูปธรรม	

มติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 7 ระบบสนับสนุน

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
5.ระบบเก็บเงินค่าบริการ รักษาพยาบาล 24 ชม.	ไม่มีเจ้าหน้าที่การเงิน	1. มีเจ้าหน้าที่เก็บเงิน โดยเฉพาะ 8.00-16.00 น.ในวันราชการ 2. มีหลักฐานการทบทวนความถูกต้องโดยผู้รับผิดชอบ กรณีผู้เก็บเงินไม่ใช่เจ้าหน้าที่การเงิน 100%	1. มีเจ้าหน้าที่เก็บเงิน โดยเฉพาะ 8.00-20.00 น.ในวันราชการ 2. มีหลักฐานการทบทวนความถูกต้องโดยผู้รับผิดชอบ กรณีผู้เก็บเงินไม่ใช่เจ้าหน้าที่การเงิน 100%	1. มีเจ้าหน้าที่เก็บเงิน โดยเฉพาะ 8.00-20.00 น.ทุกวัน 2. มีหลักฐานการทบทวนความถูกต้องโดยผู้รับผิดชอบ กรณีผู้เก็บเงินไม่ใช่เจ้าหน้าที่การเงิน 100%	1. มีเจ้าหน้าที่เก็บเงิน โดยเฉพาะ 8.00-24.00 น. 2. มีหลักฐานการทบทวนความถูกต้องโดยผู้รับผิดชอบ กรณีผู้เก็บเงินไม่ใช่เจ้าหน้าที่การเงิน 100%	มีเจ้าหน้าที่เก็บเงิน โดยเฉพาะ ตลอด 24 ชม. 2. มีหลักฐานการทบทวนความถูกต้องโดยผู้รับผิดชอบ กรณีผู้เก็บเงินไม่ใช่เจ้าหน้าที่การเงิน 100%	
6.ระบบเวชระเบียน	มีระบบการทำ / คั่นเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยเก่าและใหม่ ได้ตลอด 24 ชม.	1. มีนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเวชระเบียนที่เหมาะสม 2. มีระบบการทำ / คั่นเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยเก่าและใหม่ ได้ตลอด 24 ชม.และมีเจ้าหน้าที่ประจำช่วงเวลาราชการ	1. มีการประเมินคุณภาพของเวชระเบียน และปรับปรุงระบบโดยวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 2. มีระบบการทำ / คั่นเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยเก่าและใหม่ ได้ตลอด 24 ชม.และมีเจ้าหน้าที่ประจำช่วงเวลา ราชการ โดยนอกเวลามีเจ้าหน้าที่ส่วนอื่นได้รับมอบหมายมาช่วยเกี่ยวกับเวชระเบียน	1. มีการควบคุมกำกับคุณภาพเวชระเบียนเกินกว่า 50% โดยผู้รับผิดชอบ กรณีการเข้าถึงเวชระเบียนโดยเจ้าหน้าที่ไม่ได้มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง 2. มีระบบและมีเจ้าหน้าที่ประจำ ในการทำ / คั่นเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยเก่าและใหม่ ได้ตลอด 24 ชม	1. มีการควบคุมกำกับ คุณภาพเวชระเบียนเกินกว่า 75% โดยผู้รับผิดชอบ กรณีการเข้าถึงเวชระเบียนโดยเจ้าหน้าที่ไม่ได้มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง 2. มีระบบช่องทางฉุกเฉินการเข้าถึงเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน และมีเจ้าหน้าที่ประจำ ในการทำ / คั่นเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยเก่าและใหม่ ได้ตลอด 24 ชม	1. มีระบบการทำ / คั่นเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยเก่าและใหม่เฉพาะที่ห้องฉุกเฉิน ตลอด 24 ชม. 2. มีกระบวนการทบทวนตรวจสอบคุณภาพ เวชระเบียน และปรับเปลี่ยน อย่างเป็นรูปธรรมอย่างสม่ำเสมอ	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 8 Pre - hospital EMS Intervention

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
1.การจัดอบรม EMS	1.ไม่มีส่วนร่วมในการผลิตและพัฒนา บุคลากรในระบบEMS	1.มีการอบรมฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่EMS โรงพยาบาลเองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	1.มีการอบรมฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่EMS ของโรงพยาบาลเองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2.มีการอบรมฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่EMSหน่วยปฏิบัติการของเครือข่ายตนเองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	1.มีการอบรมฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่EMS ของโรงพยาบาลเองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2.มีการอบรมฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่EMSหน่วยปฏิบัติการของเครือข่ายตนเองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 3.มีส่วนร่วมในการเป็นวิทยากรอบรมหลักสูตรต่างๆในระบบEMS บ้างเป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง	1.มีการอบรมฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่EMS ของโรงพยาบาลเองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2.มีการอบรมฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่EMSหน่วยปฏิบัติการของเครือข่ายตนเองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 3.มีส่วนร่วมในการเป็นวิทยากรอบรมหลักสูตรต่างๆในระบบ EMS ต่อเนื่องสม่ำเสมอในระดับจังหวัด 4.เป็นสถาบันหลักในการจัดอบรมหลักสูตรต่างๆบางหลักสูตรในระบบEMS ได้	1.มีการอบรมฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่EMS ของโรงพยาบาลเองอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง 2.มีการอบรมฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่EMSหน่วยปฏิบัติการของเครือข่ายตนเองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 3.มีส่วนร่วมในการเป็นวิทยากรอบรมหลักสูตรต่างๆในระบบEMS ต่อเนื่องสม่ำเสมอในระดับจังหวัด และระดับเขต 4.เป็นสถาบันหลักในการจัดอบรม หลักสูตรต่างๆทุกหลักสูตรในระบบEMS ได้	
2. การประชาสัมพันธ์ 1669 และการเข้าถึงระบบ EMS	ไม่มีการประชาสัมพันธ์เพื่อการเข้าถึงบริการEMS	1.มีการทำแผนเพื่อการประชาสัมพันธ์ระบบEMS ผ่านหมายเลข 1669	1.มีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ครอบคลุมพื้นที่บริการเกินกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนตำบลในพื้นที่บริการขึ้นไป	1.มีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ครอบคลุมพื้นที่บริการเกินกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนตำบลในพื้นที่บริการขึ้นไป	1. มีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์มากกว่า 2 ช่องทางมีผู้รับบริการครอบคลุมพื้นที่ร้อยละ 100 ของจำนวนตำบลในพื้นที่บริการ	1. มีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ มากกว่า 2 ช่องทางมีผู้รับบริการครอบคลุมพื้นที่ร้อยละ 100 ของจำนวนตำบลในพื้นที่บริการ	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ ประกอบ ที่ 8 Pre - hospital EMS Intervention

