

โครงการ ตรวจติดตามคุณภาพภายใน (Internal Audit) ตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ของ
 ห้องปฏิบัติการชันสูตรโรค ศูนย์บริการสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบ สำนักงานชันสูตรสาธารณสุข สำนักงานมัย
ปีงบประมาณ ๒๕๗๐

๑. หลักการและเหตุผล

สำนักงานชันสูตรสาธารณสุข มีห้องปฏิบัติการเครือข่าย ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) จำนวน ๗ แห่ง ได้แก่ ศบส.๑๕ ศบส.๒๑ ศบส. ๒๔ ศบส.๒๗ ศบส.๒๙ ศบส.๔๐ และศบส.๔๓ โดยสามารถให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยจำนวน ๔๕ รายการ การให้บริการของห้องปฏิบัติการเครือข่ายเหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความคุณภาพ ตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ เพื่อให้แพทย์และผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และมีความมั่นใจต่อผลการตรวจวิเคราะห์ที่ได้ว่าจะมีความถูกต้อง และนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรักษาโรค ติดตามการรักษา ตลอดจนการป้องกันและควบคุมโรค

มาตรฐานและคุณภาพงานเทคนิคการแพทย์ในประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เกิดกระแสพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างกว้างขวางทั้งภาครัฐและเอกชน ผลงานการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ของประเทศไทย นับว่ามีความโดดเด่น และเป็นเอกลักษณ์เฉพาะ เป็นแบบอย่างในการพัฒนาให้แก่กลุ่มประเทศที่มีบริบทใกล้เคียง ได้รับการยอมรับจาก WHO และ CDC ให้นำมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ รูปแบบการพัฒนา การตรวจประเมินรับรองระบบคุณภาพ ผลการดำเนินการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับประเทศอื่นๆ หลายประเทศ มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ของประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนฉบับปัจจุบันคือ มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ฉบับปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งมีการอ้างอิงจากมาตรฐาน ISO ๑๕๑๘๙ ที่เป็นมาตรฐานงานของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ระดับสากล ดังนั้นห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ย่อมได้รับความเชื่อถือว่ามีมาตรฐานและเป็นการประกันคุณภาพแก่ผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี

สำนักงานชันสูตรสาธารณสุข ได้จัดทำโครงการการพัฒนาห้องปฏิบัติการศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อการขอรับรองมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ โดยมีศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับการรับรองระบบคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ จากสภาเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย ๔ แห่ง ได้แก่ ศบส.๑๕ ศบส.๒๙ ศบส.๔๐ และศบส.๒๗ ซึ่งหลังจากได้รับการรับรองระบบคุณภาพ ทางศบส.จะต้องมีการดำเนินการตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์อย่างต่อเนื่อง และมีการตรวจติดตามคุณภาพภายในอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปี สำนักงานชันสูตรสาธารณสุขจึงเห็นควรจัดให้มีการตรวจติดตามคุณภาพภายในให้แก่ห้องปฏิบัติการเครือข่ายที่ได้รับการรับรองมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ เพื่อให้มั่นใจว่าทุกกิจกรรมที่เกี่ยวข้องของระบบคุณภาพได้มีการนำไปปฏิบัติใช้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และสอดคล้องตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ และให้คำปรึกษา แนะนำการธำรงรักษาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อตรวจติดตามคุณภาพภายใน (Internal audit) ให้กับห้องปฏิบัติการเครือข่าย ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับการรับรองระบบคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์

๒.๒ เพื่อให้คำปรึกษา แนะนำ แก้ไขปัญหา และการธำรงรักษาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

๓. เป้าหมาย...

๓. เป้าหมาย

ตรวจติดตามคุณภาพภายในให้กับ ศบส.ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ จำนวน อย่างน้อย ๔ แห่ง ได้แก่ ศบส.๑๕ ศบส.๒๗ ศบส.๒๙ และ ศบส.๔๐

๔. ลักษณะของโครงการ

เป็นโครงการสอดคล้องกับแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ ๒๐ ปี ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การสร้างเมืองปลอดภัยและยั่งยืนต่อวิกฤตการณ์ ยุทธศาสตร์ย่อยที่ ๑.๕ เมือง สุขภาพดี เป้าประสงค์ที่ ๑.๕.๑ ความครอบคลุมในการจัดให้มีระบบสุขภาพปฐมภูมิ กลยุทธ์ที่ ๑.๕.๑.๓ พัฒนา คุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข (PHCA) เชื่อมโยงกับแผนพัฒนาสำนัก ออนามัย ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๘) ภารกิจพื้นฐานที่ ๕ สนับสนุนระบบบริการสุขภาพ มาตรการที่ ๑ พัฒนา คุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข (PHCA)

