



การประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพ

ขั้นที่ 1 และ ขั้นที่ 2

ด้วยเครื่องมือ Overall Scoring

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ฉบับปรับปรุง เมษายน 2562

สารบัญ

คู่มือการเยี่ยมเพื่อประเมินระดับขั้นการพัฒนาคุณภาพด้วย Overall Scoring.....	3
ข้อมูลที่ใช้ในการเยี่ยมแบบ Overall Scoring.....	3
Hospital Profile	3
Overall Scoring	3
การประเมิน	3
หลักการให้คะแนน.....	4
Overall Scoring Enquiry Guide.....	5
ผลงานเด่นที่แสดงการพัฒนาโรงพยาบาล (CQI)	5
Gap Analysis from Patient Safety Goals: SIMPLE	5
Medical Record Audit.....	6
การกำหนดเวลาที่โรงพยาบาลส่งข้อมูลเพิ่มเติมให้ สรพ.หลังเข้าเยี่ยม.....	6
การจัดทำรายงานการเยี่ยม	6
การใช้คะแนนจากการเยี่ยมแบบ Overall Scoring เพื่อการรับรองขั้นที่ 1 และ 2.....	6

คู่มือการเยี่ยมเพื่อประเมินระดับขั้นการพัฒนาคุณภาพด้วย Overall Scoring

การเยี่ยมประเมินระดับขั้นการพัฒนา ขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 ด้วยเครื่องมือ Overall Scoring เป็นเครื่องมือหลัก การประเมินผลการเยี่ยมออกมาเป็นคะแนน และอาศัยข้อมูล อีก 4 ส่วนที่ได้รับจากโรงพยาบาล จะเป็นข้อมูล ประกอบที่ผู้เยี่ยมจะใช้ในการตัดสินใจให้คะแนนในแต่ละหมวดของ Overall Scoring

ข้อมูลที่ใช้ในการเยี่ยมแบบ Overall Scoring

ประกอบด้วย

1. Hospital Profile
2. Overall Scoring
3. ผลงานเด่นที่แสดงการพัฒนาโรงพยาบาล (CQI) จำนวน 5 เรื่อง (โดยเป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่สำคัญ จำนวน 2 - 3 โรค ผลงานงานเด่นที่แสดงการพัฒนาระบบงานที่สำคัญ จำนวน 2 - 3 ระบบ (RM, IC, ENV และอื่นๆ))
4. Gap Analysis from Patient Safety Goals: SIMPLE จำนวน 5 เรื่อง
5. สรุปผลการทำ medical record audit ตามแบบฟอร์มของ สปสช.

Hospital Profile

จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้เยี่ยมเข้าใจบริบทของโรงพยาบาลที่จะเข้าเยี่ยมในระดับหนึ่ง โดยโรงพยาบาลไม่ต้องเตรียมเนื้อหาและข้อมูลจนเป็นภาระมากเกินไป

โรงพยาบาลควรศึกษาความหมายของแต่ละหัวข้อใน Hospital Profile ให้เข้าใจ และพิจารณาการนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาของโรงพยาบาล

Overall Scoring

Overall Scoring เป็นเครื่องมือที่สร้างจากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี โดยดัดแปลงจากระบบการให้คะแนนด้วย scorebook ที่ผู้เยี่ยมสำรวจหรือที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพใช้ประเมินระดับขั้นการพัฒนา ขั้นที่ 1 และ ขั้นที่ 2 ได้ง่ายขึ้นเพื่อให้โรงพยาบาลทุกระดับสามารถใช้ Overall Scoring ในการประเมินตนเองได้

การประเมิน

เป็นการประเมินในภาพรวมของแต่ละหมวด ไม่ลงถึงระดับย่อย

Scale มี 5 ระดับ

ระดับ 1 – เริ่มต้น มีกิจกรรมทบทวนคุณภาพพื้นฐาน

ระดับ 2 – กำลังพัฒนา มีการดำเนินงานเชิงรุก เริ่มมีการสร้าง/พัฒนาระบบงาน เริ่มมีผลจากการพัฒนา

ระดับ 3 – เห็นผล มีผลการพัฒนาชัดเจน ครอบคลุมระบบส่วนใหญ่ของโรงพยาบาล

ระดับ 4 – ก้าวหน้า ผลการดำเนินงานก้าวหน้า มีนวัตกรรม

ระดับ 5 – ยั่งยืน มีวัฒนธรรมคุณภาพ มีความต่อเนื่อง ยั่งยืน

หลักการให้คะแนน

ให้ใส่ข้อมูลความจากคะแนน 1 ไป 5 โดยเกลี่ยคะแนนที่สูงลงมาให้คะแนนที่ต่ำจนเต็มได้ (scoring summation) การให้คะแนนในระดับ 4 หรือ 5 จึงควรพิจารณาองค์ประกอบต่อไปนี้

- มีกระบวนการเรียนรู้จากการประเมินผลอย่างเป็นระบบ และการปรับปรุงกระบวนการเกิดขึ้นจริง
- มีการประเมินและปรับปรุงครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ มีใช้ตัวอย่างเพียงบางส่วนหรือบางเรื่อง
- มีการปฏิบัติตามเกณฑ์ในคะแนนระดับ 2 และ 3 อย่างค่อนข้างสมบูรณ์

Scale ระดับ 3 ของแต่ละหมวด ถือเป็นระดับที่มีการพัฒนาพอสมควรแล้ว ถ้าคะแนนเฉลี่ยของทุกหมวดมากกว่า 3 ขึ้นไป ถือว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมขั้นต้นในการขอรับการเยี่ยมสำรวจ (Accreditation Survey) จาก สรพ. ดังนั้น คะแนนหมวดใดที่มากกว่า 3 โรงพยาบาลควรเขียนข้อมูลหรือหลักฐานเพื่อสนับสนุนการให้คะแนน (โดยอาจใช้ Overall Scoring Enquiry Guide ที่สรพ.พัฒนาขึ้นมา ใช้คู่กับ Overall Scoring เป็นแนวทางในการเขียน)

ถ้าความเห็นในเรื่องระดับการพัฒนาอยู่ในระดับที่กำลังระหว่างขั้น ก็ให้คะแนนที่ระดับกึ่งกลาง (เช่น 1.5, 2.5, 3.5 เป็นต้น)

การประเมินคะแนน ควรทำให้ครบทั้ง 36 หมวด ไม่ควรเว้นหมวดใดหมวดหนึ่งไป

Overall Scoring Enquiry Guide

สำหรับใช้ประกอบในการให้คะแนนตนเองโดยโรงพยาบาล

สรพ.ได้จัดทำแนวทางการตั้งคำถาม (Enquiry Guide) เพื่อให้โรงพยาบาลใช้ทำความเข้าใจในความหมายของการให้คะแนนในระดับ 3 – 4 – 5 เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าโรงพยาบาลสามารถให้คะแนนตนเองให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของมาตรฐานและเกณฑ์การให้คะแนน

หลักสำคัญของการให้คะแนนด้วย Overall Scoring คือการมองในภาพรวมของมาตรฐานแต่ละบทมากกว่าที่จะดูในรายละเอียดของข้อกำหนดทั้งหมด ผู้ใช้แนวทางคำถามเหล่านี้พึงตระหนักในหลักการสำคัญดังกล่าวประกอบไปด้วย ควรหลีกเลี่ยงจากการตีความหมายของข้อความโดยปราศจากการเชื่อมโยงกับภาพรวม

วิธีการใช้แนวทางการตั้งคำถามนี้ก็คือ เมื่อทีมงานพิจารณาเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 แล้วให้พิจารณาว่าผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลน่าจะสอดคล้องกับคะแนนใดมากที่สุด หากพบว่าระดับคะแนนอยู่ที่ 3 - 5 ก็ให้พิจารณาคำถามที่อยู่ในระดับคะแนนนั้น โดยการตอบแบบปากเปล่าก่อน หากตอบได้เพียงบางส่วน แสดงว่าระดับคะแนนที่ได้อาจจะลดลงไปประมาณครึ่งระดับ และหากตอบได้เพียงส่วนน้อย ควรจะลดระดับลงไป 1 ระดับ

เมื่อได้ข้อสรุปว่าผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 3 - 5 ทีมงานควรตอบคำถามสำหรับคะแนนในระดับนั้นอย่างกระชับที่สุด เป็นข้อมูลประกอบการให้คะแนน

สำหรับคำถามที่ตอบไม่ได้ ควรใช้เป็นโอกาสพัฒนาต่อไป

ผลงานเด่นที่แสดงการพัฒนาโรงพยาบาล (CQI)

เป็นเอกสารที่โรงพยาบาลใช้นำเสนอผลการพัฒนาที่สำคัญในช่วงที่ผ่านมา โดยยึดหลัก 3P คือ Purpose Process และ Performance เรื่องที่นำเสนอแต่ละเรื่องควรสั้น กระชับ ไม่เสียเวลาในการเตรียมเอกสารมากนัก

ในจำนวน 5 เรื่องที่ สรพ. กำหนดให้นำเสนอ ควรเป็นผลการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญอย่างน้อย 2 เรื่อง นอกนั้น เป็นการพัฒนาระบบงานสำคัญอื่น เช่น IC, ระบบยา, HR, IT, ENV ผลงานการพัฒนาคุณภาพที่จะนำเสนอ ควรเป็นผลงานเรื่องใหม่ที่ไม่ซ้ำกับผลงานที่นำเสนอ สรพ. มาแล้วในปีก่อนๆ

Gap Analysis from Patient Safety Goals: SIMPLE

เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถวิเคราะห์ Gap ในการนำข้อเสนอแนะใน patient safety goals : SIMPLE ไปสู่การปฏิบัติได้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดย สรพ. ได้จัดทำแบบฟอร์มที่แสดงข้อเสนอแนะตาม patient safety goals: SIMPLE ไว้ในช่อง recommendation เพื่อให้โรงพยาบาลตรวจสอบตนเองว่ามี actual practice อย่างไร ทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ปฏิบัติกับสิ่งที่แนะนำ นำไปสู่การกำหนดการปฏิบัติที่ต้องการให้เป็น (desired practice) และการจัดทำแผนปฏิบัติการ ได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ในการใช้เครื่องมือนี้ โรงพยาบาลไม่ควรแก้ไขข้อความใดๆ ในช่อง Recommendation ซึ่งเป็นเหมือนกับมาตรฐานที่เป็นที่คาดหวัง ควรวิเคราะห์และกรอกข้อมูลเฉพาะในช่อง actual practice, desired practice, และ action plan เท่านั้น

โรงพยาบาลพึงตระหนักว่าชุดคำถามเหล่านี้เป็นเพียงแนวทางเพื่อให้เกิดความเข้าใจว่าหากจะนำข้อเสนอแนะไปสู่การปฏิบัติให้ได้ผลแล้ว จะต้องพิจารณากิจกรรมอะไรบ้าง โรงพยาบาลจึงควรเลือกใช้ gap ที่วิเคราะห์มาได้ อย่างมีเหตุผลให้เหมาะสมกับบริบทของตน และเลือกเรื่องที่ทำได้ดีที่สุด 5 เรื่องมานำเสนอ

Medical Record Audit

ใช้ผลการสุ่มตรวจเวชระเบียนของโรงพยาบาลตามเครื่องมือที่สปสข.พัฒนาขึ้นมา โดย สรพ. ขอให้โรงพยาบาล ส่งข้อมูลตามแบบฟอร์มรายงานผลการตรวจเวชระเบียนของ สปสข.พร้อมผลสรุปส่งให้ผู้เยี่ยมก่อนวันเยี่ยม โดย

- นำเสนอคะแนนความสมบูรณ์โดยรวมที่แสดงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง (ถ้ามีข้อมูล)
- นำเสนอคะแนนความสมบูรณ์ของผลครั้งล่าสุด และจำแนกตามหัวข้อแต่ละเรื่อง
- นำเสนอการใช้ประโยชน์หรือการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ผลการทบทวนเวชระเบียน

การกำหนดเวลาที่โรงพยาบาลส่งข้อมูลเพิ่มเติมให้ สรพ. หลังเข้าเยี่ยม

กรณีต้องการส่งข้อมูลเพิ่มเติมหลังการเยี่ยม ควรส่งข้อมูลเพิ่มเติมให้ สรพ. และผู้เยี่ยม ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังการเยี่ยม เพื่อให้ผู้เยี่ยมจะได้จัดทำคะแนน Overall Score ตลอดจนข้อชี้แนะต่างๆ ให้แล้วเสร็จ ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ หลังการเยี่ยม

กรณีที่โรงพยาบาลต้องใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่า 1 สัปดาห์ ต้องแจ้งผู้เยี่ยมทราบหลังเสร็จสิ้นการเยี่ยม แต่ทั้งนี้ระยะเวลาดังกล่าว ต้องไม่เกิน 1 เดือน ถ้าระยะเวลา 1 เดือน ผู้เยี่ยมและ สรพ. จะประเมินคะแนนตามข้อมูลเท่าที่มี

การจัดทำรายงานการเยี่ยม

ผู้เยี่ยมจะส่งรายงานการเยี่ยมตามแบบฟอร์มไฟล์รายงานการเยี่ยม กลับมาที่ สรพ.ภายใน 2 สัปดาห์หลังการเยี่ยม เพื่อให้ สรพ.จะได้บันทึกข้อมูลเหล่านี้ลงในฐานข้อมูลกลาง ทำการตรวจทานข้อมูล และประมวลผลเป็นระยะตามแผนที่กำหนดไว้

การใช้คะแนนจากการเยี่ยมแบบ Overall Scoring เพื่อการรับรองชั้นที่ 1 และ 2

การประเมินด้วย Overall Scoring มีวัตถุประสงค์เพื่อให้โรงพยาบาลเห็นโอกาสพัฒนาที่ชัดเจนยิ่งขึ้น สามารถตรวจสอบความก้าวหน้าในการพัฒนาได้โดยมีช่วงชั้นถ้อยขึ้น และเพื่อให้มีความสืบเนื่องกับการประเมินตามระบบขั้นบันได ทาง สรพ.ได้บูรณาการการประเมินด้วย Overall Scoring เข้ากับการประเมินชั้นที่ 1 และ 2 สรุปเป็นหลักเกณฑ์ ได้ดังนี้

กิตติกรรมประกาศ	เกณฑ์การอนุมัติรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
<p>ขั้นที่ 1 (อายุการรับรอง 1 ปี)</p>	<p>1. มีการทบทวนผลงาน/ความเสี่ยง/ปัญหา เพื่อป้องกันปัญหาและมีการปฏิบัติตามระบบงานที่วางไว้ต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงสำคัญในหน่วยงานต่างๆ มีการติดตามระดับปัญหา/อุบัติการณ์ และตอบสนองอย่างเหมาะสม</p> <p>2. คะแนน Overall Scoring โดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 1.5 และคะแนนหมวด II-1.2 กิจกรรมทบทวนคุณภาพ ต้อง<i>ไม่น้อยกว่า 3.0</i></p>
<p>ขั้น 2 (อายุการรับรอง 1 ปี)</p>	<p>คะแนน Overall Scoring โดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 2.2 และคะแนนหมวด II-1.2 กิจกรรมทบทวนคุณภาพ <i>ไม่น้อยกว่า 3.0</i> และคะแนนหมวด I-6 การจัดการกระบวนการ, II- 1.1 การทำงานเป็นทีม, II-1.2 ก. การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย, II-1.2 ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทุกหมวด<i>ไม่น้อยกว่า 2.5</i> และคะแนนหมวด II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย, II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ, II-6 ระบบการจัดการด้านยา ทุกหมวด<i>ไม่น้อยกว่า 2.0</i></p>

หมายเหตุ : Overall Score จะใช้สำหรับการรับรองขั้นที่ 1 และ 2 เท่านั้น กรณีต้องการรับรองในขั้นที่ 3 โรงพยาบาลต้องเตรียมการและรับการประเมินในลักษณะ Accreditation Survey ซึ่งสามารถติดตามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.ha.or.th