



*SD-ACD-004-05*

แนวทางการเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อ  
รับรองคุณภาพสถานพยาบาลมาตรฐาน HA

วันที่ประกาศใช้ 21 มิถุนายน 2568

ชั้นความลับ: เอกสารทั่วไปใช้ภายนอก

จัดทำโดย

ส่วนงานประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ



## แนวทางการเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมาตรฐาน HA โดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เพื่อให้กระบวนการรับรองคุณภาพและการเรียนรู้ผ่านกระบวนการเยี่ยมชมสำรวจเป็นไปอย่างราบรื่นและเกิดประโยชน์ในการพัฒนากระบวนการคุณภาพของสถานพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ได้จัดทำคำแนะนำและขอความร่วมมือให้สถานพยาบาลศึกษาเอกสารรายละเอียดแนวทางการเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) และดำเนินการตามความเหมาะสมภายใต้บริบทของสถานพยาบาล โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. **สถาบันมีกระบวนการกำหนดคณะเยี่ยมชมสำรวจและวันเยี่ยมชมสำรวจแจ้งให้กับสถานพยาบาล** ก่อนวันเยี่ยมชมสำรวจไม่น้อยกว่า 30 วัน โดยแจ้งข้อมูลผ่านระบบ Web-based Survey Application
2. **ข้อมูลการประเมินตนเองและเอกสารประกอบการขอรับรองคุณภาพหรือต่ออายุการรับรองคุณภาพ**
  - 2.1. คณะเยี่ยมชมสำรวจจะศึกษาข้อมูลการประเมินตนเองและเอกสารประกอบๆ จากข้อมูลที่สถานพยาบาลได้บันทึกและจัดส่งผ่านระบบ web-based Survey Application.
  - 2.2. กรณีสถานพยาบาลมีความประสงค์ที่จะปรับปรุงข้อมูลการประเมินตนเองและเอกสารประกอบให้มีความครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน ให้จัดส่งข้อมูลให้แก่สถาบันผ่านระบบ Survey web-based Application หรือช่องทาง One Drive ที่สถาบันกำหนด (รายละเอียดตามเอกสารแนบ 1) ก่อนวันเริ่มเยี่ยมชมสำรวจไม่น้อยกว่า 14 วัน และขอสงวนสิทธิ์ในการใช้ข้อมูลเฉพาะที่จัดส่งตามกำหนดเป็นข้อมูลประกอบการเยี่ยมชมสำรวจเท่านั้น
  - 2.3. กรณีสถานพยาบาลจัดเตรียมข้อมูลประกอบการเยี่ยมชมสำรวจในรูปแบบสไลด์นำเสนอซึ่งอาจมีการปรับปรุงข้อมูลผลการพัฒนาที่เป็นปัจจุบันที่สุด ขอความร่วมมือจัดส่งไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ของเอกสารดังกล่าวผ่านช่องทาง One Drive ที่จัดทำขึ้นโดยผู้ประสานงานของสถาบัน ก่อนวันเริ่มเยี่ยมชมสำรวจ
3. **การประสานงานเพื่อเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจ**
  - 3.1 **การประสานงานทั่วไป:** สถาบันได้มีมอบหมายหน้าที่การประสานงานการเยี่ยมชมสำรวจและการบริการสนับสนุนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและรับรองคุณภาพ ให้กับ **ผู้ประสานงานประจำพื้นที่** (Accreditation Coordinator) ซึ่งเผยแพร่ผ่าน [www.ha.or.th](http://www.ha.or.th) และทำจดหมายประสานการเยี่ยมชม
  - 3.2 **การประสานงานเพื่อจัดทำกำหนดการเยี่ยมชมสำรวจ:** สถาบันมีกระบวนการจัดทำกำหนดการ การเยี่ยมชมสำรวจที่มีส่วนร่วมของสถานพยาบาลและคณะเยี่ยมชมสำรวจ ทั้งนี้ขอความร่วมมือสถานพยาบาลประสานข้อมูลกับผู้ประสานงานประจำพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการที่เป็นปัจจุบัน การสุ่มเลือกรายชื่อหน่วยงานที่จะเข้าตามรอย และการยืนยันร่างกำหนดการเยี่ยมชมสำรวจ โดยต้องแล้วเสร็จเพื่อสื่อสารให้กับสถานพยาบาลทราบผ่านจดหมายประสานงานการเยี่ยมชมสำรวจ พร้อมรายละเอียดของคณะเยี่ยมชมสำรวจ อาทิ ประวัติ ความต้องการเฉพาะ การเดินทางและที่พักของคณะเยี่ยมชมสำรวจ รวมถึงเอกสารการเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจให้สถานพยาบาลทราบ โดยแล้วเสร็จไม่น้อยกว่า 14 วัน ก่อนกำหนดวันเยี่ยมชมสำรวจ



กรณีที่สถานพยาบาลต้องการปรับเปลี่ยนกำหนดวันเยี่ยมสำรวจภายหลังที่ได้รับการแจ้งและกำหนดวันเยี่ยมสำรวจร่วมกับสถาบันโดยจดหมายประสานงานการเยี่ยมสำรวจที่เป็นทางการแล้ว ต้องมีหนังสือแจ้งเหตุผลความจำเป็นที่เป็นทางการจากผู้บริหารสถานพยาบาล ล่วงหน้าโดยเร็วไม่น้อยกว่า 3 วันทำการ เพื่อดำเนินการกำหนดวันเยี่ยมสำรวจใหม่ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่ออายุการรับรองของสถานพยาบาล และการเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ตามการพิจารณาของผู้อำนวยการสถาบัน ยกเว้นกรณีสถานพยาบาลประสบภัยพิบัติหรือเหตุฉุกเฉินที่มีผลกระทบในระดับที่รับทราบกันทางสังคมในวงกว้าง ให้ปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการสถาบัน

- 3.3 การประสานงานการเดินทางและที่พักของคณะเยี่ยมสำรวจ: ขอความร่วมมือให้ผู้ประสานงานของสถานพยาบาล ร่วมกับผู้ประสานงานประจำพื้นที่ของสถาบัน วางแผนและจัดทำกำหนดการเดินทางและที่พักของคณะเยี่ยมสำรวจที่เหมาะสมสอดคล้องตามระเบียบของสถาบัน โดยคำนึงถึงความปลอดภัย สวัสดิภาพ และอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม และต้องไม่เป็นการรบกวนสถานพยาบาลหรือทำให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมของสถานพยาบาล ทั้งนี้สถาบันจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายการเดินทางและที่พักของคณะเยี่ยมสำรวจ ซึ่งได้รวมอยู่ในค่าธรรมเนียมการเยี่ยมสำรวจ

กรณีในระหว่างการเดินทางเข้าเยี่ยมสำรวจ ที่ผู้เยี่ยมสำรวจเป็นสุภาพสตรีเพียงท่านเดียว และมีเหตุจำเป็นต้องเดินทางโดยยานพาหนะที่ให้ความอนุเคราะห์โดยสถานพยาบาล ขอความกรุณาสถานพยาบาลจัดเจ้าหน้าที่สุภาพสตรีร่วมเดินทาง เพื่อความปลอดภัยและอุ่นใจ

- 3.4 การประสานงานการชำระค่าธรรมเนียม: ขอให้สถานพยาบาลชำระค่าธรรมเนียมการเยี่ยมสำรวจตามใบแจ้งรายการจ่ายเงินให้แล้วเสร็จก่อนวันเยี่ยมสำรวจตามแนวทางปฏิบัติที่สถาบันกำหนด

กรณีสถานพยาบาลภาครัฐที่มีความเสี่ยงวิกฤติทางการเงินในระดับสูง (ระดับ 5 - 7) อ้างอิงข้อมูลระดับความเสี่ยงทางการเงินการคลัง (Financial Risk Score) ของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงต้นปีงบประมาณ สถาบันได้มีประกาศลดอัตราค่าธรรมเนียมการเยี่ยมสำรวจ เหลือเพียง 5,400 บาท/คน/วัน (ลดลง 70%) โดยสถานพยาบาลต้องมีจดหมายแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อขอลดค่าธรรมเนียมต่อสถาบันแล้วเสร็จก่อนวันเริ่มเยี่ยมสำรวจตามระเบียบสถาบัน

ค่าธรรมเนียมการเยี่ยมสำรวจ ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตั้งแต่ขั้นการเตรียมการเยี่ยมสำรวจของสถาบัน (ได้แก่ กระบวนการเตรียมทีมเยี่ยมสำรวจ การประเมินแบบประเมินตนเองที่สถานพยาบาลส่งมา การสร้างการเรียนรู้แผนการพัฒนาหรือรายงานความก้าวหน้า) ค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมสำรวจ (ได้แก่ ค่าตอบแทนผู้เยี่ยมสำรวจ ค่าเดินทางและค่าที่พัก) ค่าใช้จ่ายหลังการเยี่ยมสำรวจ (ได้แก่ กระบวนการพิจารณาผลการเยี่ยมสำรวจ กระบวนการแจ้งผลการรับรองและการออกใบรับรองคุณภาพให้สถานพยาบาล) ค่าใช้จ่ายในการออกใบรับรองคุณภาพและเครื่องหมายรับรองคุณภาพตลอดถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (เช่น ค่าใช้จ่ายในพิธีการมอบใบรับรองคุณภาพ และสิทธิในการเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันในรอบที่สถานพยาบาลเข้ารับใบรับรองคุณภาพ 1 สิทธิ) โดยสถาบันจะเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการเยี่ยมสำรวจไปยังสถานพยาบาลตามภาระงานเยี่ยม (man-day) ที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการเยี่ยมสำรวจ



### 3.5 การประสานงานด้านอาหาร:

3.5.1 **ขอความอนุเคราะห์สถานพยาบาล จัดเตรียมอาหารและเครื่องดื่ม** ระหว่างการเยี่ยมสำรวจ ในมือกลางวัน และมือเย็นที่มีกิจกรรมประชุมของคณะเยี่ยมสำรวจในสถานพยาบาล โดยจัดเตรียมเป็นอาหารจานเดียวหรือสำหรับเดี่ยว ตามความเหมาะสมโดยต้องไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายที่สิ้นเปลืองของสถานพยาบาล ทั้งนี้หากสถานพยาบาลไม่สะดวกหรือมีข้อจำกัดในการจัดเตรียมอาหารสำหรับคณะเยี่ยมสำรวจ โปรดแจ้งให้กับผู้ประสานงานประจำพื้นที่ทราบ เพื่อวางแผนการดำเนินงานตามความเหมาะสมต่อไป

3.5.2 **ขอความร่วมมือ งด การจัดเลี้ยงรับรองคณะเยี่ยมสำรวจทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล** เพื่ออัตรงไว้ซึ่งความโปร่งใสของกระบวนการเยี่ยมสำรวจและรักษาเวลาตามกำหนดการเยี่ยมสำรวจ ทั้งนี้หากได้รับการร้องขอทั้งโดยตรงและโดยอ้อมให้มีการเลี้ยงรับรองที่ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลจากคณะเยี่ยมสำรวจ ขอให้สถานพยาบาลแจ้งข้อมูลดังกล่าวต่อผู้ประสานงานประจำพื้นที่ของสถาบันโดยทันที

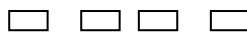
### 3.6 การประสานงานด้านการจัดสถานที่ อุปกรณ์ และการสนับสนุนบุคลากร ในวันเยี่ยมสำรวจ

3.6.1 **การจัดเตรียมห้องทำงานของคณะเยี่ยมสำรวจ:** ขอความอนุเคราะห์สถานพยาบาล จัดเตรียมห้องทำงานขนาดพอเหมาะสำหรับคณะเยี่ยมสำรวจ สำหรับการประชุมทีม รับประทานอาหาร รวมทั้งจัดเก็บสัมภาระส่วนตัว ระหว่างเข้าเยี่ยมสำรวจ ตั้งแต่ 07.30-18.00 น. พร้อมทั้งจัดเตรียมคอมพิวเตอร์ และปริ้นเตอร์ 1 ชุด อุปกรณ์เครื่องเขียน และกระดาษ A4

3.6.2 **การจัดเตรียมห้องประชุมสำหรับการสัมภาษณ์บุคลากรของสถานพยาบาล:** ขอความร่วมมือสถานพยาบาลจัดเตรียมห้องประชุมสำหรับการสัมภาษณ์บุคลากรของสถานพยาบาลที่มีขนาดเหมาะสม กับคณะเยี่ยมสำรวจ ผู้เข้ารับการสัมภาษณ์ รวมถึงบุคลากรที่เข้าร่วมเรียนรู้ ในการนี้สถาบันมีคำแนะนำในการจัดโต๊ะประชุมที่เหมาะสมและเอื้ออำนวยต่อปฏิสัมพันธ์ ในลักษณะตัวยู (U-Shape) โดยผู้เยี่ยมสำรวจและบุคลากรที่เข้าสัมภาษณ์จะมีปฏิสัมพันธ์ในลักษณะ Face to Face ได้ หรือรูปแบบอื่นตามความเหมาะสม ทั้งนี้ขอให้หลีกเลี่ยงการจัดในลักษณะ Classroom

#### ตัวอย่างผังการจัดโต๊ะ

ผู้เยี่ยมสำรวจ



จอภาพ

สถานพยาบาล



3.7 **การบันทึกภาพและเสียง:** ในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ อนุญาตให้มีการบันทึกภาพในลักษณะภาพนิ่งตามข้อตกลงระหว่างสถานพยาบาลกับสถาบัน โดยงดการบันทึกเสียงและภาพเคลื่อนไหว.



ทั้งนี้กรณีที่มีข้อจำกัดด้านสถานที่ ทำให้ต้องมีการถ่ายทอดสัญญาณภาพผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ระหว่างห้องประชุม ต้องได้รับความยินยอมจากหัวหน้าคณะเยี่ยมชมสำรวจ และแจ้งให้กับผู้ประสานงานประจำพื้นที่ของสถาบันทราบก่อนวันเยี่ยมชมสำรวจ

#### 4. สถาบันขอความร่วมมือ งดการมอบของที่ระลึกให้แก่คณะเยี่ยมชมสำรวจ ในทุกลักษณะและทุกกรณี

#### 5. การจัดเตรียมกิจกรรมตามกำหนดการเยี่ยมชมสำรวจ

5.1. ขอความร่วมมือให้สถานพยาบาลจัดเตรียมสถานที่ บุคลากรผู้เข้าร่วม และกิจกรรมที่สอดคล้องกับเป้าหมายและรูปแบบของกิจกรรมตามรายละเอียดในตาราง

5.2. ขอความอนุเคราะห์ให้สถานพยาบาลจัดเตรียมไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ของเอกสารนำเสนอในการประชุม/สัมมนาฯ ให้แก่คณะเยี่ยมชมสำรวจผ่านผู้ประสานงานประจำพื้นที่ อย่างน้อย 1 วันก่อนเริ่มการเยี่ยมชมสำรวจ เพื่อให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจได้ศึกษาเป็นข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งนี้หากประสงค์ที่จะจัดเตรียมเป็นสำเนาเอกสารประกอบสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจ ให้จัดพิมพ์เฉพาะบุคคลตามประสงค์

กิจกรรม	เป้าหมาย	บุคลากรผู้เข้าร่วม	การจัดเตรียม/รูปแบบกิจกรรม
การทบทวนเอกสาร (Documentation Review)	เพื่อให้คณะเยี่ยมชมสำรวจได้ศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล และรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมประกอบการวางแผนการเยี่ยมชมสำรวจ	บุคลากร 1 ท่าน เพื่ออำนวยความสะดวกในการสืบค้นข้อมูลเอกสาร	จัดเตรียมข้อมูลและเอกสารสำหรับการทบทวน (รายละเอียดตามเอกสารแนบ 2) ทั้งนี้ข้อมูลเอกสารที่อยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ให้จัดเตรียมวางไว้ในคอมพิวเตอร์ที่จัดไว้ในห้องทำงานคณะเยี่ยมชมสำรวจ โดยไม่ต้องสำเนาเป็นเอกสารกระดาษ
การประชุมเริ่มการเยี่ยมชมสำรวจ และนำเสนอภาพรวมการพัฒนาของสถานพยาบาล (Opening Conference & Hospital Presentation)	เพื่อให้ผู้นำ/ผู้แทนสถานพยาบาลนำเสนอภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพขององค์กร ผลลัพธ์ และแผนการพัฒนาคุณภาพรวมทั้งคณะเยี่ยมชมสำรวจ อธิบายเป้าหมาย โครงสร้าง และเนื้อหาของการเยี่ยมชมสำรวจให้แก่สถานพยาบาล	- ผู้บริหารสูงสุด และทีมนำ - QMR/ ผู้ประสานคุณภาพ - บุคลากรอื่นที่สถานพยาบาลกำหนด	- ผู้นำสถานพยาบาล กล่าวต้อนรับและแนะนำทีมนำสำคัญ - แนะนำคณะเยี่ยมชมสำรวจ - ผู้นำ/ผู้แทนสถานพยาบาล นำเสนอภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพขององค์กร ผลลัพธ์ และแผนการพัฒนาคุณภาพ (เวลาไม่ควรเกิน 15 นาที) - ผู้เยี่ยมชมสำรวจ เกริ่นนำ สะท้อนภาพรวมการนำเสนอ ชักถาม - ทบทวนและยืนยันกำหนดการเยี่ยมชมสำรวจร่วมกัน โดยบุคลากรสามารถตั้งคำถามและถามหาความกระจ่างจากผู้เยี่ยมชมสำรวจได้ตลอดกระบวนการเยี่ยมชม



<p>การสัมภาษณ์ผู้นำทีมยุทธศาสตร์ และการติดตามผลการดำเนินงาน (Leadership, Strategic Plan, &amp; KPI Monitoring)</p>	<p>เพื่อเรียนรู้บทเรียนจากการนำและการกำกับกิจการ การจัดทำและการนำกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ และกระบวนการเรียนรู้จากการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ผู้บริหารสูงสุด</li><li>- ผู้บริหารระดับสูง ที่รับผิดชอบกลยุทธ์</li><li>- บุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง จำนวนไม่เกิน 7-10 คน</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ผู้แทนสถานพยาบาลนำเสนอข้อมูลสรุป ประสิทธิภาพในการวิเคราะห์ ข้อมูลที่ใช้เพื่อขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์ และแผนพัฒนาสำหรับอนาคตจากการใช้ข้อมูลที่ได้ติดตาม (สอดคล้องกับเนื้อหา มาตรฐานตอนที่ I-1 การนำ, I-2 กลยุทธ์, I-4 การวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้ รวมถึงบทของมาตรฐานตอนที่ I ที่เกี่ยวข้องในระดับกลยุทธ์ และ ตอนที่ IV ผลการดำเนินการขององค์กร</li><li>- การสัมภาษณ์และแลกเปลี่ยนบทเรียนร่วมกับคณะเยี่ยมสำรวจ</li></ul>
<p>การสรุปย่อประจำวัน (Daily Briefing)</p>	<p>เพื่อรับรู้ความสามารถในการเรียนรู้กระบวนการคุณภาพของทีมบุคลากรของสถานพยาบาลระหว่างการเยี่ยมสำรวจ และนำเสนอข้อมูลสำคัญเพิ่มเติม</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ผู้บริหารสูงสุด และทีมนำ</li><li>- QMR/ ผู้ประสานคุณภาพ</li><li>- บุคลากรอื่นที่สถานพยาบาลกำหนด</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ตัวแทนสถานพยาบาลสรุปประเด็นสำคัญที่ได้เรียนรู้จากการเยี่ยมสำรวจ (ไม่เกิน 10 นาที)</li><li>- คณะเยี่ยมสำรวจ สะท้อนประเด็นที่พบจากการเยี่ยมสำรวจเพิ่มเติม ประเด็นที่เป็นความห่วงกังวล และเปิดโอกาสให้สถานพยาบาลเสนอข้อมูลเพิ่มเติม</li><li>- ทบทวนกำหนดการเยี่ยมสำรวจ และบรรยากาศ/แนวทางการเข้าเยี่ยมสำรวจ</li></ul>
<p>การตามรอยการดูแลผู้ป่วย (Trace Patient Care)</p>	<p>เพื่อประเมินการปฏิบัติและสร้างการเรียนรู้สอดคล้องตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและเชื่อมโยงกับระบบที่เกี่ยวข้อง</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- บุคลากรสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เข้าเยี่ยมสำรวจ</li><li>- ตัวแทนทีมนำทางคลินิกหรือทีมนำระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ผู้เยี่ยมสำรวจใช้เครื่องมือการตามรอยทางคลินิก (clinical tracer) โดยเรียนรู้จากกลุ่มผู้ป่วย/โรค/หัตถการ ที่ทีมนำทางคลินิกให้ความสำคัญ มีการสัมภาษณ์บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน การสังเกตสิ่งแวดล้อม/ปฏิสัมพันธ์ การทบทวนเวชระเบียน การศึกษาข้อมูลเอกสาร อาจมีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย/ครอบครัว มุ่งเน้นการบูรณาการและประสานการพัฒนาาระหว่างกระบวนการต่างๆ และเรียนรู้จากผลการดำเนินงาน</li><li>- สถานพยาบาลเป็นผู้จัดเตรียมและมี</li></ul>