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ ได้	
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model		
		2. มีการระบุและติดตามตัวชีวิตการประชาสัมพันธ์และการเข้าถึงระบบ EMS เป็นลายลักษณ์อักษร	2. มีผู้รับบริการครอบคลุมพื้นที่มากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนหมู่บ้านในพื้นที่บริการขึ้นไป 3. มีการระบุและติดตามตัวชีวิต ตลอดจนต้องมีการประมวลผลการประชาสัมพันธ์1669 และการเข้าถึงระบบ EMS เป็นลายลักษณ์อักษร	2. มีรูปธรรมของการมีส่วนร่วมของ อบต. อปท. ในการประชาสัมพันธ์ มากกว่าร้อยละ 50 ของกิจกรรมประชาสัมพันธ์ที่ได้ทำตามแผนประชาสัมพันธ์ 3. มีผู้รับบริการครอบคลุมพื้นที่มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหมู่บ้านในพื้นที่บริการขึ้นไป 4. มีการระบุและติดตามตัวชีวิต ตลอดจนต้องมีการประมวลผลการประชาสัมพันธ์1669 และการเข้าถึงระบบ EMS เป็นลายลักษณ์อักษร	2. มีรูปธรรมของการมีส่วนร่วมของ อบต. อปท. ในการประชาสัมพันธ์ มากกว่าร้อยละ 80 ของกิจกรรมประชาสัมพันธ์ที่ได้ทำตามแผนประชาสัมพันธ์ 3. มีผู้รับบริการครอบคลุมพื้นที่ร้อยละ 100 ของจำนวนหมู่บ้านในพื้นที่บริการ 4. มีการระบุและติดตามตัวชีวิต ตลอดจนต้องมีการประมวลผลการประชาสัมพันธ์1669 และการเข้าถึงระบบ EMS เป็นลายลักษณ์อักษร	2. มีรูปธรรมของการมีส่วนร่วมของ อบต. อปท. ในการประชาสัมพันธ์ มากกว่าร้อยละ 100 ของกิจกรรมประชาสัมพันธ์ที่ได้ทำตามแผนประชาสัมพันธ์ 3. มีผู้รับบริการครอบคลุมพื้นที่ร้อยละ 100 ของจำนวนหมู่บ้านในพื้นที่บริการ 4. มีการระบุและติดตามตัวชีวิต ตลอดจนต้องมีการประมวลผลการประชาสัมพันธ์1669 และการเข้าถึงระบบ EMS เป็นลายลักษณ์อักษร	2. มีรูปธรรมของการมีส่วนร่วมของ อบต. อปท. ในการประชาสัมพันธ์ มากกว่าร้อยละ 100 ของกิจกรรมประชาสัมพันธ์ที่ได้ทำตามแผนประชาสัมพันธ์ 3. มีผู้รับบริการครอบคลุมพื้นที่ร้อยละ 100 ของจำนวนหมู่บ้านในพื้นที่บริการ 4. มีการระบุและติดตามตัวชีวิต ตลอดจนต้องมีการประมวลผลการประชาสัมพันธ์1669 และการเข้าถึงระบบ EMS เป็นลายลักษณ์อักษร 5. เกิดนวัตกรรมในการประชาสัมพันธ์	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ ประกอบ ที่ 8 Pre - hospital EMS Intervention

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
3. EMS Ambulance และการจัดการทีมปฏิบัติการEMS	<p>ไม่มีการบริหารจัดการรถในระบบEMS</p>	<p>1. มีรถกู้ชีพระดับปฏิบัติการกู้ชีพขั้นสูง(ALS) ใช้ร่วมกับงานส่งต่อผู้ป่วย โดยยังมีอุบัติเหตุการณ์ไม่สามารถออกปฏิบัติการได้เมื่อรับคำสั่งจากศูนย์รับแจ้งเหตุ เนื่องจากขาดรถฉุกเฉิน</p> <p>2. มีการตรวจสภาพรถและอุปกรณ์ประจำรถให้พร้อมใช้งาน แต่ไม่ทุกเวอร์ (อย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน)</p> <p>3. มีอัตรากำลังพนักงานขับรถและรถEMSร่วมกับงานยานพาหนะอื่นๆ</p>	<p>1. มีรถกู้ชีพระดับปฏิบัติการกู้ชีพขั้นสูง(ALS) ใช้ร่วมกับงานส่งต่อผู้ป่วย โดยไม่มีอุบัติเหตุการณ์ที่สามารถออกปฏิบัติการได้เมื่อรับคำสั่งจากศูนย์รับแจ้งเหตุ เนื่องจากขาดรถฉุกเฉิน</p> <p>2. มีการตรวจสภาพรถและอุปกรณ์ประจำรถให้พร้อมใช้งานทุกเวอร์</p> <p>3. มีอัตรากำลังพนักงานขับรถและรถEMSแยกจากงานยานพาหนะอื่นๆ ในเวลาราชการ</p>	<p>1. มีรถกู้ชีพระดับปฏิบัติการกู้ชีพขั้นสูง(ALS) แยกจากงานส่งต่อผู้ป่วย โดยยังมีอุบัติเหตุการณ์ไม่สามารถออกปฏิบัติการได้เมื่อได้รับคำสั่งจากศูนย์รับแจ้งเหตุ</p> <p>2. มีการตรวจสภาพรถและอุปกรณ์ประจำรถให้พร้อมใช้งานทุกเวอร์</p> <p>3. มีอัตรากำลังพนักงานขับรถและรถEMSแยกจากงานยานพาหนะอื่นๆ ตลอด 24 ชม.</p>	<p>1. มีรถกู้ชีพระดับปฏิบัติการกู้ชีพขั้นสูง(ALS) แยกจากงานส่งต่อผู้ป่วย โดยไม่มีอุบัติเหตุการณ์ที่สามารถออกปฏิบัติการได้เมื่อรับคำสั่งจากศูนย์รับแจ้งเหตุ</p> <p>2. มีการตรวจสภาพรถและอุปกรณ์ประจำรถให้พร้อมใช้งานทุกเวอร์</p> <p>3. มีอัตรากำลังพนักงานขับรถและรถEMSภายในกำกับของงานER ในเวลาราชการ</p>	<p>1. มีรถกู้ชีพระดับปฏิบัติการกู้ชีพขั้นสูง(ALS) แยกจากงานส่งต่อผู้ป่วย โดยยังมีอุบัติเหตุการณ์ไม่สามารถออกปฏิบัติการได้เมื่อรับคำสั่งจากศูนย์รับแจ้งเหตุ</p> <p>2. มีการตรวจสภาพรถและอุปกรณ์ประจำรถให้พร้อมใช้งานทุกเวอร์</p> <p>3. มีอัตรากำลังพนักงานขับรถและรถEMSภายในกำกับของงานER ตลอด 24ชม.</p>	
	Response time ภายใน 10นาที น้อยกว่า40%	Response time ภายใน 10นาที ไม่มากกว่า 50%	Response time ภายใน 10 นาที เกินกว่า 50%	Response time ภายใน 10 นาที เกินกว่า 70%	Response time ภายใน 10 นาที เกินกว่า 80%	Response time ภายใน 10 นาที เกินกว่า 90%	
4. Medical control	<p>ไม่มีแนวทางกำกับดูแลทางการแพทย์ต่อผู้ปฏิบัติงานในระบบEMS</p>	<p>1.มีแนวทางกำกับดูแลทางการแพทย์ต่อผู้ปฏิบัติงานในระบบEMS</p>	<p>1.มีแนวทางกำกับดูแลทางการแพทย์ต่อผู้ปฏิบัติงานในระบบEMS</p>	<p>1.มีแนวทางกำกับดูแลทางการแพทย์ต่อผู้ปฏิบัติงานในระบบEMS</p>	<p>1.มีแนวทางกำกับดูแลทางการแพทย์ต่อผู้ปฏิบัติงานในระบบEMS</p>	<p>1.มีแนวทางกำกับดูแลทางการแพทย์ต่อผู้ปฏิบัติงานในระบบEMS</p>	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ ประกอบ ที่ 8 Pre - hospital EMS Intervention

