



**SD-ACD-030-01**

**รายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจ  
เพื่อการรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐาน และการรับรองคุณภาพ  
สถานพยาบาลที่พัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ**

**วันที่ประกาศใช้ 17 มิถุนายน 2568**

**ชั้นความลับ: เอกสารทั่วไปใช้ภายนอก**

**จัดทำโดย**

**ส่วนงานประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ**



## รายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจ โดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เพื่อให้กระบวนการเยี่ยมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ขอให้โรงพยาบาลศึกษาเอกสารรายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมชมนี้ พร้อมทั้งเผยแพร่ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อการจัดเตรียมความพร้อมในวันเยี่ยมในด้านต่างๆ ดังนี้

### 1. เอกสารรายงานผลการประเมินตนเองและความก้าวหน้าของสถานพยาบาล

สถานพยาบาล update เอกสารตามรายละเอียดเอกสารแนบ A-1 ผ่าน web based application ระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล <https://hospital.ha.or.th> หรือ OneDrive ที่สถาบันกำหนด ล่วงหน้า ก่อนการเยี่ยม 14 วัน และควรมีข้อมูลผลการดำเนินงานจนถึงไตรมาสก่อนการเยี่ยม (เช่น เยี่ยมเดือนกรกฎาคม ควรมีข้อมูลถึงเดือนมีนาคม เป็นต้น)

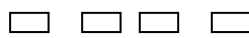
### 2. การประสานงานทั่วไป

2.1 การประสานการเดินทางและที่พัก ขอให้สถานพยาบาลประสานการเดินทางและที่พักของผู้เยี่ยมชมสำรวจ ร่วมกับผู้ประสานงาน สรพ.และกรณีผู้เยี่ยมชมสำรวจเป็นสุภาพสตรีเพียงคนเดียว ขอความกรุณา สถานพยาบาลจัดเจ้าหน้าที่สุภาพสตรีร่วมรับ – ส่งในการเดินทางด้วย

### 2.2 การประสานด้านการจัดสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากร ที่จะอำนวยความสะดวกในวันเยี่ยม

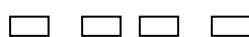
2.2.1 การจัดเตรียมห้องประชุมนำเสนอในแต่ละช่วงเวลาตามกำหนดการเยี่ยมและการสัมภาษณ์ ทีม ขอให้สถานพยาบาลจัดโต๊ะประชุมในลักษณะตัวยู (ตัวยู) เพื่อให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจและ ทีมงานสถานพยาบาลนั่งในลักษณะ Face to Face แต่ไม่ใช่ลักษณะ Classroom

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ



จอภาพ

สถานพยาบาล



2.2.2 เตรียมห้องประชุมขนาดพอเหมาะสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจ เพื่อเป็นห้องทำงาน ตั้งแต่เวลา 08.00-18.00 น. หรือตลอดระยะเวลาการเยี่ยม พร้อม Computer & Printer 1 ชุด อุปกรณ์เครื่องเขียน และกระดาษขนาด A4

2.2.3 จัดบุคลากร 1 คน เพื่ออำนวยความสะดวกในการค้นหาเอกสารระหว่างการทบทวนเอกสาร (Documentation Review) (เอกสารแนบ B)

2.3 ขอให้โรงพยาบาลจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจ ดังนี้



- 2.3.1 เป็นภาระกับสถานพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอน้อยที่สุด ควรเป็นอาหารจานเดียว
- 2.3.2 งดการพาผู้เยี่ยมชมสำรวจไปรับประทานอาหารนอกสถานพยาบาล เพื่อรักษาเวลาในการเยี่ยมชมตามกำหนดการที่วางไว้
- 2.4 ในระหว่างการเยี่ยมชม ของตการบันทึกเสียง ถ่าย VDO และภาพทุกชนิด ยกเว้นการถ่ายภาพนิ่งเท่านั้น
- 2.5 คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ ของตรับของที่ระลึกทุกกรณี ไม่ว่าจะเป็นของที่ระลึกในลักษณะใด
3. การทบทวนเอกสาร

ขอให้สถานพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอจัดเตรียมเอกสารต่างๆ (เอกสารแนบ B) ไว้ ณ ห้องที่จัดเตรียมเป็นห้องสำหรับใช้ในการทบทวนข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้เยี่ยมชมสำรวจกับทีมนำที่เกี่ยวข้อ เพื่อศึกษาในช่วงเช้าและเย็นของแต่ละวัน
4. การนำเสนอของ Opening Conference & Hospital DHS A Presentation

ขอให้รักษาเวลาที่กำหนดให้อย่างเคร่งครัด เพื่อประโยชน์ของสถานพยาบาลเอง ควรนำเสนอให้จบภายในเวลา เพื่อให้สามารถเริ่มเยี่ยมหน่วยงานได้ในเวลา 09.30 น.

  - 4.1. สถานพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอกล่าวต้อนรับผู้เยี่ยมชมสำรวจและแนะนำตัวผู้เข้าร่วมประชุม (ใช้เวลาไม่เกิน 5 นาที) คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจแนะนำตัว กล่าวถึงวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมชม (กฎ กติกา มารยาท)
  - 4.2. สถานพยาบาลเสนอภาพรวมผลงานของการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (ไม่เน้นสถิติหรือข้อมูลตัวเลขที่ส่งให้สถาบัน ที่ซ้ำกับ Hospital Profile, Network Profile)
  - 4.3. ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ทีมนำสถานพยาบาล และทีมนำเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ
5. การนำเสนอของทีมงานต่างๆ

การนำเสนอของทีมงานต่างๆ ไม่เกิน 1 ใน 4 ของเวลาที่จัดไว้ในการสัมภาษณ์ (ประมาณไม่เกิน 15 นาที) ผู้เยี่ยมชมสำรวจจะขอให้ยุติการนำเสนอเมื่อถึงกำหนดเวลาดังกล่าว

ขอให้จัดเตรียมพิมพ์เอกสาร slide ที่นำเสนอให้แก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจทุกคนที่เข้าสัมภาษณ์ใน session นั้น เพื่อให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจมีโอกาสทำความเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น
6. การสัมภาษณ์แต่ละทีม

Session	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย
Leadership Interview / Strategic Plan & KPI Monitoring	เป็นการสัมภาษณ์ทีมนำในการขับเคลื่อนการพัฒนาโรงพยาบาลและเครือข่าย และกลยุทธ์ในการบริหาร การติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญในภาพรวมของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ	ทีมนำโรงพยาบาล สสอ. ผู้แทนและเลขา คปสอ. และผู้ที่รับผิดชอบแผนยุทธศาสตร์ ผู้เข้าร่วมไม่ควรเกิน 10 คน



Session	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย
ทีมดูแลผู้ป่วยร่วม/ทีมดูแลภาพรวมการทำงานชุมชน/คณะกรรมการต่างๆ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อเรียนรู้ผลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการองค์กรวมและกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ (seamless) ในกลุ่มโรค/กลุ่มประชากรสำคัญที่เป็นปัญหาพื้นที่ที่เป็นจุดเน้นสำคัญ ซึ่งเกิดจากความร่วมมือในการพัฒนาระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ</li> <li>- คณะกรรมการต่างๆ เป็นการนำเสนอให้เห็นการพัฒนา ร่วมกับเครือข่าย รพ.สต.และชุมชน</li> </ul>	<p>แกนนำทีมดูแลผู้ป่วย (PCT)</p> <p>ทีมเวชปฏิบัติครอบครัว และตัวแทนเครือข่ายบริการ (เช่น ทีม FCT, PCC)</p>
สัมภาษณ์ภาพรวมการส่งเสริมป้องกันและการทำงานกับชุมชน	<p>เพื่อเรียนรู้ระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (II-8) การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (II-9) และกระบวนการดูแลต่อเนื่อง (COC)</p>	<p>ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่รับผิดชอบระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ทีมเวชปฏิบัติครอบครัว ผู้รับผิดชอบงาน COC ในภาพระดับอำเภอ และผู้แทน รพ.สต. ที่เกี่ยวข้อง</p>
RM interview	<p>เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- นำเสนอภาพรวมของการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบงาน</li> <li>- สรุปประเด็นที่ได้จากการเรียนรู้เพื่อวางแผนในการปรับปรุงพัฒนาและประเมินติดตามระบบที่วางไว้</li> </ul>	<p>ประธานคณะกรรมการระบบบริหารความเสี่ยง เลขาทีม</p> <p>ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน</p>
IC interview	<p>เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ เพื่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- นำเสนอภาพรวมของการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบงาน</li> </ul>	<p>ประธานคณะกรรมการระบบ IC เลขาทีม</p> <p>ICN</p> <p>ตัวแทนคณะกรรมการ 2 ท่าน</p>



Session	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย
	<ul style="list-style-type: none"><li>- สรุปประเด็นที่ได้จากการเรียนรู้เพื่อวางแผนในการปรับปรุงพัฒนาและประเมินติดตามระบบที่วางไว้</li></ul>	
MSO interview	เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการกำกับดูแลวิชาชีพ ด้านการแพทย์	ประธานคณะกรรมการ MSO เลขาทีม ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน
NSO interview	เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการกำกับดูแลวิชาชีพ ด้านการพยาบาล	ประธานคณะกรรมการ NSO เลขาทีม ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน
ENV & Equipment interview	เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อม และเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย	ประธานคณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อม เลขาทีม ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน
PTC interview	เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการบริหารยา เพื่อ <ul style="list-style-type: none"><li>- นำเสนอภาพรวมของการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบงาน</li><li>- สรุปประเด็นที่ได้จากการเรียนรู้เพื่อวางแผนในการปรับปรุงพัฒนาและประเมินติดตามระบบที่วางไว้</li></ul>	ประธานคณะกรรมการบริหารด้านยา เลขาทีม ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน
HRD interview	เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคล	ประธานคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล เลขาทีม ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน
IM interview	เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการสารสนเทศเพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบการบริหารจัดการข้อมูล	ประธานคณะกรรมการ IM เลขาทีม ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน



Session	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย
Facilitator Team interview	การสัมภาษณ์ทีมประสานงานของโรงพยาบาล เพื่อประเมินภาพรวมการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล และ การใช้แนวคิดคุณภาพที่เชื่อมถึงระบบสุขภาพระดับอำเภอ	ทีมพัฒนาคุณภาพ (ทีมประสานงานหลักของโรงพยาบาล)
สัมภาษณ์ พชอ.	เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภาพรวม การขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพ ทิศทาง เป้าหมาย กลยุทธ์ การสื่อสาร และการสนับสนุนในการขับเคลื่อนเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอให้บรรลุตามเป้าหมายที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กำหนดร่วมกับเครือข่าย	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.)
สัมภาษณ์ทีมแกนนำระดับตำบล	เพื่อเรียนรู้ (1) การขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพที่สำคัญตามบริบทพื้นที่และความเข้มแข็งในการจัดการสุขภาพระดับตำบล (2) การบูรณาการของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (3) ผลลัพธ์ด้านการส่งเสริมป้องกันโดย การมีส่วนร่วมของพื้นที่	ตัวแทนทีมแกนนำสุขภาพในระดับตำบล, ผอ.และผู้ปฏิบัติงาน รพ.สต.

#### หมายเหตุ การจัดทีมเข้ารับการสัมภาษณ์

- จำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมสัมภาษณ์ควรอยู่ระหว่าง 7-10 คน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสัมภาษณ์ PCT ซึ่งมักจะมีผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์มากเกินไป ทำให้การสัมภาษณ์ไม่เกิดประโยชน์ มีการรบกวนสมาธิในระหว่างการสนทนา)
- กรณีมีผู้ร่วมสังเกตการณ์ให้ศึกษาแนวทางปฏิบัติผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์กระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ (รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย)



## 7. การเยี่ยมหน่วยงาน

กิจกรรม	เป้าหมายเพื่อการเตรียมตัวของหน่วยงาน
Trace Patient Care	เป็นการสุม่เยี่ยมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น OPD, ER, IPD, OR, LR, ICU, ทันตกรรม, X-ray, Lab เป็นต้น เพื่อตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางและการพัฒนาคุณภาพในกระบวนการดูแลผู้ป่วย
Trace ระบบ RM	เป็นการสุม่เยี่ยมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยง เพื่อตามรอยการนำระบบบริหารความเสี่ยงลงสู่การปฏิบัติและการเชื่อมแนวทางปฏิบัติไปยังระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ
Trace ระบบ IC	เป็นการสุม่เยี่ยมหน่วยงานที่มีการดูแลผู้ป่วย/การทำหัตถการ เพื่อประเมินระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยใช้โรค/ผู้ป่วยในการตามรอย และการเชื่อมแนวทางปฏิบัติไปยังระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ
Trace เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน	เป็นการสุม่เยี่ยมหน่วยงานเพื่อประเมินระบบการดูแลต่อเนื่อง งานเยี่ยมบ้าน และงานส่งเสริมป้องกัน
Trace ระบบยา	เป็นการสุม่เยี่ยมสำรวจหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการด้านยาและ medication error เพื่อตามรอยการนำระบบที่วางไว้สู่การปฏิบัติ และเชื่อมไปยังระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ
Trace ENV & Equipment	เป็นการเยี่ยมสำรวจสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ทั้งทางด้านโครงสร้าง การจัดการทางกายภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และเชื่อมไปยังการพัฒนาระบบสิ่งแวดล้อมในระบบสุขภาพระดับอำเภอ
Trace HRD	เป็นการสุม่เยี่ยมหน่วยงานและสุม่สัมภาษณ์บุคลากรที่หน่วยงานเพื่อตามรอยระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล
Trace IM	เป็นการสุม่เยี่ยมหน่วยงานเพื่อตามรอยการจัดการด้านสารสนเทศในโรงพยาบาล และ คปสอ.
Trace การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	- เพื่อติดตามความสามารถของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ในการดูแลตนเอง (self care) ที่เป็นผลลัพธ์จากการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (discharge planning) เสริมพลัง และการดูแลต่อเนื่อง 1. การเลือกผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการดูแล ในกลุ่มโรคสำคัญ ที่เป็นจุดเน้นในการพัฒนา จำนวน 1 ราย 2. จัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เช่น family folder, เอกสาร



กิจกรรม	เป้าหมายเพื่อการเตรียมตัวของหน่วยงาน	
	-เพื่อติดตามการสนับสนุนของเครือข่าย ในชุมชนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง	บันทึก care plan, บันทึกการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น 3. ผู้เข้าร่วม ประกอบด้วย ตัวแทนจาก โรงพยาบาล, รพ.สต., อสม, ผู้ดูแล หรือ ตัวแทนของแกนนำสุขภาพระดับตำบล
Trace การจัดระบบบริการที่ รพ.สต.	เพื่อติดตามการประสานกระบวนการดูแล และระบบงานสนับสนุนที่สำคัญ เช่น ระบบยา, IM, ENV, Lab, RM, IC, HR และเวชระเบียน ให้การดูแลมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย	ตัวแทนจากโรงพยาบาลและ รพ.สต.

#### หมายเหตุ แนวทางสำหรับผู้รับการเยี่ยม (หน่วยงาน)

- 1) ใช้เวลา 5 นาทีแรกนำเสนอผลลัพธ์ของงานที่ทีมภาคภูมิใจมากที่สุด เช่น “ลดความผิดพลาดในการให้ยา”  
“ให้การดูแลทางด้านจิตใจแก่เด็กที่ได้รับยาเคมีบำบัดและให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลกัน”
- 2) หากมีข้อมูลตัวเลขแสดงผลที่ได้ก็ดี แต่ถ้าไม่มีก็ไม่เป็นไร
- 3) ไม่ต้องนำเสนอรายละเอียดวิธีการพัฒนาในช่วงนี้
- 4) เมื่อผู้เยี่ยมสำรวจถาม ให้จับประเด็นคำถามให้ชัดเจน (ควรจดประเด็นคำถามไปด้วย เพื่อทบทวน  
ความเข้าใจ และเพื่อจะได้ตอบได้ครอบคลุม)
- 5) ควรเชื่อมโยงประเด็นคำถามกับมาตรฐาน HA และนึกถึงเป้าหมายของมาตรฐานไปด้วยในระหว่าง  
คิดคำตอบ
- 6) ควรตอบให้ตรงประเด็นอย่างกระชับ ไม่เยิ่นเย้อ
- 7) ควรนำเสนอตัวอย่างของการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและสัมผัสได้ บอกเล่าถึงสิ่งที่ทำในชีวิตประจำวัน  
อย่าตอบคำถามตามทฤษฎีซึ่งยังไม่ได้นำมาปฏิบัติ
- 8) ควรตอบให้ครบ PDCA คือ แนวทางการทำงานเป็นอย่างไร การปฏิบัติจริงเป็นอย่างไร ครอบคลุม  
เพียงใด ผลลัพธ์เป็นอย่างไร มีแผนที่จะทำอะไรต่อ
- 9) ควรกระจายผู้ตอบให้ทั่วถึงโดยให้ผู้ปฏิบัติที่รู้เรื่องดีที่สุดในทีมเริ่มต้นตอบและสมาชิกที่เหลือช่วยกัน  
เพิ่มเติมให้สมบูรณ์
- 10) ผู้บริหารหรือหัวหน้าทีมควรเป็นบุคคลสุดท้ายที่จะตอบในประเด็นนั้น
- 11) ถ้าฟังคำถามไม่เข้าใจ อย่าลังเลที่จะถามผู้เยี่ยมสำรวจกลับ ด้วยการ (ก) ขอให้ผู้เยี่ยมสำรวจตั้งคำถาม  
ใหม่ที่ชัดเจนมากขึ้น หรือ (ข) ขอให้ผู้เยี่ยมสำรวจอธิบายเหตุผลของการตั้งคำถามนั้น หรือ (ค) ทวน



คำถามด้วยสำนวนของเราเองและขอให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจยืนยันว่าใช่สิ่งที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจต้องการทราบหรือไม่

12) อย่าตอบคำถามโดยที่ยังไม่เข้าใจว่าผู้ถามต้องการอะไร

13) หากต้องการตอบคำถามที่ผ่านมาแล้ว และผู้เยี่ยมชมสำรวจได้ตั้งประเด็นใหม่แล้ว ควรรอจนการพูดคุยในประเด็นใหม่สิ้นสุดลง แล้วค่อยย้อนกลับไปตอบคำถามเดิมโดยระบุให้ชัดเจนว่าเป็นการตอบต่อคำถามอะไร

14) เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ขอให้ทีมช่วยกันสรุปว่าได้เห็นโอกาสพัฒนาอะไรบ้างจากคำถามของผู้เยี่ยมชมสำรวจ ก่อนที่จะให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจสรุปข้อเสนอแนะให้ทีม

#### 15) แนวทางการเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

15.1 เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง ซึ่งควรเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีผลการดำเนินงานดีเด่น

15.2 สรพ. สุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีก 2 แห่ง โดยอำเภอจัดส่งรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เหลือและเวลาในการเดินทางไป - กลับ ให้กับ สรพ. เพื่อสุ่มรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้วจะแจ้งให้อำเภอทราบล่วงหน้าพร้อมระบุในกำหนดการ

8. Daily briefing: เป็นการสรุปประเด็นที่พบจากการเยี่ยมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมผู้บริหารและทีมที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลในวันที่ผ่านมา
9. ผู้เยี่ยมชมสำรวจพบผู้บริหาร: คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจเข้าพบทีมนำเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการของโรงพยาบาล เพื่อแจ้งผลการเยี่ยมทั้งหมดรวมทั้งสิ่งที่พบเห็น แล้วร่วมพิจารณาว่าประเด็นใดเป็นสิ่งที่ sensitive ซึ่งจะมีผลต่อผู้ปฏิบัติมากหากนำเสนอในตอน exit
10. Education Session: เป็นการแลกเปลี่ยนแนวคิด เครื่องมือคุณภาพที่สำคัญกับทีมของโรงพยาบาลหรือภาพรวมเครือข่าย
11. Surveyor Meeting: เป็นการประชุมของทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ เพื่อสรุปประเด็นที่เป็นจุดเด่น และโอกาสพัฒนาของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอและโรงพยาบาล
12. Exit Conference: เป็นการสรุปประเด็นจากการเยี่ยมทั้งหมดเพื่อเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอและโรงพยาบาลเห็นโอกาสพัฒนาต่อไป โดยผู้ที่เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ทีมนำเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอผู้บริหารของโรงพยาบาล และผู้แทนของทีมต่างๆ
13. ความเข้าใจในกระบวนการเยี่ยม

เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความคาดหวังที่ถูกต้องต่อกระบวนการเยี่ยมของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ทางสถาบันจึงขอสรุปประเด็นที่มักจะทำให้เกิดความเข้าใจที่สับสนไว้ ดังนี้

ผู้เยี่ยมชมสำรวจมาทำอะไร	ผู้เยี่ยมชมสำรวจไม่ได้มาทำอะไร
เรามาในฐานะ generalist ซึ่งมีความรู้เรื่องกระบวนการพัฒนาคุณภาพ	เราไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านเทคนิค



ผู้เยี่ยมสำรวจมาทำอะไร	ผู้เยี่ยมสำรวจไม่ได้มาทำอะไร
เรามาด้วยหมวกสามใบ คือตัวแทนของผู้รับบริการ ผู้รู้เรื่องกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และผู้แทนของวิชาชีพที่ให้บริการ	เราไม่ได้มาประเมินทางวิชาชีพในเชิงลึก
เรามาเพื่อยืนยันผลการประเมินตนเองของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอและโรงพยาบาล	เราไม่ได้มาตัดสินผิดถูก หรือมาจับผิด
เรามาเพื่อวิเคราะห์ระบบงานในภาพรวม	เราไม่ได้มาเพื่อประเมินการทำงานของ ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน
เรามาเพื่อกระตุ้นให้เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอและโรงพยาบาลเห็นตัวเอง เห็นจุดแข็งจุดอ่อนของตัวเอง ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และชี้ให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น	เราไม่ได้บ่งการว่าโรงพยาบาลจะต้องทำอย่างนั้น อย่างนี้
เราพยายามใช้เทคนิคการโค้ชแบบ non-directive คือ ตั้งคำถามเพื่อให้ทีมงานคิดหาคำตอบด้วยตัวเอง	เราจะไม่ใช้เทคนิคแบบ directive หรือให้คำตอบ ตรงๆ แก่ทีมงาน ยกเว้นแต่จะเป็นการยกตัวอย่าง เพื่อให้ทีมงานคิดต่อไปได้
เราต้องการคำตอบที่เป็นรูปธรรมซึ่งสะท้อนให้เห็น การปฏิบัติจริง คือ ทีมงานทำอะไร ทำได้ครอบคลุม เพียงใด ทำแล้วได้ผลอย่างไรและจะทำอะไรต่อไป	เราไม่ต้องการคำตอบเชิงทฤษฎี ซึ่งไม่ได้มี การปฏิบัติจริง
เรามาเพื่อชื่นชมและให้กำลังใจในส่วนที่ทำได้ดีอยู่แล้ว แต่อาจจะใช้เวลาพูดคุยในส่วนนี้ไม่มากนัก เพราะได้ ข้อมูลจากรายงานผลการประเมินตนเองมาส่วนหนึ่งแล้ว	เราไม่ได้ละเลยสิ่งที่ทีมงานทำได้ดีแล้ว แต่การใช้ เวลาพูดคุยเพื่อหาโอกาสพัฒนาจะได้ประโยชน์แก่ โรงพยาบาลมากกว่า
เราต้องการให้ทีมงานมีกำลังใจที่จะพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง ด้วยการให้ข้อเสนอแนะต่างๆ	เราไม่ต้องการให้ทีมงานหมดกำลังใจในการพัฒนา คุณภาพ

14. ภายหลังการเยี่ยมสำรวจขอให้โรงพยาบาลดำเนินการ ดังนี้

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

14.2. ขอให้สถานพยาบาลดำเนินการสรุป “แบบสอบถามความคิดเห็นกระบวนการเยี่ยม” สถานพยาบาลละ 1 การตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามความคิดเห็นต่อกระบวนการเยี่ยม Link: <https://forms.office.com/r/iCFK7Dxtwp>



