



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

การศึกษาสถานการณ์ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล
ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ปี 2566

นางสาวอรุณี คำจันทร์วงศ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ
ตำแหน่งเลขที่ 2121 ส่วนราชการ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรง
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ
ตำแหน่งเลขที่ 2121 ส่วนราชการ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม

การศึกษาสถานการณ์ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ปี 2566

อรุณี คำจันทร์วงศ์¹, ปรียณิตย์ ใหม่เจริญศรี², ปราโมทย์ เสพสุข³, กุลธิดา สุขมาก¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ปี 2566 โดยศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิผลการดำเนินงานจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 - สิงหาคม 2566 เป็นข้อมูลในการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมโรงพยาบาลสามารถดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ได้ในระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 45.21 (434 แห่ง) โดยบรรลุตามค่าเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมายปี 2566 คือโรงพยาบาลพัฒนามีสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 30) โดยผ่านการประเมินระดับมาตรฐาน (Standard) ร้อยละ 21.77 ระดับดีเยี่ยม (Excellent) ร้อยละ 13.44 และระดับท้าทาย (Challenge) ร้อยละ 10 ผลจากการลงพื้นที่พบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญด้านการพัฒนามีสิ่งแวดล้อม การให้บริการรักษาผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมที่ดีเอื้อต่อการเยียวยาสุขภาพจิตใจของผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีความเข้มแข็งและการให้ความร่วมมือของบุคลากร มีการส่งเสริม สร้างความเข้มแข็งแก่เครือข่ายโดยรอบ เช่น โรงเรียน วัด ชุมชน องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นต้น รวมทั้งการมีคณะกรรมการตรวจประเมินระดับจังหวัดซึ่งเป็นกลไกที่มีความเข้มแข็งในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาคือควรกำหนดให้การพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย) โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อยกระดับสถานบริการสาธารณสุขและคุณภาพการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน สอดรับนโยบายสากลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการบูรณาการความร่วมมือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาต้นแบบ แหล่งเรียนรู้เพิ่มการสื่อสารประชาสัมพันธ์การดำเนินงานพัฒนามีสิ่งแวดล้อมเพื่อให้มีสถานบริการสาธารณสุขเข้าร่วมดำเนินงานมากขึ้น

¹ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มพัฒนามีสิ่งแวดล้อมเมืองและชุมชน สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มพัฒนามีสิ่งแวดล้อมเมืองและชุมชน สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย

³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มพัฒนามีสิ่งแวดล้อมเมืองและชุมชน สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาสถานการณ์ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ปี 2566 ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย บุคลากรศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข บุคลากรกลุ่มงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมเมืองและชุมชน สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ให้การสนับสนุน อนุเคราะห์ข้อมูลให้คำปรึกษา พร้อมข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้การศึกษา มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร และบุคลากรโรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ โรงพยาบาลห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ โรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา และโรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ซึ่งเป็นส่วนส่งเสริมให้การศึกษาในครั้งนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

อรุณี คำจันทร์วงศ์
ธันวาคม 2567

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	จ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์.....	2
3. กรอบแนวคิด.....	2
4. ขอบเขตการศึกษา.....	3
5. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	3
6. นิยามศัพท์เฉพาะ	3
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	6
1. ความเป็นมา วัตถุประสงค์ ประโยชน์ในการดำเนินงานพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลฯ.....	6
2. นโยบายและเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge.....	7
3. กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ บทบาทหน่วยงานในการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม.....	10
4. ขั้นตอนการประเมิน และระดับผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน	13
5. งานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง.....	15
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	19
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	19
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	19
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	20
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	20

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	21
4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	21
4.2 ข้อมูลผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล	22
4.3 ข้อมูลผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ตามรายหมวด	24
4.4 ข้อมูลผลการลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้	32
บทที่ 5 สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	42
1. สรุปผลการศึกษา	42
2. อภิปรายผล	43
3. ข้อจำกัด	45
4. ข้อเสนอแนะ	45
บรรณานุกรม	48
ภาคผนวก	50

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1 ระดับผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน	15
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	21
ตารางที่ 4.2 ผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ฯ	22
ตารางที่ 4.3 ผลการดำเนินงานระดับท้าทายแบ่งข้อมูลรายด้านฯ.....	22
ตารางที่ 4.4 ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge.....	23
ตารางที่ 4.5 ผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานฯ.....	24
ตารางที่ 4.6 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ.....	24
ตารางที่ 4.7 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ.....	25
ตารางที่ 4.8 ผลการลงพื้นที่ ติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้.....	37

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 ระดับการพัฒนา GREEN & CLEAN Hospital Challenge	9
ภาพที่ 2 ระบบและกลไกการขับเคลื่อน GREEN & CLEAN Hospital Challenge กระทรวงสาธารณสุข	11

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลเป็นสถานบริการการสาธารณสุขทางด้านการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการแก่ผู้มารับบริการหรือประชาชน มีความครอบคลุมทั้งด้านการรักษา ป้องกัน ควบคุมโรค รวมถึงการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนในทุกกลุ่มวัย ในแต่ละวันโรงพยาบาลจึงมีกิจกรรมเกิดขึ้นมากมายที่เกิดจากผู้มารับบริการ รวมถึงเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดของเสียจำนวนมากที่จำเป็นต้องจัดการให้ถูกต้องตามกฎหมายและถูกหลักสุขาภิบาล เช่น เศษอาหารที่เหลือจากผู้ป่วย โรงอาหาร ร้านอาหาร สิ่งปฏิกูล น้ำเสีย สารคัดหลั่ง มูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากการบริการทางการแพทย์ มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยอันตราย การใช้สารเคมี เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการใช้พลังงาน เช่น ไฟฟ้า น้ำมันเชื้อเพลิง น้ำประปา เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมที่เกิดขึ้นเหล่านี้ อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้มารับบริการ ประชาชนโดยรอบ รวมถึงเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

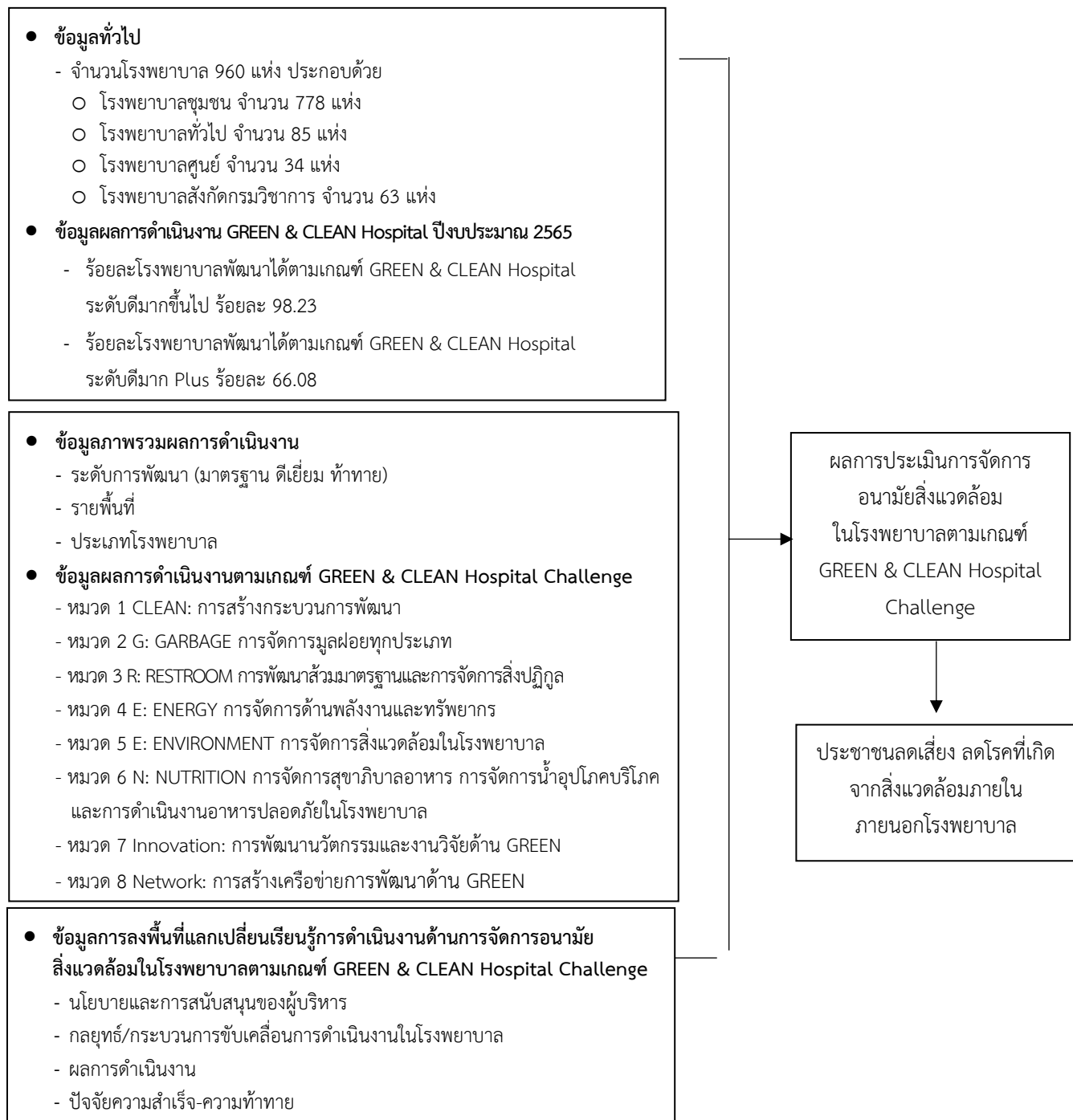
กระทรวงสาธารณสุข จึงให้ความสำคัญกับการจัดสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลที่ไม่ก่อมลพิษ และเอื้อต่อประชาชนผู้มารับบริการ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้มาปฏิบัติงาน ให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดี ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) โดยมอบหมายให้กรมอนามัย จัดทำโครงการ GREEN & CLEAN Hospital เพื่อขับเคลื่อนให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพแก่ประชาชนผู้มารับบริการ ประชาชนโดยรอบ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน มุ่งเน้นการพัฒนาและยกระดับสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลดีต่อการให้บริการของสถานบริการการสาธารณสุข เช่น การจัดการของเสียอย่างถูกหลักสุขาภิบาล การจัดทำมีส้วมสำหรับผู้มารับบริการที่สะอาด เพียงพอ และปลอดภัย การจัดการเพื่อพัฒนาพลังงานทางเลือกหรืออนุรักษ์พลังงาน การจัดการสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลอย่างเหมาะสมและเอื้อต่อสุขภาพสำหรับทุกคน การจัดการด้านอาหารปลอดภัย การสุขาภิบาลอาหารและน้ำบริโภคที่สะอาดและถูกสุขลักษณะ เป็นต้น รวมทั้งสร้างความตระหนักในการป้องกันและลดผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมของสถานบริการสาธารณสุข มุ่งเน้นการจัดการที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน พร้อมทั้งสร้างกระแสความตื่นตัวต่อการดำเนินกิจกรรมลดภาวะโลกร้อนให้กับสถานบริการสาธารณสุข โดยปัจจุบันได้มีการยกระดับโรงพยาบาลให้พัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านจากเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital เป็น GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ซึ่งมีความเป็นเลิศเฉพาะด้าน 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ 2) ด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้น) และ 4) ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ) นอกจากนี้ยังเกิดการบูรณาการแนวทางการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย สอดรับนโยบายระดับสากลเรื่อง การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change) และมุ่งเน้นความเป็นเลิศด้าน GREEN ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้สถานบริการการสาธารณสุขมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อสังคม สะท้อนภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กร สามารถใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการยกระดับเป็นสถานบริการการสาธารณสุขที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน¹

ด้วยเหตุนี้ การศึกษาสถานการณ์ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge จึงมีความสำคัญเพื่อศึกษาสถานการณ์และผลการดำเนินงาน สำหรับใช้เป็นข้อมูลเพื่อการวางแผน กำหนดแนวทาง และจัดทำข้อเสนอต่อการพัฒนาและยกระดับการดำเนินงาน อนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพต่อไป

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ปี 2566

3. กรอบแนวคิด



4. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ ผลการดำเนินงานจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ปี 2566 จากกลุ่มพัฒนามีสิ่งแวดล้อมเมืองชุมชน สำนักงานสิ่งแวดล้อม นำมาวิเคราะห์ข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2565 - สิงหาคม 2566 เป็นข้อมูลในการศึกษา

5. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

การศึกษานี้ ทำให้ได้ข้อมูลสำหรับนำมาใช้ในการวิเคราะห์ ประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อการวางแผน กำหนดแนวทาง และข้อเสนอต่อการพัฒนาและยกระดับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการ การสาธารณสุข ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

- 6.1 เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง เกณฑ์การประเมินการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ประกอบด้วยกลยุทธ์ CLEAN และกิจกรรม GREEN รวมถึงการพัฒนา นวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN (Innovation) และการสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN (Network) โดยเกณฑ์ GCHC แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การพัฒนา GREEN & CLEAN โรงพยาบาล (ระดับมาตรฐานและระดับดีเยี่ยม) และส่วนที่ 2 การพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน (ระดับท้าทาย)
- 6.2 การดำเนินงานพัฒนามีสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge
- 6.3 โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลสังกัด กรมวิชาการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge
- 6.4 กลยุทธ์ CLEAN หมายถึง การดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม โดยจะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัย ความร่วมมือจากทุกคนในองค์กร ประกอบด้วยการทำงาน ดังนี้
 - 1) C: Communication การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจในนโยบายการดำเนินงาน ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม รูปแบบการสื่อสารควรมีหลากหลายรูปแบบ ทันสมัย ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่เข้าถึงได้ สะดวก เพื่อให้การดำเนินงานได้รับความร่วมมือจากบุคลากร ผู้มารับ บริการ และญาติ รวมถึงภาคีเครือข่ายอื่นๆ การสื่อสารประชาสัมพันธ์จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อสร้าง กระแสความรู้ความเข้าใจ เกิดความตระหนัก และเกิดความร่วมมือในการดำเนินการ
 - 2) L: Leader สร้างบทบาทนำ เพื่อเป็นตัวอย่างในการดำเนินงาน การขับเคลื่อนจำเป็นต้องสร้าง ตัวแบบหรือต้นแบบในสถานบริการสาธารณสุข โดยตัวแบบที่สำคัญอาจเป็น “ผู้บริหาร” หรือ “หัวหน้างาน” หรือ “ผู้ที่เป็นแกนหลักในการดำเนินการ” และขยายผลสู่องค์กรในภาพรวม
 - 3) E: Effectiveness เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ ในการดำเนินงานพัฒนามีสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาลด้วยกิจกรรม GREEN อย่างต่อเนื่อง และเกิดผลเป็นรูปธรรม มีการประเมิน ประสิทธิภาพมาตรการในด้านต่าง ๆ เช่น การจัดการขยะทุกประเภท การจัดการด้านพลังงาน เป็นต้น นำไปสู่การพัฒนาต่อยอดให้เกิดนวัตกรรมด้าน GREEN ในโรงพยาบาล

- 4) A: Activity สร้างกิจกรรมเพื่อสร้างจิตสำนึกอย่างมีส่วนร่วม เป็นไปตามกฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง โดยมีระบบการจัดเก็บเอกสารที่เกี่ยวข้อง และบันทึกข้อมูลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เป็นต้นแบบในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในโรงพยาบาลภายใต้กิจกรรม GREEN และดำเนินการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน อันจะนำไปสู่นวัตกรรมใหม่ๆ ต่อไป
- 5) N: Network ความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ร่วมกัน และมีการขยายผลการดำเนินงานสู่สถานบริการสาธารณสุขชุมชน โรงเรียน บริษัทห้างร้าน และหน่วยงานอื่น ๆ ที่สนใจต่อไป
- 6.5 กิจกรรม GREEN หมายถึง การดำเนินการภายใต้กลยุทธ์หลัก CLEAN และกิจกรรม GREEN ประกอบด้วยผลการดำเนินงานรายหมวด จำนวน 6 หมวด ดังนี้
- CLEAN : การสร้างกระบวนการพัฒนา
- G: Garbage คือ การจัดการมูลฝอยทุกประเภท
- R: Restroom คือ การพัฒนาส้วมมาตรฐานและการจัดการสิ่งปฏิกูล
- E: Energy คือ การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร
- E: Environment คือ การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล
- N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาลอาหารและการจัดการน้ำบริโภคในโรงพยาบาล การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภคและการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล
- 6.6 ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง การพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลภายใต้กลยุทธ์ CLEAN และกิจกรรม GREEN รวมจำนวน 6 หมวด 13 ข้อ คะแนนเต็ม 220 คะแนน โดยต้องมีผลคะแนนรวม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (176 คะแนนขึ้นไป) และต้องมีผลการดำเนินงานแต่ละหมวด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และดำเนินการตามข้อที่กฎหมายกำหนด
- 6.7 ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง การพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐาน และมีการดำเนินการต่อยอดส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมหรืองานวิจัยด้าน GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชนในการพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยรวมถึงการขยายผลการดำเนินงานไปสู่เครือข่าย รวม 8 หมวด 15 ข้อ คะแนนเต็ม 270 คะแนน โดยต้องมีผลคะแนนรวม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (243 คะแนนขึ้นไป) และต้องมีผลการดำเนินงานแต่ละหมวด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และดำเนินการตามข้อที่กฎหมายกำหนด
- 6.8 ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง การพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม และมีการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน อย่างน้อย 1 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 1) ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ (Medical Waste Management) 2) ด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้น) และ 4) ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care)

6.9 ศูนย์อนามัย หมายถึง ระบบการบริหารงานส่วนกลางในภูมิภาค เพื่อให้การบริหารจัดการเกิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขต มีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ โดยแบ่งเขตสุขภาพออกเป็น 13 เขต (รวมกรุงเทพฯ) ประกอบด้วย เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ เขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี เขตสุขภาพที่ 5 ราชบุรี เขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรี เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี เขตสุขภาพที่ 11 นครศรีธรรมราช เขตสุขภาพที่ 12 ยะลา และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง ซึ่งแต่ละเขตสุขภาพครอบคลุม 4-8 จังหวัด ยกเว้นสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมืองที่อยู่ในเขตกรุงเทพฯ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาตามลำดับ มีหัวข้อต่อไปนี้

1. ความเป็นมา วัตถุประสงค์ ประโยชน์ในการดำเนินงานพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge
2. นโยบายและเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge
3. กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ บทบาทหน่วยงานในการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม
4. ขั้นตอนการประเมิน และระดับผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน
5. งานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

1. ความเป็นมา วัตถุประสงค์ ประโยชน์ในการดำเนินงานพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge

จากการประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขของกลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ประเทศอินเดีย เมื่อปี 2551 ที่ประชุมประกาศเจตนารมณ์ที่จะร่วมกันดำเนินการป้องกัน และลดผลกระทบต่อสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (New Delhi Declaration on Impacts of Climate Change on Human Health) ประเด็นสำคัญของประชุมคือ การลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากภาคส่วนด้านสุขภาพ โดยนอกจากลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกแล้วยังเป็นการแสดงตัวอย่างที่ดี และเป็นผู้ดำเนินการลดผลกระทบและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศด้วย ภายหลังการประชุมกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย จึงมีการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดภาวะโลกร้อนด้วยการลดกระบวนการหรือกิจกรรมที่ก่อให้เกิดก๊าซเรือนกระจกในสถานบริการสาธารณสุข จึงเป็นที่มาของการจัดทำ "โครงการสาธารณสุขรวมใจลดโลกร้อน ด้วยการสุขภาพอย่างยั่งยืน และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม" หรือ "GREEN & CLEAN Hospital" ขึ้น การขับเคลื่อนโครงการเป็นไปในลักษณะส่งเสริมให้มีการดำเนินการที่เป็น การเข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2553 จนกระทั่งในปี 2560 กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ไม่ก่อมลพิษของโรงพยาบาล จึงกำหนดให้มีการดำเนินงานเพื่อดูแลสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (PP&P Excellence) โดยใช้โครงการ GREEN & CLEAN Hospital เป็นแนวทางในการดำเนินการ และเป็นตัวชี้วัดสำคัญ โดยที่เป้าหมายในการดำเนินการคือ ทุกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะต้องเป็นโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชน

การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบและแนวทางการดำเนินงานให้ชัดเจนมากขึ้นทั้งในส่วนของการหาวิชาการ การกำกับติดตาม และการวัดผลการดำเนินงาน โดยเน้นการดำเนินงานตามประเด็นที่กฎหมายกำหนดและมาตรฐานวิชาการที่เกี่ยวข้อง และจัดระดับผลการดำเนินงานออกเป็นระดับ 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก ซึ่งมีการดำเนินการในช่วงระหว่าง

ปี 2560 – 2561 และต่อมาในปี 2562 มีการบูรณาการการพัฒนาโรงพยาบาลร่วมกับหน่วยงานภายในกระทรวงในประเด็นของโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย และมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เพิ่มเติมอีกระดับหนึ่งคือ ระดับดีมาก Plus ต่อมาในปีงบประมาณ 2565 กรมอนามัยจึงพัฒนายกระดับมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital (Plus) สู่อันดับ GREEN & CLEAN Hospital Challenge เพื่อมุ่งพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านและเพิ่มความครอบคลุมในการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2566

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge เป็นการส่งเสริมและยกระดับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้มีการพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่อันดับ GREEN & CLEAN Hospital Challenge เป็นไปตามกฎหมาย มาตรฐาน วิชาการ และยกระดับการพัฒนาต่อยอดสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน นอกจากนี้ยังพบว่า การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ดังกล่าว มีประโยชน์โดยตรง (benefit) คือ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามกฎหมาย และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง ก่อให้เกิดการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร และผู้มารับบริการ ประโยชน์ร่วม (co benefit) โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีส่วนร่วมในการลดการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ โดยการลดกระบวนการที่ก่อให้เกิดก๊าซเรือนกระจกภายในโรงพยาบาล สร้างกระแสความตื่นตัวต่อการดำเนินกิจกรรม ลดการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศให้กับโรงพยาบาล สร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับบุคลากร และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาจนนำไปสู่การเป็นต้นแบบ ขยายผลสู่ผู้รับบริการและสังคมไทยต่อไป¹

2. นโยบายและเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (2560 - 2579) ด้านสาธารณสุข ตามนโยบายการปฏิรูปของประเทศ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยที่กำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพประชาชนที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น โรคติดต่ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ การบาดเจ็บจากการจราจร การคุ้มครองผู้บริโภค และสิ่งแวดล้อม ด้วยการกำหนดวิสัยทัศน์เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี มีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ด้านที่ 2 ระบบบริการ (Service Excellence)

ด้านที่ 3 การพัฒนาคน (People Excellence)

ด้านที่ 4 ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence)

โดยมีนโยบายการปฏิบัติภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) กำหนดให้มีการดำเนินงานเพื่อดูแลสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ภายใต้ GREEN & CLEAN Hospital เพื่อให้เกิดการพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ และเป็นมาตรฐานเดียวกันนโยบายดังกล่าวส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาด้านนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การยกระดับมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital สู่อันดับ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ซึ่งเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลที่สามารถพัฒนาได้

ตามมาตรฐานแล้ว สามารถเลือกพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน และเกิดการบูรณาการแนวทางการดำเนินงานกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ในส่วนของเกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital Challenge มีการพัฒนาแนวทางการประเมินที่มีความละเอียดมากยิ่งขึ้น โดยมุ่งเน้นการพัฒนาในประเด็น GREEN ดังนี้

G: GARBAGE การจัดการมูลฝอยทุกประเภท (มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยอันตราย)

R: RESTROOM การพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล

E: ENERGY การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร

E: ENVIRONMENT การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (ภายใน-ภายนอก)

N: NUTRITION การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล

และกลยุทธ์ CLEAN ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ซึ่งเป็นหลักในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมโดยการดำเนินกิจกรรม GREEN จะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกคนในองค์กร โดย C-L-E-A-N ประกอบด้วย

C : Communication การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจในนโยบายการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม รูปแบบการสื่อสารควรมีหลากหลายรูปแบบ ทันสมัย ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่เข้าถึงได้ สะดวก เพื่อให้การดำเนินงานได้รับความร่วมมือจากบุคลากร ผู้มารับบริการ และญาติ รวมถึงภาคีเครือข่ายอื่นๆ การสื่อสารประชาสัมพันธ์จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อสร้างกระแสรู้ความเข้าใจ เกิดความตระหนัก และเกิดความร่วมมือในการดำเนินการ

L : Leader สร้างบทบาทนำ เพื่อเป็นตัวอย่างในการดำเนินงาน การขับเคลื่อนจำเป็นต้องสร้างตัวแบบหรือต้นแบบในสถานบริการสาธารณสุข โดยตัวแบบที่สำคัญอาจเป็น “ผู้บริหาร” หรือ “หัวหน้างาน” หรือ “ผู้ที่เป็นแกนหลักในการดำเนินการ” และขยายผลสู่องค์กรในภาพรวม

E : Effectiveness เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ ในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลด้วยกิจกรรม GREEN อย่างต่อเนื่อง และเกิดผลเป็นรูปธรรม มีการประเมินประสิทธิภาพมาตรการในด้านต่าง ๆ เช่น การจัดการขยะทุกประเภท การจัดการด้านพลังงาน เป็นต้น นำไปสู่การพัฒนาต่อยอดให้เกิดนวัตกรรมด้าน GREEN ในโรงพยาบาล

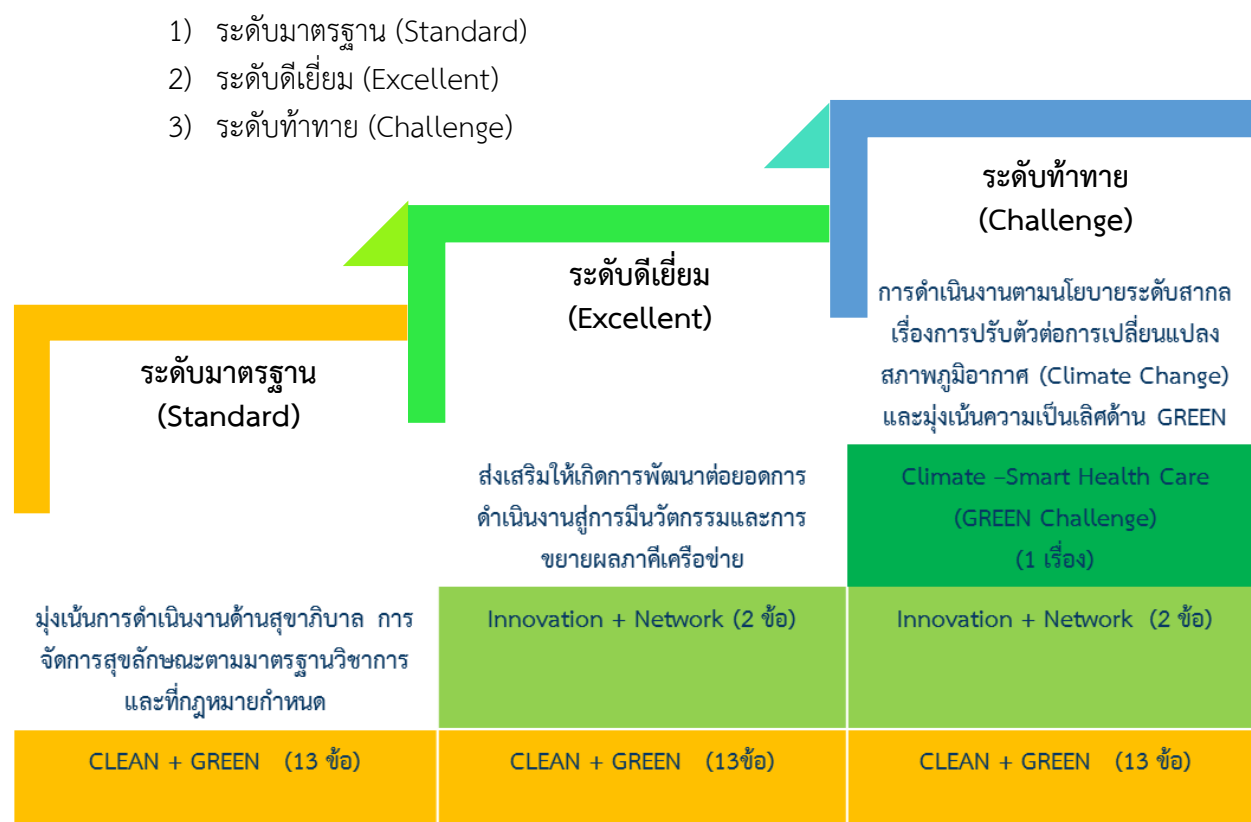
A : Activity สร้างกิจกรรมเพื่อสร้างจิตสำนึกอย่างมีส่วนร่วม เป็นไปตามกฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง โดยมีระบบการจัดเก็บเอกสารที่เกี่ยวข้อง และบันทึกข้อมูลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เป็นต้นแบบในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในโรงพยาบาลภายใต้กิจกรรม GREEN และดำเนินการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน อันจะนำไปสู่นวัตกรรมใหม่ ๆ ต่อไป

N : Network ความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ร่วมกัน และมีการขยายผลการดำเนินงานสู่สถานบริการสาธารณสุขชุมชน โรงเรียน บริษัทห้างร้าน และหน่วยงานอื่น ๆ ที่สนใจต่อไป

นอกจากกิจกรรม GREEN และกลยุทธ์ CLEAN ยังมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อมุ่งเน้นให้การขยายผลการดำเนินงาน สร้างความเข้มแข็งจากภายใน และขยายผลออกไปสู่ภายนอก คือ การพัฒนานวัตกรรม (Innovation) และงานวิจัยด้าน GREEN เป็นกระบวนการสำคัญที่สนับสนุนความเข้มแข็ง เพื่อให้เกิดการปรับตัวและสามารถบริหารจัดการปัญหาหรือพัฒนากระบวนการงานและองค์ความรู้ภายในให้มี ประสิทธิภาพ สามารถส่งต่อสู่ภาคีเครือข่ายได้ และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการพัฒนาโรงพยาบาลที่เป็น มิตรกับสิ่งแวดล้อม ลดการใช้พลังงานและทรัพยากรธรรมชาติ รวมถึงมีส่วนร่วมกับการลดโลกร้อนโดยการลดก๊าซ เรือนกระจกตามนโยบายของประเทศในเรื่องการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ จึงมุ่งเน้นการพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน 4 ด้าน ประกอบด้วย

- 1) การพัฒนาการจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาล (Medical Waste Management)
- 2) การจัดการพลังงานในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficient Energy Management in Hospitals)
- 3) การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป)
- 4) โรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care)

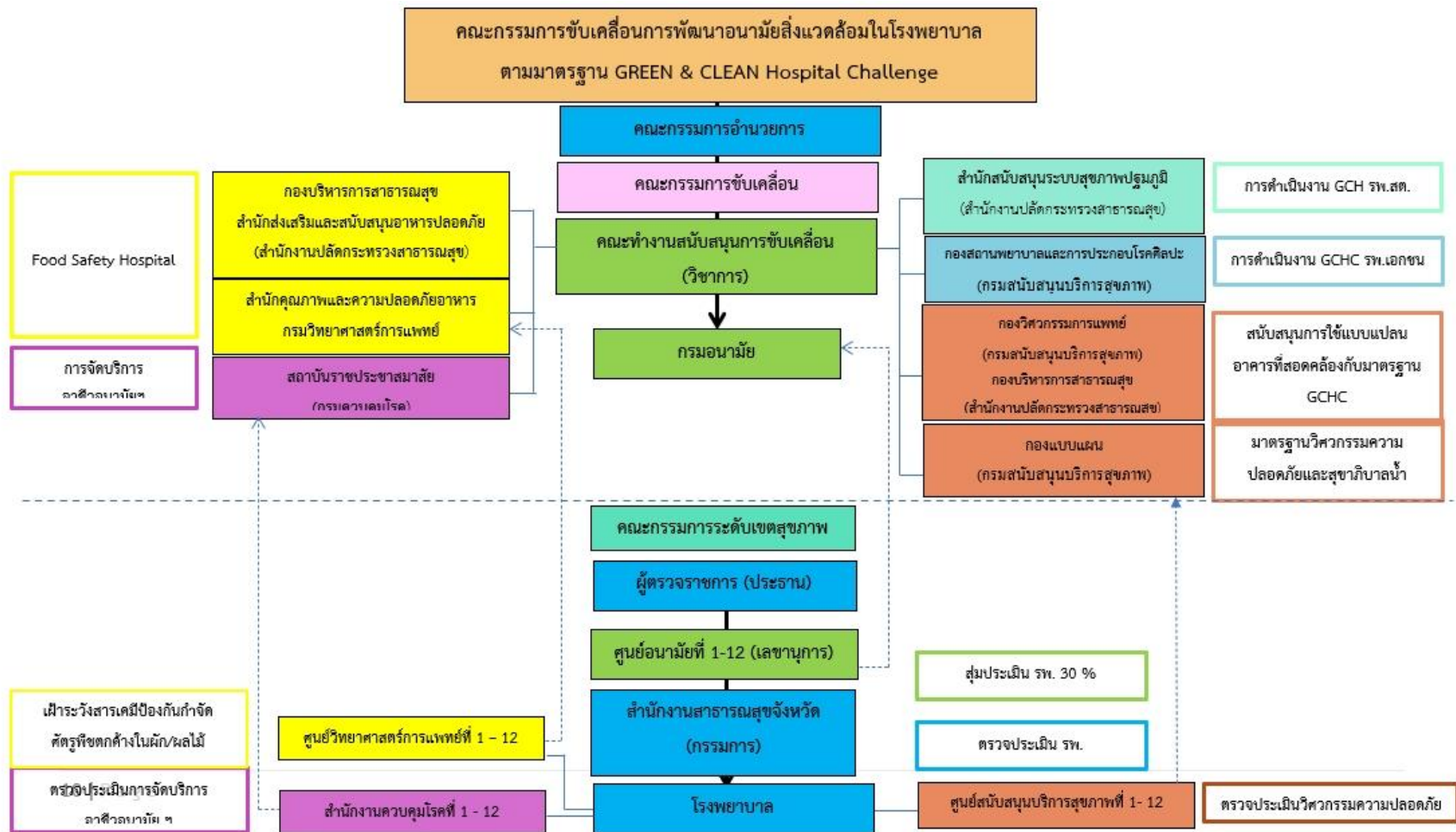
ระดับการประเมินรับรอง GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้



ภาพที่ 1 ระดับการพัฒนา GREEN & CLEAN Hospital Challenge
(ที่มา: คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge)

3. กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ บทบาทหน่วยงานในการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม

กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับกระทรวง ซึ่งมีองค์ประกอบของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องร่วม ดังภาพที่ 2 ระบบและกลไกการขับเคลื่อน GREEN & CLEAN Hospital Challenge กระทรวงสาธารณสุข



ภาพที่ 2 ระบบและกลไกการขับเคลื่อน GREEN & CLEAN Hospital Challenge กระทรวงสาธารณสุข
(ที่มา: คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge)

บทบาทหน่วยงานในการพัฒนานามยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

1) หน่วยงานระดับกระทรวง/เขตสุขภาพ

1. ประกาศนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลด้านนามยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์
2. กำกับ ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยผู้ตรวจราชการ
3. พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน
4. ศึกษา วิจัย พัฒนานองค์ความรู้ ด้านนามยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล
5. พัฒนาชุดความรู้แนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge
6. จัดประชุม/อบรมเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับศูนย์นามยไปถ่ายทอดต่อในระดับพื้นที่

2) ศูนย์นามยและสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง

1. ประสานชี้แจงแนวทางการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
2. สนับสนุน (พัฒนาสมรรถนะและสร้างความเข้มแข็ง) แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อให้การขับเคลื่อนงานพัฒนาโรงพยาบาลระดับจังหวัดมีประสิทธิภาพ
3. สุ่มตรวจประเมินโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินในเขตพื้นที่รับผิดชอบ)
4. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลในระดับเขต
5. จัดเวทีเชิดชูเกียรติแก่โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน
6. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผ่านระบบ DoH Dashboard หรือช่องทางที่กรมนามยกำหนด

3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1. ชี้แจงเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge แก่โรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ
2. ส่งเสริมโรงพยาบาลในพื้นที่เพื่อดำเนินการพัฒนาตามเกณฑ์
3. ดำเนินการขับเคลื่อนและพัฒนาความรู้ให้แก่โรงพยาบาลตามเกณฑ์
4. จัดทีมตรวจประเมินโรงพยาบาล GCHC ซึ่งมีความเชี่ยวชาญครอบคลุมตามเกณฑ์
5. ดำเนินการตรวจประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่ 100 %
6. รายงานผลการดำเนินงานตามไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และช่องทางที่กำหนด

4) โรงพยาบาล

1. จัดทำแผนพัฒนาโรงพยาบาลด้านนามยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์
2. พัฒนามยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์
3. ประเมินตนเองตามแบบประเมิน GREEN & CLEAN Hospital Challenge
4. ขอรับการประเมินจากทีมตรวจประเมินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
5. ปรับปรุง/ แก้ไขตามคำแนะนำของทีมตรวจประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
6. พัฒนามยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับการประเมินและขยายการดำเนินงานสู่ภาคีเครือข่ายต่อไป

4. ขั้นตอนการประเมิน และระดับผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge โดยศึกษากรอบ คำอธิบายของเกณฑ์เพื่อกำหนดเป้าหมายและแผนการดำเนินการร่วมกัน รวมทั้งสื่อสารให้ทุกหน่วยงานภายในโรงพยาบาลนำไปปฏิบัติให้สอดคล้องกัน ซึ่งโรงพยาบาลสามารถขอรับคำแนะนำและคำปรึกษาทางด้านวิชาการ รวมถึงขั้นตอนการประเมินรับรองจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัยรับผิดชอบในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง โรงพยาบาลประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมิน และปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้คำแนะนำ

ขั้นตอนที่ 3 การขอรับการประเมิน โรงพยาบาลดำเนินการประเมินตนเองในระบบประเมินออนไลน์ เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเข้ารับการประเมิน

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจประเมินรับรอง ทีมผู้ตรวจประเมินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบข้อมูลผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลในระบบประเมิน หากเห็นว่า การดำเนินการของโรงพยาบาลไม่สอดคล้องกับเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ให้ทีมผู้ตรวจประเมินให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไข และขอชื่นชมในประเด็นที่โรงพยาบาลดำเนินการได้ดี ทั้งนี้ ควรรวบรวมประเด็นที่โรงพยาบาลติดปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาเพื่อนำมาวิเคราะห์และจัดทำข้อเสนอแนะต่อการแก้ปัญหาผ่านกลไกที่เกี่ยวข้อง รวมถึงรูปแบบหรือแนวทางการดำเนินงาน ที่ประสบความสำเร็จนำไปสื่อสารกับโรงพยาบาลอื่น ๆ ในพื้นที่ได้

ขั้นตอนที่ 5 การรายงานผลการตรวจประเมินรับรอง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บันทึกผลการตรวจประเมินรับรองเข้าสู่ระบบการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital และยืนยันผลการประเมินไปยังศูนย์อนามัย โดยจัดทำข้อมูลการดำเนินงานและวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค รวมถึงปัจจัยความสำเร็จของจังหวัด เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการดำเนินงานในระดับเขตสุขภาพ

ศูนย์อนามัย ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สนับสนุนการดำเนินงาน และตรวจสอบผลการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ผ่านระบบ ตามเป้าหมายที่กำหนด วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จของพื้นที่เขตสุขภาพ พร้อมรายงานผลการดำเนินงานให้กับกรมอนามัย

ขั้นตอนที่ 6 ศูนย์อนามัยจัดทีมผู้ตรวจประเมินสุ่มตรวจโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ร้อยละ 30 ของจำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ ในการตรวจประเมินหากมีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้สำนักงานสาธารณสุขเป็นผู้ติดตามและรายงานผลการปรับปรุงแก้ไขนั้นมายังศูนย์อนามัย ตามการรายงานปกติ และในส่วนของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ในระดับดีเยี่ยม แล้วต้องการขอรับการประเมินในระดับท้าทาย ศูนย์อนามัยต้องวางแผนการตรวจประเมินกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวด้วย

ขั้นตอนที่ 7 การรายงานผลตามตัวชี้วัด ศูนย์อนามัยอนุมัติผลการประเมินในระบบ และยืนยันผลการดำเนินงาน ตามแผนที่กำหนด โดยกำหนดช่วงเวลาการดึงข้อมูลสำหรับการรายงานผลการดำเนินงาน ทุกวันที่ 25 ของเดือน และรายงานผลรายไตรมาสตาม Small Success ที่กำหนด ทั้งนี้ อาจมีการกำหนดช่องทางให้รายงานผ่านระบบศูนย์ติดตามผลการปฏิบัติการ (DOH Dashboard) หรือตามช่องทางที่กรมอนามัยกำหนด

ขั้นตอนที่ 8 ประกาศนียบัตรรับรองคุณภาพโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge สามารถดาวน์โหลดจากระบบหลังจากได้รับการอนุมัติผลการประเมิน การประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาตรฐาน (Standard) ระดับดีเยี่ยม (Excellent) และระดับท้าทาย (Challenge) มีอายุการรับรอง 2 ปี เมื่อครบกำหนดอายุการรับรองระบบจะแจ้งเตือนให้มีการประเมินรับรองใหม่ สำหรับการจัดพิธีมอบประกาศนียบัตรให้แก่โรงพยาบาลสามารถดำเนินการโดยเขตสุขภาพ ศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือตามบริบทของพื้นที่

ระดับผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน

เกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

- **ระดับมาตรฐาน (Standard)** หมายถึง การพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลภายใต้กลยุทธ์ CLEAN และกิจกรรม GREEN ได้แก่ การจัดการมูลฝอยทุกประเภท การพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสาธารณสุขไทยและการจัดการสิ่งปฏิกูล การจัดการพลังงาน การจัดการสิ่งแวดล้อม (ภายใน-ภายนอก) อาคารโรงพยาบาลการจัดสุขาภิบาลอาหารและน้ำ รวมจำนวน 6 หมวด 13 ข้อ คะแนนเต็ม 220 คะแนน โดยต้องมีผลคะแนนรวม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (176 คะแนนขึ้นไป) และต้องมีผลการดำเนินงานแต่ละหมวด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และดำเนินการตามข้อที่กฎหมายกำหนด
- **ระดับดีเยี่ยม (Excellent)** หมายถึง การพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐาน และมีการดำเนินการต่อยอดส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมหรืองานวิจัยด้าน GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชนในการพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยรวมถึงการขยายผลการดำเนินงานไปสู่เครือข่าย รวม 8 หมวด 15 ข้อ คะแนนเต็ม 270 คะแนน โดยต้องมีผลคะแนนรวม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (243 คะแนนขึ้นไป) และต้องมีผลการดำเนินงานแต่ละหมวด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และดำเนินการตามข้อที่กฎหมายกำหนด
- **ระดับท้าทาย (Challenge)** หมายถึง การพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม และมีการพัฒนาเพิ่มในระดับท้าทายตามประเด็นที่โรงพยาบาลให้ความสนใจ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้
 - 1) การพัฒนาการจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาล (Medical Waste Management)
 - 2) การจัดการพลังงานในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficient Energy Management in Hospitals)
 - 3) การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป)
 - 4) โรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care)

ตารางที่ 2.1 ระดับผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน (ที่มา: คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

ระดับ	ประเด็นงาน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	การผ่านเกณฑ์
ระดับมาตรฐาน (Standard)	CLEAN + GREEN (13 ข้อ)	220 (80%)	176 ขึ้นไป	ต้องมีผลการดำเนินงาน แต่ละหมวดไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 และผ่านการดำเนินงาน ตามกฎหมายกำหนด
ระดับดีเยี่ยม (Excellent)	CLEAN + GREEN + Innovation + Network (15 ข้อ)	270 (90%)	243 ขึ้นไป	ต้องมีผลการดำเนินงาน แต่ละหมวดไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 และผ่านการดำเนินงาน ตามกฎหมายกำหนด
ระดับท้าทาย (Challenge) (เลือก 1 ด้าน)	1) การพัฒนาการจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาล (Medical Waste Management) 2) การจัดการพลังงานในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficient Energy Management in Hospitals) 3) การจัดบริการอาหารอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับ โรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) 4) โรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพ ภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care)			ผ่านการดำเนินงานตาม เกณฑ์ที่กำหนดของ มาตรฐานนั้น ๆ

5. งานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ปริญญ ชิตชูเหล่า และคณะ (2565,น. 1) ทำการศึกษาการพัฒนาระบบการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา โดยใช้แนวคิดการบริหารงานอย่างมีคุณภาพ (PDCA) โดยรวบรวมข้อมูลจากเอกสารการดำเนินงาน การประชุมกลุ่ม การลงพื้นที่ติดตาม นิเทศงาน ทำการศึกษาในโรงพยาบาลในสังกัด 7 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาเทียบกับค่าเป้าหมาย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ผลการวิจัยพบว่า ปีงบประมาณ 2565 โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีมาก Plus 100% (ค่าเป้าหมาย 60%) บรรลุเป้าหมายเป็นลำดับที่ 2 ของเขตสุขภาพที่ 1 และยังพบว่า ปัจจัยความสำเร็จของการยกระดับผลการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา เกิดจากการนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง กลุ่มพี่เลี้ยง บุคลากรผู้รับผิดชอบงานและการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย สามารถยกระดับโรงพยาบาลสู่การเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ชุมชนเพื่อประโยชน์ด้านสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในจังหวัดพะเยาอย่างยั่งยืน

นिरาช นอรัตน์ (2565,น. 26) ทำการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital เขตสุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ 2560-2564 รูปแบบการศึกษาเป็นวิจัยเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการเป็นโรงพยาบาลที่มีกระบวนการ/กิจกรรมทั้งของ GREEN & CLEAN ที่ครอบคลุม เนื่องจากมีศักยภาพทั้งด้านจำนวนบุคลากรและปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ มีการนำกลยุทธ์ต่างๆ ตามศักยภาพของโรงพยาบาลมาดำเนินการกิจกรรมนี้เพื่อให้เกิดการบริการที่ควบคู่ไปกับการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม จึงสามารถพัฒนาได้ตามเกณฑ์ในระดับที่สูงจนถึงระดับดีมาก plus ส่วนโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดในการยกระดับการพัฒนาให้สูงขึ้นส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชนเนื่องจากไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง จำนวนและทักษะด้านสิ่งแวดล้อมของบุคลากร โครงสร้างและสาธารณูปโภคอื่น ๆ ในส่วนของการประเมินโรงพยาบาลผ่านการประเมินระดับพื้นฐานและระดับดีร้อยละ 100 ระดับดีมากร้อยละ 93.46 และระดับดีมาก Plus ขึ้นไป ร้อยละ 70.09 จังหวัดที่ยกระดับได้ถึงระดับดีมาก Plus ร้อยละ 100 คือ จังหวัดแพร่ และลำปาง เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแยกรายจังหวัดพบว่า มีบางจังหวัดไม่สามารถขับเคลื่อนให้ผ่านตามค่าเป้าหมายระดับดีมากขึ้นไปร้อยละ 90 คือ จังหวัดพะเยา และน่าน ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน คือ โรงพยาบาลมีศักยภาพการขับเคลื่อนที่แตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ บางแห่งมีข้อจำกัดด้านกำลังคนที่ไม่เพียงพอ บางแห่งงบประมาณสนับสนุนได้รับการจัดสรรไม่เพียงพอ บางแห่งมีอาคารสถานที่ที่มีข้อจำกัดในการปรับปรุงพัฒนา และบางแห่งมีการสื่อสารภายในองค์กรที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอต่อการขับเคลื่อนการดำเนินการ ส่งผลให้การยกระดับการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หลายโรงพยาบาลไม่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน

Alireza et al. (2565,น. 983) ทำการศึกษการปรับตัวของโรงพยาบาลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องและการดำเนินงาน รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยการทบทวนรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่ได้จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ผลการวิจัยพบว่า สิ่งที่สำคัญของการรับมือกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศเป็นอีกหนึ่งความท้าทายและมีความสำคัญกับโลกในปัจจุบัน จึงมีการพัฒนากรอบการดำเนินงาน และมีแบบจำลองเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากสภาพภูมิอากาศ รวมถึงการปรับตัวของโรงพยาบาลในการค้นหาแนวทางการลดผลกระทบ ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกในการพัฒนากลยุทธ์ และยังพบกลยุทธ์ที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง โดยมี 13 องค์ประกอบ คือ น้ำ น้ำเสีย พลังงาน ของเสีย อาหารการกิน การขนส่ง การจัดซื้อจัดจ้างสีเขียว ยา สารเคมีสารพิษ เทคโนโลยี รูปแบบการดูแลที่ยั่งยืน และความเป็นผู้นำในโรงพยาบาล จาก 13 องค์ประกอบนี้ ส่งผลต่อการกำหนดกลยุทธ์ มาตรการ และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่ครอบคลุมเพื่อให้โรงพยาบาลสามารถนำมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของตน

ภานุพันธ์ ไพฑูรย์ (2563,น. 168) ทำการศึกษาปัจจัยความสำเร็จการขับเคลื่อนการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว เขตอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า การขับเคลื่อนการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว มีการจัดตั้งคณะทำงาน กำหนดบทบาทหน้าที่การทำงาน กำหนดเป้าหมายและวางแผนร่วมกันในระดับอำเภอ วิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน ทบทวนสาเหตุ

และหาแนวทางพัฒนาแนวแก้ไขปัญหาร่วมกัน และพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับหลักบริหารองค์กร และการพัฒนาระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQ)

อิติพัทธ์ ภูริชัยวรนนท์ และคณะ (2562,น. 63) ทำการศึกษาความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดกาญจนบุรี ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต. ติดตาม ปี 2560 จำนวน 23 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตาม คือ การรับนโยบาย การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและแรงจูงใจ ข้อเสนอแนะ ควรชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามคู่มือการประเมิน รพ.สต.ติดตาม ให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเป็นไปตามแนวทางเดียวกันและงบประมาณการดำเนินงานควรสนับสนุนตามความจำเป็นและส่วนขาดให้เหมาะสมของแต่ละสถานบริการ

อุ้นเรือน ศิรินาถ (2561,น. 40) ทำการศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลเพชรรัตน นครราชสีมา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) ผลการวิจัยพบว่า หน่วยงานที่มีมูลฝอยติดเชื้อมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ หอผู้ป่วยหนัก และวิกฤติ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และห้องคลอด หน่วยงานที่พบว่ามี ขยะติดเชื้อน้อยที่สุด ได้แก่ เกสซกรรม และห้องประชุม อัตราการเกิดขยะติดเชื้อ เท่ากับ 0.70 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน ประเมินการปฏิบัติงานของพนักงานทำความสะอาด พบว่า พนักงานที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 1 ปี ไม่เคยได้รับความรู้ ทำให้การปฏิบัติไม่ถูกต้อง และพนักงานที่ปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไป เคยได้รับความรู้ จึงปฏิบัติงานตามขั้นตอนการเคลื่อนย้าย การรวบรวมขยะติดเชื้อ ตลอดจนการป้องกันตนเอง ได้ถูกต้อง ปัญหาที่พบ การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ณ แหล่งกำเนิดแยกผิดชนิด ภาชนะรองรับขยะที่หน่วยงานไม่เพียงพอ และระยะทางในการขนย้ายขยะติดเชื้อไปยังโรงพักขยะค่อนข้างไกลนอกจากนี้ การประเมินคุณภาพทั้ง 7 ด้าน ถูกต้อง ผลการศึกษารั้งนี้จะนำข้อมูลไปพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลเพชรรัตน นครราชสีมา ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อลดปัญหาสิ่งแวดล้อมจากปริมาณขยะที่จะตามมาและสามารถนำความรู้ไปอธิบายให้กับประชาชนและผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

อนุรัตน์ ไชยนุราช และคณะ (2560,น. 75) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดำเนินงานสาธารณสุขรวมใจณรงค์ลลโลกร้อนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 12 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ Independent t-test, One-Way ANOVA และ Multiple Regression ผลการวิจัยพบว่า 1. ระดับความรู้ในการดำเนินงาน ระดับการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงาน และระดับการดำเนินงานสาธารณสุขรวมใจณรงค์ลลโลกร้อน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 12 อยู่ในระดับปานกลาง (M=34.66, 3.00 และ 2.89 SD =3.23, 14.58 และ 15.19) ส่วนความตระหนักในการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก (M=3.55, SD=18.28) 2. การดำเนินงานสาธารณสุขรวมใจณรงค์ลลโลกร้อน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 12 เมื่อจำแนกตามอายุ อายุการปฏิบัติงาน และเงินเดือนที่ได้รับ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 004, p-value=002 และ p-value=.041) 3. ความตระหนักในการดำเนินงาน และการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดำเนินงาน

สาธารณสุขรวมใจณรงค์ลดโลกร้อน ($p=-.007$ และ $p=.008$) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 12 ดังนั้นสถานบริการสาธารณสุข ควรสร้างความตระหนักในการดำเนินงาน และการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเหมาะสมต่อไป

ธงชัย มั่นคง (2560,น. 37) ทำการศึกษาพฤติกรรมของบุคลากรด้านการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานโดยตรงกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา มีการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 330 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive) และใช้สถิติ Chi-square ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) ได้แก่ ตำแหน่งงาน การทราบแนวทางปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การรับทราบปัญหาเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ การได้รับการอบรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และความคิดเห็นเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อตามลำดับ ส่วนปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และระยะเวลาปฏิบัติงาน เป็นต้น ไม่มีผลต่อพฤติกรรมคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ผู้ศึกษาเสนอแนะว่า ให้มีการสร้างจิตสำนึก ความตระหนัก ให้ทราบปัญหา และค่าใช้จ่ายในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการจัดอบรมการรณรงค์ให้ความรู้แก่บุคลากรผู้ป่วยและญาติให้มีส่วนร่วมในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ตลอดจนให้มีการนิเทศและติดตามการจัดการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อในหอผู้ป่วยร่วมกันระหว่างกลุ่มการพยาบาล และกลุ่มบริหารงานทั่วไป

จิตรวลัย ศรีแสงฉาย (2557,น. 139) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในกิจกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลศิริราช วิธีการศึกษาใช้การวิจัยเชิงปริมาณ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลอย่างมากในการมีส่วนร่วมของบุคลากร คือ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร จึงมีข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ ผู้บริหารหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการกระจายข้อมูลให้บุคลากรภายในหน่วยงานได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึง และมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทุกหน่วยงาน เพื่อให้บุคลากรภายในโรงพยาบาลมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital คือ ผู้บริหารให้ความสำคัญซึ่งถือเป็นฟันเฟืองของการขับเคลื่อนงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด การสื่อสารภายในองค์กรเพื่อสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากร ผู้รับผิดชอบงาน การจัดตั้งคณะทำงานกำหนดบทบาทโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกฝ่าย/แผนก การพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ ทักษะการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามกฎหมายหรือหลักวิชาการ และยังพบความท้าทายของการดำเนินงานในส่วนข้อจำกัดด้านงบประมาณ บุคลากร รวมถึงบริบทของโรงพยาบาลที่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้โรงพยาบาลยังต้องมีการเตรียมการรองรับภัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศเพื่อลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น และยังสามารถให้บริการแก่ผู้มารับบริการได้ ซึ่งสามารถนำข้อมูลที่พบมาพัฒนาแนวทางการดำเนินงานในอนาคตต่อไปได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ปี 2566 โดยศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิผลการดำเนินงานจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 - สิงหาคม 2566 ผู้ศึกษาได้มีวิธีการดำเนินการศึกษา ดังนี้ โดยกำหนดวิธีการศึกษา มีหัวข้อ ดังนี้

- 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ปี 2566 คือ

- 1) โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป จำนวน 434 แห่ง
- 2) โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป จำนวน 6 แห่ง ที่มีการลงพื้นที่ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน จากฝ่าย/ แผนกต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ 1) รายงานผลการดำเนินงานตามเกณฑ์พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital Challenge จากระบบประเมิน GREEN & CLEAN Hospital 2) ข้อมูลผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ประกอบด้วย กลยุทธ์ CLEAN และกิจกรรม GREEN รวมถึงการพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN (Innovation) และการสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN (Network) จำนวน 8 หมวด มีระดับผลการประเมิน ดังนี้ ระดับมาตรฐาน ระดับดีเยี่ยม และระดับท้าทาย และ 3) ข้อมูลการลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge จำนวน 6 แห่ง

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษารั้งนี้ ผู้ศึกษาได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงาน ดังนี้

- 1) ศึกษา ทบทวน นโยบายและเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge
- 2) จัดทำกรอบแนวคิดและแผนการศึกษาศาณการณด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge
- 3) รวบรวมข้อมูลสถานการณ์และผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย
 - ผลการดำเนินงานจากระบบการประเมินสารสนเทศ GREEN & CLEAN Hospital
 - ผลจากการลงพื้นที่ติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- 4) วิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล
- 5) จัดทำรายงานสถานการณ์ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

มีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ในการรวบรวม เรียบเรียง และวิเคราะห์ ตามลำดับ ดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา คำนวณค่าความถี่ และร้อยละ
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ปี 2566 ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - สิงหาคม 2566 โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา คำนวณค่าความถี่ และร้อยละ
- 3) วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ปี 2566 โดยแยกตามเกณฑ์ทั้ง 15 ข้อ โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา คำนวณค่าความถี่ ร้อยละ โดยแบ่งผลการประเมินเป็นระดับมาตรฐาน ระดับดีเยี่ยม และระดับท้าทาย
- 4) วิเคราะห์ข้อมูลลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ปี 2566 เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ รายงานผลการดำเนินงานตามเกณฑ์พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital Challenge จากระบบประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 - สิงหาคม 2566 ข้อมูลผลการดำเนินงานฯ จำนวน 8 หมวด มีระดับผลการประเมิน (ระดับมาตรฐาน ระดับดีเยี่ยม และระดับท้าทาย) และข้อมูลการลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานฯ จำนวน 6 แห่ง จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อหาค่าร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย (Mean) โดยนำเสนอในรูปแบบการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ดังนี้

- 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร
- 4.2 ข้อมูลผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล
- 4.3 ข้อมูลผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ตามรายการหมวด
- 4.4 ข้อมูลผลการลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 - สิงหาคม 2566 มีกลุ่มประชากรเป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดจำนวน 960 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 34 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 3.54 โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 85 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 8.85 โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 778 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81.04 และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ จำนวน 63 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 6.56 ดังตารางที่ 4.1 ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป จำนวน 434 แห่ง

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (N= 960 แห่ง)

ประเภทของโรงพยาบาล	โรงพยาบาลทั้งหมด (แห่ง)	ร้อยละ
โรงพยาบาลทั่วไป	85	8.85
โรงพยาบาลศูนย์	34	3.54
โรงพยาบาลชุมชน	778	81.04
โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ	63	6.56
รวม	960	100

4.2 ข้อมูลผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

ผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 960 แห่ง พบว่า ในภาพรวมโรงพยาบาลสามารถดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ได้ในระดับมาตรฐานขึ้นไป จำนวน 434 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 45.21 โดยบรรลุตามค่าเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมายปี 2566 คือ โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 30) โดยผ่านการประเมินระดับมาตรฐาน (Standard) จำนวน 209 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 21.77 ระดับดีเยี่ยม (Excellent) จำนวน 129 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13.44 และระดับท้าทาย (Challenge) จำนวน 96 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10 (ข้อมูล ณ 26 สิงหาคม 2566) ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (N=960)

ผลการดำเนินงาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาตรฐาน (Standard)	209	21.77
ระดับดีเยี่ยม (Excellent)	129	13.44
ระดับท้าทาย (Challenge)	96	10.00
รวม	434	45.21

*ข้อมูล ณ วันที่ 26 สิงหาคม 2566

จากตารางที่ 4.2 ผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทายสามารถแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 1.35 ด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ จำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 0.42 และด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) จำนวน 79 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 8.23 ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ผลการดำเนินงานระดับท้าทายแบ่งข้อมูลรายด้าน (N=960)

ระดับท้าทาย	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์	13	1.35
ด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ	4	0.42
ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมฯ	79	8.23
รวม	96	10

จากตารางที่ 4.2 ผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 1 – 13 ทุกเขตสุขภาพมีการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน GCHC โดยเขตสุขภาพที่ 5 มีการดำเนินงานมากที่สุด จำนวน 38 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 55.07 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 9 ร้อยละ 52.75 ของจำนวน

โรงพยาบาลทั้งหมด และเขตสุขภาพที่ 10 ร้อยละ 52.70 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด ในขณะที่เขตสุขภาพที่ดำเนินการได้น้อยที่สุดคือ เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 30.23 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge รายพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-13

เขตสุขภาพ	โรงพยาบาลทั้งหมด (แห่ง)	โรงพยาบาลที่ดำเนินงาน GCHC (แห่ง)	ร้อยละ
เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่	107	49	45.79
เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก	49	21	42.86
เขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์	56	22	39.29
เขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี	79	37	46.84
เขตสุขภาพที่ 5 ราชบุรี	69	38	55.07
เขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรี	79	37	46.84
เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น	81	29	35.80
เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี	92	48	52.17
เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา	91	48	52.75
เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี	74	39	52.70
เขตสุขภาพที่ 11 นครศรีธรรมราช	86	26	30.23
เขตสุขภาพที่ 12 ยะลา	83	35	42.17
สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง	14	5	35.71
รวม	960	434	45.21

ทั้งนี้ ผลการดำเนินงานตามประเภทโรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ โดยโรงพยาบาลทั่วไปผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไปได้มากที่สุด จำนวน 45 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 52.94 ของจำนวนโรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 17 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลศูนย์ทั้งหมด โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 356 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 45.76 ของโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ จำนวน 16 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 25.40 ของโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการทั้งหมด ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.5 และตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4. 5 ผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ตามประเภทของโรงพยาบาล

ประเภทของโรงพยาบาล	โรงพยาบาลทั้งหมด (แห่ง)	โรงพยาบาลที่ดำเนินงาน GCHC (แห่ง)	ร้อยละ
โรงพยาบาลทั่วไป	85	45	52.94
โรงพยาบาลศูนย์	34	17	50.00
โรงพยาบาลชุมชน	778	356	45.76
โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ	63	16	25.40
รวม	960	434	45.21

ตารางที่ 4. 6 ผลร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ตามประเภทและระดับ

ประเภทโรงพยาบาล	ผลการดำเนินงานแต่ละระดับ จำนวน 434 แห่ง (ร้อยละ)		
	ระดับมาตรฐาน	ระดับดีเยี่ยม	ระดับท้าทาย
โรงพยาบาลชุมชน	18.96	11.98	6.15
โรงพยาบาลทั่วไป	1.67	0.83	2.19
โรงพยาบาลศูนย์	0.21	0.31	1.25
โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ	0.94	0.69	0.42
รวม (ร้อยละ)	21.77	13.82	10.00

4.3 ข้อมูลผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ตามรายหมวด

จากเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge จะเห็นได้ว่า เกณฑ์มีการแบ่งระดับการดำเนินงาน ประกอบด้วย ระดับมาตรฐาน (Standard) ระดับดีเยี่ยม (Excellent) และระดับท้าทาย (Challenge) เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถยกระดับการดำเนินงานได้ และนอกจากนี้ยังมีความครอบคลุมด้านจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการจัดการที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมและสร้างกระแสความตื่นตัวต่อการดำเนินกิจกรรมลดภาวะโลกร้อนให้กับสถานบริการสาธารณสุข จากข้อมูลโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป จำนวน 434 แห่ง เมื่อนำข้อมูลการดำเนินงานตามเกณฑ์ฯ มาวิเคราะห์ผลการดำเนินงานรายหมวด จำนวน 2 หมวด โดยหมวดที่สามารถดำเนินงานได้มากที่สุดคือ หมวด 6 N : NUTRITION การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล ร้อยละ 97.92 รองลงมาคือ หมวด 2 G: GARBAGE การจัดการมูลฝอยทุกประเภท ร้อยละ 97.91 และหมวด 1 CLEAN : การสร้างกระบวนการพัฒนา ร้อยละ 95.55 และหมวดที่มีการดำเนินงานได้น้อยที่สุด คือ หมวด 7 Innovation : การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN ร้อยละ 78.33 และสามารถสรุปผลการตามประเด็น ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) แยกรายหมวด และตามประเด็นการดำเนินงาน

หมวด/ข้อ	ประเด็นที่ดำเนินการตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	ร้อยละ
ระดับมาตรฐาน		
หมวด 1 CLEAN การสร้างกระบวนการพัฒนา (ข้อ 1.)		
1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำ แผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้ เกิดการพัฒนาด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคน ในองค์กร (5 ข้อ) C: Communication L: Leader E: Effectiveness A: Activity N: Network	1.1 โรงพยาบาลมีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและ เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงาน พร้อม ทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้งองค์กร 1.2 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบเพื่อ ขับเคลื่อนการพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital 1.3 มีการสำรวจ ประเมินความเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูล และนำมา จัดทำแผนขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital 1.4 พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีองค์ความรู้ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital เช่น การอบรม หลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิด จากมูลฝอยติดเชื้อ การควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย เป็นต้น 1.5 มีการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน อย่างมีส่วนร่วมทั้งองค์กร	98.67 96.87 96.31 93.33 92.56
หมวด 2 G: Garbage (การจัดการมูลฝอยทุกประเภท) (ข้อ 2-4)		
2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไป อย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตาม กฎกระทรวงสุลักษณะการจัดการมูล ฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่ เกี่ยวข้อง	2.1 มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและ เป็นไปตามกฎกระทรวงสุลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 2.2 มีการบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยทั่วไปทุกประเภท (มูลฝอย อินทรีย์ มูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ มูลฝอยทั่วไปอื่น ๆ) และมี เอกสารกำกับหรือหลักฐานการส่งมูลฝอยทั่วไปนำไปกำจัด 2.3 มีการใช้มาตรการ 3R ในการจัดการมูลฝอยอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ การลดการใช้ (Reduce) นำกลับมาใช้ซ้ำ (Reuse) นำวัสดุ มาแปรรูปเพื่อเป็นวัสดุใหม่กลับมาใช้ได้ (Recycle)	100 100 91.90

หมวด/ข้อ	ประเด็นที่ดำเนินการตามเกณฑ์	ร้อยละ
GREEN & CLEAN Hospital Challenge		
3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	3.1 มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	100
4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545	3.2 มีแนวทางในการกำกับติดตามการเก็บขน กำจัด มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย	87.39
	4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545	99.44
หมวด 3 R: RESTROOM การพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล (ข้อ 5-6)		
5. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)	5.1 จำนวนจุดบริการห้องส้วมอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) ของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) (จำนวน 16 ข้อ)	98.72
	5.2 จำนวนจุดบริการห้องส้วมอาคารผู้ป่วยใน (IPD) ของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) (จำนวน 16 ข้อ)	98.31
	5.3 มีการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการห้องส้วมอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)	92.97
6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	6.1 โรงพยาบาลต้องจัดให้มีระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลแบบติดกับที่หรือต้องต่อท่อไปยังระบบบำบัดที่สามารถบำบัดสิ่งปฏิกูลได้และมีการตรวจสอบท่อและระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลไม่ให้เกิดหรือรั่วซึม	100
	6.2 กรณีที่โรงพยาบาลต้องมีการสูบล้างสิ่งปฏิกูล เพื่อนำไปกำจัดต้องใช้บริการสูบล้างสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้ที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสูบล้างสิ่งปฏิกูลเพื่อนำไปกำจัดอย่างถูกต้อง ไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคออกสู่สิ่งแวดล้อม และมีหลักฐานการใช้บริการ	100
	6.3 มีการตรวจน้ำทิ้งและกากตะกอนของระบบบำบัดน้ำเสียรวมของโรงพยาบาลที่รองรับน้ำเสียจากสิ่งปฏิกูล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยน้ำทิ้งและกากตะกอนนั้นต้องได้มาตรฐาน (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดปริมาณใช้หนอนพวยและแบคทีเรียอีโคไล (Escherichia coli) และวิธีการเก็บตัวอย่างและการตรวจหาใช้หนอนพวยและแบคทีเรียอีโคไล (Escherichia coli) ในน้ำทิ้งกากตะกอนที่ผ่านระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลแล้ว พ.ศ. 2561)	61.37

หมวด/ข้อ	ประเด็นที่ดำเนินการตามเกณฑ์	ร้อยละ
GREEN & CLEAN Hospital Challenge		
หมวด 4 E: ENERGY (การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร) (ข้อ 7)		
7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและเป็นรูปธรรม เกิดประสิทธิภาพในการลดการใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	7.1 มีการจัดประชุมที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Green Meeting)	93.45
	7.2 มีการจัดซื้อจัดจ้างสินค้าที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Green Procurement)	93.21
	7.3 มีการดำเนินการด้านการจัดการพลังงานและทรัพยากรด้านไฟฟ้า	92.60
	7.4 มีการดำเนินการด้านการจัดการพลังงานและทรัพยากรด้านน้ำมันเชื้อเพลิง	92.24
	7.5 มีการดำเนินการด้านการจัดการพลังงานและทรัพยากรด้านน้ำประปา	90.24
	7.6 มีการดำเนินการด้านการจัดการพลังงานและทรัพยากรด้านการจัดการทรัพยากรกระดาษ	88.91
หมวด 5 E: ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล) (ข้อ 8 - 9)		
8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ	8.1 มีการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอาคาร	97.69
	8.2 มีการจัดการน้ำเสียได้มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามที่กฎหมายกำหนด	95.24
	8.3 มีการสร้างความร่มรื่นหรือพื้นที่สีเขียวหรือจุดพักผ่อนสำหรับผู้มารับบริการอย่างน้อยร้อยละ 50 ของพื้นที่ว่างต่อพื้นที่ใช้สอย	94.94
	8.4 มีการดำเนินงานกิจกรรมที่ส่งเสริมสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงาน (Healthy Workplace Happy for Life)	86.65
9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	9.1 มีการจัดกิจกรรม โดยการสอน สาธิต หรือจัดบริการให้คำปรึกษา ด้านการส่งเสริมสุขภาพ แก่ผู้มารับบริการทุกกลุ่มวัย รวมทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อให้เกิดความตระหนักและสนใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคถูกต้องตามหลักโภชนาการการเพิ่มกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพดี	100
	9.2 มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ และมีช่องทางการให้ความรู้ ด้าน GREEN & Hygiene แก่ผู้มารับบริการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงานและนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้กับตนเองและชุมชน	95.12
	9.3 มีการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่และมีการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ และจัดกิจกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเจ้าหน้าที่	93.81

หมวด/ข้อ	ประเด็นที่ดำเนินการตามเกณฑ์	ร้อยละ
GREEN & CLEAN Hospital Challenge		
หมวด 6 N: NUTRITION (การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล) (ข้อ 10 - 13)		
10. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร		100
11. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร		100
12. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภค	12.1 จัดให้มีจุดบริการน้ำดื่มอย่างเพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ	100
สะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	12.2 จุดบริการน้ำดื่ม หัวก๊อกน้ำดื่ม ตู้บริการน้ำดื่ม อยู่ในสภาพดี สะอาด ไม่มีคราบสกปรก	100
	12.3 จัดเตรียมภาชนะตักน้ำไว้ที่จุดบริการน้ำดื่ม และแยกแก้วน้ำที่ใช้แล้วและยังไม่ได้ใช้ออกจากกัน หรือใช้ภาชนะที่ไม่มีการใช้ซ้ำ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดต่อ	100
	12.4 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง ณ จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคจุดหลักของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD) กรณีมีสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้ตรวจน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร ความถี่ 3 เดือน/ครั้ง และตรวจน้ำอุปโภคที่ห้องน้ำของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีผู้ใช้บริการมาก 1 จุด ความถี่ 3 เดือน/ครั้ง	100
	12.5 มีการเก็บตัวอย่างน้ำประปา (ต้นท่อ) เพื่อเฝ้าระวังคุณภาพน้ำทางห้องปฏิบัติการ 1 ครั้ง/ปี	92.82
	12.6 มีการตรวจเฝ้าระวังปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ (Residual chlorine) ในน้ำประปา (ปลายท่อไกลที่สุด) กำหนดมาตรฐาน 0.2 – 0.5 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์ปกติ) และ 0.5 – 1.0 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์เกิดโรคระบาด) 1 ครั้ง/สัปดาห์	92.69
ระดับดีเยี่ยม		
หมวด 7 Innovation: การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN (ข้อ14)		
14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และ	14.1 มีการขยายผลหรือแสดงผลงานนวัตกรรม GREEN และหรืองานวิจัยด้าน GREEN เพื่อสื่อสารเผยแพร่ให้กับหน่วยงานอื่นนำไปใช้ประโยชน์	99.67

หมวด/ข้อ	ประเด็นที่ดำเนินการตามเกณฑ์	ร้อยละ
GREEN & CLEAN Hospital Challenge		
เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่าย โรงพยาบาลและชุมชน	14.2 มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN และหรืองานวิจัย ด้าน GREEN เพื่อนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับเครือข่ายโรงพยาบาล	85.41
หมวด 8 Network: การสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN		
15. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community	15.1 มีการขยายผลการดำเนินงาน GREEN ไปยังโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการสนับสนุนการดำเนินงาน ตาม เกณฑ์ประเมินคุณภาพการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (GREEN & CLEAN Sub- District Health Promoting Hospital) สำหรับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล	92.94
	15.2 มีการสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN ลงสู่ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด สถานศึกษา โรงเรียน ผู้นำชุมชน วัด โรงพยาบาลลูกข่ายหรือหน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้เกิดการ ขับเคลื่อนงาน GREEN Community และมีผลลัพธ์หลัง ดำเนินการ	92.06

จากตารางที่ 4.7 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) แยกรายหมวด และตามประเด็นการดำเนินงาน พบว่า

หมวดที่ 1 CLEAN การสร้างกระบวนการพัฒนา พบว่า โรงพยาบาลมีการดำเนินงานมากที่สุด ร้อยละ 98.67 โรงพยาบาลมีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงาน พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้งองค์กร รองลงมา ร้อยละ 96.87 โรงพยาบาลมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital และร้อยละ 96.31 โรงพยาบาลมีการสำรวจ ประเมินความเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูล และนำมาจัดทำแผนขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ตามลำดับ และโรงพยาบาลมีการดำเนินงานน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 92.56 มีการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมทั้งองค์กร

หมวด 2 G: GARBAGE การจัดการมูลฝอยทุกประเภท พบว่า โรงพยาบาลมีการดำเนินงานมากที่สุด ร้อยละ 100 โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎหมาย และมีการบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยทั่วไปทุกประเภท มีเอกสารกำกับหรือหลักฐานการส่งมูลฝอยทั่วไปนำไปกำจัด รวมทั้งมีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎหมาย รองลงมา ร้อยละ 99.44 โรงพยาบาลมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และร้อยละ 91.90 โรงพยาบาลมีการใช้มาตรการ 3R ในการจัดการมูลฝอยอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่

การลดการใช้ (Reduce) นำกลับมาใช้ซ้ำ (Reuse) นำวัสดุมาแปรรูปเพื่อเป็นวัสดุใหม่กลับมาใช้ได้ (Recycle) ตามลำดับ และโรงพยาบาลมีการดำเนินงานน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 87.39 มีแนวทางในการกำกับติดตามการเก็บขน กำจัด มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย

หมวด 3 R: RESTROOM การพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสาธารณสุขไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล พบว่า โรงพยาบาลมีการดำเนินงานมากที่สุด ร้อยละ 100 โรงพยาบาลจัดให้มีระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลแบบ ติดกับที่หรือต้องต่อท่อไปยังระบบบำบัดที่สามารถบำบัดสิ่งปฏิกูลได้ และมีการตรวจสอบท่อและระบบกำจัด สิ่งปฏิกูลไม่ให้เกิดหรือรั่วซึม กรณีที่โรงพยาบาลต้องมีการสูบล้างสิ่งปฏิกูลเพื่อนำไปกำจัดต้องใช้บริการสูบล้างสิ่งปฏิกูล ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้ที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสูบล้างสิ่งปฏิกูล และมีหลักฐาน การให้บริการ รองลงมา ร้อยละ 98.72 โรงพยาบาลมีจำนวนจุดบริการห้องส้วมอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) ของ โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานสาธารณสุขไทย (HAS) และร้อยละ 98.31 มีจำนวนจุดบริการห้องส้วมอาคารผู้ป่วย ใน (IPD) ของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานสาธารณสุขไทย (HAS) ตามลำดับ และโรงพยาบาลมีการดำเนินงาน น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 61.37 มีการตรวจน้ำทิ้งและกากตะกอนของระบบบำบัดน้ำเสียรวมของโรงพยาบาลที่รองรับ น้ำเสียจากสิ่งปฏิกูล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยน้ำทิ้งและกากตะกอนนั้นต้องได้มาตรฐาน (ประกาศกระทรวง สาธารณสุข เรื่อง กำหนดปริมาณเชื้อหนองพยาธิและแบคทีเรียอีโคไล (Escherichia coli) และวิธีการเก็บตัวอย่าง และการตรวจหาเชื้อหนองพยาธิและแบคทีเรียอีโคไล (Escherichia coli) ในน้ำทิ้งกากตะกอนที่ผ่านระบบกำจัดสิ่งปฏิกูล แล้ว พ.ศ. 2561)

หมวด 4 E: ENERGY การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร พบว่า โรงพยาบาลมีการดำเนินงาน มากที่สุด ร้อยละ 93.45 โรงพยาบาลมีการจัดประชุมที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Green Meeting) รองลงมา ร้อยละ 93.21 มีการจัดซื้อจัดจ้างสินค้าที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Green Procurement) และร้อยละ 92.60 มีการ ดำเนินการด้านการจัดการพลังงานและทรัพยากร ด้านไฟฟ้า ตามลำดับ และโรงพยาบาลมีการดำเนินงานน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 88.91 มีการดำเนินการด้านการจัดการพลังงานและทรัพยากร ด้านการจัดการทรัพยากรกระดาษ

หมวด 5 E: ENVIRONMENT การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลมีการ ดำเนินงานมากที่สุด ร้อยละ 100 โรงพยาบาลมีการจัดกิจกรรมโดยการสอน สาธิต หรือจัดบริการให้คำปรึกษา ด้านการส่งเสริมสุขภาพ แก่ผู้มารับบริการทุกกลุ่มวัย รวมทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) รองลงมา ร้อยละ 97.69 มีการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอาคาร และร้อยละ 95.24 มีการจัดการ น้ำเสียได้มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามที่กฎหมายกำหนด ตามลำดับ และโรงพยาบาลมีการดำเนินงาน น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 86.65 มีการดำเนินงานกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานน้อย น้อยที่สุด เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงาน (Healthy Workplace Happy for Life)

หมวด 6 N: NUTRITION การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และการ ดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลมีการดำเนินงานมากที่สุด ร้อยละ ๑๐๐ มีการ จัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำที่ดี ได้แก่ มีสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาล อาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้ มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงฯ และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร ในส่วนน้ำดื่ม โรงพยาบาล

มีการจัดให้มีจุดบริการน้ำดื่มอย่างเพียงพอ จุดบริการน้ำดื่ม/ตู้บริการน้ำดื่มอยู่ในสภาพดี สะอาด ไม่มีคราบสกปรก และมีการจัดเตรียมภาชนะดื่มน้ำไว้ที่จุดบริการน้ำดื่ม โดยแยกแก้วน้ำที่ใช้แล้วและยังไม่ได้ใช้ออกจากกันหรือใช้ภาชนะที่ไม่มีการใช้ซ้ำ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดต่อ และโรงพยาบาลมีการดำเนินงานน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 92.69 มีการตรวจเฝ้าระวังปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ (Residual chlorine) ในน้ำประปา (ปลายท่อไกลที่สุด) กำหนดมาตรฐาน 0.2 – 0.5 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์ปกติ) และ 0.5 – 1.0 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์เกิดโรคระบาด) 1 ครั้ง/สัปดาห์

หมวด 7 Innovation: การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN* พบว่า โรงพยาบาลมีการดำเนินงานมากที่สุด ร้อยละ 99.67 โรงพยาบาลมีการขยายผลหรือแสดงผลงานนวัตกรรม GREEN และหรืองานวิจัยด้าน GREEN เพื่อสื่อสารเผยแพร่ให้กับหน่วยงานอื่นนำไปใช้ประโยชน์ รองลงมา ร้อยละ 85.41 มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN และหรืองานวิจัยด้าน GREEN เพื่อนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาล

หมวด 8 Network: การสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN* พบว่า โรงพยาบาลมีการสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน GREEN มากที่สุด ร้อยละ 92.94 ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยการสนับสนุน รพ.สต. ให้มีการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-District Health Promoting Hospital รองลงมา ร้อยละ 92.06 มีการสร้างเครือข่ายสู่ชุมชน อาทิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด สถานศึกษา โรงเรียน ผู้นำชุมชน วัด หรือหน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงาน GREEN Community

หมายเหตุ * คือ การดำเนินงานในหมวด Innovation และ Network มีประเด็นการดำเนินงาน 2 ประเด็น จากผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบ่งตามหมวด พบมีการดำเนินงานที่น้อยที่สุด คือ หมวดที่ 3 R: RESTROOM การพัฒนาสุขตามมาตรฐานสุขาสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 61.37 มีการตรวจน้ำทิ้งและกากตะกอนของระบบบำบัดน้ำเสียรวมของโรงพยาบาลที่รองรับน้ำเสียจากสิ่งปฏิกูลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยน้ำทิ้งและกากตะกอนนั้นต้องได้มาตรฐาน (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดปริมาณเชื้อหนองพยาธิและแบคทีเรียอีโคไล (Escherichia coli) และวิธีการเก็บตัวอย่างและการตรวจหาเชื้อหนองพยาธิและแบคทีเรียอีโคไล (Escherichia coli) ในน้ำทิ้งกากตะกอนที่ผ่านระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลแล้ว พ.ศ. 2561) รองลงมาหมวด 7 Innovation: การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN ร้อยละ 85.41 มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN และหรืองานวิจัยด้าน GREEN เพื่อนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาล

4.4 ข้อมูลผลการลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้

การศึกษาเชิงคุณภาพได้มีการลงพื้นที่เพื่อติดตาม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ร่วมกับเขตสุขภาพหรือศูนย์อนามัย คณะกรรมการตรวจประเมินระดับจังหวัด จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ 1) โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 2) โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี 3) โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ 4) โรงพยาบาลหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ 5) โรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา และ 6) โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา พบว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ให้ความสำคัญในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ดังนี้

1) **โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์** เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ระดับ A จำนวนเตียง 914 เตียง บุคลากรทั้งหมด 2,966 คน วิสัยทัศน์ คือ บริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย (ENV) ให้เป็นไปตามนโยบายของโรงพยาบาลถูกต้องตามกฎหมาย มีการควบคุม กำกับ ประเมินผลและติดตามโดยคำนึงถึงความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและรับบริการ พันธกิจ คือ มีความพร้อมใช้ มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย พึงกษสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพและการเรียนรู้ ผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับท้าทายด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จากการลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ผู้บริหารของโรงพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีของประชาชนแบบองค์รวม ทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคม และประกาศนโยบายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital เพื่อให้หน่วยงาน บุคลากร มีส่วนร่วมในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพได้อย่างยั่งยืน โดยมีกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน คือ มีการสำรวจ ประเมินความเสี่ยง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital รวมถึงมีการพัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร นอกจากนี้ยังพบว่า การดำเนินงานประเด็นท้าทายด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ ทางโรงพยาบาลได้มีความตระหนักในการใช้หลัก 3R ในการจัดการของเสียทุกประเภท มีการใช้ประโยชน์จากมูลฝอยรีไซเคิล ผ่าน “กองทุนพัฒนาสิ่งแวดล้อม” โรงพยาบาลสุรินทร์ในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล มีผู้รับผิดชอบการจัดการมูลฝอยที่มีคุณสมบัติตามที่กฎหมายกำหนด มีการจัดอบรมการจัดการมูลฝอยให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลตั้งแต่การรวบรวม เคลื่อนย้าย การนำไปใช้ประโยชน์และการกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักสุขภาพ การจัดทำข้อมูลสถานการณ์ของเสียทางการแพทย์ ผ่าน Dashboard ENV ที่ได้มีการออกแบบไว้เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละแผนกได้ทำการบันทึกข้อมูล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประเมิน วิเคราะห์ ทบทวนนโยบาย จัดทำแนวทางการจัดการของเสียทางการแพทย์ให้เป็นไปตามกฎหมายและมาตรฐานวิชาการ รวมถึงมีการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องไปสู่การตั้งเป้าหมายผลลัพธ์การดำเนินงาน นอกจากนี้การดำเนินงานด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ยังมีสิ่งที่น่าสนใจ เช่น การกำหนดให้มีการใช้ยาคุ้มค่าสมเหตุผล ลดการใช้ยาที่ต้นทาง ลดต้นทุนประชาชนปลอดภัยลดเชื้อดื้อยา (Reduce) โดยมีกระบวนการการดำเนินงาน คือ มีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดที่เข้มแข็ง ร่วมกันกำหนดนโยบายและวางมาตรการ เช่น กำหนดแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะ 4 กลุ่มโรค มีคณะทำงาน RDU Acting group อบรมแพทย์ intern และมีโปรแกรม pop up/ lock

alert กำหนดมาตรการ 9 มาตรการก้าวหน้าก้าวด้วยกันในการเข้าถึงการใช้ยาสมเหตุสมผล ลดเชื้อดื้อยา เป็นต้น และการพัฒนานวัตกรรมที่ช่วยส่งเสริมการดำเนินงานที่เกิดประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น ลดขยะเพิ่มรายได้ คลายโลกร้อน ด้วยหลักการสาธารณสุขมูลฐาน นวัตกรรม Dashboard ENV เป็นต้น และอีกสิ่งที่น่าสนใจทางโรงพยาบาลได้มีแผนการพัฒนา ซึ่งพบว่า แต่ละปีมีภาคตะกอนจากระบบบำบัดน้ำเสียที่ถูกทิ้งเป็นมูลฝอยทั่วไปจำนวนมากจึงมีแนวคิดการผลิตปุ๋ย จากภาคตะกอนน้ำทิ้งโดยร่วมกับมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีอีกด้วย

ทั้งนี้ ทีมคณะกรรมการตรวจประเมินได้กล่าวชื่นชมการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อให้การดำเนินงานมีความครอบคลุม มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการดำเนินงานระดับท้าทาย ซึ่งต้องมุ่งเน้นทั้งระบบการบริหารจัดการที่ดี มีการกำหนดเป้าหมายการลดปริมาณของเสียทางการแพทย์ แผนปฏิบัติการ และการกำกับติดตาม มีระบบปฏิบัติการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมดำเนินงานของบุคลากรและผู้รับบริการ เพื่อการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านต่อไป

2) โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ A+ ขนาด 568 เตียง เปิดให้บริการจริง 680 เตียง บุคลากรทั้งหมด 1,519 คน วิสัยทัศน์ คือ เป็นโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์และสาธารณสุขชายแดนชั้นเลิศระดับประเทศ พันธกิจ คือ 1) บริการพยาบาลระดับตติยภูมิอย่างมีคุณภาพและพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ 2) พัฒนาการบริการพยาบาล ให้มีคุณภาพได้มาตรฐานวิชาชีพ ตามกลุ่มโรคสำคัญ 3) ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายบริการพยาบาล ในการจัดการระบบสุขภาพ 4) พัฒนาสร้างเสริมบุคลากรให้มีศักยภาพและคุณธรรม และ 5) พัฒนาระบบสารสนเทศทางการแพทย์เพื่อการบริหารและบริการให้มีประสิทธิภาพ ผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับดีเยี่ยม จากการลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ผู้บริหารของโรงพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 จนถึงปัจจุบัน การดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานฯ โรงพยาบาลมีนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานพร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้งองค์กรในหลายๆ ช่องทางเพื่อให้บุคลากรเกิดความตระหนัก มีส่วนร่วมในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ในส่วนของกระบวนการดำเนินงานมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการสำรวจประเมินความเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูล และนำมาจัดทำแผนขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง เช่น การอบรมขยะติดเชื้อและผ้าเปื้อน อบรมการอนุรักษ์พลังงาน อบรมผู้สัมผัสอาหาร จัดกิจกรรม PHAHOL SAFE ENERGY AND SAFETY FIRST เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า โรงพยาบาลมีการสร้างการมีส่วนร่วมให้บุคลากรในด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลกับเครือข่าย ผู้รับบริการผ่านกิจกรรมมากมาย เช่น กิจกรรมการส่งกระดาษทำลายกับภาคเอกชนและมีการนำกระดาษที่ได้ส่งไปทำลายกลับมาใช้งานในโรงพยาบาลอีกครั้ง การเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย กิจกรรมออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรมให้ความรู้ด้าน GREEN ในงาน PHAHOL SAFE ENERGY AND SAFETY FIRST เป็นต้น และสิ่งที่น่าสนใจอีกสิ่งหนึ่งคือ โรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญในการพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง โดยการประกวดนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์จากวัสดุเหลือใช้ การนำเสนองานวิจัย งานวิชาการในเวทีต่างๆ การจัดประชุมจัดทำวิจัยเพื่อส่งเสริมการสร้างผลงานวิชาการและการพัฒนา

คุณภาพงาน และสุดท้ายโรงพยาบาลยังมีความท้าทายในการยกระดับการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ในระดับท้าทายอีกด้วย

ทั้งนี้ ทีมคณะกรรมการตรวจประเมินได้กล่าวชื่นชมการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อให้การดำเนินงานด้านการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความครอบคลุม มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเพื่อให้โรงพยาบาลสามารถพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านต่อไป

3) โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 722 เตียง วิสัยทัศน์ คือ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่ทันสมัย คุณภาพชั้นนำในภาคอีสาน บริการประทับใจ พันธกิจ คือ 1) บริการด้านสุขภาพครบทุกมิติ และ 2) ผลิตุบุคคลทางด้านการแพทย์ทุกระดับ ผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับท้าทาย ด้านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม จากการลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ผู้บริหารของโรงพยาบาลให้ความสำคัญของการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเริ่มจากการสำรวจและประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงรุก รวมถึงให้ความสำคัญด้านการให้บริการรักษาผู้ป่วยการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีเอื้อต่อการเยียวยาสุขภาพจิตของผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลมีกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน คือ การกำหนดนโยบายเรื่อง การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล และการบริหารจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางภาพและความปลอดภัยพร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้งองค์กรในหลายๆ ช่องทางเพื่อให้บุคลากรเกิดความตระหนัก มีส่วนร่วมในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากแผนก/ ฝ่ายต่างๆ เพื่อให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมกัน การจัดอบรมให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ ประกอบด้วย การจัดการของเสียทางการแพทย์ การจัดอบรมด้านพลังงานและทรัพยากร การจัดอบรมการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค เป็นต้น การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล การจัดพื้นที่สีเขียว Co-Working Space ให้กับบุคลากร การจัดกิจกรรมให้บุคลากรมีส่วนร่วมร่วมกับผู้มารับบริการ และยังพบว่า โรงพยาบาลได้สนับสนุนให้บุคลากรมีการพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัย ซึ่งมีผลงานที่น่าสนใจ อาทิเช่น นวัตกรรมรถขนขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล, Program OPD Paperless, IPD Paperless Back Office, การวิจัยปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง: เพื่อส่งเสริมความร่วมมือของพยาบาล ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา เป็นต้น และโรงพยาบาลยังได้มีการกำหนดเป้าหมายในการสร้างเครือข่ายการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมลงสู่ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อยกระดับการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป และสุดท้ายโรงพยาบาลยังมีความท้าทายในการยกระดับการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ในระดับท้าทายด้านอื่นๆ อีกด้วย

ทั้งนี้ ทีมคณะกรรมการตรวจประเมินได้กล่าวชื่นชมการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อให้การดำเนินงานด้านการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความครอบคลุม มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเพื่อให้โรงพยาบาลสามารถพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านอื่นๆ ต่อไป

4) โรงพยาบาลห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง วิสัยทัศน์ คือ โรงพยาบาลเป็นมิตร ประชาชนศรัทธา พันธกิจ คือ 1) ให้บริการสุขภาพครบทั้ง 4 มิติ 2) ให้บริการสุขภาพโดยยึดผู้รับบริการเป็นสำคัญ 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะเพียงพอและเหมาะสมพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง และ 4) พัฒนาและปรับปรุงโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อม ภูมิสถาปัตย์ให้มีมาตรฐาน

พร้อมใช้งาน ผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จากการลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ผู้บริหารของโรงพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมถึงตระหนักถึงความสำคัญด้านการให้บริการรักษาผู้ป่วยการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีเอื้อต่อการเยียวยาสภาพจิตใจของผู้มารับบริการควบคู่กันอย่างต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน คือ มีการกำหนดนโยบายด้านการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้งองค์กรในหลายๆ ช่องทางเพื่อให้บุคลากรเกิดความตระหนัก มีส่วนร่วมในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม การแต่งตั้งคณะกรรมการประกอบด้วย บุคลากรผู้ปฏิบัติงานจากแผนก/ ฝ่ายต่างๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมร่วมกัน การจัดอบรม พัฒนาศักยภาพให้แก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง การสำรวจ ประเมินความเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูล และนำมาจัดทำแผนขับเคลื่อนการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังพบว่า โรงพยาบาลมีจุดแข็งในการส่งเสริม สร้างการมีส่วนร่วมให้บุคลากรในด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และสร้างความเข้มแข็งแก่เครือข่ายโดยรอบ เช่น โรงเรียน วัด ชุมชน องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ผู้รับบริการ โดยมีการดำเนินงานผ่านกิจกรรมมากมาย เช่น การจัดจำหน่ายสินค้าเกษตรอินทรีย์ที่มีในชุมชนให้แก่ผู้มารับบริการ การใช้สินค้าเกษตรอินทรีย์ที่มีในชุมชนมาประกอบ ปูรงอาหารให้กับผู้ป่วย การจัดธนาคารขยะ การจัดกิจกรรมรณรงค์ เป็นต้น และสิ่งที่น่าสนใจอีกสิ่งหนึ่งคือ โรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญในการพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง โดยการประกวดนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์จากวัสดุเหลือใช้ การนำเสนองานวิจัย งานวิชาการในเวทีต่างๆ และมีการบริหารจัดการน้ำเสียจากแผนกฟอกไตโดยใช้หลักวิชาการ และใช้วิธีการไหลเวียนของน้ำโดยวัฏศุทธรมชาติ คือ ต้นกบ พร้อมทั้งนำวัสดุที่ได้มาผลิตสื่อเพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป

ทั้งนี้ ทีมคณะกรรมการตรวจประเมินได้กล่าวชื่นชมการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการสร้างเครือข่ายกับชุมชนโดยรอบอย่างเข้มแข็ง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เช่น มีการวิเคราะห์ ประเมินผลลัพธ์ ประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้การดำเนินงานมีความครอบคลุมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านในลำดับถัดไป

5) โรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง วิสัยทัศน์ คือ โรงพยาบาลจุนเป็นโรงพยาบาลชุมชนคุณภาพ เครือข่าย บริการสุขภาพยั่งยืน พันธกิจ คือ 1) ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ การรักษาและการส่งต่อ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 2) สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคุณภาพ 3) ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการฟื้นฟูในทุกกลุ่มประชากร 4) ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดบรรยากาศการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และมีความสุข และ 5) การบริหารจัดการองค์กรอย่างมีธรรมาภิบาล ผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ จากการลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีนโยบายและเป้าหมายด้านการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge การให้บริการรักษาผู้ป่วยด้วยการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีเอื้อต่อการเยียวยาสภาพจิตใจของผู้มารับบริการ โดยเริ่มจากการสำรวจ และประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงรุก ทางโรงพยาบาลมีกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน คือ การกำหนดนโยบายเรื่อง การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้งองค์กรในหลายๆ ช่องทางเพื่อให้บุคลากรเกิดความตระหนัก มีส่วนร่วมในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากแผนก/ ฝ่ายต่างๆ การจัดพัฒนา

ศักยภาพบุคลากรด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในประเด็นต่างๆ เช่น จัดการของเสียทางการแพทย์ การจัดการสุขาภิบาลน้ำอุปโภคบริโภค เป็นต้น การเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกละมุนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย การจัดกิจกรรมออกกำลังกายให้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน และผู้มารับบริการ และสิ่งที่น่าสนใจอีกสิ่งหนึ่งคือ โรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญในการพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริม สร้างความเข้มแข็งแก่เครือข่ายโดยรอบ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชน เป็นต้น และสุดท้ายโรงพยาบาลยังมีความท้าทายในการยกระดับการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ในระดับท้าทายด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ รวมถึงด้านอื่นๆ อีกด้วย

ทั้งนี้ ทีมคณะกรรมการตรวจประเมินได้กล่าวชื่นชมการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการสร้างเครือข่ายกับชุมชนโดยรอบอย่างเข้มแข็ง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการพัฒนาการดำเนินงานตามกิจกรรม GREEN และการยกระดับสู่ประเด็นท้าทาย เช่น การกำหนดนโยบายและเป้าหมาย การวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดมาตรการและประเมินผลลัพธ์ การดำเนินงาน รวมถึงการสร้างนวัตกรรมและการเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสามารถพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะ และสร้างระบบ GREEN & CLEAN Community ให้ความครอบคลุมมากยิ่งขึ้นต่อไป

6) โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง วิสัยทัศน์ คือ โรงพยาบาลปงจะเป็นโรงพยาบาลที่มีบริการดี มีผลลัพธ์เป็นเลิศ พันธกิจ คือ ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมที่มีคุณภาพ ครอบคลุม 4 มิติ ส่งเสริมให้บุคลากรมีสมรรถนะที่เหมาะสม และมีความสุข ในการทำงาน ภายใต้ระบบการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล ผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับมาตรฐาน จากการลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าผู้บริหารให้ความสำคัญ มีนโยบายและเป้าหมายด้านการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge การให้บริการรักษาผู้ป่วยด้วยการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีเอื้อต่อการเยียวยาสภาพจิตใจของผู้มารับบริการ พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้งองค์กรในหลายๆ ช่องทางเพื่อให้บุคลากรเกิดความตระหนักมีส่วนร่วมในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากแผนก/ ฝ่ายต่างๆ เพื่อให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมกัน มีการจัดพัฒนาศักยภาพให้แก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่า โรงพยาบาลมีจุดแข็งในการส่งเสริมสร้างการมีส่วนร่วมให้บุคลากรในด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และสร้างความเข้มแข็งแก่เครือข่ายโดยรอบ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน ชุมชน เป็นต้น ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจะมีผลการดำเนินงานในระดับมาตรฐาน แต่โรงพยาบาลได้มีแผนในการพัฒนาระดับการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge โดยการนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อนเพื่อพัฒนาการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานและยกระดับการดำเนินงานต่อไป

ทั้งนี้ ทีมคณะกรรมการตรวจประเมินกล่าวชื่นชมการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการสร้างเครือข่ายกับชุมชนโดยรอบอย่างเข้มแข็ง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการพัฒนาการดำเนินงานตามกิจกรรม GREEN และการยกระดับสู่ประเด็นท้าทายด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ เช่น การกำหนดนโยบายและเป้าหมาย การวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดมาตรการและประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน รวมถึงการสร้างนวัตกรรมและการเป็นแหล่งแลกเปลี่ยน

เรียนรู้ เพื่อสามารถพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะ และสร้างระบบ GREEN & CLEAN Community ให้ความครอบคลุมมากยิ่งขึ้นต่อไป

สรุปผลจากการลงพื้นที่เพื่อติดตาม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ร่วมกับศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 6 แห่ง พบว่า ภาพรวมปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญ ด้านการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม การให้บริการรักษาผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมที่ดีเอื้อต่อการเยียวยา สภาพจิตใจของผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีความเข้มแข็งและการให้ความร่วมมือของบุคลากรในการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการส่งเสริม สร้างความเข้มแข็งแก่เครือข่ายโดยรอบ เช่น โรงเรียน วัด ชุมชน องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นต้น รวมทั้งการมี คณะกรรมการตรวจประเมินระดับจังหวัดซึ่งเป็นกลไกที่มีความเข้มแข็งในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินงานโรงพยาบาลยังมีโอกาสและความท้าทายที่ต้องพัฒนา ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ของการดำเนินงาน (ปัจจุบันมีผลสำเร็จเชิงผลผลิต/กิจกรรม) การกำหนดแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องกับผลลัพธ์ที่ต้องการพัฒนา การออกแบบระบบการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปสู่การประเมินผลลัพธ์และการคำนวณค่าการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก รวมถึงการพัฒนาระบบกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน และนำสู่การปรับปรุงกระบวนการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ (Plan-Do-Check-Act: PDCA) รวมทั้งการพัฒนาระบบการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ เพื่อพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย) ต่อไป

ตารางที่ 4.8 ผลการลงพื้นที่ ติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

โรงพยาบาล	นโยบายและการสนับสนุน ของผู้บริหาร	กลยุทธ์/กระบวนการ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในโรงพยาบาล	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยความสำเร็จ และความท้าทาย
โรงพยาบาลสุรินทร์	ผู้บริหารกำหนดนโยบาย ด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อ ดำเนินการให้ถูกต้องตาม กฎหมาย และมีการกำหนด ทิศทางการดำเนินงาน พร้อมทั้งมีการ ประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้ง องค์กร	- มีการควบคุม กำกับ ประเมินผล และติดตาม ผล โดยคำนึงถึงความ ปลอดภัยต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ - มีการสำรวจ ประเมิน ความเสี่ยง นำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์เพื่อจัดทำ แผนขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	ระดับท้าทาย ด้านการจัดการ ของเสียทาง การแพทย์	- ผู้บริหารให้ ความสำคัญ มีการกำหนด แนวทางการ พัฒนาการ ดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง - ความท้าทายการ กำหนด เป้าหมายการลด ปริมาณของเสีย ทางการแพทย์

โรงพยาบาล	นโยบายและการสนับสนุน ของผู้บริหาร	กลยุทธ์/กระบวนการ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในโรงพยาบาล	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยความสำเร็จ และความท้าทาย
		- มีการพัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร		- การมีแผนปฏิบัติการ และการกำกับติดตาม และการมีส่วนร่วมดำเนินงานของบุคลากรและผู้มารับบริการ
โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา	ผู้บริหารกำหนดนโยบายตระหนักถึงความสำคัญของการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 จนถึงปัจจุบัน มีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานในหลายช่องทางให้ทราบทั้งองค์กร	- มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการ คณะทำงาน หรือ ผู้รับผิดชอบเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม - มีการสำรวจ ประเมิน ความเสี่ยง วิเคราะห์ ข้อมูล และนำมาจัดทำ แผนขับเคลื่อนการดำเนินงาน - มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง - โรงพยาบาลสนับสนุนให้บุคลากรมีการพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัย	ระดับดีเยี่ยม	- ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีการกำหนด แนวทางการ พัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง - โรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญในการพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง - ความท้าทายการเตรียมการยกระดับการดำเนินงานสู่ระดับท้าทาย
โรงพยาบาลชัยภูมิ	ผู้บริหารให้ความสำคัญของการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเริ่มจากการสำรวจและประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงรุก และมีการกำหนดนโยบาย	- มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการดำเนินงาน พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากแผนก/ ฝ่ายต่างๆ เพื่อให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการ	ระดับท้าทาย ด้านมาตรฐาน การจัดบริการอาชีวนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	- ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีการกำหนด แนวทางการ พัฒนาการ

โรงพยาบาล	นโยบายและการสนับสนุน ของผู้บริหาร	กลยุทธ์/กระบวนการ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในโรงพยาบาล	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยความสำเร็จ และความท้าทาย
	พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ ทราบทั้งองค์กรในหลายๆ ช่องทางเพื่อให้บุคลากรเกิด ความตระหนัก มีส่วนร่วม	พัฒนานาอมัยสิ่งแวดล้อม ร่วมกัน - มีการจัดอบรมให้ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน อย่างสม่ำเสมอ - โรงพยาบาลสนับสนุน ให้บุคลากรมีการพัฒนา นวัตกรรมและงานวิจัย		ดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง - ความท้าทาย โรงพยาบาล กำหนด เป้าหมายการ สร้างเครือข่ายสู่ ชุมชน รพ. สต. เพื่อยกระดับการ ดำเนินงาน - การยกระดับสู่ ระดับท้าทาย ด้านอื่นๆ เพิ่มเติม
โรงพยาบาลห้วยตะพาน	ผู้บริหารตระหนักถึง ความสำคัญของการ ดำเนินงานด้านนาอมัย สิ่งแวดล้อม มีการกำหนด นโยบายการดำเนินงาน	- มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการ ประกอบด้วย บุคลากร ผู้ปฏิบัติงานจากแผนก/ ฝ่ายต่างๆ เพื่อให้เกิด การมีส่วนร่วมร่วมกัน - มีการจัดอบรม พัฒนา ศักยภาพให้แก่ ผู้ปฏิบัติงานอย่าง ต่อเนื่อง - มีการสำรวจ ประเมิน ความเสี่ยง วิเคราะห์ ข้อมูล และนำมาจัดทำ แผนขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน - โรงพยาบาลได้ให้ ความสำคัญในการ พัฒนานวัตกรรมและ งานวิจัยอย่างต่อเนื่อง	ระดับท้าทาย ด้านการจัดการ ของเสียทาง การแพทย์	- ผู้บริหารให้ ความสำคัญ มีการกำหนด แนวทางการ พัฒนาการ ดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง - การมีส่วนร่วม ของบุคลากร และสร้างความ เข้มแข็งแก่ เครือข่าย โดยรอบ - ความท้าทาย เกี่ยวกับการ วิเคราะห์ ประเมินผลลัพธ์ ประเมินผลการ ดำเนินงาน เพื่อย ยกระดับสู่ระดับ ท้าทายด้านอื่นๆ

โรงพยาบาล	นโยบายและการสนับสนุน ของผู้บริหาร	กลยุทธ์/กระบวนการ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในโรงพยาบาล	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยความสำเร็จ และความท้าทาย
โรงพยาบาลจุฬา	ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีนโยบายและเป้าหมาย ด้านการพัฒนาอนามัย สิ่งแวดล้อม พร้อมทั้ง ประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้ง องค์กร	- มีการสำรวจและ ประเมินความเสี่ยงด้าน สิ่งแวดล้อมเชิงรุก - มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการ ดำเนินงานพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมซึ่ง ประกอบด้วยผู้แทนจาก แผนก/ ฝ่ายต่างๆ - มีการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรด้านการจัดการ อนามัยสิ่งแวดล้อมใน ประเด็นต่างๆ - โรงพยาบาลให้ ความสำคัญในการ พัฒนานวัตกรรมและ งานวิจัยอย่างต่อเนื่อง - การส่งเสริม สร้างความ เข้มแข็งแก่เครือข่าย โดยรวม	ระดับท้าทาย ด้านการจัดการ ของเสียทาง การแพทย์	- ผู้บริหารให้ ความสำคัญ มีการกำหนด แนวทางการ พัฒนาการ ดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง - การสร้าง เครือข่ายกับ ชุมชนโดยรอบ อย่างเข้มแข็ง - ความท้าทาย เกี่ยวกับการ วิเคราะห์ ประเมินผลลัพธ์ ประเมินผลการ ดำเนินงาน เพื่อ ยกระดับสู่ระดับ ท้าทายด้านอื่นๆ
โรงพยาบาลปง	ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีนโยบายและเป้าหมายด้าน การพัฒนาอนามัย สิ่งแวดล้อมพร้อมทั้ง ประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้ง องค์กร	- มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการ ดำเนินงานพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมซึ่ง ประกอบด้วยผู้แทนจาก แผนก/ ฝ่ายต่างๆ - มีการพัฒนาศักยภาพ ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานอย่าง ต่อเนื่อง	ระดับมาตรฐาน	- ผู้บริหารให้ ความสำคัญ มีการกำหนด แนวทางการ พัฒนาการ ดำเนินงาน - ความท้าทายการ นำข้อมูลที่ได้มา วิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อนเพื่อ พัฒนาการ ดำเนินงานให้ เป็นไปตาม มาตรฐานและ

โรงพยาบาล	นโยบายและการสนับสนุน ของผู้บริหาร	กลยุทธ์/กระบวนการ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในโรงพยาบาล	ผลการดำเนินงาน	ปัจจัยความสำเร็จ และความท้าทาย
				ยกระดับการดำเนินงาน - การสร้างนวัตกรรมและ การเป็นแหล่งแลกเปลี่ยน เรียนรู้ เพื่อ สามารถพัฒนาสู่ ความเป็นเลิศ เฉพาะ

บทที่ 5

สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาศาสนาการณการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ปี 2566 เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ รายงานผลการดำเนินงานตามเกณฑ์พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital Challenge จากระบบประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 - สิงหาคม 2566 ข้อมูลผลการดำเนินงานฯ จำนวน 8 หมวด มีระดับผลการประเมิน (ระดับมาตรฐาน ระดับดีเยี่ยม และระดับท้าทาย) และข้อมูลการลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานฯ จำนวน 6 แห่ง จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อหาค่าร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย (Mean) โดยนำเสนอในรูปแบบการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

1. สรุปผลการศึกษา

การศึกษาศาสนาการณการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 - สิงหาคม 2566 สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้ ในภาพรวมโรงพยาบาลสามารถดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ได้ในระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 45.21 (434 แห่ง) โดยบรรลุตามค่าเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมายปี 2566 คือโรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 30) แบ่งเป็นการผ่านในระดับมาตรฐาน (Standard) ร้อยละ 21.77 ระดับดีเยี่ยม (Excellent) ร้อยละ 13.44 และระดับท้าทาย (Challenge) ร้อยละ 10 โดยระดับท้าทายสามารถแบ่งเป็นการผ่านประเมินด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ ร้อยละ 1.35 ด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 0.42 และด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) ร้อยละ 8.23 (ข้อมูล ณ 26 สิงหาคม 2566) และเมื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานรายพื้นที่ พบว่า เขตสุขภาพที่ 1 – 13 ทุกเขตสุขภาพ มีผลการดำเนินงานผ่านค่าเป้าหมายที่กำหนด (ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป ได้มากกว่าร้อยละ 30) โดยเขตสุขภาพที่ 5 ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไปได้มากที่สุด ร้อยละ 55.07 รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 9 ร้อยละ 52.75 และเขตสุขภาพที่ 10 ร้อยละ 52.70 ในขณะที่เขตสุขภาพที่ผ่านระดับมาตรฐาน ขึ้นไปได้น้อยที่สุดคือ เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 30.23 นอกจากนี้ เมื่อแบ่งตามประเภทของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทั่วไปผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไปได้มากที่สุด ร้อยละ 52.94 ของจำนวนโรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลศูนย์ทั้งหมด โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 45.76 ของโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ ร้อยละ 25.40 ของโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการทั้งหมด ตามลำดับ

จากข้อมูลโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป จำนวน 434 แห่ง เมื่อนำข้อมูลการดำเนินงานตามเกณฑ์ฯ มาวิเคราะห์ผลการดำเนินงานรายหมวด จำนวน 2 หมวด โดยหมวดที่สามารถดำเนินงานได้มากที่สุดคือ หมวด 6 N : NUTRITION การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภคและการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล ร้อยละ 97.92 รองลงมาคือ หมวด 2 G: GARBAGE การจัดการมูลฝอยทุกประเภท ร้อยละ 97.91 และหมวด 1 CLEAN : การสร้างกระบวนการพัฒนา ร้อยละ 95.55 และหมวดที่มีการดำเนินงานได้น้อยที่สุด คือ หมวด 7 Innovation : การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN ร้อยละ 78.33

การศึกษาเชิงคุณภาพได้มีการลงพื้นที่เพื่อติดตาม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ร่วมกับเขตสุขภาพหรือศูนย์อนามัย คณะกรรมการตรวจประเมินระดับจังหวัด จำนวน 6 แห่ง โดยสรุปจากการลงพื้นที่ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานที่ทุกโรงพยาบาลมี คือ ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญด้านการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม การให้บริการรักษาผู้ป่วย การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดีเอื้อต่อการเยียวยาสภาพจิตใจของผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีความเข้มแข็งและการให้ความร่วมมือของบุคลากรในการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการส่งเสริม สร้างความเข้มแข็งแก่เครือข่ายโดยรอบ เช่น โรงเรียน วัด ชุมชน องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นต้น รวมทั้งการมีคณะกรรมการตรวจประเมินระดับจังหวัดซึ่งเป็นกลไกที่มีความเข้มแข็งในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินงานโรงพยาบาลยังมีโอกาสและความท้าทายที่ต้องพัฒนา ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ของการดำเนินงาน (ปัจจุบันมีผลสำเร็จเชิงผลผลิต/กิจกรรม) การกำหนดแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องกับผลลัพธ์ที่ต้องการพัฒนา การออกแบบระบบการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปสู่การประเมินผลลัพธ์และการคำนวณค่าการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก รวมถึงการพัฒนาระบบกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน และนำสู่การปรับปรุงกระบวนการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ (Plan-Do-Check-Act: PDCA) รวมทั้งการพัฒนาระบบการบริหารจัดการที่มีคุณภาพเพื่อพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย) ต่อไป

2. อภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ ดังนี้

ภาพรวมโรงพยาบาลสามารถดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ได้ในระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 45.21 (434 แห่ง) โดยบรรลุตามค่าเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมายปี 2566 คือโรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 30) และจากการข้อมูล/ การลงพื้นที่พบว่า โรงพยาบาลได้มีแผนการพัฒนายกระดับการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในประเด็นท้าทาย โดยมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป็นลำดับถัดไปในแต่ละปี เมื่อพิจารณาการดำเนินงานพบการกำหนดกระบวนการขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่ายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับกระทรวง กรมอนามัย เขตสุขภาพ ศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาล แต่ละระดับมีบทบาทในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่แตกต่างกันออกไป

ตั้งแต่ระดับผู้บริหารจนถึงผู้ปฏิบัติงานระดับโรงพยาบาล รวมถึงมีการสื่อสารแก่เครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินงานของปรียานุช เชิดชูเหล่า และคณะ (2565,น. 1) ที่แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยความสำเร็จของการยกระดับผลการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา เกิดจากการนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง กลุ่มพี่เลี้ยง บุคลากรผู้รับผิดชอบงาน และการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย รวมทั้งสอดคล้องกับอิทธิพล ภูมิชัยวรนนท์ และคณะ (2562,น. 63) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการดำเนินงาน คือ การรับรู้นโยบาย การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและแรงจูงใจ เช่นเดียวกับจิตรวลัย ศรีแสงฉาย (2557,น. 139) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลอย่างมากในการมีส่วนร่วมของบุคลากร คือ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

นอกจากนี้การดำเนินงานระหว่างเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัยมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบจัดตั้งทีมตรวจประเมิน โดยมีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน การลงตรวจประเมินเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาการดำเนินงานแก่โรงพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับภานุพันธ์ ไพฑูรย์ (2563,น. 168) แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยความสำเร็จอีกประการของการขับเคลื่อนการดำเนินงาน คือ การจัดตั้งคณะทำงาน กำหนดบทบาทหน้าที่การทำงาน การกำหนดเป้าหมายและวางแผนร่วมกัน วิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน ทบทวนสาเหตุ หาแนวทางพัฒนา แก้ไขปัญหาร่วมกัน และพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ปัจจัยความสำเร็จที่กล่าวมาข้างต้นยังมีปัจจัยความสำเร็จอื่น ๆ ที่ส่งเสริมให้การดำเนินเป็นไปอย่างต่อเนื่อง คือ การชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน การอบรมพัฒนาศักยภาพให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เช่น ธงชัย มั่นคง (2560,น. 37) ผู้ศึกษาให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการสร้างจิตสำนึก สร้างความตระหนักถึงปัญหา มีการจัดอบรมการรณรงค์ให้ความรู้แก่บุคลากรให้มีส่วนร่วมร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับอนรรัตน์ ไชยบุรุษ และคณะ (2560,น. 75) พบว่า สถานบริการสาธารณสุข ควรสร้างความตระหนักในการดำเนินงาน และการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเหมาะสมต่อไป ซึ่งการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ได้มีกระบวนการสื่อสารในรูปแบบการจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน พัฒนาศักยภาพเพื่อสร้างความตระหนัก ถ่ายทอดองค์ความรู้ รวมถึงสนับสนุนชุดความรู้ สื่อการเรียนรู้ให้แก่เครือข่ายได้ศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ให้ประสบผลสำเร็จตามค่าเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งมีการวิเคราะห์ข้อมูล กำกับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลังเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสนับสนุนการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ในส่วนของเกณฑ์การประเมินมีการแบ่งระดับเพื่อให้โรงพยาบาลสามารถพัฒนาระดับการดำเนินงานในปีถัดไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามกลยุทธ์ C-L-E-A-N กิจกรรม G-R-E-E-N และประเด็นท้าทายทั้ง 4 ด้านที่ส่งผลต่อการสร้างความตื่นตัวต่อการดำเนินกิจกรรมลดภาวะโลกร้อน ตามที่ Alireza et al. (2565น. 983) พบว่า การรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง มี 13 องค์ประกอบประกอบด้วย น้ำ น้ำเสีย พลังงาน ของเสีย อาคารสีเขียว อาหาร การขนส่ง การจัดซื้อจัดจ้างสีเขียว ยา สารเคมี สารพิษ เทคโนโลยี รูปแบบการดูแลที่ยั่งยืน และความเป็นผู้นำในโรงพยาบาล ในการกำหนดกลยุทธ์ มาตรการ การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในการเตรียมความพร้อม

เมื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานแบ่งตามประเภทของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทั่วไปผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไปได้มากที่สุด รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ ตามลำดับ ซึ่งเห็นได้ว่า โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ เป็นโรงพยาบาลที่มีการขับเคลื่อนในส่วนของการดำเนินงานที่ครอบคลุม เนื่องจากมีปัจจัยสนับสนุนในหลายๆ ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิราช นอร์ตัน (2565, น. 26) จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการเป็นโรงพยาบาลที่มีกระบวนการ/กิจกรรมทั้งของ GREEN & CLEAN ที่ครอบคลุม เนื่องจากมีศักยภาพด้านบุคลากรและปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ มีการนำกลยุทธ์ตามศักยภาพของโรงพยาบาล มาดำเนินกิจกรรมเพื่อให้เกิดการควบคู่ไปกับการพัฒนานาอมัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ในส่วนของโรงพยาบาลชุมชนผู้วิจัยเห็นว่า โรงพยาบาลชุมชนได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งเช่นกัน เนื่องจากผู้บริหารได้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาการดำเนินงานด้านนาอมัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge รวมถึงการขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่ายของกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อจำกัด

3.1 เนื่องจากการดำเนินงาน มีการใช้ระบบการประเมินสารสนเทศ GREEN & CLEAN Hospital เป็นปีแรก จึงพบปัญหาการใช้งานโปรแกรมบางส่วนที่ยังไม่อำนวยความสะดวก อย่างไรก็ตาม ได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ใช้งาน มาปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3.2 การประสานงานในการลงพื้นที่เพื่อติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานด้านนาอมัยสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge มีกลุ่มเป้าหมายหลายระดับ ทั้งเจ้าหน้าที่ ศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหารและทีมแกนหลักโรงพยาบาล ซึ่งเป็นความยุ่งยากในการนัดหมายให้ครบถ้วน จึงต้องมีการประสานงานอย่างต่อเนื่องและปรับแผนให้สอดคล้องกับพื้นที่

4. ข้อเสนอแนะ

4.1 ข้อเสนอเชิงนโยบาย

- 1) ควรกำหนดให้การพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความท้าทายด้านโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากพบว่า ยังไม่มีโรงพยาบาลที่สามารถดำเนินงานระดับท้าทายด้านนี้ได้ และเพื่อเป็นการยกระดับสถานบริการสาธารณสุขและคงคุณภาพการพัฒนาด้านนาอมัยสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน สอดรับนโยบายสากลอย่างต่อเนื่อง
- 2) โรงพยาบาลควรให้ความสำคัญในการกำหนดนโยบายหรือมาตรฐานที่ชัดเจนในการตรวจสอบน้ำทิ้ง และกากตะกอนของระบบบำบัดน้ำเสียตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ และมีการตรวจสอบ บำรุงระบบบำบัดน้ำเสียอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน ป้องกันการแพร่กระจายของโรคและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียง

- 3) ควรสนับสนุน ส่งเสริมการดำเนินงานวิจัย หรือการพัฒนานวัตกรรมการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้าน GREEN เพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาล รวมถึงเป็นการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพบุคลากร

4.2 ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1) หน่วยงานส่วนกลางกรมอนามัย

- กำหนดนโยบาย ทิศทางการดำเนินงาน เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสามารถดำเนินงานได้บรรลุตามเป้าหมาย และเพื่อเป็นการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพ
- บูรณาการความร่วมมือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข อย่างเข้มข้น เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาศักยภาพ สนับสนุนข้อมูลด้านวิชาการของบุคลากร และผู้ตรวจประเมินในพื้นที่ โดยเฉพาะการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ด้านความเป็นเลิศเฉพาะด้านในระดับท้าทาย ได้แก่ ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ ด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และการตรวจสอบน้ำทิ้งและกากตะกอนของระบบบำบัดน้ำเสีย รวมทั้งการส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรม GREEN ในสถานบริการสาธารณสุข
- เพิ่มการสื่อสารประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย) เพื่อให้มีสถานบริการสาธารณสุขเข้าร่วมมากขึ้น โดยเฉพาะด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

2) หน่วยงานส่วนภูมิภาค

- กำหนดแนวทางการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลในเขตพื้นที่ของตนเอง เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด รวมถึงติดตามผลการดำเนินงาน การเป็นพี่เลี้ยงให้แก่พื้นที่
- พัฒนาดัชนีแบบ แหล่งเรียนรู้ สำหรับเป็นแบบอย่างให้แก่สถานบริการสาธารณสุขที่ต้องการเข้าร่วมโครงการ ได้นำไปพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขของตนเอง
- เพิ่มการสื่อสารประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย) เพื่อให้มีสถานบริการสาธารณสุขเข้าร่วมมากขึ้น โดยเฉพาะด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

4.3 ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการรวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ทุกปี เพื่อจะเป็นข้อมูลนำเข้าในการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง
- 2) ควรศึกษาสถานการณ์การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Carbon Footprint) จากกิจกรรมของโรงพยาบาล และประโยชน์ที่ได้จากการลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก รวมถึงการพัฒนาการดำเนินงานสู่ Carbon Credit เพื่อให้เห็นถึงการนำไปใช้ประโยชน์ที่ชัดเจน

- 3) ควรศึกษาการดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge เพื่อเปรียบเทียบการดำเนินงานของโรงพยาบาลแต่ละประเภท (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ)

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย. (2566). *คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) สำหรับโรงพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 1) . ปทุมธานี : มินนี่ กรุ๊ป จำกัด.
- จิตรวลัย ศรีแสงฉาย. (2557). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในกิจกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลศิริราช* (รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สิ่งแวดล้อม) ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ธงชัย มั่นคง. (2560). พฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 13(1), 37-50
- นิราช นอรัตน์ และคณะ. (2565). สถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital เขตสุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ 2560-2564. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา*, 12(1), 26-40
- ปรียานุช เชิดชูหล้า และคณะ. (2565). การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา. *วารสารส่งเสริมคุณภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา*, 12 (ประจำเดือนมกราคม - ธันวาคม), 1-16
- ธิดิพัทธ์ ภูริชัยวรนนท์ และคณะ. (2562). ความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในจังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 5(4), 63-72
- ภานุพันธ์ ไพฑูรย์. (2563). ปัจจัยความสำเร็จการขับเคลื่อนการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว เขตอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(2), 168-177
- อนรรตน์ ไชยนุราช. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดำเนินงานสาธารณสุขรวมใจณรงค์ลือโลกร้อนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 12. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4, 77-90
- อุ้นเรือน ศิรินาถ. (2561). การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 4 (2), 40-52
- Alireza Mashallahi et al. (2565). Climate adaptive hospital: A systematic review of determinants and actions. *Journal of Environmental Health Science & Engineering*, 2022 (20), 983 - 1013

ภาคผนวก

เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (สำหรับปีงบประมาณ 2566)

หมวด		คะแนนเต็ม	คะแนน (ร้อยละ 80)	คะแนน (ร้อยละ 90)
ส่วนที่ 1 การพัฒนา GREEN & CLEAN โรงพยาบาล (ระดับมาตรฐานและระดับดีเยี่ยม)				
หมวด 1	CLEAN : การสร้างกระบวนการพัฒนา	25	20	22.5
หมวด 2	G : GARBAGE การจัดการมูลฝอยทุกประเภท	30	24	27
หมวด 3	R : RESTROOM การพัฒนาส้วมมาตรฐานและการจัดการสิ่งปฏิกูล	30	24	27
หมวด 4	E : ENERGY การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร	35	28	31.5
หมวด 5	E : ENVIRONMENT การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล	60	48	54
หมวด 6	N : NUTRITION การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภคและการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล	40	32	36
หมวด 7	Innovation : การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN	30		27
หมวด 8	Network : การสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN	20		18
คะแนนรวม		270	176	243
ส่วนที่ 2 การพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน (ระดับท้าทาย)				
1. การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) 2. การจัดการของเสียทางการแพทย์ (Medical Waste Management) 3. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ 4. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care)				

การสรุปผลการประเมินในภาพรวม :

1. **ระดับมาตรฐาน (Standard)** หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 176 คะแนนขึ้นไป*
2. **ระดับดีเยี่ยม (Excellent)** หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-8 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และมีคะแนนรวม 243 คะแนนขึ้นไป*
3. **ระดับท้าทาย (Challenge)** หมายถึง ผ่านการประเมินระดับดีเยี่ยม และผ่านการประเมินตามเกณฑ์ระดับท้าทายจำนวน 1 ด้าน

* หมายเหตุ : ประเด็นงานที่ต้องดำเนินการตามกฎหมาย ประกอบด้วย หมวด Garbage ข้อ 2.1 ,3.1, 4 หมวด Nutrition ข้อ 10 (6 คะแนน)

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ										
หมวด 1 CLEAN การสร้างกระบวนการพัฒนา (25 คะแนน)	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร C: Communication L: Leader E: Effectiveness A: Activity N: Network (25 คะแนน)	1.1 โรงพยาบาลมีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานพร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้งองค์กร (5 คะแนน)	1.1 โรงพยาบาลมีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานพร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้งองค์กร (5 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการกำหนดนโยบายฯ จากผู้บริหารระดับสูง</td></tr><tr><td>2</td><td>มีการกำหนดนโยบายฯ แต่ไม่มีการประกาศนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร</td></tr><tr><td>3</td><td>มีการกำหนดนโยบายฯ และมีการประกาศนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร</td></tr><tr><td>4</td><td>มีการกำหนดนโยบายฯ และมีการประกาศฯ มีการประชุมชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทราบ</td></tr><tr><td>5</td><td>มีการกำหนดนโยบายฯ และมีการประกาศฯ มีการประชุมชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทราบ และนโยบายมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน (ทบทวนทุกปี)</td></tr></table>	0	ไม่มีการกำหนดนโยบายฯ จากผู้บริหารระดับสูง	2	มีการกำหนดนโยบายฯ แต่ไม่มีการประกาศนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร	3	มีการกำหนดนโยบายฯ และมีการประกาศนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร	4	มีการกำหนดนโยบายฯ และมีการประกาศฯ มีการประชุมชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทราบ	5	มีการกำหนดนโยบายฯ และมีการประกาศฯ มีการประชุมชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทราบ และนโยบายมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน (ทบทวนทุกปี)	ระดับมาตรฐาน (Standard)
		0	ไม่มีการกำหนดนโยบายฯ จากผู้บริหารระดับสูง											
2	มีการกำหนดนโยบายฯ แต่ไม่มีการประกาศนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร													
3	มีการกำหนดนโยบายฯ และมีการประกาศนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร													
4	มีการกำหนดนโยบายฯ และมีการประกาศฯ มีการประชุมชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทราบ													
5	มีการกำหนดนโยบายฯ และมีการประกาศฯ มีการประชุมชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทราบ และนโยบายมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน (ทบทวนทุกปี)													
1.2 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital (5 คะแนน)	1.2 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital (5 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ</td></tr><tr><td>2</td><td>มีการประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการแต่ไม่มีการดำเนินการประชุม</td></tr><tr><td>3</td><td>มีการประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการและมีการประชุมอย่างน้อย 1 ครั้ง และมีสรุปรายงานการประชุม</td></tr><tr><td>4</td><td>มีประชุมอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี มีสรุปรายงานประชุมและนำไปดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม อย่างน้อย 1 เรื่อง</td></tr><tr><td>5</td><td>มีประชุมอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี ขึ้นไป มีสรุปรายงานประชุมและนำไปดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม อย่างน้อย 2 เรื่อง ขึ้นไป</td></tr></table>	0	ไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ	2	มีการประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการแต่ไม่มีการดำเนินการประชุม	3	มีการประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการและมีการประชุมอย่างน้อย 1 ครั้ง และมีสรุปรายงานการประชุม	4	มีประชุมอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี มีสรุปรายงานประชุมและนำไปดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม อย่างน้อย 1 เรื่อง	5	มีประชุมอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี ขึ้นไป มีสรุปรายงานประชุมและนำไปดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม อย่างน้อย 2 เรื่อง ขึ้นไป			
0	ไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ													
2	มีการประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการแต่ไม่มีการดำเนินการประชุม													
3	มีการประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการและมีการประชุมอย่างน้อย 1 ครั้ง และมีสรุปรายงานการประชุม													
4	มีประชุมอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี มีสรุปรายงานประชุมและนำไปดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม อย่างน้อย 1 เรื่อง													
5	มีประชุมอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี ขึ้นไป มีสรุปรายงานประชุมและนำไปดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม อย่างน้อย 2 เรื่อง ขึ้นไป													

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ										
		1.3 มีการสำรวจ ประเมินความเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูล และนำมาจัดทำแผนขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital (5 คะแนน)	<table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการดำเนินการ</td></tr><tr><td>2</td><td>มีการสำรวจสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN ภายในโรงพยาบาล</td></tr><tr><td>3</td><td>มีการสำรวจสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN ภายในโรงพยาบาล ประเมินความเสี่ยง และศึกษาข้อมูลด้านกฎหมาย ข้อมูลวิชาการ หรือแนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง</td></tr><tr><td>4</td><td>มีการสรุปรายงานการสำรวจสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเมินความเสี่ยง ปัญหาอุปสรรค รวมถึงวิธีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป็นกิจกรรมในการขับเคลื่อน</td></tr><tr><td>5</td><td>มีการจัดทำแผนการดำเนินงาน มีกิจกรรมการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการ GREEN & CLEAN Hospital</td></tr></table>	0	ไม่มีการดำเนินการ	2	มีการสำรวจสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN ภายในโรงพยาบาล	3	มีการสำรวจสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN ภายในโรงพยาบาล ประเมินความเสี่ยง และศึกษาข้อมูลด้านกฎหมาย ข้อมูลวิชาการ หรือแนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง	4	มีการสรุปรายงานการสำรวจสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเมินความเสี่ยง ปัญหาอุปสรรค รวมถึงวิธีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป็นกิจกรรมในการขับเคลื่อน	5	มีการจัดทำแผนการดำเนินงาน มีกิจกรรมการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการ GREEN & CLEAN Hospital	
		0	ไม่มีการดำเนินการ											
		2	มีการสำรวจสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN ภายในโรงพยาบาล											
3	มีการสำรวจสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN ภายในโรงพยาบาล ประเมินความเสี่ยง และศึกษาข้อมูลด้านกฎหมาย ข้อมูลวิชาการ หรือแนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง													
4	มีการสรุปรายงานการสำรวจสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเมินความเสี่ยง ปัญหาอุปสรรค รวมถึงวิธีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป็นกิจกรรมในการขับเคลื่อน													
5	มีการจัดทำแผนการดำเนินงาน มีกิจกรรมการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการ GREEN & CLEAN Hospital													
1.4 พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital เช่น การอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ การควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย เป็นต้น (5 คะแนน)	<table><tr><td>0</td><td>ไม่มีกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่</td></tr><tr><td>2</td><td>มีการอบรมคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งให้มีความรู้พื้นฐานด้าน GREEN (ตามหมวดที่เกี่ยวข้อง)</td></tr><tr><td>3</td><td>มีการทบทวน/ฟื้นฟูความรู้ผู้ดูแลด้าน GREEN แก่บุคลากรประจำกลุ่มงานย่อยในองค์กร (ตามหมวดที่เกี่ยวข้อง) อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี</td></tr><tr><td>4</td><td>มีการอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้าน GREEN อย่างน้อย 3 ด้าน</td></tr><tr><td>5</td><td>มีการอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้าน GREEN 4 ด้าน ขึ้นไป</td></tr></table>	0	ไม่มีกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่	2	มีการอบรมคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งให้มีความรู้พื้นฐานด้าน GREEN (ตามหมวดที่เกี่ยวข้อง)	3	มีการทบทวน/ฟื้นฟูความรู้ผู้ดูแลด้าน GREEN แก่บุคลากรประจำกลุ่มงานย่อยในองค์กร (ตามหมวดที่เกี่ยวข้อง) อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	4	มีการอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้าน GREEN อย่างน้อย 3 ด้าน	5	มีการอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้าน GREEN 4 ด้าน ขึ้นไป			
0	ไม่มีกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่													
2	มีการอบรมคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งให้มีความรู้พื้นฐานด้าน GREEN (ตามหมวดที่เกี่ยวข้อง)													
3	มีการทบทวน/ฟื้นฟูความรู้ผู้ดูแลด้าน GREEN แก่บุคลากรประจำกลุ่มงานย่อยในองค์กร (ตามหมวดที่เกี่ยวข้อง) อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี													
4	มีการอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้าน GREEN อย่างน้อย 3 ด้าน													
5	มีการอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้าน GREEN 4 ด้าน ขึ้นไป													
1.5 มีการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมทั้งองค์กร (5 คะแนน)	1.5 มีการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมทั้งองค์กร (5 คะแนน)	<table><tr><td>0</td><td>องค์กรไม่มีการสื่อสารสาธารณะประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานด้าน GREEN ให้บุคลากรทราบ</td></tr></table>	0	องค์กรไม่มีการสื่อสารสาธารณะประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานด้าน GREEN ให้บุคลากรทราบ										
0	องค์กรไม่มีการสื่อสารสาธารณะประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานด้าน GREEN ให้บุคลากรทราบ													

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน		การวางระดับ			
			2	มีการสื่อสารสาธารณะ รณรงค์ประชาสัมพันธ์ทุก 6 เดือน แต่ละครั้งมีการสื่อสารอย่างน้อย 2 ช่องทาง				
			3	มีการสื่อสารสาธารณะ รณรงค์ประชาสัมพันธ์ทุก 3 เดือน แต่ละครั้งมีการสื่อสารอย่างน้อย 3 ช่องทาง				
			4	มีการสื่อสารสาธารณะ รณรงค์ประชาสัมพันธ์ทุก 3 เดือน แต่ละครั้งมีการสื่อสารอย่างน้อย 3 ช่องทาง และมีการจัดนิทรรศการหรือกิจกรรมรณรงค์ด้าน GREEN อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง				
			5	มีการสื่อสารสาธารณะ รณรงค์ประชาสัมพันธ์ทุก 3 เดือน แต่ละครั้งมีการสื่อสารอย่างน้อย 3 ช่องทาง และมีการจัดนิทรรศการหรือกิจกรรมรณรงค์ด้าน GREEN อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง				
หมวด 2 G: Garbage (การจัดการมูลฝอยทุกประเภท) (30 คะแนน)	2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (10 คะแนน)	2.1 มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ (7 คะแนน) บุคลากร 1. มีการกำหนดหรือมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจัดการมูลฝอยต้องได้รับการอบรม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 3. มีการให้ความรู้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลในการจัดการมูลฝอยทุกประเภท ตั้งแต่การรวบรวม เคลื่อนย้าย การนำไปใช้ประโยชน์และการกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักสุขภาพ การคัดแยกมูลฝอยทั่วไป 4. มีการกำหนดให้มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป อย่างน้อย 3 ประเภท ได้แก่ มูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ มูลฝอยอินทรีย์ และมูลฝอยทั่วไป (มูลฝอยอื่น ๆ) การเก็บรวบรวมมูลฝอยทั่วไป 5. จัดให้มีถุงหรือภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ที่เหมาะสม ทนทาน ไม่ฉีกขาดง่าย ไม่รั่วซึม ขนาดเหมาะสม สามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวก ในกรณีบรรจุในถุงต้องบรรจุในปริมาณที่	*2.1 มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ (7 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ดำเนินการได้ไม่ครบทุกข้อ</td></tr><tr><td>7</td><td>ดำเนินการได้ครบทุกข้อ</td></tr></table> * ข้อที่บังคับตามกฎหมาย		0	ดำเนินการได้ไม่ครบทุกข้อ	7	ดำเนินการได้ครบทุกข้อ
0	ดำเนินการได้ไม่ครบทุกข้อ							
7	ดำเนินการได้ครบทุกข้อ							

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวาง ระดับ
		เหมาะสม และมัดหรือปิดปากถุงให้แน่น เพื่อป้องกันการหกหล่นของมูลฝอยดังกล่าว กรณีบรรจุในภาชนะบรรจุต้องบรรจุในปริมาณที่เหมาะสม และมีการทำความสะอาดภาชนะบรรจุนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ 6. จัดให้มีภาชนะรองรับมูลฝอยที่เพียงพอและเหมาะสมกับประเภท ปริมาณมูลฝอย และกิจกรรมของโรงพยาบาล โดยภาชนะรองรับมูลฝอยมีลักษณะแข็งแรง ทนทาน ไม่รั่วซึม มีฝาปิดมิดชิด และมีสีเฉพาะสำหรับรองรับมูลฝอยแต่ละประเภท หรืออาจกำหนดข้อความหรือสัญลักษณ์อื่น ซึ่งแสดงถึงมูลฝอยประเภทนั้นไว้อย่างชัดเจนที่ภาชนะรองรับมูลฝอยแทนก็ได้ (1) สีน้ำเงิน สำหรับมูลฝอยทั่วไป (มูลฝอยอื่น ๆ) (2) สีเขียว สำหรับมูลฝอยอินทรีย์ (3) สีเหลือง สำหรับมูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ การเคลื่อนย้ายมูลฝอย 7. ผู้ปฏิบัติงานรวบรวมและเคลื่อนย้ายมูลฝอยทั่วไปในโรงพยาบาลต้องสวมชุดที่รัดกุม และสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายที่เหมาะสม 8. มีการกำหนดเส้นทาง และเวลาในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยทั่วไป 9. มีการบรรจุมูลฝอยในปริมาณที่เหมาะสม มัดหรือปิดปากถุงให้แน่นเพื่อป้องกันการหกหล่นของมูลฝอยดังกล่าว กรณีบรรจุในภาชนะบรรจุต้องบรรจุในปริมาณที่เหมาะสมและมีการทำความสะอาดภาชนะบรรจุนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ สถานที่พักรวมมูลฝอยทั่วไป 10. โรงพยาบาลที่ก่อให้เกิดมูลฝอยทั่วไปตั้งแต่สองลูกบาศก์เมตรต่อวัน ต้องจัดให้มีที่พักรวมมูลฝอยทั่วไปดังนี้		

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ						
		11. เป็นอาคารหรือเป็นห้องแยกเป็นสัดส่วนเฉพาะที่มีการป้องกันน้ำฝน หรือภาชนะรองรับมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ที่มีขนาดใหญ่ ที่สามารถบรรจุมูลฝอยได้ไม่น้อยกว่า 2 วัน 12. พื้นและผนังของอาคารหรือห้องแยกต้องเรียบ มีการป้องกันน้ำซึมหรือน้ำเข้าทำด้วยวัสดุที่ทนทาน ทำความสะอาดง่าย สามารถป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค และมีการระบายอากาศ 13. มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียหรือระบบบำบัดน้ำเสียเพื่อรวบรวมน้ำเสียไปจัดการตามที่กฎหมายกำหนด 14. มีประตูกว้างเพียงพอให้สามารถเคลื่อนย้ายมูลฝอยได้โดยสะดวก 15. มีการกำหนดขอบเขตบริเวณที่ตั้งสถานที่พักรวมมูลฝอยทั่วไป มีข้อความที่มีขนาดเห็นได้ชัดเจนว่า “ที่พักรวมมูลฝอยทั่วไป” และมีการดูแลรักษาความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ 16. ที่พักรวมมูลฝอยทั่วไปต้องตั้งอยู่ในสถานที่ที่สะดวกต่อการเก็บรวบรวมและขนถ่ายมูลฝอยทั่วไปและอยู่ห่างจากแหล่งน้ำเพื่อการอุปโภคบริโภคและสถานที่ประกอบหรือปรุงอาหาร การกำจัดมูลฝอยทั่วไป 17. มีการประสานหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาเก็บขนมูลฝอยทั่วไปนำไปกำจัดอย่างถูกหลักสุขาภิบาล								
		2.2 มีการใช้มาตรการ 3R ในการจัดการมูลฝอยอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ การลดการใช้ (Reduce) นำกลับมาใช้ซ้ำ (Reuse) นำวัสดุมาแปรรูปเพื่อเป็นวัสดุใหม่กลับมาใช้ได้ (Recycle) (2 คะแนน)	2.2 มีการใช้มาตรการ 3R ในการจัดการมูลฝอยอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ การลดการใช้ (Reduce) นำกลับมาใช้ซ้ำ (Reuse) นำวัสดุมาแปรรูปเพื่อเป็นวัสดุใหม่กลับมาใช้ได้ (Recycle) (2 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการใช้มาตรการ 3R ในการจัดการมูลฝอยอย่างเป็นรูปธรรม</td></tr><tr><td>1</td><td>มีผลลัพธ์จากการใช้มาตรการ 3R อย่างน้อย 1 ด้านอย่างเป็นรูปธรรม</td></tr><tr><td>2</td><td>มีผลลัพธ์จากการใช้มาตรการ 3R ทั้ง 3 ด้านอย่างเป็นรูปธรรม</td></tr></table>	0	ไม่มีการใช้มาตรการ 3R ในการจัดการมูลฝอยอย่างเป็นรูปธรรม	1	มีผลลัพธ์จากการใช้มาตรการ 3R อย่างน้อย 1 ด้านอย่างเป็นรูปธรรม	2	มีผลลัพธ์จากการใช้มาตรการ 3R ทั้ง 3 ด้านอย่างเป็นรูปธรรม	
0	ไม่มีการใช้มาตรการ 3R ในการจัดการมูลฝอยอย่างเป็นรูปธรรม									
1	มีผลลัพธ์จากการใช้มาตรการ 3R อย่างน้อย 1 ด้านอย่างเป็นรูปธรรม									
2	มีผลลัพธ์จากการใช้มาตรการ 3R ทั้ง 3 ด้านอย่างเป็นรูปธรรม									

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ						
		2.3 มีการบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยทั่วไปทุกประเภท (มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ มูลฝอยทั่วไปอื่น ๆ) และมีเอกสารกำกับหรือหลักฐานการส่งมูลฝอยทั่วไปนำไปกำจัด (1 คะแนน)	2.3 มีการบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยทั่วไปทุกประเภท (มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ มูลฝอยทั่วไปอื่น ๆ) และมีเอกสารกำกับ หรือหลักฐานการส่งมูลฝอยทั่วไปนำไปกำจัด (1 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการบันทึกปริมาณมูลฝอยทั่วไป</td></tr><tr><td>0.5</td><td>มีการบันทึกปริมาณมูลฝอยทั่วไปทุกประเภท</td></tr><tr><td>1</td><td>มีการบันทึกปริมาณมูลฝอยทั่วไปทุกประเภทและมีเอกสารกำกับหรือหลักฐานการส่งมูลฝอยทั่วไปนำไปกำจัด</td></tr></table>	0	ไม่มีการบันทึกปริมาณมูลฝอยทั่วไป	0.5	มีการบันทึกปริมาณมูลฝอยทั่วไปทุกประเภท	1	มีการบันทึกปริมาณมูลฝอยทั่วไปทุกประเภทและมีเอกสารกำกับหรือหลักฐานการส่งมูลฝอยทั่วไปนำไปกำจัด	
0	ไม่มีการบันทึกปริมาณมูลฝอยทั่วไป									
0.5	มีการบันทึกปริมาณมูลฝอยทั่วไปทุกประเภท									
1	มีการบันทึกปริมาณมูลฝอยทั่วไปทุกประเภทและมีเอกสารกำกับหรือหลักฐานการส่งมูลฝอยทั่วไปนำไปกำจัด									
3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (10 คะแนน)	3.1 มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (7 คะแนน) บุคลากร 1. มีการกำหนดหรือมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการจัดการมูลฝอยต้องได้รับการอบรมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การคัดแยกมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย 3. มีการคัดแยกมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ออกจากมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยติดเชื้อตามประเภท ดังต่อไปนี้ (1) หลอดไฟ (2) ถ่านไฟฉายและแบตเตอรี่ (3) ภาชนะบรรจุสารเคมี และให้รวมถึงกระป๋องสเปรย์ กระป๋องสารกำจัดศัตรูพืช กระป๋องสี ขวดน้ำยาล้างห้องน้ำ ตลับหมึกพิมพ์ ภาชนะบรรจุน้ำมันปิโตรเลียม หรือภาชนะบรรจุผลิตภัณฑ์ป้องกันหรือกำจัดแมลงและสัตว์ฟันแทะในบ้านเรือน (4) ยาและเวชภัณฑ์ตามที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา (5) ผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (6) มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชนประเภทอื่น ตามที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา การเก็บรวบรวมมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย	*3.1 มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (7 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ดำเนินการได้ไม่ครบทุกข้อ</td></tr><tr><td>7</td><td>ดำเนินการได้ครบทุกข้อ</td></tr></table> * ข้อที่บังคับตามกฎหมาย	0	ดำเนินการได้ไม่ครบทุกข้อ	7	ดำเนินการได้ครบทุกข้อ				
0	ดำเนินการได้ไม่ครบทุกข้อ									
7	ดำเนินการได้ครบทุกข้อ									

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ
		4. ภาชนะบรรจุมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายที่เป็นถุง ต้องทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียว ทนทาน ไม่ฉีกขาดง่าย ไม่รั่วซึม ขนาดเหมาะสม และสามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวก 5. ภาชนะบรรจุมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายที่เป็นกล่อง หรือถัง ต้องทำจากวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน ไม่รั่วซึม มีฝาปิดมิดชิด สามารถป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรคได้ขนาดเหมาะสม สามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวก และง่ายต่อการถ่ายและเทมูลฝอย 6. ภาชนะรองรับมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายมีข้อความ “มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน” หรือข้อความที่ทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย โดยมีขนาดและสีของข้อความที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน 7. มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายที่คัดแยกแล้ว บรรจุในภาชนะบรรจุมูลฝอยโดยไม่ให้มีส่วนล้าออกนอกภาชนะบรรจุมูลฝอย และนำไปไว้ในสถานที่พักรวมมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย สถานที่พักรวมมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย 8. โรงพยาบาลมีปริมาณมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ตั้งแต่ 100 กิโลกรัมต่อเดือนต้องจัดให้มีสถานที่พักรวมมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย 9. สถานที่พักรวมมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายเป็นอาคารหรือห้องแยกเป็นสัดส่วนเฉพาะที่สามารถรองรับปริมาณมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายที่เกิดขึ้นตามประเภทที่กำหนดและปิดมิดชิด 10. มีพื้นคอนกรีตหรือมีพื้นน้ำซีเมนต์ผ่านไม่ได้ มีผนังเรียบทำความสะอาดง่าย 11. สามารถป้องกันแดดและฝนและการหกั่วไหลของมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย และมีการระบายอากาศที่เหมาะสม		

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ						
		12. มีข้อความว่า “สถานที่พักรวมมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน” หรือข้อความที่ทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นสถานที่พักรวมมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายไว้ที่หน้าอาคารหรือหน้าห้องนั้น และมีขนาดและสีของข้อความที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน การขนมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน 13. มีการขนมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชนไปกำจัดแยกตามประเภทมูลฝอยฯ และขนย้ายด้วยยานพาหนะขนมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชนที่ถูกสุ่มลักษณะ การกำจัดมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน 14. มีการนำมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชนไปกำจัดอย่างถูกต้องตามประเภทมูลฝอยฯ โดยวิธีการฝังกลบอย่างปลอดภัย หรือการเผาในเตาเผา หรือวิธีการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนด								
		3.2 มีแนวทางในการกำกับติดตามการเก็บขน กำจัด มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย (3 คะแนน)	3.2 มีแนวทางในการกำกับติดตามการเก็บขน กำจัด มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย (3 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่มีข้อมูลปริมาณและประเภทมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย</td></tr><tr><td>1</td><td>มีข้อมูลปริมาณและประเภทมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย</td></tr><tr><td>3</td><td>มีข้อมูลปริมาณและประเภทมูลฝอยและมีเอกสารกำกับการส่งกำจัดมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย</td></tr></table>	0	ไม่มีข้อมูลปริมาณและประเภทมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย	1	มีข้อมูลปริมาณและประเภทมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย	3	มีข้อมูลปริมาณและประเภทมูลฝอยและมีเอกสารกำกับการส่งกำจัดมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย	
0	ไม่มีข้อมูลปริมาณและประเภทมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย									
1	มีข้อมูลปริมาณและประเภทมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย									
3	มีข้อมูลปริมาณและประเภทมูลฝอยและมีเอกสารกำกับการส่งกำจัดมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย									
	4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 (10 คะแนน)	โรงพยาบาลมีการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ เป็นไปตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ใน 7 ด้าน ดังนี้ (10 คะแนน) บุคลากร 1. มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ซึ่งมีวุฒิการศึกษาปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์หรือวิศวกรรมศาสตร์ เพื่อเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	*4. โรงพยาบาลมีการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ใน 7 ด้าน ดังนี้ (10 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ดำเนินการไม่ครบทุกข้อ</td></tr><tr><td>10</td><td>ดำเนินการครบทุกข้อ</td></tr></table> * ข้อที่บังคับตามกฎหมาย	0	ดำเนินการไม่ครบทุกข้อ	10	ดำเนินการครบทุกข้อ	ระดับมาตรฐาน (Standard)		
0	ดำเนินการไม่ครบทุกข้อ									
10	ดำเนินการครบทุกข้อ									

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ
		2. ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ 3. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่น ๆ ณ แหล่งกำเนิด 4. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อระหว่างวัสดุมีคม และวัสดุไม่มีคม การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ 5. ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม มีลักษณะเป็นกล่อง หรือถึงที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรงทนทานต่อการแทงทะลุ และการกีดร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิด และป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้ 6. ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม มีลักษณะเป็นถุงสีแดงทึบแสงทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมี การรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึม และไม่ดูดซึม 7. มีเครื่องหมายและคำเตือนที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่าเป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ 8. มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัตถุอื่นให้แน่น 9. มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม บรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของกล่อง 10. ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (ถุงแดงและกล่องใส่มูลฝอยติดเชื้อ) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียวและทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ 11. ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลประกอบด้วย ถุงมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะที่ปฏิบัติงาน 12. ใช้รถเข็นเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ยกเว้นกรณีที่มีมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นน้อย		

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ
		13. มีการกำหนดเวลาและเส้นทางการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อที่แน่นอน 14. มีการทำความสะอาดรถเข็นและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานทุกวันในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะ และน้ำเสียที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดต้องเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ 15. มีพื้นและผนังที่บำบัดด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดได้ง่ายด้วยน้ำ และมีฝาปิดมิดชิดป้องกันสัตว์และแมลงนำโรคได้ 16. มีข้อความสีแดงที่ระบุว่า “รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น” 17. มีอุปกรณ์/เครื่องมือสำหรับเก็บมูลฝอยติดเชื้อ ในกรณีที่เกิดหกหล่นประจำรถเข็น สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ 18. เป็นห้องหรืออาคารเฉพาะ แยกจากอาคารอื่นและอยู่ในที่ที่สะดวกต่อการขนมูลฝอยไปกำจัด 19. พื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดได้ง่ายและมีการป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค 20. มีขนาดเพียงพอสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างน้อย 2 วัน 21. มีระบบป้องกันบุคคลทั่วไปไม่ให้อาจเข้าไปได้ในที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อได้ 22. มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียเชื่อมต่อกับระบบบำบัดน้ำเสีย 23. มีข้อความบนกำแพงหรือป้ายขนาดใหญ่ที่ชัดเจนว่า “ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ” ไว้ที่หน้าห้องหรือหน้าอาคาร การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ กรณีดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง 24. ได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้ 25. ผู้ปฏิบัติงานในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน 26. ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยวิธีการที่กฎหมายกำหนด - กรณีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยการเผาในเตาเผา ต้องใช้เตาเผาชนิด 2 ห้องเผาที่สามารถควบคุมอุณหภูมิในห้องเผา		

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ						
		ฝอย และห้องเผาคว้นให้อยู่ไม่ต่ำกว่า 760 และ 1,000 องศาเซลเซียส ตามลำดับ - กรณีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีการทำลายเชื้อด้วยไอน้ำหรือความร้อน ต้องสามารถทำลายเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา ไวรัส และปรสิตได้หมด และต้องมีการตรวจสอบเกณฑ์มาตรฐานทางชีวภาพตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด 27. แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยตนเอง ณ แหล่งกำเนิด ต้องจัดเก็บและบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทุกครั้งที่เกิด ตามแบบบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ หรือบันทึกในระบบควบคุมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) กรณีให้หน่วยงานหรือบุคคลอื่นนำไปกำจัด 24. มีหนังสือ/เอกสารที่แสดงถึงหน่วยงานหรือบุคคลที่รับทำการขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ได้ดำเนินการขนมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดอย่างถูกต้อง ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 25. มีการใช้งานระบบควบคุมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) ทุกครั้งที่มีการขนมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อนำไปกำจัดยังสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 26. มีการควบคุมกำกับให้ผู้ปฏิบัติงานในการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อให้มีการสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน และมีการตรวจสอบการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อให้เป็นไปตามข้อกำหนดการจัดจ้าง								
หมวด 3 R: RESTROOM การพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล	5. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD) (25 คะแนน)	5.1 จำนวนจุดบริการห้องส้วมอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) ของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) (จำนวน 16 ข้อ) (10 คะแนน) อาคารผู้ป่วยนอก (Out Patient Department) หมายถึง อาคารส่วนที่ให้บริการเป็นจุดบริการแรกที่ผู้ป่วยต้องมาติดต่อ มีขอบเขตภารกิจและหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยทั่วไปและไม่ได้รับไว้ค้างคืน	5.1 จำนวนจุดบริการห้องส้วมอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) ของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) (จำนวน 16 ข้อ) (10 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่ผ่าน <20%</td></tr><tr><td>2</td><td>จำนวนจุดบริการห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 20-50%</td></tr><tr><td>4</td><td>จำนวนจุดบริการห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 51-74 %</td></tr></table>	0	ไม่ผ่าน <20%	2	จำนวนจุดบริการห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 20-50%	4	จำนวนจุดบริการห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 51-74 %	
0	ไม่ผ่าน <20%									
2	จำนวนจุดบริการห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 20-50%									
4	จำนวนจุดบริการห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 51-74 %									

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน		การวางระดับ
(30 คะแนน)		มาตรฐานสิ่งแวดล้อมไทย (HAS) (จำนวน 16 ข้อ)	8	จำนวนจุดบริการห้องน้ำห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 75-84 %	
		10	จำนวนจุดบริการห้องน้ำห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 85-100 %		
		ความสะอาด (Health : H) 1. พื้น ผนัง เพดาน โถส้วม ที่ก่ดโถส้วม โถปัสสาวะ สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีใช้งานได้ 2. น้ำใช้สะอาด เพียงพอ และไม่มีกลิ่นน้ำขุ่น ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันตักน้ำสะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ 3. กระจายชำระเพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ (อาจจำหน่ายหรือบริการฟรี) หรือสายฉีดน้ำชำระที่สะอาดอยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ 4. อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจก สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีและใช้งานได้ 5. สบู่ล้างมือ พร้อมให้ใช้ตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ 6. ถังรองรับมูลฝอย สะอาด มีฝาปิด อยู่ในสภาพดี ไม่รั่วซึม ตั้งอยู่ในบริเวณอ่างล้างมือหรือบริเวณใกล้เคียง 7. มีการระบายอากาศดี และไม่กลิ่นเหม็น 8. สภาพท่ระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บกักไม่รั่ว แตก หรือชำรุด 9. จัดให้มีการทำความสะอาด และระบบการควบคุมตรวจตราเป็นประจำ ความเพียงพอ (Accessibility: A) 10. จัดให้มีส้วมนั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงวัย หญิงตั้งครรภ์และประชาชนทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งที่ *ต้องจัดให้มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชราเข้าใช้ได้ อย่างน้อย 1 ห้อง และมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือ ทุพพลภาพ และคนชรา ตามที่กำหนดในกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา พ.ศ. 2548 11. ส้วมสาธารณะพร้อมใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ ความปลอดภัย (Safety: S) 12. บริเวณที่ตั้งส้วมต้องไม่อยู่ที่ลับตา/เปลี่ยว 13. กรณีที่มีห้องส้วมตั้งแต่ 2 ห้องขึ้นไป ให้แยกเป็นห้องส้วมสำหรับชาย - หญิง โดยมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจน			

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ										
		14. ประตูที่จับเปิด – ปิด และที่ล็อคด้านใน สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ 15. พื้นห้องส้วมแห้ง 16. แสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นได้ทั่วบริเวณ												
		5.2 จำนวนจุดบริการห้องส้วมอาคารผู้ป่วยใน (IPD) ของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) (จำนวน 16 ข้อ) (10 คะแนน) อาคารผู้ป่วยใน (Ward) หมายถึง อาคารส่วนที่ให้บริการผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และรวมถึงคลินิก/แผนกต่าง ๆ เช่น แผนกอายุรกรรมแผนกศัลยกรรม แผนกสูติ - นรีเวช แผนกโรคผิวหนัง เป็นต้น มาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) (จำนวน 16 ข้อ) ความสะอาด (Health : H) 1. พื้น ผนัง เพดาน โถส้วม ที่กอดโถส้วม โถปัสสาวะ สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีใช้งานได้ 2. น้ำใช้สะอาด เพียงพอ และไม่มีกลิ่นน้ำขุ่น ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันตักน้ำสะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ 3. กระดาษชำระเพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ (อาจจำหน่ายหรือบริการฟรี) หรือสายฉีดน้ำชำระที่สะอาดอยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ 4. อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจก สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีและใช้งานได้ 5. สบู่ล้างมือ พร้อมให้ใช้ตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ 6. ถังรองรับมูลฝอย สะอาด มีฝาปิด อยู่ในสภาพดี ไม่รั่วซึม ตั้งอยู่ในบริเวณอ่างล้างมือหรือบริเวณใกล้เคียง 7. มีการระบายอากาศดี และไม่มีกลิ่นเหม็น 8. สภาพท่อระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บกักไม่รั่ว แตก หรือชำรุด 9. จัดให้มีการทำความสะอาด และระบบการควบคุมตรวจตราเป็นประจำ	5.2 จำนวนจุดบริการห้องส้วมอาคารผู้ป่วยใน (IPD) ของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) (จำนวน 16 ข้อ) (10 คะแนน) กรุณาเลือก ☐ โรงพยาบาล/สถาบัน ไม่มีมีอาคารผู้ป่วยใน (10 คะแนน) ข้ามไป 5.3 ☐ โรงพยาบาล/สถาบัน มีอาคารผู้ป่วยใน โปรดประเมิน <table><tr><td>0</td><td>ไม่ผ่าน <20%</td></tr><tr><td>2</td><td>จำนวนจุดบริการห้องน้ำห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 20-50%</td></tr><tr><td>4</td><td>จำนวนจุดบริการห้องน้ำห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 51-74 %</td></tr><tr><td>8</td><td>จำนวนจุดบริการห้องน้ำห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 75-84 %</td></tr><tr><td>10</td><td>จำนวนจุดบริการห้องน้ำห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 85-100 %</td></tr></table>	0	ไม่ผ่าน <20%	2	จำนวนจุดบริการห้องน้ำห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 20-50%	4	จำนวนจุดบริการห้องน้ำห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 51-74 %	8	จำนวนจุดบริการห้องน้ำห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 75-84 %	10	จำนวนจุดบริการห้องน้ำห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 85-100 %	
0	ไม่ผ่าน <20%													
2	จำนวนจุดบริการห้องน้ำห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 20-50%													
4	จำนวนจุดบริการห้องน้ำห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 51-74 %													
8	จำนวนจุดบริการห้องน้ำห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 75-84 %													
10	จำนวนจุดบริการห้องน้ำห้องส้วมที่ผ่านเกณฑ์ 85-100 %													

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ						
		ความเพียงพอ (Accessibility: A) 10. จัดให้มีส้วมนั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงวัย หญิงตั้งครรภ์และประชาชนทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งที่ *ต้องจัดให้มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชราเข้าใช้ได้ อย่างน้อย 1 ห้อง และมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือ ทุพพลภาพ และคนชรา ตามที่กำหนดในกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา พ.ศ. 2548 11. ส้วมสาธารณะพร้อมใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ ความปลอดภัย (Safety: S) 12. บริเวณที่ตั้งส้วมต้องไม่อยู่ใกล้ตา/เปลี่ยว 13. กรณีที่มีห้องส้วมตั้งแต่ 2 ห้องขึ้นไป ให้แยกเป็นห้องส้วมสำหรับชาย - หญิง โดยมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจน 14. ประตูที่จับเปิด – ปิด และที่ล็อคด้านใน สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ 15. พื้นห้องส้วมแห้ง 16. แสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นได้ทั่วบริเวณ								
		5.3 มีการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการห้องส้วมอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD) (5 คะแนน)	5.3 มีการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการห้องส้วมอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD) (5 คะแนน)							
			<table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการประเมินความพึงพอใจหรือมีผลการประเมินความพึงพอใจ <75%</td></tr><tr><td>3</td><td>มีผลการประเมินความพึงพอใจ 75-84%</td></tr><tr><td>5</td><td>มีผลการประเมินความพึงพอใจ 85-100%</td></tr></table>	0	ไม่มีการประเมินความพึงพอใจหรือมีผลการประเมินความพึงพอใจ <75%	3	มีผลการประเมินความพึงพอใจ 75-84%	5	มีผลการประเมินความพึงพอใจ 85-100%	
0	ไม่มีการประเมินความพึงพอใจหรือมีผลการประเมินความพึงพอใจ <75%									
3	มีผลการประเมินความพึงพอใจ 75-84%									
5	มีผลการประเมินความพึงพอใจ 85-100%									

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ										
	6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวง สุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (5 คะแนน)	6.1 โรงพยาบาลต้องจัดให้มีระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลแบบติดกับที่หรือต้องต่อท่อไปยังระบบบำบัดที่สามารถบำบัดสิ่งปฏิกูลได้และมีการตรวจสอบท่อและระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลไม่ให้แตกหรือรั่วซึม (1 คะแนน)	6.1 โรงพยาบาลต้องจัดให้มีระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลแบบติดกับที่หรือต้องต่อท่อไปยังระบบบำบัดที่สามารถบำบัดสิ่งปฏิกูลได้และมีการตรวจสอบท่อและระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลไม่ให้แตกหรือรั่วซึม (1 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการจัดการระบบรวบรวมและกำจัดสิ่งปฏิกูล</td></tr><tr><td>1</td><td>มีการจัดการระบบรวบรวมและกำจัดสิ่งปฏิกูลตามเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr></table>	0	ไม่มีการจัดการระบบรวบรวมและกำจัดสิ่งปฏิกูล	1	มีการจัดการระบบรวบรวมและกำจัดสิ่งปฏิกูลตามเกณฑ์ที่กำหนด							
0	ไม่มีการจัดการระบบรวบรวมและกำจัดสิ่งปฏิกูล													
1	มีการจัดการระบบรวบรวมและกำจัดสิ่งปฏิกูลตามเกณฑ์ที่กำหนด													
		6.2 กรณีที่โรงพยาบาลต้องมีการสูบล้างสิ่งปฏิกูล เพื่อนำไปกำจัดต้องใช้ บริการสูบล้างสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้ที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสูบล้างสิ่งปฏิกูลเพื่อนำไปกำจัดอย่างถูกต้อง ไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคออกสู่สิ่งแวดล้อม และมีหลักฐานการใช้บริการ (1 คะแนน)	6.2 กรณีที่โรงพยาบาลต้องมีการสูบล้างสิ่งปฏิกูล เพื่อนำไปกำจัดต้องใช้ บริการสูบล้างสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้ที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสูบล้างสิ่งปฏิกูลเพื่อนำไปกำจัดอย่างถูกต้อง ไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคออกสู่สิ่งแวดล้อม และมีหลักฐานการใช้บริการ (1 คะแนน) กรุณาเลือก ☐ โรงพยาบาล/สถาบัน ไม่มีการสูบล้างสิ่งปฏิกูลเลยตลอดช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา (1 คะแนน) ข้ามไปข้อ 6.3 ☐ โรงพยาบาล/สถาบัน มีการสูบล้างสิ่งปฏิกูลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โปรดประเมิน <table><tr><td>0</td><td>โรงพยาบาล/สถาบัน ใช้บริการจากหน่วยงานที่ไม่ได้รับอนุญาต</td></tr><tr><td>0.5</td><td>โรงพยาบาล/สถาบัน ใช้บริการจากหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต</td></tr><tr><td>1</td><td>โรงพยาบาล/สถาบัน ใช้บริการจากหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต และมีเอกสารหลักฐานกำกับ</td></tr></table>	0	โรงพยาบาล/สถาบัน ใช้บริการจากหน่วยงานที่ไม่ได้รับอนุญาต	0.5	โรงพยาบาล/สถาบัน ใช้บริการจากหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต	1	โรงพยาบาล/สถาบัน ใช้บริการจากหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต และมีเอกสารหลักฐานกำกับ					
0	โรงพยาบาล/สถาบัน ใช้บริการจากหน่วยงานที่ไม่ได้รับอนุญาต													
0.5	โรงพยาบาล/สถาบัน ใช้บริการจากหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต													
1	โรงพยาบาล/สถาบัน ใช้บริการจากหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต และมีเอกสารหลักฐานกำกับ													
		6.3 มีการตรวจน้ำทิ้งและกากตะกอนของระบบบำบัดน้ำเสียรวมของโรงพยาบาลที่รองรับน้ำเสียจากสิ่งปฏิกูล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยน้ำทิ้งและกากตะกอนนั้นต้องได้มาตรฐาน (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดปริมาณเชื้อหนองพยาธิและแบคทีเรียอีโคไล (Escherichia coli) และวิธีการเก็บตัวอย่างและการตรวจหาเชื้อหนองพยาธิและแบคทีเรียอีโคไล (Escherichia coli) ในน้ำทิ้งกากตะกอนที่ผ่านระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลแล้ว พ.ศ. 2561) (3 คะแนน)	6.3 มีการตรวจน้ำทิ้งและกากตะกอนของระบบบำบัดน้ำเสียรวมของโรงพยาบาลที่รองรับน้ำเสียจากสิ่งปฏิกูล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยน้ำทิ้งและกากตะกอนนั้นต้องได้มาตรฐาน (3 คะแนน) กรุณาเลือก ☐ ระบบบำบัดน้ำเสีย ของโรงพยาบาล/สถาบัน ไม่รองรับน้ำเสียจากสิ่งปฏิกูล (ห้องส้วม) (3 คะแนน) ข้ามไปข้อ 7.1 ☐ ระบบบำบัดน้ำเสีย ของโรงพยาบาล/สถาบัน รองรับน้ำเสียจากสิ่งปฏิกูล (ห้องส้วม) โปรดประเมิน <table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการตรวจเชื้อหนองพยาธิและแบคทีเรียอีโคไลในน้ำทิ้งและกากตะกอน</td></tr><tr><td>1</td><td>มีการส่งตรวจเชื้อหนองพยาธิและแบคทีเรียอีโคไลในน้ำทิ้งและกากตะกอน</td></tr></table>	0	ไม่มีการตรวจเชื้อหนองพยาธิและแบคทีเรียอีโคไลในน้ำทิ้งและกากตะกอน	1	มีการส่งตรวจเชื้อหนองพยาธิและแบคทีเรียอีโคไลในน้ำทิ้งและกากตะกอน							
0	ไม่มีการตรวจเชื้อหนองพยาธิและแบคทีเรียอีโคไลในน้ำทิ้งและกากตะกอน													
1	มีการส่งตรวจเชื้อหนองพยาธิและแบคทีเรียอีโคไลในน้ำทิ้งและกากตะกอน													
		<table><tr><td>รายการทดสอบ</td><td>ประเภท</td><td>เกณฑ์ปริมาณที่กำหนด</td></tr><tr><td rowspan="3">เชื้อหนองพยาธิ</td><td>น้ำทิ้ง</td><td>< 1 ฟอง/ลิตร</td></tr><tr><td>กาก</td><td>< 1 ฟอง/กรัม (น้ำหนักแห้ง)</td></tr><tr><td>ตะกอน</td><td></td></tr></table>	รายการทดสอบ	ประเภท	เกณฑ์ปริมาณที่กำหนด	เชื้อหนองพยาธิ	น้ำทิ้ง	< 1 ฟอง/ลิตร	กาก	< 1 ฟอง/กรัม (น้ำหนักแห้ง)	ตะกอน			
รายการทดสอบ	ประเภท	เกณฑ์ปริมาณที่กำหนด												
เชื้อหนองพยาธิ	น้ำทิ้ง	< 1 ฟอง/ลิตร												
	กาก	< 1 ฟอง/กรัม (น้ำหนักแห้ง)												
	ตะกอน													

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา			แนวทางการให้คะแนน		การวางระดับ										
		แบคทีเรียอีโคไล (Escherichia coli)	น้ำทิ้ง กากตะกอน	< 1,000 MPN/100 มิลลิลิตร < 1,000 MPN/กรัม (น้ำหนักแห้ง)	3	มีผลการตรวจไข่นอนพยาธิและแบคทีเรียอีโคไลในน้ำทิ้งและกากตะกอนผ่านตามมาตรฐานที่กำหนด											
หมวด 4 E: ENERGY (การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร) (35 คะแนน)	7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและ เป็นรูปธรรม เกิดประสิทธิภาพในการลดการใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร (35 คะแนน)	มีการดำเนินการด้านการจัดการพลังงานและทรัพยากร ดังนี้			7.1 ด้านไฟฟ้า (8 คะแนน)												
		7.1 ด้านไฟฟ้า (8 คะแนน) 7.1.1) มีนโยบายและมาตรการประหยัดไฟฟ้า 7.1.2) มีการปฏิบัติตามนโยบายและมาตรการประหยัดไฟฟ้าที่กำหนด 7.1.3) มีข้อมูลการใช้ไฟฟ้าและวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์การใช้ไฟฟ้า (ย้อนหลัง 1 ปี) เพื่อทบทวนและกำหนดมาตรการในปีถัดไป 7.1.4) มีปริมาณการใช้ไฟฟ้าลดลงอย่างน้อย 1% (เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา*) (Outcome)			<table><tr><td>0</td><td>ไม่มีนโยบายและมาตรการในประหยัดไฟฟ้า</td></tr><tr><td>2</td><td>มีนโยบายและมาตรการประหยัดไฟฟ้าตามกำหนด</td></tr><tr><td>4</td><td>มีการปฏิบัติตามนโยบายและมาตรการประหยัดไฟฟ้าที่กำหนด</td></tr><tr><td>7</td><td>มีข้อมูลการใช้ไฟฟ้าและวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์การใช้ไฟฟ้า (ย้อนหลัง 1 ปี) เพื่อทบทวนและกำหนดมาตรการในปีถัดไป</td></tr><tr><td>8</td><td>มีปริมาณการใช้ไฟฟ้าลดลงอย่างน้อย 1% (เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา)</td></tr></table>			0	ไม่มีนโยบายและมาตรการในประหยัดไฟฟ้า	2	มีนโยบายและมาตรการประหยัดไฟฟ้าตามกำหนด	4	มีการปฏิบัติตามนโยบายและมาตรการประหยัดไฟฟ้าที่กำหนด	7	มีข้อมูลการใช้ไฟฟ้าและวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์การใช้ไฟฟ้า (ย้อนหลัง 1 ปี) เพื่อทบทวนและกำหนดมาตรการในปีถัดไป	8	มีปริมาณการใช้ไฟฟ้าลดลงอย่างน้อย 1% (เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา)
		0	ไม่มีนโยบายและมาตรการในประหยัดไฟฟ้า														
2	มีนโยบายและมาตรการประหยัดไฟฟ้าตามกำหนด																
4	มีการปฏิบัติตามนโยบายและมาตรการประหยัดไฟฟ้าที่กำหนด																
7	มีข้อมูลการใช้ไฟฟ้าและวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์การใช้ไฟฟ้า (ย้อนหลัง 1 ปี) เพื่อทบทวนและกำหนดมาตรการในปีถัดไป																
8	มีปริมาณการใช้ไฟฟ้าลดลงอย่างน้อย 1% (เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา)																
7.2 ด้านน้ำประปา (7 คะแนน) 7.2.1) มีการกำหนดมาตรการประหยัดน้ำประปา อย่างน้อย 3 มาตรการ 7.2.2) มีแผนในการตรวจสอบ ซ่อมบำรุงรักษา ระบบจ่ายน้ำประปา 7.2.3) มีการดำเนินงานตามมาตรการประหยัดน้ำประปาที่กำหนด อย่าง เป็นรูปธรรมและดำเนินการตามแผนซ่อมบำรุงระบบประปา 7.2.4) มีการนำนวัตกรรม เทคโนโลยี การประหยัดน้ำมาใช้ 7.2.5) ปริมาณการใช้น้ำประปาลดลง (เทียบกับปีที่ผ่านมา*) (Outcome)			7.2 ด้านน้ำประปา (7 คะแนน)														
		7.3 ด้านน้ำมันเชื้อเพลิง (8 คะแนน) 7.3.1) มีการกำหนดมาตรการประหยัดน้ำมันเชื้อเพลิง อย่างน้อย 3 มาตรการ 7.3.2) มีการดำเนินการตามมาตรการประหยัดน้ำมันเชื้อเพลิงอย่างเป็นรูปธรรม 7.3.3) มีข้อมูลการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงและวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์การใช้ (ย้อนหลัง 1 ปี) เพื่อทบทวนและกำหนดมาตรการในปีถัดไป 7.3.4) มีปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงลดลง (เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา*)			7.3 ด้านน้ำมันเชื้อเพลิง (8 คะแนน)												
					<table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการดำเนินการ</td></tr><tr><td>1</td><td>มีการกำหนดมาตรการประหยัดน้ำมันเชื้อเพลิง อย่างน้อย 3 มาตรการ</td></tr><tr><td>5</td><td>มีการดำเนินการตามมาตรการประหยัดน้ำมันเชื้อเพลิงอย่างเป็นรูปธรรม</td></tr><tr><td>7</td><td>มีข้อมูลการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงและวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์การใช้ (ย้อนหลัง 1 ปี) เพื่อทบทวนและกำหนดมาตรการในปีถัดไป</td></tr><tr><td>8</td><td>มีปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงลดลง (เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา)</td></tr></table>		0	ไม่มีการดำเนินการ	1	มีการกำหนดมาตรการประหยัดน้ำมันเชื้อเพลิง อย่างน้อย 3 มาตรการ	5	มีการดำเนินการตามมาตรการประหยัดน้ำมันเชื้อเพลิงอย่างเป็นรูปธรรม	7	มีข้อมูลการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงและวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์การใช้ (ย้อนหลัง 1 ปี) เพื่อทบทวนและกำหนดมาตรการในปีถัดไป	8	มีปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงลดลง (เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา)	
0	ไม่มีการดำเนินการ																
1	มีการกำหนดมาตรการประหยัดน้ำมันเชื้อเพลิง อย่างน้อย 3 มาตรการ																
5	มีการดำเนินการตามมาตรการประหยัดน้ำมันเชื้อเพลิงอย่างเป็นรูปธรรม																
7	มีข้อมูลการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงและวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์การใช้ (ย้อนหลัง 1 ปี) เพื่อทบทวนและกำหนดมาตรการในปีถัดไป																
8	มีปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงลดลง (เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา)																

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ										
		7.4 ด้านการจัดการทรัพยากรกระดาษ (7 คะแนน) 7.4.1) มีมาตรการประหยัดทรัพยากรกระดาษ 7.4.2) มีการดำเนินการตามมาตรการประหยัดกระดาษอย่างเป็นรูปธรรม 7.4.3) มีข้อมูลการใช้กระดาษและวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์การใช้กระดาษ (ย้อนหลัง 1 ปี) เพื่อทบทวนและกำหนดมาตรการในปีถัดไป 7.4.4) มีปริมาณการใช้กระดาษลดลงหรือคงที่ (เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา*) หมายเหตุ : *กรณีข้อมูลที่ใช้ในการเปรียบเทียบ ใช้ข้อมูลปีงบประมาณก่อนหน้า เทียบกับข้อมูลปีปัจจุบันที่ทำการตรวจประเมิน	7.4 ด้านการจัดการทรัพยากรกระดาษ (7 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการดำเนินการ</td></tr><tr><td>1</td><td>มีมาตรการประหยัดทรัพยากรกระดาษ</td></tr><tr><td>3</td><td>มีการดำเนินการตามมาตรการประหยัดกระดาษอย่างเป็นรูปธรรม</td></tr><tr><td>5</td><td>มีข้อมูลการใช้กระดาษและวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์การใช้กระดาษ (ย้อนหลัง 1 ปี) เพื่อทบทวนและกำหนดมาตรการในปีถัดไป</td></tr><tr><td>7</td><td>มีปริมาณการใช้กระดาษลดลงหรือคงที่ (เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา)</td></tr></table>	0	ไม่มีการดำเนินการ	1	มีมาตรการประหยัดทรัพยากรกระดาษ	3	มีการดำเนินการตามมาตรการประหยัดกระดาษอย่างเป็นรูปธรรม	5	มีข้อมูลการใช้กระดาษและวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์การใช้กระดาษ (ย้อนหลัง 1 ปี) เพื่อทบทวนและกำหนดมาตรการในปีถัดไป	7	มีปริมาณการใช้กระดาษลดลงหรือคงที่ (เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา)	
0	ไม่มีการดำเนินการ													
1	มีมาตรการประหยัดทรัพยากรกระดาษ													
3	มีการดำเนินการตามมาตรการประหยัดกระดาษอย่างเป็นรูปธรรม													
5	มีข้อมูลการใช้กระดาษและวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์การใช้กระดาษ (ย้อนหลัง 1 ปี) เพื่อทบทวนและกำหนดมาตรการในปีถัดไป													
7	มีปริมาณการใช้กระดาษลดลงหรือคงที่ (เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา)													
		7.5 มีการจัดประชุมที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Green Meeting) (3 คะแนน)	7.5 มีการจัดประชุมที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Green Meeting) (3 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการดำเนินการ</td></tr><tr><td>1</td><td>มีการกำหนดรูปแบบการจัดประชุม Green Meeting ของโรงพยาบาลและมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์รูปแบบ</td></tr><tr><td>3</td><td>มีการจัดประชุม Green Meeting ตามรูปแบบที่กำหนด ทั้งหน่วยงานภายในและเมื่อประชุมร่วมกับหน่วยงานภายนอก</td></tr></table>	0	ไม่มีการดำเนินการ	1	มีการกำหนดรูปแบบการจัดประชุม Green Meeting ของโรงพยาบาลและมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์รูปแบบ	3	มีการจัดประชุม Green Meeting ตามรูปแบบที่กำหนด ทั้งหน่วยงานภายในและเมื่อประชุมร่วมกับหน่วยงานภายนอก					
0	ไม่มีการดำเนินการ													
1	มีการกำหนดรูปแบบการจัดประชุม Green Meeting ของโรงพยาบาลและมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์รูปแบบ													
3	มีการจัดประชุม Green Meeting ตามรูปแบบที่กำหนด ทั้งหน่วยงานภายในและเมื่อประชุมร่วมกับหน่วยงานภายนอก													
		7.6 มีการจัดซื้อจัดจ้างสินค้าที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Green Procurement) (2 คะแนน)	7.6 มีการจัดซื้อจัดจ้างสินค้าที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Green Procurement) (2 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการดำเนินการ</td></tr><tr><td>1</td><td>มีการจัดซื้อจัดจ้างสินค้าที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม</td></tr><tr><td>2</td><td>มีการจัดซื้อจัดจ้างสินค้าที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (5 รายการขึ้นไป)</td></tr></table>	0	ไม่มีการดำเนินการ	1	มีการจัดซื้อจัดจ้างสินค้าที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม	2	มีการจัดซื้อจัดจ้างสินค้าที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (5 รายการขึ้นไป)					
0	ไม่มีการดำเนินการ													
1	มีการจัดซื้อจัดจ้างสินค้าที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม													
2	มีการจัดซื้อจัดจ้างสินค้าที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (5 รายการขึ้นไป)													
หมวด 5 E: ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล) (60 คะแนน)	8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ (50 คะแนน)	8.1 มีการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอาคาร (20 คะแนน) ด้านความสะดวกในการให้บริการ สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย และความปลอดภัย 1. บริเวณภายในอาคาร สะอาดเป็นสัดส่วนมีป้ายต่าง ๆ ชัดเจน ตามมาตรฐาน สีและเครื่องหมายเพื่อความปลอดภัย	8.1 มีการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอาคาร (20 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ดำเนินการไม่ครบทุกข้อ</td></tr><tr><td>10</td><td>ดำเนินการได้อย่างน้อยร้อยละ 80 (ดำเนินการได้ 16 ข้อ)</td></tr><tr><td>20</td><td>ดำเนินการครบทุกข้อ (ดำเนินการได้ 20 ข้อ)</td></tr></table>	0	ดำเนินการไม่ครบทุกข้อ	10	ดำเนินการได้อย่างน้อยร้อยละ 80 (ดำเนินการได้ 16 ข้อ)	20	ดำเนินการครบทุกข้อ (ดำเนินการได้ 20 ข้อ)					
0	ดำเนินการไม่ครบทุกข้อ													
10	ดำเนินการได้อย่างน้อยร้อยละ 80 (ดำเนินการได้ 16 ข้อ)													
20	ดำเนินการครบทุกข้อ (ดำเนินการได้ 20 ข้อ)													

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ
		2. มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือผู้ทุพพลภาพและคนชรา เช่น ป้ายแสดงสิ่งอำนวยความสะดวก ที่จอดรถผู้พิการ ทางลาดและลิฟต์ ราวจับ ราวกัน บันได ห้องส้วมผู้พิการ เป็นต้น รายละเอียดตามกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือผู้ทุพพลภาพและคนชรา พ.ศ. 2548 ด้านการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงนำโรค 3. สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ค่า CI=0 (ค่าดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย Container Index (CI) = จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย/จำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด*100) 4. มีมาตรการในการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย 5. ไม่พบตัวหรือร่องรอยของสัตว์และแมลงนำโรคในพื้นที่ต่าง ๆ ของอาคารในโรงพยาบาลโดยเฉพาะพื้นที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในห้องครัว โรงอาหาร และพื้นที่ที่เป็นระบบปิด ได้แก่ ห้องผ่าตัด ห้องปฏิบัติการ หน่วยจ่ายกลาง เป็นต้น 6. โรงพยาบาลมีแผนปฏิบัติงานควบคุม ป้องกันและกำจัดสัตว์และแมลงพาหะนำโรค 7. ไม่มีการเลี้ยงสัตว์ต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ยกเว้นการเลี้ยงเพื่อการศึกษาวิจัย ในห้องปฏิบัติการและการเลี้ยงปลาหรือสัตว์น้ำสวยงาม 8. มีป้ายหรือสัญลักษณ์แสดงการห้ามนำสัตว์เลี้ยงเข้ามาในบริเวณโรงพยาบาล ด้านแสงสว่างเพียงพอ 9. มีการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างทั้งองค์กรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 10. ผลการตรวจวัด ความเข้มของแสงสว่างในพื้นที่ต่าง ๆ เป็นไปตามมาตรฐานกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัย		

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวาง ระดับ
		และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่างและเสียง พ.ศ. 2559 ด้านการระบายอากาศ 11. มีช่องระบายอากาศไม่น้อยกว่าหนึ่งใน 10 ของพื้นที่ห้องหรือมีการระบายอากาศอื่นใดที่มีประสิทธิภาพในการทำงานที่ทดแทนกันได้กรณีเป็นห้องปรับอากาศ จะต้องมีการแลกเปลี่ยนอากาศระหว่างภายในและภายนอกอาคารเช่นพัดลมดูดอากาศเป็นต้น ด้านการป้องกันและระงับอัคคีภัย 12. มีอุปกรณ์ดับเพลิงที่อยู่ในสภาพดีพร้อมใช้งานติดตามอาคาร ได้แก่ถังดับเพลิงชนิดมือถือ ระบบน้ำดับเพลิงอัตโนมัติในอาคาร เครื่องตัดไฟอัตโนมัติในอาคาร สัญญาณเตือนภัย 13. มีดับเพลิงชนิดมือถือที่อยู่ในสภาพดีเหมาะสมกับประเภทของเพลิงไหม้ติดตามอาคารห้อง หรือแผนกต่าง ๆ ที่เสี่ยงต่ออัคคีภัย เช่น โรงครัว แผนกซักกรีด ห้องเก็บเวชภัณฑ์ต่าง ๆ และห้องปฏิบัติการ 14. การติดตั้งอุปกรณ์ดับเพลิงชนิดมือถือต้องติดตั้งในที่หยิบสะดวกอยู่สูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 1 เมตร แต่ไม่เกิน 1.40 เมตร หรือติดตั้งให้ส่วนบนสุดของเครื่อง สูงจากพื้นอาคารไม่เกิน 1.50 เมตร 15. อุปกรณ์ดับเพลิงมือถือมีการตรวจสอบอายุการใช้งานทุก 6 เดือน และติดป้ายแสดงผลการตรวจสอบ 16. มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบด้านการใช้เครื่องดับเพลิงที่มีความรู้ความชำนาญ โดยผ่านการอบรมจากหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านผจญเพลิงโดยตรง เช่น กองตำรวจดับเพลิง และมีการอบรมให้ความรู้กับพนักงานทุกระดับไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ในแต่ละแผนก ในการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอัคคีภัย 17. มีสถานที่สำหรับเก็บเวชภัณฑ์และสารเคมีหรือวัตถุไวไฟเป็นสัดส่วน ห่างจากแหล่งความร้อนมีป้ายเตือนอันตรายอันอาจเกิดขึ้น หมายความว่ารวมถึงภาษาที่ใช้		

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ								
		บรรจุต้องมีขนาดแข็งแรงทนทาน มีการจัดวางอย่างถูกต้อง มีป้ายเตือนระวังอันตราย หากเป็นสารเคมีอันตรายจะต้องมีข้อมูลความปลอดภัยเคมีภัณฑ์ (MSDS) ติดอยู่ด้วย 18. มีระบบสัญญาณแจ้งเตือนเหตุเพลิงไหม้และแสงสว่างไฟฟ้าฉุกเฉิน 19. อาคารสูงตั้งแต่ 2 ชั้นขึ้นไปต้องมีป้ายบอกทางหนีไฟ และบอกชั้นด้วยตัวอักษรขนาดที่มีความสูงไม่น้อยกว่า 10 เซนติเมตร ขนาดเหมาะสมไม่มีสิ่งกีดขวางหรือปิดตาย และมีทางออกทุกชั้นอย่างน้อย 2 ทาง 20. มีแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย รายละเอียดของแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย ได้แก่ การออกแบบเพื่อความปลอดภัยเกี่ยวกับอาคารเส้นทางหนีไฟ การป้องกันฟ้าผ่า การเก็บรักษาวัตถุไวไฟ เป็นต้น ตลอดจนการผจญเพลิง การตรวจตรา การอบรม การรณรงค์ป้องกัน การฝึกซ้อม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง										
		8.2 มีการดำเนินงานกิจกรรมที่ส่งเสริมสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานน่าอยู่ นำทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงาน (Healthy Workplace Happy for Life) (10 คะแนน)	8.2 มีการดำเนินงานกิจกรรมที่ส่งเสริมสภาพแวดล้อมสถานที่ทำงานน่าอยู่ นำทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงาน (Healthy Workplace Happy for Life) (10 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่ได้ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน</td></tr><tr><td>7</td><td>ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานระดับพื้นฐาน</td></tr><tr><td>8</td><td>ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานระดับดี</td></tr><tr><td>10</td><td>ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานระดับดีมาก</td></tr></table>	0	ไม่ได้ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	7	ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานระดับพื้นฐาน	8	ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานระดับดี	10	ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานระดับดีมาก	
		0	ไม่ได้ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน									
7	ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานระดับพื้นฐาน											
8	ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานระดับดี											
10	ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานระดับดีมาก											
8.3 มีการจัดการน้ำเสียได้มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามที่กฎหมายกำหนด (12 คะแนน) 1. มีการกำหนดหรือมอบหมายเจ้าหน้าที่รับผิดชอบดูแลระบบการจัดการน้ำเสียที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยพิจารณาบุคลากรที่มีความเหมาะสมและมีความรู้ในการจัดการน้ำเสีย (1 คะแนน)	8.3 มีการจัดการน้ำเสียได้มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามที่กฎหมายกำหนด (ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม) มาตรฐานการจัดการน้ำเสีย (12 คะแนน)											