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
		2.มี CPG ในการดูแลผู้ป่วยEMSแต่ไม่ครอบคลุมสถิติโรคสำคัญในพื้นที่	2.มี CPG ในการดูแลผู้ป่วย EMSครอบคลุมครอบคลุมสถิติโรคสำคัญในพื้นที่ อย่างน้อย 5กลุ่มโรค 3.มีแนวทางการประสานการดูแล ณจุดเกิดเหตุ ของหน่วย FR ,BLS และ รพสต. กับ รพ.แม่ข่าย หรือศูนย์สั่งการ	2.มี CPG ในการดูแลผู้ป่วยEMSครอบคลุมครอบคลุมสถิติโรคสำคัญในพื้นที่ อย่างน้อย 5กลุ่มโรค 3.มีแนวทางการประสานการดูแล ณจุดเกิดเหตุ ของหน่วย FR ,BLS และ รพสต. กับ รพ.แม่ข่าย หรือศูนย์สั่งการ 4.มีระบบconsult แพทย์ ผ่านห้องฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง	2.มี CPG ในการดูแลผู้ป่วย EMSครอบคลุมครอบคลุมสถิติโรคสำคัญในพื้นที่ อย่างน้อย 5กลุ่มโรค 3.มีแนวทางการประสานการดูแล ณจุดเกิดเหตุ ของหน่วย FR , BLS และ รพสต. กับ รพ.แม่ข่าย หรือศูนย์สั่งการ 4.มีระบบconsult แพทย์ผ่านห้องฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง 5.มีระบบconsult แพทย์ โดยตรงจากจุดเกิดเหตุ เฉพาะในเวลาราชการ	2.มี CPG ในการดูแลผู้ป่วย EMSครอบคลุมครอบคลุมสถิติโรคสำคัญในพื้นที่ อย่างน้อย 5กลุ่มโรค 3.มีแนวทางการประสานการดูแล ณจุดเกิดเหตุ ของหน่วย FR ,BLS และ รพสต. กับ รพ.แม่ข่าย หรือศูนย์สั่งการ 4.มีระบบconsult แพทย์ผ่านห้องฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง 5.มีระบบconsult แพทย์ โดยตรงจากจุดเกิดเหตุ ตลอด 24ชั่วโมง	
5.EMS call center(ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ)	แจ้งเหตุเข้าช่องทางเดียวกับER	1.มีเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินรับสายขอความช่วยเหลือตลอด 24ชม. 1 คู่สาย 2.มีพยาบาลสั่งการเฉพาะในเวลาราชการ	1.มีเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินรับสายขอความช่วยเหลือตลอด 24ชม. 1 คู่สาย 2.มีพยาบาลสั่งการ ช่วงเวรเช้าและบ่าย 3.ร้อยละของการคัดแยกผู้ป่วยทางโทรศัพท์ถูกต้อง	1.มีเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินรับสายขอความช่วยเหลือตลอด 24ชม. มากกว่า 1คู่สาย 2.มีพยาบาลสั่งการ ครบทุกเวร 3.ร้อยละของการคัดแยกผู้ป่วยทางโทรศัพท์ถูกต้อง	1.มีเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินรับสายขอความช่วยเหลือตลอด 24ชม.มากกว่า 1คู่สาย 2.มีพยาบาลสั่งการ ครบทุกเวร 3.ร้อยละของการคัดแยกผู้ป่วยทางโทรศัพท์ถูกต้อง 50-75%	1.มีเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินรับสายขอความช่วยเหลือตลอด 24ชม.มากกว่า 1คู่สาย 2.มีพยาบาลสั่งการ ครบทุกเวร 3.ร้อยละของการคัดแยกผู้ป่วยทางโทรศัพท์ถูกต้องเกิน	

โดย คณะทำงานพัฒนาระบบการรักษายาบาลฉุกเฉิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ ประกอบ ที่ 8 Pre - hospital EMS Intervention

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
			4.มีการเก็บตัวชีวิตบริการมี เป็นลายลักษณ์อักษร	4.มีการทบทวนข้อมูลตัวชีวิต	4.มีการทบทวนข้อมูลตัวชีวิต และพัฒนาปรับปรุงแนวทางการ คัดแยกผู้ป่วยทางโทรศัพท์	4.แนวทางการคัดแยกผู้ป่วย ทางโทรศัพท์ที่ได้รับการ ปรับปรุงพัฒนาส่งผลดีต่อผู้ป่วย	

มติที่ 2. การประเมินผลงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 9 ระบบบริหารจัดการ

หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนน ที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
1. แผนพัฒนา	ไม่มีแผนงาน/โครงการพัฒนา	1.มีแผนการพัฒนาECS คุณภาพบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ รพ. 2. มีแผนงานโครงการที่มาจาก จากการวิเคราะห์จุดอ่อนจุด แข็ง ครอบคลุมองค์ประกอบ งานECS น้อยกว่า 5 ส่วน (element) 3. มีการปฏิบัติตามแผนงาน โครงการที่วางแผนไว้ แต่ไม่ ครบ100 %	1.มีแผนการพัฒนาECS คุณภาพบรรจุในแผน ยุทธศาสตร์ รพ. 2. มีแผนงานโครงการที่มาจาก การวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็ง ครอบคลุมองค์ประกอบงาน ECS ครบทั้ง 5 ส่วน(element) 3. มีการปฏิบัติตามแผนงาน โครงการที่วางแผนไว้ ครบ100 %	1.มีแผนการพัฒนาECS คุณภาพบรรจุในแผน ยุทธศาสตร์ รพ. 2. มีแผนงานโครงการที่มาจาก จากการวิเคราะห์จุดอ่อนจุด แข็ง ครอบคลุมองค์ประกอบ งานECS ครบทั้ง 5 ส่วน (element) 3. มีการปฏิบัติตามแผนงาน โครงการที่วางแผนไว้ ครบ 100 เปอร์เซ็นต์ 4.มีการประเมินแผนเป็นราย ปีแสดงผลลัพธ์เป็นลาย ลักษณ์อักษร	1.มีแผนการพัฒนาECSคุณภาพ บรรจุในแผนยุทธศาสตร์ รพ. 2. มีแผนงานโครงการที่มาจาก การวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็ง ครอบคลุมองค์ประกอบงานECS ครบทั้ง 5 ส่วน(element) 3. มีการปฏิบัติตามแผนงาน โครงการที่วางแผนไว้ ครบ100 เปอร์เซ็นต์ 4.มีการประเมินแผนเป็นรายปี แสดงผลลัพธ์เป็นลายลักษณ์ อักษร 5. สามารถนำผลการประเมิน แผนมาปรับใช้ในการวางแผน พัฒนา ในปีต่อไปไม่ครบทุก element	1.มีแผนการพัฒนาECS คุณภาพบรรจุในแผน ยุทธศาสตร์ รพ. 2. มีแผนงานโครงการที่มาจาก การวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็ง ครอบคลุมองค์ประกอบงาน ECS ครบทั้ง 5 ส่วน(element) 3. มีการปฏิบัติตามแผนงาน โครงการที่วางแผนไว้ ครบ100 เปอร์เซ็นต์ 4.มีการประเมินแผนเป็นรายปี แสดงผลลัพธ์เป็นลายลักษณ์ อักษร 5. สามารถนำผลการประเมิน แผนมาปรับใช้ในการวางแผน พัฒนา ในปีต่อไปครบทุก element	
2. งานด้านธุรการ (เอกสาร หนังสือโต้ตอบ โครงการ/แผนงาน เอกสารการประชุม การประสานงานหน่วยงานภายในและ ภายนอก)	ไม่มีการมอบหมายให้ บุคลากรในหน่วยงาน ให้ทำหน้าที่ด้านธุรการ	มีการมอบหมายให้บุคลากร ในหน่วยงานให้ทำหน้าที่ด้าน ธุรการ	มีการมอบหมายให้บุคลากรใน หน่วยงานให้ทำหน้าที่ด้าน ธุรการและกำหนดหน้าที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร	มีเจ้าหน้าที่ธุรการร่วมกับ หน่วยงานอื่นให้ทำหน้าที่ ด้านธุรการและกำหนด หน้าที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์ อักษร	มีเจ้าหน้าที่ธุรการที่หน่วยงาน ตนเองกำหนดหน้าที่ชัดเจนเป็น ลายลักษณ์อักษร	มีสำนักงานเลขาที่งาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน	

มิติที่ 2. การประเมินคณะกรรมการ หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 10 Inform-ation system

หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
1. ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่							
1.1 ข้อมูลประชากร (ฐานประชากรกลางปี)	ไม่มีข้อมูลประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	มีข้อมูลประชากรแต่ไม่เป็นปัจจุบัน	มีข้อมูลประชากรปัจจุบันในพื้นที่	มีข้อมูลประชากรปัจจุบันครอบคลุมทั้งพื้นที่ และสามารถจำแนกกลุ่มประชากรตามกลุ่มอายุ , เพศ สิทธิการรักษารักษาฯ ได้	มีข้อมูลประชากรครอบคลุมทั้งพื้นที่ตลอดจนยอดประชากรแฝงเป็นปัจจุบัน จำแนกกลุ่มประชากรตามกลุ่มอายุ , เพศ สิทธิการรักษารักษาฯ	มีข้อมูลประชากรครอบคลุมทั้งพื้นที่ตลอดจนยอดประชากรแฝงเป็นปัจจุบัน จำแนกกลุ่มประชากรตามกลุ่มอายุ , เพศ สิทธิการรักษารักษาฯ ทั้งนี้สามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการรายงานติดตาม วิเคราะห์ หรือพัฒนาระบบECSได้	
1.2 ข้อมูลแผนที่		มีการทำแผนที่ในเขตรับผิดชอบเฉพาะพื้นที่ตั้งรพ.	มีการทำแผนที่ในเขตรับผิดชอบครอบคลุมทั้งอำเภอ	มีการทำแผนที่ในเขตรับผิดชอบและนำข้อมูลประชากรบันทึกในแผนที่ครอบคลุมทั้งพื้นที่	มีการทำแผนที่ในเขตรับผิดชอบ นำข้อมูลประชากรบันทึกในแผนที่ครอบคลุมทั้งพื้นที่ และมีระบบประสานกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิเพื่อทำ mapping ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	มีการทำแผนที่ในเขตรับผิดชอบ นำข้อมูลประชากรบันทึกในแผนที่ครอบคลุมทั้งพื้นที่ และมีการประสานกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิเพื่อจัดทำmapping ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จัดเก็บข้อมูลเป็นหมวดหมู่ สะดวกในการสืบค้นและเข้าถึงข้อมูล ทั้งนี้ต้องสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการรายงาน ติดตาม วิเคราะห์ หรือพัฒนาระบบECSได้	

มิติที่ 2. การประเมินคณะกรรมการหรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 10 Inform-ation system

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
2. ข้อมูลด้านระบาดวิทยา /ข้อมูลเฝ้าระวังทั้ง trauma และ nontrauma	ไม่มีข้อมูลระบาดวิทยาทั้ง trauma และ nontrauma	มีการจัดทำข้อมูลระบาดวิทยาเพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง	มีการจัดทำข้อมูลระบาดวิทยาทั้ง Trauma และ Non-trauma	มีการจัดทำข้อมูลระบาดวิทยาทั้ง Trauma และ Non-trauma และมีการวิเคราะห์ข้อมูล	มีการจัดทำข้อมูลระบาดวิทยาทั้ง Trauma และ Non-trauma และมีการวิเคราะห์ข้อมูล ความสัมพันธ์ และมีการวางแผนแก้ไข	มีการจัดทำข้อมูลระบาดวิทยาทั้ง Trauma และ Non-trauma และมีการวิเคราะห์ข้อมูล ความสัมพันธ์ และมีการวางแผนแก้ไข มีผลลัพธ์การวางแผนแก้ไข	
3. ข้อมูลด้านความพึงพอใจ 6 เดือน / ครั้ง	ไม่มีการสำรวจความพึงพอใจ	มีการสำรวจความพึงพอใจ1ครั้ง/ปี	มีการสำรวจความพึงพอใจ2 ครั้ง/ปีนำผลมาวิเคราะห์และวางแผนแก้ไข	สำรวจความพึงพอใจ ผู้ใช้บริการ2ครั้ง/ปี นำผลมาวิเคราะห์และดำเนินการแก้ไข	สำรวจความพึงพอใจ ผู้ใช้บริการ2ครั้ง/ปี และนำผลมาวิเคราะห์และดำเนินการแก้ไข พร้อมสื่อสารกลับแก่ผู้รับผลงาน	สำรวจความพึงพอใจ ผู้ใช้บริการ2ครั้ง/ปี และนำผลมาวิเคราะห์และดำเนินการแก้ไข พร้อมสื่อสารกลับแก่ผู้รับผลงาน และผลลัพธ์ของการแก้ไขมีผลงานเชิงประจักษ์ต่อการพัฒนาระบบECS	

