



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 ล่วงหน้าก่อนการเยี่ยม 14 วัน และควรมีข้อมูลผลการดำเนินงานจนถึงไตรมาสก่อนการเยี่ยม (เช่น เยี่ยมเดือนกรกฎาคม ควรมีข้อมูลถึงเดือนมีนาคม เป็นต้น)

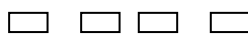
2. การประสานงานทั่วไป

2.1 การประสานการเดินทางและที่พัก ขอให้สถานพยาบาลประสานการเดินทางและที่พักของผู้เยี่ยมชมสำรวจ ร่วมกับผู้ประสานงาน สรพ.และกรณีผู้เยี่ยมชมสำรวจเป็นสุขภาพสตรีเพียงคนเดียว ขอความกรุณาสถานพยาบาลจัดเจ้าหน้าที่สุขภาพสตรีร่วมรับ – ส่งในการเดินทางด้วย

2.2 การประสานด้านการจัดสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากร ที่จะอำนวยความสะดวกในวันเยี่ยม

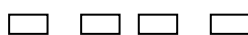
2.2.1 การจัดเตรียมห้องประชุมนำเสนอในแต่ละช่วงเวลาตามกำหนดการเยี่ยมและการสัมภาษณ์ ทีม ขอให้สถานพยาบาลจัดโต๊ะประชุมในลักษณะตัวยู (ตัวยู) เพื่อให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจและทีมงานสถานพยาบาลนั่งในลักษณะ Face to Face แต่ไม่ใช่ลักษณะ Classroom

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 ไม่ว่าจะเป็ของที่ระลึกในลักษณะใด
3. การทบทวนเอกสาร

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

ขอให้รักษาเวลาที่กำหนดให้เคร่งครัด 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 และทีมเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ
5. การนำเสนอของทีมงานต่างๆ

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

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



Session	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย
	<ul style="list-style-type: none">- สรุปประเด็นที่ได้จากการเรียนรู้เพื่อวางแผนในการปรับปรุงพัฒนาและประเมินติดตามระบบที่วางไว้	
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">- นำเสนอภาพรวมของการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบงาน- สรุปประเด็นที่ได้จากการเรียนรู้เพื่อวางแผนในการปรับปรุงพัฒนาและประเมินติดตามระบบที่วางไว้	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	เป็นการเยี่ยมชมสำรวจสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล 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)

- ใช้เวลา 5 นาทีแรกนำเสนอผลลัพธ์ของงานที่ทีมภาคภูมิใจมากที่สุด เช่น “ลดความผิดพลาดในการให้ยา”
“ให้การดูแลทางด้านจิตใจแก่เด็กที่ได้รับยาเคมีบำบัดและให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลกัน”
- หากมีข้อมูลตัวเลขแสดงผลลัพธ์ได้ดี แต่ถ้าไม่มีก็ไม่เป็นไร
- ไม่ต้องนำเสนอรายละเอียดวิธีการพัฒนาในช่วงนี้
- เมื่อผู้เยี่ยมชมสำรวจถาม ให้จับประเด็นคำถามให้ชัดเจน (ควรจดประเด็นคำถามไปด้วย เพื่อทบทวน
ความเข้าใจ และเพื่อจะได้ตอบได้ครอบคลุม)
- ควรเชื่อมโยงประเด็นคำถามกับมาตรฐาน HA และนึกถึงเป้าหมายของมาตรฐานไปด้วยในระหว่าง
คิดคำตอบ
- ควรตอบให้ตรงประเด็นอย่างกระชับ ไม่เยิ่นเย้อ
- ควรนำเสนอตัวอย่างของการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและสัมผัสได้ บอกเล่าถึงสิ่งที่ทำในชีวิตประจำวัน
อย่าตอบคำถามตามทฤษฎีซึ่งยังไม่ได้นำมาปฏิบัติ
- ควรตอบให้ครบ PDCA คือ แนวทางการทำงานเป็นอย่างไร การปฏิบัติจริงเป็นอย่างไร ครอบคลุม
เพียงใด ผลลัพธ์เป็นอย่างไร มีแผนที่จะทำอะไรต่อ
- ควรกระจายผู้ตอบให้ทั่วถึงโดยให้ผู้ปฏิบัติที่รู้เรื่องดีที่สุดในทีมเริ่มต้นตอบและสมาชิกที่เหลือช่วยกัน
เพิ่มเติมให้สมบูรณ์
- ผู้บริหารหรือหัวหน้าทีมควรเป็นบุคคลสุดท้ายที่จะตอบในประเด็นนั้น
- ถ้าฟังคำถามไม่เข้าใจ อย่าลังเลที่จะถามผู้เยี่ยมชมสำรวจกลับ ด้วยการ (ก) ขอให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจตั้งคำถาม
ใหม่ที่ชัดเจนมากขึ้น หรือ (ข) ขอให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจอธิบายเหตุผลของการตั้งคำถามนั้น 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	เราไม่ได้ละเลยสิ่งที่ดีที่ทีมงานทำได้ดีแล้ว 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"> 1. ข้อมูลพื้นฐานของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (Network Profile) 2. แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานทั้ง 10 หมวด 3. ผลการประเมินตนเองตาม DHSA Scoring Guideline 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hospital Profile (ข้อมูลพื้นฐานสถานพยาบาล) 2. รายงานผลการประเมินตนเอง SAR 2022 3. ภาพรวมของ CLT/PCT (CLT/PCT Profile) และ Clinical Tracer / Clinical Quality Summary 4. รายงานความก้าวหน้าตามข้อเสนอแนะ (ถ้ามี) 5. แบบประเมินตนเองโครงสร้างอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมและหน่วยงานสำคัญในสถานพยาบาล 6. ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเวชระเบียน 7. รายงานการขอรับรองจากสภาวิชาชีพและใบรับรองที่เกี่ยวข้อง (ให้เป็นไปตาม SD-ACD-003 ขั้นตอนและเอกสารที่ต้องจัดเตรียมเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจ) <ul style="list-style-type: none"> * ระบบยาและงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล * ระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ * มาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (กรณีมีหน่วยไตเทียม) * การรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพทันตกรรม TDCA (ถ้ามี) <ul style="list-style-type: none"> - ผลการประเมินหรือการรับรองอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง <ul style="list-style-type: none"> * ผลการตรวจคุณภาพน้ำของระบบบำบัดน้ำเสีย (4 ครั้งสุดท้าย), น้ำดื่มและน้ำใช้ (2 ครั้งสุดท้าย) * ผลการตรวจน้ำจากหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้งสุดท้าย (ถ้ามี) * ใบอนุญาตการครอบครองเครื่องกำเนิดรังสี * ใบอนุญาตให้ใช้อาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือเคลื่อนย้ายอาคาร (อ.5 หรือ อ.6) (กรณี รพ.เอกชน) 8. รพ. ส่งไฟล์นำเสนอ presentation ก่อนวันเยี่ยมไม่น้อยกว่า 3 วัน



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 https://hospital.ha.or.th 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 ตามบริบทของโรงพยาบาล มีการเสริมพลัง การสร้างเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพนักฟื้นฟูสมรรถภาพในศูนย์ร่วมสุข 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 การสร้างเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพนักฟื้นฟูสมรรถภาพในศูนย์ร่วมสุข โดยมีนักกายภาพบำบัด
และเจ้าหน้าที่ฟื้นฟู แพทย์แผนไทย เป็นผู้ให้บริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู เข้าถึงบริการและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้มีการจัดตั้งศูนย์ร่วมสุข _____ ทั้งหมด 4
ศูนย์ ศูนย์ร่วมสุข _____ ศูนย์ร่วมสุของค์การบริหารส่วน ต.หนองหัวโพ ศูนย์ร่วมสุของค์การบริหารส่วน ต.โคกสะอาด , ศูนย์ร่วมสุของค์การบริหารส่วน ต.ม่วง
หวาน

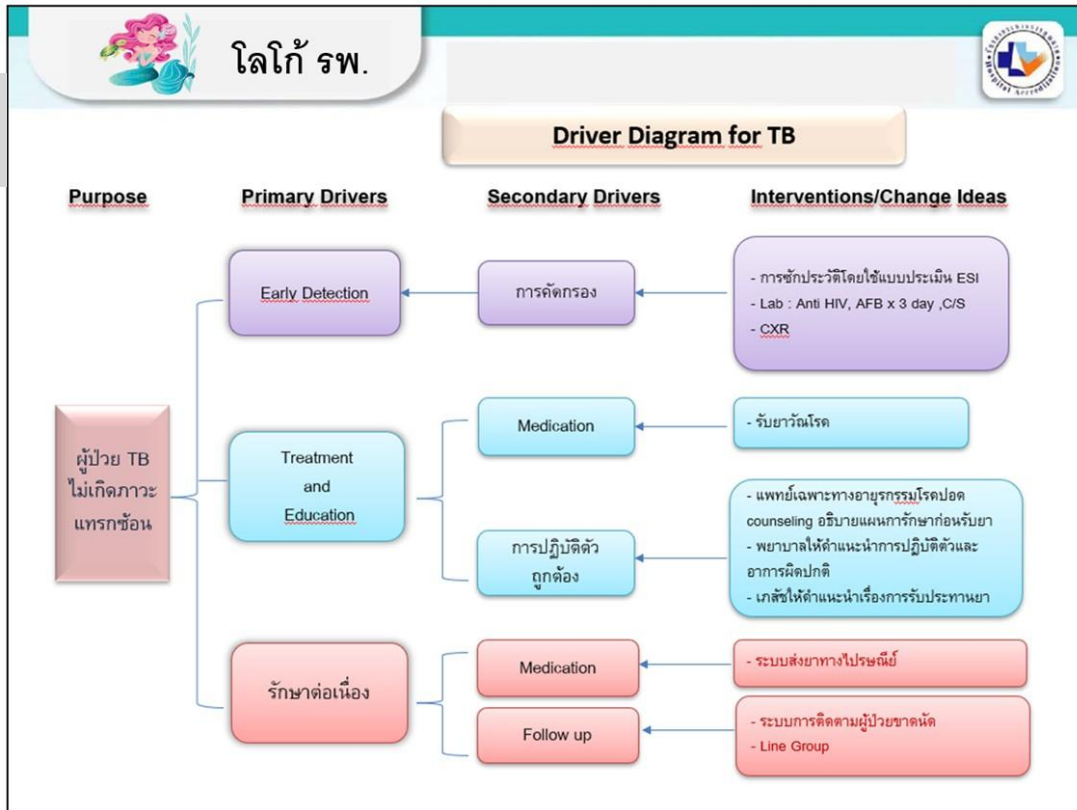
การพัฒนาที่ผ่านมา

- 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

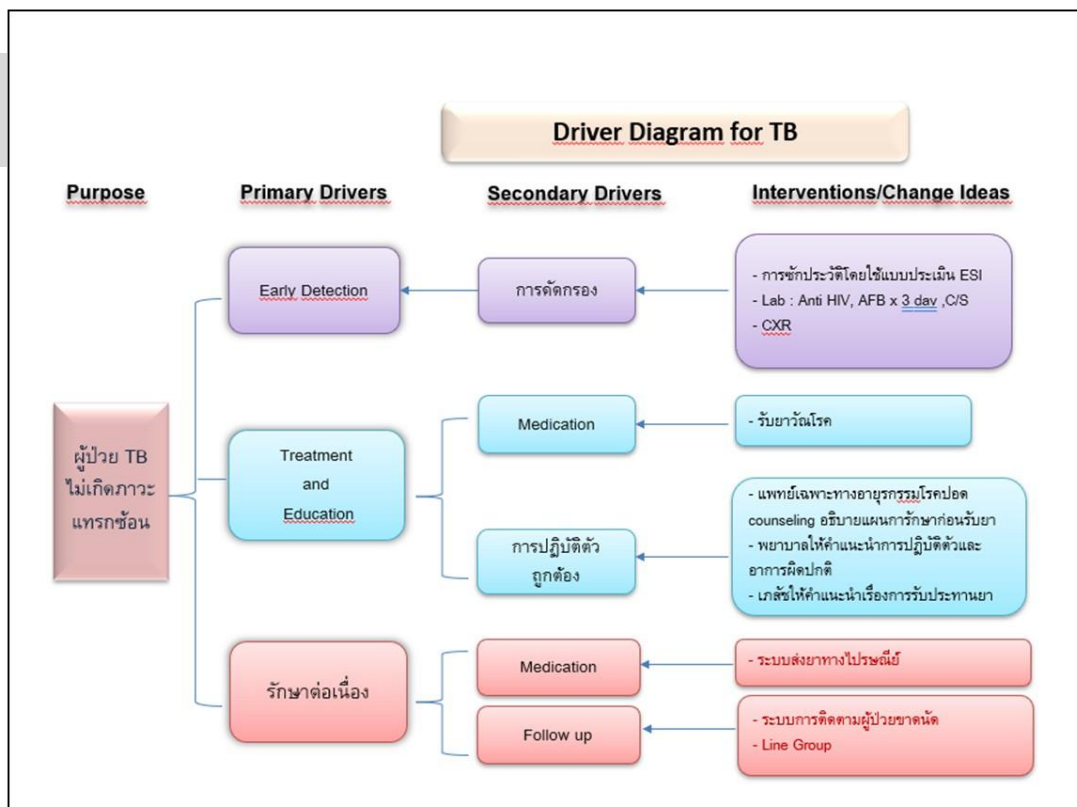


ตัวอย่าง รายงานการประเมินตนเองคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของ CLT/PCT

ก่อน



หลัง





เอกสารแนบ

แนวทางปฏิบัติผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์กระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ

คำนิยาม

ผู้สังเกตการณ์ (Observer) คือบุคคลผู้ที่ดู ฝ้าดู หรือผู้อยู่ในเหตุการณ์ที่มีบทบาทในการติดตาม ตรวจสอบ หรือสังเกตการณ์กิจกรรมหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือปฏิบัติการ โดยตรง

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