			ส่วนร่วมในการเลือกหน่วยงานที่จะเข้าเยี่ยมชมตามความเหมาะสมและเวลา
การตามรอยระบบงานสำคัญ (อาทิ ENV & Equipment, บุคลากร (HR), RM, IPC, IM, Lab, X-ray, Medication Management System)	เพื่อประเมินการปฏิบัติและสร้างการเรียนรู้สอดคล้องตามมาตรฐานระบบงานสำคัญ และเชื่อมโยงกับระบบ/การดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none"><li>- บุคลากรสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เข้าเยี่ยมชมสำรวจ</li><li>- ตัวแทนทีมงานระบบงานที่เกี่ยวข้อง</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ผู้เยี่ยมชมสำรวจใช้เครื่องมือการตามรอยระบบงาน (system tracer) โดยเรียนรู้จากการปฏิบัติตามระบบงานที่สถานพยาบาลกำหนดไว้ มีการสัมภาษณ์บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน การสังเกตสิ่งแวดล้อม/ปฏิสัมพันธ์ การทบทวนเวชระเบียน การศึกษาข้อมูลเอกสาร มุ่งเน้นการบูรณาการและประสานการพัฒนาาระหว่างกระบวนการต่างๆ และเรียนรู้จากผลการดำเนินงาน</li><li>- สถานพยาบาลเป็นผู้จัดเตรียมและมีส่วนร่วมในการเลือกหน่วยงานที่จะเข้าเยี่ยมชมตามความเหมาะสมและเวลา</li></ul>
การสัมภาษณ์ทีม (Team Interview)	เพื่อเรียนรู้บทเรียนภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพผลลัพธ์ และแผนการพัฒนา	<ul style="list-style-type: none"><li>- ตัวแทนทีมงานระบบงาน</li><li>- ตัวแทนบุคลากรที่เกี่ยวข้องตามที่สถานพยาบาลกำหนด และเหมาะสมกับขนาดห้องประชุม</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ตัวแทนทีมงานระบบ นำเสนอบทเรียนภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ ผลลัพธ์ และแผนการพัฒนา (ไม่เกิน 15 นาที)</li><li>- การสัมภาษณ์และแลกเปลี่ยนบทเรียนร่วมกับคณะเยี่ยมชมสำรวจ</li></ul>
การสัมภาษณ์ตัวแทนชุมชน	เพื่อรับรู้ตัวอย่างผลงานความร่วมมือในการทำงานร่วมกับชุมชน	<ul style="list-style-type: none"><li>- ตัวแทนบุคลากรที่รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงานร่วมกับชุมชน</li><li>- ตัวแทนบุคคลจากชุมชนที่กำหนด ไม่ควรเกิน 3-5 คน (เนื่องจากการสัมภาษณ์มีระยะเวลาที่จำกัด)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ตัวแทนบุคลากรสถานพยาบาลแนะนำบุคคลจากชุมชนที่เข้าร่วมการสัมภาษณ์</li><li>- สรุปภาพรวมผลการดำเนินงานของชุมชน (อาจเป็นการนำเสนอ หรือการบอกเล่าโดยตัวแทนบุคคลจากชุมชน) ระยะเวลาไม่ควรเกิน 15 นาที</li><li>- การสัมภาษณ์และแลกเปลี่ยนบทเรียนร่วมกับคณะเยี่ยมชมสำรวจ</li></ul>



การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share and Learn Session)	เพื่อสร้างการเรียนรู้ในประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพตามบริบทของสถานพยาบาล โดยเป็นกิจกรรมสร้างการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างตัวแทนคณะเยี่ยมชมสำรวจและบุคลากรของสถานพยาบาล	- ตัวแทนบุคลากรสถานพยาบาลตามกลุ่มเป้าหมายของกิจกรรมที่ได้หารือร่วมกันระหว่างคณะเยี่ยมชมสำรวจกับสถานพยาบาล	- คณะเยี่ยมชมสำรวจ หรือร่วมกับตัวแทนแกนนำการพัฒนาของสถานพยาบาล ในการกำหนดประเด็นที่จะสร้างการเรียนรู้กลุ่มเป้าหมายบุคลากรที่เหมาะสม รูปแบบวิธีการเรียนรู้ ภายใต้ระยะเวลาที่กำหนด ไม่เกิน 1 ชั่วโมง เพื่อให้ได้ประเด็นและรูปแบบกิจกรรมสร้างการเรียนรู้ที่เหมาะสมและให้คุณค่าตามบริบทของสถานพยาบาล
การพบผู้บริหาร (Executive meeting)	เพื่อสรุปประเด็นสำคัญที่พบจากการเยี่ยมชมสำรวจ และหารือแนวทางร่วมกันระหว่างผู้บริหารสถานพยาบาลและคณะเยี่ยมชมสำรวจ ให้เกิดความเข้าใจและได้ข้อสรุปร่วมกัน	- ผู้บริหารระดับสูงและ/หรือบุคลากรแกนนำตามที่ผู้บริหารระดับสูงกำหนด	- คณะเยี่ยมชมสำรวจสรุปประเด็นสำคัญที่พบจากการเยี่ยมชมสำรวจ และหารือแนวทางร่วมกันระหว่างผู้บริหารสถานพยาบาลและคณะเยี่ยมชมสำรวจ ให้เกิดความเข้าใจและได้ข้อสรุปร่วมกัน ระยะเวลาไม่เกิน 30 นาที
การประชุมปิดการเยี่ยมชมสำรวจ (Exit Conference)	เพื่อสะท้อนและสรุปผลของการเยี่ยมชมสำรวจ	- ผู้บริหารสูงสุดและทีมนำ - QMR/ ผู้ประสานคุณภาพ - บุคลากรอื่นที่สถานพยาบาลกำหนด	- คณะเยี่ยมชมสำรวจสะท้อนบรรยายภาคกล่าวขอบคุณ และสรุปร่างผลรายงานการเยี่ยมชมสำรวจ (Exit Report) เพื่อสอบถามประเด็นและความเข้าใจร่วมกับบุคลากรของสถานพยาบาล - ผู้นำหรือตัวแทนสถานพยาบาลสะท้อนบรรยายภาค และกระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ และปิดการเยี่ยมชมสำรวจ

## 6. การตามรอยด้วยการสุ่มเยี่ยมหน่วยงาน:

6.1 การตามรอยจะใช้วิธีการสุ่มเยี่ยมหน่วยงาน โดยประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งสถานพยาบาล

จัดเตรียมและระบุไว้ในกำหนดการกิจกรรมการเยี่ยมชมสำรวจ และการสุ่มเยี่ยมหน่วยงานที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ

อาจมีการขอเข้าเยี่ยมเพิ่มเติมจากที่สถานพยาบาลจัดเตรียม ในการนี้การตามรอยไม่จำเป็นต้องเข้าเยี่ยม

สำรวจครอบคลุมหน่วยงานทุกหน่วยของสถานพยาบาล

กิจกรรม	ตัวอย่างหน่วยงาน
Trace Patient Care	เป็นการสุ่มเยี่ยมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกระบวนการดูแลผู้ป่วย อาทิ OPD, ER, IPD, OR, LR, ICU, บริการ tele-medicine, หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเฉพาะ รวมทั้งหน่วยทันตกรรม, X-ray, Lab



Trace ระบบ RM	เป็นการสุ่มเยี่ยมหน่วยงานเพื่อตามรอยระบบบริหารความเสี่ยง ในการจัดการ ความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน
Trace ระบบ IPC	เป็นการสุ่มเยี่ยมหน่วยงานที่มีการดูแลผู้ป่วย/การทำหัตถการ เพื่อตามรอยการ ปฏิบัติตามแนวทาง นโยบายและการกำกับติดตามระบบการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ
Trace ระบบยา	เป็นการสุ่มเยี่ยมหน่วยงาน เพื่อตามรอยการปฏิบัติตามแนวทาง นโยบายที่ เกี่ยวข้องและการกำกับติดตามระบบการบริหารจัดการด้านยา
Trace ENV & Equipment	เป็นการสุ่มเยี่ยมหน่วยงาน เพื่อตามรอยการปฏิบัติตามมาตรฐาน ระเบียบ ข้อกำหนดต่างๆ และการกำกับติดตามในด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความ ปลอดภัย เครื่องมือและระบบสาธารณสุขโรค สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริม สุขภาพ และการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม
Trace HRD	เป็นการสุ่มเยี่ยมหน่วยงานและบุคลากรที่หน่วยงาน เพื่อตามรอยเกี่ยวกับระบบการ บริหารทรัพยากรบุคคล
Trace IM	เป็นการสุ่มเยี่ยมหน่วยงาน เพื่อตามรอยเกี่ยวกับระบบการจัดการด้านข้อมูล สารสนเทศ รวมทั้งเทคโนโลยีดิจิทัล

## 6.2 แนวทางสำหรับบุคลากรหน่วยงานในการเรียนรู้ร่วมกับผู้เยี่ยมสำรวจที่หน่วยงาน

- 6.2.1 ใช้เวลา 5 นาทีแรกนำเสนอผลลัพธ์/ผลของงานที่ทีมภาคภูมิใจมากที่สุด และอาจนำเสนอข้อมูล สำคัญและผลลัพธ์/ผลของงานที่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น (ถ้ามี) โดยไม่จำเป็นต้องนำเสนอรายละเอียด วิธีการปฏิบัติ/การพัฒนา
- 6.2.2 เมื่อผู้เยี่ยมสำรวจตั้งคำถาม ให้จับประเด็นคำถามให้ชัดเจน (ควรจดประเด็นคำถามไปด้วย เพื่อ ทบทวนความเข้าใจ และเพื่อจะได้ตอบได้ครอบคลุม และควรเชื่อมโยงประเด็นคำถามกับ มาตรฐาน HA และนี่ก็ถึงเป้าหมายของมาตรฐานไปด้วยในระหว่างคิดคำตอบ
- 6.2.3 ถ้าฟังคำถามไม่เข้าใจ อย่าลังเลที่จะถามผู้เยี่ยมสำรวจกลับ ด้วยการ (ก) ขอให้ผู้เยี่ยมสำรวจ ตั้งคำถามใหม่ที่ชัดเจนมากขึ้น หรือ (ข) ขอให้ผู้เยี่ยมสำรวจอธิบายเหตุผลของการตั้งคำถามนั้น หรือ (ค) ทวนคำถามด้วยสำนวนของเราเองและขอให้ผู้เยี่ยมสำรวจยืนยันว่าใช้สิ่งที่ผู้เยี่ยมสำรวจ ต้องการทราบหรือไม่ อย่าตอบคำถามโดยที่ยังไม่เข้าใจว่าผู้ถามต้องการอะไร
- 6.2.4 ควรตอบให้ตรงประเด็นอย่างกระชับ ไม่เยิ่นเย้อ โดยการเยี่ยมสำรวจเน้นการเรียนรู้จากบทเรียน การปฏิบัติ ไม่ได้เป็นการจับผิดหรือตรวจสอบ การได้เรียนรู้จากข้อเท็จจริงและบทเรียนที่เกิดขึ้น ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนร่วมกัน จะทำให้เกิดคุณค่ามากยิ่งขึ้น
- 6.2.5 ควรนำเสนอตัวอย่างของการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและสัมผัสได้ บอกเล่าถึงสิ่งที่ทำใน ชีวิตประจำวัน ไม่ควรตอบคำถามตามทฤษฎีซึ่งยังไม่ได้นำมาปฏิบัติ
- 6.2.6 ควรตอบให้ครบ PDCA คือ แนวทางการทำงานเป็นอย่างไร การปฏิบัติจริงเป็นอย่างไร ครอบคลุมเพียงใด ผลลัพธ์เป็นอย่างไร มีแผนที่จะทำอะไรต่อ



- 6.2.7 ควรกระจายผู้ตอบให้ทั่วถึงโดยให้ผู้ปฏิบัติที่รู้เรื่องดีที่สุดเป็นผู้เริ่มต้นตอบและสมาชิกที่เหลือช่วยกันเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ ตามบทบาทหน้าที่ เช่น ผู้ปฏิบัติ หัวหน้างาน ทีมระบบ เป็นต้น
- 6.2.8 หากต้องการตอบคำถามที่ผ่านมาแล้ว และผู้เยี่ยมสำรวจได้ตั้งประเด็นใหม่แล้ว ควรรอจนการพูดคุยในประเด็นใหม่สิ้นสุดลง แล้วค่อยย้อนกลับไปตอบคำถามเดิมโดยระบุให้ชัดเจนว่าเป็นการตอบต่อคำถามอะไร
- 6.2.9 เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ขอให้ทีมช่วยกันสรุปว่าได้เห็นโอกาสพัฒนาอะไรบ้างจากคำถามของผู้เยี่ยมสำรวจ ก่อนที่จะให้ผู้เยี่ยมสำรวจสรุปข้อเสนอแนะให้ทีม

### 7. แนวทางการเข้าถึงเหตุการณ์ของบุคคลภายนอกสถานพยาบาลในกระบวนการเยี่ยมสำรวจ:

- 7.1 กรณีมีบุคคลภายนอกแสดงความประสงค์ที่จะเข้าถึงเหตุการณ์ในกระบวนการเยี่ยมสำรวจของสถานพยาบาล ทั้งที่เป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสถานพยาบาล และ/หรือบุคคลที่ขอเข้าร่วมสังเกตการณ์ในส่วนของการประกันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ต้องได้รับความยินยอมจากหัวหน้าของสถานพยาบาลและหัวหน้าคณะเยี่ยมสำรวจ โดยมีการแจ้งขอเข้าถึงเหตุการณ์อย่างเป็นทางการ
- 7.2 บุคคลภายนอกที่เข้าถึงเหตุการณ์จะต้องมีป้ายหรือสัญลักษณ์ของผู้สังเกตการณ์ให้ชัดเจน และแจ้งข้อมูลรายชื่อ ตำแหน่ง และความเกี่ยวข้อง ให้กับคณะเยี่ยมสำรวจทราบ

หมายเหตุ : ศึกษาเพิ่มเติมได้จากแนวทางปฏิบัติผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์กระบวนการเยี่ยมสำรวจ (รายละเอียดตามเอกสารแนบ 4)

### 8. ความเข้าใจในกระบวนการเยี่ยมสำรวจ

เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความคาดหวังที่ถูกต้องต่อกระบวนการเยี่ยมของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ทางสถาบันจึงขอสรุปประเด็นที่มักจะทำให้เกิดความเข้าใจที่สับสนไว้ ดังนี้

ผู้เยี่ยมสำรวจมาทำอะไร	ผู้เยี่ยมสำรวจไม่ได้มาทำอะไร
เรามาในฐานะผู้มีความรู้ทั่วไปซึ่งมีความรู้เรื่องกระบวนการคุณภาพ	เราไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในด้านเทคนิค
เรามาด้วยหมวกสามใบ คือตัวแทนของผู้รับบริการ ผู้รู้เรื่องกระบวนการคุณภาพ และผู้แทนของวิชาชีพ	เราไม่ได้มาประเมินทางวิชาชีพในเชิงลึก
เรามาเพื่อยืนยันผลการประเมินตนเองของสถานพยาบาล	เราไม่ได้มาตัดสินผิดถูก ตรวจสอบ หรือมาจับผิด
เรามาเพื่อวิเคราะห์ระบบงานในภาพรวม และสะท้อนมุมมองจากภายนอกโดยใช้กระบวนการคุณภาพ ประกอบกับเป้าหมายและประเด็นสำคัญของมาตรฐาน	เราไม่ได้มาเพื่อประเมินการทำงานของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน
เรามาเพื่อกระตุ้นให้สถานพยาบาลเห็นตัวเอง เห็นจุดแข็งจุดอ่อนของตัวเอง ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และชี้ให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น	เราไม่ได้บ่งการว่าสถานพยาบาลจะต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้
เราพยายามใช้เทคนิคการโค้ชแบบ non-directive คือ	เราจะไม่ใช้เทคนิคแบบ directive หรือให้คำตอบ



ผู้เยี่ยมชมสำรวจมาทำอะไร	ผู้เยี่ยมชมสำรวจไม่ได้มาทำอะไร
ตั้งคำถามเพื่อให้ทีมงานคิดหาคำตอบด้วยตัวเอง	ตรงๆ แก่ทีมงาน ยกเว้นแต่จะเป็นการยกตัวอย่างเพื่อให้ทีมงานคิดต่อไปได้
เราต้องการคำตอบที่เป็นรูปธรรมซึ่งสะท้อนให้เห็นการปฏิบัติจริง คือ ทีมงานทำอะไร ทำได้ครอบคลุมเพียงใด ทำแล้วได้ผลอย่างไรและจะทำอะไรต่อไป	เราไม่ต้องการคำตอบเชิงทฤษฎี ซึ่งไม่ได้มีการปฏิบัติจริง
เรามาเพื่อชื่นชมและให้กำลังใจในส่วนที่ทำได้ดีอยู่แล้ว แต่อาจจะใช้เวลาพูดคุยในส่วนนี้ไม่มากนัก เพราะได้ข้อมูลจากรายงานผลการประเมินตนเองมาส่วนหนึ่งแล้ว	เราไม่ได้ละเลยสิ่งที่ทีมงานทำได้ดีแล้ว แต่การใช้เวลาพูดคุยเพื่อหาโอกาสพัฒนาจะได้ประโยชน์แก่สถานพยาบาลมากกว่า
เราต้องการให้ทีมงานมีกำลังใจที่จะพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยการให้ข้อเสนอแนะต่างๆ	เราไม่ต้องการให้ทีมงานหมดกำลังใจในการพัฒนาคุณภาพ

## 9. หลักเกณฑ์การพิจารณารับรองคุณภาพสถาน

9.1 คณะเยี่ยมชมสำรวจสรุปผลการเยี่ยมชมสำรวจและจัดส่งรายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจให้แก่สถาบันผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลโดยคำแนะนำหรือความเห็นของคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ มีอำนาจพิจารณาและอนุมัติการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการสถาบันกำหนด

### 9.2 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (HA Scoring Guideline)

Scoring Guideline : แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน		
Score	Process	Result
1	ออกแบบและเริ่มต้นปฏิบัติ Design & early stage of implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน แต่ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ Partial implementation	ติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตามประเด็นที่สำคัญ Relevant and valid measures
3	มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล Effective implementation	วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด Get use of measures
4	มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง Continuous improvement	มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) Good results (better than average)
5	มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี Role model, good practices, innovation	มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile)