มิติที่ 2. การประเมินคณะกรรมการ หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ ประกอบ ที่ 10 Inform-ation system

หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
4. ข้อมูลด้านการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน	ไม่มีข้อมูลด้านการรักษาผู้ป่วย	มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับด้านการดูแลรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งต่อ การรับไว้ การจำหน่าย และการรายงานผลข้อมูลในระยะเวลาต่างๆ ไม่ครบถ้วน	มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับด้านการดูแลรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งต่อ การรับไว้ การจำหน่าย และการรายงานผลข้อมูลในระยะเวลาต่างๆ ครบถ้วน แต่ไม่มีระบบการจัดการด้านสารสนเทศ	มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับด้านการดูแลรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งต่อ การรับไว้ การจำหน่าย และการรายงานผลข้อมูลในระยะเวลาต่างๆ ครบถ้วน และรายงานผลแบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์และ/หรือ Manual	มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับด้านการดูแลรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งต่อ การรับไว้ การจำหน่าย และการรายงานผลข้อมูลในระยะเวลาต่างๆ ครบถ้วน และรายงานผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์	มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับด้านการดูแลรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งต่อ การรับไว้ การจำหน่าย และการรายงานผลข้อมูลในระยะเวลาต่างๆ ครบถ้วน ทั้งนี้ต้องสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนาระบบECSได้	

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ ประกอบ ที่ 10 Inform-ation system

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
5. Data management มี 4 ส่วน คือ - การเก็บข้อมูล - การดึงข้อมูลมาจัดทำรายงาน - การวิเคราะห์/เปรียบเทียบข้อมูล - การนำผลการวิเคราะห์/เปรียบเทียบข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาระบบECS	ไม่มีระบบdata managementในระบบECS	มีการจัดเก็บข้อมูลในระบบECSแต่ไม่มีการนำข้อมูลออกมาใช้ประโยชน์	มีการจัดเก็บข้อมูลในระบบECS และนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ ทั้งการ จัดทำ รายงาน ในบางองค์ประกอบของระบบงานECS แต่ไม่มีการวิเคราะห์/เปรียบเทียบข้อมูล	มีการจัดเก็บข้อมูลในระบบECS และนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ ทั้งการ จัดทำรายงาน วิเคราะห์/เปรียบเทียบ/คาดการณ์ ทิศทางหรือแนวโน้มในบางองค์ประกอบของระบบงานECS ได้	มีระบบdata managementครบทุกด้าน และนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ ทั้งการ จัดทำรายงาน วิเคราะห์/เปรียบเทียบ/คาดการณ์ทิศทางหรือแนวโน้มในบางองค์ประกอบของระบบงานECS ได้ และมีการนำผลการวิเคราะห์/เปรียบเทียบข้อมูล มาใช้ในการพัฒนาระบบECSใน องค์ประกอบนั้นๆ ได้อย่างชัดเจน	มีระบบdata management ครบทุกส่วน และนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ ทั้งการ จัดทำ รายงาน วิเคราะห์/เปรียบเทียบ/คาดการณ์ ทิศทางหรือแนวโน้มในทุก องค์ประกอบของระบบงานECS ได้ และมีการนำผลการวิเคราะห์/เปรียบเทียบข้อมูล มาใช้ในการพัฒนาระบบECS ได้อย่างชัดเจน	

อ้างอิงจาก "ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ Management Information System (MIS)"

มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล
องค์ ประกอบ ที่ 11 การพัฒนาคุณภาพ (Quality management)

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
1. ระบบคุณภาพ (ได้แก่ HA) ที่ได้รับการประเมินจากองค์กรภายนอก ** ส่งเรื่องก่อนการรับประเมิน 5 เรื่อง และผู้ประเมินจะเลือก 1-3 เรื่อง	ไม่ทำ	อยู่ระหว่างกระบวนการพัฒนาคุณภาพ	มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ชั้น 1 (HA)	มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ชั้น 2 (HA)	ผ่านการรับรองคุณภาพ(HA Accredit)	ผ่านการรับรองคุณภาพ(HA Accredit และอ้างครีกรักษา Re- Accredit) และผ่านการรับรองมาตรฐานการพยาบาล ER (QA)	
2. CQI ในโรงพยาบาล	ไม่ทำ	เริ่มมีการใช้กิจกรรมทบทวน 12 กิจกรรมหรือเครื่องมืออื่นๆ มาใช้ ในการค้นหาโอกาสพัฒนา และพบโอกาสพัฒนาจากการทบทวนอย่างน้อย 1 เรื่อง	มีการใช้กิจกรรมทบทวน 12 กิจกรรม หรือเครื่องมืออื่นๆ มาใช้ในการค้นหาโอกาสพัฒนา และพบโอกาสพัฒนาจากการทบทวนอย่างน้อย 3 เรื่อง และดำเนินการปรับแก้เชิงระบบแล้ว 3 เรื่อง (ต่อ 1ครั้งการประเมิน)	มีการใช้กิจกรรมทบทวน 12 กิจกรรม หรือเครื่องมืออื่นๆ มาใช้ในการค้นหาโอกาสพัฒนา และพบโอกาสพัฒนาจากการทบทวนมากกว่า 3 เรื่อง และดำเนินการปรับแก้เชิงระบบแล้วมากกว่า 3เรื่อง (ต่อ 1ครั้งการประเมิน) ตลอดจนมีการติดตามผลการปรับแก้อย่างเป็นระบบ	มีการใช้กิจกรรมทบทวน 12 กิจกรรม หรือเครื่องมืออื่นๆ มาใช้อย่างต่อเนื่อง โดยได้โอกาสพัฒนาจากการทบทวนมากกว่า 3 เรื่อง และดำเนินการปรับแก้เชิงระบบแล้วมากกว่า 3เรื่อง โดยอาจเป็นเรื่องใหม่หรือเรื่องเดิมในมุมมองใหม่ๆก็ได้ ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 2รอบการประเมิน ตลอดจนมีการติดตามผลการปรับแก้อย่างเป็นระบบ	มีวัฒนธรรมคุณภาพในการทบทวน เรียนรู้ วางแผน และติดตามต่อเนื่อง ตลอดจนมีการอ้างไว้ซึ่งแนวทาง หรือกระบวนการปฏิบัติที่ดี ที่ได้จากการทบทวนตลอดเวลา	

มติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 12 การศึกษาและวิจัย

การให้คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
หัวข้อการประเมิน 1. การศึกษาวิจัยทางคลินิกด้าน การแพทย์	ไม่มีกิจกรรมในการศึกษา วิจัยทางคลินิกด้านการแพทย์	อยู่ระหว่างดำเนินการ การทำ วิจัย หรือเป็นแหล่งร่วมเก็บ ข้อมูลกับสถาบันอื่น อย่าง น้อย 1 เรื่อง	มีงานวิจัย ³ ที่เสร็จแล้ว อย่างน้อย 1 เรื่องต่อปี	มีงานวิจัย ³ ที่เสร็จและ ได้รับการเผยแพร่แล้ว อย่างน้อย 1 เรื่องต่อปี โดย เป็นเรื่องที่สามารถปรับมา ใช้ในทางปฏิบัติกับผู้ป่วย ในพื้นที่ได้จริงอย่างน้อย 1 เรื่อง	มีงานวิจัย ³ ที่เสร็จและได้รับการ เผยแพร่แล้ว อย่างน้อย 2 เรื่อง ต่อปี โดยเป็นเรื่องที่สามารถ ปรับมาใช้ในทางปฏิบัติกับผู้ป่วย ในพื้นที่ได้จริงอย่างน้อย 1 เรื่อง	มีงานวิจัย ³ ที่เสร็จและได้รับการ เผยแพร่แล้ว มากกว่า 2 เรื่อง ต่อปี โดยเป็นเรื่องที่สามารถ ปรับมาใช้ในทางปฏิบัติกับผู้ป่วย ในพื้นที่ได้จริงอย่างน้อย 2 เรื่อง	
2. การศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านการ พยาบาล	ไม่มีกิจกรรมในการศึกษา วิจัยทางคลินิกด้านการ พยาบาล	อยู่ระหว่างดำเนินการ การทำ วิจัย หรือเป็นแหล่งร่วมเก็บ ข้อมูลกับสถาบันอื่น อย่าง น้อย 1 เรื่อง	มีงานวิจัย ³ ที่เสร็จแล้ว อย่างน้อย 1 เรื่องต่อปี	มีงานวิจัย ³ ที่เสร็จและ ได้รับการเผยแพร่แล้ว อย่างน้อย 1 เรื่องต่อปี โดย เป็นเรื่องที่สามารถปรับมา ใช้ในทางปฏิบัติกับผู้ป่วย ในพื้นที่ได้จริงอย่างน้อย 1 เรื่อง	มีงานวิจัย ³ ที่เสร็จและได้รับการ เผยแพร่แล้ว อย่างน้อย 2 เรื่อง ต่อปี โดยเป็นเรื่องที่สามารถ ปรับมาใช้ในทางปฏิบัติกับผู้ป่วย ในพื้นที่ได้จริงอย่างน้อย 1 เรื่อง	มีงานวิจัย ³ ที่เสร็จและได้รับการ เผยแพร่แล้ว มากกว่า 2 เรื่อง ต่อปี โดยเป็นเรื่องที่สามารถ ปรับมาใช้ในทางปฏิบัติกับผู้ป่วย ในพื้นที่ได้จริงอย่างน้อย 2 เรื่อง	
3. การศึกษาวิจัยทางคลินิกด้าน Pre hospital	ไม่มีกิจกรรมในการศึกษา วิจัยทางคลินิกด้าน Pre hospital	อยู่ระหว่างดำเนินการ การทำ วิจัย หรือเป็นแหล่งร่วมเก็บ ข้อมูลกับสถาบันอื่น อย่าง น้อย 1 เรื่อง	มีงานวิจัย ³ ที่เสร็จแล้ว อย่างน้อย 1 เรื่องต่อปี	มีงานวิจัย ³ ที่เสร็จและ ได้รับการเผยแพร่แล้ว อย่างน้อย 1 เรื่องต่อปี โดย เป็นเรื่องที่สามารถปรับมา ใช้ในทางปฏิบัติกับผู้ป่วย ในพื้นที่ได้จริงอย่างน้อย 1 เรื่อง	มีงานวิจัย ³ ที่เสร็จและได้รับการ เผยแพร่แล้ว อย่างน้อย 2 เรื่อง ต่อปี โดยเป็นเรื่องที่สามารถ ปรับมาใช้ในทางปฏิบัติกับผู้ป่วย ในพื้นที่ได้จริงอย่างน้อย 1 เรื่อง	มีงานวิจัย ³ ที่เสร็จและได้รับการ เผยแพร่แล้ว มากกว่า 2 เรื่อง ต่อปี โดยเป็นเรื่องที่สามารถ ปรับมาใช้ในทางปฏิบัติกับผู้ป่วย ในพื้นที่ได้จริงอย่างน้อย 2 เรื่อง	

มิติที่ 2. การประเมินผลงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบ ที่ 12 การศึกษาและวิจัย

หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						คะแนนที่ได้
	0 Absent	1 Beginning	2 Basically Effective	3 Mature	4 Advanced	5 Role model	
4. การศึกษาวิจัย ด้านการบริหารจัดการแผนฉุกเฉิน	ไม่มีกิจกรรมในการศึกษาวิจัยด้านการบริหารจัดการแผนฉุกเฉิน	อยู่ระหว่างดำเนินการ การทำวิจัย หรือเป็นแหล่งร่วมเก็บข้อมูลกับสถาบันอื่น อย่างน้อย 1 เรื่อง	มีงานวิจัย ¹ ที่เสร็จแล้วอย่างน้อย 1 เรื่องต่อปี	มีงานวิจัย ¹ ที่เสร็จและได้รับการเผยแพร่แล้วอย่างน้อย 1 เรื่องต่อปี โดยเป็นเรื่องที่สามารถปรับมาใช้ในทางปฏิบัติกับผู้ป่วยในพื้นที่ได้จริงอย่างน้อย 1 เรื่อง	มีงานวิจัย ¹ ที่เสร็จและได้รับการเผยแพร่แล้ว อย่างน้อย 2 เรื่องต่อปี โดยเป็นเรื่องที่สามารถปรับมาใช้ในทางปฏิบัติกับผู้ป่วยในพื้นที่ได้จริงอย่างน้อย 1 เรื่อง	มีงานวิจัย ¹ ที่เสร็จและได้รับการเผยแพร่แล้ว มากกว่า 2 เรื่องต่อปี โดยเป็นเรื่องที่สามารถปรับมาใช้ในทางปฏิบัติกับผู้ป่วยในพื้นที่ได้จริงอย่างน้อย 2 เรื่อง	

หมายเหตุ

a.งานวิจัย หมายถึง งานวิจัยที่ทำเอง(รวมR2R) หรือร่วมวิจัยกับโรงพยาบาลหรือสถาบันการแพทย์อื่นก็ได้

วัตถุประสงค์รายองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์
1. อาคารสถานที่	1. เพื่อให้มีการจัดการพื้นที่สำหรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์มาตรฐาน 2. เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน
2. บุคลากร	1. เพื่อประเมินการบริหารอัตรากำลังในการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้านความเพียงพอ เหมาะสมตามความจำเป็นของลักษณะงาน 2. ส่งเสริม สนับสนุน ให้มีการบริหารจัดการอัตรากำลังเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน
3. การรักษายาบาล	โรงพยาบาลมีความสามารถในการให้บริการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน
3.1 Triage	มีการคัดแยกผู้ป่วยเข้ารับบริการในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและมีการประเมินผู้ป่วยซ้ำขณะรอตรวจเป็นระยะๆ เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการให้การดูแลรักษา
3.2 Resuscitation	สามารถแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
3.3 Stabilization	เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีระบบในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีความคงที่ เมื่อต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยภายในหน่วยงาน
3.4 Special track 3.4.1 AMI Fast Track 3.4.2 Stroke Fast Track	เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีระบบในการดูแลผู้ป่วย Fast track ที่มีประสิทธิภาพ
3.5 Definitive care	เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีระบบในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานบำบัดวิกฤติ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. MCI and Disaster management	เพื่อให้มั่นใจว่าหากเกิดสถานการณ์ MCI / Disaster ขึ้นแล้ว โรงพยาบาล จะมีการบริหารจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และยังสามารถดำเนินงานให้บริการทางสาธารณสุขได้อย่างต่อเนื่องตามระดับความสามารถของการให้บริการของโรงพยาบาล
4.1 MCI (การเตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินหมู่)	มีความสามารถในการระดมบุคลากรและทรัพยากรต่างๆ เพื่อจัดการในด้านการรักษายาบาลในกรณีที่มีการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจำนวนมาก เข้ามาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพร้อมๆ กัน
4.2 Disaster (รพ.เตรียมพร้อมรับภาวะภัยพิบัติ)	มีความสามารถในการระดมบุคลากรและทรัพยากรต่างๆ เพื่อจัดการในด้านระบบสุขภาพ การรักษายาบาลในกรณีที่มีภาวะภัยพิบัติ
4.2.1 Preparedness	มีการเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยง การมีแผนรับภัยพิบัติและการซ้อมแผนรับภัยพิบัติร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
4.2.2 Response Team	มีความพร้อมในการจัดทีมที่สามารถตอบสนองต่อเหตุการณ์ภาวะภัยพิบัติในพื้นที่และส่งทีมให้การช่วยเหลือด้านการรักษายาบาลและการส่งต่อการเกิดภัยพิบัติขึ้น

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์
4.2.3 Recovery	มีแผนการประเมินและ ดำเนินการฟื้นฟูผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ควบคุมโรคระบาดในพื้นที่ประสบภัยอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงฟื้นฟูสภาพจิตใจให้แก่ผู้ประสบภัยให้สามารถดำรงชีวิตได้เป็นปกติ รวมถึงการมี แผนบริหารความต่อเนื่อง (Business Continuity Plan: BCP) เพื่อให้กิจกรรมต่างๆ /บริการที่สำคัญสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องเมื่อมีเหตุให้ต้องหยุดชะงัก
5. Referral system	เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีการจัดระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) ที่ตอบสนองคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ
5.1 บทบาทการเป็นผู้ส่ง	<p>1.เพื่อให้โรงพยาบาลมีการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3) ครอบคลุม ประเด็น การประสานงานก่อนส่งต่อ การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อและการดูแลขณะส่งต่อ</p> <p>2. เพื่อให้มีการปฏิบัติตามมาตรฐานระบบส่งต่อผู้ป่วย ประเมิน เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงขณะ refer out, Refer in/ปัญหาการส่งต่อ นำไปพัฒนาทั้งเครือข่ายระดับจังหวัด</p> <p>3 .เพื่อให้การนำผลการวิเคราะห์มาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินขณะส่งต่อและปรากฏผลลัพธ์ในการพัฒนาที่ดีขึ้น/ปรับปรุงCPG/เกณฑ์</p>
5.1 บทบาทการเป็นผู้รับ	<p>1.เพื่อให้มีการจัดระบบ /CPG/เกณฑ์ รับRefer ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1, 2,3)ที่ถูกนำส่งสถานบริการที่ศักยภาพต่ำกว่า</p> <p>2.เพื่อให้มีผู้รับผิดชอบ/แพทย์ประจำ ให้คำปรึกษาแก่หน่วยลำเลียงผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage catt 1,2,3)ที่ถูกนำส่งจากสถานบริการที่ต่ำกว่า</p> <p>3.เพื่อให้มีการจัดเก็บข้อมูล/วิเคราะห์ข้อมูล, ปัญหาที่เกิดขึ้น มาพัฒนาระบบงานของรพ/เครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม</p>
6. การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง(Access to Other Specialist Consultation)	เพื่อให้โรงพยาบาลมีเครือข่าย ระบบการขอคำปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน พร้อมทั้งวางแนวทางในการรวบรวมข้อมูลการขอรับคำปรึกษาเพื่อกำหนดเป็นแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์
7. ระบบสนับสนุน	<p>เพื่อให้โรงพยาบาลมีระบบที่เกี่ยวข้อง สามารถสนับสนุนการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ</p> <p>Clinical Facilities</p> <p>1.1 Lab มีระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานและมีบุคลากรตามวิชาชีพที่รับผิดชอบเฉพาะ ตลอด 24 ชม. มีการกำหนดค่าLabวิกฤต และการรายงานผลตามเวลาที่กำหนด ร่วมกับทีมการดูแลผู้ป่วย (PCT) มีระบบการทบทวนการรายงานผลตามเป้าหมาย</p> <p>1.2 X-ray มีระบบการตรวจวินิจฉัยทางรังสี โดยบุคลากรตามวิชาชีพ ตลอด 24 ชม. หรือมีการฝึกอบรม ควบคุมตรวจสอบคุณภาพกรณีที่ผู้ใช้ปฏิบัติงานแทนเจ้าหน้าที่รังสี อย่างสม่ำเสมอ</p> <p>1.3 OR จัดให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน สามารถรองรับได้ตลอด 24 ชม.</p> <p>1.4 CT มีระบบในการเข้าถึงการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และการ รายงานผล ตลอด 24 ชม.</p> <p>1.5 MRI มีระบบในการเข้าถึงการตรวจเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า และการรายงานผลตลอด 24 ชม.</p> <p>1.6 Ultra sound จัดให้มีเครื่องตรวจวินิจฉัยคลื่นความถี่สูง ไว้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้สามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว</p> <p>1.7 ระบบยานอวกเวลาราชการ จัดมีระบบการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยตรวจนอกเวลาราชการโดยบุคลากรเฉพาะตามวิชาชีพตลอด 24 ชม. และมีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลความคลาดเคลื่อนด้านการบริหารยา ความเสี่ยงด้านยา การควบคุมคุณภาพของยาให้เป็นไปตามมาตรฐาน ทบทวนปรับปรุงและแก้ไข</p> <p>1.8 ระบบยาฉุกเฉินนอกเวลาราชการ มียาฉุกเฉินเพื่อฟื้นคืนชีพครบในห้องฉุกเฉิน มีบุคลากรเฉพาะตามวิชาชีพเปิดให้บริการจ่ายยาฉุกเฉิน ตลอด 24 ชม. มีระบบตรวจสอบการจัดเก็บและการเข้าถึงยาฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>Non-Clinical Facilities</p> <p>2.1 จนท.รักษาความปลอดภัย จัดให้มีระบบการรักษาความปลอดภัยให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานตลอด 24 ชม. 2.2 ระบบสื่อสารข้อมูล(Internet) จัดให้มีระบบการเข้าถึงการใช้งาน Internet และการบำรุงรักษา แก้ไข ได้ตลอด 24 ชม.</p> <p>2.3 วิทยุสื่อสาร จัดให้มีเจ้าหน้าที่สื่อสารวิทยุ ที่รับผิดชอบชัดเจนตลอด 24 ชม. พร้อมทั้งจัดหาให้มีเพียงพอ และมีการซ่อมบำรุงให้พร้อมใช้ในการออกปฏิบัติงาน</p> <p>3. ระบบการรายงานเหตุ โรงพยาบาลมีการระบุเหตุฉุกเฉินที่ต้องการรายงานผู้บังคับบัญชา พร้อมทั้งกำหนดแนวปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาล และมีการทบทวนแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลภายหลังการเกิดเหตุจริง</p> <p>4. IS มีการนำระบบ Is มาใช้วิเคราะห์ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Trauma</p> <p>5. ระบบเก็บเงินค่าบริการรักษาพยาบาล มีเจ้าหน้าที่เก็บเงินเฉพาะ ให้บริการตลอด 24 ชม. กรณีที่ใช้เจ้าหน้าที่ส่วนงานอื่น ปฏิบัติหน้าที่แทน ต้องมีระบบการตรวจสอบความถูกต้องของการจัดเก็บเงินค่าบริการนอกเวลาราชการ</p>