รหัสเอกสาร : SD-ACD-030-01 รายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อการรับรอง  
คุณภาพขั้นมาตรฐาน และการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพ  
ระดับอำเภอ

แก้ไขครั้งที่ : 01

วันที่ประกาศใช้ : 17 มิถุนายน 2568      รอบทบทวน : 16 มิถุนายน 2570

หน้า 11 จาก 21



- 14.3. ทางสถาบันจะจัดส่งรายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจ ผ่านทาง web based application ระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล <https://hospital.ha.or.th> ในระยะเวลา 30 วัน นับจากวันที่มีประกาศอนุมัติการรับรองคุณภาพ
- 14.4. การยืนยันการส่งค่าใช้จ่ายในการเข้าเยี่ยมให้แก่ทางสถาบัน กรุณาศึกษารายละเอียดจากใบแจ้งรายการจ่ายเงิน



รหัสเอกสาร : SD-ACD-030-01 รายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อการรับรอง  
คุณภาพขั้นมาตรฐาน และการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพ  
ระดับอำเภอ

แก้ไขครั้งที่ : 01

วันที่ประกาศใช้ : 17 มิถุนายน 2568 รอบทบทวน : 16 มิถุนายน 2570

หน้า 12 จาก 21

### เอกสารสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจ

การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบ เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System Accreditation)	การเยี่ยมชมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ Accreditation Survey (AS) / Re-accreditation Survey (RS)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลพื้นฐานของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (Network Profile)</li> <li>2. แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานทั้ง 10 หมวด</li> <li>3. ผลการประเมินตนเองตาม DHSA Scoring Guideline</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital Profile (ข้อมูลพื้นฐานสถานพยาบาล)</li> <li>2. รายงานผลการประเมินตนเอง SAR 2022</li> <li>3. ภาพรวมของ CLT/PCT (CLT/PCT Profile) และ Clinical Tracer / Clinical Quality Summary</li> <li>4. รายงานความก้าวหน้าตามข้อเสนอแนะ (ถ้ามี)</li> <li>5. แบบประเมินตนเองโครงสร้างอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมและหน่วยงานสำคัญในสถานพยาบาล</li> <li>6. ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเวชระเบียน</li> <li>7. รายงานการขอรับรองจากสภาวิชาชีพและใบรับรองที่เกี่ยวข้อง (ให้เป็นไปตาม SD-ACD-003 ขั้นตอนและเอกสารที่ต้องจัดเตรียมเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจ) <ul style="list-style-type: none"> <li>* ระบบยาและงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล</li> <li>* ระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์</li> <li>* มาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (กรณีมีหน่วยไตเทียม)</li> <li>* การรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพทันตกรรม TDCA (ถ้ามี) <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลการประเมินหรือการรับรองอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง <ul style="list-style-type: none"> <li>* ผลการตรวจคุณภาพน้ำของระบบบำบัดน้ำเสีย (4 ครั้งสุดท้าย), น้ำดื่มและน้ำใช้ (2 ครั้งสุดท้าย)</li> <li>* ผลการตรวจน้ำจากหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้งสุดท้าย (ถ้ามี)</li> <li>* ใบอนุญาตการครอบครองเครื่องกำเนิดรังสี</li> <li>* ใบอนุญาตให้ใช้อาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือเคลื่อนย้ายอาคาร (อ.5 หรือ อ.6) (กรณี รพ.เอกชน)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> <li>8. รพ. ส่งไฟล์นำเสนอ presentation ก่อนวันเยี่ยมไม่น้อยกว่า 3 วัน</li> </ol>



รหัสเอกสาร : SD-ACD-030-01 รายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อการรับรอง  
คุณภาพขั้นมาตรฐาน และการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพ  
ระดับอำเภอ

แก้ไขครั้งที่ : 01

วันที่ประกาศใช้ : 17 มิถุนายน 2568

รอบทบทวน : 16 มิถุนายน 2570

หน้า 13 จาก 21

การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบ เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System Accreditation)	การเยี่ยมชมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ Accreditation Survey (AS) / Re-accreditation Survey (RS)
	หมายเหตุ: ขอให้สถานพยาบาลหลีกเลี่ยงการระบุชื่อสถานพยาบาล โลโก้สถานพยาบาล ในเนื้อหาเอกสาร SAR ตอนที่ 4 และ ภาพรวม ของ CLT/PCT (CLT/PCT Profile) และ Clinical Tracer / Clinical Quality Summary (รายละเอียดเพิ่มเติมตามภาคผนวก)
หมายเหตุ: กรณีที่สถานพยาบาลไม่ได้ยื่นเอกสารผ่าน web based application ระบบการรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล <a href="https://hospital.ha.or.th">https://hospital.ha.or.th</a> ขอความกรุณาจัดส่งเอกสารในรูปแบบ paper ร่วมด้วย	



รหัสเอกสาร : SD-ACD-030-01 รายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อการรับรอง  
คุณภาพขั้นมาตรฐาน และการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพ  
ระดับอำเภอ

แก้ไขครั้งที่ : 01

วันที่ประกาศใช้ : 17 มิถุนายน 2568 รอบทบทวน : 16 มิถุนายน 2570

หน้า 14 จาก 21

## การทบทวนเอกสารในการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพและระบบสุขภาพระดับอำเภอ (Documentation Review)

ในช่วง Documentation Review ขอให้โรงพยาบาลได้จัดเตรียมเอกสารไว้ ณ ห้องที่จัดเตรียมเป็น  
ห้องทำงานของคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ ดังรายการต่อไปนี้

1. พันธกิจ วิสัยทัศน์ แผนยุทธศาสตร์อำเภอ/โรงพยาบาล
2. รายงานการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) หรือ การประชุม  
กรรมการเครือข่ายอำเภอ (ถ้ามี)
3. แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยของทั้งเครือข่าย
4. ข้อมูลแฟ้มโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมของอำเภอ พร้อมทั้งระบุชื่อ/ทีมงานผู้รับผิดชอบ
5. ข้อมูลผลการสำรวจสภาวะสุขภาพในภาพรวมระดับอำเภอ พร้อมทั้งระบุชื่อ/ทีมงานผู้รับผิดชอบ
6. รายงานการประชุมของคณะกรรมการต่างๆ ที่มำทางคลินิก (ช่วง 1 – 2 ปี)
7. ผลการศึกษาความต้องการของผู้รับบริการ / ผู้ให้บริการ / ชุมชน และผู้รับผลงานอื่น
8. รายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจโดยองค์กรภายนอก หรือรายงานผลการเยี่ยมของผู้เยี่ยมชมสำรวจ
9. รายงานการติดตามศึกษาเครื่องชี้วัด และการนำเสนอผลการพัฒนา
10. รายงานอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนต่างๆ (Incident Report) การทำ root cause analysis, การพัฒนาที่  
เกิดขึ้น และการวิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยง (รายปี/รายไตรมาส)
11. การตอบสนองต่อสิทธิของผู้ป่วย
12. ข้อระเบียบ / ธรรมนูญองค์กรแพทย์
13. แบบประเมินระดับหน่วยงานทุกหน่วยงาน (Service Profile)

### การทบทวนเวชระเบียน

การจัดเตรียมเวชระเบียนเพื่อการทบทวน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. การทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียน (ทบทวนเชิงคุณภาพ) ขอให้จัดเตรียมเวชระเบียนให้  
ทบทวนในห้องทำงานของคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ โดยมีแนวทางการจัดเตรียมเวชระเบียน ดังนี้
  - 1.1. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยไว้ 3 โรคต่อแผนก โรคละ 3 ฉบับ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
  - 1.2. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีวันนอนนานที่สุดมา 5 ฉบับ
  - 1.3. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในสาขาสูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม  
สาขาละ 10 ฉบับ
  - 1.4. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้า ICU โดยมีได้วางแผน 10 ฉบับ
  - 1.5. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ส่งต่อ โดยมีได้วางแผน 10 ฉบับ
  - 1.6. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 10 ฉบับ



รหัสเอกสาร : SD-ACD-030-01 รายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อการรับรอง  
คุณภาพขั้นมาตรฐาน และการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพ  
ระดับอำเภอ

แก้ไขครั้งที่ : 01

วันที่ประกาศใช้ : 17 มิถุนายน 2568      รอบทบทวน : 16 มิถุนายน 2570

หน้า 15 จาก 21

2. รายงานสรุปผลการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สะท้อนการพัฒนาคุณภาพ
  - 2.1. แสดงตัวอย่างการนำผลการทบทวนที่นำมาปรับปรุงระบบอย่างเป็นรูปธรรม และระบุหน่วยงาน/  
ระบบที่เกี่ยวข้อง (ในผู้ป่วยกลุ่มสำคัญ)
  - 2.2. แสดงผลลัพธ์หลังจากการทบทวนที่ได้ โดยเห็นความสัมพันธ์กันทั้งกระบวนการและผลลัพธ์



รหัสเอกสาร : SD-ACD-030-01 รายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อการรับรอง  
คุณภาพขั้นมาตรฐาน และการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพ  
ระดับอำเภอ

แก้ไขครั้งที่ : 01

วันที่ประกาศใช้ : 17 มิถุนายน 2568 รอบทบทวน : 16 มิถุนายน 2570

หน้า 16 จาก 21

### Session: Strategic Plan & KPI Monitoring Interview

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเรียนรู้วิธีการในการจัดทำแผนกลยุทธ์ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และการจัดทำแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล
2. เพื่อเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคในการนำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติ
3. เพื่อเรียนรู้วิธีการติดตามความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ รวมทั้งการนำข้อมูลต่างๆ มาวิเคราะห์

#### ผู้เข้าร่วมประชุม

ผู้อำนวยการ และผู้บริหารระดับสูงที่รับผิดชอบกลยุทธ์หลักๆ

ผู้ทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลติดตามผลการดำเนินงาน จำนวนไม่เกิน 7 คน

#### ลักษณะกิจกรรม

1. นำเสนอข้อมูลสรุปในลักษณะตารางสรุปตามตัวอย่าง
2. นำเสนอประสบการณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้เพื่อการวางแผนกลยุทธ์และการวิเคราะห์แปลความหมายข้อมูลที่ใช้ติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุวัตถุประสงค์
3. การนำเสนอแผนพัฒนาสำหรับอนาคตจากข้อมูลที่ติดตาม
4. การแลกเปลี่ยนบทเรียนและข้อคิดเห็นกับผู้เยี่ยมชมสำรวจ

#### ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

#### เนื้อหามาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

1. I-1 การนำ
2. I-2 การวางแผนกลยุทธ์
3. I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้
4. IV ผลการดำเนินการ

#### ตัวอย่างตารางสรุปแผนยุทธศาสตร์และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

Strategies & Strategic Challenges	Short term objectives	Long term goals	Key tactics & action plans	Changes	HR & Education plan	Key Performance Measures	Present performance	Projected performance

#### ตัวอย่างการสรุปข้อมูลอย่างย่อ

Strategies & Strategic Challenges	ST Objectives	LT Goals	Key Tactics & Action Plans	Changes	HR & Education Plans	Key Performance Measures	Performance Projections			
							Past Perf. 2004 Results	2005	2010	Proj. Comp.
CE: Achieve excellent patient outcomes SC1 SC2	Medicare mortality at CS top 15%, Recognized by Leapfrog as safe environment, Exceed national standards for core indicators	Top 100 hospital, 5 stars for targeted areas, Third party recognition for patient safety	Decrease VAP, Optimize Medicare mortality & morbidity, Optimize core indicator performance, Build CPOE, Optimize communication among providers	Hospitalists admitting ortho patients.  Medical management for adult patients w/ chronic diabetes & HF.	SBAR education.  Fill CPOE team positions.	Medicare mortality	7.1-2			+
						VAP	7.1-11			+
						Patient falls	7.1-12			+
						Skin ulcers	7.1-13			+
						SIP	7.1-10			+
						Core measures (AMI, HF, pneumonia)	7.1-7, 7.1-8, 7.1-9			+
						Hand washing	7.5-6			+



## ภาคผนวก

### แนวทางปฏิบัติการจัดทำเอกสารประกอบรายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจในการพิจารณารับรองคุณภาพ

ตามที่สถาบันได้จัดให้มีการเยี่ยมชมสำรวจรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล ในการนี้ ภายหลังจากการเยี่ยมชมสำรวจ สถาบันจะนำเสนอรายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจจากผู้เยี่ยมชมสำรวจและเอกสารประกอบรายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจ ได้แก่ 1) ผลลัพธ์การดำเนินงานขององค์กร และ 2) รายงานการประเมินตนเองคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของ CLT/PCT และ Clinical Tracer โดยไม่เปิดเผยชื่อของสถานพยาบาลในเอกสาร ประกอบการพิจารณารับรองกระบวนการคุณภาพต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ ซึ่งทำหน้าที่ให้คำแนะนำหรือความเห็นเพื่อการพิจารณารับรองคุณภาพสถานพยาบาล และเสนอต่อผู้อำนวยการพิจารณาและอนุมัติการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 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 ครบถ้วนของเอกสารให้สอดคล้องตามบทบาทมาตรฐาน รวมถึงความถูกต้องของข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงานในตอน 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

กรณีการเยี่ยมชมสำรวจรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบดำเนินงานในลักษณะเครือข่าย เอกสารที่ใช้ประกอบรายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจ ในการพิจารณารับรองคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูล



พื้นฐาน (network profile) และแบบรายงานการประเมินตนเองตามมาตรฐาน สามารถประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติ  
ข้างต้นในการจัดเตรียมเอกสาร และจัดส่งเอกสารในรูปแบบไฟล์ Word ให้กับสถาบัน ภายใน 14 วันหลังการเยี่ยมสำรวจ  
เอกสารแนบท้าย

ภาพตัวอย่าง ก่อน-หลัง การจัดทำเอกสารประกอบรายงานผลการเยี่ยมสำรวจ

**ตัวอย่าง ผลลัพธ์การดำเนินงานขององค์กร**

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

Date: 17/05/2565

**ก่อน**

อัตราของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถดูแลตนเองได้ (BI > 75) หลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือน



**การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง**

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

**การพัฒนาที่ผ่านมา**

- OPD : ส่งทำกายภาพแบบ OPD visit 1 ครั้ง/สัปดาห์ มีปัญหาอื่นกายภาพประสานที่ที่เกี่ยวข้อง
- 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

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

Date: 17/05/2565

**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.ม่วง  
หวาน

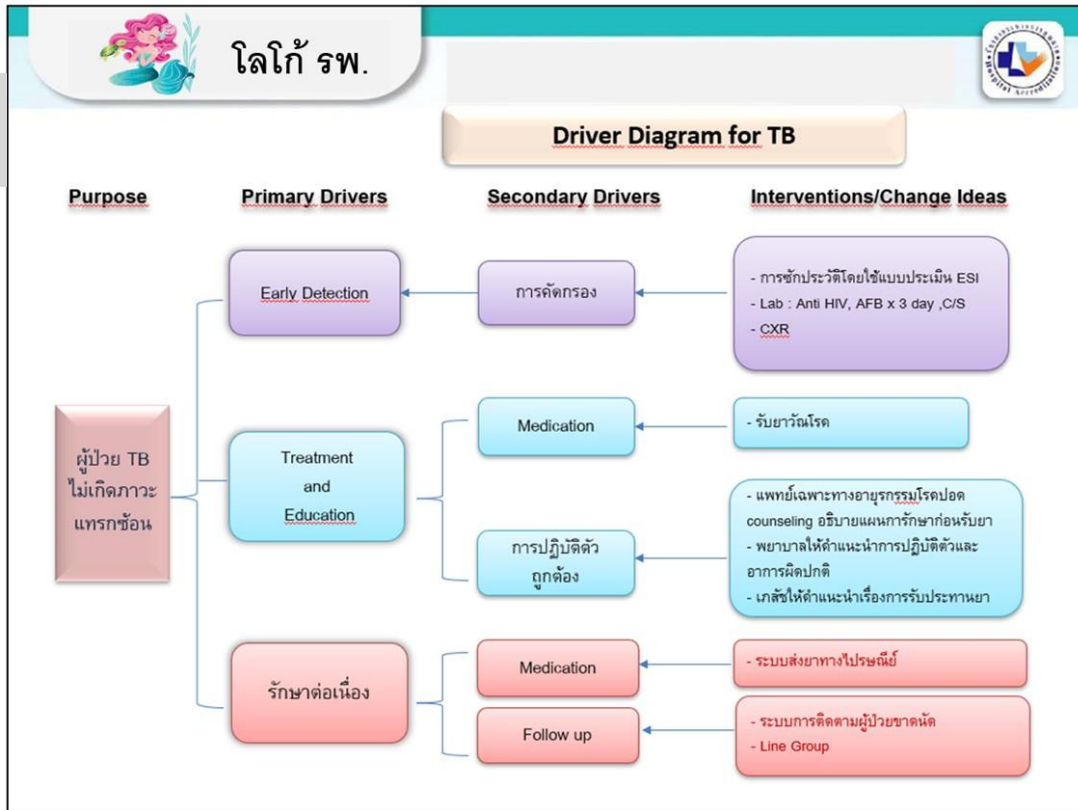
**การพัฒนาที่ผ่านมา**

- OPD : ส่งทำกายภาพแบบ OPD visit 1 ครั้ง/สัปดาห์ มีปัญหาอื่นกายภาพประสานที่ที่เกี่ยวข้อง
- 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

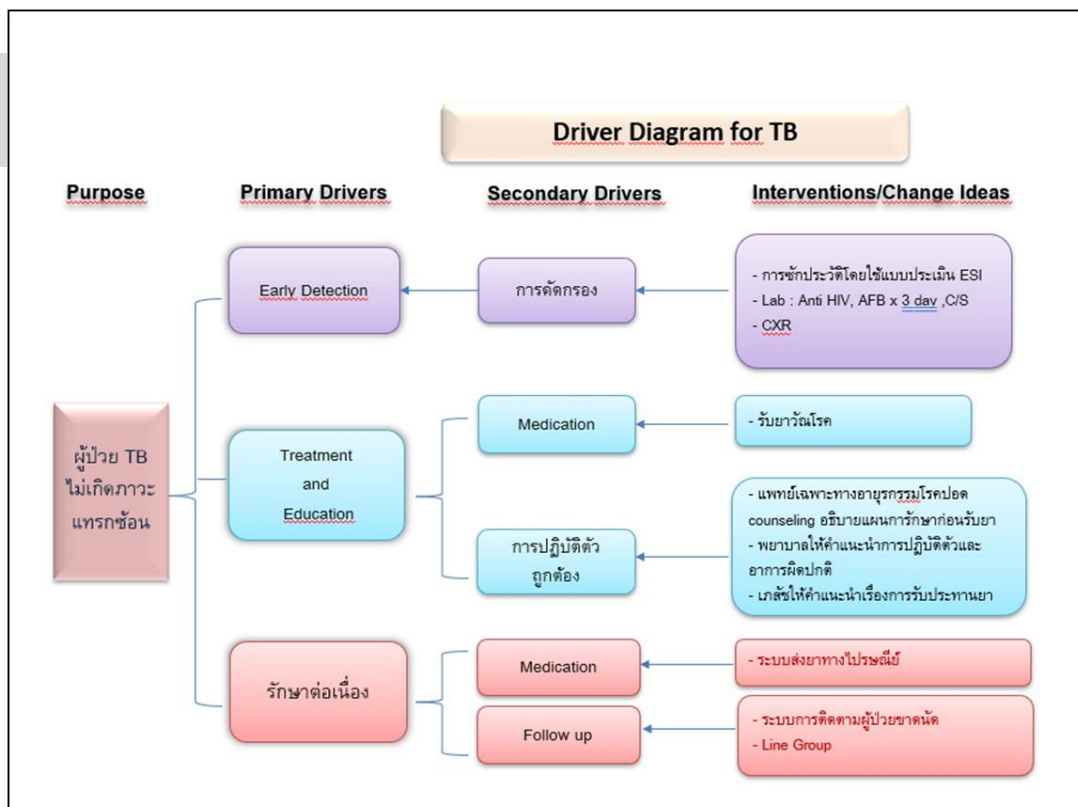


ตัวอย่าง รายงานการประเมินตนเองคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของ CLT/PCT

ก่อน



หลัง





## เอกสารแนบ

### 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 และกำหนดการเดินทาง อย่างเป็นทางการ 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



รหัสเอกสาร : SD-ACD-030-01 รายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อการรับรอง  
คุณภาพขั้นมาตรฐาน และการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพ  
ระดับอำเภอ

แก้ไขครั้งที่ : 01

วันที่ประกาศใช้ : 17 มิถุนายน 2568      รอบทบทวน : 16 มิถุนายน 2570

หน้า 21 จาก 21

## 2.5. การระบุ/แสดงตนในการเป็นผู้สังเกตการณ์

### หมายเหตุ

ภายใต้กรอบจริยธรรมที่ตีงามของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) อย่างเคร่งครัด ดังเช่น เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้เกี่ยวข้อง ไม่วิพากษ์วิจารณ์ รักษาความลับ ไม่รบกวนเบียดเบียน ไม่บันทึกภาพ และเสียงระหว่างการปฏิบัติงาน ปิดสัญญาณเสียงเครื่องมือสื่อสารและไม่พูดโทรศัพท์ในระหว่างปฏิบัติงาน ไม่นำพาผู้อื่นเข้าสู่กระบวนการโดยไม่ได้ผ่านการรับรู้และรับทราบจากสถาบัน รวมทั้งการกระทำใดๆ เพื่อประโยชน์ส่วนตน



**ระเบียบสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการกระบวนการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
และการได้รับประกาศนียบัตรรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
พ.ศ. ๒๕๖๗**

---

โดยเป็นการสมควรกำหนดให้มีหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการกระบวนการ การประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และการได้รับประกาศนียบัตรรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ให้สอดคล้องตามระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๖ และเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของสถาบัน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖ และมาตรา ๒๗ (๓) แห่งพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติมแห่งพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบกับระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๖ จึงออกระเบียบไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการกระบวนการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และการได้รับประกาศนียบัตรรับรองคุณภาพสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ บรรดาระเบียบ ประกาศ คำสั่ง หลักเกณฑ์หรือแนวทางปฏิบัติใดของสถาบันที่มีข้อความขัดหรือแย้งกับระเบียบนี้ ให้ใช้ระเบียบนี้แทน

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

“สถาบัน” หมายความว่า สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

“คณะอนุกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ

“ผู้อำนวยการ” หมายความว่า ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

“ผู้บริหารระดับสูง” หมายความว่า รองผู้อำนวยการ หรือผู้ช่วยผู้อำนวยการ

“ระเบียบคณะกรรมการสถาบัน” หมายความว่า ระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๖

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลที่อยู่ในข่ายที่จะขอรับการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจากสถาบัน ตามระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๖ ข้อ ๗

“การรับรองคุณภาพ” หมายความว่า การรับรองคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่คณะกรรมการกำหนด

“มาตรฐาน” หมายความว่า มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพตามที่คณะกรรมการกำหนด

“การเยี่ยมสำรวจ” หมายความว่า การศึกษาเอกสาร ข้อมูล การสำรวจ การตามรอย และการสัมภาษณ์ อย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นไป เพื่อรวบรวมข้อมูลหลักฐานต่าง ๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานของสถานพยาบาลเทียบกับมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด พร้อมทั้งวิเคราะห์ สรุปผลและจัดทำรายงานเสนอสถาบันโดยผู้เยี่ยมชมสำรวจของสถาบันหรือบุคคลที่สถาบันมอบหมาย ในการเยี่ยมสำรวจด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเยี่ยมสำรวจหน้างาน การเยี่ยมสำรวจผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

“คณะเยี่ยมสำรวจ” หมายความว่า คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจหรือผู้เยี่ยมชมสำรวจที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ในการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาล

“ผู้ประสานงาน” หมายความว่า ผู้ประสานงานที่ได้รับมอบหมายหน้าที่จากสถาบัน

ข้อ ๕ ผู้อำนวยการเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ และมีอำนาจออกประกาศ หลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ คำสั่ง หรือวิธีการอื่นใด เพื่อปฏิบัติตามระเบียบนี้ โดยไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติของคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้ หรือที่ระเบียบนี้ไม่ได้กำหนดไว้ ให้ผู้อำนวยการเป็นผู้พิจารณาและวินิจฉัยชี้ขาด และคำวินิจฉัยให้ถือเป็นที่สุด

## หมวด ๑

### ขั้นตอนการจัดเตรียมเพื่อเข้าสู่กระบวนการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพ

ข้อ ๖ สถานพยาบาลที่ประสงค์จะเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพให้ดำเนินการจัดเตรียมเอกสารให้ครบถ้วนตามประกาศหลักเกณฑ์พิจารณาการจัดเตรียมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่สถาบันกำหนด เพื่อแสดงเจตจำนงต่อสถาบันในการรับการเยี่ยมสำรวจ

โดยสถาบันมีกระบวนการตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร และกระบวนการติดตามความครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด พร้อมช่องทางการให้คำแนะนำเบื้องต้นกับสถานพยาบาลที่ขอรับการรับรองคุณภาพเพื่อเตรียมความพร้อมในการเยี่ยมสำรวจตามประกาศในวรรค ๑

ข้อ ๗ สถาบันมีกระบวนการวิเคราะห์เอกสารการประเมินตนเอง ประกอบกับการสร้างการเรียนรู้กับสถานพยาบาลด้วยกระบวนการส่งเสริมพัฒนาตามวิธีการหรือรูปแบบที่เหมาะสม กรณีที่พบประเด็นการประเมินตนเองยังมีความไม่ชัดเจน ซึ่งต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จในระยะเวลาที่กำหนดก่อนการจัดเตรียมสำรวจเพื่อส่งรายงานผลการวิเคราะห์และเอกสารการประเมินที่สมบูรณ์ประกอบการเยี่ยมสำรวจต่อไป

## หมวด ๒

### การจัดและประสานงานการเยี่ยมสำรวจ

ข้อ ๘ สถาบันมีกระบวนการกำหนดคณะเยี่ยมสำรวจ และวันเยี่ยมสำรวจ เพื่อสื่อสารกับสถานพยาบาลและคณะเยี่ยมสำรวจในช่องทางที่สถาบันกำหนด ให้แล้วเสร็จก่อนวันเยี่ยมสำรวจไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน หรือก่อนวันครบอายุการรับรองไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน กรณีต่ออายุการรับรองคุณภาพ

ข้อ ๙ สถาบันมีกระบวนการจัดทำกำหนดการ การเยี่ยมสำรวจที่มีส่วนร่วมของคณะผู้เยี่ยมสำรวจและสถานพยาบาล โดยต้องแล้วเสร็จเพื่อสื่อสารให้กับสถานพยาบาล พร้อมรายละเอียดของคณะเยี่ยมสำรวจ อาทิ ประวัติ ความต้องการเฉพาะ การเดินทางและที่พัก ของคณะเยี่ยมสำรวจรวมถึงเอกสารการเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจ ให้สถานพยาบาลทราบ โดยให้แล้วเสร็จไม่น้อยกว่า ๑๔ วัน ก่อนกำหนดวันเยี่ยมสำรวจ

ให้ผู้ประสานงานมีกระบวนการติดตามการดำเนินการและสนับสนุนการแก้ไขปัญหา หรือการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของคณะเยี่ยมสำรวจและสถานพยาบาล ตั้งแต่เริ่มกำหนดวันเยี่ยมสำรวจและคณะเยี่ยมสำรวจตามข้อ ๘ จนถึงกระบวนการเยี่ยมสำรวจเสร็จสิ้น โดยกรณีมีข้อติดขัดในลักษณะที่ไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตัวเองให้เร่งแจ้งขอความช่วยเหลือจากผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นโดยเร็ว

ข้อ ๑๐ กรณีที่สถานพยาบาลต้องการปรับเปลี่ยนกำหนดวันเยี่ยมสำรวจภายหลังที่ได้รับการแจ้งและกำหนดวันเยี่ยมร่วมกับสถาบันแล้ว ต้องมีหนังสือแจ้งเหตุผลความจำเป็นที่เป็นทางการจากผู้บริหารสถานพยาบาล ล่วงหน้าโดยเร็วไม่น้อยกว่า ๓ วันทำการ เพื่อดำเนินการกำหนดวันเยี่ยมสำรวจใหม่ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่ออายุการรับรองของสถานพยาบาล และการเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ตามการพิจารณาของผู้อำนวยการ ยกเว้นกรณีสถานพยาบาลประสบภัยพิบัติหรือเหตุฉุกเฉินที่มีผลกระทบในระดับที่รับทราบกันทางสังคมในวงกว้าง ให้ปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการสถาบัน

ข้อ ๑๑ เมื่อมีกำหนดการเยี่ยมสำรวจเป็นที่แน่นอนแล้ว ให้สถาบันโดยผู้ประสานงานประสานดำเนินการกับคณะเยี่ยมสำรวจ เพื่อให้การเยี่ยมสำรวจเกิดประโยชน์และคุณค่าสูงสุด ประกอบด้วย การประชุมเตรียมทีมคณะเยี่ยมสำรวจในห้วงเวลาต่าง ๆ การประสานติดตามเอกสารที่สำคัญจำเป็นสำหรับการเยี่ยมสำรวจ และการบริหารจัดการ การจัดเตรียมแผนการเดินทางและเข้าพักของคณะเยี่ยมสำรวจ และการประสานการเตรียมความพร้อม ชักซ้อมความเข้าใจกับสถานพยาบาล และการจัดเตรียมเอกสารของสถานพยาบาล ที่ครบถ้วนทั้งเอกสารประกอบการเยี่ยมสำรวจและเอกสารประกอบการดำเนินงานเชิงบริหารจัดการ ตลอดจนการดำเนินการอื่นใดเพื่อให้การเยี่ยมสำรวจเป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ด้วยความเรียบร้อยและเหมาะสม

ทั้งนี้การดำเนินการในวรรคก่อน ให้ดำเนินการเบิกจ่ายค่าตอบแทน ค่าใช้จ่ายอื่นใด สำหรับคณะเยี่ยมสำรวจให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาและอัตราที่สถาบันกำหนด การชำระเงินค่าธรรมเนียมของสถานพยาบาล ให้ดำเนินการแล้วเสร็จก่อนวันเยี่ยมสำรวจ เว้นแต่มีเหตุฉุกเฉินจำเป็นที่สถานพยาบาลอาจชำระเงินภายหลังการเข้าเยี่ยมสำรวจให้สถานพยาบาลทำหนังสือแจ้งสถาบันเป็นลายลักษณ์อักษร โดยต้องอยู่ในระยะเวลา อัตราและกระบวนการดำเนินการตามที่สถาบันกำหนด

### หมวด ๓ การเยี่ยมสำรวจ

ข้อ ๑๒ คณะเยี่ยมสำรวจ ปฏิบัติภารกิจการเยี่ยมสำรวจตามกำหนดการและวิธีการที่ได้รับมอบหมาย โดยสรุปผลการเยี่ยมสำรวจและจัดทำรายงานการเยี่ยมสำรวจเสนอสถาบันตามระยะเวลา แนวทางและวิธีการที่สถาบันกำหนด ซึ่งอาจประสานดำเนินการโดยผู้ประสานงานจนแล้วเสร็จกระบวนการ

กรณีที่คณะเยี่ยมสำรวจต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจากสถานพยาบาลเพื่อประกอบการจัดทำรายงานการเยี่ยมสำรวจ ให้มีการดำเนินการแจ้งสถานพยาบาล ในวันสรุปผลการเยี่ยมสำรวจ และให้สถานพยาบาลดำเนินการจัดส่งเอกสารดังกล่าวไม่เกิน ๗ วัน ให้แก่คณะเยี่ยมสำรวจ เพื่อจัดทำรายงานเสนอสถาบันไม่เกิน ๓๐ วัน นับจากวันสิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจ

กรณีที่คณะเยี่ยมสำรวจเห็นว่าสถานพยาบาลมีการปฏิบัติไม่สอดคล้องกับหลักเกณฑ์การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามระเบียบคณะกรรมการสถาบัน แต่สามารถปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมได้ในระยะเวลาไม่เกิน ๓ เดือน สถาบันสามารถกำหนดให้มีการเยี่ยมสำรวจติดตามเฉพาะเรื่องได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยต้องไม่เกิน ๓ เดือน จากวันสิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจครั้งแรก

ในกรณีที่สถานพยาบาลตามวรรคสาม ไม่พร้อมรับการเยี่ยมสำรวจติดตามเฉพาะเรื่องภายในระยะเวลาตามที่กำหนด ให้ถือว่าการเยี่ยมสำรวจขอรับรองคุณภาพครั้งนั้นสิ้นสุดลง สถาบันจะพิจารณาให้การรับรองการพัฒนาหรือการรับรองคุณภาพตามระเบียบที่คณะกรรมการและสถาบันกำหนด

ข้อ ๑๓ มีวิธีการซึ่งอาจดำเนินการโดยผู้ประสานงานในการประสานติดตามการจัดรายงานการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาลของคณะเยี่ยมสำรวจให้แล้วเสร็จภายใน ๑๔ วันนับถัดจากวันสิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจ โดยมีกระบวนการรวบรวมให้หัวหน้าคณะเยี่ยมสำรวจ ทบทวนแก้ไขและกลั่นกรอง ก่อนจัดส่งรายงานการเยี่ยมสำรวจแก่สถาบันภายใน ๓๐ วัน นับจากวันสิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจ โดยผู้ประสานงานดำเนินการประสานติดตาม

ในกรณีมีการจัดการเยี่ยมสำรวจติดตามเฉพาะเรื่อง ตามข้อ ๑๒ มีวิธีการซึ่งอาจดำเนินการโดยผู้ประสานงานในการประสานติดตามหัวหน้าคณะเยี่ยมสำรวจในการรวบรวมและจัดส่งรายงานผลการเยี่ยมสำรวจแก่สถาบัน ภายใน ๗ วันนับจากวันสิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจติดตามเฉพาะเรื่อง

### หมวด ๔ การพิจารณาตัดสินการรับรองคุณภาพ

ข้อ ๑๔ มีวิธีการซึ่งอาจดำเนินการโดยผู้ประสานงานในการติดตาม รวบรวม และตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของเอกสารประกอบการเสนอพิจารณาตัดสินการรับรองคุณภาพ ได้แก่

(๑) รายงานผลการเยี่ยมสำรวจ

(๒) เอกสารภาคผนวก ประกอบด้วย รายงานแบบประเมินตนเองผลลัพธ์การดำเนินงานตอนที่ IV และรายงานแบบประเมินตนเองคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

การดำเนินการตามวรรคหนึ่งต้องแล้วเสร็จภายใน ๗ วันนับถัดจากวันที่ได้รับรายงานผลการเยี่ยมสำรวจจากหัวหน้าคณะเยี่ยมสำรวจ เพื่อส่งให้เลขานุการคณะอนุกรรมการ

ข้อ ๑๕ ให้เลขานุการคณะกรรมการ ดำเนินการให้มีกระบวนการ บรรณาธิการ ตรวจสอบ ความครบถ้วนถูกต้องของเอกสารประกอบการเสนอพิจารณาตัดสินการรับรองคุณภาพ และจัดทำเอกสารสรุปย่อ รายงานผลการเยี่ยมสำรวจเพื่อนำเสนอพิจารณาต่อคณะกรรมการ ให้แล้วเสร็จก่อนการประชุมพิจารณาให้ คำปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพของคณะกรรมการไม่น้อยกว่า ๗ วัน

ข้อ ๑๖ คณะกรรมการ วิเคราะห์เอกสารประกอบการพิจารณาให้คำปรึกษาเพื่อการรับรอง คุณภาพ และร่วมกันพิจารณาให้คำแนะนำหรือความเห็นเสนอต่อผู้อำนวยการ ในการพิจารณารับรองคุณภาพหรือ เพิกถอนการรับรองคุณภาพ รวมถึงการปฏิบัติหลังได้รับการรับรองคุณภาพ ให้แล้วเสร็จก่อนที่ไปรับรองคุณภาพ ของสถานพยาบาลสิ้นสุดลง

ข้อ ๑๗ ให้เลขานุการคณะกรรมการ ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของผลการพิจารณาให้ คำแนะนำหรือความเห็นของคณะกรรมการ และจัดทำบันทึกเสนอผู้อำนวยการพิจารณาและอนุมัติการรับรอง คุณภาพตามระเบียบคณะกรรมการสถาบัน

ข้อ ๑๘ ให้หัวหน้ากลุ่มภารกิจปฏิบัติการประเมินและรับรอง รวบรวม ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง และแจ้งผลการรับรองคุณภาพ การปฏิบัติหลังได้รับการรับรองคุณภาพ และรายงานผลการเยี่ยมสำรวจ ฉบับสมบูรณ์แก่สถานพยาบาล ให้แล้วเสร็จภายใน ๓๐ วันนับจากวันที่มีประกาศอนุมัติการรับรองคุณภาพ

ทั้งนี้การแจ้งและเผยแพร่ผลการรับรองคุณภาพผ่านเว็บไซต์ของสถาบัน ให้ดำเนินการแล้วเสร็จ ภายใน ๗ วันนับจากวันที่มีประกาศอนุมัติการรับรองคุณภาพ

#### หมวด ๕

#### การปฏิบัติหลังได้รับการรับรองคุณภาพ

ข้อ ๑๙ เมื่อสถานพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพแล้ว ให้สถาบันดำเนินการแจ้งและติดตาม การปฏิบัติหลังได้รับการรับรองคุณภาพตามหลักเกณฑ์พิจารณาการปฏิบัติหลังได้รับการรับรองคุณภาพที่สถาบัน กำหนด

ข้อ ๒๐ ให้สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ ต้องจัดส่งรายงานความก้าวหน้าในการ พัฒนาคุณภาพให้สถาบัน ภายใน ๑๒ เดือนนับจากวันที่ได้รับอนุมัติการรับรองคุณภาพ

ในกรณีสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพขั้นก้าวหน้าหรือขั้นมาตรฐานที่มีระยะเวลา รับรองเกินกว่า ๔ ปี ต้องจัดส่งรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพครั้งที่สองให้สถาบัน ภายใน ๓๐ เดือน นับจากวันที่ได้รับอนุมัติการรับรองคุณภาพ

ข้อ ๒๑ ให้สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพซึ่งคณะกรรมการมีคำแนะนำหรือ ความเห็นให้จัดส่งแผนการพัฒนาคุณภาพภายหลังได้รับการรับรองคุณภาพ ต้องจัดส่งแผนการพัฒนาคุณภาพให้ สถาบัน ภายใน ๙๐ วัน นับจากวันที่สถาบันแจ้งผลการรับรองคุณภาพและจัดส่งรายงานผลการเยี่ยมสำรวจฉบับ สมบูรณ์

ในการนี้สถาบันจะดำเนินการวิเคราะห์แผนการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล โดยผู้เยี่ยม สำรวจหรือบุคคลที่ผู้อำนวยการมอบหมาย และจัดส่งผลการวิเคราะห์แผนการพัฒนาคุณภาพให้แก่สถานพยาบาล ให้แล้วเสร็จภายใน ๔๕ วันนับถัดจากวันที่สถาบันได้รับแผนการพัฒนาคุณภาพดังกล่าวจากสถานพยาบาล

ข้อ ๒๒ ในกรณีสถานพยาบาลที่ไม่สามารถดำเนินการส่งแผนการพัฒนาตามข้อ ๒๑ หรือ รายงานความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพตามที่กำหนดในข้อ ๒๐ ให้สถานพยาบาลต้องทำหนังสือระบุเหตุผลความจำเป็นถึงสถาบันภายใน ๓๐ วันจากวันที่กำหนด และให้สถาบันจัดให้มีกระบวนการสร้างการเรียนรู้เพื่อหาโอกาสพัฒนาและติดตามความก้าวหน้า และให้สถานพยาบาลดำเนินการส่งแผนการพัฒนาหรือรายงานความก้าวหน้าไม่เกิน ๙๐ วันนับจากวันที่สถาบันได้ดำเนินการ

กรณีสถานพยาบาลไม่ดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ให้ผู้อำนวยการเสนอเรื่องสถานพยาบาลดังกล่าวเพื่อขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการในการพิจารณาระยะเวลาและสถานะการรับรองคุณภาพ

ข้อ ๒๓ ให้สถาบันจัดกิจกรรมเพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพ หลังสถานพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพที่มีใช้เพื่อการรับรองคุณภาพ ตามคำแนะนำหรือความเห็นของคณะกรรมการ อย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นไป ได้แก่

- (๑) การเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพที่หน้างาน
- (๒) การเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์
- (๓) การสร้างการเรียนรู้เพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพระหว่างการรับรอง
- (๔) การจัดส่งข้อมูลสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพ
- (๕) ดำเนินวิธีการอื่นใด เพื่อสร้างการเรียนรู้และธำรงการพัฒนาคุณภาพให้สถานพยาบาล

#### หมวด ๖

#### การรับฟังเสียงสะท้อนและประเมินผล

ข้อ ๒๔ เพื่อให้กระบวนการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้สถาบันจัดให้มีการประเมินผลกระบวนการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และรายงานผลต่อผู้อำนวยการ เพื่อพิจารณาดำเนินการตามที่เหมาะสม

ข้อ ๒๕ ให้สถาบันกำหนดให้มีช่องทางรับฟังความคิดเห็นต่อกระบวนการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลให้เป็นไปโดยง่ายและสะดวก โดยให้มีลักษณะที่ไม่เป็นการเปิดเผยข้อมูลโดยทั่วไป

ทั้งนี้ให้หัวหน้ากลุ่มภารกิจปฏิบัติการประเมินและรับรอง ดำเนินการรวบรวม วิเคราะห์ และรายงานสรุปข้อมูลในภาพรวมและโอกาสพัฒนา ให้ผู้บริหารระดับสูงทราบในการประชุมคณะผู้บริหารทุกไตรมาส

#### หมวด ๗

#### ใบรับรองคุณภาพและเครื่องหมายรับรองคุณภาพ

ข้อ ๒๖ ให้สถาบันจัดทำใบรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ให้แก่สถานพยาบาล ภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ได้รับอนุมัติการรับรองคุณภาพ

ทั้งนี้การจัดเก็บ ควบคุม และกำกับติดตามการใช้ใบรับรองคุณภาพและเครื่องหมายรับรองคุณภาพให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่สถาบันกำหนด

ข้อ ๒๗ การดำเนินกระบวนการรับรองคุณภาพ การได้รับประกาศนียบัตรสถานพยาบาลและการทบทวนมาตรฐาน ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการก่อนระเบียบนี้มีผลบังคับใช้ ให้ถือว่าเป็นการดำเนินการโดยชอบด้วยระเบียบนี้ และให้ดำเนินการตามระเบียบนี้ในขั้นตอน วิธีการถัดไป ที่สามารถดำเนินการโดยไม่ขัดหรือแย้งกับระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗

**ปิยวรรณ ล.**

(นางปิยวรรณ ลิมปัญญาเลิศ)

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



**ระเบียบสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการกระบวนการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
และการได้รับประกาศนียบัตรรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
พ.ศ. ๒๕๖๗**

---

โดยเป็นการสมควรกำหนดให้มีหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการกระบวนการ การประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และการได้รับประกาศนียบัตรรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ให้สอดคล้องตามระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๖ และเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของสถาบัน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖ และมาตรา ๒๗ (๓) แห่งพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติมแห่งพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบกับระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๖ จึงออกระเบียบไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการกระบวนการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และการได้รับประกาศนียบัตรรับรองคุณภาพสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ บรรดาระเบียบ ประกาศ คำสั่ง หลักเกณฑ์หรือแนวทางปฏิบัติใดของสถาบันที่มีข้อความขัดหรือแย้งกับระเบียบนี้ ให้ใช้ระเบียบนี้แทน

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

“สถาบัน” หมายความว่า สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

“คณะอนุกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ

“ผู้อำนวยการ” หมายความว่า ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

“ผู้บริหารระดับสูง” หมายความว่า รองผู้อำนวยการ หรือผู้ช่วยผู้อำนวยการ

“ระเบียบคณะกรรมการสถาบัน” หมายความว่า ระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๖

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลที่อยู่ในข่ายที่จะขอรับการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจากสถาบัน ตามระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๖ ข้อ ๗

“การรับรองคุณภาพ” หมายความว่า การรับรองคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่คณะกรรมการกำหนด

“มาตรฐาน” หมายความว่า มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพตามที่คณะกรรมการกำหนด

“การเยี่ยมสำรวจ” หมายความว่า การศึกษาเอกสาร ข้อมูล การสำรวจ การตามรอย และการสัมภาษณ์ อย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นไป เพื่อรวบรวมข้อมูลหลักฐานต่าง ๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานของสถานพยาบาลเทียบกับมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด พร้อมทั้งวิเคราะห์ สรุปผลและจัดทำรายงานเสนอสถาบันโดยผู้เยี่ยมชมสำรวจของสถาบันหรือบุคคลที่สถาบันมอบหมาย ในการเยี่ยมสำรวจด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเยี่ยมสำรวจหน้างาน การเยี่ยมสำรวจผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

“คณะเยี่ยมสำรวจ” หมายความว่า คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจหรือผู้เยี่ยมชมสำรวจที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ในการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาล

“ผู้ประสานงาน” หมายความว่า ผู้ประสานงานที่ได้รับมอบหมายหน้าที่จากสถาบัน

ข้อ ๕ ผู้อำนวยการเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ และมีอำนาจออกประกาศ หลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ คำสั่ง หรือวิธีการอื่นใด เพื่อปฏิบัติตามระเบียบนี้ โดยไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติของคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้ หรือที่ระเบียบนี้ไม่ได้กำหนดไว้ ให้ผู้อำนวยการเป็นผู้พิจารณาและวินิจฉัยชี้ขาด และคำวินิจฉัยให้ถือเป็นที่สุด

## หมวด ๑

### ขั้นตอนการจัดเตรียมเพื่อเข้าสู่กระบวนการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพ

ข้อ ๖ สถานพยาบาลที่ประสงค์จะเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพให้ดำเนินการจัดเตรียมเอกสารให้ครบถ้วนตามประกาศหลักเกณฑ์พิจารณาการจัดเตรียมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่สถาบันกำหนด เพื่อแสดงเจตจำนงต่อสถาบันในการรับการเยี่ยมสำรวจ

โดยสถาบันมีกระบวนการตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร และกระบวนการติดตามความครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด พร้อมช่องทางการให้คำแนะนำเบื้องต้นกับสถานพยาบาลที่ขอรับการรับรองคุณภาพเพื่อเตรียมความพร้อมในการเยี่ยมสำรวจตามประกาศในวรรค ๑

ข้อ ๗ สถาบันมีกระบวนการวิเคราะห์เอกสารการประเมินตนเอง ประกอบกับการสร้างการเรียนรู้กับสถานพยาบาลด้วยกระบวนการส่งเสริมพัฒนาตามวิธีการหรือรูปแบบที่เหมาะสม กรณีที่พบประเด็นการประเมินตนเองยังมีความไม่ชัดเจน ซึ่งต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จในระยะเวลาที่กำหนดก่อนการจัดเตรียมสำรวจเพื่อส่งรายงานผลการวิเคราะห์และเอกสารการประเมินที่สมบูรณ์ประกอบการเยี่ยมสำรวจต่อไป

## หมวด ๒

### การจัดและประสานงานการเยี่ยมสำรวจ

ข้อ ๘ สถาบันมีกระบวนการกำหนดคณะเยี่ยมสำรวจ และวันเยี่ยมสำรวจ เพื่อสื่อสารกับสถานพยาบาลและคณะเยี่ยมสำรวจในช่องทางที่สถาบันกำหนด ให้แล้วเสร็จก่อนวันเยี่ยมสำรวจไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน หรือก่อนวันครบอายุการรับรองไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน กรณีต่ออายุการรับรองคุณภาพ

ข้อ ๙ สถาบันมีกระบวนการจัดทำกำหนดการ การเยี่ยมสำรวจที่มีส่วนร่วมของคณะผู้เยี่ยมสำรวจและสถานพยาบาล โดยต้องแล้วเสร็จเพื่อสื่อสารให้กับสถานพยาบาล พร้อมรายละเอียดของคณะเยี่ยมสำรวจ อาทิ ประวัติ ความต้องการเฉพาะ การเดินทางและที่พัก ของคณะเยี่ยมสำรวจรวมถึงเอกสารการเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจ ให้สถานพยาบาลทราบ โดยให้แล้วเสร็จไม่น้อยกว่า ๑๔ วัน ก่อนกำหนดวันเยี่ยมสำรวจ

ให้ผู้ประสานงานมีกระบวนการติดตามการดำเนินการและสนับสนุนการแก้ไขปัญหา หรือการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของคณะเยี่ยมสำรวจและสถานพยาบาล ตั้งแต่เริ่มกำหนดวันเยี่ยมสำรวจและคณะเยี่ยมสำรวจตามข้อ ๘ จนถึงกระบวนการเยี่ยมสำรวจเสร็จสิ้น โดยกรณีมีข้อติดขัดในลักษณะที่ไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตัวเองให้เร่งแจ้งขอความช่วยเหลือจากผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นโดยเร็ว

ข้อ ๑๐ กรณีที่สถานพยาบาลต้องการปรับเปลี่ยนกำหนดวันเยี่ยมสำรวจภายหลังที่ได้รับการแจ้งและกำหนดวันเยี่ยมร่วมกับสถาบันแล้ว ต้องมีหนังสือแจ้งเหตุผลความจำเป็นที่เป็นทางการจากผู้บริหารสถานพยาบาล ล่วงหน้าโดยเร็วไม่น้อยกว่า ๓ วันทำการ เพื่อดำเนินการกำหนดวันเยี่ยมสำรวจใหม่ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่ออายุการรับรองของสถานพยาบาล และการเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ตามการพิจารณาของผู้อำนวยการ ยกเว้นกรณีสถานพยาบาลประสบภัยพิบัติหรือเหตุฉุกเฉินที่มีผลกระทบในระดับที่รับทราบกันทางสังคมในวงกว้าง ให้ปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการสถาบัน

ข้อ ๑๑ เมื่อมีกำหนดการเยี่ยมสำรวจเป็นที่แน่นอนแล้ว ให้สถาบันโดยผู้ประสานงานประสานดำเนินการกับคณะเยี่ยมสำรวจ เพื่อให้การเยี่ยมสำรวจเกิดประโยชน์และคุณค่าสูงสุด ประกอบด้วย การประชุมเตรียมทีมคณะเยี่ยมสำรวจในห้วงเวลาต่าง ๆ การประสานติดตามเอกสารที่สำคัญจำเป็นสำหรับการเยี่ยมสำรวจ และการบริหารจัดการ การจัดเตรียมแผนการเดินทางและเข้าพักของคณะเยี่ยมสำรวจ และการประสานการเตรียมความพร้อม ชักซ้อมความเข้าใจกับสถานพยาบาล และการจัดเตรียมเอกสารของสถานพยาบาล ที่ครบถ้วนทั้งเอกสารประกอบการเยี่ยมสำรวจและเอกสารประกอบการดำเนินงานเชิงบริหารจัดการ ตลอดจนการดำเนินการอื่นใดเพื่อให้การเยี่ยมสำรวจเป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ด้วยความเรียบร้อยและเหมาะสม

ทั้งนี้การดำเนินการในวรรคก่อน ให้ดำเนินการเบิกจ่ายค่าตอบแทน ค่าใช้จ่ายอื่นใด สำหรับคณะเยี่ยมสำรวจให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาและอัตราที่สถาบันกำหนด การชำระเงินค่าธรรมเนียมของสถานพยาบาล ให้ดำเนินการแล้วเสร็จก่อนวันเยี่ยมสำรวจ เว้นแต่มีเหตุฉุกเฉินจำเป็นที่สถานพยาบาลอาจชำระเงินภายหลังการเข้าเยี่ยมสำรวจให้สถานพยาบาลทำหนังสือแจ้งสถาบันเป็นลายลักษณ์อักษร โดยต้องอยู่ในระยะเวลา อัตราและกระบวนการดำเนินการตามที่สถาบันกำหนด

### หมวด ๓ การเยี่ยมสำรวจ

ข้อ ๑๒ คณะเยี่ยมสำรวจ ปฏิบัติภารกิจการเยี่ยมสำรวจตามกำหนดการและวิธีการที่ได้รับมอบหมาย โดยสรุปผลการเยี่ยมสำรวจและจัดทำรายงานการเยี่ยมสำรวจเสนอสถาบันตามระยะเวลา แนวทางและวิธีการที่สถาบันกำหนด ซึ่งอาจประสานดำเนินการโดยผู้ประสานงานจนแล้วเสร็จกระบวนการ

กรณีที่คณะเยี่ยมสำรวจต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจากสถานพยาบาลเพื่อประกอบการจัดทำรายงานการเยี่ยมสำรวจ ให้มีการดำเนินการแจ้งสถานพยาบาล ในวันสรุปผลการเยี่ยมสำรวจ และให้สถานพยาบาลดำเนินการจัดส่งเอกสารดังกล่าวไม่เกิน ๗ วัน ให้แก่คณะเยี่ยมสำรวจ เพื่อจัดทำรายงานเสนอสถาบันไม่เกิน ๓๐ วัน นับจากวันสิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจ

กรณีที่คณะเยี่ยมสำรวจเห็นว่าสถานพยาบาลมีการปฏิบัติไม่สอดคล้องกับหลักเกณฑ์การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามระเบียบคณะกรรมการสถาบัน แต่สามารถปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมได้ในระยะเวลาไม่เกิน ๓ เดือน สถาบันสามารถกำหนดให้มีการเยี่ยมสำรวจติดตามเฉพาะเรื่องได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยต้องไม่เกิน ๓ เดือน จากวันสิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจครั้งแรก

ในกรณีที่สถานพยาบาลตามวรรคสาม ไม่พร้อมรับการเยี่ยมสำรวจติดตามเฉพาะเรื่องภายในระยะเวลาตามที่กำหนด ให้ถือว่าการเยี่ยมสำรวจขอรับรองคุณภาพครั้งนั้นสิ้นสุดลง สถาบันจะพิจารณาให้การรับรองการพัฒนาหรือการรับรองคุณภาพตามระเบียบที่คณะกรรมการและสถาบันกำหนด

ข้อ ๑๓ มีวิธีการซึ่งอาจดำเนินการโดยผู้ประสานงานในการประสานติดตามการจัดรายงานการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาลของคณะเยี่ยมสำรวจให้แล้วเสร็จภายใน ๑๔ วันนับถัดจากวันสิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจ โดยมีกระบวนการรวบรวมให้หัวหน้าคณะเยี่ยมสำรวจ ทบทวนแก้ไขและกลั่นกรอง ก่อนจัดส่งรายงานการเยี่ยมสำรวจแก่สถาบันภายใน ๓๐ วัน นับจากวันสิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจ โดยผู้ประสานงานดำเนินการประสานติดตาม

ในกรณีมีการจัดการเยี่ยมสำรวจติดตามเฉพาะเรื่อง ตามข้อ ๑๒ มีวิธีการซึ่งอาจดำเนินการโดยผู้ประสานงานในการประสานติดตามหัวหน้าคณะเยี่ยมสำรวจในการรวบรวมและจัดส่งรายงานผลการเยี่ยมสำรวจแก่สถาบัน ภายใน ๗ วันนับจากวันสิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจติดตามเฉพาะเรื่อง

### หมวด ๔ การพิจารณาตัดสินการรับรองคุณภาพ

ข้อ ๑๔ มีวิธีการซึ่งอาจดำเนินการโดยผู้ประสานงานในการติดตาม รวบรวม และตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของเอกสารประกอบการเสนอพิจารณาตัดสินการรับรองคุณภาพ ได้แก่

(๑) รายงานผลการเยี่ยมสำรวจ

(๒) เอกสารภาคผนวก ประกอบด้วย รายงานแบบประเมินตนเองผลลัพธ์การดำเนินงานตอนที่ IV และรายงานแบบประเมินตนเองคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

การดำเนินการตามวรรคหนึ่งต้องแล้วเสร็จภายใน ๗ วันนับถัดจากวันที่ได้รับรายงานผลการเยี่ยมสำรวจจากหัวหน้าคณะเยี่ยมสำรวจ เพื่อส่งให้เลขานุการคณะอนุกรรมการ

ข้อ ๑๕ ให้เลขานุการคณะกรรมการ ดำเนินการให้มีกระบวนการ บรรณาธิการ ตรวจสอบ ความครบถ้วนถูกต้องของเอกสารประกอบการเสนอพิจารณาตัดสินการรับรองคุณภาพ และจัดทำเอกสารสรุปย่อ รายงานผลการเยี่ยมสำรวจเพื่อนำเสนอพิจารณาต่อคณะกรรมการ ให้แล้วเสร็จก่อนการประชุมพิจารณาให้ คำปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพของคณะกรรมการไม่น้อยกว่า ๗ วัน

ข้อ ๑๖ คณะกรรมการ วิเคราะห์เอกสารประกอบการพิจารณาให้คำปรึกษาเพื่อการรับรอง คุณภาพ และร่วมกันพิจารณาให้คำแนะนำหรือความเห็นเสนอต่อผู้อำนวยการ ในการพิจารณารับรองคุณภาพหรือ เพิกถอนการรับรองคุณภาพ รวมถึงการปฏิบัติหลังได้รับการรับรองคุณภาพ ให้แล้วเสร็จก่อนที่ไปรับรองคุณภาพ ของสถานพยาบาลสิ้นสุดลง

ข้อ ๑๗ ให้เลขานุการคณะกรรมการ ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของผลการพิจารณาให้ คำแนะนำหรือความเห็นของคณะกรรมการ และจัดทำบันทึกเสนอผู้อำนวยการพิจารณาและอนุมัติการรับรอง คุณภาพตามระเบียบคณะกรรมการสถาบัน

ข้อ ๑๘ ให้หัวหน้ากลุ่มภารกิจปฏิบัติการประเมินและรับรอง รวบรวม ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง และแจ้งผลการรับรองคุณภาพ การปฏิบัติหลังได้รับการรับรองคุณภาพ และรายงานผลการเยี่ยมสำรวจ ฉบับสมบูรณ์แก่สถานพยาบาล ให้แล้วเสร็จภายใน ๓๐ วันนับจากวันที่มีประกาศอนุมัติการรับรองคุณภาพ

ทั้งนี้การแจ้งและเผยแพร่ผลการรับรองคุณภาพผ่านเว็บไซต์ของสถาบัน ให้ดำเนินการแล้วเสร็จ ภายใน ๗ วันนับจากวันที่มีประกาศอนุมัติการรับรองคุณภาพ

#### หมวด ๕

#### การปฏิบัติหลังได้รับการรับรองคุณภาพ

ข้อ ๑๙ เมื่อสถานพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพแล้ว ให้สถาบันดำเนินการแจ้งและติดตาม การปฏิบัติหลังได้รับการรับรองคุณภาพตามหลักเกณฑ์พิจารณาการปฏิบัติหลังได้รับการรับรองคุณภาพที่สถาบัน กำหนด

ข้อ ๒๐ ให้สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ ต้องจัดส่งรายงานความก้าวหน้าในการ พัฒนาคุณภาพให้สถาบัน ภายใน ๑๒ เดือนนับจากวันที่ได้รับอนุมัติการรับรองคุณภาพ

ในกรณีสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพขั้นก้าวหน้าหรือขั้นมาตรฐานที่มีระยะเวลา รับรองเกินกว่า ๔ ปี ต้องจัดส่งรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพครั้งที่สองให้สถาบัน ภายใน ๓๐ เดือน นับจากวันที่ได้รับอนุมัติการรับรองคุณภาพ

ข้อ ๒๑ ให้สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพซึ่งคณะกรรมการมีคำแนะนำหรือ ความเห็นให้จัดส่งแผนการพัฒนาคุณภาพภายหลังได้รับการรับรองคุณภาพ ต้องจัดส่งแผนการพัฒนาคุณภาพให้ สถาบัน ภายใน ๙๐ วัน นับจากวันที่สถาบันแจ้งผลการรับรองคุณภาพและจัดส่งรายงานผลการเยี่ยมสำรวจฉบับ สมบูรณ์

ในการนี้สถาบันจะดำเนินการวิเคราะห์แผนการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล โดยผู้เยี่ยม สำรวจหรือบุคคลที่ผู้อำนวยการมอบหมาย และจัดส่งผลการวิเคราะห์แผนการพัฒนาคุณภาพให้แก่สถานพยาบาล ให้แล้วเสร็จภายใน ๔๕ วันนับถัดจากวันที่สถาบันได้รับแผนการพัฒนาคุณภาพดังกล่าวจากสถานพยาบาล

ข้อ ๒๒ ในกรณีสถานพยาบาลที่ไม่สามารถดำเนินการส่งแผนการพัฒนาตามข้อ ๒๑ หรือ รายงานความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพตามที่กำหนดในข้อ ๒๐ ให้สถานพยาบาลต้องทำหนังสือระบุเหตุผลความจำเป็นถึงสถาบันภายใน ๓๐ วันจากวันที่กำหนด และให้สถาบันจัดให้มีกระบวนการสร้างการเรียนรู้เพื่อหาโอกาสพัฒนาและติดตามความก้าวหน้า และให้สถานพยาบาลดำเนินการส่งแผนการพัฒนาหรือรายงานความก้าวหน้าไม่เกิน ๙๐ วันนับจากวันที่สถาบันได้ดำเนินการ

กรณีสถานพยาบาลไม่ดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ให้ผู้อำนวยการเสนอเรื่องสถานพยาบาลดังกล่าวเพื่อขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการในการพิจารณาระยะเวลาและสถานะการรับรองคุณภาพ

ข้อ ๒๓ ให้สถาบันจัดกิจกรรมเพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพ หลังสถานพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพที่มีใช้เพื่อการรับรองคุณภาพ ตามคำแนะนำหรือความเห็นของคณะกรรมการ อย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นไป ได้แก่

- (๑) การเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพที่หน้างาน
- (๒) การเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์
- (๓) การสร้างการเรียนรู้เพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพระหว่างการรับรอง
- (๔) การจัดส่งข้อมูลสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพ
- (๕) ดำเนินวิธีการอื่นใด เพื่อสร้างการเรียนรู้และธำรงการพัฒนาคุณภาพให้สถานพยาบาล

#### หมวด ๖

#### การรับฟังเสียงสะท้อนและประเมินผล

ข้อ ๒๔ เพื่อให้กระบวนการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้สถาบันจัดให้มีการประเมินผลกระบวนการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และรายงานผลต่อผู้อำนวยการ เพื่อพิจารณาดำเนินการตามที่เหมาะสม

ข้อ ๒๕ ให้สถาบันกำหนดให้มีช่องทางรับฟังความคิดเห็นต่อกระบวนการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลให้เป็นไปโดยง่ายและสะดวก โดยให้มีลักษณะที่ไม่เป็นการเปิดเผยข้อมูลโดยทั่วไป

ทั้งนี้ให้หัวหน้ากลุ่มภารกิจปฏิบัติการประเมินและรับรอง ดำเนินการรวบรวม วิเคราะห์ และรายงานสรุปข้อมูลในภาพรวมและโอกาสพัฒนา ให้ผู้บริหารระดับสูงทราบในการประชุมคณะผู้บริหารทุกไตรมาส

#### หมวด ๗

#### ใบรับรองคุณภาพและเครื่องหมายรับรองคุณภาพ

ข้อ ๒๖ ให้สถาบันจัดทำใบรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ให้แก่สถานพยาบาล ภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ได้รับอนุมัติการรับรองคุณภาพ

ทั้งนี้การจัดเก็บ ควบคุม และกำกับติดตามการใช้ใบรับรองคุณภาพและเครื่องหมายรับรองคุณภาพให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่สถาบันกำหนด

ข้อ ๒๗ การดำเนินกระบวนการรับรองคุณภาพ การได้รับประกาศนียบัตรสถานพยาบาลและการทบทวนมาตรฐาน ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการก่อนระเบียบนี้มีผลบังคับใช้ ให้ถือว่าเป็นการดำเนินการโดยชอบด้วยระเบียบนี้ และให้ดำเนินการตามระเบียบนี้ในขั้นตอน วิธีการถัดไป ที่สามารถดำเนินการโดยไม่ขัดหรือแย้งกับระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗

**ปิยวรรณ ล.**

(นางปิยวรรณ ลิมปัญญาเลิศ)

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



**ประกาศสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)**  
**เรื่อง กำหนดเอกสารเครื่องมือสำหรับการประเมินตนเองของสถานพยาบาล**  
**ประกอบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั้งองค์กร**  
**ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๖**  
**พ.ศ. ๒๕๖๙**

.....

โดยที่เป็นการสมควร กำหนดเอกสารตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๖ เป็นเอกสารที่สถานพยาบาลต้องจัดเตรียมเพื่อการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพและขั้นตอนในการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรอง ตามข้อ ๑๑ ของระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๙ ซึ่งกำหนดให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙ เป็นต้นไป ที่มีกระบวนการรับฟังความเห็นและได้มีการทดลองใช้แล้ว เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินตนเองของสถานพยาบาลที่ประสงค์ยื่นคำขอประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั้งองค์กรตามมาตรฐานดังกล่าว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๒๗ (๓) แห่งพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบกับข้อ ๑๑ ของระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๙ ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ กำหนดให้เอกสารแนบท้ายประกาศนี้ เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินตนเองประกอบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั้งองค์กร ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๖ ข้อ ๑๑ ของระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๙

ข้อ ๒ ให้สถานพยาบาลที่ประสงค์จะยื่นขอรับการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐานหรือขั้นก้าวหน้า ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๖ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙ เป็นต้นไป ต้องจัดทำและจัดส่งเอกสารโดยใช้เครื่องมือสำหรับการประเมินตนเองของสถานพยาบาลผ่านระบบที่สถาบันกำหนดตามข้อ ๑

ประกาศ ณ วันที่ ๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๙

**ปิยวรรณ จ.**

(นางปิยวรรณ ลีมีปัญญาเลิศ)

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

เอกสารแนบท้าย

ประกาศสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เรื่อง กำหนดเอกสารเครื่องมือสำหรับการประเมินตนเองของสถานพยาบาล

ประกอบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั้งองค์กร

ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๒

พ.ศ. ๒๕๖๘

---

## รายงานการประเมินตนเองประกอบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6 ตอนที่ I - IV

### คำแนะนำการใช้รายงานการประเมินตนเอง

รายงานการประเมินตนเองฉบับปี 2026 ได้ปรับปรุงให้สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6 โดยมุ่งเน้นการเรียนรู้ตามบริบทของแต่ละสถานพยาบาล และใช้ “เป้าหมายของมาตรฐาน” เป็นเครื่องมือชี้้นำการพัฒนา ภายใต้แนวคิด 3C-DALI ทั้งนี้ กระบวนการประเมินและรับรองคุณภาพเป็นการรับรองว่าสถานพยาบาลมีองค์ประกอบของการปฏิบัติงานและการพัฒนาคุณภาพที่เชื่อถือได้ ว่าสามารถให้บริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด โดยเป็นการรับรองระบบการดำเนินงานของสถานพยาบาล มีใช้การรับรองผลการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย กระบวนการดังกล่าวมีเป้าประสงค์เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยกระดับทั้งองค์กร ให้สามารถแสดงผลการดำเนินงานที่ดีขึ้น มีระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ และมองเห็นโอกาสในการพัฒนาไปสู่ระดับความเป็นเลิศ โดยอาศัยการประเมินตนเองเทียบกับมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด ควบคู่กับการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอก ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนา โดยสะท้อนผ่านสิ่งที่พบ ข้อชื่นชม ข้อเสนอแนะ และโอกาสในการพัฒนาเพิ่มเติม

การรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐานและขั้นก้าวหน้า สถาบันได้พัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินตนเองตามมาตรฐาน ประกอบด้วย (1) ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล (Hospital Profile 2026) และ (2) รายงานการประเมินตนเองประกอบมาตรฐาน ได้แก่ ตอนที่ I-III ตอนที่ IV และรายงานแบบประเมินตนเองคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (CLT/PCT Profile และข้อมูลคุณภาพของแต่ละโรค/หัตถการ) ทั้งนี้ ใช้ HA Scoring Guideline เป็นแนวทางในการประเมินตนเอง เพื่อให้สามารถมองเห็นระดับการพัฒนาของตนเอง และระบุโอกาสในการพัฒนาคุณภาพได้อย่างเป็นระบบ

รายงานการประเมินตนเองประกอบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6 ตอนที่ I-III ประกอบด้วย

#### i) บริบท

เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

### ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ

เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

### iii) แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1–2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

### iv) ผลการดำเนินการ (Performance Results)

ควรเลือกตัวชี้วัดที่กำหนดจากการออกแบบการดำเนินงานตามประเด็นสำคัญของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล ที่สอดคล้องกับเป้าหมายของมาตรฐานในแต่ละบท โดยเฉพาะข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน เพื่อให้สะท้อนผลการดำเนินงานได้อย่างมีนัยสำคัญ และเชื่อมโยงกับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ตัวชี้วัดที่เลือกควรใช้ประโยชน์ได้จริง มีความน่าเชื่อถือ สะท้อนระดับการพัฒนาอาจเป็นตัวชี้วัดระดับกระบวนการ ผลลัพธ์หรือผลกระทบ ทั้งนี้ควรสามารถเชื่อมโยงกับกระบวนการที่พัฒนา และสนับสนุนการเรียนรู้เพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องขององค์กร

สถาบันได้กำหนดผลการดำเนินการสำคัญที่สถานพยาบาลต้องรายงานตามบริบทและประเภทของสถานพยาบาล ได้แก่

- (1) ผลการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ใช้ในการพิจารณารับรอง
- (2) ผลการดำเนินการด้านการดูแลสุขภาพระดับประเทศ ใช้เพื่อสะท้อนภาพรวมคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยคัดเลือกจากประเด็นสุขภาพที่มีผลกระทบสูงต่อการพัฒนาคุณภาพในระดับระบบโดยรวม

### แนวทางการกำหนดระดับคะแนน Scoring Guideline

- การประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานโดย HA Scoring เป็นการประเมิน “รายบท” โดยเป็นการประเมินกระบวนการปฏิบัติตามมาตรฐาน ตอนที่ I-III จำนวน 54 บท และประเมินผลการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานตามมาตรฐาน ตอนที่ IV จำนวน 6 บท

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

- การประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานโดย HA Scoring มีระดับการให้คะแนนเป็นไปเพื่อยกระดับการพัฒนา ตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพและการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ โดยสอดคล้องกับ 3C-DALI เป็นการให้คะแนนเชิงกระบวนการที่มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจากการเรียนรู้และใช้ประโยชน์จากผลลัพธ์เพื่อยกระดับการพัฒนาผลการดำเนินงานสู่ความเป็นเลิศ
- ทีมงานที่รับผิดชอบหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานบทนั้น ร่วมกันประเมินความสมบูรณ์ของระบบคุณภาพในการพัฒนาโรงพยาบาลตาม Scoring Guideline ในที่นี้ หมายถึง การประเมินระดับการพัฒนาที่โรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายของมาตรฐาน ซึ่งแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ โดยแบ่งเป็นคะแนนกระบวนการ (Process) และคะแนนผลการดำเนินการ (Result)
- แนวทางการให้คะแนนกระบวนการ (Process) ตาม HA Scoring เป็นการประเมินระดับการพัฒนาระบบการปฏิบัติตามมาตรฐาน ตอนที่ I-III โดยให้ความสำคัญกับการประเมินการปฏิบัติตามข้อกำหนดในภาพรวม (Overall Requirement) ของมาตรฐานแต่ละบท และให้คะแนนเชิงกระบวนการที่มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องแบบครบกระบวนการ Desing-Action-Learning-Improvement ที่สอดคล้องกับเป้าหมายและคุณค่ามาตรฐาน (Concept) ประเด็นสำคัญตามมาตรฐาน (Criteria) และบริบทของสถานพยาบาล (Context)
- แนวทางการให้คะแนนผลการดำเนินงานตาม HA Scoring เป็นการประเมินผลการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานตามมาตรฐาน และมีระดับการพัฒนาผลดำเนินการด้านต่าง ๆ ตามมาตรฐานตอนที่ IV ให้ความสำคัญกับการกำหนดการวัดและติดตามผลการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ มีการเรียนรู้และใช้ประโยชน์จากผลลัพธ์เพื่อยกระดับการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ
- การประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานโดย HA Scoring เป็นการร่วมกันกำหนดระดับคะแนนเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลในประเด็นต่าง ๆ ตามมาตรฐาน โดยพิจารณาทั้งด้านการออกแบบ แนวทางปฏิบัติ และการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติว่าบรรลุผลครอบคลุมประเด็นสำคัญตามมาตรฐานและบริบท มีการวัดผล ทบทวน และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง จนสามารถพัฒนาเป็นแบบอย่างได้ รวมถึงการแสดงระดับของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ เป็นการร่วมกันให้ความเห็นเกี่ยวกับระดับการพัฒนาของระบบคุณภาพในแต่ละบท และนำไปสู่การจัดทำแผนพัฒนาเพื่อยกระดับสู่ระดับคะแนน 3, 4 หรือ 5 ตามความเหมาะสม โดยการให้คะแนนอยู่ในช่วง 1-5 และการให้คะแนนในรายบทย่อย (เช่น I-1.1, I-1.2) เป็นจำนวนเต็ม โดยไม่มีจุดทศนิยม
- การประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานโดย HA Scoring ในแบบประเมินตนเอง ให้ระบุสิ่งที่สามารถทำได้ดีหรือผลการดำเนินการตามมาตรฐาน และแผนการพัฒนาในสิ่งที่ เป็นโอกาสพัฒนา เพื่อการติดตามในการพัฒนาต่อเนื่องและเรียนรู้ร่วมกับทีม

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

- โรงพยาบาลมีหน้าที่ในการใช้ HA Scoring ในการประเมินตนเองตามข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐานแต่ละบท เพื่อหาโอกาสพัฒนาเพื่อยกระดับการพัฒนา และสร้างวัฒนธรรมคุณภาพในโรงพยาบาล และใช้ประโยชน์จากข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัยในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย
- การใช้ HA Scoring สำหรับการพัฒนาระบบงานของสถานพยาบาล ควรมุ่งเพื่อยกระดับการพัฒนาของระบบคุณภาพ ในการพัฒนาระบบงานในองค์กรให้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องไปสู่ความยั่งยืน มิใช่เพียงคาดหวังคะแนนผ่านเกณฑ์การรับรองเท่านั้น

แนวทางการกำหนดระดับคะแนน Scoring guideline		
Score	Process	Result
1	ออกแบบและเริ่มต้นปฏิบัติ Design & early stage of implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน แต่ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ตามมาตรฐาน Partial implementation	ติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตามประเด็นที่สำคัญ Relevant and valid measure
3	มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมพื้นที่สำคัญ/ประเด็นสำคัญ ตามมาตรฐานและบริบท โดยได้ผลของการปฏิบัติ Effective implementation	วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด Get use of measures
4	มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่องและบูรณาการ Continuous improvement and Integration	มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) Good results (better than average)
5	มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดีที่มีการเปลี่ยนแปลง เชิงผลกระทบ Role model, good practices, innovation, impact	มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile)

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

### 1.1 มาตรฐานหมวดกระบวนการ (Process)

- คะแนน 1 Design & early stage of implementation เริ่มมีการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ เช่น มีการกำหนดโครงสร้างที่เกี่ยวข้องวางแผน วางแนวทางปฏิบัติ กำหนดผู้รับผิดชอบ (ใช้เป็นแนวทางการประเมินระดับ Score 1 กับมาตรฐานในส่วนนี้ทุกข้อ)
- คะแนน 2 Partial implementation แนวทางปฏิบัติที่กำหนดมีความเหมาะสมกับบริบท เริ่มมีการนำแนวทางไปสู่การปฏิบัติ มีการกำกับติดตามให้เกิดการปฏิบัติ ความครอบคลุมอาจจะยังไม่สมบูรณ์แต่ต้องครอบคลุมข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย และประเด็นสำคัญตามมาตรฐาน (ใช้เป็นแนวทางการประเมินระดับ Score 2 กับมาตรฐานในส่วนนี้ทุกข้อ)
- คะแนน 3 Effective implementation มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างครอบคลุมประเด็นหรือพื้นที่สำคัญ และได้ผลของการปฏิบัติ บรรลุเป้าหมายในประเด็นสำคัญที่กำหนดตามมาตรฐานและบริบทองค์กร
- คะแนน 4 Continuous improvement and Integration มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญ มีการเชื่อมโยงและบูรณาการกับกระบวนการ/ระบบงานที่เกี่ยวข้อง
- คะแนน 5 Role model, good practices, innovation, impact เป็นแบบอย่างที่ดี มีการถอดองค์ความรู้ มีการใช้นวัตกรรมที่ส่งผลดี เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงผลกระทบ

### 1.2 มาตรฐานหมวดผลลัพธ์ (Result)

- คะแนน 1 Measure มีการออกแบบการวัดผล
- คะแนน 2 Relevant and valid measure มีการติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตามประเด็นที่สำคัญ
- คะแนน 3 Get use of measures มีการวัดที่ตรงประเด็นตามเป้าหมายมาตรฐาน และครอบคลุมประเด็นสำคัญเป็นส่วนใหญ่ โดยมีการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดเพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง
- คะแนน 4 Good results (better than average) ตัววัดตามประเด็นสำคัญส่วนใหญ่\*อยู่ในระดับที่ดีกว่าค่าเฉลี่ยในบริบทเดียวกัน หรือมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- คะแนน 5 Very good results (top quartile) ตัววัดตามประเด็นสำคัญอยู่ในระดับ top quartile

\*ส่วนใหญ่ (mostly) หมายถึง สัดส่วนที่สูงกว่า 50% ขึ้นไป

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6	มีข้อมูลตอบใน SAR แล้ว (ให้เช็ค P ก่อนส่งสรพ.)
การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	มาตรฐาน บทที่ III-4.3 การดูแลเฉพาะ ข.การผ่าตัด (4)	
การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กร ในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSII	มาตรฐาน บทที่ II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ (1)	
บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งตรงกับมาตรฐาน	มาตรฐาน บทที่ I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร ข. สวัสดิภาพ ความปลอดภัย และสภาวะของบุคลากร (3) (vii) มาตรฐาน บทที่ II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ (6)	
การเกิด Medication Error และ Adverse Drug Event	มาตรฐาน บทที่ II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดลอมสนับสนุน ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (1) (iv)	
การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	มาตรฐาน บทที่ II-7.3 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	
การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	มาตรฐาน บทที่ III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ ค. การเข้ารับบริการ (entry) (5)	
ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	มาตรฐาน บทที่ III-2 การประเมินผู้ป่วย ค. การวินิจฉัยโรค (5)	
การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน	มาตรฐาน บทที่ II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิ วิทยาคลินิก ข. การให้บริการ (3) มาตรฐาน บทที่ II-7.4 พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวช ศาสตร์และนิติเวชคลินิก มาตรฐาน บทที่ II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ	
การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน บทที่ III-1 การเข้าถึงบริการ (4)	

โดยสถานพยาบาลต้องดำเนินการในเรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ดังนี้

- มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด
- แสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปี ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ในแบบประเมินตนเองเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพ
- กรณีเกิดอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ
- จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมสำรวจ

แบบประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

## ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร (Organization Management Overview)

บทที่ I-1 การนำ	Self-assessment	Average Score	...	Surveyor finding	Average Score	...
(i) บริบท	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจสะท้อนบริบทองค์กรตาม บทมาตรฐาน		
I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง	ผู้นำระดับสูงชี้แนะและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.	Score	...		Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1–2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

<p><b>I-1.2 การกำกับดูแลองค์กร การจัดการบริการสุขภาพเพื่อความยั่งยืน และการทำประโยชน์ให้สังคม</b></p>	<p>องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และจัดการบริการสุขภาพที่คำนึงถึงความยั่งยืนและทำประโยชน์ให้สังคม.</p>	<p><b>Score</b></p>	<p>...</p>		<p><b>Score</b></p>	<p>...</p>
<p><b>(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:</b></p>	<p>เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)</p>				
<p><b>(iii) แผนการพัฒนา</b></p>	<p>ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1–2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)</p>				
<p><b>(iv) ผลการดำเนินการ</b> รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4 (1) (2) (3) (4) (5) (6)] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]  <b>เป้าหมาย/ ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:</b>                  I-1.1 ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ/ การขึ้นนำ การสื่อสารอย่างได้ผล การสร้างความผูกพันกับบุคลากรและผู้รับผลงาน การสร้างสภาพแวดล้อมที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ การทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย                  I-1.2 องค์กรมีระบบกำกับดูแลกิจการที่ดีและทำประโยชน์ให้สังคม/ การกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ (การบริหารงาน การบริหารบุคลากรที่เป็นธรรม การบริหารการเงินและงบประมาณ การอภิบาลเทคโนโลยีดิจิทัล ความโปร่งใส) การประเมินและปรับปรุงผู้นำ/ระบบการนำ การกำกับดูแลทางคลินิก การปฏิบัติตามกฎหมาย การส่งเสริมพฤติกรรมที่มีจริยธรรม การจัดการบริการสุขภาพเพื่อความยั่งยืน ความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้เสีย การทำประโยชน์ให้สังคม</p>						
<p><b>ข้อมูล/ตัวชี้วัด</b></p>	<p><b>เป้าหมาย ปีปัจจุบัน</b></p>	<p><b>ปี...</b></p>	<p><b>ปี...</b></p>	<p><b>ปี...</b></p>	<p><b>ปี...</b></p>	<p><b>ปีปัจจุบัน</b></p>


บทที่ I-2 กลยุทธ์	Self-assessment	Average Score		Surveyor finding	Average Score	...
(i) บริบท	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผล ความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ สะท้อนบริบทองค์กรตามมาตรฐาน		
I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์	องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อตอบสนอง ความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนอง ความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็ง ใ้กับการดำเนินการขององค์กร	Score	...		Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้ หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็น สำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการ ดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเอง ด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการ ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับ คะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1–2 ปี ให้ระบุ สิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อ กำหนดทิศทางพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของ สถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการ พัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

<p><b>I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ</b></p>	<p>องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.</p>	<p><b>Score</b></p>	<p>...</p>		<p><b>Score</b></p>	<p>...</p>
<p><b>(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:</b></p>	<p>เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>สิ่งที่พบจากกระบวนการเฝ้าตรวจสอบ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)</p>				
<p><b>(iii) แผนการพัฒนา</b></p>	<p>ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)</p>				
<p><b>(iv) ผลการดำเนินการ</b> [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4 (1)] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]  <b>เป้าหมาย/ ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:</b>                      การสร้างความเข้มแข็งให้การดำเนินการขององค์กร/ การวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพและความท้าทาย การกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ การทบทวนแผนปฏิบัติการ การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และบรรลุผลของแผนปฏิบัติการ</p>						
<p><b>ข้อมูล/ตัวชี้วัด</b></p>	<p><b>เป้าหมายปัจจุบัน</b></p>	<p><b>ปี...</b></p>	<p><b>ปี...</b></p>	<p><b>ปี...</b></p>	<p><b>ปี...</b></p>	<p><b>ปัจจุบัน</b></p>

บทที่ I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	Self-assessment	Average Score		Surveyor finding	Average Score	...
(i) บริบท	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ สะท้อนบริบทขององค์กรตามมาตรฐาน		
I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวัง.	Score	...		Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1–2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		
I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	องค์กรสร้างและจัดการความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประเมินความพึงพอใจและความผูกพันด้วยวิธีการที่เหมาะสม.	Score	...		Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็น			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

	สำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการ ดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเอง ด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการ ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง				
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1–2 ปี ให้ระบุ สิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อ กำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของ สถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง				ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการ พัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)
I-3.3 สิทธิผู้ป่วย	องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิและเคารพศักดิ์ศรี.	Score	...	Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้ หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็น สำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการ ดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเอง ด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการ ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง				สิ่งที่พบจากกระบวนการเฝ้าตรวจสอบสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับ คะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1–2 ปี ให้ระบุ สิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อ กำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของ สถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง				ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการ พัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)

(iv) ผลการดำเนินการ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-2][รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:**

บริการที่ตอบสนองความต้องการและความคาดหวัง/ การรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน สร้างและจัดการความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน คุณค่าจากมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน การคงอยู่ การแนะนำ การคุ้มครองสิทธิและเคารพศักดิ์ศรี

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

บทที่ I-4 การวัด การวิเคราะห์ และ การจัดการความรู้	Self-assessment	Average Score		Surveyor finding	Average Score	...
(i) บริบท	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ สะท้อนบริบทขององค์กรตามมาตรฐาน		
I-4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร	องค์กรกำหนด เลือก รวบรวม และวิเคราะห์ ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและ ส่งเสริมการเรียนรู้.	Score	...		Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเอง ด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุ สิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อ กำหนดทิศทางพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

<p><b>I-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้</b></p>	<p>องค์กรมีการจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ให้มีข้อมูล สารสนเทศ และสินทรัพย์ ความรู้ ที่เชื่อมั่นว่ามีคุณภาพ พร้อมใช้งานและมั่นคงปลอดภัยอย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรให้ประสบความสำเร็จ.</p>	<p><b>Score</b></p>	<p>...</p>	<p><b>Score</b></p>	<p>...</p>
<p><b>(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:</b></p>	<p>เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)</p>			
<p><b>(iii) แผนการพัฒนา</b></p>	<p>ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)</p>			
<p> </p>					

(iv) ผลการดำเนินการ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 (1)] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:**

I-4.1 การปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้/ การกำหนด เลือกและรวบรวมตัวชี้วัด (เหมาะสม สอดคล้อง (alignment) และบูรณาการ (integration) กับเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทขององค์กร) การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ

I-4.2 การขับเคลื่อนด้วยข้อมูลและความรู้ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรให้ประสบความสำเร็จ/ คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ ความพร้อมใช้งาน การสร้างและจัดการความรู้ ความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปัจจุบัน	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน

บทที่ I-5 บุคลากร	Self-assessment	Average Score		Surveyor finding	Average Score	...
(i) บริบท	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ สะท้อนบริบทองค์กรตามมาตรฐาน		
I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร	องค์กรทำให้เชื่อมั่นในการบริหารจัดการ ความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อม และบรรยากาศในการทำงานที่เอื้อต่อสวัสดิภาพ ความ	Score	...		Score	...

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

	ปลอดภัย และสุขภาพของบุคลากร เพื่อให้ งานองค์กร บรรลุผลสำเร็จ.					
<b>(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:</b>	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้ หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็น สำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการ ดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเอง ด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการ ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง				สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับ คะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)	
<b>(iii) แผนการพัฒนา</b>	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุ สิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อ กำหนดทิศทางพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของ สถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง				ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการ พัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)	
<b>I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร</b>	องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร มีระบบ บริหารผลการปฏิบัติงานและพัฒนาบุคลากร เพื่อให้บุคลากร มีความสามารถ รักษาบุคลากร ไว้และมีผลปฏิบัติงานที่ดี.	<b>Score</b>	...		<b>Score</b>	...
<b>(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:</b>	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้ หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็น สำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการ ดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเอง ด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการ ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง				สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับ คะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)	

<b>(iii) แผนการพัฒนา</b>	ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)
--------------------------	---	--

**(iv) ผลการดำเนินการ** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-3] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:**

I-5.1 งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ และบุคลากรมีสุขภาพดีและปลอดภัย/ ชีตความสามารถ ความเพียงพอของบุคลากร รักษาบุคลากรไว้ สภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงาน สวัสดิภาพ ความปลอดภัยและสุขภาวะ

I-5.2 บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี/ การสร้างความผูกพันของบุคลากร ความพึงพอใจ วัฒนธรรมที่ส่งเสริมการปฏิบัติงานที่ดี บุคลากรผูกพันและมีแรงจูงใจการจัดการผลการปฏิบัติงาน การพัฒนาบุคลากรและผู้นำ บุคลากรมีความสามารถ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน

บทที่ I-6 การปฏิบัติการ	Self-assessment	Average Score	Surveyor finding	Average Score	...
<b>(i) บริบท</b>	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผล		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ สะท้อนบริบทขององค์กรตามบทมาตรฐาน		

	ความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)					
I-6.1 กระบวนการทำงาน	องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่ามีการออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ รวมถึง กระบวนการจัดการเรียนการสอนทางคลินิก เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.	Score	...		Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		
I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ	องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่ามีการบริหารจัดการในการปฏิบัติการ การจัดการเครือข่ายอุปทาน การจัดการด้าน ความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติ/ฉุกเฉิน อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ	Score	...		Score	...

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

<p><b>(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:</b></p>	<p>เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>สิ่งที่พบจากกระบวนการเฝ้าตรวจสอบ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)</p>
<p><b>(iii) แผนการพัฒนา</b></p>	<p>ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)</p>

**(iv) ผลการดำเนินการ** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 (1) (2)] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:**

การส่งมอบคุณค่าบริการแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ/ การออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการ การบริหารผลการปฏิบัติ การจัดการให้เกิดนวัตกรรม การจัดการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิกที่มุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัย ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ การควบคุมต้นทุนโดยรวม การจัดการเครือข่ายอุปทาน การจัดการด้านความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปัจจุบัน	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน

--	--	--	--	--	--	--	--

## ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (Key Hospital Systems)

บทที่ II-1 การบริหารงาน คุณภาพ ความเสี่ยง และความ ปลอดภัย	Self-assessment	Average Score		Surveyor finding	Average Score	...
(i) บริบท	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ สะท้อนบริบทขององค์กรตามบทมาตรฐาน		
II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ	องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่ามีการบริหารงานคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ และพัฒนาคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมเหมาะสมและได้ผล	Score	...		Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อ			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

	กำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง				
II-1.2 การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน.	Score	...	Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง		สิ่งที่พบจากกระบวนการเฝ้าตรวจสอบ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง		ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		
<p>(iv) ผลการดำเนินการ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-1 (1), IV-5 (1)] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]</p> <p><b>เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:</b></p> <p>II-1.1 คุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เหมาะสมและได้ผล/ การประสานและบูรณาการบริการงานคุณภาพในทุกๆระดับ การทำงานเป็นทีม การประเมินตนเอง การจัดการแผนพัฒนาคุณภาพ</p> <p>II-1.2 จัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน/ ระบบการบริหารความเสี่ยงและจัดการความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพและประสานสอดคล้องกัน กระบวนการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ การจัดการอุบัติการณ์ที่ได้ผล</p>					



รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

<p><b>(iii) แผนการพัฒนา</b></p>	<p>ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p>		<p>ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)</p>			
<p><b>II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์</b></p>	<p>องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่าองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ แพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.</p>	<p><b>Score</b></p>	<p>...</p>		<p><b>Score</b></p>	<p>...</p>
<p><b>(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:</b></p>	<p>เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง</p>		<p>สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)</p>			
<p><b>(iii) แผนการพัฒนา</b></p>	<p>ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p>		<p>ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)</p>			
<p><b>(iv) ผลการดำเนินการ</b> [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 (1)] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]  <b>เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:</b>                  บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร/ ประสิทธิผลของการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ การประสานความร่วมมือเพื่อกำกับดูแลคุณภาพและความปลอดภัย การศึกษาต่อเนื่อง ผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย ผลลัพธ์ของเวชปฏิบัติที่มีต่อผู้ป่วย</p>						

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน		
<b>II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน</b>	<b>Self-assessment</b>		<b>Average Score</b>		<b>Surveyor finding</b>		<b>Average Score</b>	<b>...</b>
<b>(i) บริบท</b>	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)				สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ สะท้อนบริบทขององค์กรตามมาตรฐาน			
<b>II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและ ความปลอดภัย</b>	องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่าสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการวัสดุและของเสียอันตราย การป้องกันและควบคุม อคติภัย เอื้อต่อความปลอดภัยและสวัสดิภาพของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน		<b>Score</b>	<b>...</b>			<b>Score</b>	<b>...</b>
<b>(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:</b>	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง				สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)			

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1–2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง		ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		
II-3.2 เครื่องมือและระบบสารสนเทศยุค	องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่ามีระบบเครื่องมือและสารสนเทศยุคที่จำเป็น พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา เพื่อการใช้งาน ที่ได้ผล เชื่อถือได้ และปลอดภัย.	Score	...		Score ...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1–2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง		ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		
II-3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้สถานพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้าง เสริมสุขภาพ และการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน.	Score	...		Score ...

<p><b>(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:</b></p>	<p>เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>สิ่งที่พบจากกระบวนการเฝ้าตรวจสอบ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)</p>
<p><b>(iii) แผนการพัฒนา</b></p>	<p>ประเมินโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1–2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)</p>

**(iv) ผลการดำเนินการ** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 (1)] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:**

II-3.1 ความปลอดภัย ความผาสุกของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน/ ความปลอดภัย สวัสดิภาพ ความผาสุก ในด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการวัสดุและของเสียอันตราย ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

II-3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภคที่พร้อมใช้งาน ได้ผล เชื่อถือได้ ปลอดภัย

II-3.3 สถานที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การเรียนรู้ การสร้างความสัมพันธ์ พืชกับสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม (การจัดการขยะมูลฝอย, ระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ, การลดปริมาณของเสีย/ลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก/Carbon Footprint)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปัจจุบัน	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

บทที่ II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	Self-assessment	Average Score		Surveyor finding	Average Score	...
(i) บริบท	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ สะท้อนบริบทขององค์กรตามมาตรฐาน		
II-4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ มีการประสานงานที่ดี และมีประสิทธิภาพ เพื่อลดการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.	Score	...		Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		

<p><b>II-4.2 การปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ</b></p>	<p>องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการและลดการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.</p>	<p><b>Score</b> ...</p>			<p><b>Score</b> ...</p>	
<p><b>(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:</b></p>	<p>เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>สิ่งที่พบจากกระบวนการเฝ้าระวัง survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)</p>				
<p><b>(iii) แผนการพัฒนา</b></p>	<p>ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)</p>				
<p><b>(iv) ผลการดำเนินการ</b> [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 (1)] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]  <b>เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:</b>                  ลดการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ/ ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การเฝ้าระวังการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ ที่เหมาะสม ปลอดภัย มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ</p>						
<p><b>ข้อมูล/ตัวชี้วัด</b></p>	<p><b>เป้าหมาย ปีปัจจุบัน</b></p>	<p><b>ปี...</b></p>	<p><b>ปี...</b></p>	<p><b>ปี...</b></p>	<p><b>ปี...</b></p>	<p><b>ปีปัจจุบัน</b></p>
<p>อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้ เครื่องช่วยหายใจ</p>						
<p>(VAP Rate/1,000 Vent. Days)*</p>						

อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการ คาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI/1,000 Cath. Days)*						
อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสาย สวนหลอดเลือดส่วนกลาง (CLABSI/1,000 Cath. Days)*						

\*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร

บทที่ II-5 ระบบเวชระเบียน	Self-assessment	Average Score	Surveyor finding	Average Score	...
(i) บริบท	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ สะท้อนบริบทองค์กรตามบทมาตรฐาน		
II-5.1 ระบบเวชระเบียน	องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่ามีระบบเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพและมั่นคงปลอดภัย เพื่อตอบสนองความต้องการของ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และบุคลากร.	Score	...	Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเอง		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

	ด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง				
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง		ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		
II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย	องค์กรทำให้เชื่อมั่นว่าผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย	Score	...	Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง		สิ่งที่พบจากกระบวนการเฝ้าตรวจสอบสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง		ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		
(iv) ผลการดำเนินการ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 (1)] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ] เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:					

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

ระบบเวชระเบียนที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานและบุคลากร/ การวางแผนและออกแบบระบบเวชระเบียน การรักษาความปลอดภัยและความลับ เวชระเบียนผู้ป่วยมีความสมบูรณ์และมีข้อมูลเพียงพอ (การสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน

บทที่ II-6 ระบบการจัดการด้านยา	Self-assessment	Average Score	...	Surveyor finding	Average Score	...
(i) บริบท	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ สะท้อนบริบทขององค์กรตามมาตรฐาน		
II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน	องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียา ที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้ สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.	Score	...		Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

	สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง		ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)
II-6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา	องค์กรทำให้มั่นใจว่าการใช้ยามีความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการ ทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.	Score ...	Score ...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง		ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)
(iv) ผลการดำเนินการ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 (1)] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ] เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:			

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

การใช้ยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม ได้ผล/ การกำกับดูแลการจัดการด้านยาที่มีความปลอดภัย เหมาะสม ได้ผล ยาที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้ การกำกับดูแลสิ่งแวดล้อม สนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษา ยา การปฏิบัติในการใช้ยา (การสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง การเตรียม เขียนฉลาก จัด จ่าย และส่งมอบยา การบริหารยา) ที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน
อุบัติการณ์ Medication error : Prescribing*						
อุบัติการณ์ Medication error : Transcribing*						
อุบัติการณ์ Medication error : Pre-dispensing*						
อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing*						
อุบัติการณ์ Medication error : Administration*						

\*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร เช่น การเก็บข้อมูล ME สามารถใช้รูปแบบตามที่โรงพยาบาลจัดเก็บตามปกติเป็นต้น

บทที่ II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง	Self-assessment	Average Score	Surveyor finding	Average Score	...
(i) บริบท	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจสะท้อนบริบทองค์กรตามบทมาตรฐาน		

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์	องค์กรทำให้มั่นใจว่าบริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วย และบุคลากรน้อยที่สุด เพื่อการวินิจฉัยโรคและดูแลอย่างเหมาะสม.	Score	...		Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง	สิ่งที่พบจากกระบวนการเฝ้าตรวจสอบ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)				
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)				
II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก	องค์กรทำให้มั่นใจว่าบริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก/พยาธิวิทยากายวิภาค ให้ข้อมูลที่ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ เพื่อการวินิจฉัยโรคและดูแลที่เหมาะสม.	Score	...		Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง	สิ่งที่พบจากกระบวนการเฝ้าตรวจสอบ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)				

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง		ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		
II-7.3 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีธนาคารเลือดและงานบริการโลหิตที่ได้ตามมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบผลิตภัณฑ์ โลหิตที่มีคุณภาพปลอดภัย และเพียงพอแก่ผู้ป่วย.	Score	...		Score ...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง		ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		
II-7.4 พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก	องค์กรทำให้มั่นใจว่าบริการพยาธิวิทยา กายวิภาค เซลล์วิทยา นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก ให้ข้อมูลถูกต้อง น่า เชื่อถือ เพื่อการวินิจฉัยโรคและดูแลที่เหมาะสม.	Score	...		Score ...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

	สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง				
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)	
II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ	องค์กรทำให้มั่นใจว่าบริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ ให้ข้อมูลถูกต้อง น่าเชื่อถือ เพื่อการวินิจฉัยโรค และดูแลที่เหมาะสม.	Score	...	Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเฝ้าตรวจสอบสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)	
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)	
(iv) ผลการดำเนินการ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 (1)] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]					

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:**

- II-7.1 ข้อมูลที่ถูกต้อง นำเชื่อถือ เพื่อการวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม/ การวางแผน ทรัพยากรและการจัดการที่เหมาะสม การให้บริการรังสีวิทยา การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย มีอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคลากรน้อยที่สุด
- II-7.2 -ข้อมูลที่ถูกต้อง นำเชื่อถือ เพื่อการวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม/ การวางแผน ทรัพยากรและการจัดการที่เหมาะสม การให้บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/ พยาธิวิทยาคลินิกที่แม่นยำ รวดเร็ว ทันเวลาและปลอดภัย การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย
- II-7.3 ผลิตภัณฑ์โลหิตที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และเพียงพอแก่ผู้ป่วย/ บริการธนาคารเลือดและบริการโลหิตที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัย เพียงพอ ลดการสิ้นเปลืองสูญเสียเปล่า
- II-7.4-7.5 การวินิจฉัยโรคและดูแลที่เหมาะสม/ ข้อมูลถูกต้อง นำเชื่อถือ ปลอดภัย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน
จำนวนอุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อน (เช่น ล่าช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป*						
*จำนวนอุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด (ทั้งหมด/ระดับ E)*						
จำนวนอุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิและการตรวจวินิจฉัยอื่น คลาดเคลื่อน (เช่น ล่าช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป*						

\*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

บทที่ II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ	Self-assessment	Average Score		Surveyor finding	Average Score	...
(i) บริบท	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)			สิ่งที่พบจากกระบวนการเฝ้าระวังตรวจสอบสะท้อนบริบทขององค์กรตามมาตรฐาน		
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ	องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ เพื่อใช้ใน การค้นหา ฝ้าติดตาม และตอบสนองต่อการระบาด สอบสวนและควบคุมการแพร่กระจาย รวมถึงเผยแพร่ข้อมูลและแจ้งเตือนภัยอย่างได้ผล.	Score	...		Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเฝ้าระวังตรวจสอบ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

(iv) ผลการดำเนินการ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 (1)] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:**

โรคและภัยสุขภาพได้รับการควบคุม/ การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ การตอบสนองต่อการระบาดที่รวดเร็ว/ทันเวลา การสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้ การวางแผนป้องกันควบคุมโรค ประสิทธิภาพของการเผยแพร่ข่าวสารและเตือนภัย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน

บทที่ II-9 การทำงานกับชุมชน	Self-assessment	Average Score	Surveyor finding	Average Score	...
(i) บริบท	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ สะท้อนบริบทขององค์กรตามบทมาตรฐาน		
II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน	องค์กรร่วมกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพและความต้องการ ของชุมชน.	Score	...	Score	...

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1–2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		
II-9.2 การเสริมพลังชุมชน	องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและ ความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.	Score	...		Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1–2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		

(iv) ผลการดำเนินการ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 (1)] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:**

บริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน/ การทำงานร่วมกับชุมชน การพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน

บทที่ II-10 การดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	Self-assessment	Average Score		Surveyor finding	Average Score	...
(i) บริบท	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจสะท้อนบริบทขององค์กรตามมาตรฐาน		
II-10 การดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	องค์กรทำให้มั่นใจว่าการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมีความเหมาะสมและปลอดภัย โดยคำนึงถึงผลลัพธ์ และความเสี่ยงอย่างเหมาะสม	Score	...		Score	...

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

<p><b>(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:</b></p>	<p>เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>สิ่งที่พบจากกระบวนการเฝ้าตรวจสอบ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)</p>				
<p><b>(iii) แผนการพัฒนา</b></p>	<p>ประเมินโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1–2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)</p>				
<p><b>(iv) ผลการดำเนินการ</b> [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-1 (2)] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]  <b>เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:</b>                  การดูแลผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล มีความเหมาะสม ความปลอดภัย โดยคำนึงถึงผลลัพธ์และความเสี่ยง</p>						
<p>ข้อมูล/ตัวชี้วัด</p>	<p>เป้าหมาย ปีปัจจุบัน</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปีปัจจุบัน</p>

**ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Processes)**

บทที่ III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	Self-assessment	Average Score		Surveyor finding	Average Score	...
(i) บริบท	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ สะท้อนบริบทขององค์กรตามบทมาตรฐาน		
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	องค์กรทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงและเข้ารับบริการสุขภาพที่จำเป็นได้โดยสะดวก ทันเวลา และปลอดภัย เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานที่มีประสิทธิภาพ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม	Score	...		Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

(iv) ผลการดำเนินการ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-1 (1)]\_รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:**

เข้าถึงสะดวก รับไว้ดูแลทันเวลา ปลอดภัย ระบบมีประสิทธิภาพ/ การเข้าถึง และเข้ารับบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวก ทันเวลา ปลอดภัย เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ การประสานงานกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ประสิทธิภาพและประสิทธิผล กระบวนการขอความยินยอม การปฏิเสธการดูแลรักษา การบ่งชี้ผู้ป่วยถูกต้อง

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน
จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป*	(.../0)					
จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป*	(.../0)					

\*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร

บทที่ III-2 การประเมินผู้ป่วย	Self-assessment	Average Score	Surveyor finding	Average Score	...
(i) บริบท	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจสะท้อนบริบทองค์กรตามมาตรฐาน		

<p><b>III-2 การประเมินผู้ป่วย</b></p>	<p>ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับ อันตรายจากกระบวนการดูแล อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.</p>	<p><b>Score</b></p>	<p>...</p>		<p><b>Score</b></p>	<p>...</p>
<p><b>(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:</b></p>	<p>เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)</p>				
<p><b>(iii) แผนการพัฒนา</b></p>	<p>ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)</p>				
<p><b>(iv) ผลการดำเนินการ</b> [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-1 (1)] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]  <b>เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:</b>                  ความต้องการและปัญหาสุขภาพที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม/ การประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพ และความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จะได้รับอันตราย ถูกต้อง ครบถ้วนเหมาะสม ทันทเวลา การประสานงานและความร่วมมือ การประเมินซ้ำ การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยที่เหมาะสม การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง เหมาะสม ลดข้อผิดพลาด</p>						
<p><b>ข้อมูล/ตัวชี้วัด</b></p>	<p><b>เป้าหมาย ปีปัจจุบัน</b></p>	<p><b>ปี...</b></p>	<p><b>ปี...</b></p>	<p><b>ปี...</b></p>	<p><b>ปี...</b></p>	<p><b>ปีปัจจุบัน</b></p>
<p>จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*</p>	<p>(.../0)</p>					


\*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร

บทที่ III-3 การวางแผน	Self-assessment	Average Score		Surveyor finding	Average Score	...
(i) บริบท	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ สะท้อนบริบทองค์กรตามมาตรฐาน		
III-3.1 การวางแผนการดูแล	ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกรายมีแผนการดูแลที่ประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้อง กับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์.	Score	...		Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง		ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)			
III-3.2 การวางแผนจำหน่าย	ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้สามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา/ความต้องการ หลังจำหน่ายออกจากองค์กร.	Score	...		Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)			
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง		ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)			
<p>(iv) ผลการดำเนินการ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-1 (1)] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]</p> <p><b>เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:</b></p> <p>III-3.1 แผนการดูแลที่ประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับผลการประเมินปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพ และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์</p> <p>III-3.2 ประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาหลังจำหน่าย</p>						

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน (.../0)	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน

\*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร

บทที่ III-4 การดูแลผู้ป่วย	Self-assessment	Average Score		Surveyor finding	Average Score	...
(i) บริบท	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ สะท้อนบริบทองค์กรตามมาตรฐาน		
III-4.1 การดูแลทั่วไป	ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการดูแลอย่างทันที่ทั่วถึงที่ปลอดภัยเหมาะสม ตามมาตรฐาน วิชาชีพ.	Score	...	Surveyor finding	Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		

<p>(iii) แผนการพัฒนา</p>	<p>ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p>			<p>ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)</p>			
<p>III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง</p>	<p>ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงทุกรายได้รับบริการ และเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ได้อย่าง ทันทีทันที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.</p>	<p>Score</p>	<p>...</p>	<p>Surveyor finding</p>	<p>Score</p>	<p>...</p>	
<p>(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:</p>	<p>เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง</p>			<p>สิ่งที่พบจากกระบวนการเฝ้าระวังตรวจสอบ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)</p>			
<p>(iii) แผนการพัฒนา</p>	<p>ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p>			<p>ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)</p>			
<p>(iv) ผลการดำเนินการ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-1 (1)] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]                  เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ทันทีทันที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ</p>							
<p>ข้อมูล/ตัวชี้วัด</p>	<p>เป้าหมาย ปีปัจจุบัน</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปีปัจจุบัน</p>	

<b>III-4.3 การดูแลเฉพาะ</b>	ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลในบริการเฉพาะ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.	<b>Score</b>	...	<b>Surveyor finding</b>	<b>Score</b>	...	
<b>III-4.3 ก. การระงับความรู้สึก</b>		<b>Score</b>	...	<b>Surveyor finding</b>	<b>Score</b>	...	
<b>(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:</b>	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)			
<b>(iii) แผนการพัฒนา</b>	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)			
<b>III-4 ข. การผ่าตัด</b>		<b>Score</b>	...	<b>Surveyor finding</b>	<b>Score</b>	...	

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง	สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1–2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)
III-4.3 ค. อาหารและโภชนาบำบัด		
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง	สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1–2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

III-4.3 ง. การดูแลผู้ป่วยระยะ ระดับประคอง		Score	...	Surveyor finding	Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		
III-4.3 จ. การจัดการความปวด		Score	...	Surveyor finding	Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อ			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

	กำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง					
III-4.3 ฉ. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ		Score	...	Surveyor finding	Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1–2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		
III-4.3 ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง		Score	...	Surveyor finding	Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

<b>(iii) แผนการพัฒนา</b>	ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1–2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		
<b>III-4.3 ช. การแพทย์แผนไทย</b>		<b>Score</b>	<b>...</b>	<b>Surveyor finding</b>	<b>Score</b>	<b>...</b>
<b>(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:</b>	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
<b>(iii) แผนการพัฒนา</b>	ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1–2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		
<b>III-4.3 ฉ. การแพทย์ทางไกล</b>		<b>Score</b>	<b>...</b>	<b>Surveyor finding</b>	<b>Score</b>	<b>...</b>
<b>(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:</b>	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose–Process–Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเอง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

	ด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง				
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)	
III-4.3 ญ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน		Score	...	Surveyor finding	Score ...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)	
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)	
III-4.3 ฎ. การดูแลผู้ป่วยวิกฤติ		Score	...	Surveyor finding	Score ...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการ			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

	<p>ดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง</p>					
(iii) แผนการพัฒนา	<p>ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)</p>				
ประเด็น/โอกาสพัฒนา ที่จะดำเนินการต่อเนื่อง ในระยะ 1-2 ปี	<p>เขียนสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติมถ้ามี โดยใช้หลักคิด 3C-DALI:</p>	<p>ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่ม Score) (ถ้ามี)</p>				
<p>(iv) ผลการดำเนินการ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-1 (1)] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]  <b>เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:</b>                      ทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ</p>						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปีปัจจุบัน	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

บทที่ III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว	Self-assessment	Average Score		Surveyor finding	Average Score	...
(i) บริบท	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ สะท้อนบริบทขององค์กรตามบทมาตรฐาน		
III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว	ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับข้อมูลและกิจกรรมที่วางแผนไว้ เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้ มีความสามารถและรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของตนเองให้คงสุขภาพและมีสุขภาวะ รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะ ของตนเอง	Score	...	Surveyor finding	Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็นสำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเองด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		
(iii) แผนการพัฒนา	ประเด็นโอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อกำหนดทิศทางพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		

(iv) ผลการดำเนินการ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-1 (1)]\_ [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:

ความสามารถในการดูแลตนเองและความคุ้มค่าที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว/ เสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว การสร้างเสริมสุขภาพในทุกขั้นตอนของการดูแล

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน

บทที่ III-6 การดูแลต่อเนื่อง	Self-assessment	Average Score	...	Surveyor finding	Average Score	...
(i) บริบท	เป็นการสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสในการพัฒนาที่มีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ โดยสอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ สะท้อนบริบทขององค์กรตามบทมาตรฐาน		
III-6 การดูแลต่อเนื่อง	ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่ามีการสร้างความร่วมมือและประสานงาน เพื่อให้มีการติดตาม และดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.	Score	...		Score	...
(ii) ผลการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ:	เขียนสรุปประเด็นการพัฒนาที่สถานพยาบาลได้ดำเนินการ โดยใช้หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) เชื่อมโยงกับประเด็น			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)		

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

	<p>สำคัญตามเป้าหมายของมาตรฐานและบริบทของสถานพยาบาล สะท้อนให้เห็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางการประเมินตนเอง ด้วย HA Scoring เพื่อแสดงระดับการพัฒนาและโอกาสในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง</p>					
<p>(iii) แผนการพัฒนา</p>	<p>ประเด็น/โอกาสพัฒนาที่จะดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 1-2 ปี ให้ระบุ สิ่งที่ต้องการพัฒนาเพิ่มเติม (ถ้ามี) โดยใช้หลักคิด 3C-DALI เพื่อ กำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของ สถานพยาบาล และมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)</p>				
<p>(iv) ผลการดำเนินการ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-1 (1)] [รายงานผลการดำเนินการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน ตอนที่ IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับ กระบวนการ/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ]  <b>เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:</b>                  การติดตามและดูแลต่อเนื่องที่ให้ผลดี/ การสร้างความร่วมมือและประสานงาน การติดตามและดูแลต่อเนื่อง ความปลอดภัยในการส่งต่อผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย</p>						
<p>ข้อมูล/ตัวชี้วัด</p>	<p>เป้าหมาย ปีปัจจุบัน</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปีปัจจุบัน</p>

## ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ (Performance Results)

นำเสนอข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนผลการดำเนินงานและการปรับปรุงในประเด็นสำคัญขององค์กร ได้แก่ ผลด้านการดูแลสุขภาพ/การดูแลทางคลินิก การสร้างเสริมสุขภาพ การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น บุคลากร การนำและการกำกับดูแล ประสิทธิภาพของกระบวนการ และด้านการเงิน โดยให้ระบุตัวชี้วัดในรูปแบบตาราง พร้อมอธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ แสดงระดับผลการดำเนินงานในปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญ ซึ่งเป็นผลจากการนำข้อมูลสารสนเทศมาใช้ในการปรับปรุงผลการดำเนินงาน ทั้งจากความพยายามในการพัฒนาและจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ตัวชี้วัดที่เลือกควรมีผลกระทบหรือสะท้อนความสำเร็จในการบริหารและจัดการองค์กรตามบริบท นำไปใช้ประโยชน์ได้จริง มีความน่าเชื่อถือ สะท้อนระดับการพัฒนาที่ก้าวข้ามตัวชี้วัดพื้นฐาน และเป็นที่ยอมรับในระดับสากล ทั้งนี้ควรสามารถเชื่อมโยงกับกระบวนการที่พัฒนา และสนับสนุนการเรียนรู้เพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องขององค์กร ทั้งนี้ อาจนำเสนอข้อมูลในรูปแบบ Run chart หรือ Control chart ร่วมกับข้อมูลเปรียบเทียบ (benchmark) และคำอธิบายประกอบ (annotation) เพื่อสะท้อนบริบทและการดำเนินงานได้อย่างชัดเจนที่สุด

สถาบันได้กำหนดตัวชี้วัดสำคัญที่สถานพยาบาลต้องรายงานผลการดำเนินงานตามบริบทและประเภทของสถานพยาบาล ได้แก่

- (1) ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามประกาศที่คณะกรรมการกำหนด ที่ใช้ในการพิจารณารับรอง และความปลอดภัยของบุคลากรให้ใช้เป็นแนวทาง โดยสถานพยาบาลสามารถปรับรายละเอียดการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทตนเอง
- (2) ตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพระดับประเทศ ใช้เพื่อสะท้อนภาพรวมคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ (Healthcare Result) โดยคัดเลือกจากประเด็นสุขภาพที่มีผลกระทบสูงต่อการพัฒนาคุณภาพในระดับระบบโดยรวม

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

บทที่ IV-1 ด้านการดูแลสุขภาพ	Self-assessment	Average Score	Surveyor finding	Average Score	...		
บริบท	สรุปสถานการณ์การใช้ข้อมูลตัววัด ผลลัพธ์ และผลการดำเนินการสำคัญขององค์กร		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจสะท้อนบริบทองค์กรตามบทมาตรฐาน				
ตัววัดสำคัญ/ผลการดำเนินการด้านการดูแลผู้ป่วย /ผู้รับผลงานอื่น การดูแลทางคลินิก ทั้งในด้านผลลัพธ์ กระบวนการ ความปลอดภัย และ functional status.	สรุปให้เห็นภาพรวมการออกแบบการวัดผลการติดตามผลและการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด แสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มตัววัดสำคัญ		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)  ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)				
ตัววัดสำคัญ/ผลการดำเนินการเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและสถานะสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่สำคัญ ประชากรในชุมชน	สรุปให้เห็นภาพรวมการออกแบบการวัดผลการติดตามผลและการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด แสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มตัววัดสำคัญ		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)  ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)				
<b>(1) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย</b>							
ด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวม [IV-1, III] ** (การเสียชีวิต การรับส่งต่อ การปฏิเสธการรักษา การกลับมารักษาหรือการนอน รพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ค่าเปรียบเทียบ (ถ้ามี)	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)							
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดงกราฟ)	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDSA (คำอธิบาย)						
<b>ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ [IV-1, III-1]</b>							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ค่าเปรียบเทียบ (ถ้ามี)	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน
กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)							
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1, III-5, III-6]							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ค่าเปรียบเทียบ (ถ้ามี)	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน
กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)							
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)		การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)					
ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ [IV-1, II-1.1 ข., III-2, 3, 4] ** (สะท้อนมิติคุณภาพ Appropriateness และ Effectiveness)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ค่าเปรียบเทียบ (ถ้ามี)	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)							
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)			การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)				
<b>ผลลัพธ์ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย [IV-1, III-2, 3, 4]</b>							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ค่าเปรียบเทียบ (ถ้ามี)	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน
กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)							
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)			การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)				

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S) [IV-1, III-4.3 ก, ข]*							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ค่าเปรียบเทียบ (ถ้ามี)	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน
ร้อยละอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด*							
ร้อยละอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*							

\*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I) [IV-1, II-4]*							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ค่าเปรียบเทียบ (ถ้ามี)	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (healthcare-associated infections) ต่อ 1,000 วันนอน*							
อัตราการติดเชื้อ VAP/1,000 Vent. Days*							
อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days*							
อัตราการติดเชื้อ CLABSI/1,000 Cath. Days*							
ร้อยละของอุบัติการณ์การติดเชื้อในรพ.ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*							
*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตอบตามบริบทองค์กร							
กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)							
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)		การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)					

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

ผลลัพธ์ระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M) [IV-1, II-6, II-7.4]*							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ค่าเปรียบเทียบ (ถ้ามี)	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน
ร้อยละ Medication error with harms (level E up)*							
ร้อยละ Medication error with harms (level E up) ที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*							
อัตรา Prescribing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*							
อัตรา Transcribing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*							
อัตรา Pre-dispensing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*							
อัตรา Dispensing: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*							
อัตรา Administration: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*							
ร้อยละอุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด*							
ร้อยละอุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*							
*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตอบตามบริบทองค์กร							

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)							
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์  (แสดง กราฟ)		การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA  (คำอธิบาย)					
ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P) [IV-1, III]*							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ค่าเปรียบเทียบ (ถ้ามี)	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน
ร้อยละอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด*							
ร้อยละอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*							
ร้อยละอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด*							
ร้อยละอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*							
*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตอบตามบริบทองค์กร							

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)

**ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L) [IV-1, II-7.2]\***

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ค่าเปรียบเทียบ (ถ้ามี)	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน
ร้อยละปฏิบัติการการตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิและการตรวจวินิจฉัยอื่นคลาดเคลื่อน (เช่น ลำไส้/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด*							
ร้อยละปฏิบัติการการตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิและการตรวจวินิจฉัยอื่นคลาดเคลื่อน (เช่น ลำไส้/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*							

\*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตอบตามบริบทองค์กร

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)							
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)				การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)			
<b>ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E) [IV-1, III-1ค(4) III-4.2 (5)]*</b>							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ค่าเปรียบเทียบ (ถ้ามี)	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน
ร้อยละอุบัติการณ์การคัดแยก Under triage ที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไปทั้งหมด*							
ร้อยละอุบัติการณ์การคัดแยก Under triage ที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*							
ร้อยละอุบัติการณ์การคัดแยก Over triage ที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไปทั้งหมด*							
ร้อยละอุบัติการณ์การคัดแยก Over triage ที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*							
*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตอบตามบริบทองค์กร							

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)							
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)						
<b>(2) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ</b>							
<u>ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ [IV-1 (2)]</u>							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ค่าเปรียบเทียบ (ถ้ามี)	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน
กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)							
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน [II-8, II-9]							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ค่าเปรียบเทียบ (ถ้ามี)	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน
กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)							
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)			การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)				

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

บทที่ IV-2 ด้านการมุ่งเห็นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน	Self-assessment	Average Score	Surveyor finding				Average Score	...
บริบท	สรุปสถานการณ์การใช้ข้อมูลตัววัด ผลลัพธ์ และผลการดำเนินการสำคัญขององค์กร		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจสะท้อนบริบทขององค์กรตามบทมาตรฐาน					
ตัววัดสำคัญ/ผลการดำเนินการเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่าจากมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน การคงอยู่ การแนะนำ และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน.	สรุปให้เห็นภาพรวมการออกแบบการวัดผลการติดตามผลและการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด แสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มตัววัดสำคัญ		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)  ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)					
ผลด้านการมุ่งเห็นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคคนเป็นศูนย์กลาง)								
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ค่าเปรียบเทียบ (ถ้ามี)	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน	

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)					
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)		การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)			
บทที่ IV-3 ด้านบุคลากร	Self-assessment	Average Score		Surveyor finding	Average Score ...
บริบท	สรุปสถานการณ์การใช้ข้อมูลตัววัด ผลลัพธ์ และผลการดำเนินการสำคัญขององค์กร			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจสะท้อนบริบทองค์กรตามบทมาตรฐาน	
ตัววัดสำคัญ/ผลการดำเนินการเกี่ยวกับขีดความสามารถ ระดับอัตราการล้ม การรักษาไว้ และทักษะที่เหมาะสมของบุคลากร.	สรุปให้เห็นภาพรวมการออกแบบการวัดผลการติดตามผลและการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด แสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มตัวชี้วัดสำคัญ			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)  ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)	
ตัววัดสำคัญ/ผลการดำเนินการเกี่ยวกับบรรยากาศการทำงาน สุขอนามัย ความปลอดภัย สวัสดิภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ สิทธิประโยชน์และบริการของบุคลากร.	สรุปให้เห็นภาพรวมการออกแบบการวัดผลการติดตามผลและการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด แสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มตัวชี้วัดสำคัญ			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)  ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

<p>ตัววัดสำคัญ/ผลการดำเนินการเกี่ยวกับความพึงพอใจของบุคลากรและความผูกพันของบุคลากร.</p>	<p>สรุปให้เห็นภาพรวมการออกแบบการวัดผลการติดตามผลและการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด แสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มตัวชี้วัดสำคัญ</p>	<p>สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)</p> <p>ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)</p>						
<p>ตัววัดสำคัญ/ผลการดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรและผู้นำ.</p>	<p>สรุปให้เห็นภาพรวมการออกแบบการวัดผลการติดตามผลและการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด แสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มตัวชี้วัดสำคัญ</p>	<p>สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)</p> <p>ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)</p>						
<p>*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร</p>								
<p><u>ผลลัพธ์ด้านกำลังคน [IV-3, I-5] *</u></p>								
<p>ตัวชี้วัด</p>	<p>เป้าหมาย</p>	<p>ค่าเปรียบเทียบ (ถ้ามี)</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปีปัจจุบัน</p>	
<p>ร้อยละอุบัติการณ์ของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน*</p>								
<p>ร้อยละอุบัติการณ์ของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงานที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*</p>								
<p>กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)</p>								
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>							

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

บทที่ IV-4 ด้านการนำและการกำกับดูแล	Self-assessment	Average Score	Surveyor finding	Average Score	...
บริบท	สรุปสถานการณ์การใช้ข้อมูลตัววัด ผลลัพธ์ และผลการดำเนินการสำคัญขององค์กร		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจสะท้อนบริบทองค์กรตามบทมาตรฐาน		
ตัววัดสำคัญ/ผลการดำเนินการเกี่ยวกับการบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการขององค์กร.	สรุปให้เห็นภาพรวมการออกแบบการวัดผลการติดตามผลและการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด แสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มตัวชี้วัดสำคัญ		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)  ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		
ตัววัดสำคัญ/ผลการดำเนินการของผู้บริหารระดับสูงในเรื่องการสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับบุคลากรและผู้รับผลงาน.	สรุปให้เห็นภาพรวมการออกแบบการวัดผลการติดตามผลและการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด แสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มตัวชี้วัดสำคัญ		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)  ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		
ตัววัดสำคัญ/ผลการดำเนินการด้านการกำกับดูแลกิจการ การกำกับดูแลทางคลินิก และความรับผิดชอบต่อทางการเงินทั้งภายในและภายนอกองค์กร	สรุปให้เห็นภาพรวมการออกแบบการวัดผลการติดตามผลและการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด แสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มตัวชี้วัดสำคัญ		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)  ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		
ตัววัดสำคัญ/ผลการดำเนินการด้านการปฏิบัติตามหรือปฏิบัติได้เหนือกว่าข้อกำหนดด้านกฎหมายและกฎระเบียบ.	สรุปให้เห็นภาพรวมการออกแบบการวัดผลการติดตามผลและการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด แสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มตัวชี้วัดสำคัญ		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)  ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

<p>ตัววัดสำคัญ/ผลการดำเนินการด้านการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม และความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อผู้นำระดับสูง และการกำกับดูแลกิจการ.</p>	<p>สรุปให้เห็นภาพรวมการออกแบบการวัดผลการติดตามผลและการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด แสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มตัวชี้วัดสำคัญ</p>	<p>สิ่งที่พบจากกระบวนการเฝ้าตรวจสอบ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)</p> <p>ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)</p>						
<p>ตัววัดสำคัญ/ผลการดำเนินการด้านการทำประโยชน์และการสนับสนุนชุมชนที่สำคัญ.</p>	<p>สรุปให้เห็นภาพรวมการออกแบบการวัดผลการติดตามผลและการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด แสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มตัวชี้วัดสำคัญ</p>	<p>สิ่งที่พบจากกระบวนการเฝ้าตรวจสอบ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)</p> <p>ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)</p>						
<p><b>ผลด้านการนำและการกำกับดูแล</b></p>								
<p>ตัวชี้วัด</p>	<p>เป้าหมาย</p>	<p>ค่าเปรียบเทียบ (ถ้ามี)</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปี...</p>	<p>ปีปัจจุบัน</p>	
<p>กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)</p>								
<p>ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)</p>	<p>การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)</p>							

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

บทที่ IV-5 ด้านระบบงาน สำคัญ	Self-assessment	Average Score	Surveyor finding	Average Score	...
บริบท	สรุปสถานการณ์การใช้ข้อมูลตัววัด ผลลัพธ์ และผลการดำเนินการสำคัญขององค์กร		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจสะท้อนบริบทองค์กรตามบทมาตรฐาน		
เกี่ยวกับผลการดำเนินการของกระบวนการทำงานสำคัญ (ตามมาตรฐานตอนที่ I และ II) และกระบวนการสนับสนุนสำคัญครอบคลุมตัวชี้วัดด้านผลิตภาพรอบเวลา ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และมิติคุณภาพที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ.	สรุปให้เห็นภาพรวมการออกแบบการวัดผลการติดตามผลและการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด แสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มตัวชี้วัดสำคัญ		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)  ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		
ตัววัดสำคัญ/ผลการดำเนินการด้านประสิทธิผลระบบความปลอดภัยขององค์กร การเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน และผลการดำเนินการด้านเครือข่ายอุปทาน.	สรุปให้เห็นภาพรวมการออกแบบการวัดผลการติดตามผลและการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด แสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มตัวชี้วัดสำคัญ		สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)  ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)		

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV [IV-5, II]							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ค่าเปรียบเทียบ (ถ้ามี)	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน
กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)							
ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)			การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)				
<b>บทที่ IV-6 ด้านการเงิน</b>	<b>Self-assessment</b>	<b>Average Score</b>		<b>Surveyor finding</b>	<b>Average Score</b>	<b>...</b>	
บริษัท	สรุปสถานการณ์การใช้ข้อมูลตัววัด ผลลัพธ์ และผลการดำเนินการสำคัญขององค์กร			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจสะท้อนบริบทองค์กรตามบทมาตรฐาน			
เกี่ยวกับผลการดำเนินการของด้านการเงิน รวมทั้งตัวชี้วัดด้านผลตอบแทนทางการเงิน ความมั่นคงทางการเงิน และผลการดำเนินการด้านการใช้งบประมาณ.	สรุปให้เห็นภาพรวมการออกแบบการวัดผลการติดตามผลและการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด แสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มตัวชี้วัดสำคัญ			สิ่งที่พบจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ survey เพื่อสะท้อนระดับคะแนนที่ได้รับ (HA Scoring Guideline)  ข้อเสนอแนะเพื่อลดความเสี่ยง หรือคำแนะนำเพื่อยกระดับการพัฒนา (เพื่อเพิ่มคะแนนระดับการพัฒนา) (ถ้ามี)			

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2026) รพ.

ผลลัพธ์ด้านการเงิน [IV-6, I-2.2ก(3)]							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ค่าเปรียบเทียบ (ถ้ามี)	ปี...	ปี...	ปี...	ปี...	ปีปัจจุบัน

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดียิ่งขึ้น)

ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์ (แสดง กราฟ)	การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญและ PDCA (คำอธิบาย)

# แนวทางการรายงานการประเมินตนเองคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของ CLT/PCT

- แนวทางการรายงานการประเมินตนเองคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพื่อใช้ประโยชน์จากการประเมินตนเองในการบริหารและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของทีมนำทางคลินิก และรายงานข้อมูลคุณภาพสำคัญในภาพรวมจากการประเมินตนเองคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (patient care quality) ที่กระชับ ตรงประเด็นและสะท้อนโอกาสพัฒนาเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยของ รพ. มากขึ้น
- รูปแบบการรายงานนี้ เป็นเพียงตัวอย่างแนวทางจุดตั้งตั้งที่ CLT/PCT นำไปใช้ประโยชน์โดยสามารถดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทสิ่งสำคัญมากกว่ารูปแบบคือ ความเข้าใจเป้าหมายที่ต้องวิเคราะห์แต่ละประเด็น เชื่อมโยงและสรุปให้เห็นภาพรวมที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ
- แนวทางการรายงานการประเมินตนเองคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย (i) ภาพรวมของ CLT/PCT (CLT/PCT profile) และ (ii) ข้อมูลคุณภาพสำคัญของแต่ละโรค/หัตถการ (clinical tracer/ clinical quality summary)
- (i) คำแนะนำในการนำเสนอภาพรวมของ CLT/PCT
  - ควรนำเสนอให้เห็นบริบทสำคัญ และภาพรวมการพัฒนาของ CLT/PCT สะท้อนการเชื่อมโยงกับเป้าหมายระดับองค์กร และการนำนโยบายสำคัญมาสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม (alignment) ไม่เน้นการนำเสนอเป็นรายโรค
  - ควรนำเสนอให้เห็นผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcome) ในภาพรวมและรายโรค และตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนความสำเร็จหรือโอกาสในการพัฒนา เพื่อสะท้อนให้เห็น Maturity ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล
  - ควรนำแนวคิด Risk-based Thinking มาวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานและการควบคุมป้องกัน
  - ควรนำเสนอผลการดำเนินการสำคัญในภาพรวมและความภาคภูมิใจ ซึ่งหมายรวมถึงสิ่งเล็กๆ ที่เรียกว่าความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยของทีม และผลงานการพัฒนา วิจัย และนวัตกรรม
- (ii) คำแนะนำในการนำเสนอข้อมูลคุณภาพสำคัญของแต่ละโรค/หัตถการ (clinical tracer/ clinical quality summary)
  - ควรเลือกนำเสนอการพัฒนาคุณภาพเฉพาะกลุ่มประชากรทางคลินิก/โรค/หัตถการ ในเรื่องสำคัญสอดคล้องตามจุดเน้น
  - ควรนำเสนอ 3P (Purpose-Process-Performance) ของทุกโรค/หัตถการที่ระบุไว้ว่าเป็นโรคสำคัญ และอาจนำเสนอ 3P ในส่วนที่เป็นประเด็นร่วมของกระบวนการดูแลผู้ป่วยแยกออกมา
  - ควรนำเสนอให้เห็นผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcome) การวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่กระชับและตรงประเด็น การสะท้อนให้เห็นการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่ส่งผลต่อการปรับระบบหรือวิธีการทำงานอย่างไร และเกิดผลลัพธ์การพัฒนาที่ดีขึ้นอย่างไร

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีนาคม 2569

FM-ACD-090-01

Date : 09/04/2569



# ภาพรวมของ CLT/PCT (CLT/PCT Profile)

และ Clinical Tracer / Clinical Quality Summary

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีนาคม 2569

FM-ACD-090-01

Date: 09/04/2569

**พันธกิจ/ความมุ่งหมายของ CLT/PCT**

**ขอบเขตบริการ**

**ผู้รับบริการและความต้องการ**

**จุดเน้นของการพัฒนา**

# กลุ่มผู้ป่วยสำคัญของ CLT/PCT

โรค	High risk	High cost/ Long LOS	High volume	New evidence/ technology	Complex care

ระบุโรคสำคัญให้มากที่สุด ให้คะแนนน้ำหนักความสำคัญของแต่ละโรคตามเกณฑ์ต่างๆ ตั้งแต่ 1-5

เป็นการบอกภาพรวมว่ากลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญของ CLT/PCT มีอะไรบ้าง

ความสำคัญอาจจะมาจากเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อรวมกันก็ได้

การสรุปภาพรวมเป็นฐานสำหรับพิจารณาต่อว่าจะทบทวน/สรุปผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มใดบ้าง ในประเด็นใดบ้าง

# ตัวชี้วัดของ CLT/PCT ตามมิติคุณภาพ

โรค	Access	Continuity	Appropriate	Effective	Efficient	Safe	People-centered	Health promotion

คัดลอกโรคสำคัญจากตารางในแผ่นที่ 2 ระบุตัวชี้วัดของแต่ละโรคโดยจำแนกตามมิติคุณภาพต่างๆ

# ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน

ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง (risk level)	มาตรการป้องกัน	ผลการติดตาม/การควบคุม

ระบุความเสี่ยงที่สำคัญตามขั้นตอนการดูแลต่างๆ และในกลุ่มโรคสำคัญต่างๆ  
ความเสี่ยงบางเรื่องอาจระบุในภาพรวมของของโรคหรือกระบวนการ  
บางเรื่องอาจระบุเฉพาะเจาะจงสำหรับกระบวนการเฉพาะในโรคใดโรคหนึ่ง

กรณีเป็นความเสี่ยงทางคลินิกในประเด็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย เช่น diagnosis error ควรสรุปข้อมูลสำคัญให้  
ครอบคลุมตามประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย  
ระดับความเสี่ยง ควรวิเคราะห์ตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนด และเป็นการวิเคราะห์ในภาพรวม ไม่ใช่ความรุนแรงรายเหตุการณ์  
ผลการติดตาม/การควบคุม เช่น ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมควบคุม/ จำนวนอุบัติการณ์

# ผลการดำเนินการสำคัญในภาพรวมและความภาคภูมิใจ:

ระบุผลการดำเนินการสำคัญในภาพรวมและความภาคภูมิใจ  
สิ่งเล็ก ๆ ที่เรียกว่าความสำเร็จ ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

# ข้อมูลคุณภาพของแต่ละโรค/หัตถการ (Clinical Tracer, Clinical Quality Summary)

ควรนำเสนอ 3P ของทุกโรคที่ระบุไว้ว่าเป็นโรคสำคัญ  
อาจนำเสนอ 3P ในส่วนที่เป็นตัวร่วมของการดูแลทั่วไปในสาขานี้แยกออกมา

# ข้อมูลคุณภาพของแต่ละโรค/หัตถการ

## (Clinical Tracer, Clinical Quality Summary)

- **Context** วิเคราะห์ข้อมูลบริบทที่สำคัญ ประเด็น/ความท้าทาย/ความเสี่ยงสำคัญ
- **Purpose** แสดงเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนพร้อมปัจจัยขับเคลื่อน
- **Process** แสดงคุณภาพในทุกขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด
- **Performance** แสดงระดับและแนวโน้มของผลลัพธ์ที่สำคัญ (ตามเป้าหมาย)
  - แสดงด้วย run chart หรือ control chart
  - พร้อมด้วย annotation ที่ระบุ CQI ที่ทำมาในช่วงเวลาต่าง ๆ
  - แสดงค่าเป้าหมายที่มีการปรับตามผลลัพธ์ล่าสุด
  - แสดงค่าเทียบเคียง (benchmark) (ถ้ามี)

ควรนำเสนอ 3P ของทุกโรคที่ระบุไว้ว่าเป็นโรคสำคัญ  
อาจนำเสนอ 3P ในส่วนที่เป็นตัวร่วมของการดูแลทั่วไปในสาขานี้แยกออกมา



## บริบท (Context)

- บริบท
- ประเด็น/ความท้าทาย/ความเสี่ยงที่สำคัญ

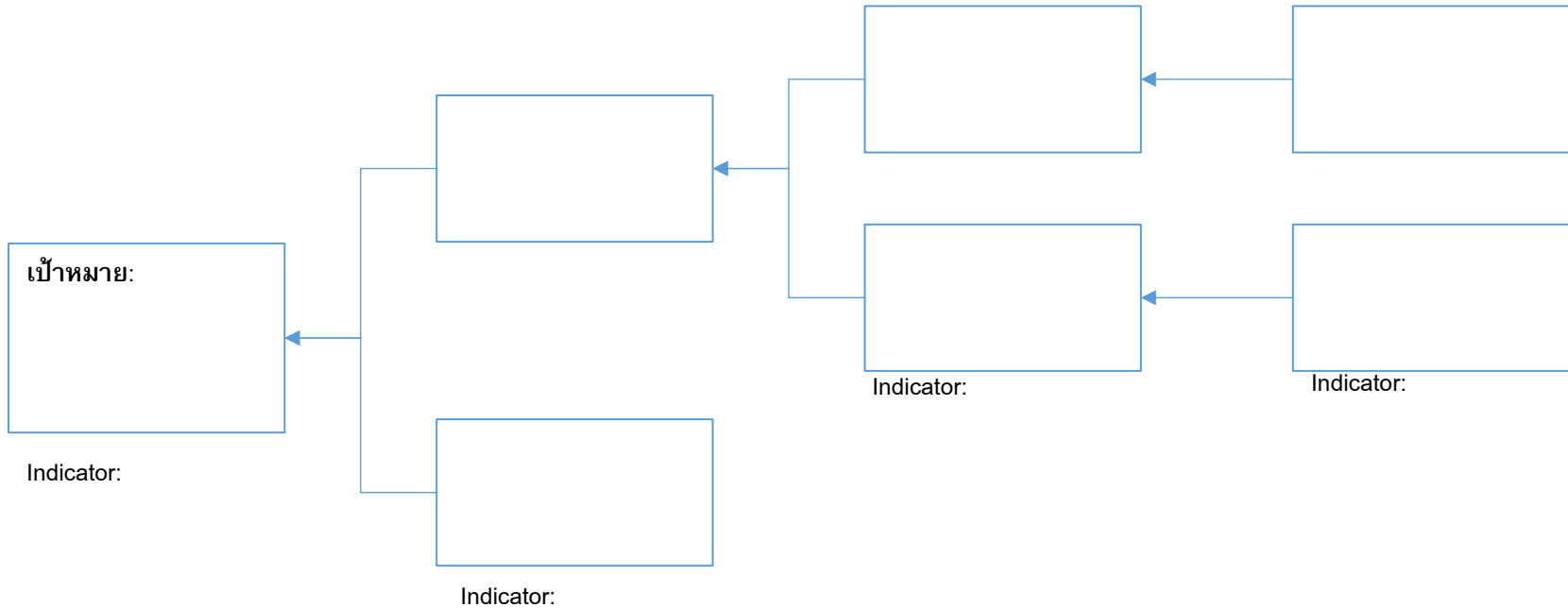
# เป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน ตัวชี้วัด (Purpose, Driver Diagram, & Indicator)

Purpose

Primary Drivers

Secondary Drivers

Interventions/Change Idea



ตัวอย่างรูปแบบการใช้ Driver Diagram เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการพัฒนา และสรุปข้อมูลสำคัญรายโรคในภาพรวม

โดยเป็นการส่งเสริมให้ใช้ประโยชน์ในการพัฒนา แต่ไม่จำเป็นต้องนำเสนอด้วย Driver Diagram หากมีรูปแบบการสรุปข้อมูลอื่นที่เหมาะสม

# Process Flowchart ของการดูแลผู้ป่วยโรค.....

เขียน flowchart ที่ทำให้เห็นภาพรวมของกระบวนการดูแลตั้งแต่ต้นจนจบ เน้นกระบวนการสำคัญของโรคที่นำเสนอ  
ควรระบุประเด็นคุณภาพสำคัญ/ความเสี่ยงในแต่ละขั้นตอนลงไปในแต่ละขั้นตอนต่างๆ ของ flowchart ด้วย

# การจัดการกระบวนการ (Process Management)

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ

## ข้อกำหนดของกระบวนการ (process requirement)

ระบุ **สิ่งที่คาดหวัง** จากกระบวนการด้วย key word สั้นๆ โดยพิจารณาจากความต้องการของผู้รับผลงาน มาตรฐานวิชาชีพ และ ความเสี่ยงที่อาจทำให้ไม่บรรลุเป้าหมาย

## ตัวชี้วัดของกระบวนการ (process indicators)

ระบุ **ตัวชี้วัด** ที่สัมพันธ์กับข้อกำหนดของกระบวนการ และเป็นประโยชน์ในการทำให้มั่นใจในคุณภาพของกระบวนการนั้น

## การออกแบบกระบวนการ (process design)

พิจารณา driver diagram และ process requirement แล้วพิจารณาว่าจะใช้ **แนวคิดการออกแบบอะไร** เช่น simplicity, visual management, human factor engineering, human-centered design, Lean thinking

# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

ใช้ run chart หรือ control chart เพื่อแสดงผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่ระบุไว้ใน driver diagram และตาราง process management  
ระบุการปรับปรุงที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาต่างๆ ที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์

## Hospital Profile

**WHAT** Hospital Profile คือสรุปข้อมูลสำคัญของโรงพยาบาล แสดงให้เห็นบริบทที่เป็นตัวกำหนดทิศทางการทำงานของโรงพยาบาล  
**องค์ประกอบ** โดยมีองค์ประกอบดังนี้

- (1) ข้อมูลพื้นฐานขององค์กร
  - 1.1 ข้อมูลทั่วไป
  - 1.2 สถิติผู้มารับบริการ
  - 1.3 อัตราค่าส่ง
  - 1.4 ภาระงาน
  - 1.5 โครงสร้างองค์กรและส่วนที่เกี่ยวข้อง
  - 1.6 แผนที่แสดงที่ตั้งองค์กรและผังอาคารที่เปิดให้บริการ
- (2) ลักษณะสำคัญขององค์กร (ข้อมูลสำคัญขององค์กรเพื่อการขับเคลื่อน)

**WHY** ความเข้าใจในโจทย์ขององค์กรหรือความต้องการขององค์กร มีความสำคัญต่อทีมงานของ รพ.เองและผู้เยี่ยมชมสำรวจในการพิจารณาว่าสิ่งที่องค์กรดำเนินการนั้นสอดคล้องกับบริบทขององค์กรหรือไม่

**HOW** แบบบันทึกนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ รพ.สรุปข้อมูลสำคัญอย่างกระชับ และตรวจสอบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ เพื่อพิจารณาความสมบูรณ์และความเป็นเหตุเป็นผล

- (1) บันทึกข้อมูลสำคัญโดยสรุปใน Sheet Gen Infor, Pt Profile, Staff Profile, Workload, และ Entry
- (2) ใช้ปุ่ม wrap text เพื่อขยายความสูงของ cell ให้ข้อความทั้งหมดปรากฏใน cell
- (3) ถ้ามีข้อความเกินย่อให้ใช้ Alt-Enter เพื่อขึ้นบรรทัดใหม่ใน cell เดียวกัน อย่า insert cell เพื่อบันทึกเพิ่ม ยกเว้นผู้มีความรู้ในการ link ข้อมูลระหว่าง sheet ต้องการออกแบบบันทึกให้สมบูรณ์ขึ้น
- (4) ตรวจสอบความสัมพันธ์ใน sheet One Page แล้วคุยกันในทีมว่าข้อมูลสมบูรณ์หรือไม่ มีความสัมพันธ์สอดคล้องเป็นเหตุเป็นผลหรือไม่
- (5) ปรับปรุงเพิ่มเติมข้อมูลตามผลการพิจารณาของทีมนำ (แก้ไขได้ทุก sheet ยกเว้น One Page)
- (6) ใช้ประโยชน์ในการพิจารณาการดำเนินการตามมาตรฐานหมวดต่างๆ อย่างเชื่อมโยงกัน
- (7) ถ้าต้องการ copy ข้อมูลไปใช้ ให้ เลือก copy ข้อมูลที่ต้องการ และเลือก paste โดยเลือก paste special
- (8) โรงพยาบาลจัดส่งไฟล์แนบเพิ่มเติมในส่วนของข้อมูลพื้นฐาน 1.5 โครงสร้างบริหาร/โครงสร้างคุณภาพ/ระบบงานสำคัญ และรายชื่อหน่วยงาน 1.6 แผนที่แสดงที่ตั้งและผังอาคารที่เปิดให้บริการทั้งหมด

1.1 ข้อมูลทั่วไป

	ข้อมูล	หมายเหตุ
ชื่อองค์กร	(ไทย) (อังกฤษ)	
ที่อยู่		
ประเภท ระดับ		เช่น รพ.เอกชน, รพ.ศุภณีย์, รพ.ทั่วไป, รพ.ชุมชน, คลินิกผู้ป่วยนอก เช่น ปฐมภูมิ, ทติยภูมิ, ตติยภูมิ
เจ้าของ/ต้นสังกัด		
จำนวนเตียง	ขออนุญาต ให้บริการจริง	
อัตราครุภัณฑ์		
เครือข่ายการให้บริการ (ถ้ามี)		กรณีมีหลายที่ตั้ง หรือมีการขออนุญาตตั้งสถานพยาบาลแยกเป็นหลายส่วน
ผู้นำสูงสุดขององค์กร	ชื่อ ตำแหน่ง e-mail โทรศัพท์	
รายชื่อผู้นำในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา	ปี/ชื่อ ปี/ชื่อ ปี/ชื่อ ปี/ชื่อ ปี/ชื่อ	
ตัวแทนฝ่ายบริหารด้านคุณภาพ (QMR: Quality Management Representative)	ชื่อ ตำแหน่ง e-mail โทรศัพท์	
ผู้ประสานงาน 1	ชื่อ ตำแหน่ง e-mail โทรศัพท์ โทรสาร	
ผู้ประสานงาน 2	ชื่อ ตำแหน่ง e-mail โทรศัพท์ โทรสาร	
สถานะการรับรอง	ชั้น วันหมดอายุ	
สาขาที่ให้บริการ		
ประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ด้านการรักษาพยาบาล	ตำบล อำเภอ จังหวัด เขต	1.เฉพาะโรงพยาบาลภาครัฐ 2.ระบุจำนวนประชากร ร่วมกับหลังคาเรือน และการแบ่งเขตพื้นที่ตามความเหมาะสม (รพช. และ รพท. ที่เป็น รพ.ประจำอำเภอ ใช้จำนวนประชากรระดับอำเภอหรือ CUP)

1.2 สถิติผู้มารับบริการ

	ชื่อโรค/หัตถการ	จำนวนการรับบริการ (ครั้ง) ข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง (ถ้ามี)		
		ปีปัจจุบัน	ปี...	ปี...
10 อันดับการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอก	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			
10 อันดับการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยใน (IPD)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			
10 อันดับหัตถการผ่าตัดใหญ่ (major surgery)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			
10 อันดับแรกของโรค/หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง (high risk)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			

1.3 อัตราค่าจ้าง

	Full time (คน)	Part time (คน)	จำนวนชั่วโมง PT ต่อสัปดาห์
<b>แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป</b>			
<b>แพทย์เฉพาะทาง</b>			
อายุรแพทย์			
ศัลยแพทย์			
สูติรีแพทย์			
กุมารแพทย์			
ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์			
จักษุแพทย์			
โสตศอนาสิกแพทย์			
วิสัญญีแพทย์			
รังสีแพทย์			
พยาธิแพทย์			
แพทย์นิติเวช			
แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู			
แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว			
แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน			
อื่นๆ (ระบุสาขาเฉพาะทาง)			
<b>ทันตแพทย์ทั่วไป</b>			
<b>ทันตแพทย์เฉพาะทาง</b>			
สาขาทันตกรรมทั่วไป			
สาขาทันตกรรมประดิษฐ์			
สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก			
สาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล			
สาขาทันตกรรมหัตถการ			
อื่นๆ (ระบุสาขาเฉพาะทาง)			

<b>เภสัชกร</b>			
<b>พยาบาลวิชาชีพ (รวมทั้งหมด)</b>			
พยาบาลวิชาชีพ			
พยาบาลเฉพาะทาง			
- วิชาชีพพยาบาล			
- สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว			
- สาขาการพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN)			
- สาขาเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต			
- สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต			
- สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน			
- สาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช			
อื่นๆ ระบุสาขา			
<b>พยาบาลเทคนิค/อนุปริญญา</b>			
<b>ผู้ช่วยพยาบาล</b>			
<b>นักกายภาพบำบัด</b>			
<b>นักกิจกรรมบำบัด</b>			
<b>นักเทคนิคการแพทย์/วิทยาศาสตร์การแพทย์</b>			
<b>นักรังสีเทคนิค</b>			
<b>นักสังคมสงเคราะห์</b>			
<b>นักสุขศึกษา</b>			
<b>นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ/โภชนาการ</b>			
<b>นักจิตวิทยา</b>			
<b>นักวิชาการสาธารณสุข</b>			
<b>แพทย์แผนไทย</b>			
<b>แพทย์แผนไทยประยุกต์</b>			
<b>เจ้าหน้าที่อื่นๆ</b>			
<b>รวม</b>			

1.4 ภาระงาน

ภาระงานผู้ป่วยนอก/แพทย์

หน่วยงาน/สาขา	จำนวน visit ทั้งปี	จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยที่ แพทย์ตรวจ/ชม.
เวชปฏิบัติทั่วไป		
อายุรกรรม		
ศัลยกรรม		
สูติรีเวชกรรม		
กุมารเวชกรรม		
ออโรโธปีดิกส์		
จักษุ		
โสตศอนาสิก		
ทันตกรรม		
เวชศาสตร์ฟื้นฟู		
ฉุกเฉิน		
รวม		

ภาระงานผู้ป่วยใน/แพทย์

หน่วยงาน/สาขา	จำนวนผู้ป่วยใน รวมทั้งปี	จำนวนรายนอน ทั้งปี
เวชปฏิบัติทั่วไป		
อายุรกรรม		
ศัลยกรรม		
สูติรีเวชกรรม		
กุมารเวชกรรม		
ออโรโธปีดิกส์		
จักษุ		
โสตศอนาสิก		
เวชศาสตร์ฟื้นฟู		
รวม		

ภาระงานผู้ป่วยใน/พยาบาล

หน่วยงาน/สาขา	จำนวนผู้ป่วยใน รวมทั้งปี	จำนวนรายนอน ทั้งปี	จำนวนผู้ป่วยใน เฉลี่ยต่อวัน	จำนวน RN ที่ขึ้นเวร			สัดส่วนผู้ป่วย: RN		
				เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก
หอผู้ป่วยทั่วไป									
หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด									
หอผู้ป่วยวิกฤติ									
หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ									
ห้องคลอด									
รวม									

<b>10 อันดับแรกของโรคที่มีอัตราการตายสูง (high mortality patient)</b>	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
<b>10 อันดับแรกของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมผู้ป่วยในจำแนกกลุ่มตาม DRG (high DRG score)</b>	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
<b>5 อันดับแรกของโรคที่รับการส่งต่อดูแลผู้ป่วย (Inter-hospital transfer of patient: receiving hospital)</b>	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
<b>5 อันดับแรกของโรคที่ส่งต่อดูแลผู้ป่วย (Inter-hospital transfer of patient: referring hospital)</b>	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
<b>5 อันดับแรกของโรคที่รับส่งกลับผู้ป่วยมาดูแลต่อ (Inter-hospital transfer of patients back to referring hospital)</b>	1				
	2				
	3				
	4				
	5				

2. ลักษณะสำคัญขององค์กร

บันทึกข้อมูลใน cell ที่ไม่ได้ระบายสี

ชื่อองค์กร	Organization Name	
ลักษณะองค์กร	Organization Characteristic	
บริการหลัก	Core Services	
วิสัยทัศน์	Vision	สภาวะที่องค์กรต้องการเป็นในอนาคต อธิบายถึงทิศทางที่องค์กรจะมุ่งไป สิ่งที่องค์กรต้องการจะเป็นหรือภาพลักษณ์ที่องค์กรต้องการให้ผู้อื่นรับรู้ในอนาคต
พันธกิจ	Mission	หน้าที่โดยรวมขององค์กร
ค่านิยมหลัก	Core Values	หลักการและพฤติกรรมที่นำที่สื่อถึงความคาดหวังขององค์กรและบุคลากรปฏิบัติ สะท้อนและหนุนเสริมวัฒนธรรมที่พึงประสงค์ขององค์กร สนับสนุนและชี้ว่าการตัดสินใจของบุคลากรทุกคน และช่วยให้องค์กรบรรลุพันธกิจและวิสัยทัศน์ด้วยวิธีการที่เหมาะสม
สมรรถนะหลักขององค์กร	Core Competencies	เรื่องที่องค์กรมีความชำนาญที่สุด เป็นขีดความสามารถพิเศษที่สำคัญในเชิงกลยุทธ์ เป็นแกนหลักที่ทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจ ซึ่งสร้างความได้เปรียบให้แก่องค์กร
ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์	Strategic Advantages	ความได้เปรียบในเชิงตลาดต่างๆ ที่เป็นตัวตัดสินว่าองค์กรจะประสบความสำเร็จในอนาคต โดยทั่วไปมักเป็นปัจจัยที่ช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จในเชิงแข่งขันทั้งในปัจจุบันและอนาคต มักมาจากสมรรถนะหลักขององค์กรหรือทรัพยากรภายนอกที่สำคัญในเชิงกลยุทธ์
ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	Strategic Challenges	แรงกดดันต่างๆ ที่มีผลอย่างชัดเจนต่อความสำเร็จในอนาคตขององค์กร โดยทั่วไปเกิดจากแรงผลักดันภายนอก อาจเกี่ยวกับความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้า/ผู้รับบริการ/ตลาด รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของผลิตภัณฑ์หรือเทคโนโลยี รวมถึงความเสี่ยงด้าน
โอกาสเชิงกลยุทธ์	Strategic Opportunities	ภาพอนาคตสำหรับผลิตภัณฑ์ บริการ กระบวนการ รูปแบบการดำเนินธุรกิจ (รวมทั้งพันธมิตรทางธุรกิจ) หรือตลาดใหม่หรือที่เปลี่ยนแปลงไป ภาพอนาคตดังกล่าวเกิดจากการคิดนอกกรอบ ระดมสมอง วิจัย การสร้างนวัตกรรม หรือแนวทางอื่นๆ เพื่อมอง
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	Strategic Objectives	จุดมุ่งหมายที่ชัดเจนขององค์กร หรือการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการปรับปรุงที่สำคัญ ความสามารถในการแข่งขันหรือประเด็นทางสังคม และการได้เปรียบทางธุรกิจ เป็นสิ่งที่องค์กรต้องบรรลุเพื่อรักษาหรือทำให้เกิดความสามารถในการแข่งขันและทำให้มั่นใจถึงความสำเร็จระยะยาว
จุดเน้น	Key Focus Area	
สถานการณ์ด้านสังคม	Social Situation	
สถานการณ์ด้านเทคโนโลยี	Technological Situation	
สถานการณ์ด้านเศรษฐกิจ	Economic Situation	
สถานการณ์ด้านสภาพแวดล้อม	Environmental Situation	
สถานการณ์ด้านการเมือง	Political Situation	
สถานการณ์ด้านการแข่งขัน	Competitive Situation	
ข้อมูลทั่วไปด้านบุคลากร	Workforce Profile	บุคคลทุกคนที่องค์กรเป็นผู้ดูแลและมีส่วนร่วมโดยตรงในการปฏิบัติงานที่จะทำให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ รวมทั้งพนักงานที่องค์กรจ่ายค่าตอบแทน (เช่น พนักงานประจำ พนักงานที่ทำงานไม่เต็มเวลา พนักงานชั่วคราว รวมทั้งพนักงานจ้างตามสัญญาที่องค์กรดูแลและความคุม)
ปัจจัยความผูกพันของบุคลากร	Workforce Engagement Factors	ปัจจัยที่มีต่อระดับความมุ่งมั่นของบุคลากร ทั้งในด้านความรู้สึกและสติปัญญาเพื่อทำงานวิสัยทัศน์ และพันธกิจขององค์กรบรรลุผล ทำให้บุคลากรมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงานอย่างเต็มที่เพื่อประโยชน์แก่ผู้รับบริการและความสำเร็จขององค์กร
ข้อกำหนดด้านสุขภาพและความปลอดภัย	Health & safety requirement	
วัสดุ เวชภัณฑ์	Supplies	
อาคารสถานที่	Facilities	
เครื่องมือและเทคโนโลยี	Equipment & technology	
กฎหมาย กฎระเบียบข้อบังคับ	Regulatory Requirement	

ระบบงาน กระบวนการทำงานที่สำคัญ	Work Systems Key Work Processes	กระบวนการสร้างคุณค่าที่สำคัญที่สุดภายในองค์กร กระบวนการทำงานเป็นกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรส่วนใหญ่ขององค์กรและสร้างคุณค่าต่อลูกค้า/ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้เสีย เป็นกระบวนการทำงานที่สำคัญขององค์กรต้องดำเนินการให้สำเร็จโดยบุคลากรขององค์กรเสมอ
กระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ	Key Support Processes	
ระบบกำกับดูแลองค์กร ผู้ป่วยและความต้องการ ผู้รับผลงานอื่นๆ และความ ต้องการ	Governance System Patients & Requirements Other Customers & Requirements	
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและความ ต้องการ	Stakeholders & Requirements	ความต้องการที่สำคัญของกลุ่มทุกกลุ่มที่ได้รับผลกระทบหรืออาจได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติและความสำเร็จขององค์กร อาจรวมถึงลูกค้า บุคลากร พันธมิตร คู่ความร่วมมือ คณะกรรมการกำกับดูแล ผู้ถือหุ้น ผู้ส่งมอบ ผู้เสียภาษี องค์กรที่ดูแลกฎระเบียบ ข้อบังคับ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ให้ทุนดำเนินการ และชุมชนในท้องถิ่นและสมาคมวิชาชีพ
ผู้ส่งมอบ	Suppliers	ผู้ที่ส่งมอบสินค้าหรือบริการให้โรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลนำไปจัดกระบวนการดูแลรักษา (ผลิตภัณฑ์/สินค้า: ยาและเวชภัณฑ์ บริการ:งานทำความสะอาด งานรักษาความปลอดภัย)
พันธมิตรและบทบาท	Partners & Roles	องค์กรหรือกลุ่มบุคคลที่สำคัญที่ตกลงทำงานร่วมกับองค์กร เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ร่วมกัน หรือเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินงาน โดยทั่วไปมักมีความร่วมมือในลักษณะที่เป็นทางการเพื่อจุดหมายหรือจุดประสงค์เฉพาะเจาะจง โดยปกติมักมีกำหนดช่วงเวลาและมีความเข้าใจอย่างชัดเจนในบทบาทและผลประโยชน์ที่มีร่วมกัน
คู่ความร่วมมือและบทบาท	Collaborators & Roles	หน่วยงานหรือบุคคลที่มีความร่วมมือในการดำเนินการกับองค์กรที่จะสนับสนุนในการจัดงานหรือกิจกรรมบางส่วนหรือผู้ร่วมดำเนินการเป็นครั้งคราวเมื่อมีเป้าหมายระยะสั้นที่สอดคล้องกันหรือเหมือนกัน โดยทั่วไปความร่วมมือในลักษณะนี้มักไม่มีข้อตกลงหรือ
เครือข่ายบริการและบทบาท	Service Network & Roles	
บริการที่จ้างเหมา ความร่วมมือในด้านการศึกษา	Contracted Services Education Affiliation	
ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ สาขาการให้บริการเฉพาะทางที่ สำคัญ	Key Health Problems Key Service Specialties	
คุณลักษณะของบริการสุขภาพ	Health Service Offering	
ระบบบริหารงานคุณภาพ	Quality Management System	

Hospital Profile OnePage

ชื่อองค์กร	0
ลักษณะองค์กร	0
บริการหลัก	0

Social Situation/Change 0

**ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์**  
ความได้เปรียบในเชิงตลาดต่างๆ ที่เป็นตัวตัดสินว่าองค์กรจะประสบความสำเร็จในอนาคต โดยทั่วไปมักเป็นปัจจัยที่ช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จในเชิงแข่งขันทั้งในปัจจุบันและอนาคต มักมาจากสมรรถนะหลักขององค์กร หรือทรัพยากรภายนอกที่สำคัญในเชิงกลยุทธ์

**จุดเน้น/เข้มมุ่ง** 0

Technological Situation/Change 0

**ความท้าทายเชิงกลยุทธ์**  
แรงกดดันต่างๆ ที่มีผลอย่างชัดเจนต่อความสำเร็จในอนาคตขององค์กร โดยทั่วไปเกิดจากแรงผลักดันภายนอก อาจเกี่ยวกับความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้า/ผู้รับบริการ/ตลาด รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของผลิตภัณฑ์หรือเทคโนโลยี รวมถึงความเสี่ยงด้านการเงิน สังคม/อื่นๆ

**วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์**  
จุดมุ่งหมายที่ชัดเจนขององค์กร หรือการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการปรับปรุงที่สำคัญ ความสามารถในการแข่งขันหรือประเด็นทางสังคม และการได้เปรียบทางธุรกิจ เป็นสิ่งที่องค์กรต้องบรรลุเพื่อรักษาหรือทำให้เกิดความสามารถในการแข่งขันและทำให้มั่นใจถึงความสำเร็จระยะยาว

Economical Situation/Change 0

**โอกาสเชิงกลยุทธ์**  
ภาพอนาคตสำหรับผลิตภัณฑ์ บริการ กระบวนการ รูปแบบการดำเนินงาน (รวมทั้งพันธมิตรทางธุรกิจ) หรือตลาดใหม่หรือที่เปลี่ยนแปลงไป ภาพอนาคตดังกล่าวเกิดจากการคิดนอกกรอบ ระดมสมอง วิจัย การสร้างนวัตกรรม หรือแนวทางอื่นๆ เพื่อมองอนาคตที่แตกต่างออกไป

**วิสัยทัศน์**  
สถานะที่องค์กรต้องการเป็นในอนาคต อธิบายถึงทิศทางที่องค์กรจะมุ่งไป สิ่งที่องค์กรต้องการจะเป็นหรือภาพลักษณ์ที่องค์กรต้องการให้ผู้อื่นรับรู้ในอนาคต

**พันธกิจ**  
หน้าที่โดยรวมขององค์กร

**ค่านิยมหลัก**  
หลักการและพฤติกรรมชั้นนำที่สื่อถึงความคาดหวังในองค์กรและบุคลากรปฏิบัติ สะท้อนและหนุนเสริมวัฒนธรรมที่พึงประสงค์ขององค์กร สนับสนุนและชี้นำการตัดสินใจของบุคลากรทุกคน และช่วยให้องค์กรบรรลุพันธกิจและวิสัยทัศน์ด้วยวิธีการที่เหมาะสม

ระบบกำกับดูแลองค์กร 0		กฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ 0		สมรรถนะหลักขององค์กร เรื่องที่องค์กรมีความชำนาญที่สุด เป็นขีดความสามารถพิเศษที่สำคัญในเชิงกลยุทธ์ เป็นแกนหลักที่ทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจ ซึ่งสร้างความได้เปรียบให้แก่องค์กร		
Suppliers (ผู้ส่งมอบ)		⇒	Inputs (ปัจจัยนำเข้า)	⇒	Processes (กระบวนการ)	⇒
ผู้ส่งมอบ	ผู้ที่ส่งมอบสินค้าหรือบริการให้โรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลนำไปจัดกระบวนการดูแลรักษา (ผลิตภัณฑ์/สินค้า: ยาและเวชภัณฑ์ บริการ: งานทำความสะอาด งานรักษาความปลอดภัย)	วัสดุ เวชภัณฑ์		0 ระบบงานสำคัญ		0 บริการหลัก
พันธมิตรและบทบาท	#REF!	อาคารสถานที่		0 กระบวนการทำงานสำคัญ	กระบวนการสร้างคุณค่าที่สำคัญที่สุดภายในองค์กร กระบวนการทำงานเป็นกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรส่วนใหญ่ขององค์กรและสร้างคุณค่าต่อลูกค้า/ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้เสีย เป็นกระบวนการทำงานที่สำคัญขององค์กรต้องดำเนินการให้สำเร็จ โดยบุคลากรขององค์กรเสมอ	0 สาขาการให้บริการเฉพาะทางที่สำคัญ
ความร่วมมือและบทบาท	องค์กรหรือกลุ่มบุคคลที่สำคัญที่ตกลงทำงานร่วมกับองค์กร เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ร่วมกัน หรือเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินงาน โดยทั่วไปมักมีความร่วมมือในลักษณะที่เป็นทางการเพื่อจุดหมายหรือจุดประสงค์เฉพาะเจาะจง โดยปกติมักมีกำหนดช่วงเวลาและมีความเข้าใจอย่างชัดเจนในบทบาทและผลประโยชน์ที่มีร่วมกัน	เครื่องมือและเทคโนโลยี		0 กระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ		0
ความร่วมมือด้านการศึกษา		0 โครงสร้างกำลังคน	บุคคลทุกคนที่องค์กรเป็นผู้ดูแลและมีส่วนร่วมโดยตรงในการปฏิบัติงานที่จะทำให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ รวมทั้งพนักงานที่องค์กรจ่ายค่าตอบแทน (เช่น พนักงานประจำ พนักงานที่ทำงานไม่เต็มเวลา พนักงานชั่วคราว รวมทั้งพนักงานจ้างตามสัญญาที่องค์กรดูแลและความคุม)	0 เครือข่ายบริการและบทบาท		0
บริการที่จ้างเหมา		0 ปัจจัยผูกพันของกำลังคน	ปัจจัยที่มีต่อระดับความมุ่งมั่นของบุคลากร ทั้งในด้านความรู้สึกและสติปัญญาเพื่อทำให้งานวิสัยทัศน์ และพันธกิจขององค์กรบรรลุผล ทำให้บุคลากรมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงานอย่างเต็มที่เพื่อประโยชน์แก่ผู้รับบริการและความสำเร็จขององค์กร	0 ข้อกำหนดด้านสุขภาพและความปลอดภัย		0

Environmental Situation/Change		Political Situation/Change	
	0		0
Competitive Situation			
	0		