### 9.3 หลักเกณฑ์การรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐาน

การรับรอง	คะแนน HA Scoring รายบท				มาตรฐานสำคัญจำเป็น	อายุการรับรอง
	I	II	III	IV		
การรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐาน (HA) อายุการรับรอง 3 ปี	≥ 2.5	≥ 2.5	≥ 2.5	≥ 2.5	ผ่าน	อายุการรับรอง 3 ปี
การรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐาน (HA) อายุการรับรอง 4 ปี	≥ 3.0* ≥ 2.5 *I-1, I-3	≥ 3.0* ≥ 2.5 *II-1, II-3, II-4, II-6	เฉลี่ย ≥ 3.0	≥ 3.0* ≥ 2.5 *IV-1, IV-2	ผ่าน	อายุการรับรอง 4 ปี
การรับรองคุณภาพขั้นก้าวหน้า (AHA) อายุการรับรอง 4 ปี	≥ 3.0	≥ 3.0	≥ 3.0	เฉลี่ย > 3.5	ผ่าน	อายุการรับรอง 4 ปี
รับรองคุณภาพขั้นมาตรฐาน (AHA) อายุการรับรอง 5 ปี	≥ 3.5	≥ 3.5	≥ 3.5	เฉลี่ย > 4.0	ผ่าน	อายุการรับรอง 5 ปี

## 10. การแจ้งผลการรับรองคุณภาพและจัดส่งรายงานผลการเยี่ยมสำรวจ

10.1 กรณีที่คณะเยี่ยมสำรวจเสนอรายงานเข้าสู่กระบวนการพิจารณาตัดสินการรับรองคุณภาพ (Submit Report) แล้ว สถาบันจะมีกระบวนการดำเนินงานอีกไม่เกิน 60 วันนับถัดจากวันที่ได้รับรายงานการเยี่ยมสำรวจฉบับสมบูรณ์จากหัวหน้าคณะเยี่ยมสำรวจ

10.2 ทางสถาบันจะจัดส่งรายงานผลการเยี่ยมสำรวจ ผ่านทาง web-based application ระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล <https://hospital.ha.or.th> ในระยะเวลา 30 วัน นับจากวันที่มีประกาศอนุมัติการรับรองคุณภาพ

## 11. การอุทธรณ์ผลการรับรองคุณภาพ

11.1 ในกรณีที่สถานพยาบาลไม่ผ่านการรับรองคุณภาพหรือถูกสั่งเพิกถอนการรับรองคุณภาพ สามารถใช้สิทธิอุทธรณ์คำสั่งต่อผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ภายใน 15 วันนับถัดจากวันที่สถานพยาบาลได้รับแจ้งคำสั่ง โดยในหนังสืออุทธรณ์ให้สถานพยาบาลแนบข้อมูลหรือหลักฐานเพิ่มเติมเพื่อโต้แย้งเหตุผลของการไม่ผ่านการพิจารณารับรองคุณภาพหรือเพิกถอนการรับรองคุณภาพมาด้วย

11.2 กระบวนการอุทธรณ์มีกำหนดระยะเวลาไม่เกิน 60 วันนับถัดจากวันที่ผู้อำนวยการสถาบันได้รับหนังสืออุทธรณ์จากสถานพยาบาล ในการนี้สถาบันจะดำเนินการตามระเบียบที่กำหนดโดยสถาบันและแจ้งผลการอุทธรณ์ให้กับสถานพยาบาลทราบเป็นลายลักษณ์อักษร โดยผลการพิจารณาของคณะกรรมการสถาบันถือเป็นที่สุด ในกรณีมีเหตุจำเป็นที่อาจพิจารณาให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาดังกล่าว คณะกรรมการสถาบันจะมีหนังสือแจ้งให้สถานพยาบาลผู้อุทธรณ์ทราบก่อนครบกำหนดเวลาดังกล่าว ในการนี้การขยายระยะเวลาพิจารณาอุทธรณ์ออกไปได้ไม่เกิน 30 วันนับแต่วันที่ครบกำหนดเวลาดังกล่าว

## 12. ใบรับรองคุณภาพและเครื่องหมายรับรองคุณภาพ



12.1 สถาบันจัดทำใบรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ให้แก่สถานพยาบาล ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับอนุมัติการรับรองคุณภาพ โดยแจ้งช่องทางการดาวน์โหลดไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ตามที่ระบุไว้ในจดหมายแจ้งผลการรับรองคุณภาพ และเผยแพร่ใบรับรองคุณภาพบนเว็บไซต์ของสถาบัน

12.2 สถานพยาบาลสามารถใช้สัญลักษณ์การรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลได้ตามช่วงระยะเวลาที่ได้รับการรับรองคุณภาพ และต้องปฏิบัติตามแนวทางการใช้สัญลักษณ์การรับรองคุณภาพที่สถาบันกำหนดอย่างเคร่งครัด

### 13. การปฏิบัติหลังได้รับการรับรองคุณภาพ

13.1 เมื่อสถานพยาบาลได้รับอนุมัติการรับรองคุณภาพแล้ว สถาบันจะดำเนินการแจ้งผลการรับรองคุณภาพและจัดส่งรายงานการเยี่ยมสำรวจฉบับสมบูรณ์ให้แก่สถานพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรภายใน 45 วัน นับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ ทั้งนี้สถาบันจะแจ้งกำหนดเวลาการปฏิบัติหลังการรับรองตามความเห็นของคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ

13.2 ให้สถานพยาบาลพิจารณาข้อเสนอแนะจากรายงานผลการเยี่ยมสำรวจ นำประเด็นที่พบมาประกอบการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพสอดคล้องตามข้อเสนอแนะ โดยไม่จำเป็นต้องจัดส่งแผนพัฒนาคุณภาพดังกล่าวให้กับสถาบัน เว้นแต่สถาบันได้มีการแจ้งการปฏิบัติหลังการรับรองคุณภาพให้สถานพยาบาลจัดส่งแผนพัฒนาคุณภาพให้กับสถาบันเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาอย่างใกล้ชิด

13.3 ให้สถานพยาบาลซึ่งคณะกรรมการมีคำแนะนำหรือความเห็นให้จัดส่งแผนการพัฒนาคุณภาพภายหลังได้รับการรับรองคุณภาพ ต้องจัดส่งแผนการพัฒนาคุณภาพให้สถาบัน ภายใน 90 วันนับจากวันที่สถาบันแจ้งผลการรับรองคุณภาพ และจัดส่งรายงานผลการเยี่ยมสำรวจฉบับสมบูรณ์

13.4 ให้สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ ต้องจัดส่งรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพให้สถาบัน ภายใน 12 เดือนนับจากวันที่ได้รับอนุมัติการรับรองคุณภาพ ในกรณีสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐานที่มีระยะเวลารับรอง 4 ปี ต้องจัดส่งรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพครั้งที่สองให้สถาบัน ภายใน 30 เดือนนับจากวันที่ได้รับอนุมัติการรับรองคุณภาพ

13.5 ในกรณีสถานพยาบาลที่ไม่สามารถดำเนินการส่งแผนการพัฒนาคุณภาพ หรือรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพตามระยะเวลาที่กำหนด ให้สถานพยาบาลต้องทำหนังสือระบุเหตุผลความจำเป็นถึงสถาบัน ภายใน 30 วันนับจากวันที่กำหนด และให้สถาบันจัดให้มีกระบวนการสร้างการเรียนรู้เพื่อหาโอกาสพัฒนาและติดตามความก้าวหน้า และให้สถานพยาบาลดำเนินการส่งแผนการพัฒนาหรือรายงานความก้าวหน้าไม่เกิน 90 วัน นับจากวันที่สถาบันได้ดำเนินการ ทั้งนี้กรณีสถานพยาบาลไม่ได้ดำเนินการ สถาบันจะพิจารณานำเหตุดังกล่าวเพื่อขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการในการพิจารณาระยะเวลาและสถานะการรับรองคุณภาพ

13.6 สถาบันจัดกิจกรรมเพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพ หลังสถานพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพที่มีใช้เพื่อการรับรองคุณภาพ ตามคำแนะนำหรือความเห็นของคณะกรรมการในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ในกรณีนี้จะสถาบันจะแจ้งกิจกรรมและกำหนดระยะเวลาดำเนินการในจดหมายแจ้งผลการเยี่ยมสำรวจของสถานพยาบาลอย่างเป็นทางการ



#### 14. การรับฟังเสียงสะท้อนและประเมินผล และช่องทางการร้องเรียน

สถาบันมีแนวทางที่เป็นระบบในการประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ การประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจ การประเมินความพึงพอใจต่อคณะเยี่ยมสำรวจ โดยภายหลังการเยี่ยมสำรวจขอให้สถานพยาบาลดำเนินการ ดังนี้

14.1 สถาบันจะจัดส่ง Link และ QR Code แบบสอบถามความคิดเห็นกระบวนการเยี่ยม ผ่านทาง E-mail ผู้ประสานงานโรงพยาบาล ภายใน 1 สัปดาห์หลังการเยี่ยมสำรวจ

14.2 ขอให้สถานพยาบาลดำเนินการตอบกลับ “แบบสอบถามความคิดเห็นต่อกระบวนการเยี่ยมสำรวจ” สถานพยาบาลละ 1 การตอบแบบสอบถาม

- แบบสอบถามความคิดเห็นต่อกระบวนการเยี่ยม

<https://forms.office.com/r/jCFK7Dxtwp>



14.3 ช่องทางการร้องเรียนของสถาบันผ่านระบบเว็บไซต์ [www.ha.or.th](http://www.ha.or.th) [ช่องทางร้องเรียน](#), หรือทาง e-mail: [complaint@ha.or.th](mailto:complaint@ha.or.th)



## เอกสารแนบ 1

### เอกสารสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจ

#### การเยี่ยมชมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ Accreditation Survey (AS) / Re-accreditation Survey (RS)

1. Hospital Profile (ข้อมูลพื้นฐานสถานพยาบาล)
2. รายงานผลการประเมินตนเอง SAR 2022 ทั้งนี้ข้อมูลรายงานแบบประเมินตนเอง ตอนที่ IV ควรมีการแสดงข้อมูล การดำเนินการล่าสุด ไม่เกิน 3 เดือนก่อนวันที่จัดส่งหนังสือแสดงเจตนา
3. ภาพรวมของ CLT/PCT (CLT/PCT Profile) และ Clinical Tracer / Clinical Quality Summary
4. รายงานความก้าวหน้าตามข้อเสนอแนะ (ถ้ามี)
5. แบบประเมินตนเองโครงสร้างอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมและหน่วยงานสำคัญในสถานพยาบาล
6. ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
7. เอกสารหนังสือรับรอง หรือใบรับรองการตรวจประเมิน หรือรายงานการขอรับรองจากสภาวิชาชีพและใบรับรองที่เกี่ยวข้อง หรือสำเนาจดหมายขอรับการตรวจประเมิน (กรณีอยู่ระหว่างกระบวนการ)
  - 7.1 การรับรองจากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)
    - กรณีขอการรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐานครั้งแรก สำหรับสถานพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย สถานพยาบาลภาครัฐที่ขอเปิดบริการ 90 เดียงขึ้นไป สถานพยาบาลภาครัฐที่ให้บริการเฉพาะทาง สถานพยาบาลเอกชน
    - กรณีขอต่ออายุการรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐานและขั้นก้าวหน้า สำหรับสถานพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย สถานพยาบาลภาครัฐที่ขอเปิดบริการ 300 เดียงขึ้นไป สถานพยาบาลภาครัฐที่ให้บริการเฉพาะทางด้าน จิตเวชที่ขอเปิดบริการ 300 เดียงขึ้นไป และสถานพยาบาลเอกชนที่ขอต่ออายุการรับรองขั้นก้าวหน้า
  - 7.2 การรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ มาตรฐานงานเทคนิค การแพทย์จากสภาเทคนิคการแพทย์ มาตรฐานห้องปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุขหรือมาตรฐาน ISO15189 จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
  - 7.3 การรับรองมาตรฐานทางวิชาการห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยาจากราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย สำหรับสถานพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย สถานพยาบาลภาครัฐระดับทั่วไปขึ้นไปที่เปิดบริการห้องปฏิบัติการ พยาธิวิทยา
  - 7.4 การรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทั้งในกรณีสถานพยาบาลที่มีการให้บริการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทั้งที่ดำเนินการเองหรือให้ภาคเอกชนมาดำเนินการในสถานพยาบาล
  - 7.5 การรับรองมาตรฐานหรือระบบบริหารคุณภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ การรับรองมาตรฐานบริการ กายภาพบำบัด การรับรองมาตรฐานด้านการบริการโลหิต (ถ้ามี)
8. รายงานผลการตรวจวิเคราะห์และทดสอบคุณภาพน้ำ ได้แก่
  - 8.1 ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งจากระบบบำบัดน้ำเสีย จำนวน 4 ครั้งล่าสุด โดยครั้งสุดท้ายไม่เกิน 3 เดือนก่อนวัน



เริ่มเยี่ยมชมสำรวจ และต้องมีผลการตรวจคุณภาพผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 2 พารามิเตอร์สำคัญได้แก่ ค่า BOD และ ค่า Coliform จากการส่งตรวจคุณภาพน้ำอย่างน้อย 11 พารามิเตอร์ ในกรณีผลการตรวจไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ให้สถานพยาบาลจัดส่งแผนปรับปรุงคุณภาพน้ำจากระบบบำบัดน้ำเสียประกอบ

8.2 น้ำอุปโภคและบริโภค จำนวน 2 ครั้งล่าสุด กรณีผลการตรวจไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ให้สถานพยาบาลจัดส่งแผนปรับปรุงคุณภาพน้ำอุปโภคและบริโภค

8.3 น้ำทิ้งจากหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 3 ครั้งล่าสุด (ถ้ามี) ในกรณีผลการตรวจไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ให้สถานพยาบาลจัดส่งแผนปรับปรุงคุณภาพน้ำทิ้ง

9. ใบอนุญาตหรือเอกสารหลักฐานการจดทะเบียนครอบครองเครื่องกำเนิดรังสี และรายงานผลการตรวจสอบของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์หรือหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญอื่น

10. ใบอนุญาตให้ใช้อาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือเคลื่อนย้ายอาคาร (อ.5 หรือ อ.6) (กรณีสถานพยาบาลเอกชน) ในกรณีมีการนำที่พักรมาดัดแปลงอาคาร ต้องมีเอกสารใบอนุญาต อ.1 และ อ.6 เพิ่มเติมให้ครบถ้วน

หมายเหตุ: ขอให้สถานพยาบาลหลีกเลี่ยงการระบุชื่อสถานพยาบาล โลโก้สถานพยาบาล ในเนื้อหาเอกสาร SAR ตอนที่ IV และ ภาพรวมของ CLT/PCT (CLT/PCT Profile) และ Clinical Tracer / Clinical Quality Summary (รายละเอียดเพิ่มเติมตามภาคผนวก) เพื่อสะดวกในการจัดเตรียมเอกสารภาคผนวกเสนอพิจารณาในกระบวนการพิจารณาผลการรับรอง



## เอกสารแนบ 2

### การทบทวนเอกสารในการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ (Documentation Review)

ในช่วง Documentation Review ขอให้สถานพยาบาลจัดเตรียมเอกสารไว้ ณ ห้องที่จัดเตรียมเป็นห้องทำงานของคณะผู้เยี่ยมสำรวจ ดังรายการต่อไปนี้

#### 1. เอกสาร

- 1.1. พันธกิจ วิสัยทัศน์ แผนยุทธศาสตร์ ทิศทาง QI Plan และผลการดำเนินงาน
- 1.2. รายงานการประชุมของคณะกรรมการต่างๆ และทีมงานทางคลินิก (ช่วง 1 – 2 ปี)
- 1.3. ผลการศึกษาความต้องการหรือผลสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ/ ผู้ให้บริการ/ ชุมชน ผู้รับผลงานอื่น และการตอบสนองต่อสิทธิของผู้ป่วย
- 1.4. HR Plan, ผลการประเมินสมรรถนะบุคลากร
- 1.5. รายงานผลการเยี่ยมสำรวจโดยองค์กรภายนอก หรือรายงานผลการเยี่ยมของผู้เยี่ยมสำรวจ
- 1.6. การนำเสนอผลการพัฒนา หรือ ตัวอย่าง CQI การพัฒนาระบบงานสำคัญ
- 1.7. ผลการบริหารและกำกับติดตาม outsource (ถ้ามี)
- 1.8. ข้อมูลที่สะท้อนระบบบริหารความเสี่ยง ได้แก่
  - 1.8.1. Risk Profile, Risk register
  - 1.8.2. ผลการทบทวน เช่น การทบทวนการเสียชีวิต, การทบทวนการส่งต่อ, การทบทวนการทรุดลง เป็นต้น
  - 1.8.3. รายงานอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนต่างๆ (Incident Report), ข้อมูล ม. 41
  - 1.8.4. การทำ root cause analysis, การพัฒนาที่เกิดขึ้น
- 1.9. ผลการตรวจสอบคุณภาพน้ำ
- 1.10. ข้อระเบียบ/ ธรรมนูญองค์กรแพทย์
- 1.11. แบบประเมินระดับหน่วยงานทุกหน่วยงาน (Service Profile)
- 1.12. เอกสารหรือฐานข้อมูลแสดงใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ใบอนุญาต (โดยเฉพาะกรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชน)
- 1.13. เอกสารอื่นๆ ที่โรงพยาบาลต้องการสื่อสาร

#### 2. เวชระเบียน

- 2.1. การทบทวนเวชระเบียน: การจัดเตรียมเวชระเบียนเพื่อการทบทวน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้
  - 2.1.1. การทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียน (ทบทวนเชิงคุณภาพ) ขอให้จัดเตรียมเวชระเบียนให้ทบทวนในห้องทำงานของคณะผู้เยี่ยมสำรวจ โดยมีแนวทางการจัดเตรียมเวชระเบียน ดังนี้
    - 2.1.1.1. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยไว้ 3 โรคต่อแผนก โรคละ 3 ฉบับ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
    - 2.1.1.2. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีวันนอนนานที่สุดมา 5 ฉบับ
    - 2.1.1.3. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในสาขาสูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม สาขาละ 5 ฉบับ
    - 2.1.1.4. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้า ICU โดยมีได้วางแผน 5 ฉบับ



- 2.1.1.5. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ส่งต่อ โดยมีได้วางแผน 5 ฉบับ
- 2.1.1.6. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 5 ฉบับ
- 2.1.2. รายงานสรุปผลการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สะท้อนการพัฒนาคุณภาพ
  - 2.1.2.1. แสดงตัวอย่างการนำผลการทบทวนที่นำมาปรับปรุงระบบอย่างเป็นรูปธรรม และระบุหน่วยงาน/ระบบที่เกี่ยวข้อง (ในผู้ป่วยกลุ่มสำคัญ)
  - 2.1.2.2. แสดงผลลัพธ์หลังจากการทบทวนที่ได้ โดยเห็นความสัมพันธ์กันทั้งกระบวนการและผลลัพธ์
- 2.2. การทบทวนเวชระเบียนโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช : การจัดเตรียมเวชระเบียนเพื่อการทบทวนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้
  - 2.2.1. การทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียน (ทบทวนเชิงคุณภาพ) ขอให้จัดเตรียมเวชระเบียนให้ทบทวนในห้องทำงานของคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ โดยมีแนวทางการจัดเตรียมเวชระเบียน ดังนี้
    - 2.2.1.1. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยไว้ 3 โรค ต่อแผนก โรคละ 3 ฉบับ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
    - 2.2.1.2. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีวันนอนนานที่สุดมา 5 ฉบับ
    - 2.2.1.3. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (ถ้ามี)
    - 2.2.1.4. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนกาย 5 ฉบับ
    - 2.2.1.5. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า (refer out) ทั้งที่มีปัญหาจากสุขภาพจิต และที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย อย่างละ 5 ฉบับ
    - 2.2.1.6. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ส่งต่อเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล (refer in) จำนวน 5 ฉบับ
    - 2.2.1.7. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และ 90 วัน อย่างละ 5 ฉบับ
  - 2.3. รายงานสรุปผลการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สะท้อนการพัฒนาคุณภาพ
    - 2.3.1. แสดงตัวอย่างการนำผลการทบทวนที่นำมาปรับปรุงระบบอย่างเป็นรูปธรรม และระบุหน่วยงาน/ระบบที่เกี่ยวข้อง (ในผู้ป่วยกลุ่มสำคัญ)
    - 2.3.2. แสดงผลลัพธ์หลังจากการทบทวนที่ได้ โดยเห็นความสัมพันธ์กันทั้งกระบวนการและผลลัพธ์