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์
8. Pre – hospital EMS Intervention	<p>1. เพื่อประเมินการมีส่วนร่วมจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาล ครอบคลุมระบบการประชาสัมพันธ์ การจัดการรถพยาบาล การจัดการทีมระดับALS</p> <p>2. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีมาตรฐาน และเพียงพอต่อผู้รับบริการ</p>
9. ระบบบริหารจัดการ	<p>1. เพื่อให้มีแผนการพัฒนาECSคุณภาพบรรจุในแผนยุทธศาสตร์รพ.และมาจากการวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งงานECSของ รพ.ลงสู่แผนปฏิบัติการในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2. เพื่อให้มีการปฏิบัติและการประเมินแผนเป็นรายปีแสดงผลลัพธ์/มีการทำ CQI ตามแผนงานโครงการจนเกิดเป็น Best practice</p>
10. Inform-ation system	เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาล จะมีระบบข้อมูลข่าวสาร (Information System) ที่ครบถ้วน ครอบคลุมข้อมูลที่สำคัญ จำเป็น และเหมาะสม ในการบริหารจัดการ การวิเคราะห์ปัญหา แก้ปัญหา และเกิดการพัฒนางานในระบบECS ที่มีประสิทธิภาพ
10.1.1 ข้อมูลประชากร	มีข้อมูลประชากรครอบคลุมทั้งพื้นที่ปัจจุบัน และจำแนกกลุ่มประชากรตามกลุ่ม อายุ , เพศ ฯลฯ สิทธิการรักษา และ ยอดประชากรแฝง บทบาทความสัมพันธ์และวางแผนพัฒนาระบบบริการ
10.1.2 ข้อมูลแผนที่	มีการทำแผนที่ในเขตรับผิดชอบ นำข้อมูลประชากรบันทึกในแผนที่ครอบคลุมทั้งพื้นที่ และมีการประสานกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จัดทำmapping ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง(ภูมิชุมชน) จัดเก็บข้อมูลเป็นหมวดหมู่ สะดวกในการสืบค้นและเข้าถึงข้อมูล
10.2 ข้อมูลด้านระบาดวิทยา /ข้อมูลเฝ้าระวังทั้ง trauma และ nontrauma	มีการจัดทำข้อมูลระบาดวิทยาทั้ง Trauma และNon-trauma และมีการวิเคราะห์ข้อมูล ความสัมพันธ์ และมีการวางแผนแก้ไข มีผลลัพธ์การวางแผนแก้ไข
10.3 ข้อมูลด้านความพึงพอใจ	มีการสำรวจความพึงพอใจผู้ใช้บริการ และนำผลมาวิเคราะห์ วางแผนและดำเนินการแก้ไข จนเกิดผลลัพธ์การพัฒนาที่ตอบสนองความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่ชัดเจน
10.4 ข้อมูลด้านการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน	มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับด้านการดูแลรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งต่อ การรับไว้ การจำหน่าย และการรายงานผลข้อมูลในระยะเวลาต่างๆ ครบถ้วน และรายงานผลแบบใช้คอมพิวเตอร์ครบถ้วน
10.5 Data management มี 4 ส่วน คือ - การเก็บข้อมูล - การดึงข้อมูลมาจัดทำรายงาน - การวิเคราะห์/เปรียบเทียบข้อมูล - การนำผลการวิเคราะห์/เปรียบเทียบข้อมูล มาใช้ในการพัฒนาระบบECS	มีระบบdata management และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบและคาดการณ์แนวโน้ม มีการรายงานผลการพัฒนา จัดทำฐานข้อมูลสารสนเทศที่สะดวกในการสืบค้นได้ตลอดเวลา
11. การพัฒนาคุณภาพ (Quality management)	เพื่อสร้างความมั่นใจว่าโรงพยาบาลมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
12. การศึกษาและวิจัย	เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน