



SD-ACD-062-00

คู่มือเตรียมรับการประเมินรับรองการพัฒนา
คุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ
ตามมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ
(Program and Disease Specific Standards)

วันที่ประกาศใช้ 1 พฤศจิกายน 2567

จัดทำโดย

กลุ่มภารกิจปฏิบัติการประเมินและรับรอง
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



รหัสเอกสาร : SD-ACD-062-00 คู่มือเตรียมรับการประเมินรับรองการ
พัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ ตามมาตรฐาน
เฉพาะโรค/เฉพาะระบบ
วันที่ประกาศใช้ : 1 พฤศจิกายน 2567

แก้ไขครั้งที่ : 00

หน้า 2 จาก 14

คำนำ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) จัดทำมาตรฐานเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Standards: PDSS) เพื่อสร้างการเรียนรู้และกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคหรือระบบ รวมถึงเป็นการสร้างทีมทางคลินิกที่เข้มแข็งเพื่อขยายผลสู่การรับรองคุณภาพทั้งสถานพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้มีกลไกการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรค และ/หรือ การพัฒนาการจัดระบบบริการต่างๆ ให้มีกระบวนการและผลลัพธ์ที่ดี ของสถานพยาบาล โดยใช้หลักวิชาการที่ทันสมัยตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้องและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่กระบวนการพัฒนาที่ดีของโรคและ/หรือระบบต่างๆ และเพื่อการขอรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Certification: PDSC)

สถาบันหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การประเมินการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ จะเป็นประโยชน์สำหรับสถานพยาบาล ที่จะช่วยเตรียมความพร้อมและส่งเสริมการเรียนรู้ในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ เพื่อยกระดับการพัฒนาสู่การขอรับรองกระบวนการคุณภาพ รวมทั้งช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการให้ประชาชนเกิดความมั่นใจ และไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

พฤศจิกายน 2567



รหัสเอกสาร : SD-ACD-062-00 คู่มือเตรียมรับการประเมินรับรองการ
พัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ ตามมาตรฐาน
เฉพาะโรค/เฉพาะระบบ
วันที่ประกาศใช้ : 1 พฤศจิกายน 2567

แก้ไขครั้งที่ : 00

หน้า 3 จาก 14

สารบัญ

1. หลักการและเหตุผล	4
2. คำนิยาม	5
3. เครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ	5
4. เอกสารประกอบการขอรับการประเมินรับรอง.....	6
5. วัตถุประสงค์ของการรับรองการพัฒนาคุณภาพเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ.....	6
6. คุณสมบัติพื้นฐานของสถานพยาบาลที่จะขอรับการประเมินรับรอง	7
7. ขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติเพื่อขอรับการประเมินรับรอง	7
8. กิจกรรมการเยี่ยมชมสำรวจ	10
9. หลักเกณฑ์การพิจารณาและอนุมัติการรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล	13
10. การปฏิบัติหลังได้รับการรับรองการพัฒนาคุณภาพ	13
11. กระบวนการต่ออายุการรับรอง	14



1. หลักการและเหตุผล

สถาบันได้มีการพัฒนามาตรฐานเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ (The Program and Disease Specific Standard: PDSS) โดยเป็นเครื่องมือช่วยยกระดับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคหรือระบบเฉพาะให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้นหรือมีการเทียบเคียงผลลัพธ์ที่ทำท่ายอยู่เสมอ และส่งเสริมให้สถานพยาบาลพัฒนาความสามารถ ความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคหรือระบบ รวมถึงเป็นการสร้างทีมทางคลินิกที่เข้มแข็ง เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับองค์กรที่จะยกระดับการพัฒนาสู่การรับรองกระบวนการคุณภาพ

สถาบันจึงจัดให้มีการประเมินและรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ เพื่อส่งเสริมให้สถานพยาบาลนำมาตรฐานไปประยุกต์ใช้กับการพัฒนาโรคและระบบต่างๆ ให้มีผลการดำเนินงานที่ดีขึ้นจนถึงการพัฒนาในระดับเป็นเลิศ และการช่วยค้นหาแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อยกย่องชมเชย clinical excellence และสามารถเป็นต้นแบบให้ผู้อื่นได้เรียนรู้ รวมถึงเป็นการส่งเสริมการใช้แนวคิด continuous improvement ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการพัฒนาต่อเนื่องต่อไป และให้เกิดกระบวนการพัฒนาในโรคหรือระบบที่สะท้อนหลักพื้นฐาน ดังนี้

Process Management	แสดงให้เห็นการจัดการกระบวนการอย่างเป็นระบบกับกระบวนการสำคัญที่ครอบคลุม ตลอดสายธารแห่งคุณค่า (value stream)
Result	แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีถึงดีมาก และแนวโน้มที่ดีขึ้น มีการใช้ข้อมูลเทียบเคียงที่ทำท่ายอย่างเป็นรูปธรรม
Learning (evaluation & improvement, integration, innovation)	แสดงให้เห็นการประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เฉพาะโรค/ระบบที่ขอรับการรับรอง โดยระบบงานมีการบูรณาการการสร้างนวัตกรรม และ/หรืองานวิจัยจากงานประจำหรือการสร้างองค์ความรู้ที่สำคัญ
Quality Concepts	แสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนาที่ขจัดความสูญเปล่า ป้องกันความเสี่ยง ใช้หลักฐานทางวิชาการ รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพและมิติด้านจิตวิญญาณ



2. คำนิยาม

“การรับรองการพัฒนาคุณภาพ” หมายความว่า การรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐานเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบที่คณะกรรมการกำหนด

“ผู้ประเมินการพัฒนา” หมายความว่า ผู้ประเมินความสำเร็จของสถานพยาบาลในการรับรองการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ ผู้เยี่ยมสำรวจหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ ที่สถาบันขึ้นทะเบียน หรือบุคคลที่ผู้อำนวยการมอบหมาย

3. เครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ

สถาบัน มีการพัฒนาเครื่องมือที่สำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ ดังนี้

1. มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Standards: PDSS)
2. แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline) ตามแนวทางการรับรองคุณภาพของ HA

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

ประเด็นสำคัญ หมายถึง 1) ประเด็นสำคัญตามมาตรฐาน 2) ประเด็นสำคัญตามบริบทโรงพยาบาล 3) ประเด็นสำคัญตามระดับศักยภาพโรงพยาบาล



4. เอกสารประกอบการขอรับการประเมินรับรอง

สถานพยาบาลที่จะขอรับการประเมินรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ
ต้องจัดส่งเอกสาร ดังต่อไปนี้

1. หนังสือแสดงเจตจำนงขอรับการประเมินรับรอง
2. Hospital Profile (ข้อมูลพื้นฐานสถานพยาบาล) ผังโครงสร้างองค์กร โครงสร้างคุณภาพ รายชื่อ
หน่วยงาน
3. แบบรายงานการประเมินตนเองประกอบการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลที่พัฒนาเฉพาะโรคหรือ
เฉพาะระบบ ตามมาตรฐานเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ
4. แบบรายงานการประเมินตนเองคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของสถานพยาบาลที่พัฒนาเฉพาะโรคหรือ
เฉพาะระบบ
5. แบบรายงานผลงานการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง หรือผลงานเด่นหรือผลงานวิจัยที่แสดงถึงผลการ
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคหรือบริการเฉพาะระบบ อย่างน้อย 3 เรื่อง
หมายเหตุ: กรณีการขอประเมินรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือระบบ ที่มีแนว
ปฏิบัติของเครือข่ายวิชาชีพร่วมด้วย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง, HIV/STI, การดูแลรักษาในคลินิก
เบาหวานของสถานพยาบาล, ระบบการดูแลรักษาในห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล, การบำบัดภาวะ
ติดยาเสพติด, แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกข้อสะโพกหัก, ระบบพัฒนาคุณภาพ
สถานพยาบาลด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล, ระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณ เป็นต้น ขอให้
สถานพยาบาลศึกษาประกอบเพิ่มเติมเพื่อจัดเตรียมเอกสารและเตรียมความพร้อมตามแนวทางปฏิบัติ
ผ่านทางเว็บไซต์สถาบัน www.ha.or.th