## หมายเหตุ

1. กรณีสถานพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะทางอื่นๆ ขอให้เตรียมเวชระเบียนของผู้ป่วยเฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง
2. กรณีสถานพยาบาลใช้ระบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ขอให้สถานพยาบาลมีเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลด้วย



## ภาคผนวก

### การพิจารณารับรองคุณภาพ

ตามที่สถาบันได้จัดให้มีการเยี่ยมชมสำรวจรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล ในการนี้ภายหลังการเยี่ยมชมสำรวจ สถาบันจะนำเสนอรายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจจากผู้เยี่ยมชมสำรวจและเอกสารประกอบรายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจ ได้แก่ 1) ผลลัพธ์การดำเนินงานขององค์กร และ 2) รายงานการประเมินตนเองคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของ CLT/PCT และ Clinical Tracer โดยไม่เปิดเผยชื่อของสถานพยาบาลในเอกสาร ประกอบการพิจารณารับรองกระบวนการคุณภาพต่อคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ ซึ่งทำหน้าที่ให้คำแนะนำหรือความเห็นเพื่อการพิจารณารับรองคุณภาพสถานพยาบาลและเสนอต่อผู้อำนวยการพิจารณาและอนุมัติการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด เพื่อให้เอกสารประกอบรายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจ ในการพิจารณารับรองคุณภาพ มีความเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อการพิจารณารับรองคุณภาพสถานพยาบาล

สถาบันจึงขอความร่วมมือสถานพยาบาลในการจัดเตรียมเอกสารประกอบรายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจ ภายหลังจากการเยี่ยมชมสำรวจโดยไม่ระบุชื่อข้อมูลที่เปิดเผยชื่อของสถานพยาบาล ตามแนวทางปฏิบัติดังต่อไปนี้

#### 1. เอกสารผลลัพธ์การดำเนินงานขององค์กร ตอนที่ IV

- 1.1. ไม่ควรระบุชื่อสถานพยาบาล อำเภอ จังหวัด สัญลักษณ์ (logo) และรูปที่สื่อถึงสถานพยาบาลในเอกสาร
- 1.2. กรณีที่มีการระบุชื่อสถานพยาบาลเครือข่ายเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงขอบเขตการให้บริการ ให้ตัดชื่อสถานพยาบาลเครือข่ายออกหรือแทนด้วยประเภทสถานพยาบาล เช่น ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์/แม่ข่าย
- 1.3. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของเอกสารให้สอดคล้องตามบทมาตรฐาน รวมถึงความถูกต้องของข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงานในตอนที่ IV และ Clinical Tracer
- 1.4. การตั้งชื่อไฟล์เอกสาร ตัวอย่างเช่น PIV\_ชื่อโรงพยาบาล และจัดส่งเอกสารในรูปแบบไฟล์ Word ให้กับสถาบัน ภายใน 14 วันหลังการเยี่ยมชมสำรวจ

#### 2. การรายงานการประเมินตนเองคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของ CLT/PCT (CLT/PCT Clinical tracer/ Clinical Quality Summary)

- 2.1. ไม่ควรระบุชื่อสถานพยาบาล อำเภอ จังหวัด สัญลักษณ์ (logo) พื้นหลัง (background) และรูปที่สื่อถึงสถานพยาบาล
- 2.2. รวบรวมเอกสารแต่ละชุดของ CLT/PCT ทั้งหมด โดยจัดเรียงต่อกันให้เป็นหนึ่งไฟล์เอกสารเท่านั้น
- 2.3. การตั้งชื่อไฟล์เอกสาร ตัวอย่างเช่น CLT\_ชื่อโรงพยาบาล และจัดส่งเอกสารในรูปแบบไฟล์ PDF ให้กับสถาบัน ภายใน 14 วันหลังการเยี่ยมชมสำรวจ



### เอกสารแนบ 3

### ภาพตัวอย่าง ก่อน-หลัง การจัดทำเอกสารประกอบรายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจ

#### ตัวอย่าง ผลลัพธ์การดำเนินงานขององค์กร

FM-ACD-088-00

Date: 17/05/2565

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ก่อน

อัตราของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถดูแลตนเองได้ (BI > 75) หลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือน



#### การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

โรงพยาบาลAAAAAAได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ให้เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ตามบริบทของโรงพยาบาลAAAAAA มีการเสริมพลัง การสร้างเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพนักฟื้นฟูชุมชนในศูนย์ร่วมสุข โดยมีนักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่ฟื้นฟู แพทย์แผนไทย เป็นผู้ให้บริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู เข้าถึงบริการและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้มีการจัดตั้งศูนย์ร่วมสุข อAAAAAAทั้งหมด 4 ศูนย์ ศูนย์ร่วมสุข ต.AAAAAA ศูนย์ร่วมสุของค์การบริหารส่วน ต.หนองหัวโพ ศูนย์ร่วมสุของค์การบริหารส่วน ต.โคกสะอาด , ศูนย์ร่วมสุของค์การบริหารส่วน ต.ม่วงหวาน

#### การพัฒนาที่ผ่านมา

- OPD : ส่งทำกายภาพแบบ OPD visit 1 ครั้ง/สัปดาห์ มีปัญหาอื่นกายภาพประสานที่เกี่ยวกับข้อ
- ER : นัด F/U ที่ OPD ภายใน 3 วัน ในเวลาราชการ
- IPD : ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมดำเนินการรักษาฟื้นฟูตาม Active protocol นักกายภาพประเมิน BI หลังครบ 1 สัปดาห์ BI เพิ่มขึ้น D/C ถ้า BI ไม่เพิ่มขึ้น Admit ต่อ จนครบ 2 สัปดาห์ D/C

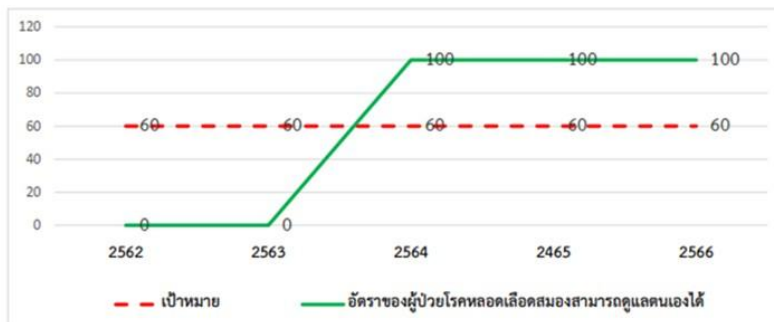
FM-ACD-088-00

Date: 17/05/2565

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

หลัง

อัตราของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถดูแลตนเองได้ (BI > 75) หลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือน



#### การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

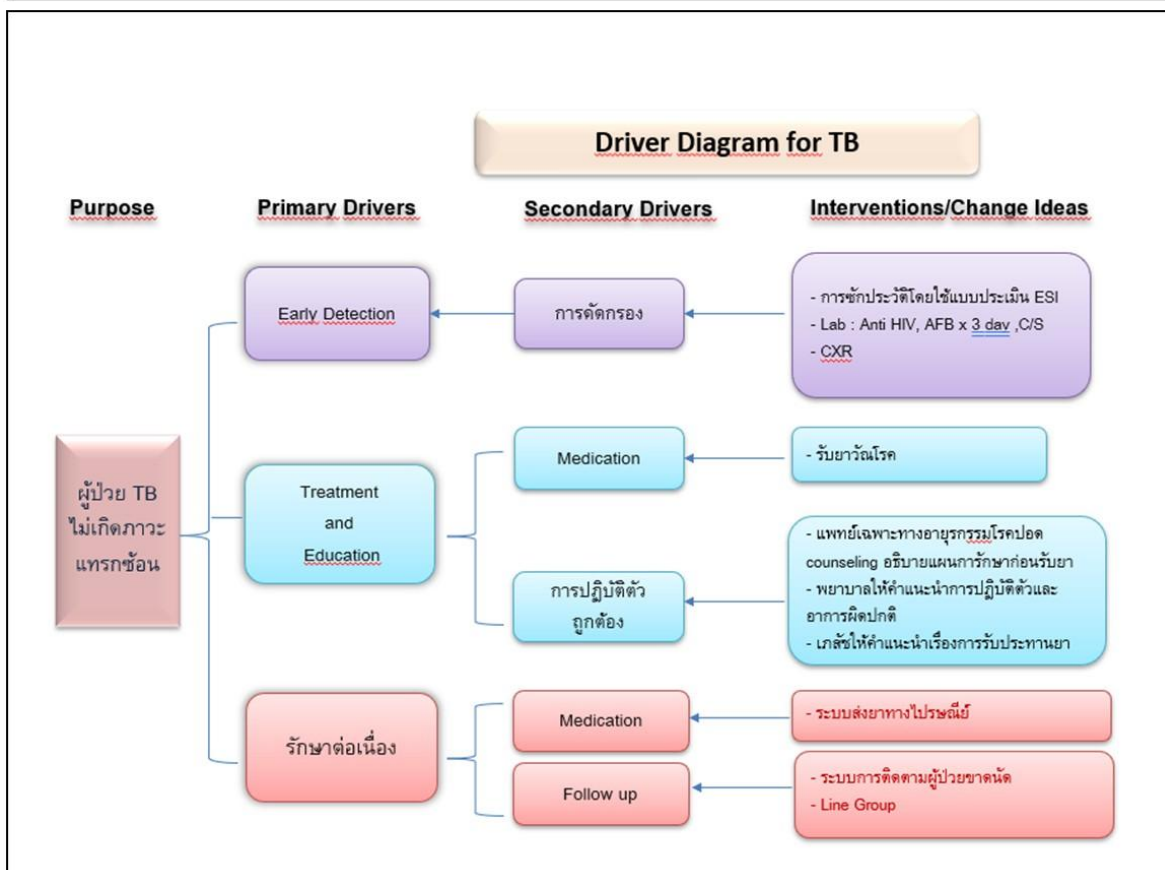
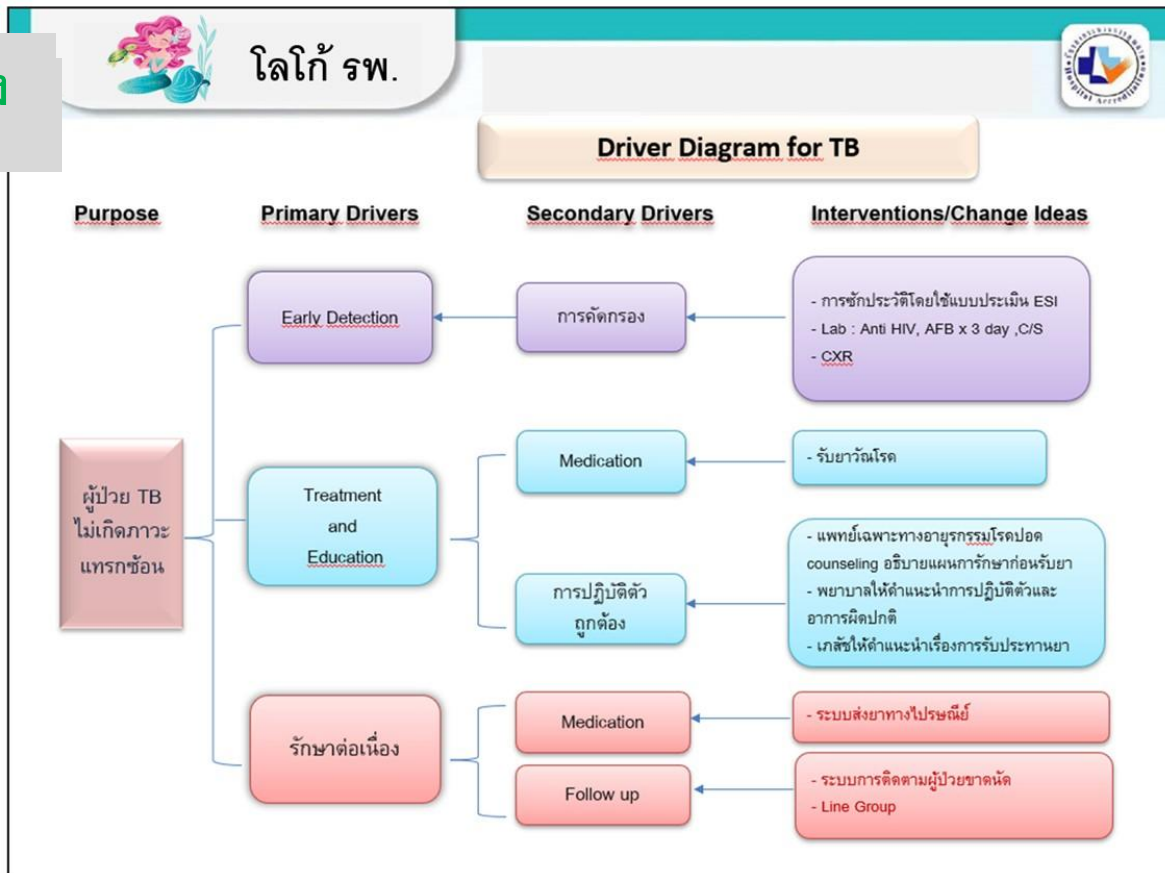
โรงพยาบาลได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ให้เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ตามบริบทของโรงพยาบาล มีการเสริมพลัง การสร้างเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพนักฟื้นฟูชุมชนในศูนย์ร่วมสุข โดยมีนักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่ฟื้นฟู แพทย์แผนไทย เป็นผู้ให้บริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู เข้าถึงบริการและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้มีการจัดตั้งศูนย์ร่วมสุข \_\_\_\_\_ ทั้งหมด 4 ศูนย์ ศูนย์ร่วมสุข \_\_\_\_\_ ศูนย์ร่วมสุของค์การบริหารส่วน ต.หนองหัวโพ ศูนย์ร่วมสุของค์การบริหารส่วน ต.โคกสะอาด , ศูนย์ร่วมสุของค์การบริหารส่วน ต.ม่วงหวาน

#### การพัฒนาที่ผ่านมา

- OPD : ส่งทำกายภาพแบบ OPD visit 1 ครั้ง/สัปดาห์ มีปัญหาอื่นกายภาพประสานที่เกี่ยวกับข้อ
- ER : นัด F/U ที่ OPD ภายใน 3 วัน ในเวลาราชการ
- IPD : ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมดำเนินการรักษาฟื้นฟูตาม Active protocol นักกายภาพประเมิน BI หลังครบ 1 สัปดาห์ BI เพิ่มขึ้น D/C ถ้า BI ไม่เพิ่มขึ้น Admit ต่อ จนครบ 2 สัปดาห์ D/C

ตัวอย่าง รายงานการประเมินตนเองคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของ CLT/PCT

หลัง





## เอกสารแนบ 4

### แนวทางปฏิบัติผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์กระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ

#### คำนิยาม

ผู้สังเกตการณ์ (Observer) คือบุคคลผู้ที่ดู ฝ้าดู หรือผู้อยู่ในเหตุการณ์ที่มีบทบาทในการติดตาม ตรวจสอบ หรือสังเกตการณ์กิจกรรมหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือปฏิบัติการโดยตรง

ในกระบวนการเยี่ยมชมสำรวจสถานพยาบาล อาจมีผู้สังเกตการณ์เข้าร่วมกิจกรรม ไม่เกิน ครั้งละ 1-7 คน โดยแบ่งเป็น 2 กรณี ดังนี้

1. ผู้สังเกตการณ์จากสถาบัน ได้แก่ ผู้เยี่ยมชมสำรวจ ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ผู้ประสานงาน รวมไปถึงเจ้าหน้าที่สถาบันที่เกี่ยวข้อง
  - 1.1. สถาบันจะสื่อสารให้สถานพยาบาลทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 7 วัน ว่าจะมีผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์เข้าร่วมในกระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ จำนวนผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์ ชื่อ-นามสกุล บทบาทหน้าที่ โดยช่องทางไม่เป็นทางการทางโทรศัพท์ และการส่งจดหมาย พร้อมกำหนดการเยี่ยมชมสำรวจ และกำหนดการเดินทางอย่างเป็นทางการ โดยระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ทาง E-mail
  - 1.2. สถานพยาบาลตอบกลับเพื่อให้ความยินยอมหรือไม่ประสงค์ให้มีผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์
  - 1.3. ผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์จะใช้ข้อมูลและสิ่งที่พบเท่าที่สถานพยาบาลเปิดเผยให้ผู้แทนของ สรพ. เข้าถึงได้ และปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และกฎหมายว่าด้วยการรักษาความลับของทางราชการ
  - 1.4. ผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของสถาบันโดยลงนามรักษาความลับให้ตามหลักปฏิบัติสากลในการรักษาความลับข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
2. ผู้สังเกตการณ์จากภายนอก ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่จากสถานพยาบาลแม่ข่าย หรือลูกข่าย หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
  - 2.1. กรณีมีผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์จากภายนอกเข้าร่วมในการเยี่ยมชมสำรวจ ขอให้สถานพยาบาลแจ้งให้สถาบันทราบ โดยช่องทางไม่เป็นทางการทางโทรศัพท์ หรือการส่งหนังสือเป็นทางการเพื่อให้สถาบันพิจารณาและแจ้งหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ ก่อนการเข้าเยี่ยมไม่น้อยกว่า 7 วัน
  - 2.2. สรพ.พิจารณาและตอบกลับเป็นลายลักษณ์อักษร
  - 2.3. ผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์จะใช้ข้อมูลและสิ่งที่พบเท่าที่สถานพยาบาลเปิดเผยให้ผู้แทนของ สรพ. เข้าถึงได้ และปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และกฎหมายว่าด้วยการรักษาความลับของทางราชการ
  - 2.4. จำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมสังเกตการณ์ ไม่เกิน ครั้งละ 1-7 คน และไม่ควรมีผู้สังเกตการณ์เข้าร่วมมากเกินไปเพราะเป็นการรบกวนสมาธิในระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจ
  - 2.5. การระบุ/แสดงตนในการเป็นผู้สังเกตการณ์



SD-ACD-004 : แนวทางการเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพ

สถานพยาบาลมาตรฐาน HA

วันที่ประกาศใช้ : 21 มิถุนายน 2568

รอบทบทวน 21 มิถุนายน 2570

แก้ไขครั้งที่ : 05

หน้า 23 จาก 12

### หมายเหตุ

ภายใต้กรอบจริยธรรมที่ตีงามของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) อย่างเคร่งครัด  
ดังเช่น เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้เกี่ยวข้อง ไม่วิพากษ์วิจารณ์ รักษาความลับ ไม่รบกวนเปิดเผย ไม่บันทึกภาพ  
และเสียงระหว่างการปฏิบัติงาน ปิดสัญญาณเสียงเครื่องมือสื่อสารและไม่พูดโทรศัพท์ในระหว่างปฏิบัติงาน ไม่  
นำพาผู้อื่นเข้าสู่กระบวนการโดยไม่ได้ผ่านการรับรู้และรับทราบจากสถาบัน รวมทั้งการกระทำใดๆ เพื่อประโยชน์  
ส่วนตน