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวาง ระดับ
		2. ระบบรวบรวมน้ำเสียแยกจากรางระบายน้ำฝน และอยู่ในสภาพใช้งานได้ สามารถรวบรวมน้ำเสียที่เกิดขึ้นเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสียได้ทั้งหมด (1 คะแนน) 3. ระบบบำบัดน้ำเสีย ตั้งอยู่ในทำเลที่เหมาะสม ไม่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรค และแยกเป็นสัดส่วนโดยเฉพาะ (1 คะแนน) 4. มีคู่มือกำหนดมาตรฐานขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติงานควบคุมดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย (1 คะแนน) 5. มีการจัดทำฐานข้อมูลการจัดการน้ำเสียและจัดเก็บอย่างเป็นระบบ เช่น ข้อมูลพื้นฐานของระบบบำบัดน้ำเสีย เครื่องจักรและอุปกรณ์ที่ใช้ แผนผังแสดงกระบวนการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย รายงานผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้ง เป็นต้น (1 คะแนน) 6. มีแผนงานซ่อมบำรุงระบบบำบัดน้ำเสีย รวมถึงเครื่องจักรและอุปกรณ์ตามระยะเวลาที่กำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร (1คะแนน) 7. มีการตรวจสอบการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียพร้อมบันทึกผลการตรวจสอบประจำวัน (1 คะแนน) 8. มีการบันทึกและรายงานผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียตามมาตรา 80 แห่ง พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 (1 คะแนน) 9. ระบบบำบัดน้ำเสียมีประสิทธิภาพ สามารถบำบัดน้ำเสียได้มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด (2 คะแนน) 10. มีการสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้งอย่างน้อย 4 ครั้งต่อปี และต้องมีการตรวจวัดโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ควรมีค่าไม่เกิน 5,000 MPN/100 มิลลิลิตร (1 คะแนน)		

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ								
		11. มีระบบการฆ่าเชื้อโรคในน้ำทิ้งที่มีประสิทธิภาพ กรณีใช้สารประกอบคลอรีน ต้องมีการตรวจวัดปริมาณ Residual chlorine คงเหลือไม่น้อยกว่า 0.5 มิลลิกรัมต่อลิตร โดยมีระยะเวลาสัมผัสไม่ต่ำกว่า 30 นาที กรณีใช้ระบบอื่น เช่น UV หรือ โอโซนต้องเปิดใช้งานตลอดเวลาที่มีการปล่อยน้ำเสีย (1 คะแนน)										
		8.4 มีการสร้างความร่มรื่นหรือพื้นที่สีเขียวหรือจุดพักผ่อนสำหรับผู้มารับบริการอย่างน้อยร้อยละ 50 ของพื้นที่ว่างต่อพื้นที่ใช้สอย (8 คะแนน)	8.4 มีการสร้างความร่มรื่นหรือพื้นที่สีเขียวหรือจุดพักผ่อนสำหรับผู้มารับบริการอย่างน้อยร้อยละ 50 ของพื้นที่ว่างทั้งหมด (8 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่ได้ดำเนินการ</td></tr><tr><td>3</td><td>มีการปรับปรุงพื้นที่จัดพื้นที่พักคอย พักผ่อน สำหรับผู้มารับบริการ สร้างความร่มรื่น</td></tr><tr><td>5</td><td>มีพื้นที่สีเขียวหรือจุดพักผ่อนสำหรับผู้มารับบริการอย่างน้อยร้อยละ 25 ของพื้นที่ว่างทั้งหมด</td></tr><tr><td>8</td><td>มีพื้นที่สีเขียวหรือจุดพักผ่อนสำหรับผู้มารับบริการอย่างน้อยร้อยละ 50 ของพื้นที่ว่างทั้งหมด</td></tr></table>	0	ไม่ได้ดำเนินการ	3	มีการปรับปรุงพื้นที่จัดพื้นที่พักคอย พักผ่อน สำหรับผู้มารับบริการ สร้างความร่มรื่น	5	มีพื้นที่สีเขียวหรือจุดพักผ่อนสำหรับผู้มารับบริการอย่างน้อยร้อยละ 25 ของพื้นที่ว่างทั้งหมด	8	มีพื้นที่สีเขียวหรือจุดพักผ่อนสำหรับผู้มารับบริการอย่างน้อยร้อยละ 50 ของพื้นที่ว่างทั้งหมด	
	0	ไม่ได้ดำเนินการ										
3	มีการปรับปรุงพื้นที่จัดพื้นที่พักคอย พักผ่อน สำหรับผู้มารับบริการ สร้างความร่มรื่น											
5	มีพื้นที่สีเขียวหรือจุดพักผ่อนสำหรับผู้มารับบริการอย่างน้อยร้อยละ 25 ของพื้นที่ว่างทั้งหมด											
8	มีพื้นที่สีเขียวหรือจุดพักผ่อนสำหรับผู้มารับบริการอย่างน้อยร้อยละ 50 ของพื้นที่ว่างทั้งหมด											
9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และ กิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี แบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ (10 คะแนน)	9.1 มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ และมีช่องทางการให้ความรู้ ด้าน GREEN & Hygiene แก่ผู้มารับบริการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงานและนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้กับตนเองและชุมชน (2 คะแนน)	9.1 มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ และมีช่องทางการให้ความรู้ ด้าน GREEN & Hygiene แก่ผู้มารับบริการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงานและนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้กับตนเองและชุมชน (2 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการดำเนินการ</td></tr><tr><td>1</td><td>มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์การดำเนินงานด้าน GREEN</td></tr><tr><td>2</td><td>มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์การดำเนินงานและให้ความรู้ด้าน GREEN & Hygiene แก่ผู้มารับบริการ</td></tr></table>	0	ไม่มีการดำเนินการ	1	มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์การดำเนินงานด้าน GREEN	2	มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์การดำเนินงานและให้ความรู้ด้าน GREEN & Hygiene แก่ผู้มารับบริการ				
0	ไม่มีการดำเนินการ											
1	มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์การดำเนินงานด้าน GREEN											
2	มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์การดำเนินงานและให้ความรู้ด้าน GREEN & Hygiene แก่ผู้มารับบริการ											

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ						
		9.2 มีการจัดกิจกรรม โดยการสอน สาธิต หรือจัดบริการให้คำปรึกษา ด้านการส่งเสริมสุขภาพ แก่ผู้มารับบริการทุกกลุ่มวัย รวมทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อให้เกิดความตระหนักและสนใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคถูกต้องตามหลักโภชนาการการเพิ่มกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพดี (3 คะแนน)	9.2 มีการจัดกิจกรรม โดยการสอน สาธิต หรือจัดบริการให้คำปรึกษา ด้านการส่งเสริมสุขภาพ แก่ผู้มารับบริการทุกกลุ่มวัย รวมทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อให้เกิดความตระหนักและสนใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคถูกต้องตามหลักโภชนาการการเพิ่มกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพดี (3 คะแนน)							
		<table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการดำเนินการ</td></tr><tr><td>3</td><td>มีการจัดกิจกรรม โดยการสอน สาธิต หรือจัดบริการให้คำปรึกษา ด้านการส่งเสริมสุขภาพ แก่ผู้มารับบริการทุกกลุ่มวัย</td></tr></table>	0		ไม่มีการดำเนินการ	3	มีการจัดกิจกรรม โดยการสอน สาธิต หรือจัดบริการให้คำปรึกษา ด้านการส่งเสริมสุขภาพ แก่ผู้มารับบริการทุกกลุ่มวัย			
0	ไม่มีการดำเนินการ									
3	มีการจัดกิจกรรม โดยการสอน สาธิต หรือจัดบริการให้คำปรึกษา ด้านการส่งเสริมสุขภาพ แก่ผู้มารับบริการทุกกลุ่มวัย									
		9.3 มีการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่และมีการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ และจัดกิจกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ (5 คะแนน)	9.3 มีการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่และมีการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ และจัดกิจกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ (5 คะแนน)							
		<table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่</td></tr><tr><td>2</td><td>มีการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่มากกว่า 80% (ปีล่าสุด) แต่ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของเจ้าหน้าที่</td></tr><tr><td>3</td><td>มีการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่มากกว่า 80% (ปีล่าสุด) และมีการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของเจ้าหน้าที่</td></tr><tr><td>4</td><td>มีการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่มากกว่า 80% (ปีล่าสุด) มีการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของเจ้าหน้าที่และมีกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ทั่วไป</td></tr><tr><td>5</td><td>มีการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่มากกว่า 80% (ปีล่าสุด) มีการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของเจ้าหน้าที่และมีกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ที่เป็นกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง</td></tr></table>	0		ไม่มีการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่	2	มีการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่มากกว่า 80% (ปีล่าสุด) แต่ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของเจ้าหน้าที่	3	มีการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่มากกว่า 80% (ปีล่าสุด) และมีการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของเจ้าหน้าที่	4
0	ไม่มีการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่									
2	มีการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่มากกว่า 80% (ปีล่าสุด) แต่ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของเจ้าหน้าที่									
3	มีการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่มากกว่า 80% (ปีล่าสุด) และมีการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของเจ้าหน้าที่									
4	มีการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่มากกว่า 80% (ปีล่าสุด) มีการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของเจ้าหน้าที่และมีกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ทั่วไป									
5	มีการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่มากกว่า 80% (ปีล่าสุด) มีการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของเจ้าหน้าที่และมีกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ที่เป็นกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง									
หมวด 6 N: NUTRITION (การจัดการ สุขภาพอาหาร การจัดการน้ำอุปโภค บริโภค และการ ดำเนินงานอาหาร	10. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วย ในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขภาพอาหารตามกฎกระทรวง สุขภาพของสถานที่จำหน่าย อาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขภาพ อาหาร (10 คะแนน)	สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขภาพอาหารตามกฎกระทรวงสุขภาพของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขภาพอาหาร (10 คะแนน) หมวด 1 สถานที่บริโภคอาหาร และสถานที่เตรียม ปรุงประกอบอาหาร (จำนวน 35 ข้อ) 1.1 บริเวณที่บริโภคอาหาร (จำนวน 10 ข้อ) 1. พื้น สะอาด ไม่มีเศษขยะ หรือเศษอาหาร ในระหว่างให้บริการ	สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขภาพอาหารตามกฎกระทรวงสุขภาพของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขภาพอาหาร (10 คะแนน) กรุณาเลือก ☐ โรงพยาบาล/สถาบัน ไม่มีโรงครัว/สถานที่ประกอบอาหาร และไม่มีการจัดบริการอาหารสำหรับผู้ป่วย (10 คะแนน)ข้ามไปข้อ 11. ☐ โรงพยาบาลไม่มีโรงครัว/สถานที่ประกอบอาหาร และจ้างหน่วยงานภายนอกจัดบริการอาหารสำหรับผู้ป่วย (โปรดประเมิน)							

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ								
ปลอดภัยในโรงพยาบาล) (40 คะแนน)		2. ผนังหรือเพดาน สะอาด ไม่มีหยากไย่ 3. เป็นเขตปลอดบุหรี่ ตามกฎหมายการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 4. มีอ่างล้างมือหรืออุปกรณ์ทำความสะอาดมือ ในพื้นที่บริเวณอาหาร 5. โต๊ะหรือเก้าอี้ ที่ใช้บริเวณอาหาร สะอาด ไม่ชำรุดและไม่มีคราบสกปรก 6. ไม่พบสัตว์ แมลงนำโรค สัตว์เลี้ยง ในพื้นที่รับประทานอาหาร 7. จัดบริการช้อนกลาง สำหรับอาหารที่ต้องรับประทานร่วมกัน 8. ไม่ใช้ก๊าซหุงต้ม เป็นเชื้อเพลิงบนโต๊ะหรือที่รับประทานอาหาร 9. ไม่ใช้เมทานอล/เมทิลแอลกอฮอล์เป็นเชื้อเพลิงในการปรุง/อุ่นอาหาร กรณีใช้แอลกอฮอล์แข็งเป็นเชื้อเพลิง ต้องได้มาตรฐาน มอก. 10. มีมาตรการ/อุปกรณ์/เครื่องมือ สำหรับป้องกันอัคคีภัย	☐ โรงพยาบาลมีโรงครัว/สถานที่ประกอบอาหาร จัดบริการอาหารสำหรับผู้ป่วย (โปรดประเมิน) <table><tr><td>0</td><td>ดำเนินการไม่ครบ</td></tr><tr><td>6</td><td>ดำเนินการได้ครบตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามกฎกระทรวง สุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด)</td></tr><tr><td>8</td><td>ดำเนินการได้ครบตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามกฎกระทรวง สุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารโดยชุดทดสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารปรุงสำเร็จ/พร้อมบริโภค ภาชนะ และมีผู้สัมผัสอาหาร (อ.13) ความถี่ 3 เดือน/ครั้ง</td></tr><tr><td>10</td><td>ดำเนินการได้ครบตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามกฎกระทรวง สุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารโดยชุดทดสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารปรุงสำเร็จ/พร้อมบริโภค ภาชนะ และมีผู้สัมผัสอาหาร (อ.13) ความถี่ 3 เดือน/ครั้ง และหากตรวจพบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียให้หาสาเหตุ ทำการแก้ไขปัญหาดังนั้น และตรวจสอบซ้ำจนไม่พบการปนเปื้อน</td></tr></table>	0	ดำเนินการไม่ครบ	6	ดำเนินการได้ครบตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามกฎกระทรวง สุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด)	8	ดำเนินการได้ครบตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามกฎกระทรวง สุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารโดยชุดทดสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารปรุงสำเร็จ/พร้อมบริโภค ภาชนะ และมีผู้สัมผัสอาหาร (อ.13) ความถี่ 3 เดือน/ครั้ง	10	ดำเนินการได้ครบตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามกฎกระทรวง สุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารโดยชุดทดสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารปรุงสำเร็จ/พร้อมบริโภค ภาชนะ และมีผู้สัมผัสอาหาร (อ.13) ความถี่ 3 เดือน/ครั้ง และหากตรวจพบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียให้หาสาเหตุ ทำการแก้ไขปัญหาดังนั้น และตรวจสอบซ้ำจนไม่พบการปนเปื้อน	
		0	ดำเนินการไม่ครบ									
6	ดำเนินการได้ครบตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามกฎกระทรวง สุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด)											
8	ดำเนินการได้ครบตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามกฎกระทรวง สุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารโดยชุดทดสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารปรุงสำเร็จ/พร้อมบริโภค ภาชนะ และมีผู้สัมผัสอาหาร (อ.13) ความถี่ 3 เดือน/ครั้ง											
10	ดำเนินการได้ครบตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามกฎกระทรวง สุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารโดยชุดทดสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารปรุงสำเร็จ/พร้อมบริโภค ภาชนะ และมีผู้สัมผัสอาหาร (อ.13) ความถี่ 3 เดือน/ครั้ง และหากตรวจพบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียให้หาสาเหตุ ทำการแก้ไขปัญหาดังนั้น และตรวจสอบซ้ำจนไม่พบการปนเปื้อน											
		1.2 บริเวณที่เตรียม ปรุง ประกอบอาหาร (จำนวน 15 ข้อ) 11. พื้น ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ไม่ชำรุด ทำความสะอาดได้ง่าย 12. พื้น สะอาด ไม่มีน้ำขัง ไม่มีเศษขยะ หรือเศษอาหารบนพื้น 13. ผนัง หรือเพดาน สะอาด ไม่มีหยากไย่หรือคราบน้ำมัน 14. มีการระบายอากาศเพียงพอ เช่น มีปล่องระบายควัน หรือพัดลมดูดอากาศ หรือเครื่องปรับอากาศ เป็นต้น 15. มีอ่างล้างมือ สะอาด ไม่มีคราบสกปรก ใช้การได้ดี มีสบู่ใช้ตลอดเวลา 16. โต๊ะ ที่ใช้เตรียม ประกอบ หรือปรุงอาหาร สะอาด มีสภาพดีไม่มีคราบสกปรก สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. 17. ไม่เตรียม ประกอบ หรือปรุงอาหารบนพื้น และบริเวณหน้าต่างส้วม 18. ไม่พบสัตว์/แมลงนำโรค สัตว์เลี้ยง ในบริเวณที่เตรียม ปรุง ประกอบอาหาร										

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวาง ระดับ
		19. สารเคมีที่เป็นพิษหรืออันตราย จัดเก็บแยกออกจากบริเวณที่เตรียม ปรง ประกอบอาหาร และมีการติดฉลากหรือป้ายที่ชัดเจน 20. ไม่นำภาชนะบรรจุสารเคมี มาใช้บรรจุอาหาร 21. มีถังรองรับมูลฝอยที่มีสภาพดี ไม่รั่วซึม และมีฝาปิดมิดชิด 22. บริเวณรอบถังมูลฝอย สะอาด ไม่มีเศษขยะตกค้าง และคราบสกปรก 23. มีการแยกเศษอาหาร ออกจากมูลฝอยประเภทอื่น 24. ท่อหรือรางระบายน้ำ สามารถระบายน้ำได้ดี ไม่มีเศษอาหารตกค้าง 25. มีระบบดักไขมัน/การบำบัดน้ำเสียก่อนระบายทิ้งสู่สาธารณะ 1.3 บริเวณห้องส้วม (จำนวน 4 ข้อ) 26. ห้องส้วม และอ่างล้างมือ มีจำนวนเพียงพอ มีสภาพที่พร้อมใช้งานตลอดระยะเวลาให้บริการ 27. ห้องส้วม สะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่มีคราบสกปรก ไม่มีน้ำขัง 28. อ่างล้างมือ สะอาด ไม่มีคราบสกปรก ใช้การได้ดี มีสบู่ใช้ตลอดเวลา 29. ห้องส้วม แยกเป็นสัดส่วน และประตูต้องปิดตลอดเวลาจากบริเวณที่เก็บ เตรียม ปรง ประกอบ จำหน่าย และบริโภคอาหาร 1.4 ค่าความเข้มของแสงสว่างในบริเวณต่าง ๆ (จำนวน 6 ข้อ) 30. บริเวณที่บริโภคอาหาร แสงสว่างฯ อย่างน้อย 215 ลักซ์ และมีที่ครอบหลอดไฟ 31. บริเวณที่เตรียม ปรงอาหาร แสงสว่างฯ อย่างน้อย 300 ลักซ์ และมีที่ครอบหลอดไฟ 32. บริเวณที่ล้างภาชนะอุปกรณ์ แสงสว่างฯ อย่างน้อย 300 ลักซ์ 33. ห้องแช่เย็น แสงสว่างฯ อย่างน้อย 100 ลักซ์ 34. ห้องเก็บอาหาร แสงสว่างฯ อย่างน้อย 100 ลักซ์ 35. ห้องส้วม แสงสว่างฯ อย่างน้อย 100 ลักซ์		

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ
		หมวด 2 อาหาร กรรมวิธีการทำ ประกอบ หรือปรุง การเก็บรักษาอาหาร (จำนวน 22 ข้อ) 2.1 อาหารสด อาหารแห้ง และอาหารปรุงสำเร็จพร้อมบริโภค (จำนวน 10 ข้อ) 36. เนื้อสัตว์สด สะอาด ไม่มีกลิ่นเน่าเสีย หรือลักษณะผิดปกติ 37. เนื้อสัตว์สด เก็บในอุณหภูมิที่ต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส เก็บในภาชนะสะอาด และวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 38. เนื้อสัตว์สด ผัก และผลไม้สด มีการล้าง ก่อนนำมาปรุงหรือเก็บ 39. อาหารแห้ง ไม่พบเชื้อรา สิ่งสกปรก สิ่งแปลกปลอม เก็บในภาชนะสะอาด และวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 40. อาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท มีเครื่องหมาย อย. มอก. หรือเครื่องหมายอื่นที่หน่วยงานราชการรับรอง 41. อาหารปรุงสำเร็จพร้อมบริโภค เก็บในภาชนะที่สะอาด เหมาะสมกับอาหาร และวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 42. อาหารปรุงสำเร็จ มีการปกปิดด้วยวิธีที่สามารถป้องกันการปนเปื้อนได้ เช่น ตู้ ภาชนะที่มีฝาปิด เป็นต้น 43. อาหารปรุงสำเร็จพร้อมบริโภค ที่รอการจำหน่าย หรือบริการประเภทต้ม/แกง เก็บที่อุณหภูมิสูงกว่า 60 องศาเซลเซียส 44. อาหารปรุงสำเร็จพร้อมบริโภค ประเภท สลัด ซูชิ เป็นต้น เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส 45. อาหารสด อาหารแห้ง อาหารปรุงสำเร็จพร้อมบริโภคเก็บแยกเป็นสัดส่วน มีการปกปิด ไม่วางบนพื้น		

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ
		2.2 น้ำดื่ม และน้ำใช้ (จำนวน 7 ข้อ) น้ำดื่มหรือเครื่องดื่ม ในภาชนะบรรจุปิดสนิทที่ให้บริการ 46. ได้มาตรฐาน และมีเอกสารบออาหาร (อย.) 47. พื้นผิวภายนอกของภาชนะ สะอาด ไม่มีคราบสกปรก เก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 15 เซนติเมตร น้ำดื่มหรือเครื่องดื่ม ที่ไม่ได้บรรจุในภาชนะบรรจุปิดสนิท 48. ภาชนะบรรจุ สะอาด มีฝาปิด มีก๊อกหรือทางเทริน้ำ หรือ มีอุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับดักโดยเฉพาะ 49. ภาชนะบรรจุ เก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 50. น้ำที่ใช้สำหรับปรุง ประกอบอาหาร หรือเครื่องดื่มสะอาด ได้มาตรฐานตามที่หน่วยงานราชการรับรอง น้ำใช้ 51. น้ำใช้ เป็นน้ำประปา หรือน้ำที่ผ่านการปรับปรุงคุณภาพ น้ำ ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ 52. ภาชนะบรรจุน้ำใช้ สะอาด มีสภาพดี 2.3 น้ำแข็ง (จำนวน 5 ข้อ) 53. น้ำแข็ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด เช่น เครื่องหมาย อย. 54. น้ำแข็ง เก็บในภาชนะที่สะอาด ไม่มีคราบสกปรก มีฝาปิด 55. ภาชนะบรรจุน้ำแข็ง วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 15 เซนติเมตรจากปากขอบภาชนะสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร บริเวณที่วางภาชนะ ไม่มีน้ำขังเฉาะแฉะ หรือวางใกล้ถังขยะ 56. ใช้อุปกรณ์ที่สะอาด มีด้าม สำหรับคีบหรือตักน้ำแข็ง โดยเฉพาะ 57. ไม่นำอาหารหรือสิ่งของ ไปแช่รวมในถังน้ำแข็งสำหรับบริโภค หมวด 3 สุขลักษณะของภาชนะ อุปกรณ์ และเครื่องใช้อื่น ๆ (จำนวน 11 ข้อ) 58. ภาชนะ อุปกรณ์ จัดเก็บในที่สะอาด มีการปกปิด เช่น ตู้ กล่องที่มีฝาปิด เป็นต้น		

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ
		59. เชียง สะอาด มีสภาพดี มีการแยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ ผัก และผลไม้ 60. เครื่องปรุงรส เช่น น้ำส้มสายชู น้ำปลา น้ำจิ้ม ใส่ในภาชนะที่ปลอดภัย เช่น แก้ว กระเบื้องเคลือบขาว และมีฝาปิด/การปกปิด 61. ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นหรือวางเป็นระเบียบในภาชนะที่สะอาด ไม่มีคราบสกปรก สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 62. จาน ชาม ถ้วย แก้วน้ำ ถาดหลุม ฯลฯ ที่จัดไว้บริการอาหารเก็บในภาชนะหรือตะแกรงที่สะอาด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 63. ตู้เย็น/ตู้แช่/อุปกรณ์เก็บรักษาความเย็น มีขนาดที่เพียงพอ สะอาด มีสภาพดี มีประสิทธิภาพเหมาะสมในการเก็บรักษาคุณภาพอาหาร 64. ตู้อบ/เตาอบ/เตาไมโครเวฟ/อุปกรณ์ประกอบหรือปรุงอาหารด้วยความร้อนอื่น ๆ สะอาด มีสภาพดี และไม่ชำรุด การล้างภาชนะอุปกรณ์ 65. ที่สำหรับล้างภาชนะฯ สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 66. มีการแยกเศษอาหารออกก่อนการทำความสะอาด และใส่ในภาชนะรองรับ วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 เซนติเมตร 67. ล้างภาชนะฯ ด้วยสารทำความสะอาด และล้างด้วยน้ำสะอาดอย่างน้อย 2 ครั้ง/ล้างด้วยน้ำไหลใช้เครื่องล้างภาชนะที่ได้มาตรฐาน 68. มีการฆ่าเชื้อภาชนะฯ ภายหลังการทำความสะอาด เช่น ตากแดด/แช่น้ำร้อน/แช่น้ำคลอรีน/ใช้เครื่องอบ เป็นต้น		

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ
		หมวด 4 สุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สัมผัสอาหาร (จำนวน 6 ข้อ) 69. มีหลักฐานการตรวจสุขภาพในปีนั้น ๆ ให้ตรวจสอบได้ (ตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้ง โดยตรวจ X-ray ปอด, ตรวจอุจจาระ/Rectal Swab, ตรวจเลือดเพื่อหาไวรัสตับอักเสบบีชนิดเอ) 70. มีสุขภาพดี ไม่แสดงอาการเจ็บป่วย ในขณะที่ปฏิบัติงาน 71. มีทะเบียน หรือหลักฐานผ่านการอบรมตามหลักสูตร สุขาภิบาลอาหารจากหน่วยงานจัดการอบรมที่กำหนดทุกคน 72. แต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน หรือมีเครื่องแบบ และสวมหมวกหรือเน็ตคลุมผม หรือวิธีการอื่น ที่สามารถป้องกันการปนเปื้อนได้ 73. ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารปรุงสำเร็จพร้อมบริโภค 74. มีสุขนิสัยที่ดี เช่น ตัดเล็บสั้น ไม่ทาสีเล็บ ไม่สูบบุหรี่ หรือกระทำได้ ๆ ที่จะก่อให้เกิดการปนเปื้อนต่ออาหารในขณะที่ปฏิบัติงานด้านอาหาร การเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร (จำนวน 1 ข้อ) 75. มีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารโดยชุดทดสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารปรุงสำเร็จ/พร้อมบริโภค ภาชนะ และมือผู้สัมผัสอาหาร (อ.13) ความถี่ 3 เดือน/ครั้ง 76. กรณีที่หากตรวจพบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียให้หาสาเหตุทำการแก้ไขปัญหานั้นที่ และตรวจสอบซ้ำจนไม่พบการปนเปื้อน หากการจัดบริการอาหารในโรงพยาบาลมีการจ้าง out source ให้โรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารข้างต้น ในTOR และโรงพยาบาลควรให้คำแนะนำตามมาตรฐาน		

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ								
	11. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร (10 คะแนน)	(ใช้เกณฑ์เดียวกันกับข้อ 10)	ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร (10 คะแนน) กรุณาเลือก ☐ โรงพยาบาล/สถาบัน ไม่มีร้านอาหารในโรงพยาบาล (10 คะแนน) ข้ามไปข้อ 12.1 ☐ โรงพยาบาล/สถาบัน มีร้านอาหารในโรงพยาบาล (โปรดประเมิน) <table><tr><td>0</td><td>ร้อยละ 100 ของร้านอาหารใน รพ. ไม่ได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด)</td></tr><tr><td>6</td><td>ร้อยละ 100 ของร้านอาหารใน รพ. ได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด)</td></tr><tr><td>8</td><td>ร้อยละ 100 ของร้านอาหารใน รพ. ได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารโดยชุดทดสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารปรุงสำเร็จ/พร้อมบริโภค ภาชนะ และมีผู้สัมผัสอาหาร (อ.13) ความถี่ 3 เดือน/ครั้ง</td></tr><tr><td>10</td><td>ร้อยละ 100 ของร้านอาหารใน รพ. ได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารโดยชุดทดสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารปรุงสำเร็จ/พร้อมบริโภค ภาชนะ และมีผู้สัมผัสอาหาร (อ.13) ความถี่ 3 เดือน/ครั้ง และหากตรวจพบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียให้หาสาเหตุ ทำการแก้ไขปัญหาทันที และตรวจสอบซ้ำจนไม่พบการปนเปื้อน</td></tr></table>	0	ร้อยละ 100 ของร้านอาหารใน รพ. ไม่ได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด)	6	ร้อยละ 100 ของร้านอาหารใน รพ. ได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด)	8	ร้อยละ 100 ของร้านอาหารใน รพ. ได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารโดยชุดทดสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารปรุงสำเร็จ/พร้อมบริโภค ภาชนะ และมีผู้สัมผัสอาหาร (อ.13) ความถี่ 3 เดือน/ครั้ง	10	ร้อยละ 100 ของร้านอาหารใน รพ. ได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารโดยชุดทดสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารปรุงสำเร็จ/พร้อมบริโภค ภาชนะ และมีผู้สัมผัสอาหาร (อ.13) ความถี่ 3 เดือน/ครั้ง และหากตรวจพบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียให้หาสาเหตุ ทำการแก้ไขปัญหาทันที และตรวจสอบซ้ำจนไม่พบการปนเปื้อน	
0	ร้อยละ 100 ของร้านอาหารใน รพ. ไม่ได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด)											
6	ร้อยละ 100 ของร้านอาหารใน รพ. ได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด)											
8	ร้อยละ 100 ของร้านอาหารใน รพ. ได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารโดยชุดทดสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารปรุงสำเร็จ/พร้อมบริโภค ภาชนะ และมีผู้สัมผัสอาหาร (อ.13) ความถี่ 3 เดือน/ครั้ง											
10	ร้อยละ 100 ของร้านอาหารใน รพ. ได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารโดยชุดทดสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารปรุงสำเร็จ/พร้อมบริโภค ภาชนะ และมีผู้สัมผัสอาหาร (อ.13) ความถี่ 3 เดือน/ครั้ง และหากตรวจพบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียให้หาสาเหตุ ทำการแก้ไขปัญหาทันที และตรวจสอบซ้ำจนไม่พบการปนเปื้อน											

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ						
	12. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (10 คะแนน)	12.1 จัดให้มีจุดบริการน้ำดื่มอย่างเพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ (1 คะแนน)	12.1 จัดให้มีจุดบริการน้ำดื่มอย่างเพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ (1 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่จัดจุดบริการน้ำดื่มให้เพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ</td></tr><tr><td>0.5</td><td>จัดให้มีจุดบริการน้ำดื่ม แต่ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ หรือมีข้อร้องเรียนเรื่องความเพียงพอ</td></tr><tr><td>1</td><td>จัดให้มีจุดบริการน้ำดื่มอย่างเพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ (จุดบริการ 1 จุดหรือหัวก๊อก ต่อผู้ป่วย 75 คน หรือไม่มีข้อร้องเรียนเรื่องความเพียงพอ)</td></tr></table>	0	ไม่จัดจุดบริการน้ำดื่มให้เพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ	0.5	จัดให้มีจุดบริการน้ำดื่ม แต่ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ หรือมีข้อร้องเรียนเรื่องความเพียงพอ	1	จัดให้มีจุดบริการน้ำดื่มอย่างเพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ (จุดบริการ 1 จุดหรือหัวก๊อก ต่อผู้ป่วย 75 คน หรือไม่มีข้อร้องเรียนเรื่องความเพียงพอ)	
		0	ไม่จัดจุดบริการน้ำดื่มให้เพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ							
0.5	จัดให้มีจุดบริการน้ำดื่ม แต่ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ หรือมีข้อร้องเรียนเรื่องความเพียงพอ									
1	จัดให้มีจุดบริการน้ำดื่มอย่างเพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ (จุดบริการ 1 จุดหรือหัวก๊อก ต่อผู้ป่วย 75 คน หรือไม่มีข้อร้องเรียนเรื่องความเพียงพอ)									
12.2 จุดบริการน้ำดื่ม หัวก๊อกน้ำดื่ม ตู้บริการน้ำดื่ม อยู่ในสภาพดี สะอาด ไม่มีคราบสกปรก (1 คะแนน)	12.2 จุดบริการน้ำดื่ม หัวก๊อกน้ำดื่ม ตู้บริการน้ำดื่ม อยู่ในสภาพดี สะอาด ไม่มีคราบสกปรก (1 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>จุดบริการน้ำดื่ม หัวก๊อกน้ำดื่ม ตู้บริการน้ำดื่ม อยู่ในสภาพชำรุด สกปรก</td></tr><tr><td>0.75</td><td>จุดบริการน้ำดื่ม หัวก๊อกน้ำดื่ม ตู้บริการน้ำดื่ม อยู่ในสภาพดี สะอาด ไม่มีคราบสกปรก</td></tr><tr><td>1</td><td>มีการจัดการดูแลจุดบริการน้ำดื่มและทำความสะอาดจุดบริการน้ำดื่มได้แก่ หัวก๊อก ถังเก็บน้ำเย็น ตู้กดน้ำเย็น และเครื่องกรองน้ำเป็นประจำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และมอบหมายบุคคลตรวจสอบดูแล ณ จุดนั้น ๆ (มีการจัดทำ SOP)</td></tr></table>	0	จุดบริการน้ำดื่ม หัวก๊อกน้ำดื่ม ตู้บริการน้ำดื่ม อยู่ในสภาพชำรุด สกปรก	0.75	จุดบริการน้ำดื่ม หัวก๊อกน้ำดื่ม ตู้บริการน้ำดื่ม อยู่ในสภาพดี สะอาด ไม่มีคราบสกปรก	1	มีการจัดการดูแลจุดบริการน้ำดื่มและทำความสะอาดจุดบริการน้ำดื่มได้แก่ หัวก๊อก ถังเก็บน้ำเย็น ตู้กดน้ำเย็น และเครื่องกรองน้ำเป็นประจำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และมอบหมายบุคคลตรวจสอบดูแล ณ จุดนั้น ๆ (มีการจัดทำ SOP)			
0	จุดบริการน้ำดื่ม หัวก๊อกน้ำดื่ม ตู้บริการน้ำดื่ม อยู่ในสภาพชำรุด สกปรก									
0.75	จุดบริการน้ำดื่ม หัวก๊อกน้ำดื่ม ตู้บริการน้ำดื่ม อยู่ในสภาพดี สะอาด ไม่มีคราบสกปรก									
1	มีการจัดการดูแลจุดบริการน้ำดื่มและทำความสะอาดจุดบริการน้ำดื่มได้แก่ หัวก๊อก ถังเก็บน้ำเย็น ตู้กดน้ำเย็น และเครื่องกรองน้ำเป็นประจำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และมอบหมายบุคคลตรวจสอบดูแล ณ จุดนั้น ๆ (มีการจัดทำ SOP)									
		12.3 จัดเตรียมภาชนะตักน้ำไว้ที่จุดบริการน้ำดื่ม และแยกแก้วน้ำที่ใช้แล้วและยังไม่ได้ใช้ออกจากกัน หรือใช้ภาชนะที่ไม่มีการใช้ซ้ำ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดต่อ (1 คะแนน)	12.3 จัดเตรียมภาชนะตักน้ำไว้ที่จุดบริการน้ำดื่ม และแยกแก้วน้ำที่ใช้แล้วและยังไม่ได้ใช้ออกจากกัน หรือใช้ภาชนะที่ไม่มีการใช้ซ้ำ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดต่อ (1 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการจัดเตรียมภาชนะตักน้ำไว้ที่จุดบริการน้ำดื่มหรือไม่มีการแยกแก้วน้ำที่ใช้แล้วออกจากแก้วน้ำที่ยังไม่ได้ใช้</td></tr><tr><td>1</td><td>จัดเตรียมภาชนะตักน้ำไว้ที่จุดบริการน้ำดื่ม และแยกแก้วน้ำที่ใช้แล้วและยังไม่ได้ใช้ออกจากกัน หรือใช้ภาชนะที่ไม่มีการใช้ซ้ำ</td></tr></table>	0	ไม่มีการจัดเตรียมภาชนะตักน้ำไว้ที่จุดบริการน้ำดื่มหรือไม่มีการแยกแก้วน้ำที่ใช้แล้วออกจากแก้วน้ำที่ยังไม่ได้ใช้	1	จัดเตรียมภาชนะตักน้ำไว้ที่จุดบริการน้ำดื่ม และแยกแก้วน้ำที่ใช้แล้วและยังไม่ได้ใช้ออกจากกัน หรือใช้ภาชนะที่ไม่มีการใช้ซ้ำ			
0	ไม่มีการจัดเตรียมภาชนะตักน้ำไว้ที่จุดบริการน้ำดื่มหรือไม่มีการแยกแก้วน้ำที่ใช้แล้วออกจากแก้วน้ำที่ยังไม่ได้ใช้									
1	จัดเตรียมภาชนะตักน้ำไว้ที่จุดบริการน้ำดื่ม และแยกแก้วน้ำที่ใช้แล้วและยังไม่ได้ใช้ออกจากกัน หรือใช้ภาชนะที่ไม่มีการใช้ซ้ำ									

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ										
		12.4 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง ณ จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคจุดหลักของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD) กรณีมีสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้ตรวจน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหารความถี่ 3 เดือน/ครั้ง และตรวจน้ำอุปโภคที่ห้องน้ำของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีผู้ใช้บริการมาก 1 จุด ความถี่ 3 เดือน/ครั้ง (3 คะแนน)	12.4 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง ณ จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคจุดหลักของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD), อาคารผู้ป่วยใน (IPD), สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยให้ตรวจน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร และน้ำอุปโภค ณ ห้องน้ำของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีผู้ใช้บริการมาก 1 จุด โดยมีการตรวจเป็นประจำทุก 3 เดือน (3 คะแนน) ประกอบด้วย 12.4.1 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง ณ จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคจุดหลักของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) (1 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง</td></tr><tr><td>0.5</td><td>มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง ณ จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคจุดหลักของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) มากกว่า 3 เดือน/ครั้ง</td></tr><tr><td>1</td><td>มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง ณ จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคจุดหลักของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) เป็นประจำทุก 3 เดือน</td></tr></table> 12.4.2 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง ณ จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคจุดหลักของอาคารผู้ป่วยใน (IPD) (1 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง</td></tr><tr><td>0.5</td><td>มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง ณ</td></tr></table>	0	ไม่มีการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง	0.5	มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง ณ จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคจุดหลักของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) มากกว่า 3 เดือน/ครั้ง	1	มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง ณ จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคจุดหลักของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) เป็นประจำทุก 3 เดือน	0	ไม่มีการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง	0.5	มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง ณ	
0	ไม่มีการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง													
0.5	มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง ณ จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคจุดหลักของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) มากกว่า 3 เดือน/ครั้ง													
1	มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง ณ จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคจุดหลักของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) เป็นประจำทุก 3 เดือน													
0	ไม่มีการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง													
0.5	มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง ณ													

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน		การวางระดับ										
			<table><tr><td></td><td>จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคจุดหลักของอาคารผู้ป่วยใน (IPD) มากกว่า 3 เดือน/ครั้ง</td></tr><tr><td>1</td><td>มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง ณ จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคจุดหลักของอาคารผู้ป่วยใน (IPD) เป็นประจำทุก 3 เดือน</td></tr></table>		จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคจุดหลักของอาคารผู้ป่วยใน (IPD) มากกว่า 3 เดือน/ครั้ง	1	มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง ณ จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคจุดหลักของอาคารผู้ป่วยใน (IPD) เป็นประจำทุก 3 เดือน	12.4.3 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร ณ สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล และน้ำอุปโภค ณ ห้องน้ำของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีผู้ใช้บริการมาก จำนวน 1 จุด ด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง (1 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร ณ สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล และน้ำอุปโภค ณ ห้องน้ำของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีผู้ใช้บริการมาก จำนวน 1 จุด ด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง</td></tr><tr><td>0.5</td><td>มีการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร ณ สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล และน้ำอุปโภค ณ ห้องน้ำของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีผู้ใช้บริการมาก จำนวน 1 จุด มากกว่า 3 เดือน/ครั้ง</td></tr><tr><td>1</td><td>มีการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร ณ สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล และน้ำอุปโภค ณ ห้องน้ำของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีผู้ใช้บริการมาก จำนวน 1 จุด เป็นประจำทุก 3 เดือน</td></tr></table>	0	ไม่มีการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร ณ สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล และน้ำอุปโภค ณ ห้องน้ำของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีผู้ใช้บริการมาก จำนวน 1 จุด ด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง	0.5	มีการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร ณ สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล และน้ำอุปโภค ณ ห้องน้ำของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีผู้ใช้บริการมาก จำนวน 1 จุด มากกว่า 3 เดือน/ครั้ง	1	มีการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร ณ สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล และน้ำอุปโภค ณ ห้องน้ำของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีผู้ใช้บริการมาก จำนวน 1 จุด เป็นประจำทุก 3 เดือน	
	จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคจุดหลักของอาคารผู้ป่วยใน (IPD) มากกว่า 3 เดือน/ครั้ง														
1	มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง ณ จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคจุดหลักของอาคารผู้ป่วยใน (IPD) เป็นประจำทุก 3 เดือน														
0	ไม่มีการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร ณ สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล และน้ำอุปโภค ณ ห้องน้ำของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีผู้ใช้บริการมาก จำนวน 1 จุด ด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง														
0.5	มีการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร ณ สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล และน้ำอุปโภค ณ ห้องน้ำของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีผู้ใช้บริการมาก จำนวน 1 จุด มากกว่า 3 เดือน/ครั้ง														
1	มีการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร ณ สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล และน้ำอุปโภค ณ ห้องน้ำของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีผู้ใช้บริการมาก จำนวน 1 จุด เป็นประจำทุก 3 เดือน														

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ								
		12.5 มีการเก็บตัวอย่างน้ำประปา (ต้นท่อ) เพื่อเฝ้าระวังคุณภาพน้ำทางห้องปฏิบัติการ 1 ครั้ง/ปี (2 คะแนน)	12.5 มีการเก็บตัวอย่างน้ำประปา (ต้นท่อ) เพื่อเฝ้าระวังคุณภาพน้ำทางห้องปฏิบัติการ 1 ครั้ง/ปี (2 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่มีผลการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปา (ต้นท่อ) ทางห้องปฏิบัติการ</td></tr><tr><td>1</td><td>มีผลการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปา (ต้นท่อ) ทางห้องปฏิบัติการ ดำเนินการโดยโรงพยาบาลเอง หรือใช้ผลการตรวจจากหน่วยผลิต น้ำประปาที่เก็บ ณ จุดน้ำเข้าโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง แต่พารามิเตอร์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาเต็มได้ กรมอนามัย พ.ศ. 2563</td></tr><tr><td>1.5</td><td>มีผลการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปา (ต้นท่อ) ทางห้องปฏิบัติการ ดำเนินการโดยโรงพยาบาลเอง หรือใช้ผลการตรวจจากหน่วยผลิต น้ำประปาที่เก็บ ณ จุดน้ำเข้าโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีพารามิเตอร์ครบตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาเต็มได้ กรมอนามัย พ.ศ. 2563 แต่คุณภาพน้ำไม่ผ่านเกณฑ์</td></tr><tr><td>2</td><td>มีผลการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปา (ต้นท่อ) ทางห้องปฏิบัติการ ดำเนินการโดยโรงพยาบาลเอง หรือใช้ผลการตรวจจากหน่วยผลิต น้ำประปาที่เก็บ ณ จุดน้ำเข้าโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีพารามิเตอร์ครบและผ่านตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาเต็มได้ กรมอนามัย พ.ศ. 2563</td></tr></table>	0	ไม่มีผลการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปา (ต้นท่อ) ทางห้องปฏิบัติการ	1	มีผลการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปา (ต้นท่อ) ทางห้องปฏิบัติการ ดำเนินการโดยโรงพยาบาลเอง หรือใช้ผลการตรวจจากหน่วยผลิต น้ำประปาที่เก็บ ณ จุดน้ำเข้าโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง แต่พารามิเตอร์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาเต็มได้ กรมอนามัย พ.ศ. 2563	1.5	มีผลการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปา (ต้นท่อ) ทางห้องปฏิบัติการ ดำเนินการโดยโรงพยาบาลเอง หรือใช้ผลการตรวจจากหน่วยผลิต น้ำประปาที่เก็บ ณ จุดน้ำเข้าโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีพารามิเตอร์ครบตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาเต็มได้ กรมอนามัย พ.ศ. 2563 แต่คุณภาพน้ำไม่ผ่านเกณฑ์	2	มีผลการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปา (ต้นท่อ) ทางห้องปฏิบัติการ ดำเนินการโดยโรงพยาบาลเอง หรือใช้ผลการตรวจจากหน่วยผลิต น้ำประปาที่เก็บ ณ จุดน้ำเข้าโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีพารามิเตอร์ครบและผ่านตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาเต็มได้ กรมอนามัย พ.ศ. 2563	
0	ไม่มีผลการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปา (ต้นท่อ) ทางห้องปฏิบัติการ											
1	มีผลการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปา (ต้นท่อ) ทางห้องปฏิบัติการ ดำเนินการโดยโรงพยาบาลเอง หรือใช้ผลการตรวจจากหน่วยผลิต น้ำประปาที่เก็บ ณ จุดน้ำเข้าโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง แต่พารามิเตอร์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาเต็มได้ กรมอนามัย พ.ศ. 2563											
1.5	มีผลการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปา (ต้นท่อ) ทางห้องปฏิบัติการ ดำเนินการโดยโรงพยาบาลเอง หรือใช้ผลการตรวจจากหน่วยผลิต น้ำประปาที่เก็บ ณ จุดน้ำเข้าโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีพารามิเตอร์ครบตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาเต็มได้ กรมอนามัย พ.ศ. 2563 แต่คุณภาพน้ำไม่ผ่านเกณฑ์											
2	มีผลการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปา (ต้นท่อ) ทางห้องปฏิบัติการ ดำเนินการโดยโรงพยาบาลเอง หรือใช้ผลการตรวจจากหน่วยผลิต น้ำประปาที่เก็บ ณ จุดน้ำเข้าโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีพารามิเตอร์ครบและผ่านตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาเต็มได้ กรมอนามัย พ.ศ. 2563											
		12.6 มีการตรวจเฝ้าระวังปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ (Residual chlorine) ในน้ำประปา (ปลายท่อไกลที่สุด) กำหนดมาตรฐาน 0.2 – 0.5 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์ปกติ) และ 0.5 – 1.0 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์เกิดโรคระบาด) 1 ครั้ง/สัปดาห์ (2 คะแนน)	12.6 มีการตรวจเฝ้าระวังปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ (Residual chlorine) ในน้ำประปา (ปลายท่อไกลที่สุด) กำหนดมาตรฐาน 0.2 – 0.5 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์ปกติ) และ 0.5 – 1.0 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์เกิดโรคระบาด) 1 ครั้ง/สัปดาห์ (2 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการตรวจเฝ้าระวังปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ (Residual chlorine) ในน้ำประปา</td></tr><tr><td>0.5</td><td>มีการตรวจเฝ้าระวังปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ (Residual chlorine) ในน้ำประปา (ปลายท่อไกลที่สุด) กำหนดมาตรฐาน 0.2 – 0.5 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์ปกติ) และ 0.5 – 1.0 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์เกิดโรคระบาด) ไม่ครบทุกสัปดาห์</td></tr><tr><td>1</td><td>มีการตรวจเฝ้าระวังปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ (Residual chlorine) ในน้ำประปา (ปลายท่อไกลที่สุด) กำหนดมาตรฐาน 0.2 – 0.5 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์เกิดโรคระบาด) ครบทุกสัปดาห์</td></tr></table>	0	ไม่มีการตรวจเฝ้าระวังปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ (Residual chlorine) ในน้ำประปา	0.5	มีการตรวจเฝ้าระวังปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ (Residual chlorine) ในน้ำประปา (ปลายท่อไกลที่สุด) กำหนดมาตรฐาน 0.2 – 0.5 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์ปกติ) และ 0.5 – 1.0 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์เกิดโรคระบาด) ไม่ครบทุกสัปดาห์	1	มีการตรวจเฝ้าระวังปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ (Residual chlorine) ในน้ำประปา (ปลายท่อไกลที่สุด) กำหนดมาตรฐาน 0.2 – 0.5 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์เกิดโรคระบาด) ครบทุกสัปดาห์			
0	ไม่มีการตรวจเฝ้าระวังปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ (Residual chlorine) ในน้ำประปา											
0.5	มีการตรวจเฝ้าระวังปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ (Residual chlorine) ในน้ำประปา (ปลายท่อไกลที่สุด) กำหนดมาตรฐาน 0.2 – 0.5 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์ปกติ) และ 0.5 – 1.0 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์เกิดโรคระบาด) ไม่ครบทุกสัปดาห์											
1	มีการตรวจเฝ้าระวังปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ (Residual chlorine) ในน้ำประปา (ปลายท่อไกลที่สุด) กำหนดมาตรฐาน 0.2 – 0.5 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์เกิดโรคระบาด) ครบทุกสัปดาห์											

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน		การวางระดับ
				ลิตร (สถานการณ์ปกติ) และ 0.5 – 1.0 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์เกิดโรคระบาด) 1 ครั้ง/สัปดาห์	
			2	มีการตรวจเฝ้าระวังปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ (Residual chlorine) ในน้ำประปา (ปลายท่อไกลที่สุด) กำหนดมาตรฐาน 0.2 – 0.5 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์ปกติ) และ 0.5 – 1.0 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์เกิดโรคระบาด) 1 ครั้ง/สัปดาห์ และเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลการตรวจสอบ หากตรวจพบปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ให้หาสาเหตุ ทำการแก้ไขปัญหาทันที และตรวจสอบซ้ำจนได้ตามมาตรฐาน	
	13. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (10 คะแนน) (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)	โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ดังนี้ 13.1 มีการคัดเลือกวัตถุดิบที่นำมาปรุงประกอบอาหารและอาหารแปรรูป โดยมีการดำเนินการตามการตรวจสอบคุณภาพโดยโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยเช่น ผักและผลไม้ผ่านมาตรฐานเกษตรอินทรีย์มาตรฐาน PGS มกอช. หรือ GAP (2 คะแนน)	โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ดังนี้ กรุณาเลือก ☐ โรงพยาบาล/สถาบัน ไม่มีโรงครัว/สถานที่ประกอบอาหาร และไม่มีการจัดบริการอาหารสำหรับผู้ป่วย (8 คะแนน) ข้ามไปข้อ 13.5 ☐ โรงพยาบาลไม่มีโรงครัว/สถานที่ประกอบอาหาร และจ้างหน่วยงานภายนอกจัดบริการอาหารสำหรับผู้ป่วย (โปรดประเมิน) ☐ โรงพยาบาลมีโรงครัว/สถานที่ประกอบอาหาร จัดบริการอาหารสำหรับผู้ป่วย (โปรดประเมิน) 13.1 มีการคัดเลือกวัตถุดิบที่นำมาปรุงประกอบอาหารและอาหารแปรรูป โดยมีการดำเนินการตามการตรวจสอบคุณภาพโดยโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย เช่น ผักและผลไม้ผ่านมาตรฐานเกษตรอินทรีย์มาตรฐาน PGS มกอช. หรือ GAP (2 คะแนน)		
			0	ไม่มีการดำเนินการ	
			2	มีการคัดเลือกวัตถุดิบตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย	
		13.2 มีการตรวจสอบสารปนเปื้อนและสารตกค้างในวัตถุดิบที่นำมาปรุงประกอบอาหารและอาหารแปรรูปอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยมีการกำหนดนโยบาย ผู้รับผิดชอบและการตรวจสอบความปลอดภัยอาหารหรือขอรับการสนับสนุนจากหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้าน	13.2 มีการตรวจสอบสารปนเปื้อนและสารตกค้างในวัตถุดิบที่นำมาปรุงประกอบอาหารและอาหารแปรรูปอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยมีการกำหนดนโยบาย ผู้รับผิดชอบและการตรวจสอบความปลอดภัยอาหารหรือขอรับการสนับสนุนจากหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (Mobile Unit) ในการตรวจวัตถุดิบเพื่อคัดกรองก่อนประกอบอาหารเบื้องต้น (2 คะแนน)		

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ						
		อาหาร (Mobile Unit) ในการตรวจวัตถุดิบเพื่อคัดกรองก่อนประกอบอาหารเบื้องต้น (2 คะแนน)	<table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการดำเนินการ</td></tr><tr><td>1</td><td>มีการตรวจสอบสารปนเปื้อนและสารตกค้างในวัตถุดิบ (น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง)</td></tr><tr><td>2</td><td>มีการตรวจสอบสารปนเปื้อนและสารตกค้างในวัตถุดิบ (เดือนละ 1 ครั้ง)</td></tr></table>	0	ไม่มีการดำเนินการ	1	มีการตรวจสอบสารปนเปื้อนและสารตกค้างในวัตถุดิบ (น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง)	2	มีการตรวจสอบสารปนเปื้อนและสารตกค้างในวัตถุดิบ (เดือนละ 1 ครั้ง)	
0	ไม่มีการดำเนินการ									
1	มีการตรวจสอบสารปนเปื้อนและสารตกค้างในวัตถุดิบ (น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง)									
2	มีการตรวจสอบสารปนเปื้อนและสารตกค้างในวัตถุดิบ (เดือนละ 1 ครั้ง)									
		13.3 โรงพยาบาลมีการจัดทำเมนูอาหารล่วงหน้าอย่างน้อย 3 เดือน (2 คะแนน)	13.3 โรงพยาบาลมีการจัดทำเมนูอาหารล่วงหน้าอย่างน้อย 3 เดือน (2 คะแนน)							
			<table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการดำเนินการ</td></tr><tr><td>1</td><td>มีการจัดทำเมนูอาหารล่วงหน้า น้อยกว่า 3 เดือน</td></tr><tr><td>2</td><td>มีการจัดทำเมนูอาหารล่วงหน้า อย่างน้อย 3 เดือน ขึ้นไป</td></tr></table>	0	ไม่มีการดำเนินการ	1	มีการจัดทำเมนูอาหารล่วงหน้า น้อยกว่า 3 เดือน	2	มีการจัดทำเมนูอาหารล่วงหน้า อย่างน้อย 3 เดือน ขึ้นไป	
0	ไม่มีการดำเนินการ									
1	มีการจัดทำเมนูอาหารล่วงหน้า น้อยกว่า 3 เดือน									
2	มีการจัดทำเมนูอาหารล่วงหน้า อย่างน้อย 3 เดือน ขึ้นไป									
		13.4 การจัดซื้อจัดจ้างพัสดุโดยวิธีคัดเลือกและวิธีเฉพาะเจาะจง ตาม พ.ร.บ.จัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. 2560 และประสานกับร้านสหกรณ์ที่กระทรวงเกษตรและสหกรณ์รับรองหรือกลุ่มเกษตรกรที่ได้รับการรับรอง เช่น วิสาหกิจชุมชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสตรี หรือเป็นผู้ผลิตที่ผ่านการรับรองเข้าเสนอราคาด้วยตนเอง (2 คะแนน)	13.4 การจัดซื้อจัดจ้างพัสดุโดยวิธีคัดเลือกและวิธีเฉพาะเจาะจง ตาม พ.ร.บ.จัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. 2560 และประสานกับร้านสหกรณ์ที่กระทรวงเกษตรและสหกรณ์รับรองหรือกลุ่มเกษตรกรที่ได้รับการรับรอง เช่น วิสาหกิจชุมชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสตรี หรือเป็นผู้ผลิตที่ผ่านการรับรองเข้าเสนอราคาด้วยตนเอง (2 คะแนน)							
			<table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการดำเนินการ</td></tr><tr><td>2</td><td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr></table>	0	ไม่มีการดำเนินการ	2	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด			
0	ไม่มีการดำเนินการ									
2	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด									
		13.5 ดำเนินการจัดตลาด Green Market ของโรงพยาบาลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (2 คะแนน)	13.5 ดำเนินการจัดตลาด Green Market ของโรงพยาบาลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (2 คะแนน)							
			<table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการดำเนินการ</td></tr><tr><td>1</td><td>มีการดำเนินการจัดตลาด GREEN Market ได้น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (น้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง)</td></tr><tr><td>2</td><td>มีการดำเนินการจัดตลาด GREEN Market ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr></table>	0	ไม่มีการดำเนินการ	1	มีการดำเนินการจัดตลาด GREEN Market ได้น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (น้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง)	2	มีการดำเนินการจัดตลาด GREEN Market ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	
0	ไม่มีการดำเนินการ									
1	มีการดำเนินการจัดตลาด GREEN Market ได้น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (น้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง)									
2	มีการดำเนินการจัดตลาด GREEN Market ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด									
หมวด 7 Innovation: การพัฒนา นวัตกรรมและ	14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน (30 คะแนน)	มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN และหรืองานวิจัยด้าน GREEN เพื่อนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาล ชุมชน และสถานศึกษา หรือการพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานที่เกิดจากการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ GREEN เช่น	14.1 มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN และหรืองานวิจัยด้าน GREEN เพื่อนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาล (20 คะแนน)	ระดับดีเยี่ยม (Excellent)						

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน		การวาง ระดับ
งานวิจัยด้าน GREEN (30 คะแนน)		- Product Innovation คือ การคิดค้นหรือประดิษฐ์สิ่งของ ที่แตกต่างจากรูปแบบเดิมเพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน ตาม GREEN - Process Innovation คือ การคิดค้นหรือการเปลี่ยนแปลง ด้านกระบวนการทำงาน หรือต่อยอดกระบวนการ ดำเนินงานตาม GREEN - Service Innovation คือ การนำความคิดและแนว ทางการดำเนินงานด้านการบริการรูปแบบใหม่ ๆ ที่ผ่านการ คิดอย่างเป็นระบบ และเข้าใจถึงความต้องการของ ผู้ใช้บริการ มาใช้เป็นแนวทางการสร้างการบริการที่ แตกต่าง เพื่อมุ่งตอบสนองต่อความพึงพอใจของผู้มารับ บริการ - Management Innovation คือ การพัฒนาระบบงาน บริหาร ระบบการทำงาน วิธีการทำงาน หรือการผสมผสาน การทำงานรูปแบบใหม่ การสร้างสิ่งใหม่ ๆ ในการบริหาร จัดการสิ่งที่เป็นประโยชน์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตาม GREEN	0	ไม่มีนโยบายส่งเสริมให้เกิดผลงานนวัตกรรมหรืองานวิจัยด้าน GREEN	
			5	ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญและมึนโยบายส่งเสริมสนับสนุน ให้เกิดผลงาน นวัตกรรมหรืองานวิจัยด้าน GREEN	
			10	มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ความรู้ด้านการพัฒนานวัตกรรมและผลงานวิจัย	
			15	มีผลงานนวัตกรรมด้าน GREEN 1 เรื่อง/ปี มีงานวิจัยหรือ R2R ด้าน GREEN 1เรื่อง/ปี	
			20	จัดให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำเสนอผลงานนวัตกรรมและผลงานวิจัย อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	
			14.2 มีการขยายผลหรือแสดงผลงานนวัตกรรม GREEN และหรืองานวิจัยด้าน GREEN เพื่อสื่อสารเผยแพร่ให้กับหน่วยงานอื่นนำไปใช้ประโยชน์ (10 คะแนน)		
			0	ไม่มีการขยายผลสู่ภายนอก	
			10	มีการขยายผลสู่ภายนอก	
			*หมายเหตุ: นวัตกรรมหรืองานวิจัยที่นำมาใช้ในการประเมินต้องเป็นผลงานที่จัดทำขึ้น ภายในช่วงการตรวจประเมินย้อนหลังไม่เกิน 3 ปี		
หมวด 8 Network: การสร้าง เครือข่ายการพัฒนา ด้าน GREEN (20 คะแนน)	15. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community (20 คะแนน)	โรงพยาบาลร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น วัด สถานศึกษา โรงเรียน ผู้นำชุมชน วัด โรงพยาบาลลูกข่ายหรือหน่วยงานอื่น ๆ (ภาครัฐภาคเอกชน ภาคประชาชน) ในการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดกิจกรรม GREEN ในชุมชน แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ (20 คะแนน) 15.1 มีสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN ลงสู่ชุมชน องค์ร ปกครองส่วนท้องถิ่น วัด สถานศึกษาโรงเรียน ผู้นำชุมชน วัด โรงพยาบาลลูกข่ายหรือหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน งาน GREEN Community และมีผลลัพธ์หลังดำเนินการ (10 คะแนน)	15.1	มีสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN ลงสู่ชุมชน องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น วัด สถานศึกษาโรงเรียน ผู้นำชุมชน วัด โรงพยาบาลลูกข่ายหรือหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงาน GREEN Community และมีผลลัพธ์หลัง ดำเนินการ (10 คะแนน)	
			0	ไม่มีแนวคิดหรือนโยบายในการสร้างเครือข่าย	
			2	มีแนวคิดหรือนโยบายในการสร้างเครือข่าย*	
			5	มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ของโรงพยาบาลและพื้นที่เพื่อกำหนด ประเด็นในการสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานด้าน GREEN	
			8	มีการสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN	
			10	มีการดำเนินกิจกรรมและผลการดำเนินกิจกรรมร่วมกับเครือข่ายด้าน GREEN	

หมวด	เกณฑ์	แนวทางพิจารณา	แนวทางการให้คะแนน	การวางระดับ						
		15.2 มีการขยายผลการดำเนินงาน GREEN ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการสนับสนุนการดำเนินงาน ตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (GREEN & CLEAN Sub-District Health Promoting Hospital) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (10 คะแนน) หมายเหตุ : กรณี โรงพยาบาลไม่มี รพ.สต. เครือข่ายในพื้นที่รับผิดชอบของตนเองให้ไปดำเนินการพัฒนาขยายผลการดำเนินงานกับ รพ.สต. เครือข่ายของโรงพยาบาลอื่น ๆ ในพื้นที่ได้ รวมถึง รพ.สต.นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	15.2 มีการขยายผลการดำเนินงาน GREEN ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการสนับสนุนการดำเนินงาน ตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (GREEN & CLEAN Sub-District Health Promoting Hospital) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (10 คะแนน) <table><tr><td>0</td><td>ไม่มีการขยายเครือข่าย</td></tr><tr><td>5</td><td>ขยาย GREEN สูโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง</td></tr><tr><td>10</td><td>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์และได้รับการรับรองตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Sub-District Health Promoting Hospital) (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) อย่างน้อย 1 แห่ง</td></tr></table>	0	ไม่มีการขยายเครือข่าย	5	ขยาย GREEN สูโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง	10	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์และได้รับการรับรองตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Sub-District Health Promoting Hospital) (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) อย่างน้อย 1 แห่ง	
0	ไม่มีการขยายเครือข่าย									
5	ขยาย GREEN สูโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง									
10	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์และได้รับการรับรองตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Sub-District Health Promoting Hospital) (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) อย่างน้อย 1 แห่ง									