5. วัตถุประสงค์ของการรับรองการพัฒนาคุณภาพเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ

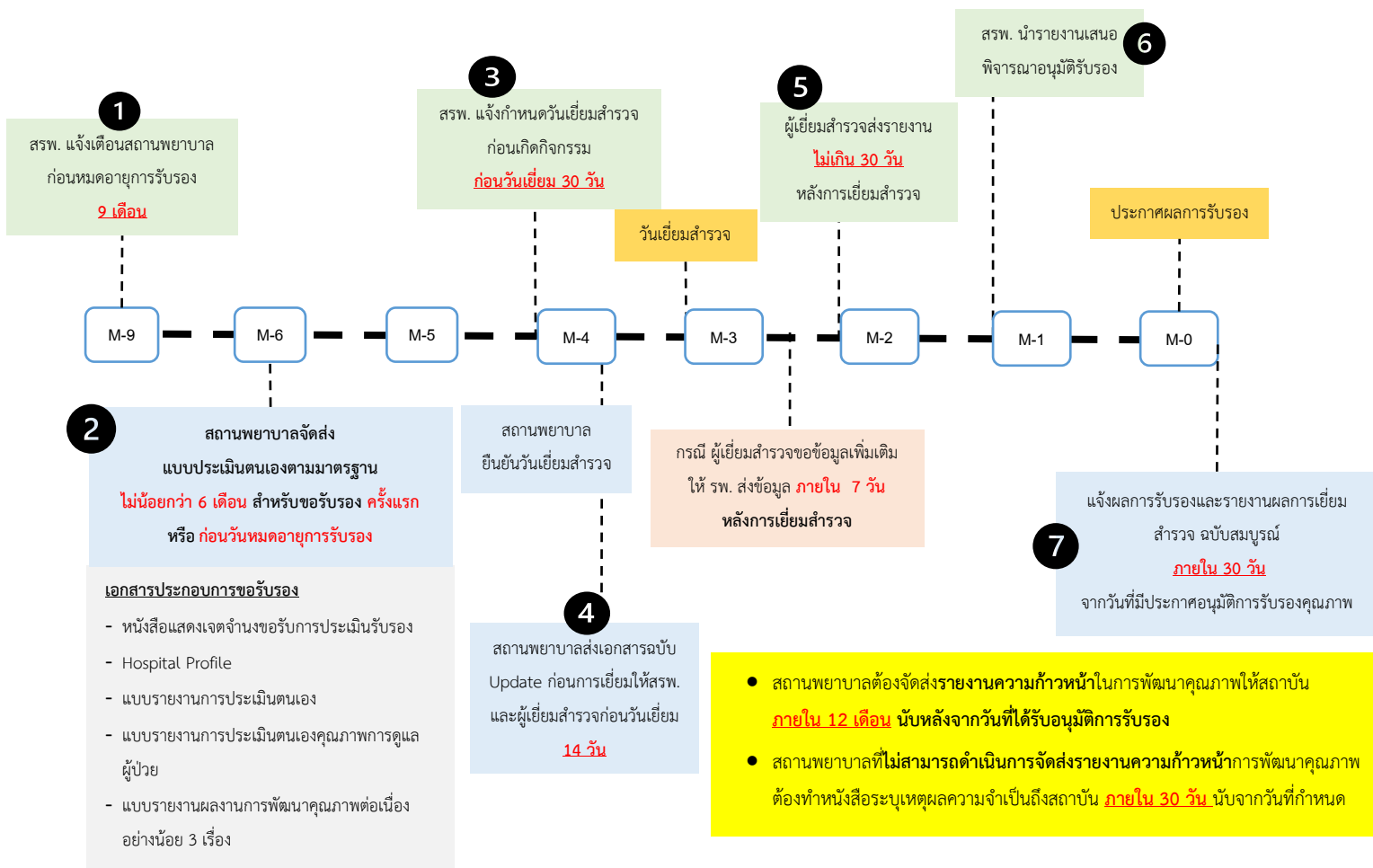
1. เพื่อค้นหาวิธีการปฏิบัติที่ดี (good practice) เฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ เพื่อเป็นต้นแบบ และ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการพัฒนาต่อเนื่องและต่อยอดสำหรับสถานพยาบาลอื่นๆ ต่อไป
2. ขับเคลื่อนการพัฒนาที่มีความเฉพาะเจาะจง ยกระดับระบบบริการสู่ความเป็นเลิศ โดยการทบทวน
การดูแลรักษาการตามรอยโรคและตัวชี้วัด (tracer)
3. ขยายการพัฒนาสู่และการสร้างทีมพัฒนาคุณภาพส่วนอื่นๆ ขององค์กร เช่น ในปีนี้มีการรับรองใน
เรื่องของการเปลี่ยนข้อเข่า ปีถัดไปอาจทำการต่อยอดไปในโรคอื่นๆ ทำให้เกิดการขยายผลทีมพัฒนา
เฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบทั้งองค์กรและครอบคลุมมากขึ้น
4. การนำ HA Core Values & Concepts สู่อำนาจปฏิบัติอย่างเป็นธรรมชาติ



6. คุณสมบัติพื้นฐานของสถานพยาบาลที่จะขอรับการประเมินรับรอง

1. สถานพยาบาลต้องผ่านการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 2 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า¹ และยังมีรายงานภาพการรับรอง
2. สถานพยาบาลต้องสามารถแสดงให้เห็นกระบวนการการดูแล การออกแบบการบริการและผลลัพธ์ระดับแนวหน้าของประเทศ หรือนานาชาติ
3. มีการนำแนวคิดคุณภาพและกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

7. ขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติเพื่อขอรับการประเมินรับรอง



¹ เทียบเท่า คือ การรับรองใดๆ ที่ผ่านการรับรองของมาตรฐานที่ ISOqua EEA ให้การรับรอง ให้เทียบเท่ากับการรับรอง HA ชั้น 3



รหัสเอกสาร : SD-ACD-062-00 คู่มือเตรียมรับการประเมินรับรองการ

พัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ ตามมาตรฐาน

แก้ไขครั้งที่ : 00

เฉพาะโรค/เฉพาะระบบ

วันที่ประกาศใช้ : 1 พฤศจิกายน 2567

หน้า 8 จาก 14

ขั้นตอนการเยี่ยมชมสำรวจ	การดำเนินการของ สรพ.	การดำเนินการของสถานพยาบาล
(1) 9 เดือน ก่อนวัน หมดอายุการรับรอง กระบวนการคุณภาพ	สถาบันจัดส่งหนังสือแจ้งเตือนการ หมดอายุการรับรอง	กรณีต่ออายุการรับรอง สถานพยาบาล ประเมินตนเองตามมาตรฐานเฉพาะโรค/ เฉพาะระบบ
(2) 6 เดือน สำหรับขอ รับรอง ครั้งแรก หรือ ก่อนวันหมดอายุการ รับรอง		1. สถานพยาบาลยื่นหนังสือแสดง เจตจำนงขอรับการประเมินรับรอง พร้อมเอกสารประกอบสำหรับการ เยี่ยมชมสำรวจ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none">● Hospital Profile (ข้อมูลพื้นฐาน สถานพยาบาล) ผังโครงสร้าง องค์กร โครงสร้างคุณภาพ รายชื่อ หน่วยงาน● แบบรายงานการประเมินตนเอง ประกอบการพัฒนาคุณภาพ สถานพยาบาลที่พัฒนาเฉพาะโรค หรือเฉพาะระบบ ตามมาตรฐาน เฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ● แบบรายงานการประเมินตนเอง คุณภาพการดูแลผู้ป่วยของ สถานพยาบาลที่พัฒนาเฉพาะโรค หรือเฉพาะระบบ● แบบรายงานผลงานการพัฒนาคุณ ภาพต่อเนื่อง หรือผลงานเด่นหรือ ผลงานวิจัยที่แสดงถึงผลการ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ โรคหรือบริการเฉพาะระบบ อย่างน้อย 3 เรื่อง



รหัสเอกสาร : SD-ACD-062-00 คู่มือเตรียมรับการประเมินรับรองการ
พัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ ตามมาตรฐาน
เฉพาะโรค/เฉพาะระบบ
วันที่ประกาศใช้ : 1 พฤศจิกายน 2567

แก้ไขครั้งที่ : 00

หน้า 9 จาก 14

ขั้นตอนการเยี่ยมสำรวจ	การดำเนินการของ สรพ.	การดำเนินการของสถานพยาบาล
		2. สถานพยาบาลจัดส่งรายชื่อแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญในโรคที่ขอรับรอง รวมทั้ง ข้อมูลสำหรับการติดต่อ มายังสถาบัน จำนวน 3 ท่าน โดยต้องเป็น ผู้เชี่ยวชาญที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องใดๆ กับสถานพยาบาลและเป็นผู้ที่มีผลงาน วิชาการได้รับการยอมรับในสาขาโรคที่ ขอรับรอง
(3) 1 เดือน ก่อนการ เยี่ยมสำรวจ หรือ 90 วัน หมดอายุการรับรอง กระบวนการคุณภาพ	แจ้งวันเยี่ยมสำรวจและรายชื่อผู้ เยี่ยมสำรวจ	ยืนยันวันเยี่ยมสำรวจ
(4) 14 วัน ก่อนวันเยี่ยม สำรวจ		สถานพยาบาลส่งเอกสารฉบับ Update ก่อนการเยี่ยมให้สถาบัน และผู้เยี่ยมสำรวจ ก่อนวันเยี่ยม 14 วัน
(5) วันเยี่ยมสำรวจ	ผู้เยี่ยมสำรวจเข้าเยี่ยมสำรวจ	สถานพยาบาลจัดเตรียมเอกสารไว ณ หอง ประชุม
(6) ภายหลังการเยี่ยม สำรวจ	1. ผู้เยี่ยมสำรวจส่งรายงาน ไม่เกิน 30 วัน ภายหลังการเยี่ยมสำรวจ 2. สถาบันนำรายงานผลการเยี่ยม สำรวจเสนอคณะกรรมการ พิจารณาอนุมัติ	กรณี ผู้เยี่ยมสำรวจขอข้อมูลเพิ่มเติม ให้ รพ. ส่งข้อมูล ภายใน 3 เดือน ภายหลังการเยี่ยมสำรวจ
(7) ประกาศผลการรับรอง	1. ประกาศผลการรับรอง กระบวนการคุณภาพ สถานพยาบาล และสรุปผลการ เยี่ยมสำรวจอย่างเป็นทางการ 2. สถาบันส่งจดหมายการแจ้งผล วันและส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ ใบรับรองอิเล็กทรอนิกส์	รับทราบผลการรับรอง และปฏิบัติตาม แนวทางที่ สถาบันกำหนด



8. กิจกรรมการเยี่ยมชมสำรวจ

สถาบันจัดให้มีการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อการประเมินการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามบริบทของสถานพยาบาล ดังนี้

- การรับรองการพัฒนาคุณภาพครั้งแรก จำนวน 3 Manday ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน ผู้เยี่ยมชมสำรวจ 1 ท่าน
- การต่ออายุการรับรองการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 2 Manday ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน ผู้เยี่ยมชมสำรวจ จำนวน 1 ท่าน

1. ตัวอย่างกำหนดการเยี่ยมชมสำรวจ



กำหนดการเยี่ยมชมเพื่อการรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค

โรงพยาบาล

วันที่

วันที่	ทีม	8.00 - 09.00				09.00 - 10.00				10.00 - 11.00				11.00 - 12.00				13.00 - 14.00				14.00 - 15.00				15.00 - 16.00							
		15	30	45	60	15	30	45	60	15	30	45	60	15	30	45	60	15	30	45	60	15	30	45	60								
	1	Document Review				Opening and presentation				Trace Patient Care I /Risk, IC LAB, x-ray, ward, Rehab								พักรับประทานอาหาร				Breast center Team Interview				Surveyor Meeting				Exit Conference			
	2									Trace Patient Care II ER, ICU, ward																							
	3									Trace Patient Care III OPD, OR, Anesth, ระบบยา																							

คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ

1	ผู้เยี่ยมชมสำรวจ	
2	ผู้เยี่ยมชมสำรวจ	
3	ผู้เชี่ยวชาญ	ผู้ประสานงาน รพ. ผู้ประสานงาน สรพ.



2. รายละเอียดตารางการเยี่ยม

กิจกรรม	การเตรียมตัว	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม:
(1) Document review: เพื่อให้ผู้เยี่ยมสำรวจ และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ โรคหรือเฉพาะระบบ ร่วมกันทบทวนและ ศึกษาเอกสารการพัฒนา คุณภาพสถานพยาบาล เฉพาะโรคหรือเฉพาะ ระบบ	<ul style="list-style-type: none">● การทบทวนเวชระเบียน : ขอให้จัดเตรียมเวชระเบียนผู้ป่วยในโรค/ระบบ ที่ขอการรับรอง จำนวน 5 – 10 ฉบับ ตามตัวชีวิตที่สำคัญจำเป็นของโรค/ระบบที่ขอรับรอง ดังนี้<ul style="list-style-type: none">- จัดเตรียมเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในผู้ป่วยรายเดียวกัน ย้อนหลัง 6 เดือน เพื่อประโยชน์ในการตามรอย จำนวน 10 ฉบับ- จัดเตรียมเวชระเบียนผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 3 ฉบับ- จัดเตรียมเวชระเบียนผู้ป่วยที่กลับมารักษาค่า จำนวน 3 ฉบับ <p>หมายเหตุ: กรณีขอรับรอง Stroke ขอเวชระเบียนผู้ป่วย Stroke และแบบบันทึก Thai Primary Stroke Center record form ตามเกณฑ์ประเมินและรับรองศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน</p> <ul style="list-style-type: none">● รายงานการประชุมที่เกี่ยวข้อง● เอกสารเกี่ยวกับการประเมินศักยภาพบุคลากรและเอกสารรับรอง<ul style="list-style-type: none">- หนังสือรับรองด้านวิชาชีพของบุคลากร- การฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคหรือเฉพาะระบบ ที่ขอรับรอง- วิธีการในการได้มาซึ่งศักยภาพของแพทย์และบุคลากรอื่นของทีม- กิจกรรมที่ให้การฝึกอบรม และการศึกษาแก่บุคลากรในทีม- บันทึกข้อมูลการทำงานของบุคลากรในทีม และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง● อื่น ๆ เช่น ผลงานวิชาการหรือ ผลงาน CQI ที่เกี่ยวข้อง	ผู้ประเมินการ พัฒนา



กิจกรรม	การเตรียมตัว	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม:
(2) Opening Meeting: การชี้แจงวัตถุประสงค์ และการนำเสนอผลการ ดำเนินงานภาพรวมของ PCT/คณะกรรมการ	<ul style="list-style-type: none">นำเสนอผลการดำเนินงานภาพรวมของPCT/คณะกรรมการต่าง ๆ โดยใช้เวลาเพียง 20 นาที ในการนำเสนอจุดเด่นหรือสิ่งทีภาคภูมิใจ	คณะกรรมการ บริหารโรงพยาบาล
(3) Tracer: การตามรอย	<ul style="list-style-type: none">เป็นการสุ่มเยี่ยมสำรวจหน่วยงานและพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยแบ่งเป็นสายตามความเหมาะสมในการตามรอยเพื่อประเมินการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย และการตามรอยระบบงานสนับสนุนที่วางไว้สู่การปฏิบัติ เช่น คลินิกทั่วไป & คลินิกเฉพาะ ห้องปฏิบัติการพยาบาล, กายภาพบำบัด, เวชระเบียน, IC, ENV, Lab , X-ray, ทัศนกรรม, สังคมสงเคราะห์	ทีมนำทางคลินิก และทีมระบบ สนับสนุน
(4) Team Interview: การสัมภาษณ์ผู้ที่ เกี่ยวข้องกับการใช้ ข้อมูล	<ul style="list-style-type: none">ทีมนำเสนอภาพรวมการพัฒนาคุณภาพ เฉพาะโรคหรือระบบ ที่ตอบสนองต่อทิศทางการพัฒนา จุดเนนองคร รวมทั้งประเด็นสำคัญตามมาตรฐาน ไม่เกิน 15 นาที และเป็นการสัมภาษณ์สรุปประเด็นที่ได้จากการเรียนรูเพื่อวางแผนในการปรับปรุงพัฒนาและประเมินติดตามระบบที่วางไว้	ทีมหรือ ผู้แทน ระบบงานสำคัญ ผู้แทนหน่วยงาน (1-2 คน)
(5) Surveyor meeting: การประชุมของทีมผู้ เยี่ยมสำรวจ และ ผู้เชี่ยวชาญ	<ul style="list-style-type: none">เพื่อสรุปประเด็นที่เป็นจุดเด่น และโอกาสพัฒนา	ผู้เยี่ยมสำรวจ และ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ โรค/เฉพาะระบบ
(6) Exit conference: การสรุปประเด็น	<ul style="list-style-type: none">เป็นการสรุปประเด็นจากการเยี่ยมทั้งหมด สิ่งที่น่าชื่นชมและข้อเสนอแนะ เพื่อให้สถานพยาบาลเห็นโอกาสพัฒนา	ทีมผู้บริหาร และ ผู้แทนทีมต่างๆ ของสถานพยาบาล

หมายเหตุ: กิจกรรมที่ระบุแต่ละสถานพยาบาลอาจมีการปรับเปลี่ยนบางส่วนตามความเหมาะสมของโรค/
ระบบที่ขอการรับรองด้วยปัจจัยที่มีความต่าง ทั้งนี้ทาง สถาบันจะแจ้งให้ทราบล่วงหน้าเพื่อการเตรียมการ



9. หลักเกณฑ์การพิจารณาและอนุมัติการรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

การประเมินความสำเร็จในการปฏิบัติในระดับขั้นการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ ได้รับการประเมินโดยผู้ประเมินการพัฒนา โดยเป็นผู้รายงานผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลแก่สถาบัน ว่าสถานพยาบาลมี

8.1 การปฏิบัติและการพัฒนาในโรคหรือระบบที่สะท้อนหลักพื้นฐาน ได้แก่

- 8.1.1 การจัดการกระบวนการสำคัญอย่างเป็นระบบและครอบคลุมตลอดสายธารแห่งคุณค่า (process management)
- 8.1.2 การแสดงผลลัพธ์ที่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น รวมทั้งมีการใช้ข้อมูลเทียบเคียงอย่างเป็นรูปธรรม (result)
- 8.1.3 การใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ ในการเรียนรู้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่องโดยใช้เอกสาร (quality concepts and learning)

8.2 สถานพยาบาลที่พัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน ต้องได้คะแนนการประเมินจากผู้ประเมินการพัฒนาตามแนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน ในแต่ละบทของมาตรฐาน อย่างน้อย 2.50 ขึ้นไปยกเว้นตอนที่ I ในบทที่ I-6 การจัดการกระบวนการ ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วยทุกบท และตอน IV บทที่ IV-1 ผลลัพธ์ ตัววัดสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ที่ต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่า 3.00 จากคะแนนเต็ม 5.00 เว้นแต่การประเมินการรับรองการพัฒนาคุณภาพสำหรับบางโรคหรือบางระบบที่มีความเฉพาะในการกำหนดหัวข้อตามมาตรฐานซึ่งใช้ในการประเมินที่มีนัยสำคัญให้ผู้อำนวยการพิจารณากำหนดเป็นรายการนี้

8.3 การรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ให้มีระยะเวลาสามปี นับตั้งแต่วันที่ได้รับการอนุมัติรับรอง

10. การปฏิบัติหลังได้รับการรับรองการพัฒนาคุณภาพ

สถานพยาบาลที่ได้รับการอนุมัติการรับรองการพัฒนาคุณภาพ ควรมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการยกระดับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคหรือระบบเฉพาะ ให้มีผลลัพธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่องสู่ระบบบริการที่เป็นเลิศ

1. สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองการพัฒนาคุณภาพ จัดส่งรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพให้สถาบัน ภายใน 12 เดือนนับหลังจากวันที่ได้รับอนุมัติการรับรองการพัฒนาคุณภาพ



2. กรณีสถานพยาบาลที่ไม่สามารถดำเนินการจัดส่งรายงานความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพตามที่กำหนด สถานพยาบาลต้องทำหนังสือระบุเหตุผลความจำเป็นถึงสถาบันภายใน 30 วันนับจากวันที่กำหนด
3. กรณีเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้มารับบริการอย่างรุนแรงโดยไม่คาดคิด หรือเกิดเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของสังคมที่มีต่อสถานพยาบาลที่รับทราบโดยสังคม ให้สถานพยาบาลจัดส่งรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวให้สถาบันไม่เกิน 30 วัน และให้สถาบันจัดกระบวนการสร้างการเรียนรู้หรือการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อสร้างการเรียนรู้ เพื่อทบทวนการพัฒนาหรือปรับปรุงระบบภายใน 30 วัน
4. หากสถานพยาบาลไม่ดำเนินการตามที่สถาบันกำหนด ให้สถาบันมีหนังสือสอบถามสถานพยาบาลภายใน 10 วันทำการหลังครบกำหนดการรายงานของสถานพยาบาลต่อสถาบัน โดยหากสถานพยาบาลไม่ดำเนินการตอบกลับใน 30 วัน ให้ผู้อำนวยการมอบให้บุคคลอื่น จำนวนไม่เกิน 3 คน เข้าเยี่ยมชมสำรวจสถานพยาบาลเพื่อรับฟังข้อมูลการดำเนินงานและขอจำกัดอันเป็นเหตุให้ไม่สามารถดำเนินการได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

11. กระบวนการต่ออายุการรับรอง

1. สถาบันจัดทำจดหมายแจ้งเตือนการต่ออายุการรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ ก่อนหมดอายุ 9 เดือน
2. สถานพยาบาล จัดส่งเอกสารขอต่ออายุการรับรองการพัฒนาคุณภาพ ก่อนหมดอายุ 6 เดือน
3. กรณีที่สถานพยาบาลไม่ได้มีหนังสือแจ้งสถาบันและส่งเอกสารสำหรับประเมินตนเองประกอบการพัฒนาคุณภาพตามประกาศที่สถาบันกำหนด เพื่อขอเข้าสู่กระบวนการต่ออายุการรับรองการพัฒนาคุณภาพ ให้ถือว่าการรับรองการพัฒนาคุณภาพสิ้นสุดลงเมื่อครบกำหนดอายุใบรับรองนั้น
4. กรณีสถานพยาบาลมีเหตุประสพภัยพิบัติ หรือเหตุฉุกเฉินอื่นใดที่มีผลกระทบในระดับที่รับทราบกันทางสังคมในวงกว้างอันเป็นเหตุให้สถานพยาบาลไม่สามารถส่งหนังสือแจ้งสถาบันตามกำหนดได้ให้สถานพยาบาลทำหนังสือระบุเหตุผลความจำเป็นดังกล่าวข้างต้นมาที่สถาบันและให้ส่งหนังสือแจ้งสถาบันเพื่อเข้าสู่กระบวนการต่ออายุการรับรองการพัฒนาคุณภาพที่ครบถ้วน ภายในกำหนดเวลาไม่เกิน 3 เดือนก่อนวันที่อายุการรับรองการพัฒนาคุณภาพสิ้นสุดลง

หมายเหตุ: สถานพยาบาลสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้จาก “ระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2566 ” และ “ระเบียบสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ว่าด้วยหลักเกณฑ์การพิจารณาและอนุมัติการรับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ พ.ศ. 2567” ผ่านทาง www.ha.or.th