๕. ระยะเวลาและสถานที่ดำเนินการ

เดือนตุลาคม ๒๕๖๙ - กันยายน ๒๕๗๐

๖. แผนปฏิบัติการ

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐											
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑.จัดทำโครงการฯและเสนอขอ อนุมัติโครงการฯ	↔											
๒.แต่งตั้งคณะทำงานตรวจติดตาม คุณภาพภายใน และประชุมเตรียม ความพร้อมในการตรวจติดตาม	↔		↔									
๓. ดำเนินการตรวจติดตามคุณภาพ ภายในห้องปฏิบัติการเครือข่าย ณ ศบส.ที่ได้รับการรับรองระบบ คุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิค การแพทย์และสรุปรายงาน คำแนะนำแก้ไขป้องกัน				↔	↔							
๔. ห้องปฏิบัติการเครือข่าย ดำเนินการแก้ไข-ป้องกันตาม คำแนะนำ และจัดทำรายงานการ แก้ไข-ป้องกันส่งคณะทำงานตรวจ ติดตามคุณภาพภายใน						↔	↔	↔	↔	↔	↔	
๕. สรุปผลการดำเนินการตาม โครงการ ฯ											↔	↔

๗. งบประมาณ

ไม่ใช้งบประมาณ

๘. ความเสี่ยงของโครงการและแนวทางการบริหารความเสี่ยง

ความเสี่ยง	การประเมินความเสี่ยง			แนวทางการบริหารความเสี่ยง
	โอกาสที่จะเกิด	ผลกระทบ	ระดับของความเสี่ยง	
-เวลาในการจัดทำเอกสารไม่เพียงพอ มีการปฏิบัติงานประจำจำนวนมาก -ขาดความร่วมมือจากบุคลากร ห้องปฏิบัติการ เครือข่ายศูนย์บริการ สาธารณสุข	น้อย	น้อย	น้อย	-จัดบุคลากรช่วยให้การสนับสนุนในการดำเนินการด้านเอกสาร -สนับสนุนให้บุคลากรห้องปฏิบัติการเข้ารับการอบรมความรู้หรือทบทวนความรู้เรื่องมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพมาตรฐานการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

๙. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๙.๑ เพื่อให้มั่นใจว่าทุกกิจกรรมที่เกี่ยวข้องของระบบคุณภาพ ห้องปฏิบัติการเครือข่ายศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับการรับรอง ได้มีการนำไปปฏิบัติใช้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และสอดคล้องตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์

๙.๒ ห้องปฏิบัติการเครือข่าย ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข ได้รับคำปรึกษา แนะนำการธำรงรักษาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง และสามารถพัฒนาระบบคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้อย่างเหมาะสม เกิดประโยชน์ต่อห้องปฏิบัติการและผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์

๑๐. การติดตามประเมินผล

๑๐.๑ ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ประเภทตัวชี้วัด	วิธีการคำนวณ/เครื่องมือในการใช้วัด	ระยะเวลา
จำนวนศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับการรับรองระบบคุณภาพ ได้รับการตรวจติดตามคุณภาพภายใน ตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์	๔ แห่ง	ผลผลิต	นับจำนวนศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับการรับรองระบบคุณภาพ ได้รับการตรวจติดตามคุณภาพภายใน	ม.ค.-ก.พ. ๗๐
ร้อยละของผลการประเมินระบบคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์หลังดำเนินการแก้ไข-ป้องกัน	≥ ร้อยละ ๙๐	ผลกระทบ	ใช้แบบตรวจติดตามคุณภาพภายในตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ๒๕๖๕ ของสภาเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย จำนวน ๑๐๐ ข้อ เท้ากับ ร้อยละ ๑๐๐	ส.ค.-ก.ย. ๗๐

๑๐.๒ การติดตาม...

๑๐.๒ การติดตามความก้าวหน้า

รายงานความก้าวหน้าความสำเร็จของการดำเนินโครงการเดือนละ ๑ ครั้ง โดยแบ่งขั้นตอนความก้าวหน้าดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	สัดส่วนความก้าวหน้าของโครงการ (ร้อยละ)
๑.	แต่งตั้งคณะทำงาน	๑๐
๒.	ประชุมคณะทำงาน ฯ	๒๐
๓.	ตรวจติดตามภายในห้องปฏิบัติการ ศบส.ที่ได้รับการรับรอง อย่างน้อย ๔ แห่ง ได้แก่ ศบส. ๑๕ ศบส.๒๗ ศบส.๒๘ และศบส. ๔๐ โดยคณะตรวจติดตามคุณภาพภายในของ สำนักงานชั้นสูตรสาธารณสุข	๓๐
๔.	ดำเนินการแก้ไขตามที่คณะตรวจติดตามฯแนะนำ	๓๐
๕.	สรุปผลการดำเนินการ	๑๐
	รวมความก้าวหน้าโครงการ	๑๐๐

๑๐.๓ การประเมินผลโครงการ

สำนักงานชั้นสูตรสาธารณสุขติดตามรายงานความก้าวหน้าของโครงการตามแผน รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่กำหนด

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ
(นางกรรณิกา เจียมจิรอนันต์)
ผู้อำนวยการสำนักงานชั้นสูตรสาธารณสุข
สำนักอนามัย

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ
(นางทวิพร โชตินุชิต)
รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสำนักอนามัย