



# SURVEYOR HANDBOOK 2025

คู่มือผู้เยี่ยมชมสำรวจ 2568

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
(องค์การมหาชน)

ส่วนงานบริหารและพัฒนาคุณภาพ

คู่มือผู้เยี่ยมสำรวจ 2568

SURVEYOR HANDBOOK 2025

## “กระบวนการ HA คือ

กลไกขับเคลื่อนการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย

ในสถานพยาบาลของประเทศไทย

ผู้เยี่ยมสำรวจเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง

ในการนำปรัชญาและแนวคิดของกระบวนการ HA

ไปสร้างการเรียนรู้กับสถานพยาบาลเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องตระหนักใน

## คำนำ

กระบวนการ HA คือ กลไกขับเคลื่อนการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยในสถานพยาบาลของประเทศไทย ผู้เยี่ยมชมสำรวจเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการนำปรัชญาและแนวคิดของกระบวนการ HA ไปสร้างการเรียนรู้กับสถานพยาบาลเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องตระหนักในความสำเร็จและโอกาสพัฒนา

แนวทางการเยี่ยมชมสถานพยาบาลที่ สรพ. นำมาใช้ มีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมมาเป็นลำดับ โดยอาศัยข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้เยี่ยมชมและสถานพยาบาล การเรียนรู้จากองค์กรต่างๆ ที่ทำงานในลักษณะคล้ายคลึงกัน การพัฒนาเครื่องมือและทดสอบในการอบรมหลักสูตรผู้เยี่ยมชมและการปฏิบัติงานภาคสนาม

คู่มือผู้เยี่ยมชมฉบับนี้เป็นแนวทางที่รวบรวมและปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน เป็นครั้งที่ 4 เพื่อให้ผู้เยี่ยมชมสามารถศึกษาและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในระหว่างการเยี่ยมชม เพื่อร่วมกันสร้างสรรค์ให้กระบวนการเยี่ยมชม เป็นกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลังให้สถานพยาบาลมีความสามารถในการหาโอกาสพัฒนา และสร้างนวัตกรรมที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร เคลื่อนจากการปฏิบัติตามมาตรฐาน ไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่วัฒนธรรมองค์กรและความเป็นเลิศ

ขอให้คู่มือฉบับนี้เป็นทั้งแนวทางปฏิบัติ และเนื้อหาเพื่อการจุดประกายสำหรับการคิดค้นสิ่งที่ดีกว่า เรียบง่ายกว่า ในการกระตุ้นและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

พฤษภาคม 2568

## สารบัญ

1.0	ความเป็นมา.....	1
1.1	ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Collaboration for Hospital Quality Improvement and Accreditation- CHIA) .....	1
1.2	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) .....	2
2.0	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) .....	3
2.1	ปรัชญา .....	3
2.2	วิสัยทัศน์ สรพ. ....	4
2.3	พันธกิจ สรพ. ....	5
2.4	วัตถุประสงค์ของ สรพ. ....	5
2.5	โครงสร้างองค์กร .....	6
2.6	ค่านิยมองค์กร HAI .....	6
3.0	นโยบายสำคัญของ สรพ. ที่เกี่ยวข้องกับผู้เยี่ยมชมสำรวจ.....	8
3.1	นโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพองค์กร .....	9
3.2	นโยบายด้านผู้รับผลงาน.....	9
3.3	นโยบายด้านการบริหารผู้เยี่ยมชมสำรวจ (Surveyor Management) .....	9
3.4	นโยบายด้านการบริหารกระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ (Survey Management).....	10
3.5	นโยบายด้านการรับรองและธำรงสถานภาพการรับรอง .....	10
4.0	ระบบการบริหารและพัฒนาผู้เยี่ยมชมสำรวจ (Surveyor Management and Development System).11	
4.1	ประเภทและคำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับผู้เยี่ยมชมสำรวจ.....	14
4.2	คุณสมบัติของผู้เยี่ยมชมสำรวจ.....	16
4.3	หน้าที่รับผิดชอบของผู้เยี่ยมชมสำรวจ .....	16
4.4	จริยธรรมสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจ .....	17
4.5	ข้อพึงปฏิบัติสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจ .....	17

4.6	กรอบแนวคิดของการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ .....	18
4.7	สมรรถนะสำคัญของผู้เยี่ยมสำรวจ (Surveyor Competency) .....	19
4.8	กระบวนการเข้าสู่การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ .....	23
4.9	กระบวนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ.....	24
4.10	แนวทางการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ แต่ละโปรแกรมการพัฒนา.....	25
4.11	ลำดับขั้นการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจเฉพาะด้าน.....	28
4.12	การต่ออายุผู้เยี่ยมสำรวจ.....	40
4.13	สิทธิประโยชน์ของผู้เยี่ยมสำรวจ .....	41
4.14	แนวทางปฏิบัติกรณีผู้เยี่ยมสำรวจไม่สามารถปฏิบัติงานได้ .....	45
4.15	การบริหารจัดการและจัดเก็บข้อมูลผู้เยี่ยมสำรวจ (information management) .....	47
5.0	การรับรองกระบวนการคุณภาพ .....	48
5.1	เป้าหมายของการรับรองกระบวนการคุณภาพ (HA).....	48
5.2	แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ HA.....	48
5.3	ระบบการให้คะแนน (Scoring) .....	48
5.4	การเขียนรายงาน.....	49
5.5	เกณฑ์การตัดสินใจสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ.....	54
5.6	เกณฑ์การรับรองกระบวนการคุณภาพ.....	55

## สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

### 1.0 ความเป็นมา

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. มีที่มาจากงานวิจัยกลไกส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เมื่อปี พ.ศ. 2540 และก่อตั้งเป็นสถาบันภายใต้ สวรส. เมื่อปี พ.ศ. 2542 ในชื่อว่า “สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)” โดยมีการดำเนินงาน ภายใต้หลักการสำคัญคือ “องค์กรที่เป็นกลาง มีความน่าเชื่อถือ คล่องตัว มีการดำเนินการบนพื้นฐานวิชาการ สอดคล้องกับบริบทสาธารณสุขและวัฒนธรรมของประเทศ”

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) จัดตั้งขึ้นตามข้อเสนอแนะของภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยปรับรูปแบบการดำเนินงานจากโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งเป็นโครงการวิจัยและพัฒนาที่มีขอบเขตการดำเนินงานในโรงพยาบาลนำร่อง 35 แห่ง และได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2540 - 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2543 คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ให้ความเห็นชอบกับการจัดตั้งสถาบัน พรพ. เมื่อวันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2542 ภายใต้แผนงาน พัฒนากลไกในการสร้างองค์ความรู้และใช้ประโยชน์งานวิจัย ซึ่งมีเป้าหมายให้มีการจัดการเครือข่าย เพื่อสร้างความรู้ และใช้ความรู้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สวรส. มีนโยบายที่จะให้สถาบันภายในแผนงานนี้มีความคล่องตัว และเป็นอิสระในการบริหารจัดการ แต่ยังคงมีความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้

สวรส. จึงได้ให้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) นี้ มีคณะกรรมการบริหารแยกออกไปดำเนินงาน โดยได้รับการสนับสนุนและชี้แนะทิศทางการทำงานจากภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

### 1.1 ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Collaboration for Hospital Quality Improvement and Accreditation- CHIA)

ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2541 ตามข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษาโครงการ เพื่อให้เป็นเวทีของการมีส่วนร่วม การสนับสนุน และการเรียนรู้ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง สมาชิกของภาคีฯ ประกอบด้วยผู้แทนจากองค์กรวิชาชีพ ผู้แทนส่วนราชการและองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ

ภาคีฯ มีหน้าที่ประสานความร่วมมือและระดมพลังของสังคมมาสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ให้ความเห็นต่อทิศทาง นโยบาย เพื่อให้กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นประโยชน์และเหมาะสมกับสังคมไทยมากที่สุด ติดตามและสะท้อนผลการดำเนินงานของสถาบัน พรพ. หลังจากการประชุม National Forum on Hospital Accreditation ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 24 - 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2541 ทางภาคีฯ เห็นความตื่นตัวต่อการพัฒนาคุณภาพ จึงมีมติสนับสนุนให้ปรับรูปแบบการทำงานในลักษณะโครงการฯ ให้เป็นสถาบันฯ เพื่อให้รองรับต่อความต้องการต่างๆ ได้มากขึ้น โดยในช่วงแรกให้เป็นสถาบันภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไปก่อน สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จึงเป็นเสมือนหน่วยปฏิบัติการของภาคีฯ



## 2.0 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)

เมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2552 พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศ จัดตั้งองค์การตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 เรียกชื่อย่อว่า “สรพ.” และให้ชื่อภาษาอังกฤษว่า “The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization) เรียกโดยย่อว่า “HAI” และให้คำว่า “การรับรองคุณภาพ” หมายถึง การรับรองว่าสถานพยาบาลมีองค์ประกอบของการปฏิบัติงานและการพัฒนาคุณภาพที่เชื่อได้ว่าจะสามารถให้บริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด โดยเป็นการรับรองระบบการดำเนินงานของสถานพยาบาล มิใช่การรับรองผลการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. ทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานและการรับรองคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาล เพื่อเป็นหลักประกันให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน และทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อยกระดับมาตรฐานและคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาลเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพ

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และให้หมายความรวมถึงสถานพยาบาลที่จัดตั้ง ขึ้นโดยหน่วยงานรัฐ

“การรับรองคุณภาพ” หมายความว่า การรับรองว่าสถานพยาบาลมีองค์ประกอบของการปฏิบัติงานและการพัฒนาคุณภาพที่เชื่อได้ว่าจะสามารถให้บริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด โดยเป็นการรับรองระบบการดำเนินงานของสถานพยาบาล มิใช่การรับรองผลการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย

### 2.1 ปรัชญา

Accreditation is a learning process: การประเมินและรับรองกระบวนการคุณภาพ คือกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในลักษณะกัลยาณมิตร

เป้าหมายของ HA คือการส่งเสริมให้สถานพยาบาลเกิดการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

ผู้เยี่ยมชมสำรวจเป็นผู้แทนของ สรพ. เป็นแขกรับเชิญของสถานพยาบาล เป็นกัลยาณมิตร ไม่ใช่ผู้พิพากษา มิใช่ผู้ตรวจสอบ

การเยี่ยมชมสำรวจ คือการยืนยันผลการประเมินตนเองของสถานพยาบาล และการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น

ความสำเร็จของการเยี่ยมชมสำรวจ คือความสุขของผู้ได้รับการเยี่ยมชมสำรวจ แม้ว่าจะยังมีสิ่งที่จะต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การรับรอง คือการให้กำลังใจในการทำความดีและส่งเสริมให้ทำดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มิใช่การตัดสินได้หรือตก

2.2 วิสัยทัศน์ สรพ.

สถานพยาบาลมีระบบคุณภาพระดับสากล ประชาชนปลอดภัยด้วยมาตรฐาน HA

สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และให้หมายความรวมถึงสถานพยาบาลที่จัดตั้ง ขึ้นโดยหน่วยงานรัฐ

ใช้แนวคิดสากล  
Patient and Personnel Safety ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย  
Continuous Quality Improvement การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง  
People Centered-Care เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง

### “สถานพยาบาลมีระบบคุณภาพระดับสากล ประชาชนปลอดภัยด้วยมาตรฐาน HA”

วิสัยทัศน์ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับบริการจากสถานพยาบาลที่เข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ สามารถแสดงผลสะท้อนคุณภาพและความปลอดภัย

มาตรฐานเป็นเครื่องมือที่ช่วยพัฒนาและสะท้อนผลลัพธ์ด้วยกระบวนการ Hospital Accreditation ทุกมาตรฐานและเป็นมาตรฐานที่ได้รับการรับรองระดับสากล

## วิสัยทัศน์ (Vision)

สถานพยาบาลมีคุณภาพระดับสากล ประชาชนปลอดภัยด้วยมาตรฐาน HA

**พันธกิจ**

1. ประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล รวมถึงกำหนดมาตรฐานเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
2. ส่งเสริมให้เกิดกลไกการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในและต่างประเทศ
3. สนับสนุนการสร้าง เผยแพร่ และจัดการความรู้ การศึกษารววิจัย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
4. จัดหลักสูตรและฝึกอบรมแก่บุคลากรของสถานพยาบาล เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

**เป้าหมาย (Goal)**

1. ยกระดับและเพิ่มความครอบคลุมสถานพยาบาลได้รับการพัฒนาและประเมินรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA
2. ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขมีคุณภาพและความปลอดภัย จากสถานพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน HA
3. การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพประเทศไทยได้รับการยอมรับในระดับสากล

**T** Toward building TRUST in Healthcare System

**ประเมินรับรองเพื่อสร้างคุณค่าและความไว้วางใจ**

1. เพิ่มความครอบคลุมการรับรองสถานพยาบาลมาตรฐาน HA
2. สถานพยาบาลมีผลสัมฤทธิ์ความปลอดภัยตามมาตรฐาน ทั่วทุกจังหวัดเป็นที่
3. หน่วยงาน /องค์กรต่างๆ ใช้ผลการรับรองคุณภาพ HA ในการให้ทุนค่าสถานพยาบาล
4. มาตรฐาน HA ได้รับการยอมรับในระดับสากลเพื่อสร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ

**R** Raising and Synergy Collaborating and Networking for Quality and Safety

**การพัฒนาภาคีความร่วมมือและองค์ความรู้**

1. เพิ่มขีดความสามารถและความเข้มแข็งให้สังคมส่วนมือ และเครือข่าย เพื่อขยายความครอบคลุมและความต่อเนื่องของการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล
2. สร้างความร่วมมือกับองค์กรเครือข่ายในประเทศและต่างประเทศเพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล
3. บูรณาการความร่วมมือเครือข่ายภาคประชาชน ในการมีส่วนร่วมการพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยหรือระบบการประเมินรับรอง

**U** Upscale of Knowledge Management for change

**ยกระดับการจัดการความรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง**

1. สร้างและส่งเสริมระบบการจัดการความรู้ การศึกษารววิจัยและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล
2. สร้างพื้นที่การจัดการความรู้ที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากสาขาวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงาน
3. ส่งเสริมการเผยแพร่และใช้ประโยชน์ จากการจัดการความรู้ในการพัฒนาระบบ บริการสาธารณสุขในวงกว้าง

**S** Strengthening & Capacity building for HA Academy

**พัฒนาทุนมนุษย์เพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ**

1. มีแผนในการสร้างและพัฒนาทุนมนุษย์ด้านคุณภาพ
2. เป็นสถาบันสร้างและพัฒนาทุนมนุษย์ด้านคุณภาพให้มีศักยภาพ และร่วมขับเคลื่อนเพื่อ
3. ส่งเสริมกระบวนการสร้างและพัฒนาผู้ประเมินรับรองเป็นไปตามมาตรฐานสากล (ISQuE/EA)

**T** TRUST and Smart Organization

**บริหารจัดการองค์กรสู่ความเป็นเลิศ**

1. ยกระดับ สรพ. ให้เป็นองค์กรที่มีธรรมาภิบาล
2. ส่งเสริมให้ สรพ. มีการพัฒนาองค์กร (Organization) ตามมาตรฐานทั้งในประเทศและต่างประเทศ

**องค์กรมีชีวิต องค์กรที่เป็นมิตร องค์กรที่ใคร ๆ ก็คิดถึง**

ข้อมูล ณ วันที่ 10/05/68

### 2.3 พันธกิจ สรพ.

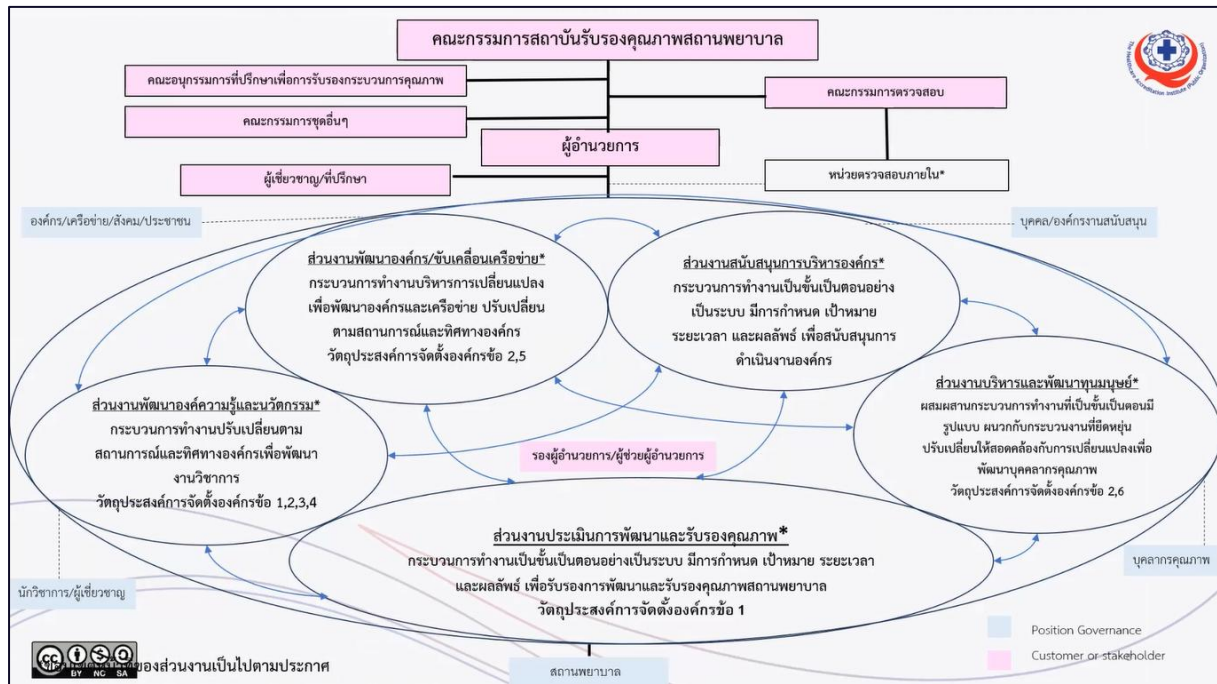
1. ประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานเพื่อการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
2. ส่งเสริมให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ โดยการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีทั้งในประเทศและต่างประเทศ
3. สนับสนุนการสร้าง เผยแพร่ และจัดการความรู้ การศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
4. จัดหลักสูตรและฝึกอบรม แก่บุคลากรของสถานพยาบาล เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

### 2.4 วัตถุประสงค์ของ สรพ.

พ.ร.ฎ. จัดตั้งสถาบันฯ พ.ศ. 2552 มาตรา 7 กำหนดให้ สรพ. มีวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ดังนี้

1. ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมิน การพัฒนา และการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
2. รวบรวมข้อมูล ศึกษา วิเคราะห์ จัดให้มีการวิจัย และจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล
3. ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดี มีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ
4. ส่งเสริม สนับสนุน และดำเนินการเผยแพร่องค์ความรู้ และการให้บริการ การเข้าถึง และใช้ประโยชน์ เกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
5. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ องค์กรหรือหน่วยงานในประเทศหรือต่างประเทศ และภาคเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนา และการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
6. จัดทำหลักสูตรและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลให้เกิดความเข้าใจกระบวนการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนา และการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

## 2.5 โครงสร้างองค์กร

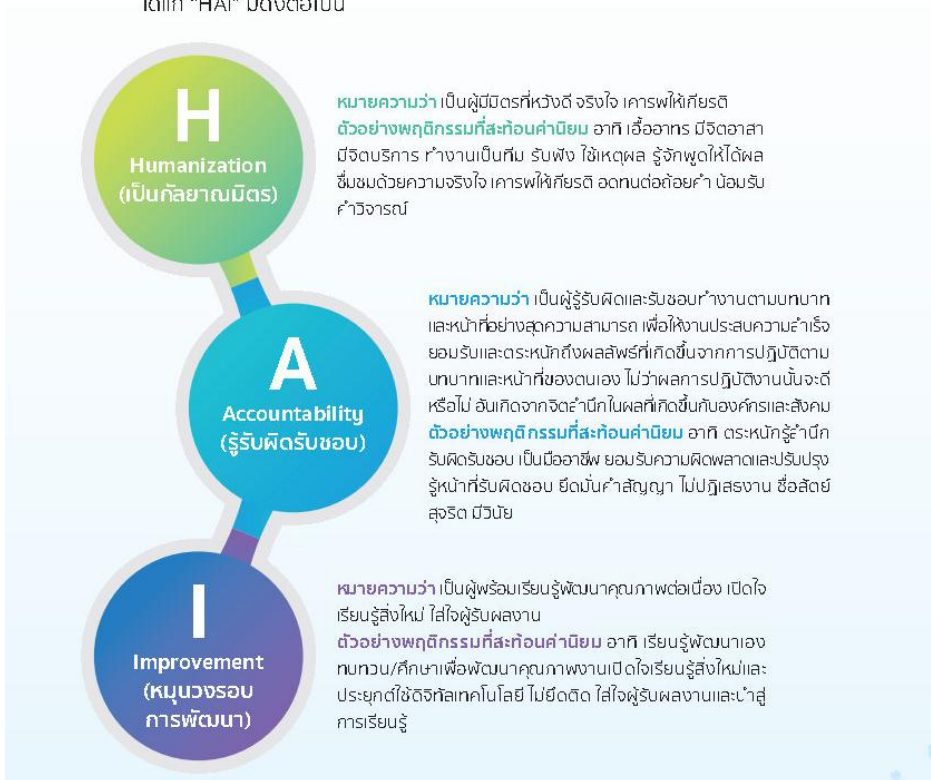


ประกาศใช้ ณ วันที่ 1 มกราคม 2568

## 2.6 ค่านิยมองค์กร HAI

# CORE VALUES HAI

ค่านิยมหลักของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
ได้แก่ “HAI” มีดังต่อไปนี้





นพ.อนูวัฒน์ สุขชุติกุล

กระบวนการ HA กับคุณค่าของการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ จากครุคุณภาพ

### คุณค่าของการเยี่ยมสำรวจโดยผู้เยี่ยมสำรวจ

- ∞ คุณค่าที่ช่วยให้โรงพยาบาลมีความเข้าใจมาตรฐานด้วยความลุ่มลึก ลุ่มลึกจนเป็นความเรียบง่าย
- ∞ คุณค่าที่ช่วยให้สถานพยาบาลสามารถประเมินและพัฒนาคุณภาพได้ด้วยตัวเอง คำถามที่ผู้เยี่ยมจะถามควรเป็นคำถามที่ทำให้เขาสามารถอธิบายเหตุผลของตัวเองได้ (Empowerment Evaluation)
- ∞ คุณค่าจากการชี้แนะเนื้อหาใหม่ๆ ให้กับโรงพยาบาล เลิกการปฏิบัติที่ใช้ของเดิม เลือกรื่องให้สอดคล้องกับบริบท
- ∞ คุณค่าในการสร้างประสิทธิภาพในการทำงาน ผู้เยี่ยมเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ โดยช่วยกันทบทวนกระบวนการทำงาน ทั้งในส่วนเอกสารที่ผู้เยี่ยมสำรวจต้องการและโรงพยาบาลต้องทำ

### 3.0 นโยบายสำคัญของ สรพ. ที่เกี่ยวข้องกับผู้เยี่ยมชมสำรวจ

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดนโยบายสำคัญเพื่อให้ทุกคนถือเป็นแนวทางหรือกรอบคิดในการปฏิบัติงาน ซึ่งในคู่มือสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจฉบับนี้ได้คัดเลือกเฉพาะนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้เยี่ยมชมสำรวจตามแนวทางการรับรองมาตรฐานสากล The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (ISQuaEEA) โดยการดำเนินงานสอดคล้องกับ Guidelines and Standards for Surveyor Training Programmes 4<sup>th</sup> edition Version 1.0 อันเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้มั่นใจได้ว่าโปรแกรมการพัฒนาผู้เยี่ยมชมสำรวจของสถาบันฯเป็นไปตามข้อกำหนดในการปฏิบัติที่เป็นเลิศระดับสากล

โดยมีกรอบสำหรับการพัฒนา ดังนี้

#### Framework of Standards for Surveyor Training Programme

Programme Planning	The design, development and implementation of the surveyor training programme is planned to meet its objectives.
Programme Management	Governance and management structures of the surveyor training programme support planned outcomes.
Trainee Management	Prospective and current trainee surveyors receive information and support that meets their needs.
Training Programme Delivery	Surveyor training programme learning strategies are aligned with the learning outcomes, trainees' needs and the surveyor competency requirements.
Assessment of Competence	Trainees' performance and achievements are measured against the expected outcomes of the surveyor training programme.

สถาบันได้ดำเนินการสอดคล้องกับมาตรฐานของ IEAA ฉบับที่ 3 และฉบับที่ 4 และได้รับการต่ออายุการรับรอง Surveyor Training Program ครั้งที่ 2 เมื่อ กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 มีอายุการรับรอง ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 โดยประเด็นสำคัญที่ IEAA ให้ความสำคัญคือการพัฒนาเครื่องมือการพัฒนาด้วย Competency Model เป็น Competency Level of HAI Surveyor ที่แบ่งระดับสมรรถนะของผู้เยี่ยมชมสำรวจ ในการพัฒนาผู้เยี่ยมชมสำรวจที่ชัดเจน สถาบันนำเครื่องมือดังกล่าวใช้ในการวางแผนพัฒนาผู้เยี่ยมชมและติดตามประเมินผล และได้รับการอำนวยการรับรอง ISQuaEEA: Surveyor Training Programme ครั้งที่ 3 มีอายุการรับรอง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2571)

### 3.1 นโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพองค์กร

สถาบันมีนโยบายที่จะใช้ Performance Improvement Framework หรือกรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าสถาบันจะให้บริการและมีผลการดำเนินงานที่ดี ตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ และทิศทางนโยบายของสถาบัน ทั้งในการปฏิบัติงานประจำที่มีการออกแบบระบบงานไว้อย่างรัดกุม และการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์หรือแผนงานริเริ่มต่างๆ โดยจัดให้มีกลไกของการตรวจสอบ การทบทวน การติดตามผลการปฏิบัติงาน อย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาสู่การแก้ไข ป้องกัน ปรับปรุงกระบวนการ ระบบงาน หรือกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเก็บเกี่ยวบทเรียนเชิงปฏิบัติ และการสื่อสารเพื่อให้มั่นใจว่าผู้เกี่ยวข้องรับรู้ระเบียบและแนวทางปฏิบัติที่เป็นปัจจุบัน

### 3.2 นโยบายด้านผู้รับผลงาน

- สถาบัน มีนโยบายรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- สถาบัน มีนโยบายที่จะสร้างความสัมพันธ์และช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- สถาบัน มีนโยบายที่จะสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรและผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบันปฏิบัติหน้าที่โดยอิสระ ไม่ถูกแทรกแซง และไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน เป็นไปตามระเบียบว่าด้วยจรรยาบรรณและแนวปฏิบัติที่ดีๆ และค่านิยมองค์กร

### 3.3 นโยบายด้านการบริหารผู้เยี่ยมสำรวจ (Surveyor Management)

สถาบันมีนโยบายการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจให้มีจำนวนเพียงพอทั้งด้านปริมาณและศักยภาพที่เหมาะสมตามความต้องการในการเยี่ยมสำรวจโปรแกรมต่างๆ ของสถาบัน โดยจัดการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มีการประเมินสมรรถนะอย่างเป็นระบบเพื่อขึ้นทะเบียนและต่ออายุการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจในแต่ละระดับ รวมทั้งจัดให้มีระบบการประเมินและพัฒนาสมรรถนะผู้เยี่ยมสำรวจอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้เยี่ยมสำรวจสามารถสร้างคุณค่าต่อกระบวนการเยี่ยมสำรวจแก่สถานพยาบาล

#### กระบวนการ HA กับคุณค่าของการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ จากครุคุณภาพ

- คุณค่าที่ช่วยให้โรงพยาบาลมีความเข้าใจมาตรฐานด้วยความลุ่มลึก ลุ่มลึกจนเป็นความเรียบง่าย
- คุณค่าที่ช่วยให้สถานพยาบาลสามารถประเมินและพัฒนาคุณภาพได้ด้วยตัวเอง คำถามที่ผู้เยี่ยมจะถามควรเป็นคำถามที่ทำให้เขาสามารถอธิบายเหตุผลของตนเองได้ (Empowerment Evaluation)
- คุณค่าจากการชี้แนะเนื้อหาใหม่ๆ ให้กับรพ. เลิกการปฏิบัติที่ใช้ของเดิม เลิกเรื่องให้สอดคล้องกับบริบท
- คุณค่าในการสร้างประสิทธิภาพในการทำงาน ผู้เยี่ยมเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ โดยช่วยกันทบทวนกระบวนการทำงานทั้งในส่วนเอกสารที่ผู้เยี่ยมต้องการและโรงพยาบาลต้องทำ

### 3.4 นโยบายด้านการบริหารกระบวนการเยี่ยมสำรวจ (Survey Management)

สถาบันมีนโยบายเกี่ยวกับระบบบริหารกระบวนการเยี่ยมสำรวจดังนี้

- จัดระบบการประเมินและรับรองสถานพยาบาลที่เป็นธรรม โปร่งใส เอื้อต่อการเรียนรู้และการพัฒนาของสถานพยาบาล โดยมีกระบวนการตัดสินใจที่น่าเชื่อถือ คงเส้นคงวา เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสถานพยาบาล และสอดคล้องกับทิศทางการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของประเทศและนานาชาติ
- ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีกับสถานพยาบาลที่ขอรับการรับรอง และจัดให้มีข้อมูลที่จำเป็นเพียงพอสำหรับการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาล
- จัดให้มีหลักสูตรฝึกอบรมที่จำเป็น ส่งเสริมให้เกิดเวทีการเรียนรู้ที่จะพัฒนาตามมาตรฐาน สนับสนุนให้มีเครือข่าย (Quality Learning Network) ที่จะช่วยเหลือกันและกันในพื้นที่ รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือในการเตรียมตัวเพื่อรับการประเมินแก่สถานพยาบาลที่สมัคร
- การจัดทีมผู้เยี่ยมสำรวจที่มีทักษะและประสบการณ์เหมาะสมกับองค์กรที่เข้าเยี่ยมสำรวจ โดยมีการจัดทำกำหนดการเยี่ยมสำรวจที่สถานพยาบาลและผู้เยี่ยมสำรวจให้ความเห็นชอบ มีกระบวนการเยี่ยมและใช้ Scoring guideline ที่เป็นมาตรฐาน
- จัดทำรายงานการเยี่ยมสำรวจที่มีคุณค่า เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจรับรองและการใช้เพื่อการพัฒนาของสถานพยาบาล
- รับฟังเสียงสะท้อนจากสถานพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการจัดการเยี่ยมสำรวจ

### 3.5 นโยบายด้านการรับรองและธำรงสถานภาพการรับรอง

สถาบันมีนโยบายในการรับรองและธำรงสถานภาพการรับรองดังนี้

- ใช้กระบวนการตัดสินใจรับรองที่มีความชัดเจน คงเส้นคงวา โปร่งใส และเป็นอิสระจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ
- มีการสื่อสารให้สังคมมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความหมาย ขอบเขตการรับรอง ระยะเวลาการรับรอง
- มีกระบวนการพิจารณาข้อร้องเรียนเกี่ยวกับผลการรับรองที่โปร่งใส ชัดเจน
- การติดตามและสนับสนุนการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจ การติดตามผลลัพธ์ การพัฒนา และการเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อความเชื่อถือของสังคม
- มีระบบการจัดการ จัดเก็บ ทำลาย เอกสารการเยี่ยมสำรวจและการรับรอง ที่มีความถูกต้องรัดกุมและรักษาความลับของข้อมูล
- มีการติดตามประเมินกระบวนการและผลของการให้การรับรอง และนำสิ่งที่พบมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนา

## 4.0 ระบบการบริหารและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ (Surveyor Management and Development System)

สรพ. มีนโยบายที่จะใช้หลักคิด Empowerment Evaluation เพื่อให้การประเมินจากภายนอกเป็นกระบวนการเรียนรู้ให้กำลังใจ เป็นกระจกสะท้อนและสามารถกระตุ้นการพัฒนาของสถานพยาบาล ดังนั้น ผู้เยี่ยมสำรวจ ซึ่งถือเป็นบุคคลสำคัญในกระบวนการรับรองคุณภาพ จึงหมายถึง ผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการพัฒนาและบริหารคุณภาพ ผ่านการอบรมและได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ ทำหน้าที่เป็นผู้แทนของสถาบัน เข้าเยี่ยมสถานพยาบาลในลักษณะกัลยาณมิตร ยึดมั่นในปรัชญา “การเยี่ยมสำรวจเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน” และเพื่อยืนยันผลการประเมินตนเองของสถานพยาบาล กระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้นตามกรอบมาตรฐาน และรวบรวมหลักฐานข้อมูลต่างๆ เพื่อสร้างการเรียนรู้ ยกระดับการพัฒนา และจัดทำรายงานอย่างมีคุณค่า ผู้เยี่ยมสำรวจจึงเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ประเมิน ให้ความรู้ และให้คำปรึกษา ไม่ได้เข้าไปตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรฐาน และผู้เยี่ยมสำรวจเปรียบเสมือนผู้แทน (Brand Ambassador) ส่งเสริมและเผยแพร่หลักการอันทรงคุณค่าของสถาบันให้มีภาพลักษณ์ที่ดี มีความสำคัญ และทำหน้าที่มากกว่าการประเมิน

### ทิศทาง แผนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ

สรพ. กำหนดทิศทาง และแผนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ ปี พ.ศ 2563-2568 และขยายแผนครอบคลุมถึงปีพ.ศ.2569-2570 ให้สอดคล้องตามทิศทางแผนกลยุทธ์ของสถาบันฯ โดยมีเป้าหมาย (Goals) เพื่อสร้างความมั่นใจได้ว่า สถาบันจะมีจำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่มีจำนวนเพียงพอและสมรรถนะเหมาะสมตามความต้องการในการเยี่ยมสำรวจโปรแกรมต่างๆ ของสถาบันอย่างเพียงพอ รวมถึงผู้เยี่ยมสำรวจสามารถสร้างคุณค่าต่อกระบวนการเยี่ยมสำรวจแก่สถานพยาบาล (To ensure that the HAI has adequate number of surveyors with desired competencies to meet the demand of and to deliver value to healthcare organizations.)

### วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. ผู้เยี่ยมสำรวจที่ขึ้นทะเบียนมีสมรรถนะที่จำเป็นและทันสมัย (knowledge, skill, task) สำหรับการเยี่ยมสำรวจตามบทบาทหน้าที่และทำงานที่รับผิดชอบและได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
2. มีอัตรากำลังผู้เยี่ยมสำรวจเพียงพอกับปริมาณงานเยี่ยมสำรวจที่มีความหลากหลาย
3. ผู้เยี่ยมสำรวจได้รับการยอมรับเชื่อมั่นศรัทธาจากสถานพยาบาลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กร
4. ผู้เยี่ยมสำรวจมีความเชื่อมั่น ศรัทธา และผูกพันกับกระบวนการประเมินและรับรองคุณภาพของ สถาบัน

## กลยุทธ์ CARE

สถาบันใช้กลยุทธ์ CARE เพื่อ สรรหา สร้าง พัฒนา รักษา และดูแลผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบัน โดยมีรายละเอียดของกลยุทธ์ ดังนี้

**C: Competency** พัฒนาศักยภาพผู้เยี่ยมสำรวจให้สร้างคุณค่าและความหมายกับสถานพยาบาล เน้นการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจให้สอดคล้องกับ Competency ที่สำคัญด้วยวิธีการที่หลากหลายตามระดับของผู้เยี่ยมสำรวจ โดยมีระบบการประเมินผล ติดตาม และการพัฒนาที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้เยี่ยมสำรวจทุกคนมีสมรรถนะที่พร้อมในการส่งมอบคุณค่าในการยกระดับคุณภาพสถานพยาบาล

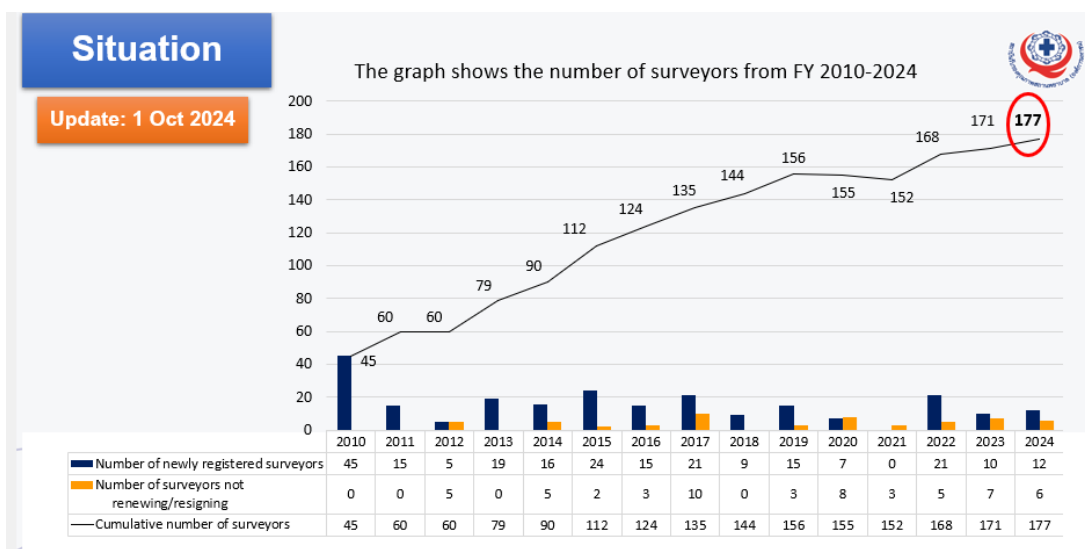
**A: Adequate Number** บริหารอัตรากำลังผู้เยี่ยมสำรวจให้เพียงพอกับปริมาณงานหลากหลาย มุ่งเน้นการบริหารจัดการด้วยวิธีและรูปแบบต่างให้มีจำนวนผู้เยี่ยมสำรวจเพียงพอและสอดคล้องกับภาระงานที่หลากหลายและแตกต่าง รวมถึงสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ด้วยการวางแผนและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ

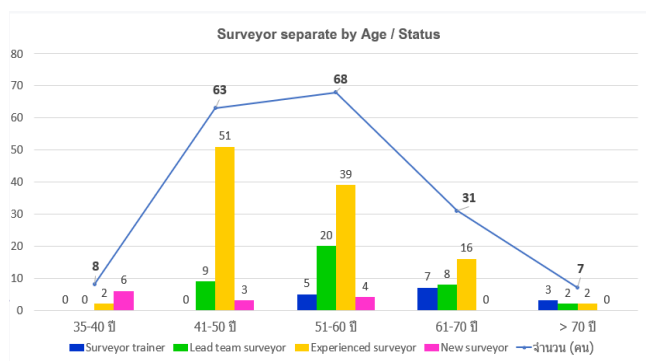
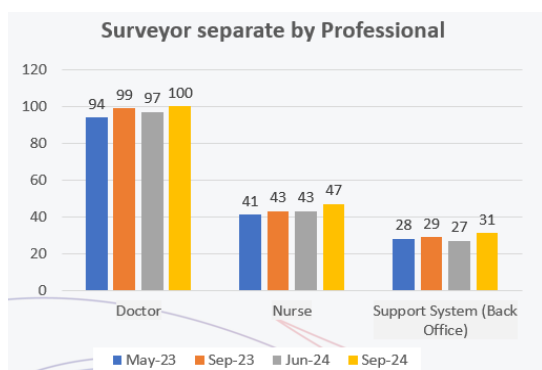
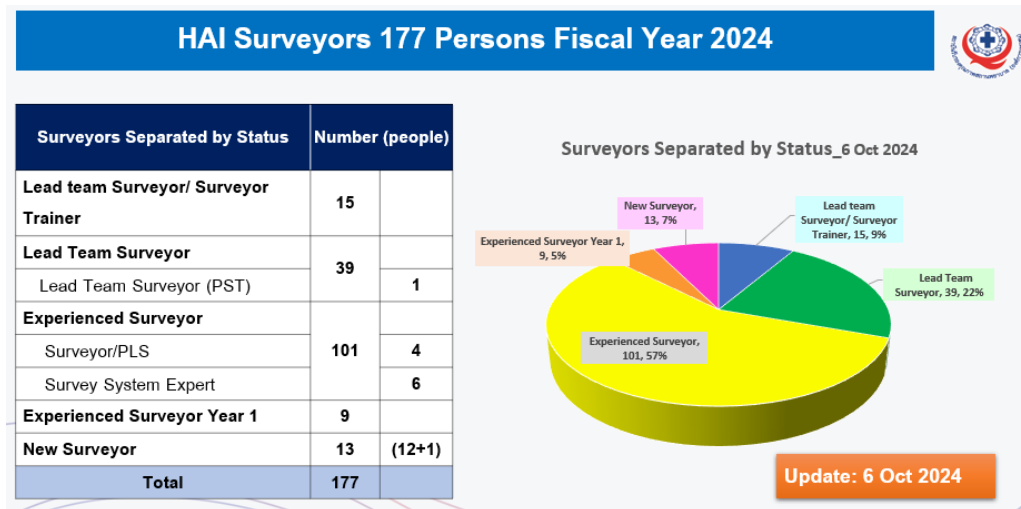
**R: Recognition** สร้างความน่าเชื่อถือและไว้วางใจของสถานพยาบาลต่อผู้เยี่ยมสำรวจ มุ่งเน้นการสร้าง ความเชื่อถือและไว้วางใจจากสถานพยาบาลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการผลการ เยี่ยมสำรวจ ด้วยการสร้าง ภาพลักษณ์ที่เป็นเสมือน Brand ambassador ขององค์กรและข้อมูลการศึกษา วิเคราะห์หรืองานวิจัยที่สะท้อน ผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงคุณภาพสถานพยาบาลจากระบบการเยี่ยมสำรวจ

**E: Engagement** สร้างความผูกพันความเชื่อมั่นศรัทธาของผู้เยี่ยมกับงานและองค์กร สร้างความผูกพัน ความเชื่อถือ และไว้วางใจของผู้เยี่ยมสำรวจกับกระบวนการเยี่ยมสำรวจและ สถาบัน ให้ผู้เยี่ยมสำรวจทุกท่านเห็นคุณค่า และความหมายในการเป็นผู้ร่วมพัฒนาระบบบริการสุขภาพของ ประเทศ

## สถานการณ์ผู้เยี่ยมสำรวจ ประจำปี 2568

ปี พ.ศ.2568 สถาบันมีผู้เยี่ยมสำรวจจำนวน 177 คน เป็นผู้เยี่ยมสำรวจที่เป็นบุคลากรสถาบัน จำนวน 6 คน โดยเป็นผู้บริหาร จำนวน 3 คน มีผู้เยี่ยมสำรวจทำงานเต็มเวลา จำนวน 3 คน สถาบันได้มีการจัดกลุ่ม ของผู้เยี่ยมสำรวจตามศักยภาพ ประสบการณ์และระยะเวลาการทำงานเพื่อแสดงให้เห็นความก้าวหน้าและ โอกาสในการพัฒนาตาม competency



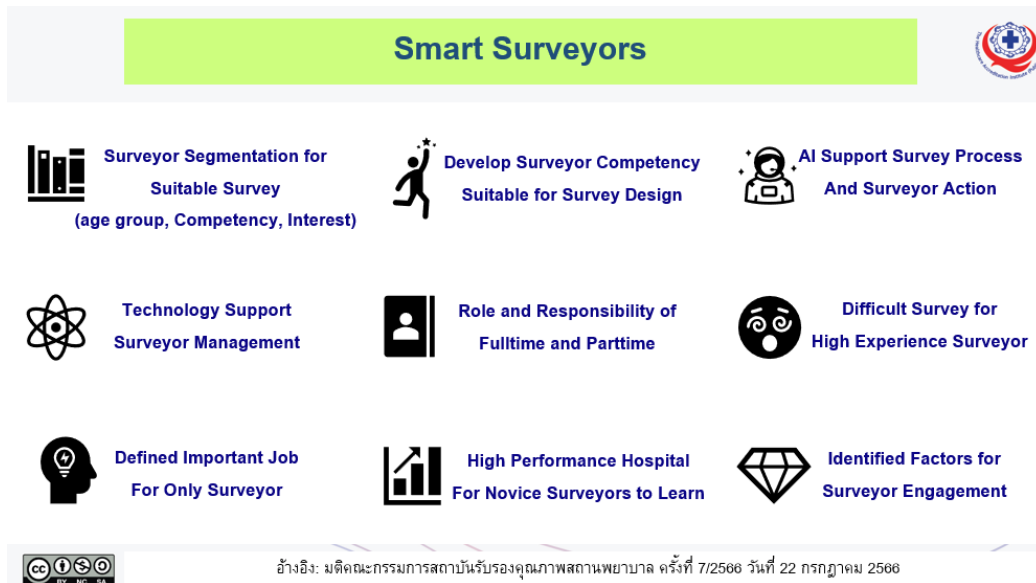


Update ข้อมูลผู้เยี่ยมชมสำรวจเมื่อ 1 ตุลาคม 2567

## ที่มาของการพัฒนาผู้เยี่ยมชมสำรวจ

กระบวนการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมชมสำรวจ เป็นกระบวนการพัฒนาที่เป็นฐานหลักในการขับเคลื่อนองค์กรไปสู่เป้าหมาย ในช่วงเริ่มเป็นการพัฒนาแบบค่อยเป็นค่อยไป ควบคู่ไปการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพ HA ที่ผ่านการศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพในระดับสากล และปรับให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมความเป็นไทย บุคลากรทีมเยี่ยมชมสำรวจ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ/ผู้บริหารระบบบริการสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมวิชาชีพ ผู้บริหารระดับองค์กร อาสาเข้าร่วมเป็นทีมเยี่ยมชมสำรวจ โดยกำหนดให้ความปลอดภัยของผู้รับบริการและผู้ให้บริการภายใต้ระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเป็นเป้าหมายร่วม จัดให้เวทีของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้จากการลงพื้นที่เยี่ยมชมสำรวจโรงพยาบาล มาเป็นกลไกในการพัฒนาผู้เยี่ยมชมสำรวจ มีการกำหนดภาพลักษณ์ของการเป็นผู้เยี่ยมชม สรพ. คือ *กัลยาณมิตร* เป็นค่านิยมประจำใจ ในบทบาทของผู้เยี่ยมชมสำรวจ สรพ. ร่วมกับใช้มาตรฐานเป็นเครื่องมือในการสร้างการเรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพให้กับโรงพยาบาล ต่อมา สรพ. สมัครขอรับการรับรองกระบวนการพัฒนาผู้เยี่ยมชมสำรวจในระดับสากล มีการรวบรวมข้อมูลจากกระบวนการพัฒนาผู้เยี่ยมชมสำรวจ และจัดทำเป็นแนวทางพัฒนาผู้เยี่ยมชมสำรวจ จัดทำระบบพัฒนาสมรรถนะและประเมินผล เน้นกลุ่มผู้เยี่ยมชมสำรวจใหม่ ในชื่อ Quality Expert in Training Program และได้รับการรับรองจาก ISQuaEEA Surveyor Training Programme ครั้งแรก ในปี 2559 และรับการรับรองอย่างต่อเนื่อง จนได้รับการรับรองการรับรอง ครั้งที่ 3 เมื่อปี 2567 (27<sup>th</sup> February 2024- February 2028)

ปี 2566 คณะกรรมการสถาบันกำหนดเป้าหมายการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ เป็น Smart Surveyor มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้



โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570 สถาบันได้กำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินการ กลยุทธ์ที่ 4 “พัฒนาทุนมนุษย์ เพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ: Strengthening and Capacity Building for HA Academy” ซึ่งกลยุทธ์ดังกล่าวมีวัตถุประสงค์สำคัญ ดังนี้ 1) มีแผนในการสร้างและพัฒนาทุนมนุษย์ด้านคุณภาพ 2) สรพ. เป็นหน่วยงานในการสร้างและพัฒนาทุนมนุษย์ด้านคุณภาพให้มีศักยภาพและจำนวนเพียงพอ และ 3) ส่งเสริมให้กระบวนการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจเป็นไปตามมาตรฐานสากล (ISQuaEEA)

ปี 2567 ได้เริ่มวางแผนและดำเนินการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ โดยสถาบันจัดทำ HRD Blueprint และจัดทำชุดสมรรถนะ (Competency model) ที่สอดคล้องกับทิศทางและบริบทองค์กร โดยมีรายละเอียดพฤติกรรมที่ครบถ้วนเพียงพอต่อการบริหารพัฒนาทรัพยากรบุคคลขององค์กรต่อไป

#### 4.1 ประเภทและคำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับผู้เยี่ยมสำรวจ

1. คณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ หมายถึง คณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ (surveyor selection and registry committee) หมายถึง คณะกรรมการ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ และกระบวนการเยี่ยมสำรวจ ที่ได้รับการแต่งตั้ง และมีบทบาทหน้าที่ กำหนดวาระการดำรงตำแหน่ง โดยผู้อำนวยการสถาบัน ตามประกาศได้รับมอบหมาย

2. ผู้เยี่ยมสำรวจ คือ ผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบันที่ได้รับการแต่งตั้งโดยผู้อำนวยการสถาบัน แบ่งเป็น

2.1 ผู้เยี่ยมสำรวจที่ขึ้นทะเบียนจากกระบวนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ (surveyor) แบ่งเป็น

- 1) ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ (surveyor in training) หมายถึง ผู้ที่สนใจในการพัฒนาเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ ผ่านกระบวนการสรรหาและคัดเลือก โดยครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ เข้าสู่กระบวนการฝึกอบรมและพัฒนาความรู้ทักษะการฝึกเยี่ยมสำรวจในโปรแกรมของสถาบัน เพื่อต่อยอดเป็นผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ ซึ่งตามแผนการพัฒนามตามกลยุทธ์ “พัฒนาทุนมนุษย์ เพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ: Strengthening and

Capacity Building for HA Academy” จึงปรับการพัฒนาเป็นหลักสูตร “การฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพ: Quality Expert in Training Academy” ในปี 2568

- 2) **ผู้เยี่ยมชมสำรวจใหม่ (new surveyor)** หมายถึง ผู้ที่ผ่านการพัฒนาและฝึกเยี่ยมชมสำรวจ ที่ผ่านเกณฑ์และได้รับการพิจารณาขึ้นทะเบียนจากคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมชมสำรวจ และได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการสถาบัน ให้ทำหน้าที่เป็นผู้แทนของสถาบันในการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA โดยการเยี่ยมชมสำรวจยังอยู่ในการกำกับดูแลจากครูฝึกผู้เยี่ยมชมสำรวจ ในช่วงระยะเวลา 1 ปี (5 ครั้ง/10 man-day)
- 3) **ผู้เยี่ยมชมสำรวจที่มีประสบการณ์/มีศักยภาพ (experienced surveyor)** หมายถึง ผู้เยี่ยมชมสำรวจที่มีประสบการณ์ (experience) ที่มีการพัฒนาสมรรถนะและผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียน หลังจากการเป็นผู้เยี่ยมชมสำรวจใหม่
  - 3.1 ผู้เยี่ยมชมสำรวจที่มีประสบการณ์ 1 ปี ถึง 5 ปี โดยมีกระบวนการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อพัฒนาศักยภาพคู่กับครูฝึกผู้เยี่ยมชมสำรวจหรือผู้เยี่ยมชมสำรวจที่กำลังพัฒนาเป็นครูฝึก ตามรอบระยะเวลา พร้อมมีการประเมินผล ตามที่กำหนด
  - 3.2 ผู้เยี่ยมชมสำรวจที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี ถึง 10 ปี โดยมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ (surveyor team leader) และ/หรือพัฒนาสู่การเป็นผู้เยี่ยมชมสำรวจเฉพาะด้าน (specific technical standards surveyor)
  - 3.3 ผู้เยี่ยมชมสำรวจที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี และเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ มีกระบวนการพัฒนาเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นครูฝึกผู้เยี่ยมชมสำรวจ (surveyor trainer)
- 4) **หัวหน้าทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ (surveyor team leader)** หมายถึง ผู้เยี่ยมชมสำรวจที่มีประสบการณ์/มีศักยภาพ ที่ได้รับการพัฒนา ประเมินผลผ่านเกณฑ์จากครูฝึกผู้เยี่ยมชมสำรวจ และได้รับการพิจารณาขึ้นทะเบียนจากคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมชมสำรวจ โดยได้รับการแต่งตั้งเป็นหัวหน้าทีมเยี่ยมชมสำรวจจากผู้อำนวยการสถาบัน
- 5) **ครูฝึกผู้เยี่ยมชมสำรวจ (surveyor trainer)** หมายถึง ผู้เยี่ยมชมสำรวจที่มีประสบการณ์/ศักยภาพสูง มีประสบการณ์ในการเป็นหัวหน้าทีม สามารถทำหน้าที่ครูฝึกผู้เยี่ยมชมสำรวจและมีความสามารถสร้างการเรียนรู้ให้กับผู้ฝึกเยี่ยมชมสำรวจและ/หรือผู้เยี่ยมชมสำรวจใหม่ โดยได้รับการขึ้นทะเบียนและแต่งตั้งเป็นครูฝึกผู้เยี่ยมชมสำรวจ

**ผู้เยี่ยมชมสำรวจทุกระดับ**ได้รับการประเมินสมรรถนะ ที่สอดคล้องกับการเป็นผู้เยี่ยมชมสำรวจในระดับต่างๆ ที่กำหนดใน surveyors' competency level โดยได้รับการพิจารณาขึ้นทะเบียนจากมติคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมชมสำรวจ และแต่งตั้งโดยผู้อำนวยการสถาบันให้ทำหน้าที่เป็นผู้แทนของสถาบันในการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA

## 2.2 ผู้เชี่ยวชาญในระบบการเยี่ยมชมสำรวจ (survey system expert) หมายถึง ผู้บริหารระดับสูง

ผู้เชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ หรือผู้เยี่ยมชมสำรวจที่มีประสบการณ์ เคยเป็นผู้เยี่ยมชมสำรวจ มีศักยภาพ มีความชำนาญเฉพาะเรื่อง มีความรู้ความเข้าใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างดี มีศักยภาพและมีคุณค่า โดยได้รับการแต่งตั้งโดยผู้อำนวยการสถาบัน

**2.3 ผู้เยี่ยมสำรวจกิตติมศักดิ์ (honorary surveyor)** หมายถึง คณะกรรมการบริหารสถาบัน คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพ ที่สถาบันเชิญเข้ามาเป็นผู้เยี่ยมสำรวจและได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจกิตติมศักดิ์ตามวาระ โดยจะเยี่ยมสำรวจเฉพาะในประเด็นที่ผู้อำนวยการกำหนด

#### 4.2 คุณสมบัติของผู้เยี่ยมสำรวจ

เพื่อให้สามารถคัดเลือกผู้มีความรู้และประสบการณ์เข้าสู่การพัฒนาเป็นผู้เยี่ยมสำรวจได้อย่างมีประสิทธิภาพ สรพ. จึงกำหนดคุณสมบัติของผู้เยี่ยมสำรวจไว้ดังนี้

- อายุ 35 ปีขึ้นไป
- สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพหรือสาขาที่เกี่ยวข้อง และมีประสบการณ์ด้านงานคุณภาพ บริหารระบบงานสำคัญ บริหารหน่วยงานหรือองค์กร ไม่น้อยกว่า 1 ปี หรือมีประสบการณ์ในโรงพยาบาลมากกว่า 10 ปี หรือเป็นผู้บริหารระดับสูงที่มีประสบการณ์ 5 ปี
- มีบุคลิกภาพที่ดี มีมนุษยสัมพันธ์ดี สามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าตามสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถสื่อสาร และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี มีศรัทธาและทัศนคติที่ดีต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
- มีความรู้เกี่ยวกับระบบบริหารงานคุณภาพและมีประสบการณ์ด้านการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement knowledge and experience)
- มีความรู้ที่เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับระบบสุขภาพ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และมาตรฐานวิชาชีพ
- ต้องรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต โปร่งใส ตามหลักการ/มาตรฐานที่ สรพ. กำหนด
- มีความรักในการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ มีเวลาในการปฏิบัติหน้าที่การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ และรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

#### 4.3 หน้าที่รับผิดชอบของผู้เยี่ยมสำรวจ

เพื่อให้กระบวนการเยี่ยมสำรวจดำเนินไปตามปรัชญาของสถาบันและมีประสิทธิภาพ สรพ. จึงกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เยี่ยมสำรวจไว้ดังนี้

- เยี่ยมสำรวจ ประเมินระดับการพัฒนาสถานพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย และให้ข้อเสนอแนะต่อสถานพยาบาลเพื่อปรับปรุง
- ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ขึ้นในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในมาตรฐานและใช้มาตรฐานให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- จัดทำรายงานผลการเยี่ยมสำรวจ เสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อพิจารณาให้คำปรึกษาแก่ผู้อำนวยการเพื่อการรับรอง
- เข้ารับการอบรมที่สถาบันกำหนดเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
- ให้ข้อเสนอแนะและให้ความร่วมมือกับสถาบันในการพัฒนามาตรฐานและวิธีการเยี่ยมสำรวจ

#### 4.4 จริยธรรมสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจ

##### การรักษาความลับ

- ผู้เยี่ยมชมสำรวจพึงรักษาความลับของสถานพยาบาลที่ได้มาระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจ
- ผู้เยี่ยมชมสำรวจไม่พึงถ่ายภาพ อัดเสียง ถ่ายวิดีโอในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่
- ผู้เยี่ยมชมสำรวจไม่พึงขอเอกสารหรือตัวอย่างของสถานพยาบาลไปใช้
- ผู้เยี่ยมชมสำรวจพึงทำลายหรือส่งคืนเอกสารทุกชนิดที่เกี่ยวกับสถานพยาบาลที่เข้าเยี่ยมชมสำรวจ เมื่อมีประกาศผลการรับรองสถานพยาบาลแห่งนั้นแล้ว

##### การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน

- ผู้เยี่ยมชมสำรวจไม่พึงใช้สถานะผู้เยี่ยมชมสำรวจไปแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว
- ผู้เยี่ยมชมสำรวจไม่พึงรับของขวัญ ของกำนัล การเลี้ยงต้อนรับ หรือประโยชน์อื่นใด ซึ่งจะเป็นที่ครหาว่า มีผลต่อการตัดสินใจรับรองกระบวนการคุณภาพ
- ผู้เยี่ยมชมสำรวจต้องไม่เข้าเยี่ยมสถานพยาบาลหรือเครือข่ายของสถานพยาบาลที่ตนเคยให้คำปรึกษาหรือไปประกอบวิชาชีพ ภายในช่วงระยะเวลา 2 ปี
- ผู้เยี่ยมชมสำรวจต้องไม่เรียกร้องความสะดวกอื่นใดนอกเหนือไปจากที่สถาบันประสานไว้กับสถานพยาบาล
- ผู้เยี่ยมชมสำรวจต้องแจ้งประโยชน์ทับซ้อน/การขัดกันของผลประโยชน์ต่อสถาบัน ก่อนการเยี่ยมชมสำรวจ และเมื่อมีแจ้งเตือน/สำรวจให้ปรับปรุงข้อมูล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

##### จริยธรรมอื่นๆ

- ผู้เยี่ยมชมสำรวจพึงเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่สถานพยาบาล และผู้เยี่ยมชมสำรวจด้วยกัน
- ผู้เยี่ยมชมสำรวจไม่พึงทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่าสถานพยาบาลจะได้รับการรับรองโดยที่ยังไม่ประกาศอย่างเป็นทางการจาก สรพ.

#### 4.5 ข้อพึงปฏิบัติสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจ

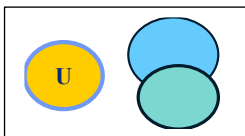


- ศึกษาข้อมูลของสถานพยาบาลล่วงหน้า พร้อมทั้งเตรียมประเด็นสำคัญในการเยี่ยมชมสำรวจ
- ขอข้อมูลจากสถานพยาบาลเพิ่มเติมเท่าที่จำเป็น
- ไม่เปลี่ยนแปลงกำหนดการเยี่ยมโดยไม่จำเป็น หากจำเป็นต้องเปลี่ยนให้ปรึกษาสถานพยาบาลก่อน
- ไม่เปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานระหว่างสถานพยาบาล
- ไม่ควรถามประสบการณ์ของผู้ป่วยต่อที่สาธารณะหรือต่อหน้าบุคลากรผู้ให้บริการ
- เชื่อมโยงประเด็นต่างๆ กับการดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับ
- ใช้ภาษาและถ้อยคำที่เข้าใจง่าย
- ตั้งคำถามในบริบทของสถานพยาบาล ปรับคำถามให้เหมาะสมกับสถานการณ์
- ใช้การสังเกตควบคู่กับการตั้งคำถาม
- เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ได้ซักถาม

- ให้ข้อเสนอแนะที่ชัดเจน เข้าใจง่าย เฉพาะเจาะจงกับปัญหา พิจารณาความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ
- เปิดโอกาสให้ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาลตัดสินใจเลือกทางเลือกรด้วยตนเอง โดย สรพ. มีประกาศ เรื่อง แนวปฏิบัติที่ดีของผู้เยี่ยมสำรวจ พ.ศ. 2566 ที่เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ

#### 4.6 กรอบแนวคิดของการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ

กระบวนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ (เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่าอย่างยึดติด) ที่ต้องมีการกำหนดเป้าหมายและความคาดหวังที่ต้องการเห็นศักยภาพผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละระดับให้ชัดเจน ใช้อัตลักษณ์ความเป็นผู้เยี่ยมสำรวจมาเป็นประเด็นหลักในการสร้างค่านิยมประจำใจของผู้เยี่ยมสำรวจ ทุกครั้งที่ปฏิบัติหน้าที่ ให้ความสำคัญในการทำความรู้จักสถานพยาบาล เข้าใจบริบท วิเคราะห์ความเสี่ยง และความท้าทายของแต่ละองค์กรที่มีความแตกต่างกัน เพื่อให้กระบวนการเยี่ยมสำรวจสามารถยกระดับคุณภาพโรงพยาบาลหรือให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ในการพัฒนาต่อเนื่องที่ตรงประเด็น และเหมาะสมกับสถานการณ์ผู้เยี่ยมสำรวจ สรพ. ต้องมีฐานความเข้าใจเป้าหมายมาตรฐานทุกตอน เข้าใจแนวคิด/เครื่องมือคุณภาพอย่างถ่องแท้ และประยุกต์ใช้ในการสร้างการเรียนรู้ให้กับโรงพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คาดหวังได้ว่าประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้นในการทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจ จะสามารถช่วยโรงพยาบาลให้มองเห็นโอกาสพัฒนาด้วยตัวเอง ทั้งในระดับระบบบริการ ระบบงาน และระดับทีมบริหารองค์กร พาให้โรงพยาบาลใช้ประโยชน์จากเครื่องมือ/แนวคิดคุณภาพ สามารถเรียนรู้ที่จะพัฒนากระบวนการทำงานประจำที่รับผิดชอบให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ ตามกรอบคิดในแผนภาพด้านล่างนี้

จากกรอบแนวคิดการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจในแต่ละระดับนี้ ครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจจะใช้เป็นฐานในการออกแบบกระบวนการฝึกทักษะและพัฒนาสมรรถนะของผู้รับการฝึกในทุกกิจกรรมที่มีการลงพื้นที่เยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล

Program	Initial Program	On-going Program	Specific Program
Surveyor Level	SIT/QEIT-> New surveyor -> Experienced surveyor-> Team leader surveyor-> Surveyor trainer		
Core value	Empowerment Evaluation		
Context	Hospital Analysis (บริบท ความเสี่ยง และความท้าทายขององค์กร)		
Criteria	Micro (part III: unit level)	Meso (part II, team level)	Macro (part I, lead team level)
เป้าหมาย/ ความคาดหวัง ในแต่ละระดับ	Unit optimization 	Team function 	Big picture 

#### 4.7 สมรรถนะสำคัญของผู้เยี่ยมสำรวจ (Surveyor Competency)

ปี 2556 มีการจัดแบ่งเป็นกลุ่ม ความรู้ ทักษะ และชิ้นงาน

ระดับชั้นสมรรถนะการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ (surveyor competency level)		
ความรู้ (knowledge)	ทักษะ (skill)	ชิ้นงาน (task)
แนวคิดคุณภาพ	การอ่าน	การวิเคราะห์แบบประเมิน
เครื่องมือคุณภาพ	การวิเคราะห์	ตนเอง/service profile
แนวคิด HPH	การมองภาพใหญ่	การวางแผนการเยี่ยม
มาตรฐาน HA/HPH	การสร้างความสัมพันธ์	การทบทวนเอกสาร
การประเมิน	การสังเกต	การทบทวนเวชระเบียน
ระบบสาธารณสุข	การฟัง	การเยี่ยมหน่วยงาน
	การตั้งคำถาม	การสัมภาษณ์ทีม
	การสะท้อนกลับ	การเขียนรายงาน
	กระตุ้นการเรียนรู้	
	การสรุปทเรียน	
	การเขียน	
	การแก้ไขสถานการณ์	

#### สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจทั่วไป

สมรรถนะที่จำเป็น	คำอธิบาย
ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐาน HA (Knowledge on HA Standards)	มีความรู้ความเข้าใจในแนวคิด เป้าหมาย และประเด็นสำคัญของมาตรฐาน HA สามารถประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐาน HA ในการเยี่ยมสำรวจ และสามารถบูรณาการมาตรฐาน HA กับมาตรฐานอื่นที่เกี่ยวข้อง
การปรับตัว (Adaptability)	สามารถปรับตัวให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้สภาพแวดล้อมต่างๆ
การรวบรวมข้อมูลและคิดวิเคราะห์ (Data Collection & Analytical Thinking)	สามารถค้นหาและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการเยี่ยมสำรวจ สามารถใช้เทคนิคที่หลากหลายในการรวบรวมข้อมูล เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เจาะลึก การฟัง และการศึกษาเอกสาร สามารถใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์เพื่อประเมินสถานการณ์ และระบุประเด็นสำคัญที่เชื่อมโยงกับมาตรฐานและความต้องการของสถานพยาบาล
การโค้ชและกัลยาณมิตร (Coaching)	สามารถใช้ทักษะการเป็นโค้ชเพื่อสร้างการเรียนรู้ในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ ด้วยความเข้าใจในบริบทขององค์กร ใส่ใจความรู้สึกของผู้รับการเยี่ยมชม เคารพในความคิดและความคิดสร้างสรรค์ของสถานพยาบาล สามารถอธิบายเรื่องที่ยุกยากซับซ้อนให้เข้าใจง่าย

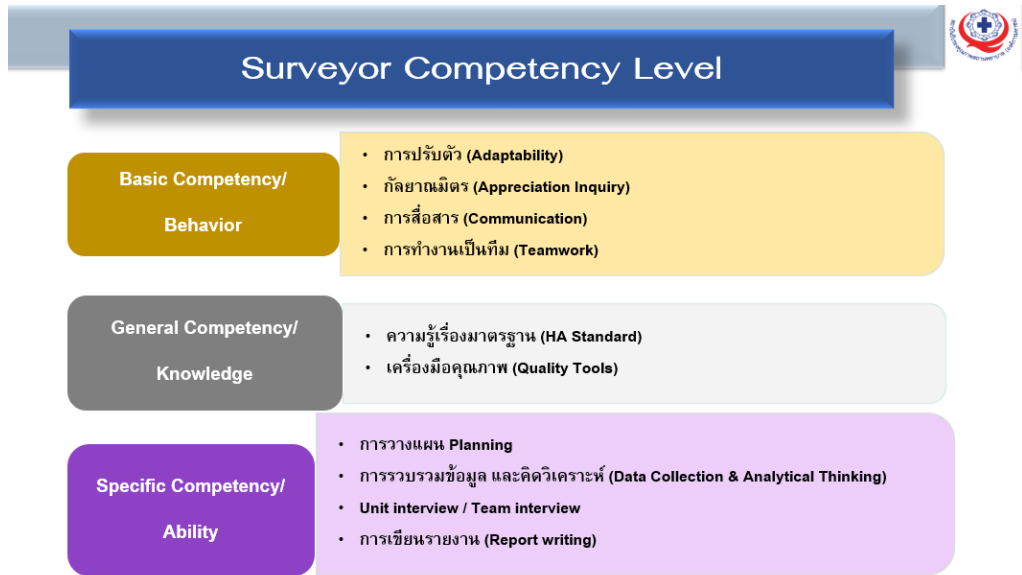
สมรรถนะที่จำเป็น	คำอธิบาย
การสื่อสาร (Communication)	สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับการเยี่ยม สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการสนทนาอย่างเปิดใจ เป็นผู้ฟังที่ดี ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไวต่อการรับรู้ความรู้สึกและบรรยากาศของการสนทนา สามารถสื่อสารสิ่งที่พบทั้งที่เป็นจุดเด่นและโอกาสพัฒนาได้เหมาะสมกับสถานการณ์ และกระตุ้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
การวางแผน (Planning)	สามารถวิเคราะห์และระบุประเด็นสำคัญจากการศึกษารายงานการประเมินตนเองของสถานพยาบาล และนำมาวางแผนการเยี่ยมล่วงหน้าร่วมกับทีมเยี่ยมสำรวจ
การทำงานเป็นทีม (Teamwork)	สามารถทำงานร่วมกับสมาชิกอื่นในทีมเยี่ยมสำรวจโดยมีเป้าหมายร่วมกัน นำประเด็นที่พบจากการเยี่ยมมาแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงเพื่อให้ได้ข้อสรุปไปในทิศทางเดียวกัน
การเขียนรายงาน (Report Writing)	เขียนรายงานด้วยภาษาที่กระชับ ได้ใจความ ตรงประเด็น สอดคล้องกับมาตรฐานและเสร็จสิ้นภายในเวลาที่กำหนด

นำมาสู่การทบทวนและปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจในแต่ละระดับให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีการจัดกลุ่มแยกสมรรถนะสำคัญเป็น 3 ประเภท ได้แก่ สมรรถนะพื้นฐาน สมรรถนะทั่วไป และสมรรถนะเฉพาะ

สมรรถนะพื้นฐาน (Basic competency/Behavior): ประกอบด้วยทักษะที่เป็นพื้นฐานจำเป็นในการทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจ ผู้เยี่ยมสำรวจต้องสามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าตามสถานการณ์ ตรงต่อเวลา (adaptability) สามารถใช้ทักษะความเป็นโค้ชสร้างการเรียนรู้ระหว่างเยี่ยม (appreciation inquiry) ต้องเป็นผู้ฟังที่ดี อธิบายเรื่องยากให้เป็นเรื่องง่าย (communication) สามารถสร้างทีมกับสมาชิกในทีมเยี่ยมได้อย่างราบรื่น (teamwork)

สมรรถนะทั่วไป (General competency/Knowledge): ความรู้ ความเข้าใจ เป้าหมาย และประเด็นสำคัญของมาตรฐาน/เครื่องมือคุณภาพ และประยุกต์ใช้ได้ตามบริบทของโรงพยาบาล

สมรรถนะเฉพาะด้าน (Specific/Technical Competency/Ability): สามารถวิเคราะห์/ระบุประเด็นสำคัญจากแบบประเมินตนเอง (SAR) และวางแผนเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล (planning), สามารถนำข้อมูลที่รวบรวมได้ data collection & analytical thinking, กระตุ้นให้ทีมนำเข้าใจและกระตุ้นให้มองภาพรวมของระบบงาน (team interview) เขียนรายงานด้วยภาษาที่กระชับได้ใจความ ตรงประเด็นสอดคล้องกับมาตรฐาน (report writing)

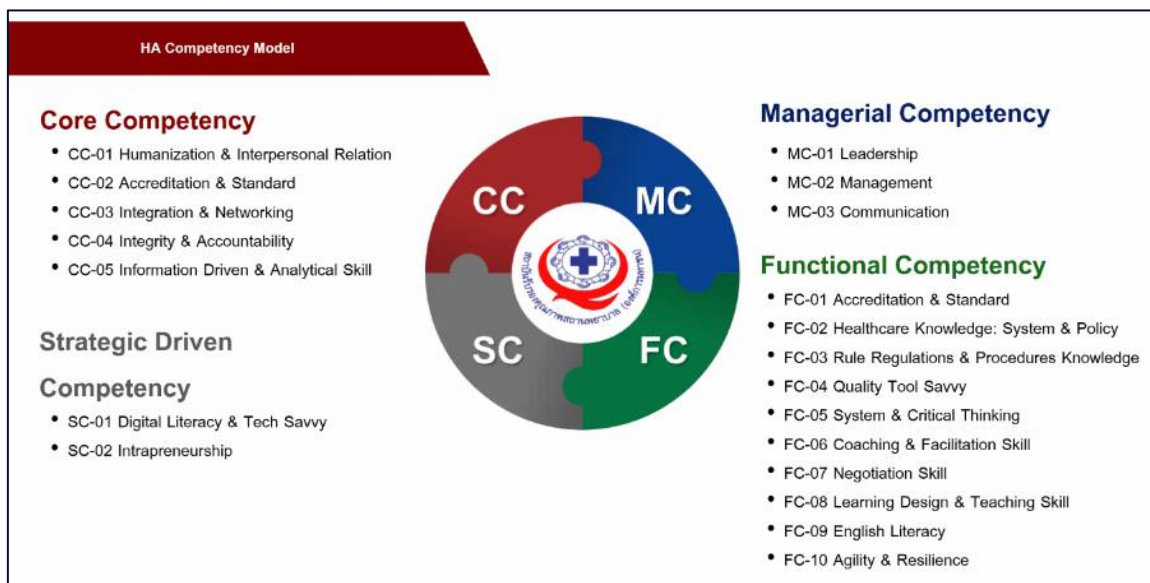


การพัฒนาสมรรถนะผู้เยี่ยมสำรวจในแต่ละระดับ เป็นการออกแบบการพัฒนาสมรรถนะแบบค่อยเป็นค่อยไป เริ่มจากผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ (Quality Expert in Training) โดยจะให้ความสำคัญและปลูกฝังฐานคิด การมีพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อค่านิยมของ สรพ. การประยุกต์ใช้มาตรฐานให้สอดคล้องกับบริบท มีการประเมินสมรรถนะเพื่อหาโอกาสพัฒนาศักยภาพ ยกกระดับเป็นผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ (New Surveyor) สามารถพัฒนาศักยภาพในการเยี่ยมโรงพยาบาลในระดับ micro เชื่อมโยงกับระดับ meso ซึ่งเป็นการฝึกสมรรถนะโดยเน้นนำหน้าการพัฒนาสมรรถนะทั่วไป และสมรรถนะเฉพาะด้านเพิ่มมากขึ้น คาดหวังให้มีการพัฒนาศักยภาพสู่การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์ และหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ มีความสามารถเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลในระดับ macro ตามแผนภาพ

สมรรถนะผู้เยี่ยมสำรวจ และการให้น้ำหนัก ในแต่ละหัวข้อ เปรียบเทียบแต่ละ level			
สมรรถนะ	หัวข้อ	SIT	New Surveyor
<b>Basic</b> (attitude, skill)/ <b>Behavior</b>	- Adaptability	9 (60%)	14 (50%)
	- Appreciation Inquiry		
	- Communication		
	- Teamwork		
<b>General</b> (knowledge)	- HA Standard	1 (10%)	2 (10%)
	- Quality tools		
<b>Specific</b> (skill, task) <b>Ability</b>	- Planning	4 (30%)	11 (40%)
	- Data collection & Analysis		
	- Unit / Team interview*		
	- Report writing		
<b>รวม น้ำหนัก</b>		<b>14</b>	<b>27</b>

**ระบบประเมินผล Competency สำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ**

สถาบันวางระบบการประเมินสมรรถนะของผู้เยี่ยมสำรวจในเรื่องของสมรรถนะหลัก (Core Competency) สมรรถนะเชิงกลยุทธ์ (Strategic-driven Competency) สมรรถนะทางการบริหาร (Managerial Competency) และสมรรถนะตามตำแหน่งงาน (Functional Competency) ตามรูปแบบการพัฒนา HRD Blueprint เพื่อขอการรับรองจาก ISQualEEA โดยมีการแบ่งระดับ Competency ต่างกันตามประสบการณ์และบทบาทหน้าที่ โดยแบ่งระดับ เป็น 4 กลุ่มคือ ผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ (New Surveyor) ผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์ (Experienced Surveyor) หัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ (Surveyor Team Leader) และครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ (Surveyor Trainer) ซึ่งจะมีระดับคะแนนต่างกัน ดังภาพ

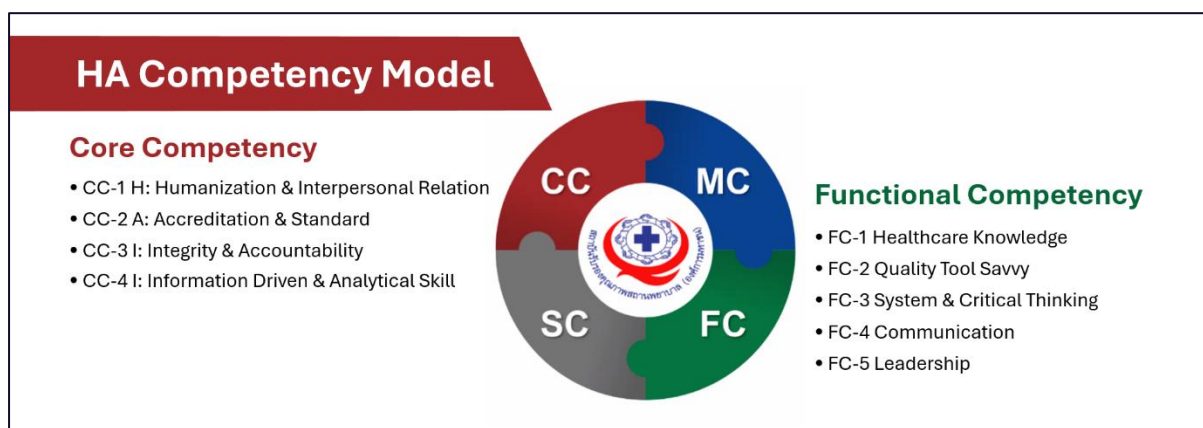


**ระดับสมรรถนะของผู้เยี่ยมสำรวจที่คาดหวัง**

กลุ่มระดับตำแหน่ง	ระดับตำแหน่ง	ประเภทตำแหน่ง	Core Competency					Strategic-Driven		Managerial Competency			Functional Competency									
			CC-01 Humanization & Interpersonal Relation	CC-02 Accreditation & Standard	CC-03 Integration & Networking	CC-04 Integrity & Accountability	CC-05 Information Driven & Analytical Skill	SC-01 Digital Literacy & Tech Savvy	SC-02 Intrapreneurship	MC-01 Leadership	MC-02 Management	MC-03 Communication	FC-01 Accreditation & Standard	FC-02 Healthcare Knowledge: System & Policy	FC-03 Rule Regulations & Procedures Knowledge	FC-04 Quality Tool Savvy	FC-05 System & Critical Thinking	FC-06 Coaching & Facilitation Skill	FC-07 Negotiation Skill	FC-08 Learning Design & Teaching Skill	FC-09 English Literacy	FC-10 Agility & Resilience
<b>Quality Expert</b>																						
Surveyor	Trainer		ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 5	ระดับ 4	ระดับ 2	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 5	ระดับ 3	ระดับ 5	ระดับ 2	ระดับ 5
	Team Lead		ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 2	None	ระดับ 2	ระดับ 4
	Experienced		ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 3	None	None	ระดับ 2	ระดับ 3
	New		ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 2	None	None	ระดับ 1	ระดับ 2
	SIT		ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	None	None	ระดับ 1	ระดับ 2
Quality Coach	QC Trainer		ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 5	ระดับ 4	ระดับ 2	ระดับ 4	ระดับ 5	None	ระดับ 5	ระดับ 2	ระดับ 5	
	Experienced OC (8 yrs+)		ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 3	None	None	ระดับ 2	ระดับ 3	
	Experienced OC (2-8 yrs)		ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 3	None	None	ระดับ 1	ระดับ 2	
	New OC		ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	None	None	ระดับ 1	ระดับ 2
วิชาการ		ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 4	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 4	ระดับ 2	ระดับ 4	None	ระดับ 5	ระดับ 2	ระดับ 3	

ในปี 2568 ได้เริ่มนำชุดสมรรถนะ (Competency model) ที่มีรายละเอียดพฤติกรรม มาออกแบบกระบวนการฝึกและพัฒนาผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ/ผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพ ในหลักสูตร “การฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพ: Quality Expert in Training”

## HA Competency Model สำหรับการฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพ (Quality Expert in Training) ดังภาพ



Competency Matrix สำหรับ Quality Expert in Training								
Core Competency				Functional Competency				
CC-1	CC-2	CC-3	CC-4	FC-1	FC-2	FC-3	FC-4	FC-5
ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 1

### 4.8 กระบวนการเข้าสู่การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ

การเข้าสู่การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบัน มีขั้นตอนการคัดเลือกจาก 2 ส่วน ดังนี้

- 1) คัดเลือกจากผู้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร HA 451 การเตรียมเป็นผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก (External Surveyor Preparation Camp) เป็นขั้นตอนการสรรหา คัดเลือกผู้สนใจเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ โดยผู้เรียนต้องมาเข้าแคมป์ร่วมกันเป็นเวลา 5 วัน 4 คืน ผ่านการเรียนรู้มาตรฐาน เชื่อมโยงมาตรฐานกับบริบทโรงพยาบาล และฝึกทักษะเบื้องต้นของการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ ซึ่งผู้ที่จะเข้าสู่ขั้นตอนนี้ได้ ต้องมีความรู้ความเข้าใจมาตรฐาน HA ผ่านเกณฑ์การประเมินหรือหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานของ สรพ. ซึ่งเป็นคุณสมบัติตามเกณฑ์ทั่วไป โดยจะมีกระบวนการสังเกตทัศนคติ พฤติกรรม และสมรรถนะที่สำคัญต่อการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ จากทีมวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีทั้งครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ และพี่เลี้ยง ร่วมพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ผลการประเมินตนเองต่อความต้องการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ 2) ผลการประเมินจากครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ/วิทยากรกลุ่ม 3) ผลการทำแบบทดสอบหลังการอบรม (ถ้ามี) รวมถึงระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรมอบรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 เพื่อคัดเลือกเข้าโปรแกรมพัฒนาผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ (surveyor in training program) ซึ่งในปี 2568 ได้ปรับการพัฒนาเป็นหลักสูตร “การฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพ: Quality Expert in Training”

- 2) คัดเลือกจากผู้บริหารระดับสูงของสถานพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพ หรือบุคลากรของสถานพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในระบบการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งได้รับการเสนอชื่อจากครูฝึก ผู้เยี่ยมสำรวจ/ผู้เยี่ยมสำรวจอาวุโส คณะกรรมการสถาบัน หรือผู้บริหารสถาบัน และผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ

ภาพแสดงการปรับปรุงเป็นหลักสูตรการฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพ (Quality Expert in Training) ปี 2568



#### 4.9 กระบวนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ

กระบวนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ แบ่งเป็น 3 โปรแกรม ดังนี้

- 1) โปรแกรมที่ 1: กระบวนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ (initial program for new surveyor: new surveyor training program) เป็นโปรแกรมเพื่อสรรหา คัดเลือก และพัฒนาบุคคลที่สนใจเป็นผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบัน ประกอบด้วย 2 กระบวนการ ใช้ระยะเวลาการฝึกโดยประมาณ 2 ปี
 

กระบวนการที่ 1: ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ (Quality Expert in Training: QEIT): ปี 2568 ได้พัฒนาเป็นหลักสูตร “การฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพ: Quality Expert in Training” เริ่มตั้งแต่กระบวนการสรรหาผู้ที่มีความสนใจและมีสมรรถนะสอดคล้องกับการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ คัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากหลักสูตร HA451 เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้และประเมินเพื่อคัดเลือกเป็น ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ เข้าโปรแกรมการในหลักสูตรการฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพ: Quality Expert in Training ได้รับการพัฒนาและคัดเลือกผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนเป็น ผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ (new surveyor)

กระบวนการที่ 2: ผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ (new surveyor): จะได้รับการพัฒนาเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และสมรรถนะ โดยมีครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ ฝึกทักษะและกำกับดูแล ตลอดระยะเวลา 1 ปี จนได้รับการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนเป็นผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์ (experienced surveyor)

## 2) โปรแกรมที่ 2: กระบวนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์/มีศักยภาพ (ongoing training

program for upscale experienced surveyor each level) มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ สมรรถนะของผู้เยี่ยมสำรวจ ที่ทำหน้าที่เป็นผู้เยี่ยมสำรวจให้เข้มแข็ง สร้างการเรียนรู้ บูรณาการใช้ มาตรฐานกับบริบทโรงพยาบาลในการเยี่ยมสำรวจได้อย่างมีคุณค่า

- Experienced surveyor training program ปีที่ 1-5: สำหรับผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์ 1 ปี ถึง 5 ปี โดยมีกระบวนการพัฒนา เช่น การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การเยี่ยมสำรวจร่วมกับครูฝึก ผู้เยี่ยมสำรวจ/ผู้เยี่ยมสำรวจอาวุโสตามระยะเวลาที่กำหนด การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดระบบการให้คำปรึกษา และการจัดทำ portfolio และนำข้อมูล competency มาออกแบบ แผนการสอน/สร้างการเรียนรู้เฉพาะราย เพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนา

## 3) โปรแกรมที่ 3: กระบวนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจเฉพาะด้าน (specialists training program) มี

วัตถุประสงค์เพื่อยกระดับความสามารถ การใช้มุมมองที่หลากหลาย ในการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจระดับหัวหน้า ทีม ครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ และผู้เยี่ยมสำรวจที่สามารถเยี่ยมประเมินรับรองในมาตรฐานหลากหลายตาม โปรแกรมการรับรองที่เป็น product ต่างๆ ของสถาบัน

- Experienced surveyor training program ปีที่  $\geq 5$ : สำหรับผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์ มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี และมีจำนวนวันการปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้เยี่ยมสำรวจ (man-day) ครบตาม เกณฑ์ โดยฝึกเยี่ยมสำรวจร่วมกับครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อยกระดับการพัฒนาขึ้นทะเบียนเป็น หัวหน้าทีมเยี่ยมสำรวจ (team leader surveyor) และ/หรือพัฒนาสู่การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจเฉพาะ ด้าน (specific technical standards surveyor)
- Experienced surveyor training program ปีที่  $>10$ : สำหรับผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์ มากกว่า 10 ปี ผ่านประสบการณ์เป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ โดยฝึกบทบาทการเป็นครูฝึกผู้เยี่ยม สำรวจ (potential surveyor trainer) เน้นการฝึกปฏิบัติตามบทบาทความเป็นครู ทักษะการโค้ช ให้แก่ผู้เยี่ยมสำรวจประสบการณ์ 1-5 ปี และฝึกเยี่ยมสำรวจร่วมกับครูฝึก พร้อมการประเมินผล เพื่อยกระดับการพัฒนาขึ้นทะเบียนเป็นครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ (surveyor trainer)

### 4.10 แนวทางการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ แต่ละโปรแกรมการพัฒนา

#### 1) แนวทางการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ (initial training program)

1.1 แนวทางการพัฒนาผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ พัฒนาและคัดเลือกจากหลักสูตรการฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญ ด้านคุณภาพ: Quality Expert in Training Academy มีขั้นตอน ดังนี้

**การปฐมนิเทศ** (orientation program) ปี 2568 ปรับเป็นการสัมมนาเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพ (Orientation & Coursework for Quality Expert in Training) มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปรัชญาของสถาบัน จริยธรรมของผู้สำรวจ อัตลักษณ์การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ สรพ. ทบทวนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นสำคัญของมาตรฐาน HA

เชื่อมโยงกับบริบทขององค์กร รวมทั้งสื่อสารแผนพัฒนาสมรรถนะและการประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อขึ้นทะเบียนในระดับสูงต่อไป

**การลงพื้นที่ฝึกเยี่ยมสำรวจ (site visit)** เน้นการฝึกทักษะที่จำเป็นด้วยการฝึกภาคสนาม/ลงพื้นที่เยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล กรณีเข้าร่วมฝึกภาคสนามลงพื้นที่ ฝึกเยี่ยม สำรวจโรงพยาบาล เรียกว่า “ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ” ผู้ฝึกจะได้รับการพัฒนาและประเมินสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง และเมื่อสิ้นโครงการ ครูฝึก/พี่เลี้ยงผู้เยี่ยมสำรวจ จะพิจารณาความเหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อพิจารณาเสนอต่อคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพในบทบาทต่างๆ

**การประเมินผล** ผู้เข้าร่วมฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพ (Quality Expert in Training) ใช้วิธีการวัดผลประเมิน 3 ครั้ง คือ 1) การประเมินช่วง Orientation & Coursework: จำนวน 1 ครั้ง 2) การประเมินช่วง Site Visit จำนวน 2 ครั้ง โดยครูฝึก/พี่เลี้ยง บันทึกผลการประเมินลงในแบบฟอร์มการประเมินผลผู้เข้าร่วมฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพ เพื่อติดตามผลลัพธ์การฝึกอบรมแบบ Real-Time และสามารถวิเคราะห์ผลรายบุคคลได้อย่างชัดเจน โดยอ้างอิงเกณฑ์ประเมินผลและการคัดเลือก และ HA Competency Model สำหรับการฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพ (Quality Expert in Training) ซึ่งผลการประเมินนำมาพิจารณา เพื่อคัดเลือกผู้ฝึกอบรมให้เหมาะสมกับบทบาท(ผู้เยี่ยมสำรวจ (Surveyor) วิทยากรหลักสูตรสถาบัน (Speaker) ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ (Quality Coach) และ ผู้จัดการศูนย์คุณภาพ (Quality Management Representative) ตามดุลยพินิจ

เกณฑ์พิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ ผู้เข้าร่วมฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพ ต้องมีระดับคะแนน เท่ากับ 12 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 18 คะแนน มีคะแนนในสมรรถนะสำคัญที่กำหนดอยู่ในคะแนนระดับ 2 ประกอบกับการมีเจตจำนงที่ต้องการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบัน เมื่อกิจกรรมการฝึกครบตามกำหนด สำนักงานรวบรวมผลประเมินสมรรถนะผลการพิจารณาในส่วนของครูฝึก/พี่เลี้ยง ทำรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ที่กำหนด เสนอแก่คณะกรรมการคัดเลือกฯ เพื่อพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ (new surveyor) ต่อไป

## 1.2 แนวทางการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ (New surveyor program) มีขั้นตอน ดังนี้

**การปฐมนิเทศ (orientation program)** มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจและความคาดหวังต่อบทบาทหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจ ทบทวนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปรัชญาของสถาบัน แนวปฏิบัติที่ดี และจริยธรรมของผู้เยี่ยมสำรวจ อุตลักษณ์การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ สรพ. ทบทวนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นสำคัญของมาตรฐาน HA เชื่อมโยงกับบริบทขององค์กร สื่อสารแผนการพัฒนาสมรรถนะและการประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อขึ้นทะเบียนในระดับสูงต่อไป รวมทั้งรับทราบขั้นตอนการอุทธรณ์ผลการพิจารณาแต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ

**การลงพื้นที่ฝึกเยี่ยมสำรวจ (Site visit)** เป็นการฝึกทักษะการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจใหม่จำนวน 3-5 ครั้งต่อปี โดยปฏิบัติหน้าที่เป็นหนึ่งในสมาชิกทีมเยี่ยมสำรวจ ภายใต้การกำกับนิเทศของครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ เรียนรู้และฝึกปฏิบัติตามบทบาทของการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจที่ดีภายใต้ระเบียบปฏิบัติของ สรพ. การบริหารจัดการตัวเองในการทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจ ตั้งแต่การเตรียมตัวก่อนวันเยี่ยม การเยี่ยมสำรวจ การส่งรายงานการเยี่ยม

สำรวจ และประเมินตนเองตามแนวทางที่สถาบันกำหนด พร้อมเรียนรู้มุมมองการประเมินจากครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อเทียบกับผลการประเมินตนเองและหาโอกาสพัฒนาตนเองสำหรับการฝึกเยี่ยมครั้งต่อไป รวมทั้งสรุปทบทวนการฝึกทักษะการเยี่ยมสำรวจทุกครั้งและส่งให้สำนักงานเก็บเป็น profile ของแต่ละบุคคล

**การประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์** สถาบันจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของการเยี่ยมสำรวจกับครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลจากเพื่อนผู้เยี่ยมสำรวจและ/หรือผู้เชี่ยวชาญ เป็นการสร้างการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ ได้แก่ การประชุมผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ประจำปี (Workshop share and learn experience of new surveyors) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเยี่ยมสำรวจและเพิ่มพูนทักษะและความรู้ ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนผลงานร่วมกัน เป็นกลไกในการสร้างมาตรฐานผู้เยี่ยมสำรวจให้สามารถสร้างคุณค่าให้กับสถานพยาบาลในเป้าหมายที่ใกล้เคียงกัน โดยเรียนรู้วิธีการที่หลากหลายจากต่างประสบการณ์

**การประเมินสมรรถนะ (competency assessment)** ทุกครั้งของการฝึกปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ ต้องประเมินตนเองตามแนวทางที่กำหนด ทั้งสมรรถนะด้านพื้นฐาน ด้านทั่วไป และเฉพาะด้านของผู้เยี่ยมสำรวจ ซึ่งสมรรถนะจะมีการถ่วงน้ำหนักในแต่ละสมรรถนะเป็นส่วนที่เข้มข้นมากขึ้นจากกลุ่มผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ แล้วนำผลการประเมินตนเอง มาเรียนรู้เทียบเคียงกับครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อเห็นโอกาสพัฒนาและวางแผนพัฒนาต่อเนื่องในการเยี่ยมสำรวจครั้งต่อไป

**ผลการปฏิบัติงานและขึ้นทะเบียน** เมื่อผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ได้รับการฝึกเยี่ยมครบตามเกณฑ์ สำนักงานจะรวบรวมผลประเมินสมรรถนะส่วนของผู้เยี่ยมสำรวจ จัดทำรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ที่กำหนดของผู้เยี่ยมสำรวจใหม่แต่ละคน เสนอแก่คณะกรรมการคัดเลือกฯ เพื่อพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์ (experienced surveyor) ต่อไป

## 2) แนวทางการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์ (ongoing training program)

เป็นโปรแกรมเพื่อเพิ่มทักษะ ประสบการณ์ ในการเยี่ยมสำรวจ ให้ผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์ และมีศักยภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

- 1) **Learning by doing fieldwork with the team:** เป็นการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาล ที่ผู้เยี่ยมสำรวจทุกคนต้องมีวันเยี่ยมสำรวจ ไม่น้อยกว่า 10 วัน (5 ครั้ง) ต่อปี เพื่อเพิ่มประสบการณ์และเพิ่มพูนทักษะในการเยี่ยมสำรวจที่หลากหลาย
- 2) **Workshop share and learn experience of all surveyors:** เป็นการประชุมผู้เยี่ยมสำรวจประจำปี เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานร่วมกัน ทบทวนความรู้ใหม่ และเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงกฎ ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ สรุปผลงานและแผนงานของแต่ละปี รวมถึงเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้เยี่ยมสำรวจรุ่นต่างๆ
- 3) **Surveyor training camp:** เพื่อยกระดับให้สมรรถนะของผู้เยี่ยมสำรวจอยู่ในมาตรฐานเดียวกัน เป็นโปรแกรมเพื่อพัฒนาความรู้ ฝึกทักษะด้านต่าง ๆ และงานที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมสำรวจให้สอดคล้องกับ competency level ในลักษณะการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่

- 4) **Special course for individual group:** เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการเฉพาะกลุ่ม เพื่อพัฒนาหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ และผู้เยี่ยมที่เยี่ยมได้หลากหลาย เช่น การเยี่ยมสำรวจระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ เป็นต้น
- 5) **Learning by yourself with HAI program support:** เป็นการเรียนรู้ด้วยตัวเอง จากเอกสาร สื่อต่างๆ และการประชุมหลักสูตรต่างๆ ที่ผู้เยี่ยมสำรวจสนใจ ที่สอดคล้องกับสมรรถนะที่จำเป็น (competency needs)

### 3) แนวทางการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจเฉพาะด้าน (specialists training program)

เป็นโปรแกรมเพื่อเพิ่มทักษะ ประสบการณ์ ในการเยี่ยมสำรวจให้ผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์/มีศักยภาพอย่างต่อเนื่อง และเพื่อยกระดับความสามารถ การใช้มุมมองหลากหลายในการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจระดับหัวหน้าทีม ครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ และผู้เยี่ยมสำรวจที่สามารถเยี่ยมประเมินรับรองเฉพาะด้าน ในมาตรฐานหลากหลายตามโปรแกรมการรับรองที่เป็น product ต่างๆ ของสถาบัน โดยมีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

- Experienced surveyor training program ปีที่ >5-10: สำหรับผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ถึง 10 ปี โดยฝึกเยี่ยมสำรวจร่วมกับครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อยกระดับการพัฒนาขึ้นทะเบียนเป็นหัวหน้าทีมเยี่ยมสำรวจ (team leader surveyor) และ/หรือพัฒนาสู่การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจเฉพาะด้าน (specific technical standards surveyor)
- Experienced surveyor training program ปีที่ >10: สำหรับผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี โดยฝึกบทบาทการเป็นครูฝึก (potential surveyor trainer) เน้นการฝึกปฏิบัติตามบทบาทความเป็นครู ทักษะการโค้ช ให้แก่ผู้เยี่ยมสำรวจประสบการณ์ 1-5 ปี และฝึกเยี่ยมสำรวจร่วมกับครูฝึกพร้อมการประเมินผล เพื่อยกระดับการพัฒนาขึ้นทะเบียนเป็นครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ (surveyor trainer) โดยต้องผ่านประสบการณ์การเป็นหัวหน้าทีม

#### 4.11 ลำดับขั้นการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจเฉพาะด้าน

##### หัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ (Team leader surveyor)

##### เกณฑ์การคัดเลือกผู้มีศักยภาพเข้าโปรแกรมพัฒนาหัวหน้าทีมเยี่ยมสำรวจ

อ้างอิงจากการประชุมคณะกรรมการคัดเลือกฯ ผู้เยี่ยมสำรวจ ครั้งที่ 4/2567 วันพฤหัสบดีที่ 17 ตุลาคม 2567

- 1) ประสบการณ์การเยี่ยมสำรวจ ไม่น้อยกว่า 5 ปี (ไม่นับรวมปีแรก new surveyor)
- 2) ประสบการณ์จำนวนวันเยี่ยมสำรวจ man-day ปรับเป็น 50 man-day ขึ้นไป ทั้งการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรอง/การต่ออายุ และการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง
- 3) เกณฑ์ประเมินตาม competency level of surveyors ระดับ 3 ขึ้นไป
- 4) ได้รับการคัดเลือกเป็น potential team leader surveyor ตามเกณฑ์เพิ่มเติมรายละเอียด คือ
  - 4.1 ร่วมกับการให้ข้อคิดเห็นที่ได้จากการสังเกต - การประเมินพฤติกรรมร่วมกันของผู้เยี่ยมสำรวจอาวุโส และกรรมการคัดเลือกฯ ผู้เยี่ยมสำรวจ จำนวน 5 คน
  - 4.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ 1) ความสามารถในการจัดการความขัดแย้ง (conflict management)
  - 2) ภาวะผู้นำ (leadership) 3) การควบคุมอารมณ์ที่ดี (EQ: emotional quotient)

- 5) เป็นไปตามความสมัครใจของผู้เยี่ยมสำรวจ
- 6) คณะกรรมการคัดเลือกฯ ผู้เยี่ยมสำรวจ พิจารณาตัดสินใจขั้นตอนสุดท้าย จากข้อมูล ข้อ 4 และเข้าสู่กระบวนการฝึกตามโปรแกรมการฝึกทักษะและพัฒนาหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

#### หน้าที่รับผิดชอบของหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

- การเตรียมตัวก่อนการเยี่ยมสำรวจ: เป็นผู้นำในการประชุมเตรียมทีมเยี่ยมสำรวจเพื่อวางแผนการเยี่ยมสำรวจร่วมกัน โค้ชให้สมาชิกทีมมองเชิงระบบและสรุปประเด็นสำคัญในการเยี่ยมสำรวจอย่างครอบคลุมตามบริบท
- เป็นผู้นำสร้างการเรียนรู้ให้กับทีมผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อให้กระบวนการเยี่ยมสำรวจเป็นไปอย่างราบรื่น
  - ประมวลผลการเยี่ยมสำรวจเพื่อปรับแผนการเยี่ยมสำรวจที่เหมาะสม
  - นำทีมในการอภิปรายแลกเปลี่ยน ประมวลข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมของแต่ละทีมเพื่อให้เห็นภาพรวมของโรงพยาบาล มาใช้สรุปผลการเยี่ยมสำรวจและการตัดสินใจ
  - สร้างการเรียนรู้ในประเด็นที่ได้จากการเยี่ยมที่มีความสอดคล้องกับมาตรฐานและบริบทของโรงพยาบาล
  - นำทีมในการ scoring ต้องระบุ evidence ที่ชัดเจนในประเด็นสำคัญและทำความเข้าใจกับทีมให้มีความเห็นชอบร่วมกัน
  - วางแผนสร้างการเรียนรู้ใน education session/share and learn ร่วมกับโรงพยาบาล
- สรุปประเด็นในการจัดทำ exit report / ลำดับความสำคัญ ทั้งข้อชื่นชมและข้อเสนอแนะเพื่อจัดทำ exit report
- เป็นผู้แทนทีมเยี่ยมสำรวจในการสรุปประเด็นการเยี่ยมสำรวจให้กับโรงพยาบาลและรวบรวมรายงาน
  - รวบรวมและสังเคราะห์รายงานจากทีมผู้เยี่ยมสำรวจ สรุปเป็น full report ที่สอดคล้องในทิศทางเดียวกัน และจัดทำ executive summary
  - กรณีที่ให้โรงพยาบาลนำเสนอข้อมูลเพิ่มเติมหลังการเยี่ยมสำรวจ หรือเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง (Focus survey) มีการติดตามความก้าวหน้าของโรงพยาบาลและเพิ่มเติมในรายงาน full report ให้สมบูรณ์
  - กรณีจำเป็นต้องพบผู้บริหารสถานพยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้แทนทีมเยี่ยมสำรวจในการสรุปประเด็นสำคัญ สื่อสาร และตัดสินใจร่วมกับทีมผู้บริหารสถานพยาบาล เพื่อให้มีการขับเคลื่อนการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง
  - กรณีที่ยากต่อการตัดสินใจ ทำหน้าที่เป็นผู้แทนของทีมเยี่ยมสำรวจ ในการขอคำปรึกษาจากสถาบัน

**สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ**

สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ ที่ต้องมีเพิ่มจากสมรรถนะของผู้เยี่ยมสำรวจทั่วไป มีรายละเอียดดังนี้

สมรรถนะที่จำเป็น	คำอธิบาย
การจัดการความขัดแย้ง (conflict management)	สามารถประเมินและคาดการณ์ปัญหาความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้น สามารถป้องกันปัญหา ใช้วิธีการอย่างสร้างสรรค์ในการแก้ไขสถานการณ์ สามารถสื่อสารประเด็นที่อ่อนไหวกับผู้บริหารสถานพยาบาลเพื่อยอมรับและยินดีปรับปรุงแก้ไข
ภาวะผู้นำ (leadership)	มีภาวะผู้นำแบบรวมกลุ่ม ทำให้การเยี่ยมสำรวจดำเนินไปอย่างราบรื่น เหมาะสมกับสถานการณ์ ตอบสนองต่อนโยบายของ สรพ.
การควบคุมอารมณ์ที่ดี (emotional quotient)	มีความสามารถในการรับรู้ ควบคุม และจัดการอารมณ์ของตนเองได้อย่างชาญฉลาดเหมาะสมกับสถานการณ์ มีจิตใจมั่นคง รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา มั่นทนทนทนถึงการแสดงออกที่ดีและสิ่งที่ยังทำได้ไม่ดี มีการพัฒนาตนเองในการควบคุมอารมณ์และแสดงออกให้ดียิ่งขึ้น

**แนวทางการพัฒนาเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ****การสรรหาและคัดเลือกผู้มีความรู้ศักยภาพเข้าโปรแกรมการพัฒนาหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ**

- คัดเลือกจากผู้เยี่ยมสำรวจที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ผ่านระบบการฝึกและการประเมินผล

**กระบวนการฝึกทักษะและพัฒนาหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ**

**การปฐมนิเทศ (orientation program)** เพื่อสร้างความเข้าใจในขั้นตอนการฝึก ความคาดหวัง และบทบาทการเป็นหัวหน้าทีม ก่อนเข้าสู่การฝึกภาคสนาม

**การฝึกเยี่ยมสำรวจภาคสนาม** เรียกว่า try & act program จำนวน 1-3 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งตลอดระยะเวลาในการฝึก ทางสถาบันจะจัดครูฝึกที่มีประสบการณ์ให้เป็นที่ปรึกษา และคอยให้ความช่วยเหลือในการเพิ่มทักษะสำคัญ เช่น การจัดการความขัดแย้ง ภาวะผู้นำ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ขั้นการทดลองปฏิบัติ (Try) ภายใต้การดูแลของครูฝึกที่มีประสบการณ์อย่างใกล้ชิด โดย

ก) การเตรียมทีมก่อนเยี่ยมสำรวจ จัดให้ผู้ฝึกหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ ทดลองฝึกวางแผนเตรียมการ

ร่วมกับทีมผู้เยี่ยมสำรวจ ในฐานะเป็นผู้นำการประชุมในการวางแผนและสรุปประเด็นสำคัญ

ข) ระหว่างการเยี่ยมสำรวจ ฝึกเป็นผู้นำในการสร้างการเรียนรู้กับโรงพยาบาลด้วยการสัมภาษณ์ การ

ลงเยี่ยมหน้างาน/ทดลองสรุปผลการเยี่ยมสำรวจ เพื่อปรับแผนการเยี่ยมที่เหมาะสมกับสถานการณ์/

ร่วมวางแผนการทำ education session กับโรงพยาบาล/ฝึกสรุปประเด็นสำคัญในการทำ daily

briefing & exit report

ค) หลังการเยี่ยมสำรวจ เรียนรู้การรวบรวมและเขียนรายงาน ทั้งในส่วนบทสรุปผู้บริหารและตามบทที่ได้รับมอบหมาย

**ขั้นตอนที่ 2** ขั้นการปฏิบัติหน้าที่เยี่ยมสำรวจจริง (Act 1-2) มอบหมายให้ทำหน้าที่ในฐานะหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจจริง (ตั้งแต่การเตรียมทีม - การเยี่ยมสำรวจ - การเขียนรายงาน) โดยมีครูฝึกที่มีประสบการณ์ให้คำปรึกษา

เพิ่มเติม กรณีเป็นผู้เยี่ยมสำรวจระบบงานสนับสนุน จัดให้เข้าร่วมกระบวนการเยี่ยมสำรวจด้านคลินิกเบื้องต้น (preliminary course) คู่กับหัวหน้าทีมที่เป็นครูฝึก ก่อนเข้ากระบวนการฝึกตามโปรแกรม 1-2 ครั้ง ร่วมกับผลการประเมิน

**การขึ้นทะเบียนหัวหน้าทีมเยี่ยมสำรวจ** เมื่อครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจมั่นใจว่า ผู้ฝึกหัวหน้าทีมเยี่ยมสำรวจมีศักยภาพเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดและสามารถปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าทีมได้ทุกขั้นตอน ภายใต้การนิเทศของครูฝึก ไม่น้อยกว่า 2 ท่านแล้ว นำเสนอต่อคณะกรรมการคัดเลือกฯ เพื่อพิจารณาต่อไป

### ครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ (Surveyor trainer)

#### เกณฑ์การคัดเลือกผู้มีศักยภาพเข้าโปรแกรมพัฒนาครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ

- 1) คุณสมบัติเช่นเดียวกับหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ
- 2) มีประสบการณ์การเยี่ยมสำรวจ และ/หรือเป็นวิทยากรสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจอย่างสม่ำเสมอ ไม่น้อยกว่า 9 ปี
- 3) มีคุณสมบัติในการเป็นผู้สอน สร้างการเรียนรู้ให้กับผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้อย่างดี
- 4) เป็นไปตามความสมัครใจของผู้เยี่ยมสำรวจ และเข้าสู่กระบวนการฝึกตามโปรแกรมการฝึกทักษะและพัฒนาครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ

#### หน้าที่รับผิดชอบของครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ

- สรรหาผู้มีศักยภาพที่จะเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ หรือผู้บริหารสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจตามคุณสมบัติที่กำหนด
- เตรียมความพร้อมผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจตามโปรแกรมปฐมนิเทศ (orientation program)
- ประเมินผลการฝึกเยี่ยมสำรวจตามแบบประเมินที่สถาบันกำหนดโดยการสังเกตพฤติกรรมในการทำกิจกรรมและร่วมวางแผนการจัดการฝึกเยี่ยมสำรวจในระดับต่างๆ
- ชี้แนะให้ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจมองเชิงระบบ ฝึกทักษะ จับประเด็น สรุปประเด็นสำคัญเพื่อวางแผน การเยี่ยม ฝึกฝนการเยี่ยมสำรวจ และการเขียนรายงานอย่างครอบคลุม
- เป็นผู้นำสร้างการเรียนรู้ให้กับทีมผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจและ/หรือผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ในระหว่างการฝึกเยี่ยมสำรวจให้สามารถใช้การประเมินเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันได้
- การพัฒนา/ออกแบบหลักสูตรการเรียนการสอน และระบบประเมินผล

### สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ

สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจที่ต้องมี ดังนี้

สมรรถนะที่จำเป็น	คำอธิบาย
การโค้ช (coaching)	สามารถประเมินและคาดการณ์ถึงองค์ความรู้ ทักษะของผู้ฝึกเยี่ยมที่ควรมี และมีทักษะการโค้ช วิธีการอย่างสร้างสรรค์ เพื่อดึงศักยภาพและความสามารถของผู้ฝึกเยี่ยม โค้ชให้ผู้ฝึกเยี่ยมมองเชิงระบบ ฝึกทักษะ จับประเด็น สรุปประเด็นสำคัญ เพื่อวางแผนการเยี่ยม ฝึกฝนการเยี่ยมสำรวจ และการเขียนรายงานอย่างครอบคลุม
ความเป็นครู	มีภาวะความเป็นครู อดทน รักการสอน สร้างการเรียนรู้ ส่งผลให้การเยี่ยมสำรวจดำเนินไปอย่างราบรื่น เหมาะสมกับสถานการณ์ ตอบสนองต่อนโยบายของ สรพ.

### แนวทางการพัฒนาเป็นครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ

**การปฐมนิเทศ** (orientation program) เพื่อสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของครูฝึก ความคาดหวัง ลำดับการพัฒนาเพื่อต่อยอดเป็นครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ

#### ลำดับการพัฒนา

- ปีที่ 1 การจัดทีมเยี่ยมสำรวจ ในบทบาทการเป็นผู้ฝึกเป็นครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ และ/หรือหัวหน้าทีม ร่วมกับ experienced surveyor 1-4 ปี อย่างน้อย 2 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีการประเมินร่วมกัน ผ่าน Google form และนำเสนอผลการประเมินเพื่อพิจารณาต่อไปโดยคณะกรรมการคัดเลือกฯ
- ปีที่ 2 ผู้ฝึกเป็นครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณา เข้าสู่กระบวนการเยี่ยมสำรวจร่วมกัน ระหว่างผู้ฝึกเป็นครูฝึกกับครูฝึกเยี่ยมสำรวจ เพื่อเรียนรู้และฝึกฝน การโค้ชและความเป็นครูที่ดี จำนวนอย่างน้อย 2 ครั้งต่อคนต่อปี เมื่อครูฝึกผู้เยี่ยมเห็นสมควรนำเสนอคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นครูฝึกเยี่ยมสำรวจ ต่อไป



**ระดับทักษะในการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ (Competency level of surveyor)**

ความรู้ (Knowledge)		ระดับทักษะในการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ (Competency level of surveyor)				
	1	2	3	4	5	
แนวคิดคุณภาพ	ผู้และเข้าใจแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ ประยุกต์ 3P ได้ทุกระดับ	สามารถใช้ 3C-PDSA ในระดับหน่วยงาน และทีมระบบ	สามารถใช้ 3C-PDSA ในทุกระดับ เข้าใจความหมายของ core values ทุกตัว สามารถประยุกต์ใช้ comprehensive framework for QI เพื่อให้ข้อเสนอแนะโรงพยาบาล	เข้าใจความหมายของ core values ทุกตัวอย่างลึกซึ้ง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ มีความรู้เกี่ยวกับระบบคุณภาพอื่นๆ สามารถที่จะเชื่อมโยงและให้คำแนะนำได้ ( เช่น TQA, PMAQ, ISO, HNQA, HPH, Humanize, Spirituality)	รับฟังแนวคิดการพัฒนาองค์กรที่ไม่เคยเรียนรู้มาก่อน (จาก สรพ.) รวมถึงแนวคิดคุณภาพใหม่ๆ จากต่างประเทศ (เช่น People centred care) และสามารถนำมาเชื่อมโยงประยุกต์ใช้ หรืออธิบายให้เข้าใจได้ง่าย ศึกษาวิเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพเพื่อสร้างการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง	
เครื่องมือคุณภาพ	เครื่องมือพื้นฐานในการทำงานเป็นทีม: การระดมสมอง การจัดลำดับความสำคัญ 5s	เครื่องมือเพื่อการจัดการระบบความคิด: tree diagram, affinity diagram, mind mapping, cause-effect diagram, interrelationship diagram และเครื่องมือวิเคราะห์ทางสถิติ : control chart, Pareto diagram, pie diagram	เครื่องมือที่มีความเฉพาะสำหรับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เช่น SPA, Trigger Tool, Clinical Tracer, Gap Analysis, Outcome Mapping, EEG, PEF, Patient Experience, Patient and Personnel Safety Goals, Risk Register	เครื่องมือเพื่อการวางแผนและการประเมินของผู้บริหาร เช่น BSC, 7S, Supply Chain management	เชื่อมโยงเครื่องมือคุณภาพกับเรื่องอื่นในการพัฒนาใหม่ๆ เช่น Lean, Six sigma, Change management, Design thinking	
		Potential Surveyor = New Surveyor		Experience	Lead Team	Surveyor Trainer

**ระบบการประเมินสมรรถนะผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ (SIT/QUIIT) และผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ (New surveyor)**

ระบบการประเมินสมรรถนะผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้เริ่มนำร่องคัดเลือก HA Competency Model มาทดลองใช้ในการประเมินสมรรถนะผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ (Quality in Training Program) ผ่าน google sheet ทุกครั้งหลังการฝึกเยี่ยมสำรวจในรพ. โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาสมรรถนะไปสู่ระดับความคาดหวังในทุกประเด็น

การบันทึกข้อมูล ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ/ผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ ประเมินสมรรถนะตนเองทุกครั้งที่ผ่านมา กิจกรรมการฝึกเยี่ยมสำรวจในทุกหัวข้อ และเพิ่มเติมความเห็น วางแผนพัฒนาตนเองต่อเนื่องในระบบสำหรับการฝึกครั้งต่อไป

เมื่อให้คะแนนทุกข้อแล้วระบบจะคำนวณคะแนนค่าเฉลี่ยสมรรถนะในแต่ละด้าน ให้ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้เห็นภาพรวมการพัฒนาสมรรถนะของตนเอง เทียบกับผลการประเมินของครูฝึกผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ

การให้คะแนน คะแนน 1 = need mentor, 2 = need improvement, 3 =acceptable ผู้ประเมินสามารถเพิ่มระดับคะแนน เช่น 1.5 หรือ 2.5 ตามความเห็นของผู้ประเมิน



แบบประเมินผล เพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพผู้เยี่ยมสำรวจในกลุ่มผู้เยี่ยมสำรวจใหม่

ส่วนที่ 1/3 ข้อมูลทั่วไป		ครั้งที่	1	2	3	4	5
<b>สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)</b> <b>กลุ่มภารกิจบริหารและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ</b>	ครั้งที่						
	วอปร.						
<b>แบบประเมินผล เพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพผู้เยี่ยมสำรวจในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย Appraisal Form 2022</b>	จังหวัด						
	ขนาดเตียง						
<b>กลุ่มเป้าหมาย</b> <b>New Surveyor</b>	กิจกรรมเยี่ยม						
	หน้าหน้าเยี่ยม รพ. สมาชิกทีม						
<b>รหัสนี้.. S</b> <b>ชื่อ...</b>							
	ครูผู้เยี่ยมสำรวจ						
	เพื่อนร่วมทีม						

ส่วนที่ 2/3 บันทึกคะแนนการประเมินผล ตามเกณฑ์

ความหมายระดับคะแนน 1= need mentor, 2= need improvement, 3=acceptable ผู้ประเมินสามารถเพิ่มคะแนน 0.5 ในแต่ละระดับคะแนน ตามที่เห็นสมควร การบันทึกคะแนน 1) New Surveyor จะคะแนนในช่อง Self-Ass ในช่องสีขาว 2) Surveyor Trainer จะคะแนนในช่อง Trainer-Ass ในช่องสีเขียว

ที่	เกณฑ์การประเมิน	wt	New surveyor /Surveyor trainer บันทึกคะแนน (คะแนนเต็ม =3)											
			Self-Ass		Trainer-Ass		Self-Ass		Trainer-Ass		Self-Ass		Trainer-Ass	
1	<b>Adaptability</b>													
	1 สามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าตามสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม													
2	<b>Appreciation inquiry</b>													
	2 สรรคต่อเวลา													
3	<b>Communication</b>													
	3 สามารถใช้ทักษะความเป็น coach เพื่อสร้างการเรียนรู้ในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ ด้วยความเข้าใจในบริบทของสถานพยาบาล													
4	<b>Teamwork</b>													
	4 ใฝ่ใจต่อความรู้ ใฝ่ใจและเคารพในความเห็นของผู้อื่นในการเยี่ยมสำรวจ													
5	<b>ทักษะทั่วไป</b>													
	5 เป็นผู้ที่ดี ใฝ่ใจการเรียนรู้และรับทราบข้อบกพร่องของการสนทนา													
6	<b>Planning</b>													
	6 สามารถอธิบายเรื่องที่ผู้ถูกซักซ้อม ใฝ่ใจใฝ่ใจ													
7	<b>Data Collection &amp; Analytical Thinking</b>													
	7 สามารถสร้างบรรยากาศใฝ่ใจต่อการสนทนาอย่างเปิดใจ													
8	<b>ทักษะเฉพาะ</b>													
	8 สามารถสื่อสารสิ่งที่พบเห็นที่เป็นจุดเด่น และโอกาสพัฒนาได้เหมาะสมกับสถานการณ์ และ กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้													
9	<b>Report writing</b>													
	9 สามารถทำงานร่วมกับสมาชิกในทีมผู้เยี่ยมสำรวจอย่างราบรื่น มีเป้าหมายร่วมกันในการสร้าง การเรียนรู้และสร้างองค์ความรู้ให้กับสถานพยาบาล													
10	<b>เขียนรายงานเสร็จสิ้นภายในเวลาที่กำหนด</b>													
	10 สามารถนำเสนอประเด็นจากการเยี่ยมชมแลกเปลี่ยน และเชื่อมโยง เพื่อให้ได้ข้อสรุปไปในทิศทางเดียวกัน													
<b>surveyor competency</b>														
ทักษะพื้นฐาน														
ทักษะทั่วไป														
ทักษะเฉพาะ														
<b>C. AVG score</b>														
<b>surveyor performance</b>														
<b>P. AVG score</b>														

ส่วนที่ 3/3 บันทึกผลการประเมินเพิ่มเติม และ แผนพัฒนาต่อเนื่อง

1. New Surveyor (ความเห็นเพิ่มเติม หมายถึง ประเมินตนเองในทักษะที่พัฒนาได้ดีขึ้น โอกาสพัฒนาของตนเอง และอื่นๆ)

ครั้งที่	ความเห็นเพิ่มเติม	แผนพัฒนาต่อเนื่อง
ครั้งที่ 1	ความเห็นเพิ่มเติม	แผนพัฒนาต่อเนื่อง
ครั้งที่ 2	ความเห็นเพิ่มเติม	แผนพัฒนาต่อเนื่อง
ครั้งที่ 3	ความเห็นเพิ่มเติม	แผนพัฒนาต่อเนื่อง
ครั้งที่ 4	ความเห็นเพิ่มเติม	แผนพัฒนาต่อเนื่อง
ครั้งที่ 5	ความเห็นเพิ่มเติม	แผนพัฒนาต่อเนื่อง

2. Trainer Surveyor

ครั้งที่	ความเห็นเพิ่มเติม	แผนพัฒนาต่อเนื่อง
ครั้งที่ 1	ความเห็นเพิ่มเติม	แผนพัฒนาต่อเนื่อง
ครั้งที่ 2	ความเห็นเพิ่มเติม	แผนพัฒนาต่อเนื่อง
ครั้งที่ 3	ความเห็นเพิ่มเติม	แผนพัฒนาต่อเนื่อง
ครั้งที่ 4	ความเห็นเพิ่มเติม	แผนพัฒนาต่อเนื่อง
ครั้งที่ 5	ความเห็นเพิ่มเติม	แผนพัฒนาต่อเนื่อง

### เกณฑ์ประเมินผลงานและเกณฑ์การขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ

สถาบันกำหนดเกณฑ์ประเมินผลงาน (performance) ของผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ/ผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ โดยพิจารณาจากความคาดหวัง/เป้าหมายที่กำหนด คือ

#### ตาราง แสดงเกณฑ์ประเมินผลงานผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ (performance)

ผลการประเมิน performance		average score: SIT	average score: New surveyor
ดีมาก	เขียว	> 1.7	> 2.5
ดี	เหลือง	1.5 - 1.7	2.0 - 2.5
ค่อนข้างดี	ส้ม	= 1.5	= 2
ต้องพัฒนา	แดง	< 1.5	< 2

ทุกครั้งที่มีการจัดกิจกรรมการฝึกเยี่ยมสำรวจให้แก่ผู้รับการฝึกเยี่ยม สถาบันจัดครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจร่วมในกิจกรรมทุกครั้ง ทำหน้าที่ออกแบบกระบวนการฝึกทักษะ กำกับ และประเมินผู้รับการฝึกเยี่ยมทุกครั้ง

ผลการประเมินสมรรถนะ/ผลงานของผู้รับการฝึกเยี่ยม จะนำมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับการทำรายงานเสนอคณะกรรมการคัดเลือกฯ พิจารณาขึ้นทะเบียน โดยผู้จัดการโปรแกรมจัดทำเกณฑ์การขึ้นทะเบียน เสนอต่อคณะกรรมการคัดเลือกฯ และได้รับการอนุมัติให้ใช้เป็นแนวทางในการขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจใหม่และผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์ เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2566 รายละเอียดในตาราง ด้านล่าง

จากแนวทางการฝึกเยี่ยมสำรวจในกลุ่มเป้าหมาย กำหนดจำนวนครั้งของการฝึกเยี่ยมโรงพยาบาล จำนวน 3-5 ครั้ง /คน และจากเกณฑ์จะเห็นได้ว่า หากผลการประเมินผลงานเป็นไปตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนที่กำหนด สามารถเสนอผลการประเมินของผู้รับการฝึกเยี่ยมให้คณะกรรมการคัดเลือกฯ พิจารณาได้จากการฝึกเยี่ยม จำนวน 3 ครั้ง เป็นอย่างน้อย

#### ตารางแสดง เกณฑ์การขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ

ผลการประเมินศักยภาพ	แนวทางพิจารณาขึ้นทะเบียน
สีเขียว $\geq$ 3 ครั้ง ต่อเนื่อง	ขึ้นทะเบียน (A+) โดยไม่ต้องฝึกครบ 5 ครั้ง
สีแดง ต่อเนื่อง 3 ครั้ง	ยุติการฝึกเยี่ยม
สีเขียว 2 ครั้ง เป็นอย่างน้อย	ขึ้นทะเบียน (A)
สีเขียว 1 ครั้ง เป็นอย่างน้อย	ขึ้นทะเบียน (B+)
สีเหลือง 2 ครั้ง เป็นอย่างน้อย	ขึ้นทะเบียน (B) แบบมีเงื่อนไข*
อื่นๆ นอกจากนี้	เสนอคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณาเป็นรายกรณี

หมายเหตุ: \* แบบมีเงื่อนไข ฝึกเพิ่ม 2 ครั้ง เสนอพิจารณาและผลประเมินเป็นสีเขียว 1 ครั้งเป็นอย่างน้อย ขึ้นทะเบียน (B+)

## ระบบการประเมินสมรรถนะและผลงานของผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์ (Experienced Surveyor)

สถาบันกำหนดให้มีระบบการประเมินสมรรถนะและผลงานผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อนำผลการประเมินมาพัฒนาทักษะและความชำนาญของการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ โดย

- การประเมินตนเองและจากเพื่อนร่วมทีมเยี่ยมสำรวจ (360) หลังจากสิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจแต่ละครั้ง
- การประเมินจากสถานพยาบาลทุกครั้งที่มีการเยี่ยมสำรวจ
- การประเมินตนเองของผู้เยี่ยมสำรวจตามระดับขั้นสมรรถนะการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ (surveyor competency level) ปีละ 1 ครั้ง

## ระบบการประเมินสมรรถนะผู้เยี่ยมสำรวจเฉพาะด้าน

### การประเมินสมรรถนะหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

การประเมินของผู้ฝึกหัวหน้าทีมเยี่ยมสำรวจ (potential team leader surveyor) เป็นการประเมินสมรรถนะตามหัวข้อที่กำหนด สอดคล้องกับเกณฑ์การเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ โดยประเมินตนเองและครูฝึกผู้เยี่ยมประเมิน ผ่านเอกสารแบบประเมินผลเพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจแบบประเมินผล เพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

Evaluation Criteria (Total Score 5) Surveyor Team Lead	1 11-12 December 2024 Phranangklap Hospital, Nonthaburi		2 19-20 February 2025 Buriram Hospital, Buriram		3 11-12 June 2025 Hua Hin Hospital, Prachuap Khiri Khan	
	Training	Surveyor Trainer	Training	Surveyor Trainer	Training	Surveyor Trainer
	1. Basic Competencies (11 items)					
1.1 Adaptability	4.50	4.50	4.50	4.50	4.50	4.50
1.2 Humanization	4.00	4.00	4.00	4.00	4.33	4.33
1.3 Communication	4.00	3.88	4.00	4.00	4.00	4.00
1.4 Teamwork	3.75	3.75	4.00	4.00	4.00	4.00
2. General competence (3 items)						
2.1 Knowledge of HA Standards, quality tools	3.83	3.67	4.00	3.67	4.00	4.00
3. Specific competencies (16 items)						
3.1 Planning	4.00	3.50	4.00	4.00	4.00	4.00
3.2 Information gathering and analysis	3.88	3.50	3.88	3.75	4.00	4.00
3.3 Unit Interview/Team Interview	4.00	4.00	4.00	4.17	4.00	4.00
3.4 Providing appropriate solutions to immediate problems	3.75	3.75	4.00	4.00	4.00	4.00
3.5 Report writing	4.00	4.00	4.00	4.50	4.00	4.00
3.6 Leadership	4.33	4.00	4.67	4.33	4.50	4.50
Surveyor Competency						
1. Basic Skill (Total Score: 205)	166.25	164.25	168.00	168.00	172.00	172.00
2. General Skill (Total Score: 55)	42.00	40.50	44.00	40.50	44.00	44.00
3. Specific Skill (Total Score: 315)	252.00	237.50	257.00	257.75	257.50	257.50
Surveyor Performance						
Total score (Total Score 575)	460.25	442.25	469.00	466.25	473.50	473.50
Registration criteria score (Full Score 5)	4.00	3.85	4.00	4.05	4.12	4.12

### เกณฑ์ประเมินผลงาน (performance) และเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

เกณฑ์คะแนนการประเมิน performance ของหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจในการฝึกเยี่ยมแต่ละครั้ง

Performance Evaluation for LS		
จัดกลุ่ม	สี	ช่วงคะแนน
ดีมาก	เขียว	> 3.5
ดี	เหลือง	≥ 3 - 3.5
ต้องพัฒนา	แดง	< 3

เกณฑ์การพิจารณาขึ้นทะเบียนในการฝึก 3 ครั้ง จาก Experienced Surveyor เป็น Lead Team Surveyor	
1. สีเขียว ≥ 2 ครั้ง = ขึ้นทะเบียน (A+)	
2. สีเขียว > 1 ครั้ง สีเหลือง 2 ครั้ง = ขึ้นทะเบียน (A)	
3. สีเหลือง 3 ครั้ง เป็นอย่างน้อย = ขึ้นทะเบียน (B)	
4. สีเหลือง 2 ครั้ง สีแดง 1 ครั้ง = เสนอคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา	
5. สีแดง ต่อเนื่อง 2 ครั้ง = ยุติการฝึก กรณีที่ต้องไปเยี่ยมสำรวจครั้งที่ 3 โดย - ผลประเมินครั้งที่ 3 สีเขียว ฝึกต่ออีก 1 ครั้ง - ผลประเมินครั้งที่ 3 สีเหลือง ฝึกต่ออีก 2 ครั้ง	
6. อื่นๆ นอกจากนี้ พิจารณาเป็นรายกรณี	

## การประเมินสมรรถนะครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ

### การประเมินสมรรถนะ ปีที่ 1

เป็นการประเมินของผู้ฝึกเป็นครูฝึก & experienced surveyor ผ่าน google form ตามแบบประเมินหัวข้อ “การโค้ชและความเป็นครู” โดย

- ผู้ฝึกเป็นครูฝึก (potential surveyor trainer) ประเมินตนเองในการทำหน้าที่และข้อเสนอแนะต่อการเขียนรายงานของ experienced surveyor
- Experienced surveyor ประเมินตนเองด้านการเขียนรายงาน แผนพัฒนาตนเอง และการทำหน้าที่ของผู้ฝึกเป็นครูฝึก

เมื่อครบกำหนดการฝึกเยี่ยมตามเกณฑ์ สถาบันรวบรวมผลการประเมินและนำเสนอผลการประเมินเพื่อพิจารณาต่อไป โดยคณะกรรมการคัดเลือกฯ

### การประเมินสมรรถนะ ปีที่ 2

ประเมินผลการฝึกโดยใช้แบบประเมินและวิธีการประเมินเหมือนปีที่ 1 และเพิ่มการประเมินของครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ ในประเด็น การโค้ชและความเป็นครูที่ดี  
แบบประเมินผล เพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ

<p style="text-align: right;">PIA-ACD-..... Date:</p> <p style="text-align: center;">แบบประเมินตนเองของผู้เยี่ยมสำรวจ “ที่เยี่ยมฯ” ปีที่ 1 / 2565</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินตนเองในบทบาทหน้าที่ของการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ “ที่เยี่ยมฯ”</p> <p>ชื่อผู้เยี่ยมสำรวจ “ที่เยี่ยมฯ” &amp; S code _____</p> <p>ชื่อ Existing Surveyor _____</p> <p>วันที่ _____ กิจกรรม <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> SS</p> <p>โรงพยาบาล..... จังหวัด _____</p> <p>ประเภท <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F _____</p> <p>ครั้งที่ _____</p> <p>เกณฑ์การประเมินสมรรถนะ</p> <p>1. การโค้ช (Coaching)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สามารถประเมินและคาดการณ์ถึงองค์ความรู้ ทักษะ ของผู้เยี่ยมสำรวจที่ควรมีและมีทักษะโค้ช วิธีการอย่างสร้างสรรค์ เพื่อฝึกศักยภาพและความสามารถของผู้เยี่ยมสำรวจ</li> <li>- ได้ให้ผู้เยี่ยมสำรวจเองหรือระบบ มีทักษะ จัดประเด็น สืบประเด็นสำคัญที่วางแผนการเยี่ยม มีกนก การเยี่ยมสำรวจ และการเขียนรายงานอย่างครอบคลุม</li> </ul> <p>2. ความเป็นครู ภาวะความเป็นครู อุดหนุน ฝึกการสอน สร้างการเรียนรู้ ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสถานการณ์ ตอบสนองต่อปัญหา</p> <p>ความคิดเห็นต่อการทำหน้าที่ของตนเอง</p> <p>1. การโค้ช (Coaching)</p> <p>2. ความเป็นครู</p> <p>ชื่อขณะประเมิน _____</p>	<p style="text-align: right;">PIA-ACD-..... Date:</p> <p style="text-align: center;">ความคิดเห็นของ Existing Surveyor ต่อผู้เยี่ยมสำรวจ “ที่เยี่ยมฯ” ปีที่ 1 / 2565</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินบทบาทหน้าที่ของการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ “ที่เยี่ยมฯ”</p> <p>ชื่อผู้เยี่ยมสำรวจ “ที่เยี่ยมฯ” _____</p> <p>ชื่อ Existing Surveyor &amp; S code _____</p> <p>วันที่ _____ กิจกรรม <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> SS</p> <p>โรงพยาบาล..... จังหวัด _____</p> <p>ประเภท <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F _____</p> <p>ครั้งที่ _____</p> <p>เกณฑ์การประเมินสมรรถนะ</p> <p>1. การโค้ช (Coaching)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สามารถประเมินและคาดการณ์ถึงองค์ความรู้ ทักษะ ของผู้เยี่ยมสำรวจที่ควรมีและมีทักษะโค้ช วิธีการอย่างสร้างสรรค์ เพื่อฝึกศักยภาพและความสามารถของผู้เยี่ยมสำรวจ</li> <li>- ได้ให้ผู้เยี่ยมสำรวจเองหรือระบบ มีทักษะ จัดประเด็น สืบประเด็นสำคัญที่วางแผนการเยี่ยม มีกนก การเยี่ยมสำรวจ และการเขียนรายงานอย่างครอบคลุม</li> </ul> <p>2. ความเป็นครู ภาวะความเป็นครู อุดหนุน ฝึกการสอน สร้างการเรียนรู้ ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสถานการณ์ ตอบสนองต่อปัญหา</p> <p>ความคิดเห็นต่อการทำหน้าที่ของผู้เยี่ยมสำรวจ “ที่เยี่ยมฯ”</p> <p>1. การโค้ช (Coaching)</p> <p>2. ความเป็นครู</p> <p>แบบพัฒนาตนเองของ Existing Surveyor _____</p>
--	---

## เกณฑ์ประเมินผลงาน (performance) และเกณฑ์การขึ้นทะเบียนครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ

พิจารณาจากผลการประเมินตนเอง ผลการประเมินจากผู้เยี่ยมสำรวจที่ได้รับการโค้ช และผลการประเมินจากครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ ในประเด็นการโค้ช (coaching) และความเป็นครู โดยสถาบันฯ รวบรวมผลการประเมิน นำเสนอต่อคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ ต่อไป

## 4.12 การต่ออายุผู้เยี่ยมสำรวจ

สถาบัน กำหนดขั้นตอนการต่ออายุผู้เยี่ยมสำรวจ ดังนี้

1) สถาบันจะต่ออายุให้ผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์/มีศักยภาพ (experienced surveyor) โดยพิจารณาจากการทำหน้าที่เป็นผู้เยี่ยมสำรวจให้กับสถาบัน อย่างน้อยปีละ 10 วันเยี่ยมสำรวจ (man-days) และกำหนดระยะเวลาการต่ออายุผู้เยี่ยมสำรวจ ดังนี้

การขึ้นทะเบียนและต่ออายุ	ระยะเวลา	ต่อปี	สะสม
การขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ เป็นผู้เยี่ยมสำรวจ	1 ปี	10 man-days/ปี	10 man-days
การต่ออายุ ครั้งแรก	1 ปี	10 man-days/ปี	10 man-days
การต่ออายุ ครั้งที่สอง	3 ปี	10 man-days/ปี	รวมสะสม 30 man-days
การต่ออายุ ครั้งที่สาม	3 ปี	10 man-days/ปี	รวมสะสม 30 man-days
การต่ออายุ ครั้งที่สี่ ขึ้นไป	5 ปี	10 man-days/ปี	รวมสะสม 50 man-days
ต่ออายุกรณีพิเศษ เช่น เหตุฉุกเฉินที่มีผลกระทบต่อกระบวนการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาล จนส่งผลต่อจำนวนวันเยี่ยม (man-day) ของผู้เยี่ยมสำรวจ	1 ปี	ตามประกาศของสถาบัน	ตามประกาศของสถาบัน

ร่วมกับเกณฑ์ต่อไปนี้

- ร่วมประชุมวิชาการ สัมมนาเชิงปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง หรือตามที่สถาบันกำหนด
  - ไม่มีความประพฤติบกพร่อง ผิดจรรยาบรรณ หรือมีเหตุร้องเรียนใดๆ
  - ผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด/ผ่านเกณฑ์
  - กรณีที่ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขข้างต้น ผลการพิจารณาเพื่อขึ้นทะเบียนและต่ออายุให้เป็นไปตามมติของคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ
- 2) กรณีผู้เยี่ยมสำรวจทำหน้าที่เป็นผู้เยี่ยมสำรวจให้กับสถาบันน้อยกว่า 10 วันทำการ/ปี ไม่ครบตามเกณฑ์การต่ออายุ ให้พิจารณาผู้ที่มีวันเยี่ยมสำรวจ (man-day) อย่างน้อย 6 วันทำการต่อปี ร่วมกับ
- การร่วมกิจกรรมหรือความร่วมมือกับสถาบัน เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพในการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ เช่น เป็นวิทยากรฝึกอบรมให้กับสถาบันที่เกี่ยวกับการเยี่ยมสำรวจ (เช่น HA451, HA501 เป็นต้น) หรือการเยี่ยมสำรวจในกิจกรรมของสถาบัน เช่น การพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจในโปรแกรมหลากหลาย วิเคราะห์เอกสารแบบประเมินตนเองของสถานพยาบาล (SAR) หรือแผนการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล หลังการรับรอง เป็นต้น
  - กรณีที่ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขข้างต้น ผลการพิจารณาการต่ออายุให้เป็นไปตามมติของคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ

## 3) สถาบันจะต่ออายุให้หัวหน้าทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ (team leader surveyor) โดยพิจารณา

- การขึ้นทะเบียนเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ ครั้งแรก กำหนดระยะเวลาการขึ้นทะเบียนมอบหมายให้บุคคลทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจใหม่ มีอายุ 2 ปี ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมอย่างน้อยปีละ 1-2 โรงพยาบาล ร่วมกับการประเมิน Competency อื่น เช่น การวิเคราะห์ SAR การวางแผนเยี่ยมชมสำรวจ การให้คะแนน (Scoring) การเขียนรายงาน
- การต่ออายุครั้งที่ 1 คงสถานภาพของการเป็นผู้เยี่ยมชมสำรวจ, มีอายุ 3 ปี ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีม 1-2 โรงพยาบาลต่อปี และการประเมิน Competency หัวข้อการเขียนรายงาน
- การต่ออายุครั้งที่ 2 และครั้งต่อไป มีอายุ 5 ปี และมีการประเมิน Competency อื่น ร่วมด้วย

## 4) สถาบันจะต่ออายุให้ครูฝึกผู้เยี่ยมชมสำรวจ (surveyor trainer) โดยพิจารณา

- การขึ้นทะเบียนเป็นครูผู้เยี่ยมชมสำรวจ ครั้งแรก กำหนดระยะเวลาการขึ้นทะเบียนมอบหมายให้บุคคลทำหน้าที่เป็นครูฝึกผู้เยี่ยมชมสำรวจใหม่ มีอายุ 2 ปี ทำหน้าที่เป็นครูฝึกผู้เยี่ยมชมสำรวจ อย่างน้อยปีละ 1-2 โรงพยาบาล ร่วมกับการประเมิน Competency อื่น เช่น Coaching & Facilitation Skill, Agility & Resilience เป็นต้น
- การต่ออายุครั้งที่ 1 และครั้งต่อไป คงสถานภาพของการเป็นผู้เยี่ยมชมสำรวจ, มีอายุ 5 ปี ทำหน้าที่เป็นครูฝึกผู้เยี่ยมชมสำรวจ 1-2 โรงพยาบาลต่อปี และการประเมิน Competency อื่น เช่น Learning Design & Teaching Skill เป็นต้น

#### 4.13 สิทธิประโยชน์ของผู้เยี่ยมชมสำรวจ

สถาบัน มอบสิทธิประโยชน์แก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ ดังนี้

- ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม ครอบคลุมปีละครั้ง
- บัตรประจำตัวผู้เยี่ยมชมสำรวจ
- สูทที่มีตราของสถาบัน 1 ตัว
- เสื้อยืดสถาบัน (HA Forum) ปีละ 1 ตัว
- การเข้าร่วมเป็นแขกรับเชิญงาน HA National Forum ทุกปี โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน และจะได้รับคะแนนสะสมหน่วยกิตวิชาชีพ ของแต่ละวิชาชีพ ทุกปี
- หนังสือ หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้เยี่ยมชมสำรวจ ทั้งในรูปแบบ hard copy และ e-file เช่น มาตรฐาน HA มาตรฐานต่างๆ มาตรฐานสำคัญจำเป็น เป็นต้น
- เข็ม หรือรางวัลพิเศษ เช่น เสื้อแจ็กเก็ตสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจที่มีอายุงาน 10 ปีขึ้นไป เป็นต้น
- การสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น ในสถานการณ์ COVID-19 ได้แก่ ประกันชีวิตเพิ่มเติม การสนับสนุนหน้ากากอนามัยและแอลกอฮอล์เจล เป็นต้น
- สิทธิเข้าอบรมหลักสูตรของสถาบัน โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน ปีละ ไม่เกิน 2 หลักสูตร โดยแจ้งความต้องการล่วงหน้าให้ผู้ประสานงานของสถาบัน เพื่อสำรองที่นั่งและลงทะเบียน โดยกำหนดหลักสูตรตามระดับ/สถานะผู้เยี่ยมชมสำรวจ ดังนี้

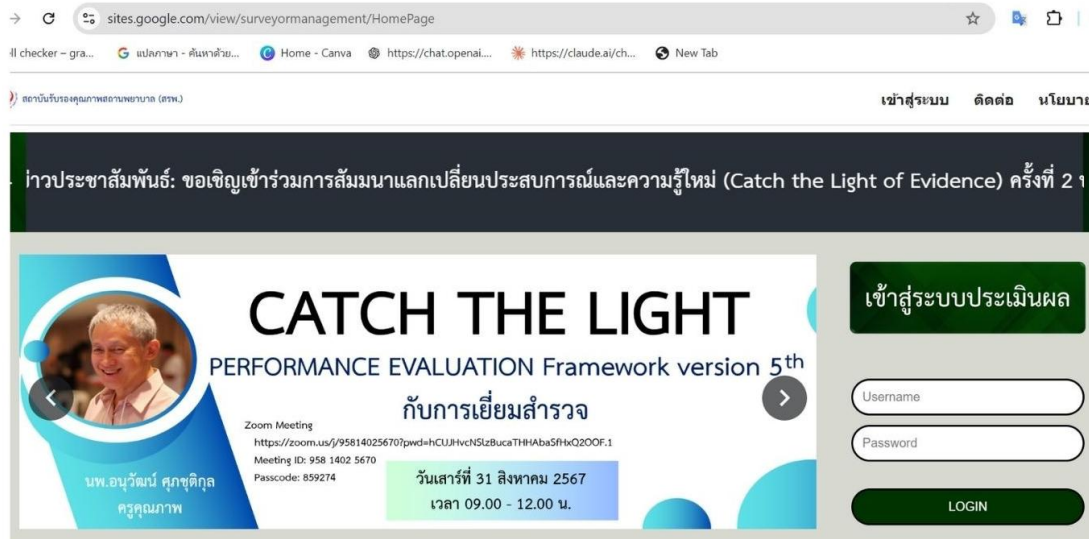
ระดับ	หลักสูตร	ยกเว้น
ครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ	HA900, HA 702, HA 451	-
หัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ	HA900, HA 702, HA 451	-
ผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์ (experienced surveyor)	ด้าน Clinic เช่น HA 602 ระบบสนับสนุน เช่น HA 305, HA609	HA900, HA 702, HA 451
experienced surveyor ปีที่ 1	HA 501	HA900, HA 702, HA 451

### ขั้นตอนการดำเนินการ กรณีผู้เยี่ยมสำรวจขอใช้สิทธิเข้าอบรมหลักสูตรของสถาบัน

- สถาบันวางแผนพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ โดยระบุชื่อหลักสูตร/ รุ่นที่/ ระยะเวลา ที่ผู้เยี่ยมสำรวจสามารถสมัครเข้ารับการอบรม ที่เป็นประโยชน์สูงสุด ตรงตามการปฏิบัติงาน
  - ผู้เยี่ยมสำรวจที่ประสงค์จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรของ สรพ. ต้องจัดทำหนังสือแสดงความจำนงเข้ารับการอบรมจากต้นสังกัด หรือเจ้าตัว (กรณีอิสระ)/ จดหมายเรียนผู้อำนวยการสถาบัน ก่อนสิ้นสุดวันรับสมัครในแต่ละหลักสูตร ไม่น้อยกว่า 120 วัน เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการ จากนั้นผู้ประสานงานที่รับผิดชอบจะประสานส่งต่อให้ฝ่ายฝึกอบรม ดำเนินการต่อไป
  - เมื่อผู้เยี่ยมแจ้งขอเข้ารับการอบรมแล้ว การสละสิทธิเข้ารับการอบรม ต้องแจ้งล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร ไม่น้อยกว่า 15 วันก่อนวันอบรม
  - สรพ. ยกเว้นค่าลงทะเบียน ผู้เยี่ยมสำรวจรับผิดชอบ ค่าเดินทาง การจองโรงแรม และค่าที่พักเอง
  - ผู้เยี่ยมสำรวจที่ขอเข้ารับการอบรมและมาในฐานะผู้สังเกตการณ์หรือวิทยากรกลุ่มจะไม่ได้รับค่าตอบแทน และผู้เยี่ยมสำรวจที่เข้ารับการอบรมต้องมีเวลาในการอบรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป
  - ผู้เยี่ยมสำรวจต้องดำเนินการบันทึกประวัติการฝึกอบรม หลังสิ้นสุดการอบรมได้ตามเกณฑ์ ลงใน application ระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (<https://survey.ha.or.th>)
- ความช่วยเหลือในกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ หรือพัฒนาต่อยอด เช่น หลักสูตรพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ เฉพาะด้าน หลักสูตรสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจเฉพาะกลุ่ม เป็นต้น กรณีผู้เยี่ยมสำรวจหรือผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจมีปัญหาเฉพาะบุคคล ไม่สามารถพัฒนาต่อเป็นผู้เยี่ยมสำรวจได้ ทางสถาบันจะพิจารณาให้การสนับสนุนส่งเสริมเพื่อเป็น QLN หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่อไป

# PLATFORM KM สำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจ (HA SURVEYOR)

<https://sites.google.com/view/surveyormanagement/HomePage>




ช่องทางเข้าถึง Youtube

[www.youtube.com/@HASurveyor](http://www.youtube.com/@HASurveyor)

More information / แจ้งปัญหาการใช้งาน

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeQc3vae046Bt-cP\\_nBsF2jQ4hpzE90cSTm7cBG3V3kaY2l8Q/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeQc3vae046Bt-cP_nBsF2jQ4hpzE90cSTm7cBG3V3kaY2l8Q/viewform)

**การเข้าชม VDO Catch the Light ย้อนหลัง ผ่าน Platform Digital KM สำหรับผู้เยี่ยมชม**



**1 Login เข้าสู่ระบบ**  
 ID: S ตามด้วยรหัสผู้เยี่ยมชมสำรวจ เช่น Sxxx \*S ตัวพิมพ์ใหญ่\*  
 Password: 1234 (แจ้งเปลี่ยนได้)





**2** **3** **4**

เลือกหัวข้อ **ความรู้จากครุคุณภาพ**



**5**

**การเข้าชม VDO Catch the Light ย้อนหลัง ผ่าน Youtube: HA Surveyor**



**1** **Login เข้าสู่ระบบ Gmail**  
 ID: xxxxxx@gmail.com  
 Password: xxxxxx (ที่ลงทะเบียนกับ Gmail)



**2** **เลือก VDO ที่ต้องการเข้าชม**



**3** **กด Link เพื่อเข้าชม**



**4**

**กรณี Login: Platform Digital KM สำหรับผู้เยี่ยมชม ผ่านมือถือ**



**1**



**2** **เปิดด้วยเบราว์เซอร์เริ่มต้น**  
 คัดลอกลิงก์

ให้เปิดด้วยเบราว์เซอร์เริ่มต้น ก่อนทำการ Login ผ่านมือถือ

#### 4.14 แนวทางปฏิบัติกรณีผู้เยี่ยมสำรวจไม่สามารถปฏิบัติงานได้

##### การลาของผู้เยี่ยมสำรวจ

##### ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ

- 1) กรณีลาป่วย เมื่อประสงค์ลาป่วยเพื่อการรักษาตัวและไม่สามารถมาปฏิบัติงานได้ตามแผนการฝึกอบรม ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจต้องทำการแจ้งลาต่อผู้รับผิดชอบโปรแกรมฝึกผู้เยี่ยมสำรวจด้วยวาจาทันทีและแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรผ่านทางจดหมายหรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ต่อสถาบันภายหลัง เพื่อดำเนินการต่อไป และลงบันทึกในทะเบียนประวัติ
- 2) กรณีระหว่างฝึกเยี่ยมสำรวจ มีอาการป่วย ให้แจ้งครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจทราบทันที เพื่อดำเนินการประเมินอาการ และพิจารณาหยุดการฝึกเยี่ยมชั่วคราว
- 3) กรณีมีปัญหาหรือระยะยาวซึ่งอาจเป็นเหตุผลในเรื่องการทำงานหรือเหตุผลอื่นใดอันเป็นเหตุทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบถ้วน ให้ทำหนังสือแจ้งมายังสถาบันเป็นลายลักษณ์อักษร โดยผู้ฝึกเยี่ยมสามารถฝึกเพิ่มเติมทดแทนให้ครบตามข้อกำหนดในระหว่างปี หรือกรณีที่ไม่สามารถร่วมโปรแกรมได้ตามกำหนดโดยเหตุอันจำเป็น ให้สิทธิสามารถร่วมโปรแกรมได้ในปีถัดไป โดยกำหนดระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี
- 4) กรณีผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจพบว่าตัวเองมีข้อจำกัด หรือมีเหตุที่ไม่สามารถร่วมฝึกต่อจนครบโปรแกรม สามารถแจ้งครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมได้ และหากตัดสินใจที่จะยุติกระบวนการฝึกเยี่ยมสำรวจ ให้ส่งเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรแจ้งมายังผู้อำนวยการสถาบันพร้อมเหตุผล
- 5) กรณีครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจตั้งแต่ 2 ท่านขึ้นไป มีความเห็นตรงกันว่าผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ สามารถเสนอให้ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจยุติกระบวนการฝึกได้ โดยครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจเสนอเรื่องมาที่สถาบัน เพื่อสถาบันนำเสนอคณะกรรมการคัดเลือกฯ รับทราบ และเสนอผู้อำนวยการ อนุมัติ

##### ผู้เยี่ยมสำรวจ

- 1) กรณีลาป่วย เมื่อประสงค์ลาป่วยเพื่อการรักษาตัว หรือกรณีมีภารกิจฉุกเฉิน และไม่สามารถปฏิบัติงานได้ในกรณีที่มีการจัดตารางการเยี่ยมแล้ว ให้ผู้เยี่ยมสำรวจแจ้งต่อผู้ประสานงานศูนย์จัดเยี่ยม ทราบทันที เพื่อจัดหาผู้เยี่ยมสำรวจทดแทน และดำเนินการอื่นๆ ต่อไป
- 2) กรณีเจ็บป่วยต้องลาพักรักษาตัวเป็นระยะเวลานาน ต้องทำการแจ้งลาต่อผู้บริหารที่ดูแลส่วนงานบริหาร และพัฒนาทุนมนุษย์เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อวางแผนดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป
- 3) กรณีลาป่วย ลาคลอด หรือติดภารกิจสำคัญ อันเป็นเหตุทำให้ไม่สามารถเยี่ยมสำรวจได้ครบ 10 วัน เยี่ยมต่อปี ให้ทำบันทึกแจ้งสถาบันเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมเหตุผล เพื่อขอยกเว้นเป็นกรณีพิเศษในการพิจารณาต่ออายุในช่วงดังกล่าว และจะต่ออายุเพียง 1 ปี หลังจากนั้นเมื่อมาปฏิบัติงานตามปกติ จะพิจารณาต่ออายุตามเกณฑ์ปกติ

### กรณีผู้เยี่ยมสำรวจขอลาพักชั่วคราวในการออกเยี่ยมสำรวจด้วยเหตุผลจำเป็น ทำให้ไม่สามารถเยี่ยมสำรวจได้ครบ 10 วันทำการ/ปี

ให้ผู้เยี่ยมสำรวจทำบันทึกแจ้งสถาบันเพื่อขอยกเว้นเป็นกรณีพิเศษในการต่ออายุการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ และระยะเวลาในการต่ออายุช่วงดังกล่าวจะต่ออายุ 1 ปี หรือตามมติคณะกรรมการฯ หลังจากนั้นจะต่ออายุการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ ตามเกณฑ์ปกติเมื่อกลับมาเยี่ยมสำรวจครบตามเกณฑ์

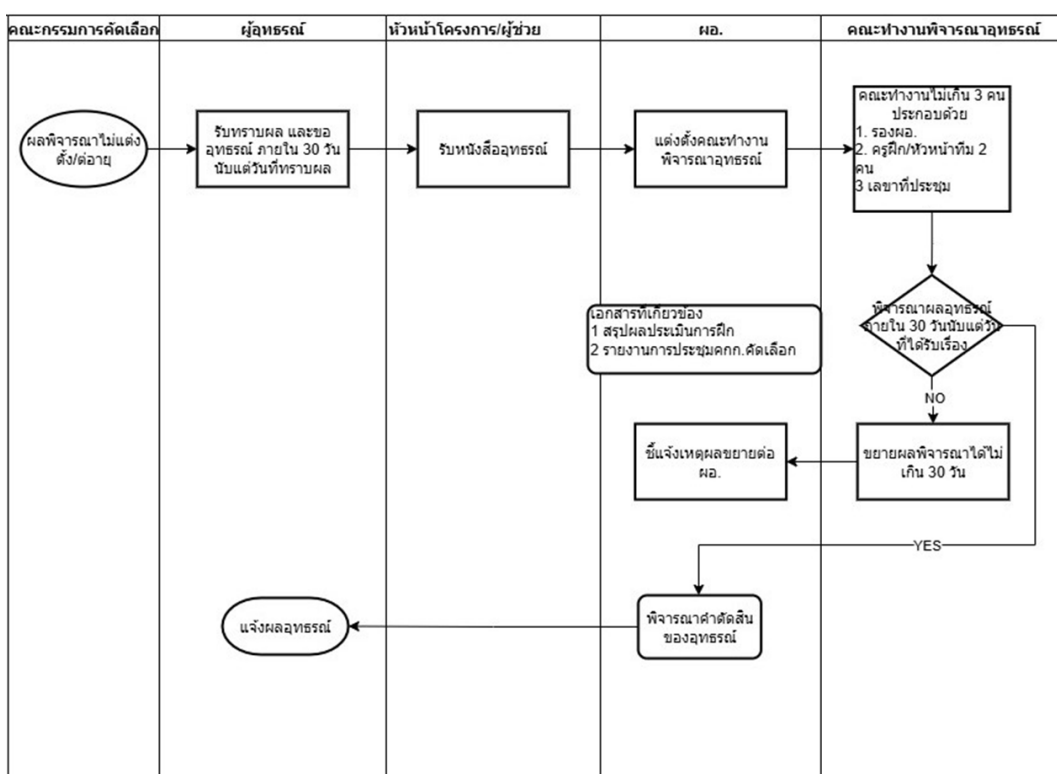
### กรณีผู้เยี่ยมสำรวจขอลาออกจากการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ

ให้ผู้เยี่ยมสำรวจส่งเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรหรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ แจ้งความประสงค์ขอลาออก หรือไม่ขอต่ออายุการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ ส่งถึงผู้อำนวยการสถาบันและผู้บริหารที่ดูแลส่วนงานบริหาร และพัฒนาทุนมนุษย์

### การจัดการเรื่องอุทธรณ์ผลการพิจารณาแต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ

- 1) สถาบันฯ มีระบบการรับเรื่องและดำเนินการจัดการเมื่อมีการอุทธรณ์ผลการพิจารณาแต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ ที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้
- 2) มีการกำหนดขั้นตอน วิธีการ ช่องทางในการร้องเรียน/อุทธรณ์ และระยะเวลาทั้งการรับเรื่อง การพิจารณา และการตอบกลับ ตามวิธีปฏิบัติ เรื่อง การจัดการเรื่องอุทธรณ์ผลการพิจารณาแต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ
- 3) มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการขั้นตอนต่างๆ ทั้งการรับเรื่อง การพิจารณา การตอบกลับผลการพิจารณา และการจัดเก็บข้อมูลเรื่องการอุทธรณ์ ที่ชัดเจน

#### ขั้นตอนการอุทธรณ์และการร้องเรียนเกี่ยวกับผู้เยี่ยมสำรวจ



#### 4.15 การบริหารจัดการและจัดเก็บข้อมูลผู้เยี่ยมชมสำรวจ (information management)

- 1) สถาบันฯ มีระบบการจัดเก็บบันทึกของผู้เยี่ยมชมสำรวจ โดยมีระบบในการจัดเก็บเอกสารที่เป็นความลับ เข้าถึงโดยมีรหัสและรหัสสิทธิ์ของผู้รับผิดชอบ ที่สอดคล้องกับแนวทาง PDPA และตามนโยบาย ระเบียบปฏิบัติของสถาบันฯ
- 2) ข้อมูลที่จัดเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน วันเดือนปีเกิด เบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่ e-mail address, วุฒิการศึกษา (educational qualification), รายชื่อญาติ/ผู้ติดต่อ กรณีฉุกเฉิน, ต้นสังกัด (detail of next of kin and employer), ทะเบียนรถ ประวัติแพ้ยาและอาหาร ประวัติจำนวนวันเยี่ยมสำรวจ ประวัติการเข้าร่วมฝึกอบรม ใบ certificate ผลการประเมินแต่ละปี เรื่อง ร้องเรียนและอุทธรณ์ ตามวิธีปฏิบัติเรื่อง การบริหารจัดการและจัดเก็บข้อมูลผู้เยี่ยมชมสำรวจ
- 3) มีผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน

รายการบันทึก คุณภาพ	ผู้รับผิดชอบ	รูปแบบการจัดเก็บ	อายุเอกสาร	ระยะเวลาจัดเก็บ/ วิธีการทำลาย
MOU	ผู้เยี่ยมชมสำรวจ นักวิชาการ	.pdf file	ระยะเวลา กำหนดตาม เอกสารส่วนกลาง	หลังหยุดทำหน้าที่ ระยะเวลาตามเอกสาร
Personal Record	ผู้ประสานงาน	Application/ .pdf file	ตามสถานะ การขึ้นทะเบียน	ส่วนกลาง / ตามวงรอบ การต่ออายุ
ผลการประเมิน		application/.pdf file	ต่อเนื่องตาม สถานะการขึ้นทะเบียน ผู้เยี่ยมชมสำรวจ	ย่อยสลาย/format

- 4) ระบบรักษาความลับของข้อมูลผู้เยี่ยมชมสำรวจ ที่ทำผ่านกิจกรรมต่างๆ ตามนโยบายสถาบันฯ ว่าด้วยเรื่อง การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2565 เช่น การบันทึกวิดีโอ การเยี่ยมสำรวจ/จัดประชุมแบบผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ การบันทึกภาพการจัดการประชุมแบบ onsite

## 5.0 การรับรองกระบวนการคุณภาพ

### 5.1 เป้าหมายของการรับรองกระบวนการคุณภาพ (HA)

เป้าหมายของ HA คือการส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์สุขภาพที่ดี โดยเริ่มจากบริการสุขภาพในโรงพยาบาล และบูรณาการเข้ากับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งในอนาคตอาจจะขยายขอบเขตกว้างขวางกว่าบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ดังนั้น HA จึงมีโอกาที่จะปรับจาก Hospital Accreditation ไปสู่ Healthcare Accreditation

### 5.2 แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ HA

หลักคิดสำคัญที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดจาก HA ก็คือทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพยายามทำให้ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายที่คุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ใหญ่และยั่งยืนกว่าการได้รับการรับรอง

การเรียนรู้เกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองของทีมงานในโรงพยาบาล ร่วมกับการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอก ซึ่งการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกคือการยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล และการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น การเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกเป็นการตรวจสอบความพร้อมของโรงพยาบาลว่าระบบที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเพียงใด

คุณค่าของการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอก อยู่ที่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง หรือเพื่อการสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการให้มากยิ่งขึ้น การรับรองคือการให้กำลังใจในการทำความดีและส่งเสริมให้ทำดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือควรมองว่าเป็นเพียงผลพลอยได้ของการพัฒนา

### 5.3 ระบบการให้คะแนน (Scoring)

#### แนวคิด

HA Scoring เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมิน maturity ของระบบคุณภาพในการพัฒนาโรงพยาบาล รวมถึงใช้ประโยชน์จากมาตรฐาน HA ในการยกระดับการพัฒนาและการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งจัดทำขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดที่ปรับเปลี่ยนไป

การใช้ HA Scoring สำหรับการพัฒนาระบบงานของสถานพยาบาล ควรมุ่งเพื่อยกระดับ maturity ของระบบคุณภาพ ในการพัฒนาระบบงานในองค์กรให้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องไปสู่ความยั่งยืน มิใช่เพียงคาดหวังคะแนนผ่านเกณฑ์การรับรองเท่านั้น

สถาบันได้ปรับปรุงเครื่องมือสำหรับการประเมินระดับการพัฒนาของโรงพยาบาล ครอบคลุมมาตรฐานทั้ง 4 ตอน ซึ่งมีการให้คะแนนทั้งในส่วนของกระบวนการ (process: ตอนที่ I-III) และผลลัพธ์ (result: ตอนที่ IV)

## แนวทางการกำหนดระดับคะแนน Scoring guideline

Score	Process	Result
1	เริ่มต้นปฏิบัติ Design & early stage of implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน Partial implementation	ติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตาม ประเด็นที่สำคัญ 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	มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile)

อ้างอิง: มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 พิมพ์ครั้งที่ 2: 1 ตุลาคม 2565 (หน้า 214-217)

## 5.4 การเขียนรายงาน

รายงานผลการเยี่ยมมีความสำคัญต่อสถานพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจพึงระมัดระวังอย่างมากในการเขียน เพราะทีมงานในสถานพยาบาลทำงาน อย่างหนักเพื่อให้ได้มาซึ่งการรับรอง รายงานเป็นเอกสารที่สะท้อนความก้าวหน้าในปัจจุบันและจะเป็นเอกสารสำหรับการวางแผนการพัฒนองค์กร ในอีก 3 ปีข้างหน้า เพื่อปรับปรุงบริการและการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นข้อเสนอแนะจากรายงานจึงเป็นข้อเสนอแนะ เพื่อสร้าง maturity ในการปฏิบัติตามมาตรฐาน

**รายงานผลการเยี่ยมสำรวจ เพื่อ.....(เสนอต่ออนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรอง)**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของสถานพยาบาล**

- ข้อมูลทั่วไป
- ข้อมูลประวัติการเยี่ยมสำรวจ

**ส่วนที่ 2 สรุปย่อรายงาน: Executive summary**

- บทสรุปภาพรวม (ข้อจำกัด)
- Recommendation 12-15 ข้อ
- ข้อเสนอต่อต้านสังเกต (ถ้ามี)
- ข้อเสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรอง

Basic hospital statistics

**ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐาน**

คะแนน	มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชอบ (Evidence)	Recommendation / Suggestion	
		- Fact finding ทั้งบวก/ลบ* เพื่อให้ รพ. ได้รับทราบประเด็นที่ผู้เยี่ยมพบ และกรณีที่มี รพ. ติด Focus หรือมีการบ้านไม่รับรายงาน/ ความก้าวหน้าจาก Focus*/การบ้าน ทั้งในส่วนสิ่งที่พบและข้อเสนอแนะ ทั้ง +/- พร้อมทั้งรับคะแนน	- Recommendation** เพื่อให้ รพ. ทำแผนพัฒนาและรายงานความก้าวหน้า 3 เดือน ส่งสรท. และติดตามความก้าวหน้าในช่วงเยี่ยมเพื่อเฝ้าระวัง SS	- Suggestion for Improvement: SFI เพื่อให้โรงพยาบาลรับทราบและสื่อสารให้งานที่เกี่ยวข้องแก้ไข/ปรับปรุง และเพื่ออ้าง/ยกระดับการคุณภาพ

**Radar diagram score**  
อัตรากำลัง / บุคลากรในสถานพยาบาล  
ผลการประเมินเวชระเบียน

**ภาคผนวก**

- ผลลัพธ์การดำเนินการขององค์กร
- Clinical tracer

### 5.4.1 รูปแบบการเขียนรายงาน

รายงานผลการเยี่ยมสำรวจประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) สรุปย่อรายงาน (executive summary) ประกอบด้วยบทสรุปภาพรวม, recommendation, ข้อเสนอต่อต้านสังกัด และข้อเสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรอง (2) ผลการเยี่ยมสำรวจที่มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐาน ให้ระบุข้อหัวข้อมาตรฐานย่อย ที่ต้องการชื่นชม หรือเสนอแนะในแต่ละข้อให้ชัดเจน (3) ภาคผนวก: ผลลัพธ์การดำเนินการขององค์กร (SAR part IV), clinical tracer

- **สรุปย่อรายงาน (executive summary)** ในส่วนนี้จะประกอบด้วย บทสรุปภาพรวมที่สำคัญของสถานพยาบาล, ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง, ข้อเสนอแนะต่อต้านสังกัด และข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรอง

**ก. สถานการณ์/บทสรุปภาพรวมที่สำคัญของโรงพยาบาล :** สถานการณ์/บริบทของโรงพยาบาลที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพ เพื่อแสดงให้เห็นความพยายามในการพัฒนาคุณภาพภายใต้ทรัพยากร ข้อจำกัดที่โรงพยาบาลมีอยู่ เช่น การเพิ่มจำนวนเตียงแต่ไม่เพิ่มทรัพยากร การเปลี่ยนแปลง ผู้บริหาร/keyman เป็นต้น รวมทั้งประเด็นที่เป็นความสำเร็จ ในภาพรวมของโรงพยาบาล ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา

**ข. ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (Recommendation) 12-15 ข้อ** เพื่อให้โรงพยาบาลจัดทำแผนพัฒนาและรายงานความก้าวหน้าส่ง สรพ. หลังได้รับการรับรองในระยะเวลา 3 เดือน และติดตามความก้าวหน้าในช่วงการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง (surveillance survey)

**ค. ข้อเสนอต่อต้านสังกัด (ถ้ามี):** ประเด็นจากการเยี่ยมสำรวจ ที่คณะผู้เยี่ยมสำรวจเห็นว่าควรนำเสนอต่อต้านสังกัดของโรงพยาบาล เพื่อให้การสนับสนุนหรือแก้ปัญหาระบบที่สำคัญหรือประเด็นที่ต้องการชื่นชม

**ง. ข้อเสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรอง:** สมควรรับรองกระบวนการคุณภาพโดยไม่มีเงื่อนไข / สมควรต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโดยไม่มีเงื่อนไข / หรือความเห็นอื่นเพื่อประกอบการพิจารณา

- ผลการเยี่ยมสำรวจที่มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐานในส่วนนี้จะเป็นการสรุปผลการเยี่ยมสำรวจตามมาตรฐาน (ดังตัวอย่าง)

คะแนน	มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
<b>ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล</b>			
<b>II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย</b>			
	32. ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม [II-1.1ก] (1)(2)(3)(9)**		<b>ข้อเสนอแนะ (Recommendation) : ทุกหัวข้อรวมกันทั้งหมดไม่เกิน 12-15 ข้อ (ถ้ามี)</b> 1. กกกก 2. ขขขข <b>คำแนะนำ (Suggestion)</b> 1. กกกก 2. ขขขข
	33. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ [II-1.1ก(4)(5)(6)(7)(8)]		
	34. การทบทวนและพัฒนาคุณภาพการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข(1) (2)(3)(4)**]		
	35. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย [II-1.2ก(1) (3) (5)]*,**		
	36. กระบวนการบริหารความเสี่ยง [II-1.2ก(2)]		
	37. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ [II-1.2ก(4)]*		

- (1) คะแนนตามข้อกำหนดมาตรฐาน 100 ช้อย่อย (ข้อ 1-82 ตอนที่ I – III, ข้อ 83-100 ตอนที่ IV)
- (2) สิ่งที่พบ/สิ่งที่น่าชื่นชมที่สอดคล้องกับมาตรฐาน meet criteria (Evidence) ให้พิจารณาเขียนสิ่งที่น่าชื่นชมในประเด็นที่พัฒนาได้อย่างสอดคล้องกับแต่ละมาตรฐานย่อย (multiple requirement) มีการพัฒนาต่อเนื่อง และผลลัพธ์มีแนวโน้มที่ดี และถ้าไม่มีชัดเจน สามารถปรับการเขียนเป็นสิ่งที่พบจากกระบวนการที่ได้ปรับปรุง (อาจไม่มีผลลัพธ์ หรือทำกลุ่มเล็กๆ) เพื่อให้โรงพยาบาลได้รับทราบประเด็นที่ผู้เยี่ยมชมพบจากการอ่านแบบประเมินตนเอง และจากการเยี่ยมชมสำรวจ
- 2.1 สรุปความก้าวหน้าจากการเยี่ยมชมสำรวจเฉพาะเรื่อง/จากการทบทวนเพิ่มเติม (ถ้ามี) : เป็นการสรุปความก้าวหน้าที่ได้จากการทบทวน/วิเคราะห์ข้อมูล จากการเยี่ยมชมสำรวจเฉพาะเรื่อง (focus) / การทบทวน (การบ้าน) พร้อมปรับรายงานการเยี่ยมชมสำรวจ โดยสรุปความก้าวหน้าเชิงบวกในคอลัมน์ “สิ่งที่พบ” และปรับข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา และ/หรือคะแนน ให้สอดคล้องกับการแก้ไข ปรับปรุงที่รพ.ได้เร่งดำเนินการ
- 2.2 กรณีที่คะแนนตามข้อกำหนดมาตรฐาน มีคะแนนระดับ 3 เป็นต้นไป ควรแสดงสิ่งที่พบ/สิ่งที่น่าชื่นชม เพื่อประกอบการพิจารณา
- (3) ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion) เขียนในตารางเดียวกัน โดยใส่หัวข้อแยกกว่าเป็นข้อเสนอแนะหรือคำแนะนำ โดยเทียบเคียงการเขียนกับคะแนนที่ให้ และสิ่งที่ชื่นชมในมาตรฐานนั้นให้ไม่ขัดแย้งกัน
- 3.1 ข้อเสนอแนะ (Recommendation) : ไม่เกิน 12-15 ประเด็นรวมกันทั้งฉบับ เพื่อให้โรงพยาบาลจัดทำแผนพัฒนาและรายงานความก้าวหน้า ส่ง สรพ. หลังได้รับการรับรองในระยะเวลา 3 เดือน และติดตามความก้าวหน้าในช่วงการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง (surveillance survey)
- 3.2 คำแนะนำ (Suggestion) เป็นสิ่งที่โรงพยาบาลทำแล้ว เสนอแนะเพิ่มคุณค่า เป็นการต่อยอดเพื่อให้โรงพยาบาลรับทราบและสื่อสารให้ระบบงาน/หน่วยที่เกี่ยวข้องแก้ไข/ปรับปรุง และเพื่อจูงใจ/ยกระดับการพัฒนาคุณภาพ

(ข้อเสนอแนะ/ โอกาสพัฒนาในแต่ละบท (chapter) สามารถควมรวมประเด็นย่อยในการเขียนได้แต่ต้องระบุชื่อหัวข้อย่อยที่จะเขียนรวมให้ชัดเจน)

**กรณีมาตรฐานข้อที่ตรงกับมาตรฐานสำคัญจำเป็น\* ให้เขียนรายละเอียดให้สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินสัญลักษณ์ \* เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety)**

**และสัญลักษณ์ \*\* ในข้อที่ถูกระบุเป็นเกณฑ์หลัก (core criteria for sustainability)**

- **ภาคผนวก** ประกอบด้วยผลลัพธ์การดำเนินงานของสถานพยาบาล (ตามมาตรฐานตอนที่ IV) Clinical tracer highlight, อัตรากำลัง และผลการประเมินเวชระเบียน ซึ่งในส่วนนี้เป็นการเขียนโดยสถานพยาบาล ถึงแม้ว่าจะเป็นส่วนที่เขียนโดยสถานพยาบาล แต่ผู้เยี่ยมชมจะเป็นผู้ทบทวนความสอดคล้อง และสร้างการเรียนรู้กับสถานพยาบาล เพื่อจัดทำเอกสารส่วนนี้ให้สมบูรณ์

## 5.4.2 หลักการเขียนรายงาน

การวางโครงสร้างของข้อความในรายงาน ใช้หลัก GER โดยสรุป ให้เป็นหนึ่งเดียวในแต่ละประเด็น

**G: Gist** เริ่มด้วยสรุปความสำคัญของสิ่งที่ขึ้นชมหรือข้อเสนอแนะ ซึ่งควรสอดคล้องกับมาตรฐานหรือเป้าหมายของมาตรฐาน

**E: Example** ตัวอย่างสิ่งที่ปฏิบัติได้ดีหรือการปรับปรุงที่เกิดขึ้น 2-3 ตัวอย่าง

**R: Result/Relevancy** สรุปด้วยผลลัพธ์ (ถ้ามี) สำหรับสิ่งที่ขึ้นชม หรือความสำคัญ/ผลกระทบหากไม่มีการปรับปรุง (อาจเชื่อมโยง กับสิ่งที่พบในส่วนนี้)

**ข้อแนะนำใน style การเขียนรายงาน** ควรเขียนรายงานให้เสร็จ ทันทีที่เสร็จการเยี่ยมสำรวจ ใช้คำพูดเชิงบวก ไม่ใช่ถ้อยคำเชิงลบ นำสิ่งที่พบมาขยายผลเพื่อให้เกิดการพัฒนาในเชิงระบบ ถ้าเป็นเรื่องที่มีผลกระทบสูงอาจต้องหลีกเลี่ยงที่จะปรากฏในรายงาน ไม่บอกวิธีทำแต่ควรระบุถึงเป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุ

**รายละเอียดของรายงาน** ผู้เยี่ยมสำรวจควรพิจารณาว่ารายงานที่เขียนนั้นควรมีระดับรายละเอียดมากพอที่จะให้สถานพยาบาลนำไปดำเนินการได้อย่างเหมาะสม และระดับรายละเอียดที่ต้องการอาจแตกต่างกันไปตามสถานพยาบาลและระดับขั้นที่ควรพัฒนาต่อรายงานที่มีรายละเอียด มากพอจะเพิ่มคุณค่าให้แก่องค์กร

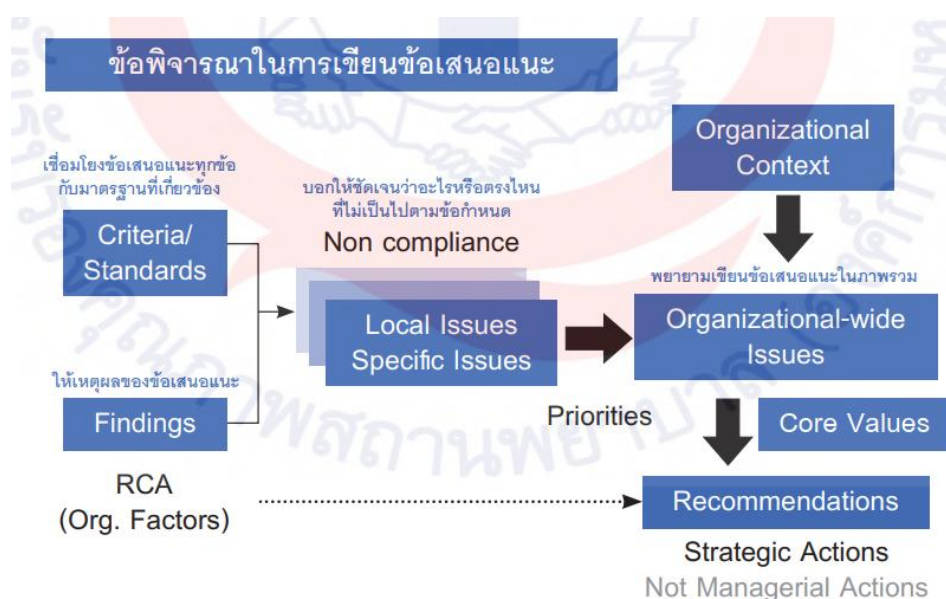
**การสรุปสิ่งที่ขึ้นชม** ใช้หลัก ADR ดังนี้

**A: Approach** เช่น โรงพยาบาลจัดระบบบริการอาหารโดยให้ความสำคัญกับความสะอาด รสชาติ การให้อาหารเลือก การปรุง เสร็จใหม่ ให้บริการในขณะที่อาหารยังร้อน และตรวจสอบความถูกต้องของชื่อผู้ป่วยและรายการอาหาร

**D: Deployment** ครอบคลุมทุกหน่วยผู้ป่วยใน รวมทั้งผู้ป่วยสังเกต อาการ

**R: Result** ความพึงพอใจผู้ป่วยต่อระบบอาหารเพิ่มจากร้อยละ 70 ปี 2566 เป็นร้อยละ 85 ปี 2567

### ข้อพิจารณาในการเขียนรายงาน



### 5.4.3 แนวทางการเพิ่มคุณค่ารายงานการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพ

รายงานการเยี่ยมสำรวจ คือ ผลผลิตของการเยี่ยมสำรวจเพื่อการประเมินและรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลที่สถานพยาบาลสามารถสัมผัสได้ และใช้อ้างอิงได้ การเขียนรายงานการเยี่ยมสำรวจที่มีคุณค่าจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สถานพยาบาลตระหนักในคุณค่าของกระบวนการเยี่ยมสำรวจและผู้เยี่ยมสำรวจ

รายงานการเยี่ยมสำรวจที่มีคุณค่า ควร (1) อ่านเข้าใจง่าย อ่านแล้ว รู้ว่าต้องทำอะไร และสิ่งที่แนะนำนั้นเป็นสิ่งที่โดนใจ นำไปปฏิบัติได้ (2) สามารถสะท้อนคุณค่าการพัฒนา และมีพลังในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่องในสถานพยาบาล (3) สามารถสะท้อนให้คณะกรรมการเห็นภาพและช่วยในการตัดสินใจได้ง่าย (4) สามารถสะท้อนคุณค่าการพัฒนาของสถานพยาบาล/ศักยภาพผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อเป็นข้อมูลให้ สรพ.นำไปใช้ประโยชน์

#### แนวทางการเพิ่มคุณค่าให้กับการเขียนรายงานการเยี่ยมสำรวจ

- การเขียนที่สะท้อนให้เห็นการพัฒนาที่เป็นจริง หรือเหมาะสมกับบริบท และตอบสนองประเด็นสำคัญของมาตรฐาน
- การเขียนสะท้อนให้เห็นเอกลักษณ์ของสถานพยาบาล
- รายงานมีความสอดคล้องระหว่างสิ่งที่นำเสนอแนะ
- รายงานมีความสอดคล้องระหว่างคะแนนกับข้อเสนอแนะ
- การเขียนข้อเสนอแนะที่มีคุณค่ามีลักษณะ ดังนี้
  1. การเขียนข้อเสนอแนะเข้าใจง่าย ชัดเจน แต่ละข้อควรเป็นประเด็นเดียว ไม่มีหลายประเด็นซ้อนกันอยู่ในข้อเดียวกันจนเกิดความสับสน ยกเว้นแต่เป็นเรื่องย่อยภายใต้เรื่องใหญ่ ก็ควรจัดกลุ่มให้อยู่ในข้อเดียวกัน แนวทางในการสรุปความคิดให้เป็นประเด็นเดียว คือการคิดออกมาเป็น bullet ให้ครบทุกประเด็น แล้วจัดระบบความคิดให้เป็นหมวดหมู่ก่อนที่จะเขียนเนื้อความอย่างกระชับ หลีกเลียงคำขยายความที่ไม่จำเป็น
  2. การเขียนควรมีความชัดเจนว่าต้องการให้สถานพยาบาลทำอะไร อาจจะมีการยกตัวอย่างสิ่งที่พบเห็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจหรือเห็นภาพชัดเจนขึ้น ในการยกตัวอย่างหรือขยายความ ควรกระทำหลังจากเขียนประโยคหลักก่อน
  3. การเขียนข้อเสนอแนะควรเขียนในประเด็นที่มีความสำคัญสูง
  4. ข้อเสนอแนะควรสะท้อนให้เห็นการขับเคลื่อนการพัฒนาไปสู่ทิศทางที่องค์กรจะขับเคลื่อนไป

#### แนวทางการทบทวนรายงานการเยี่ยมสำรวจ

เพื่อให้ผู้เยี่ยมสำรวจได้เรียนรู้โอกาสพัฒนาในการเขียนรายงานที่มีคุณภาพ กระชับ สอดคล้องกับมาตรฐานและทำให้เกิดการพัฒนาทักษะการเขียนรายงานการเยี่ยมสำรวจ สถาบันจึงจัดให้มีแนวทางการทบทวนการเขียนรายงาน ดังนี้

- คุณลักษณะของรายงานมีเนื้อหากระชับ สามารถสรุปประเด็นสำคัญที่จะนำมาสู่การจัดทำแผนพัฒนาของสถานพยาบาล
- เนื้อหารายงานมีความตรงประเด็น เข้าใจง่าย

- เนื้อหารายงานมีความสอดคล้องกับมาตรฐาน
- ความสัมพันธ์ในการให้คะแนนการประเมินกับเนื้อหารายงาน
- เนื้อหารายงานสอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาลและมีคุณค่าต่อการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล

## 5.5 การตัดสินใจของผู้เยี่ยมสำรวจ

เพื่อให้การตัดสินใจของผู้เยี่ยมสำรวจเป็นไปในทางเดียวกัน สรพ.ได้กำหนดระเบียบ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินกระบวนการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และการได้รับประกาศนียบัตรรับรองคุณภาพสถานพยาบาล พ.ศ. 2567 ได้กำหนดให้มีหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินกระบวนการ การประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และการได้รับประกาศนียบัตรรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ให้สอดคล้องตามระเบียบ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2566 และเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของสถาบัน ดังนี้

**1. การจัดให้มีการเยี่ยมสำรวจเพิ่มเติมเฉพาะระบบ (Focus Survey)** ผู้เยี่ยมสำรวจสามารถเสนอให้มีการเยี่ยมสำรวจเพิ่มเติมเฉพาะในบางระบบงาน (focus survey) ก่อนที่จะนำรายงานการเยี่ยมสำรวจเสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรอง เมื่อสิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจแล้วพบว่า

1.1 มีประเด็นที่ส่งผลต่อความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยในบางระบบงาน หรือขาดการนำอุบัติการณ์ต่าง ๆ มาเรียนรู้และปรับปรุงระบบ

1.2 คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับระบบงานนั้น (บางบท) ไม่ถึง 2.5

ทั้งนี้ กรณีที่คณะผู้เยี่ยมสำรวจเห็นว่าสถานพยาบาลมีการปฏิบัติไม่สอดคล้องกับหลักเกณฑ์การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามระเบียบคณะกรรมการสถาบัน แต่สามารถปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมได้ในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน หัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องขอคำปรึกษาและได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สถาบันสามารถกำหนดให้มีการเยี่ยมสำรวจติดตามเฉพาะเรื่องได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยต้องไม่เกิน 3 เดือนจากวันสิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจครั้งแรก

**2. การขอข้อมูลเพิ่มเติม (Additional or Follow Up Report)** ผู้เยี่ยมสำรวจสามารถเสนอสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลรับเอกสารเพิ่มเติมจากสถานพยาบาลก่อนที่จะเสนอรายงานต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองในกรณีต่อไปนี้

2.1 ผู้เยี่ยมสำรวจเห็นว่าสถานพยาบาลมีข้อมูลที่สะท้อนการปฏิบัติตามมาตรฐาน และสมควรสรุปเสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองโดยสถานพยาบาลเอง

2.2 ผู้เยี่ยมสำรวจเห็นว่าการประมวลผลข้อมูลเพิ่มเติมจะทำให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาลเห็นโอกาสพัฒนาและมีความเข้าใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพยิ่งขึ้น

2.3 กรณีที่คณะผู้เยี่ยมสำรวจต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจากสถานพยาบาลเพื่อประกอบการจัดทำรายงานการเยี่ยมสำรวจ ให้มีการดำเนินการแจ้งสถานพยาบาล ในวันสรุปผลการเยี่ยมสำรวจ และ

ให้สถานพยาบาล ดำเนินการจัดส่งเอกสารดังกล่าวไม่เกิน 7 วัน ให้แก่คณะเยี่ยมชมสำรวจ เพื่อจัดทำ รายงานเสนอสถาบันไม่เกิน 30 วันนับจากวันสิ้นสุดการเยี่ยมชมสำรวจ

ทั้งนี้ การนำเสนอข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีแรกและกรณีที่ 2 จะต้องดำเนินการภายใน 2 สัปดาห์หลังจาก การเยี่ยมชมเสร็จสิ้น และการนำเสนอรายงานการปรับปรุงตามกรณีที่ 3 จะต้องดำเนินการภายใน 3 เดือน หลังจากการเยี่ยมชมเสร็จสิ้น ซึ่งสถาบันจะปรับการนับเวลาประมวลผลสำหรับกรณีที่ 3 โดยเริ่มจากวันที่ ได้รับรายงานจากสถานพยาบาล

ในกรณีที่สถานพยาบาลตามวรรคสาม ไม่พร้อมรับการเยี่ยมชมติดตามเฉพาะเรื่องภายในระยะเวลา ตามที่กำหนด ให้ถือว่า การเยี่ยมชมขอรับรองคุณภาพครั้งนั้นสิ้นสุดลง สถาบันจะพิจารณาให้การรับรองการพัฒนาหรือการรับรองคุณภาพตามระเบียบที่คณะกรรมการและสถาบันกำหนด

**3. การเสนอรายงานเข้าสู่กระบวนการพิจารณา (Submit Report)** ผู้เยี่ยมชมสำรวจควรจะสรุป รายงานการเยี่ยมชมสำรวจส่งให้สถาบัน ภายใน 2 สัปดาห์นับแต่วันเยี่ยมชมสำรวจ เพื่อนำเข้าสู่การพิจารณาของ คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรอง

ในกรณีที่มีการจัดการเยี่ยมชมสำรวจติดตามเฉพาะเรื่อง หัวหน้าคณะเยี่ยมชมสำรวจในการรวบรวมและจัดส่ง รายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจแก่สถาบัน ภายใน 7 วันนับจากวันสิ้นสุดการเยี่ยมชมสำรวจติดตามเฉพาะเรื่อง

### 5.6 เกณฑ์การรับรองกระบวนการคุณภาพ

เกณฑ์การรับรองกระบวนการคุณภาพ (Accreditation Decision Criteria) คณะอนุกรรมการที่ ปรึกษาเพื่อการรับรองพิจารณาให้ความเห็นในการรับรองกระบวนการคุณภาพโดยนำเสนอต่อผู้อำนวยการ สถาบันอนุมัติการรับรองโดยให้เป็นไปตาม ระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่า ด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2566

# ภาคผนวก

ระเบียบสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
เรื่อง หลักเกณฑ์ ขั้นตอน และวิธีการเพื่อแต่งตั้งมอบหมายให้บุคคล  
เป็นผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบัน  
พ.ศ. 2566



ระเบียบสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
เรื่อง หลักเกณฑ์ ขั้นตอน และวิธีการเพื่อแต่งตั้งมอบหมายให้บุคคลเป็นผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบัน

พ.ศ. ๒๕๖๖

.....

โดยเป็นการสมควรกำหนดให้มีหลักเกณฑ์ ขั้นตอน และวิธีการเพื่อให้ได้มาซึ่งบุคคลในการทำ  
กิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสถาบัน กรณีการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบัน เพื่อให้การดำเนินงานเยี่ยม  
สำรวจสถานพยาบาลของสถาบัน สอดรับกับกระบวนการเยี่ยมสำรวจและเกณฑ์การรับรองคุณภาพ  
สถานพยาบาล และกระบวนการทำงานด้านการประเมินและรับรองของสถาบัน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๘ (๗) มาตรา ๒๖ และมาตรา ๒๗ (๓) แห่งพระราชกฤษฎีกา  
จัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติมแห่งพระราช  
กฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบกับข้อ ๔  
ของประกาศสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ว่าด้วย แนวปฏิบัติที่ดีของผู้เยี่ยมสำรวจ  
พ.ศ. ๒๕๖๖ จึงออกระเบียบไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
ว่าด้วยหลักเกณฑ์ ขั้นตอน และวิธีการเพื่อแต่งตั้งมอบหมายให้บุคคลเป็นผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบัน พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ บรรดาระเบียบ ประกาศ คำสั่ง หรือแนวทางการปฏิบัติอื่นใดในส่วนที่กำหนดไว้แล้วใน  
ระเบียบนี้ ที่มีข้อความซึ่งขัดหรือแย้งกับระเบียบนี้ ให้ใช้ระเบียบนี้แทน

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

“สถาบัน” หมายความว่า สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

“กรรมการ” หมายความว่า กรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

“ผู้อำนวยการ” หมายความว่า ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

“คณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ” หมายความว่า คณะทำงาน  
คัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการ เพื่อทำหน้าที่พิจารณาแต่งตั้ง ควบคุม  
ติดตาม พิจารณาดำเนินการผู้เยี่ยมสำรวจที่ละเมิดจรรยาบรรณ และทำหน้าที่แสวงหา ข้อเท็จจริง และข้อเสนอแนะ  
เหตุผลเพื่อประกอบการพิจารณาวินิจฉัย

“คณะทำงานพิจารณาอุทธรณ์” หมายความว่า บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งจาก  
ผู้อำนวยการเพื่อทำหน้าที่แสวงหาข้อเท็จจริง และข้อเสนอแนะ เหตุผลเพื่อประกอบการพิจารณาวินิจฉัย เมื่อมี  
ผู้อุทธรณ์กรณีที่ไม่ผ่านการพิจารณาแต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ

“การอุทธรณ์” หมายความว่า การที่ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณา  
แต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ รวมทั้งผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ และผู้เยี่ยมที่มีประสบการณ์

“ผู้อุทธรณ์” หมายความว่า ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจที่ไม่ผ่านการพิจารณาแต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ และผู้เยี่ยมที่มีประสบการณ์หรือมีสมรรถนะ และต้องการอุทธรณ์

“กลุ่มภารกิจบริหารและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ” หมายความว่า กลุ่มของนักวิชาการ ผู้เยี่ยมสำรวจ นักวิชาการ ผู้จัดการโครงการ และผู้ประสานงาน ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบกลุ่มภารกิจบริหารและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ

“ผู้เยี่ยมสำรวจ” หมายความว่า บุคคลที่ได้รับมอบให้ทำภารกิจที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของสถาบันโดยมีคำสั่งแต่งตั้งหรือมีหนังสือมอบให้ทำการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาล

“คุณสมบัติผู้เยี่ยมสำรวจ” หมายความว่า คุณสมบัติของผู้เยี่ยมสำรวจที่กำหนดขึ้นโดยสถาบัน

“สมรรถนะผู้เยี่ยมสำรวจ” หมายความว่า ทักษะหรือความสามารถที่จำเป็นของผู้เยี่ยมสำรวจที่สถาบันกำหนด

“หัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ” หมายความว่า ผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์ มีศักยภาพ โดยได้รับการขึ้นทะเบียนจากคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ และได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการให้เป็นหัวหน้าทีมเยี่ยมสำรวจ

“ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ” หมายความว่า ผู้ผ่านหลักสูตรฝึกอบรมตามที่สถาบันกำหนด และส่งบันทึกข้อตกลงการพัฒนาเป็นผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อแสดงเจตจำนงการเข้าร่วมกระบวนการฝึกเยี่ยมสำรวจ รวมถึงได้รับการคัดเลือกจากครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจจากคุณสมบัติตามที่สถาบันกำหนดหรือผู้บริหารสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ และพร้อมจัดสรรเวลาเพื่อเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจในระยะเวลาสามเดือน

“ครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ” หมายความว่า ผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์สูง สามารถทำหน้าที่ครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจและมีความสามารถสร้างการเรียนรู้ให้กับผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ ครูฝึกเยี่ยมสำรวจได้รับการแต่งตั้งโดยผู้อำนวยการ

“ผู้ประสานงานที่รับผิดชอบ” หมายความว่า ผู้ประสานงานที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่บริหารจัดการกระบวนการฝึกเยี่ยมสำรวจ

“หัวหน้ากลุ่มภารกิจบริหารและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ” หมายความว่า ผู้ปฏิบัติงานของสถาบันซึ่งได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริหารและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ

“หลักสูตรฝึกอบรม” หมายความว่า หลักสูตรการประชุมเชิงปฏิบัติการมุ่งเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก

“โปรแกรมการฝึก” หมายความว่า โปรแกรมการฝึกผู้เยี่ยมสำรวจภาคสนามตามที่สถาบันกำหนด

“เจ็บป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจหรือผู้เยี่ยมสำรวจซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต และมีผลกระทบกับผู้อื่นหากมาปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น

“เหตุการณ์ฉุกเฉิน” หมายความว่า เหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ในทันทีทันใด ทำให้เกิดการเสียชีวิต บาดเจ็บ และเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินหรืออาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและส่งผลต่อการปฏิบัติงาน

ข้อ ๕ ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามระเบียบนี้ ให้ผู้อำนวยการเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาดและคำวินิจฉัยนั้นให้ถือเป็นที่สุด

## ส่วนที่ ๑

### การบริหารผู้เยี่ยมสำรวจ

ข้อ ๖ เพื่อให้มีการบริหารจัดการและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจอย่างเป็นระบบ ให้สถาบันดำเนินการสรรหา คัดเลือก ฝึกอบรมการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ การต่ออายุผู้เยี่ยมสำรวจ รวมถึงจัดให้มีระบบการประเมิน พัฒนา ดูแลรักษา ผู้เยี่ยมสำรวจให้คงอยู่อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่สำคัญเพื่อให้มีจำนวนผู้เยี่ยมสำรวจเพียงพอทั้งด้านปริมาณและศักยภาพสำหรับการเข้าเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาลตามที่สถาบันกำหนด

ข้อ ๗ การจัดเก็บข้อมูลพื้นฐาน ประวัติการเยี่ยมสำรวจ ประวัติการเข้าร่วมฝึกอบรม ผลการประเมินหรือข้อมูลอื่นใดของผู้เยี่ยมสำรวจ ให้สถาบันจัดเก็บไว้ที่เป็นความลับตามแนวทางที่สถาบันกำหนด โดยกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบการจัดเก็บข้อมูลดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

ข้อ ๘ ให้สถาบันกำหนดให้มีรายละเอียด ขั้นตอน และวิธีการในการบริหารผู้เยี่ยมสำรวจให้เป็นไปตามระเบียบนี้ และดำเนินการอื่นใดที่จำเป็นเพื่อให้การบริหารผู้เยี่ยมสำรวจเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

## ส่วนที่ ๒

### การสรรหาและคัดเลือกผู้เยี่ยมสำรวจ

ข้อ ๙ การสรรหาและคัดเลือกผู้เยี่ยมสำรวจ ให้สถาบันแต่งตั้งคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจตามหลักเกณฑ์ที่สถาบันกำหนด เพื่อดำเนินการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนบุคคลที่มีศักยภาพตามสมรรถนะผู้เยี่ยมสำรวจการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ และมีหน้าที่ดังนี้

๑) ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบการสรรหาและคัดเลือกบุคคลเข้ามาทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบัน

๒) พิจารณาผลการประเมินผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ ความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง เสนอรายชื่อผู้มีศักยภาพเป็นผู้เยี่ยมสำรวจต่อผู้อำนวยการสถาบันเพื่อแต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ

๓) พิจารณาผลการปฏิบัติงานของผู้เยี่ยมสำรวจตามเกณฑ์ที่กำหนด เสนอรายชื่อต่อผู้อำนวยการเพื่อต่ออายุการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ

๔) ให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะต่อระบบการพัฒนาหัวหน้าทีม และผู้เยี่ยมสำรวจ พิจารณาผลการพัฒนาและเสนอรายชื่อต่อผู้อำนวยการเพื่อแต่งตั้งหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

๕) ให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้เยี่ยมสำรวจเป็นรายบุคคล

๖) ควบคุม ติดตาม และประเมินการปฏิบัติตามจรรยาบรรณผู้เยี่ยมสำรวจตามเกณฑ์ที่สถาบันกำหนด และพิจารณาตักเตือนผู้เยี่ยมสำรวจที่ละเมิดจรรยาบรรณ

ข้อ ๑๐ ให้ครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจและผู้เยี่ยมสำรวจอาวุโส มีหน้าที่ดำเนินการสรรหาผู้ที่มีศักยภาพที่จะเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ หรือผู้บริหารสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ เข้าร่วมโครงการฝึกหลักสูตรฝึกอบรมและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจตามคุณสมบัติที่กำหนด และเตรียมความพร้อมผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจตามโปรแกรมปฐมนิเทศ ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ โดยการประเมินผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจให้สังเกตพฤติกรรมในการทำกิจกรรมโปรแกรมการฝึกตามหลักเกณฑ์ที่สถาบันกำหนด

ทั้งนี้ ให้หัวหน้ากลุ่มภารกิจบริหารและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจร่วมกับครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจในการคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทั่วไปเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจเห็นชอบเพื่อเข้าโปรแกรมปฐมนิเทศ

ข้อ ๑๑ ผู้จัดการโครงการและผู้ประสานงานที่รับผิดชอบมีหน้าที่รับผิดชอบดำเนินงานตามขั้นตอนและวิธีการในการจัดทำฐานข้อมูลผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ จัดทำ จัดเก็บบันทึกข้อตกลงการพัฒนาเป็นผู้เยี่ยมสำรวจระหว่างผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจตามโปรแกรมการฝึกของผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจแต่ละคน

แบบบันทึกประวัติผู้เยี่ยมสำรวจ แบบบันทึกข้อตกลงการพัฒนาเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ หรือเอกสารอื่นใด ให้เป็นไปตามที่สถาบันกำหนด

### ส่วนที่ ๓

#### การปฐมนิเทศผู้เยี่ยมสำรวจ

ข้อ ๑๒ เมื่อสถาบันรวบรวมรายชื่อพร้อมใบสมัครของผู้ผ่านการฝึกอบรมตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดทั้งหมดแล้ว ให้ผู้ประสานงานที่รับผิดชอบทำจดหมายเชิญผู้ผ่านการคัดเลือกจากการฝึกอบรมที่ส่งแบบบันทึกข้อตกลงการพัฒนาเป็นผู้เยี่ยมสำรวจเข้าร่วมการปฐมนิเทศผู้เยี่ยมสำรวจ

ข้อ ๑๓ การปฐมนิเทศผู้เยี่ยมสำรวจ ให้สถาบันจัดหาสถานที่ จัดให้มีและกำหนดการทำกิจกรรมกับครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ และจัดเตรียมเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้าสู่การฝึกเยี่ยมสำรวจภาคสนาม และจัดทำฐานข้อมูลผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ

### ส่วนที่ ๔

#### กระบวนการฝึกเยี่ยมสำรวจ

ข้อ ๑๔ ให้ครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจสร้างการเรียนรู้กับผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจในระหว่างการฝึกเยี่ยมสำรวจเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันได้ ประเมินผลการฝึกเยี่ยมสำรวจ และให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาแก่ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจรายบุคคล สังเกตพฤติกรรมผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการฝึก

ข้อ ๑๕ ผู้จัดการโปรแกรมฝึกอบรมผู้เยี่ยมสำรวจมีหน้าที่ดำเนินการบริหารจัดการ วางแผนกระบวนการฝึกเยี่ยมสำรวจ กำกับติดตามประเมินผล และให้ข้อเสนอแนะ ติดตาม และแก้ปัญหาตลอดระยะเวลาที่ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจอยู่ในกระบวนการฝึกเยี่ยมสำรวจ

ข้อ ๑๖ ผู้ประสานงานที่รับผิดชอบ ต้องดำเนินการให้ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้มีประสบการณ์ในการฝึกเยี่ยมสำรวจตามแผนการพัฒนารายบุคคล จัดการประชุมเพื่อพัฒนาทักษะตามความจำเป็น รวบรวมผลการประเมินตนเองของผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ ผลการประเมินครูฝึกเยี่ยมสำรวจ ผลการประเมินของผู้เยี่ยมสำรวจ รวมทั้งการจัดทำฐานข้อมูลผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจและผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ ตลอดจนการประสานงานระหว่างกลุ่มภารกิจปฏิบัติการ ประเมินและรับรองผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ ครูฝึกเยี่ยมสำรวจและสถานพยาบาล และดำเนินการอื่นใดเพื่อให้กระบวนการฝึกเยี่ยมสำรวจบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ที่สถาบันกำหนดไว้ ทั้งนี้ แบบประเมินโปรแกรมการฝึกผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ หรือเอกสารอื่นใด ให้เป็นไปตามที่สถาบันกำหนด

## ส่วนที่ ๕

### การขึ้นทะเบียนและต่ออายุผู้เยี่ยมสำรวจ

ข้อ ๑๗ เมื่อผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจเข้ารับการฝึกเยี่ยมตามโปรแกรมการฝึกครบตามหลักเกณฑ์ที่สถาบันกำหนดแล้ว ให้ผู้ประสานงานที่รับผิดชอบดำเนินการจัดให้มีการประชุม คณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนและรวบรวมผลการประเมินเสนอต่อคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อร่วมกันประชุมและพิจารณาการขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ

ให้สถาบันออกคำสั่งแต่งตั้งผู้เยี่ยมสำรวจที่ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ และแจ้งคำสั่งดังกล่าวให้ผู้เยี่ยมสำรวจที่ได้รับการแต่งตั้งทราบเป็นหนังสือตามหลักเกณฑ์ ขั้นตอนและวิธีการที่สถาบันกำหนด

ข้อ ๑๘ ให้สถาบันกำหนดให้มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาทักษะและความชำนาญของการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ โดยอย่างน้อยต้องมีการประเมิน ดังนี้

- ๑) ประเมินจากสถานพยาบาลทุกครั้งที่มีการเยี่ยมสำรวจ
- ๒) ประเมินจากเพื่อนร่วมทีมเยี่ยมสำรวจทุกครั้งเมื่อสิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจแต่ละครั้ง
- ๓) ประเมินตนเองตามแบบฟอร์มประเมินสมรรถนะปีละหนึ่งครั้ง

ข้อ ๑๙ การต่ออายุผู้เยี่ยมสำรวจ มีองค์ประกอบการพิจารณา ดังนี้

- ๑) การทำหน้าที่เป็นผู้เยี่ยมสำรวจให้กับสถาบันไม่น้อยกว่าสิบวันทำการต่อปี
- ๒) ร่วมประชุมวิชาการเพื่อเพิ่มพูนศักยภาพในการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจทุกปี อย่างน้อยปีละครั้ง
- ๓) ไม่มีความประพฤติบกพร่อง ผิดจรรยาบรรณ หรือมีเหตุร้องเรียนใด ๆ
- ๔) ผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์ดี

กรณีทำหน้าที่เป็นผู้เยี่ยมสำรวจให้กับสถาบันน้อยกว่าสิบวันทำการต่อปี ให้พิจารณาการร่วมกิจกรรมของสถาบันเพื่อเพิ่มพูนศักยภาพในการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจร่วมด้วยตามดุลยพินิจของคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ

ข้อ ๒๐ การต่ออายุผู้เยี่ยมสำรวจมีกำหนดเวลา ดังนี้

- ๑) การต่ออายุครั้งแรก มีระยะเวลาหนึ่งปี
- ๒) การต่ออายุครั้งที่สอง มีระยะเวลาสามปี
- ๓) การต่ออายุครั้งที่สาม มีระยะเวลาสามปี
- ๔) การต่ออายุครั้งที่สี่ขึ้นไป มีระยะเวลาห้าปี

กรณีที่ขอลาพักชั่วคราวในการออกเยี่ยมสำรวจด้วยเหตุผลจำเป็น ทำให้ไม่สามารถเยี่ยมสำรวจได้ครบสิบวันทำการต่อปี ให้ทำบันทึกแจ้งสถาบันเพื่อขอยกเว้นเป็นกรณีพิเศษในการต่ออายุการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจและระยะในการต่ออายุช่วงดังกล่าวจะต่ออายุเพียงหนึ่งปี หลังจากนั้นจะต่ออายุการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจตามเกณฑ์ปกติเมื่อกลับมาเยี่ยมสำรวจครบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อ ๒๑ ในกรณีผู้ฝึกการเยี่ยมสำรวจหรือผู้เยี่ยมสำรวจไม่สามารถมาปฏิบัติงานได้อันเนื่องมาจากการลาป่วยฉุกเฉิน หรือมีพฤติกรรมพิเศษซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจหรือผู้เยี่ยมสำรวจ และมีได้เกิดจากความประมาทเลินเล่อหรือความผิดของผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจหรือผู้เยี่ยมสำรวจเอง ให้รับรายงานเหตุที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งอุปสรรคขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถมาปฏิบัติงานได้โดยแจ้งให้สถาบันทราบทันที และทำบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อดำเนินการแก้ไขในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การลาของผู้เยี่ยมสำรวจให้เป็นไปตามที่สถาบันกำหนด

ข้อ ๒๒ การขอลาออกจากการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ ให้ผู้เยี่ยมสำรวจที่ประสงค์ขอลาออกส่งหนังสือหรือเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรหรือส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์เพื่อแจ้งความประสงค์การขอลาออกหรือไม่ประสงค์ขอต่ออายุการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจภายในสามสัปดาห์ก่อนวันที่ขอลาออกหรือครบกำหนดการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจตามข้อ ๑๗ ทั้งนี้ เพื่อให้สถาบันสามารถบริหารจัดการการเข้าเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาลของผู้เยี่ยมสำรวจดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมต่อไป

## ส่วนที่ ๖

### การจัดการเรื่องอุทธรณ์ผลการพิจารณาแต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ

ข้อ ๒๓ กรณีมีผู้อุทธรณ์ให้ดำเนินการยื่นหนังสือต่อสถาบันด้วยตนเองหรือส่งทางไปรษณีย์ ลงทะเบียนต่อสถาบันภายในสามสัปดาห์นับแต่วันที่ได้รับทราบผลการพิจารณา โดยผู้อุทธรณ์ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ รวมทั้งต้องจัดเตรียมเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาพิจารณาการอุทธรณ์

ให้ผู้ประสานงานที่รับผิดชอบและหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริหารและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ รับเรื่องการอุทธรณ์และประสานงานดำเนินการให้เกิดกระบวนการที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ พร้อมจัดเก็บข้อมูลเรื่องการอุทธรณ์

ข้อ ๒๔ ให้สถาบันดำเนินการพิจารณาเรื่องอุทธรณ์โดยคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจหรือคณะทำงานพิจารณาอุทธรณ์ตามที่อยู่อาศัยเห็นสมควร จำนวนไม่เกินสามคนประกอบด้วย รองผู้อำนวยการสถาบัน ทำหน้าที่เป็นประธาน ตัวแทนผู้เยี่ยมสำรวจอาวุโสจากบัญชีรายชื่อเป็นกรรมการ และหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริหารและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ ทำหน้าที่เป็นเลขานุการ ซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการ มีหน้าที่รับผิดชอบ แสวงหาข้อเท็จจริง และข้อเสนอแนะ เหตุผลเพื่อประกอบการพิจารณาวินิจฉัยเสนอต่อผู้อำนวยการพิจารณาภายในสามสัปดาห์นับแต่วันที่ได้รับเรื่องการอุทธรณ์

กรณีที่คณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจหรือคณะทำงานพิจารณาอุทธรณ์ ดำเนินการไม่เสร็จภายในสามสัปดาห์ ให้รายงานพร้อมชี้แจงเหตุผลต่อผู้อำนวยการและให้ขยายเวลาต่อไปอีกไม่เกินสามสัปดาห์

ข้อ ๒๕ เมื่อคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจวินิจฉัยคำอุทธรณ์เป็นที่เรียบร้อยแล้วและให้แจ้งผลคำวินิจฉัยอุทธรณ์ดังกล่าวให้ผู้อุทธรณ์ทราบเป็นหนังสือภายในสัปดาห์วัน นับแต่วันที่คณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจมีมติ

ในกรณีการพิจารณาอุทธรณ์ดำเนินการโดยคณะทำงานพิจารณาอุทธรณ์ ให้ผู้อำนวยการเป็นผู้วินิจฉัยคำอุทธรณ์ โดยให้ถือว่าคำวินิจฉัยอุทธรณ์ของผู้อำนวยการเป็นที่สิ้นสุด

ข้อ ๒๖ การดำเนินการใด ๆ อันถือว่าเป็นกระบวนการเพื่อให้ได้มาซึ่งผู้เยี่ยมสำรวจ และการพิจารณาอุทธรณ์ผลการพิจารณาแต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการก่อนระเบียบนี้มีผลบังคับใช้ ให้ถือว่าเป็นการดำเนินการโดยชอบด้วยระเบียบนี้ และให้ดำเนินการตามระเบียบนี้ในชั้นตอน วิธีการถัดไป ที่สามารถดำเนินการโดยไม่ขัดหรือแย้งกับระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ปิยวรรณ ล.

(นางปิยวรรณ ลิมปัญญาเลิศ)

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ประกาศสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เรื่อง  
แนวปฏิบัติที่ดีของผู้เยี่ยมสำรวจ พ.ศ. 2566



## ประกาศสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

### เรื่อง แนวปฏิบัติที่ดีของผู้เยี่ยมสำรวจ พ.ศ. ๒๕๖๖

.....

เพื่อให้ผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบันมีข้อพึงปฏิบัติในการเยี่ยมสำรวจ การให้คำแนะนำ และการให้คำปรึกษา แก่สถานพยาบาล มีความสอดคล้องตามพระราชบัญญัติมาตรฐานทางจริยธรรม พ.ศ. ๒๕๖๒ และระเบียบ คณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องประกอบกับหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี และเกณฑ์ที่ใช้ในระดับสากล

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๘ (๗) มาตรา ๒๖ และ ๒๗ (๓) แห่งพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบกับข้อ ๕ ของระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลว่าด้วย จริยธรรมของคณะกรรมการและผู้ปฏิบัติงานของสถาบัน พ.ศ. ๒๕๖๓ และข้อ ๒๑ ระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลว่าด้วย แนวปฏิบัติที่ดีของคณะกรรมการ ผู้อำนวยการ ผู้ปฏิบัติงาน และบุคคลที่ได้รับมอบให้ทำภารกิจที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของสถาบัน พ.ศ. ๒๕๖๓ ผู้อำนวยการจึงออกประกาศไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เรื่อง แนวปฏิบัติที่ดีของผู้เยี่ยมสำรวจ พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เรื่อง แนวปฏิบัติที่ดีของผู้เยี่ยมสำรวจ พ.ศ. ๒๕๖๔

บรรดาประกาศ คำสั่ง หรือแนวทางปฏิบัติอื่นใดที่กำหนดไว้แล้วในประกาศนี้ที่มีข้อความ ซึ่งขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ ให้ใช้ประกาศนี้แทน

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สถาบัน” หมายความว่า สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

“กรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

“ผู้อำนวยการ” หมายความว่า ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

“ผู้เยี่ยมสำรวจ” หมายความว่า บุคคลที่ได้รับมอบให้ทำภารกิจที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของสถาบัน

โดยมีคำสั่งแต่งตั้งหรือมีหนังสือมอบหมายให้ทำการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาล

“การเยี่ยมสำรวจ” หมายความว่า การเข้าเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาลตามมาตรฐานที่สถาบันกำหนดซึ่งครอบคลุมทุกระดับขั้นของการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ทั้งนี้ให้หมายความรวมถึงการเข้าเยี่ยมสำรวจโดยวิธีการผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือวิธีการอื่นใดตามความจำเป็นและเหมาะสมเพื่อให้การประเมินรับรองกระบวนการคุณภาพของสถานพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด

“การให้คำแนะนำ” หมายความว่า การให้คำแนะนำหรือให้ความรู้แก่สถานพยาบาลเกี่ยวกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ เช่น การนำมาตรฐานลงสู่การปฏิบัติ การใช้เครื่องมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชนิดต่าง ๆ หรือคำแนะนำอื่น ๆ โดยข้อมูลที่แนะนำมีลักษณะเป็นข้อมูลทั่วไปที่เปิดเผยต่อสาธารณะ

“การให้คำปรึกษา” หมายความว่า การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับข้อมูลที่มีลักษณะจำเพาะสำหรับสถานพยาบาลแห่งนั้น เช่น การให้ข้อแนะนำที่ลงรายละเอียดเพื่อเขียนแบบประเมินตนเองของสถานพยาบาล การจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล ตามข้อมูลที่ได้รับจากการวิเคราะห์ตนเองหรือข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจ

ข้อ ๕ ผู้เยี่ยมสำรวจต้องไม่เข้าเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินรับรองสถานพยาบาลหรือเครือสถานพยาบาลที่ตนมีความสัมพันธ์หรือมีผลประโยชน์เกี่ยวข้องหรือเป็นคู่แข่งกันทางธุรกิจ

ข้อ ๖ ผู้เยี่ยมสำรวจต้องไม่เข้าเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินรับรองสถานพยาบาลหรือเครือสถานพยาบาลที่ตนเคยให้คำปรึกษาหรือไปประกอบวิชาชีพ

ข้อ ๗ ผู้เยี่ยมสำรวจต้องไม่เรียกร้องความสะดวกอื่นใดนอกเหนือไปจากที่สถาบันได้ประสานไว้กับสถานพยาบาล

ข้อ ๘ ผู้เยี่ยมสำรวจพึงปฏิบัติตนในการเยี่ยมสำรวจ การให้คำแนะนำ และการให้คำปรึกษาแก่สถานพยาบาลตามระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลว่าด้วยจริยธรรมของคณะกรรมการและผู้ปฏิบัติงานของสถาบัน พ.ศ. ๒๕๖๓ และระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลว่าด้วยแนวปฏิบัติที่ดีของคณะกรรมการ ผู้อำนวยการ ผู้ปฏิบัติงาน และบุคคลที่ได้รับมอบให้ทำภารกิจที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของสถาบัน พ.ศ. ๒๕๖๓ อย่างเคร่งครัด

ข้อ ๙ ผู้เยี่ยมสำรวจสามารถเข้าร่วมเป็นวิทยากรตามหลักสูตรทั่วไปที่สถาบันเป็นผู้จัดหรือเข้าเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาลเพื่อให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาได้ โดยไม่ถือว่าเป็นผลประโยชน์ที่ขัดแย้งกับการจัดเยี่ยมสถานพยาบาลในครั้งถัดไป

ข้อ ๑๐ ในกรณีที่ผู้เยี่ยมสำรวจเข้าไปให้คำปรึกษาแก่สถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง ผู้เยี่ยมสำรวจต้องแจ้งให้สถานพยาบาลทราบและเข้าใจว่า การให้คำปรึกษาดังกล่าวเป็นคำปรึกษาส่วนบุคคล มิได้เป็นการให้คำปรึกษาในนามของสถาบัน และพึงแจ้งกิจกรรมการให้คำปรึกษาดังกล่าวให้สถาบันทราบหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมดังกล่าวโดยเร็ว เพื่อสถาบันจะได้งดเว้นการจัดผู้เยี่ยมสำรวจท่านนั้นตามความเหมาะสมในการเข้าเยี่ยมประเมินรับรองสถานพยาบาลในรอบการประเมินรับรองครั้งถัดไป

หากมีกรณีที่สถาบันจัดให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจซึ่งให้คำปรึกษาแก่สถานพยาบาลท่านนั้นเข้าเยี่ยมชมสำรวจ เพื่อให้การประเมินรับรองสถานพยาบาลแห่งเดิมนั้น ถือว่าเป็นหน้าที่ของผู้เยี่ยมชมสำรวจต้องแจ้งให้สถาบันทราบ โดยเร็วเพื่อให้มีการเปลี่ยนตัวผู้เยี่ยมชมสำรวจ

การเปลี่ยนตัวผู้เยี่ยมชมสำรวจให้จัดทำเป็นหนังสือ และแจ้งให้สถานพยาบาลแห่งนั้นทราบในโอกาส แรกทันที

ข้อ ๑๑ หลังเสร็จสิ้นการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อประเมินรับรองสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งแล้ว เพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดข้อโต้แย้งว่าผู้เยี่ยมชมสำรวจมีการตั้งเงื่อนไขให้สถานพยาบาลปฏิบัติเพื่อให้ผ่านการประเมินรับรอง สถานพยาบาล ผู้เยี่ยมชมสำรวจพึงงดเว้นการเป็นวิทยากร ผู้ให้คำแนะนำ หรือผู้ให้คำปรึกษาแก่สถานพยาบาลแห่งนั้น หลังการเยี่ยมชมสำรวจเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่าสองปี

ข้อ ๑๒ ผู้เยี่ยมชมสำรวจที่ได้เข้าเยี่ยมชมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังแก่สถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง ยังสามารถเข้า เยี่ยมชมสถานพยาบาลแห่งนั้นเพื่อต่ออายุการรับรองในครั้งถัดไปได้ โดยไม่ถือว่าเป็นผลประโยชน์ที่ขัดแย้ง

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

**ปิยวรรณ ล.**

(นางปิยวรรณ ลิมปัญญาเลิศ)

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

FM-QEM-009-00 บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ  
การมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบัน



## บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ การมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบัน

ข้อตกลงเลขที่...../.....

บันทึกข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ตั้งอยู่ที่ 88/39  
อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอ  
เมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... ระหว่าง  
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) โดย .....  
ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “สถาบัน” ฝ่ายหนึ่ง กับ  
..... อายุ ..... ปี ที่อยู่

.....  
หน่วยงานต้นสังกัด (ถ้ามี) ..... ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้เรียกว่า “ผู้เยี่ยม  
สำรวจ” โดยได้รับความยินยอมหรือเห็นชอบจากผู้บังคับบัญชาให้ปฏิบัติหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบันรับรอง  
คุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ตามบันทึกข้อตกลงฉบับนี้

ทั้งสองฝ่ายจึงได้ตกลงร่วมกันทำบันทึกข้อตกลงฉบับนี้ โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

### ข้อ 1. วัตถุประสงค์และขอบเขตงาน

1.1 โดยที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีวัตถุประสงค์จัดตั้งเพื่อ  
ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของ  
สถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล ตลอดจนการ  
รวบรวมข้อมูล ศึกษา วิเคราะห์ จัดให้มีการวิจัยและจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนา  
คุณภาพของสถานพยาบาล จึงตกลงร่วมกันให้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคคลซึ่งได้รับการแต่งตั้งมอบหมาย  
ให้ปฏิบัติหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบัน เพื่อร่วมดำเนินงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์แห่งบันทึกข้อตกลงนี้

1.2 รายละเอียด ขอบเขต และบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานของผู้เยี่ยมสำรวจให้เป็นไปตาม  
ระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด และหมายรวมถึงระเบียบ ประกาศ คำสั่ง หรือคู่มือของสถาบันที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) ระเบียบสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ว่าด้วย หลักเกณฑ์  
ขั้นตอน และวิธีการเพื่อแต่งตั้งมอบหมายให้บุคคลเป็นผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบัน พ.ศ. 2566

2) ประกาศสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ว่าด้วย แนวปฏิบัติ  
ที่ดีของผู้เยี่ยมสำรวจ พ.ศ. 2566

3) คู่มือผู้เยี่ยมสำรวจ พ.ศ. 2568

## ข้อ 2. ค่าใช้จ่าย ค่าตอบแทนหรือประโยชน์ตอบแทนอื่น

2.1 “สถาบัน” ตกลงสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ ตามที่กำหนดไว้ในประกาศสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เรื่อง ค่าใช้จ่ายเพื่อการดำเนินกิจการของสถาบัน พ.ศ. 2564

2.2 การสนับสนุนค่าตอบแทน หรือประโยชน์ตอบแทนอื่นให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และวิธีการตามที่กำหนดไว้ในระเบียบ ประกาศ หรือคำสั่งของสถาบัน

## ข้อ 3. ระยะเวลาการปฏิบัติงานตามสัญญา

3.1 “ผู้เยี่ยมชมสำรวจ” ยินยอมเริ่มปฏิบัติหน้าที่ตามข้อตกลง ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... จนถึงวันที่ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น ..... ปี

## ข้อ 4. กำหนดบทบาทหน้าที่

### 4.1 บทบาทหน้าที่ของผู้เยี่ยมชมสำรวจ มีดังต่อไปนี้

- 1) ยอมรับและปฏิบัติตามปรัชญา พันธกิจ วัตถุประสงค์และเป้าหมายของสถาบัน
- 2) ทำหน้าที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจของสถาบันตามคู่มือปฏิบัติงานผู้เยี่ยมชมสำรวจอย่างอิสระและเป็นกลาง
- 3) ปฏิบัติตามจรรยาบรรณของผู้เยี่ยมชมสำรวจตามที่สถาบันกำหนด รวมทั้งการรักษาความลับของสถานพยาบาลที่เข้าเยี่ยมชมโดยเคร่งครัด
- 4) ทำความเข้าใจและประยุกต์ใช้มาตรฐานการรับรองสถานพยาบาลกับสถานพยาบาลต่าง ๆ อย่างเหมาะสมกับบริบทร่วมกับการใช้ความรู้ทางวิชาชีพที่ทันสมัย
- 5) จัดสรรเวลาอย่างเหมาะสมเพื่อปฏิบัติหน้าที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจของสถาบันไม่ต่ำกว่าหลักเกณฑ์ที่สถาบันกำหนด
- 6) ประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเองและเพื่อนร่วมทีมในการทำหน้าที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจทุกครั้ง และรับเสียงสะท้อนจากสถาบันเพื่อนำสู่การปรับปรุงตนเอง
- 7) จัดทำรายงานการเยี่ยมชมสำรวจให้เสร็จสิ้นภายในระยะเวลาที่กำหนดหลังการเยี่ยมชมสำรวจ
- 8) เพิ่มพูนความรู้และทักษะในเนื้อหาที่ตนมีความเชี่ยวชาญด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ
- 9) เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษาและฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้กับสถาบันไม่ต่ำกว่าหลักเกณฑ์ที่สถาบันกำหนด
- 10) การเยี่ยมชมสำรวจทุกครั้งจะต้องได้รับความเห็นชอบและการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด (ถ้ามี)

## 4.2 บทบาทหน้าที่ของสถาบัน มีดังต่อไปนี้

- 1) อำนวยการ ประสานงาน จัดทำแผนงาน หรือกำหนดตารางการเยี่ยมสำรวจ และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบในการเยี่ยมสำรวจแต่ละครั้ง
- 2) จัดให้มีระบบให้คำปรึกษาในผู้เยี่ยมสำรวจมีปัญหาในการแปลความหมาย มาตรฐานการให้คะแนนและการตัดสินใจนำเสนอรายงานผลการเยี่ยมสำรวจต่อคณะอนุกรรมการ ที่ปรึกษา เพื่อการรับรองคุณภาพ
- 3) ทำประกันอุบัติเหตุการเดินทางให้แก่ผู้เยี่ยมสำรวจทุกครั้งที่มีการเดินทางไปทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบัน ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ที่สถาบันกำหนด
- 4) ประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อพิจารณาต่ออายุการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ
- 5) จัดกิจกรรมการศึกษาและฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ผู้เยี่ยมสำรวจอย่างสม่ำเสมอ

## ข้อ 5. การรักษาความลับ

5.1 ผู้เยี่ยมสำรวจ จะรักษาความลับที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามข้อตกลงนี้และจะไม่เปิดเผยหรือถ่ายทอดให้แก่บุคคลอื่น และ/หรือ นำความลับดังกล่าวไปหาประโยชน์ไม่ว่ากรณีใด ๆ เว้นแต่ได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจาก “สถาบัน” ก่อน

5.2 ผู้เยี่ยมสำรวจยินยอม และถือว่าหนังสือแสดงเจตนาไม่เปิดเผยข้อมูล (Non-Disclosure Agreement : NDA) ของสถาบัน แนบท้ายบันทึกข้อตกลงนี้ เป็นข้อปฏิบัติที่ผู้เยี่ยมสำรวจพึงต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

5.3 ผู้เยี่ยมสำรวจ ขอรับรองว่าจะปฏิบัติงานตามข้อตกลงนี้ด้วยความระมัดระวังตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างยิ่ง

5.4 ในระหว่างดำเนินงานตามข้อตกลงนี้ หากมีปัญหาใด ๆ อันอาจเป็นอุปสรรคที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามข้อตกลงนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปเกิดขึ้นโดยมิใช่ความผิดของ “ผู้เยี่ยมสำรวจ” ให้แจ้งเป็นหนังสือให้สถาบันทราบภายใน 7 (เจ็ด) วัน นับแต่วันที่ปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขต่อไป

การวินิจฉัยว่าปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงานตามข้อตกลงดังกล่าวข้างต้น ให้ผู้อำนวยการเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด

## ข้อ 6. การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล การเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล การใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เยี่ยมสำรวจ ให้เป็นไปตามประกาศสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เรื่อง นโยบายและแนวปฏิบัติในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของสถาบัน พ.ศ. 2563 และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

## ข้อ 7. การแก้ไขเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญ

ข้อความตามข้อตกลงนี้ถือเป็นสาระสำคัญ การแก้ไขเพิ่มเติม หรือการเปลี่ยนแปลงใด ๆ จะกระทำต่อเมื่อได้รับความเห็นชอบร่วมกันทั้งสองฝ่าย

บันทึกข้อตกลงฉบับนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อตกลงนี้โดยละเอียดตลอดแล้ว เห็นว่าตรงตามเจตนารมณ์ที่ได้ให้ไว้ต่อกันทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และแต่ละฝ่ายต่างได้ยึดถือไว้ฝ่ายละฉบับ

(ลงชื่อ) ..... สถาบัน  
( )

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

(ลงชื่อ) ..... ผู้เยี่ยมชมสำรวจ  
(.....)

ต้นสังกัด.....

(ลงชื่อ) .....  
( )

ผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบัน

(ลงชื่อ) .....  
(.....)

ผู้บังคับบัญชาของผู้เยี่ยมชมสำรวจ

FM-QEM-010-00 หนังสือแสดงความยินยอมให้

เปิดเผยข้อมูลผู้เยี่ยมชมสำรวจ



# HA Competency Model

# HA Competency Model

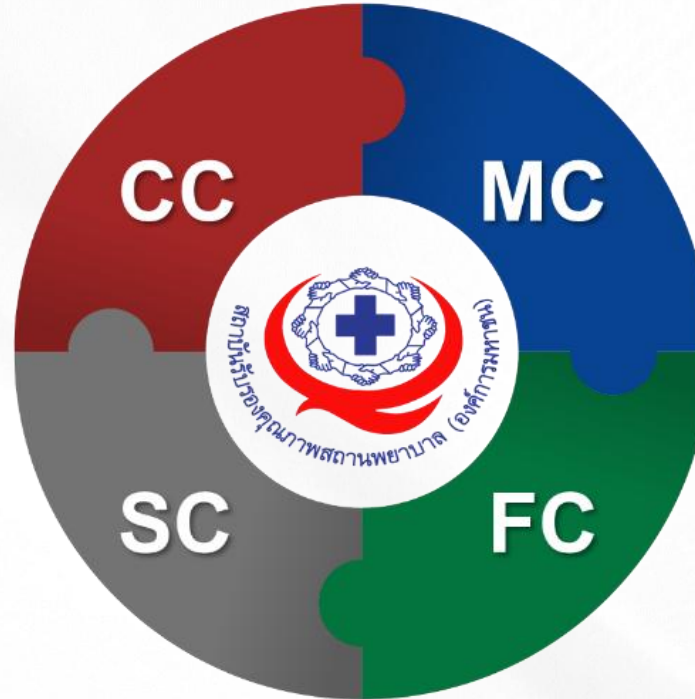
## Core Competency

- CC-01 Humanization & Interpersonal Relation
- CC-02 Accreditation & Standard
- CC-03 Integration & Networking
- CC-04 Integrity & Accountability
- CC-05 Information Driven & Analytical Skill

## Strategic Driven

## Competency

- SC-01 Digital Literacy & Tech Savvy
- SC-02 Intrapreneurship



## Managerial Competency

- MC-01 Leadership
- MC-02 Management
- MC-03 Communication

## Functional Competency

- FC-01 Accreditation & Standard
- FC-02 Healthcare Knowledge: System & Policy
- FC-03 Rule Regulations & Procedures Knowledge
- FC-04 Quality Tool Savvy
- FC-05 System & Critical Thinking
- FC-06 Coaching & Facilitation Skill
- FC-07 Negotiation Skill
- FC-08 Learning Design & Teaching Skill
- FC-09 English Literacy
- FC-10 Agility & Resilience

# ตารางสมรรถนะ (Competency Matrix) สำหรับบุคลากร Quality Expert

กลุ่มระดับตำแหน่ง	ระดับตำแหน่ง	ประเภทตำแหน่ง	Core Competency					Strategic-Driven		Managerial Competency			Functional Competency									
			CC-01	CC-02	CC-03	CC-04	CC-05	SC-01	SC-02	MC-01	MC-02	MC-03	FC-01	FC-02	FC-03	FC-04	FC-05	FC-06	FC-07	FC-08	FC-09	FC-10
			Humanization & Interpersonal Relation	Accreditation & Standard	Integration & Networking	Integrity & Accountability	Information Driven & Analytical Skill	Digital Literacy & Tech Savvy	Intrapreneurship	Leadership	Management	Communication	Accreditation & Standard	Healthcare Knowledge: System & Policy	Rule Regulations & Procedures Knowledge	Quality Tool Savvy	System & Critical Thinking	Coaching & Facilitation Skill	Negotiation Skill	Learning Design & Teaching Skill	English Literacy	Agility & Resilience
<b>Quality Expert</b>																						
Surveyor	Trainer	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 5	ระดับ 4	ระดับ 2	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 5	ระดับ 3	ระดับ 5	ระดับ 2	ระดับ 5	
	Team Lead	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 2	None	ระดับ 2	ระดับ 4	
	Experienced	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 3	None	None	ระดับ 2	ระดับ 3	
	New	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 2	None	None	ระดับ 1	ระดับ 2	
	SIT	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	None	None	ระดับ 1	ระดับ 2
Quality Coach	QC Trainer	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 5	ระดับ 4	ระดับ 2	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 5	None	ระดับ 5	ระดับ 2	ระดับ 5	
	Experienced QC (6 yrs.+)	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 3	None	None	ระดับ 2	ระดับ 3	
	Experienced QC (2-6 yrs.)	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 3	None	None	ระดับ 1	ระดับ 2	
	New QC	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	None	None	ระดับ 1	ระดับ 2	
วิทยากร		ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 4	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 4	ระดับ 2	ระดับ 4	None	ระดับ 5	ระดับ 2	ระดับ 3	

คำอธิบายสมรรถนะ: ความสามารถในการปฏิบัติต่อผู้อื่นด้วยความเคารพในความแตกต่างหลากหลาย ผ่านการซักถาม รับฟังอย่างเป็นกลางไม่ด่วนตัดสิน เข้าอกเข้าใจความต้องการและความรู้สึกของคนตรงหน้า พร้อมให้คำปรึกษาหรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดี ส่งเสริมบรรยากาศการทำงานที่เป็นมิตร และสนับสนุนการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพทั้งภายในและภายนอกองค์กร

## ระดับ 4

- กำหนดนโยบาย/แนวทางการทำงานที่เน้นการเคารพความแตกต่างหลากหลาย และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล/องค์กร
- เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติต่อผู้อื่นด้วยความสุภาพ ให้เกียรติ และเคารพในความแตกต่างทั้งในและนอกองค์กร
- สร้างความสัมพันธ์กับเครือข่าย และโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น ศรัทธา ไว้วางใจ

## ระดับ 3

- ออกแบบแนวทางหรือกระบวนการทำงานที่เสริมสร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจระหว่างบุคคลในหน่วยงาน/ต่างหน่วยงาน
- สร้างช่องทางการสื่อสารที่เปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นอย่างเปิดกว้างและเท่าเทียม
- คาดการณ์/จัดการสถานการณ์ความขัดแย้งได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในระยะยาว

## ระดับ 2

- คอยสอบถาม รับฟังปัญหา และให้กำลังใจทีมงาน/ผู้อื่นด้วยความจริงใจ
- ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม
- กระตุ้นและส่งเสริมให้ทีมเปิดใจรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นด้วยความเป็นกลางไม่ด่วนตัดสิน

## ระดับ 1

- ปฏิบัติต่อผู้อื่นด้วยความสุภาพ ให้เกียรติ และเคารพในความแตกต่าง
- ให้กำลังใจ ร่วมมือ และสนับสนุนผู้อื่นในการปฏิบัติงาน
- เปิดใจรับฟัง เคารพความคิดเห็น สื่อสารกับผู้อื่นด้วยวาจาและท่าทางที่เป็นมิตร

CC-02

**A: Accreditation & Standard**

**(รู้เรื่องการประเมินรับรองคุณภาพ และมาตรฐาน HA)**

คำอธิบายสมรรถนะ: ความสามารถในการเข้าใจความสำคัญของการมีและปฏิบัติตามมาตรฐาน เข้าใจแนวคิด เป้าหมาย และประเด็นสำคัญของมาตรฐานสถาบัน รวมถึงการพัฒนาระบบและกระบวนการประเมินรับรองคุณภาพ สามารถประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานสถาบันในการปฏิบัติงาน การเยี่ยมสำรวจ และสามารถบูรณาการมาตรฐานสถาบันกับมาตรฐานอื่นที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติและพัฒนางานในหน้าที่ของตน

<p><b>ระดับ 4</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กำหนดนโยบายที่ชัดเจนถึงการให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพและการประเมินรับรอง</li> <li>วางแผนกลยุทธ์ระยะยาวในการยกระดับคุณภาพ มาตรฐาน และกระบวนการประเมินรับรองขององค์กร/เครือข่าย</li> <li>ส่งเสริมวัฒนธรรมการทำงานคุณภาพและการพัฒนาอย่างต่อเนื่องภายในองค์กร/เครือข่าย</li> </ul>
<p><b>ระดับ 3</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ระบุได้ถึงการบูรณาการมาตรฐานสถาบันกับมาตรฐานอื่นที่เกี่ยวข้องภายใต้บริบทที่แตกต่างกัน</li> <li>ส่งเสริมบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ดีในการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>ออกแบบระบบการกำกับติดตามการปฏิบัติงานด้วยแนวคิดคุณภาพ</li> </ul>
<p><b>ระดับ 2</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ระบุได้ความแตกต่างและความเชื่อมโยงระหว่างมาตรฐานสถาบันและมาตรฐานอื่นๆ</li> <li>ส่งเสริมและให้คำแนะนำถึงการประยุกต์ใช้เกณฑ์มาตรฐานสถาบันให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงาน</li> <li>กระตุ้นทีมงาน/ผู้อื่น เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>
<p><b>ระดับ 1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>อธิบายได้ถึงความสำคัญของการมีมาตรฐานและการทำงานตามมาตรฐานสถาบัน</li> <li>อธิบายได้ถึงแนวคิด เป้าหมาย และประเด็นสำคัญของมาตรฐานสถาบันที่สอดคล้องกับงาน</li> <li>ประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพในการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ</li> </ul>

CC-03

**I: Integration & Networking****(บูรณาการและทำงานร่วมกับเครือข่าย)**

**คำอธิบายสมรรถนะ:** ความสามารถในการทำงานแบบบูรณาการข้ามสาขาวิชาชีพ/หน่วยงาน/องค์กร และสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อสร้างเป้าหมายและคุณค่าร่วมกันในการส่งเสริมการพัฒนาของหน่วยงาน/องค์กร และการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตลอดจนยกระดับมาตรฐานการบริการสุขภาพของประเทศอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ระดับ 4

- กำหนดนโยบายและกลยุทธ์ในการพัฒนาความร่วมมือกับเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ
- สร้างพันธมิตรเชิงกลยุทธ์กับองค์กรภายนอกเพื่อยกระดับการทำงานและสร้างผลกระทบในวงกว้าง

ระดับ 3

- กระตุ้นให้ทีมงานมองหาโอกาสในการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นหรือองค์กรภายนอก
- พัฒนาระบบการจัดการที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลและทรัพยากรระหว่างหน่วยงานภายใน/องค์กรภายนอก

ระดับ 2

- ประสานงาน/สร้างการมีส่วนร่วมภายในทีมงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
- ให้คำแนะนำแก่ทีมงานเกี่ยวกับการประสานงานและการสร้างความร่วมมือ

ระดับ 1

- ร่วมมือและมีส่วนร่วมในงานที่รับผิดชอบกับทีมงาน/ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
- แลกเปลี่ยนข้อมูล/ความรู้/ทรัพยากรกับเพื่อนร่วมงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

CC-04

**I: Integrity & Accountability****(ซื่อสัตย์ โปร่งใส และรับผิดชอบ)**

คำอธิบายสมรรถนะ: ความสามารถในการปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ โปร่งใส ยึดมั่นในหลักจริยธรรม รับผิดชอบต่อหน้าที่และผลการกระทำของตน เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจในระบบการรับรองคุณภาพและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ

ระดับ 4

- กำหนดนโยบาย/แนวทางการทำงานที่เน้นความซื่อสัตย์ โปร่งใส และความรับผิดชอบต่อกระบวนการรับรองคุณภาพ
- เป็นต้นแบบของผู้ที่ปฏิบัติตามหลักการ มีความรับผิดชอบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- กำกับและออกแบบแนวทางการบริหารจัดการด้านจริยธรรมในการรับรองคุณภาพ

ระดับ 3

- คาดการณ์ประเด็นความเสี่ยงที่อาจเกิดความผิดพลาด/การขัดแย้งต่อหลักการ/มาตรฐานที่กำหนด
- ออกแบบและพัฒนาระบบการปฏิบัติงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ ลดความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อองค์กร
- ปฏิบัติตนโดยคำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายในและภายนอกองค์กรอย่างรอบด้าน

ระดับ 2

- ปฏิบัติตนอย่างเป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ มุ่งเน้นความโปร่งใสและตรวจสอบได้
- ให้คำแนะนำหลักการ/แนวทางในการปฏิบัติตามหลักการ ภายใต้บริบทที่เปลี่ยนแปลง
- ส่งเสริมบรรยากาศการทำงานที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหามากกว่าการกล่าวโทษกัน

ระดับ 1

- ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต โปร่งใส ตามหลักการ/มาตรฐานที่กำหนด
- รับผิดชอบต่อหน้าที่และการกระทำของตน
- กล้าสื่อสารความผิดพลาดอย่างทันท่วงที คำนึงถึงผลกระทบจากการกระทำของตนเองที่มีต่อผู้อื่น

CC-05	<b>I: Information Driven &amp; Analytical Skill</b> <b>(วิเคราะห์และใช้ข้อมูลในการทำงาน)</b>
<p>คำอธิบายสมรรถนะ: ความสามารถในการรวบรวม วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ พัฒนามาตรฐาน และขับเคลื่อนการยกระดับคุณภาพระบบบริการสุขภาพของประเทศ</p>	
<b>ระดับ 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กำหนดนโยบายและกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศขององค์กร</li> <li>สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและพัฒนานวัตกรรมด้านการประเมินคุณภาพสถานพยาบาล</li> <li>สนับสนุนทรัพยากรในการบริหารจัดการข้อมูลขององค์กร โดยพิจารณาถึงความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล</li> </ul>
<b>ระดับ 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์/วิจัย เพื่อหาแนวทางในการพัฒนา/ปรับปรุง รวมถึงสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ</li> <li>วิเคราะห์และคาดการณ์ความต้องการข้อมูลอย่างรอบด้าน และทันต่อสถานการณ์/บริบทที่เปลี่ยนแปลง</li> <li>เรียกหาข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ/พัฒนา พร้อมทั้งส่งเสริมวัฒนธรรมการใช้ข้อมูลในการปฏิบัติงาน</li> </ul>
<b>ระดับ 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล แยกแยะและประเมินคุณภาพของข้อมูลได้</li> <li>กระตุ้นและให้คำแนะนำในการบริหารจัดการเก็บ วิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ/พัฒนา</li> <li>วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาสาเหตุและเสนอแนวทางในการตัดสินใจ/พัฒนา</li> </ul>
<b>ระดับ 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ระบุได้ถึงข้อมูลสำคัญ แหล่งที่มาของข้อมูล และวิธีการจัดเก็บหรือได้มาซึ่งข้อมูลอย่างมีมาตรฐานและปลอดภัย</li> <li>จัดเก็บข้อมูลในความรับผิดชอบอย่างถูกต้องและเป็นระบบ</li> <li>วิเคราะห์และใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจและพัฒนางานที่รับผิดชอบ</li> </ul>

SC-01	<b>Digital Literacy &amp; Tech Savvy</b> <b>(ความสามารถด้านดิจิทัลและเทคโนโลยี)</b>
<p><b>คำอธิบายสมรรถนะ:</b> ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ผ่านการเปิดใจยอมรับ ยืดหยุ่นปรับตัว พร้อมทั้งมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และยกระดับกระบวนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ</p>	
<b>ระดับ 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กำหนดวิสัยทัศน์ นโยบาย พร้อมทั้งวางแผนกลยุทธ์การนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อยกระดับการดำเนินงานขององค์กรอย่างชัดเจน</li> <li>ส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรที่เปิดรับนวัตกรรมและการเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่</li> <li>จัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการพัฒนาทักษะดิจิทัลของบุคลากรทุกระดับ</li> </ul>
<b>ระดับ 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาระบบและกระบวนการทำงานที่ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>สร้างกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านเทคโนโลยีภายในและระหว่างหน่วยงาน</li> <li>กำกับติดตามการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อส่งเสริมการพัฒนาทักษะดิจิทัลของทีมงาน</li> </ul>
<b>ระดับ 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>เป็นแบบอย่างในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย</li> <li>สอนและให้คำแนะนำทีมงานในการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ</li> <li>กระตุ้นให้ทีมงานเปิดใจยอมรับและปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี</li> </ul>
<b>ระดับ 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย</li> <li>ระบุและอธิบายได้ถึงเทคโนโลยีดิจิทัลที่ใช้ประกอบการทำงาน</li> <li>แสดงความกระตือรือร้นในการเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงาน</li> </ul>

SC-02	<b>Intrapreneurship</b> <b>(ทักษะการทำงานแบบเจ้าของร่วมในองค์กร)</b>
<b>คำอธิบายสมรรถนะ:</b> ความสามารถในการคิดและปฏิบัติงานแบบเจ้าของร่วมในองค์กร โดยแสดงออกถึงความคิดสร้างสรรค์ ความกล้าริเริ่ม และการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อสร้างคุณค่าและนวัตกรรมให้กับองค์กรภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรที่มีอยู่	
<b>ระดับ 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กำหนดวิสัยทัศน์และนโยบายที่ส่งเสริมการคิดและทำงานแบบเจ้าของร่วมในองค์กร</li> <li>สื่อสารข้อมูลด้านประสิทธิภาพทางการบริหารและใช้ทรัพยากรขององค์กรเพื่อสร้างความตระหนักแก่บุคลากร</li> <li>เป็นต้นแบบของการตระหนักรู้และใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ul>
<b>ระดับ 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนากลไกเพื่อส่งเสริมให้เกิดการคิดวิเคราะห์ความคุ้มค่าในการบริหารจัดการ</li> <li>วางแผนการบริหารจัดการในหน่วยงานที่ทำให้เกิดความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากรขององค์กร</li> <li>ประสานงานระหว่างหน่วยงานเพื่อร่วมกันใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด</li> </ul>
<b>ระดับ 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>จัดสรรและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน</li> <li>แสดงข้อมูล และผลการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของงาน/โครงการสำคัญก่อนการตัดสินใจ</li> <li>สอนและให้คำแนะนำในการพัฒนารูปแบบการทำงานที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า</li> </ul>
<b>ระดับ 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้ทรัพยากรสิ้นรวมถึงทรัพยากรต่างๆ ในการทำงานอย่างคุ้มค่าและถูกต้องตามระเบียบ</li> <li>แสดงความคิดสร้างสรรค์ในการดำเนินงานภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด</li> <li>กล้าเสนอความคิดที่สามารถลดภาระงานที่ไม่จำเป็น และมุ่งเน้นงานที่มีคุณค่ากับองค์กร</li> </ul>

MC-01	Leadership (ภาวะผู้นำ)
<p>คำอธิบายสมรรถนะ: ความสามารถในการนำตนเอง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ต่าง ๆ ผ่านการถ่ายทอดคุณค่า และความมุ่งมั่นในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล</p>	
ระดับ 4	<p><b>Inspirational Leadership</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>กำหนดและสื่อสารวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน สร้างแรงบันดาลใจในการมุ่งสู่ความสำเร็จร่วมกัน</li> <li>แสดงความมุ่งมั่นและเป็นแบบอย่างของการมีทัศนคติเชิงบวกในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</li> <li>เสริมสร้างความผูกพันภายในองค์กร รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนเป้าหมาย</li> </ul>
ระดับ 3	<p><b>Change Leadership</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ริเริ่มและขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงาน และจัดการการต้านทานต่อการเปลี่ยนแปลง</li> <li>สร้างความเข้าใจถึงเหตุผลและประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน</li> <li>สนับสนุนให้บุคลากรมีความยืดหยุ่น พร้อมปรับตัว และมีส่วนร่วมในกระบวนการเปลี่ยนแปลง</li> </ul>
ระดับ 2	<p><b>Performance Leadership</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ทำทหายและเป็นไปได้สำหรับทีมงาน</li> <li>วิเคราะห์ช่องว่างของผลการปฏิบัติงานและวางแผนพัฒนาร่วมกับทีม</li> <li>จัดการอารมณ์และความรู้สึกของทีมงาน พร้อมทั้งรักษาสัมพันธภาพภายในทีมงาน</li> </ul>
ระดับ 1	<p><b>Self Leadership</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>กำหนดเป้าหมาย วางแผน และจัดลำดับความสำคัญของงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด</li> <li>แสวงหาโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการทำงาน</li> <li>ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้</li> </ul>

MC-02	<b>Management</b> <b>(ความสามารถในการบริหารจัดการ)</b>
<p><b>คำอธิบายสมรรถนะ:</b> ความสามารถในการคิดเชิงระบบ และบริหารจัดการได้อย่างเป็นระบบ โดยระบุได้ถึงเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ต้องการได้อย่างชัดเจน ผ่านการออกแบบกลยุทธ์และวิธีการ การบริหารจัดการทรัพยากร กำกับติดตาม และสนับสนุนการดำเนินงานให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ต้องการ</p>	
<b>ระดับ 4</b>	<p><b>Strategic Management</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>วิเคราะห์แนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงในระบบสาธารณสุข พิจารณาโอกาสและความเสี่ยงอย่างรอบด้าน เพื่อกำหนดทิศทางองค์กร</li> <li>พัฒนากลยุทธ์ระยะยาวในการพัฒนาระบบรับรองคุณภาพสถานพยาบาล</li> <li>ตรวจสอบผลการดำเนินงานตามกลยุทธ์และปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ตามสถานการณ์หรือข้อมูลใหม่</li> </ul>
<b>ระดับ 3</b>	<p><b>Policy Deployment &amp; Strategic Execution</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ตีความ ทำความเข้าใจนโยบาย และกลยุทธ์ขององค์กรได้อย่างแตกฉาน เห็นถึงผลลัพธ์ที่ต้องการได้อย่างเป็นรูปธรรม</li> <li>ศึกษาและค้นหาแนวทางการดำเนินงานใหม่ ๆ เพื่อนำมาใช้ในการออกแบบพัฒนาการทำงานและขับเคลื่อนกลยุทธ์ขององค์กร</li> <li>ผลักดันการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ขององค์กร พร้อมกับบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างรอบด้าน</li> <li>ออกแบบระบบการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน และสนับสนุนทรัพยากรอย่างเหมาะสม</li> </ul>
<b>ระดับ 2</b>	<p><b>Project Management</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>วางแผนการดำเนินโครงการโดยคำนึงถึงทรัพยากร เวลา และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น</li> <li>ประสานงานและบริหารทีมงานข้ามสายงานเพื่อให้โครงการบรรลุเป้าหมาย</li> <li>ติดตามความคืบหน้าและปรับแผนโครงการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง</li> </ul>
<b>ระดับ 1</b>	<p><b>Problem Solving and Decision Making</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ระบุและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในการทำงานได้อย่างเป็นระบบ</li> <li>พัฒนาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์และปฏิบัติได้จริง</li> <li>ประเมินผลกระทบและความเสี่ยงก่อนตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา</li> </ul>

MC-03	<b>Communication</b> <b>(ทักษะด้านการสื่อสาร)</b>
<p>คำอธิบายสมรรถนะ: ความสามารถในการถ่ายทอดข้อมูลและความคิดอย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านการเข้าใจความแตกต่างของผู้ฟัง เพื่อเลือกใช้เทคนิควิธีการรับและส่งสารให้ผู้ฟังเกิดความเข้าใจ ยอมรับ และสามารถกระตุ้นสร้างแรงจูงใจให้ผู้อื่นให้ความร่วมมือในการสร้างผลลัพธ์ที่ต้องการ</p>	
<b>ระดับ 4</b>	<p><b>Inspiring Communication</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• สื่อสารแรงบันดาลใจที่มีแรงบันดาลใจ ให้ผู้ฟังเห็นภาพรวมและเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ</li> <li>• สร้างความเชื่อมั่นในมาตรฐาน HA แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ</li> <li>• ปรับรูปแบบการสื่อสารให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย</li> </ul>
<b>ระดับ 3</b>	<p><b>Communication for Change &amp; Influencing Skill</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• อธิบายเหตุผลและประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงให้ทีมงานเข้าใจ เห็นความสำคัญ และเกิดการยอมรับ</li> <li>• ใช้เทคนิคการโน้มน้าวที่เหมาะสมกับบุคคลและสถานการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>• เปิดใจรับฟังและตอบข้อกังวลด้วยความเข้าใจ เพื่อคลี่คลายความกังวลและเพิ่มการยอมรับ</li> </ul>
<b>ระดับ 2</b>	<p><b>Delegation Coaching and Feedback</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• วิเคราะห์ความสามารถของทีมงานและมอบหมายงานที่เหมาะสมกับศักยภาพ</li> <li>• ใช้เทคนิคการสอนงานและการตั้งคำถามเชิงสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาทักษะและความสามารถของทีมงาน</li> <li>• ให้ข้อมูลป้อนกลับที่สร้างสรรค์และเป็นรูปธรรมเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>
<b>ระดับ 1</b>	<p><b>Listening &amp; Presentation Skill</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ เพื่อเข้าใจความต้องการและความคิดเห็นของผู้อื่น</li> <li>• นำเสนอข้อมูลหรือแนวความคิดอย่างชัดเจนและมีโครงสร้าง ผ่านการใช้สื่อและเทคนิคการนำเสนอที่ช่วยให้ข้อมูลเข้าใจได้ง่าย</li> <li>• ตอบข้อซักถามหรือข้อกังวลของผู้ฟังอย่างชัดเจนและถูกต้อง</li> </ul>

FC-01	<b>Accreditation &amp; Standard</b> <b>(รู้เรื่องการประเมินรับรองคุณภาพ และมาตรฐาน HA)</b>
-------	---

**คำอธิบายสมรรถนะ:** ความสามารถในการเข้าใจความสำคัญของการมีและปฏิบัติตามมาตรฐาน เข้าใจแนวคิด เป้าหมาย และประเด็นสำคัญของมาตรฐานสถาบัน รวมถึงการพัฒนาระบบและกระบวนการประเมินรับรองคุณภาพ สามารถประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานสถาบันในการปฏิบัติงาน การเยี่ยมสำรวจ และสามารถบูรณาการมาตรฐานสถาบันกับมาตรฐานอื่นที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติและพัฒนางานประจำ การสร้างการเรียนรู้ การเยี่ยมสำรวจ

<b>ระดับ 5</b>	<p><b>สร้างสรรค์สิ่งใหม่ (Invent)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาและปรับปรุงมาตรฐานและระบบการรับรองคุณภาพใหม่ ๆ ที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</li> <li>บูรณาการมาตรฐานและแนวคิดจากหลากหลายแหล่งเพื่อสร้างนวัตกรรมในการประเมินและพัฒนาคุณภาพ</li> <li>นำเสนอข้อมูลสำคัญที่ได้จากวิเคราะห์และสรุปประเด็นที่ค้นพบจากการรับรองคุณภาพ</li> </ul>
<b>ระดับ 4</b>	<p><b>ปรับปรุงงานได้ (Improve)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>วิเคราะห์ช่องว่างและโอกาสพัฒนาของมาตรฐานและกระบวนการรับรองคุณภาพที่ใช้อยู่</li> <li>เสนอแนะและดำเนินการปรับปรุงมาตรฐานและกระบวนการรับรองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น</li> <li>ระบุได้ถึงการบูรณาการมาตรฐานสถาบันกับมาตรฐานอื่นที่เกี่ยวข้องภายใต้บริบทที่แตกต่างกัน</li> </ul>
<b>ระดับ 3</b>	<p><b>แก้ปัญหาได้ (Troubleshoot)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในการปฏิบัติตามมาตรฐานและกระบวนการรับรองคุณภาพ</li> <li>เสนอแนะและดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการนำมาตรฐานไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม</li> <li>ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้อื่นในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานและการรับรองคุณภาพ</li> </ul>
<b>ระดับ 2</b>	<p><b>ปฏิบัติงานได้ (Operate)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ระบุได้ถึงแนวคิดคุณภาพ แนวคิดพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง รวมถึง Overall Requirement ของมาตรฐานแต่ละบทได้</li> <li>ระบุได้ถึงข้อมูล/หลักฐานสำคัญที่แสดงการปฏิบัติตามมาตรฐานได้</li> <li>มีส่วนร่วมในกระบวนการเยี่ยมสำรวจ/การประเมินและพัฒนาคุณภาพภายใต้การกำกับดูแล</li> </ul>
<b>ระดับ 1</b>	<p><b>เข้าใจได้ (Understand)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>อธิบายได้ถึงความสำคัญและเป้าหมายของการมีมาตรฐานและการรับรองคุณภาพ</li> <li>อธิบายแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพได้</li> </ul>

คำอธิบายสมรรถนะ: ความรู้และเข้าใจระบบบริการสุขภาพในมุมมองผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ครอบคลุม ชนิด ประเภท ของระบบบริการสุขภาพระดับต่างๆ ทั้งในระดับสถานพยาบาลและเครือข่าย ครอบคลุมไปถึงองค์ประกอบ โครงสร้าง นโยบาย และทิศทาง รวมถึงกลไกต่างๆ ของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยและในระดับสากล ผ่านมุมมองเชิงระบบที่เห็นความเชื่อมโยงและสนับสนุนกันในทุกภาคส่วน

ระดับ 5

## สร้างสรรค์สิ่งใหม่ (Invent)

- พัฒนา/ออกแบบระบบหรือกลไกการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลรูปแบบใหม่ที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพระดับประเทศและมาตรฐานสากล
- นำเสนอแนวทาง ข้อเสนอแนะ หรือข้อมูลและประเด็นสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อนโยบายสาธารณสุขของประเทศ

ระดับ 4

## ปรับปรุงงานได้ (Improve)

- วิเคราะห์และปรับปรุงมาตรฐานและกลไกการรับรองคุณภาพให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ
- พัฒนาความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ในระบบสุขภาพเพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล

ระดับ 3

## แก้ปัญหาได้ (Troubleshoot)

- ระบุปัญหา/ประเด็นที่ค้นพบในกระบวนการรับรองคุณภาพและเสนอแนวทางแก้ไขที่สอดคล้องกับนโยบายและโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ
- ประสานงานกับสถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาล

ระดับ 2

## ปฏิบัติงานได้ (Operate)

- นำความรู้เรื่องนโยบาย โครงสร้าง องค์ประกอบ และกลไกต่างๆ ของระบบบริการสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน
- ทำงานร่วมกับสถานพยาบาลและหน่วยงานอื่นๆ ในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย

ระดับ 1

## เข้าใจได้ (Understand)

- อธิบายโครงสร้าง องค์ประกอบ และกลไกของระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้
- อธิบายบทบาทของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในระบบบริการสุขภาพของประเทศ และความเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นๆ
- อธิบายได้ถึงความสัมพันธ์ของลักษณะงานในความรับผิดชอบที่มีต่อการส่งเสริมระบบบริการสุขภาพ

คำอธิบายสมรรถนะ: ความเข้าใจกฎหมาย ข้อบังคับ และระเบียบต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานตามสายงาน และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในงานของตนเอง หน่วยงาน และองค์กรได้

ระดับ 5	<p><b>สร้างสรรค์สิ่งใหม่ (Invent)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>วิเคราะห์กฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับเพื่อแสวงหาทางออก/แก้ปัญหาในการขับเคลื่อนภารกิจองค์กร</li> <li>ผลักดันให้มีการตรา หรือ ยกร่างแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับที่จำเป็นให้เหมาะสมและทันสมัยกับภารกิจองค์กร</li> </ul>
ระดับ 4	<p><b>ปรับปรุงงานได้ (Improve)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>วิเคราะห์และประเมินจุดเด่นและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการนำกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับมาใช้เป็นแนวทางหลักในการทำงาน</li> <li>ให้ข้อเสนอแนะ และ/หรือ ยกร่างปรับเปลี่ยนกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับให้เหมาะสมกับการทำงานภายในองค์กร</li> </ul>
ระดับ 3	<p><b>แก้ปัญหาได้ (Troubleshoot)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ให้คำแนะนำผู้อื่นในการดำเนินงานภายใต้การใช้กฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ</li> <li>ตรวจสอบและแก้ไขความไม่เหมาะสมหรือความไม่ถูกต้องของการดำเนินงานตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ</li> </ul>
ระดับ 2	<p><b>ปฏิบัติงานได้ (Operate)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>นำกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับที่จำเป็นและเกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางหลักในการทำงาน</li> <li>ระบุได้ถึงความเสี่ยงของการดำเนินงานที่ขัดต่อกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับในการทำงาน</li> </ul>
ระดับ 1	<p><b>เข้าใจได้ (Understand)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ระบุได้ถึงกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับหลัก ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงาน</li> <li>อธิบายได้ถึงกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับหลัก ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงาน</li> </ul>

คำอธิบายสมรรถนะ: ความสามารถในการเลือกใช้ ประยุกต์ใช้ และวิเคราะห์ผลจากเครื่องมือคุณภาพต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยเชื่อมโยงกิจกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลกับเครื่องมือคุณภาพและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในการแก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพ

ระดับ 5	<p><b>สร้างสรรค์สิ่งใหม่ (Invent)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาเครื่องมือคุณภาพใหม่หรือปรับปรุงเครื่องมือที่มีอยู่ให้เหมาะสมกับบริบทของไทย</li> <li>เชื่อมโยงเครื่องมือคุณภาพกับเครื่องมือในการพัฒนาใหม่ๆ เพื่อลดความซ้ำซ้อนและส่งเสริมประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล</li> </ul>
ระดับ 4	<p><b>ปรับปรุงงานได้ (Improve)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>วิเคราะห์และปรับปรุงการใช้เครื่องมือคุณภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น</li> <li>พัฒนาวิธีการสอนและถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือคุณภาพ</li> </ul>
ระดับ 3	<p><b>แก้ปัญหาได้ (Troubleshoot)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>วิเคราะห์ปัญหาในการใช้เครื่องมือคุณภาพและเสนอแนวทางแก้ไขได้</li> <li>ถ่ายทอดความรู้และให้คำแนะนำในการเลือกใช้เครื่องมือคุณภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทที่แตกต่างกันได้</li> </ul>
ระดับ 2	<p><b>ปฏิบัติงานได้ (Operate)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ดำเนินการพัฒนาคุณภาพผ่านการเลือกใช้เครื่องมือคุณภาพที่เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ที่แตกต่างกันได้</li> <li>เชื่อมโยงกิจกรรมคุณภาพของโรงพยาบาลกับเครื่องมือคุณภาพและมาตรฐานที่เกี่ยวข้องได้</li> </ul>
ระดับ 1	<p><b>เข้าใจได้ (Understand)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>อธิบายหลักการและวัตถุประสงค์ของเครื่องมือคุณภาพได้</li> <li>อธิบายได้ถึงแนวทางการปรับใช้เครื่องมือคุณภาพภายใต้บริบทหรือเงื่อนไขที่แตกต่างกันได้</li> </ul>

คำอธิบายสมรรถนะ: ความสามารถคิดที่เป็นระบบ โดยมองภาพรวม เข้าใจความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ความเป็นเหตุเป็นผลกันของแต่ละขั้นตอน เมื่อเกิดปัญหาขึ้นสามารถทราบสาเหตุของปัญหาว่าเกิดจากส่วนใดของระบบ และดำเนินการแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น เพื่อให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุด

ระดับ 5	<p><b>สร้างสรรค์สิ่งใหม่ (Invent)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>คิดค้นและออกแบบระบบหรือกระบวนการทำงานใหม่ที่มีประสิทธิภาพสูง โดยบูรณาการองค์ความรู้จากหลากหลายสาขา</li> <li>คาดการณ์ผลกระทบในระยะยาวของระบบหรือการเปลี่ยนแปลงที่เสนอ และวางแผนรับมืออย่างรอบด้าน</li> </ul>
ระดับ 4	<p><b>ปรับปรุงงานได้ (Improve)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>วิเคราะห์จุดอ่อนและโอกาสในการพัฒนาของระบบงานปัจจุบันได้ด้วยข้อมูลที่ครบถ้วน</li> <li>เสนอแนะและ/หรือดำเนินการปรับปรุงกระบวนการทำงานที่เพิ่มประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญ</li> </ul>
ระดับ 3	<p><b>แก้ปัญหาได้ (Troubleshoot)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ระบุได้ถึงประเด็นที่ไม่สอดคล้องในเชิงระบบ หรือประเด็นที่เป็นอุปสรรคในกระบวนการที่มีความซับซ้อน</li> <li>วิเคราะห์หาสาเหตุและเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาโดยคำนึงถึงผลกระทบต่อระบบโดยรวม</li> </ul>
ระดับ 2	<p><b>ปฏิบัติงานได้ (Operate)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ปฏิบัติงานตามมาตรฐานในแต่ละขั้นตอน/กระบวนการโดยระบุได้ถึงความสำเร็จของงานที่ส่งมอบ</li> <li>ระบุความผิดปกติที่เกิดขึ้นในระบบ/กระบวนการและรายงานต่อผู้เกี่ยวข้องได้</li> </ul>
ระดับ 1	<p><b>เข้าใจได้ (Understand)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>อธิบายความเชื่อมโยงสอดคล้องกันระหว่างวัตถุประสงค์และกระบวนการในแต่ละขั้นตอนได้</li> <li>ระบุได้ถึงองค์ประกอบหลัก หน้าที่ และความสัมพันธ์ของแต่ละส่วนในระบบ</li> </ul>

คำอธิบายสมรรถนะ: ความสามารถในการสนับสนุน ชี้นำ และอำนวยความสะดวกให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเกิดการเรียนรู้ พัฒนาศักยภาพ และบรรลุเป้าหมาย โดยใช้ทักษะการตั้งคำถาม การรับฟัง การให้ข้อมูลป้อนกลับ และการจัดกระบวนการกลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

ระดับ 5	<p><b>สร้างสรรค์สิ่งใหม่ (Invent)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• เป็นต้นแบบในการใช้ทักษะการโค้ชและการอำนวยความสะดวกกระบวนการในการขับเคลื่อนงานระดับองค์กร</li> <li>• คิดค้นแนวทางหรือโมเดลใหม่ในการโค้ชและการอำนวยความสะดวกกระบวนการในบริบทที่ซับซ้อนและท้าทาย</li> <li>• ออกแบบกิจกรรมหรือเทคนิควิธีการใหม่ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการพัฒนาศักยภาพบุคคลและทีมในการโค้ชและอำนวยความสะดวกกระบวนการ</li> </ul>
ระดับ 4	<p><b>ปรับปรุงงานได้ (Improve)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• พัฒนาเทคนิคการโค้ชและการอำนวยความสะดวกกระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น</li> <li>• พัฒนาระบบ/เทคนิคการสังเกตและวิเคราะห์พฤติกรรมกลุ่มเพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาทีมงาน</li> <li>• ออกแบบแนวทางการปรับปรุง/พัฒนาเพื่อส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ในบริบทที่มีความซับซ้อนและท้าทาย</li> </ul>
ระดับ 3	<p><b>แก้ปัญหาได้ (Troubleshoot)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ปรับเปลี่ยนวิธีการโค้ชหรือการอำนวยความสะดวกกระบวนการให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง/ในบริบทสถานการณ์ที่มีความซับซ้อน</li> <li>• วิเคราะห์พฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม รวมถึงประเมินสถานการณ์รอบด้านเพื่อระบุปัญหาหรือโอกาสในการพัฒนา</li> <li>• สอนและให้คำแนะนำทีมงาน เพื่อประยุกต์ใช้ทักษะการโค้ชและการอำนวยความสะดวกกระบวนการในสถานการณ์ที่หลากหลาย</li> </ul>
ระดับ 2	<p><b>ปฏิบัติงานได้ (Operate)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ใช้ทักษะการโค้ชและการอำนวยความสะดวกกระบวนการในสถานการณ์ที่ไม่ซับซ้อน</li> <li>• ตั้งคำถามและรับฟังอย่างตั้งใจในการสนทนากับผู้อื่น</li> <li>• ตอบสนองต่อสถานการณ์พื้นฐานที่เกิดขึ้นในระหว่างการโค้ชหรือการอำนวยความสะดวกกระบวนการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม</li> </ul>
ระดับ 1	<p><b>เข้าใจได้ (Understand)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• อธิบายได้ถึงหลักการสำคัญ รวมถึงเทคนิคต่าง ๆ ของการโค้ชและการอำนวยความสะดวกกระบวนการกลุ่ม</li> <li>• อธิบายได้ถึงประเด็นที่พบจากการสังเกตพฤติกรรมและบรรยากาศของกลุ่ม</li> <li>• ระบุได้ถึงการใช้เทคนิคการตั้งคำถาม การรับฟัง และการให้ข้อมูลป้อนกลับในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน</li> </ul>

คำอธิบายสมรรถนะ: ความสามารถประยุกต์เทคนิค วิธีการ และกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการโน้มน้าว เจรจาต่อรอง และหาข้อสรุป หรือข้อตกลงระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2 กลุ่มหรือมากกว่า ที่เกิดประโยชน์และยอมรับได้กับทุกฝ่าย

ระดับ 5	<p><b>สร้างสรรค์สิ่งใหม่ (Invent)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>กำหนดกลยุทธ์และแนวทางในการเจรจาต่อรองระดับองค์กร ให้ถูกต้องเหมาะสม และเกิดประโยชน์อย่างสูงสุดกับองค์กร</li> <li>สามารถวางแผนและดำเนินการเจรจาต่อรองในสถานการณ์วิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด</li> </ul>
ระดับ 4	<p><b>ปรับปรุงงานได้ (Improve)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>เจรจาต่อรองในประเด็นสำคัญๆ ระดับหน่วยงาน โดยก่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันและส่งมอบประโยชน์ร่วมกันทุกฝ่าย</li> <li>ถ่ายทอดเทคนิคและพัฒนาให้ผู้อื่นให้มีความรู้ความสามารถด้านการเจรจาต่อรองที่ซับซ้อนได้</li> </ul>
ระดับ 3	<p><b>แก้ปัญหาได้ (Troubleshoot)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>สอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเจรจาต่อรองแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา/ทีมงานได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามสถานการณ์</li> <li>เสนอแนะแนวทางในการเจรจาต่อรองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น</li> </ul>
ระดับ 2	<p><b>ปฏิบัติงานได้ (Operate)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>เจรจาต่อรองในงานที่รับผิดชอบได้ โดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อความสำเร็จของงาน</li> <li>สามารถแก้ไขปัญหา/สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการเจรจาต่อรองในเบื้องต้นได้</li> </ul>
ระดับ 1	<p><b>เข้าใจได้ (Understand)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>อธิบายหลักการ วิธีการ ขั้นตอน เทคนิค และแนวทางการเจรจาต่อรอง</li> <li>ระบุได้ถึงเป้าหมายของการเจรจาต่อรอง</li> </ul>

**คำอธิบายสมรรถนะ:** ความสามารถในการออกแบบหลักสูตร/วิธีการสร้างการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาและถ่ายทอดความรู้ เทคนิค ประสบการณ์ ผ่านการใช้เครื่องมือและวิธีการที่หลากหลาย ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้เรียนและวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้

<b>ระดับ 5</b>	<b>สร้างสรรค์สิ่งใหม่ (Invent)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ให้คำปรึกษาและแนะนำผู้อื่นในการพัฒนาทักษะการออกแบบการเรียนรู้/การสอน</li> <li>สร้างแนวทางการสร้างการเรียนรู้/การสอนใหม่ๆ ที่เป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นนำไปประยุกต์ใช้ได้</li> <li>ใช้ข้อมูลด้านการประเมินรับรองมาพัฒนาการสร้างการเรียนรู้/หลักสูตรการเรียนการสอนใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล</li> </ul>
<b>ระดับ 4</b>	<b>ปรับปรุงงานได้ (Improve)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ระบุได้ถึงโอกาสในการพัฒนา พร้อมทั้งพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตร/วิธีการสร้างการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับบริบทใหม่ๆ</li> <li>บูรณาการเทคโนโลยีและนวัตกรรมการเรียนรู้เข้ากับการสอน/การสร้างการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม</li> <li>ประเมินประสิทธิภาพของหลักสูตรโดยเห็นถึงความเชื่อมโยงและสอดคล้องกันกับหลักสูตร/กลไกและวิธีการพัฒนาอื่นๆ ในภาพรวมได้</li> </ul>
<b>ระดับ 3</b>	<b>แก้ปัญหาได้ (Troubleshoot)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>วิเคราะห์และแก้ไขปัญหา/สถานการณ์เฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นระหว่างการสอน/การสร้างการเรียนรู้ได้</li> <li>ปรับเปลี่ยนเทคนิควิธีการสอน/การสร้างการเรียนรู้ได้อย่างยืดหยุ่นเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์การเรียนรู้</li> <li>ประเมินประสิทธิผลของการสอน/การสร้างการเรียนรู้และปรับปรุงได้ด้วยตนเอง</li> </ul>
<b>ระดับ 2</b>	<b>ปฏิบัติงานได้ (Operate)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>เลือกใช้เครื่องมือการออกแบบการเรียนรู้/วิธีการสอนได้ตรงตามเป้าหมายและบริบทของการเรียนรู้</li> <li>ประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้/ความสำเร็จของหลักสูตร</li> <li>ปรับการสอนให้เหมาะกับผู้เรียนและวัตถุประสงค์ได้เมื่อมีคำแนะนำ</li> </ul>
<b>ระดับ 1</b>	<b>เข้าใจได้ (Understand)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>อธิบายหลักการพื้นฐานของการออกแบบการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Adult Learning)</li> <li>อธิบายได้ถึงเทคนิคการสร้างการเรียนรู้/วิธีการสอนที่เหมาะสมกับเนื้อหาและบริบทผู้เรียน</li> <li>ระบุได้ถึงวิธีการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้/ความสำเร็จของหลักสูตร</li> </ul>

คำอธิบายสมรรถนะ: ความสามารถใช้ภาษาอังกฤษในการติดต่อสื่อสารทั้งการอ่าน การเขียน การฟัง และการพูดที่เกี่ยวข้องกับงานและภาระงาน รวมทั้งการให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ และแนะนำแนวทางในการใช้ภาษาแก่ผู้อื่น

ระดับ 5	<p><b>สร้างสรรค์สิ่งใหม่ (Invent)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>สื่อสารภาษาอังกฤษในระดับนานาชาติ โดยเลือกใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบทและความแตกต่างด้านวัฒนธรรม</li> <li>กำหนดนโยบายที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสามารถด้านภาษาของบุคลากรที่ชัดเจน</li> <li>สนับสนุนทรัพยากรสำหรับการพัฒนาความสามารถด้านภาษาในองค์กร</li> </ul>
ระดับ 4	<p><b>ปรับปรุงงานได้ (Improve)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>สื่อสารภาษาอังกฤษในระดับเจรจาต่อรองในเรื่องที่มีความซับซ้อนได้</li> <li>สอนและออกแบบการพัฒนาภาษาอังกฤษให้แก่ผู้อื่นได้</li> <li>ส่งเสริมบรรยากาศการพัฒนาความสามารถด้านภาษาในหน่วยงาน</li> </ul>
ระดับ 3	<p><b>แก้ปัญหาได้ (Troubleshoot)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>เลือกใช้คำหรือสำนวนที่เหมาะสมกับบริบทการสื่อสารได้</li> <li>สอนและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการใช้ภาษาอังกฤษแก่ผู้อื่น</li> <li>ตรวจสอบและให้คำแนะนำแก่ผู้อื่นในการใช้ภาษาอังกฤษให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพสูงสุด</li> </ul>
ระดับ 2	<p><b>ปฏิบัติงานได้ (Operate)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>อ่านและศึกษาข้อมูลที่เป็นภาษาอังกฤษและสามารถนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการทำงาน</li> <li>เขียนข้อความหรือรายงานที่รับผิดชอบเป็นภาษาอังกฤษได้ถูกต้องตามหลักไวยากรณ์</li> <li>สื่อสารและเจรจาโต้ตอบกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นภาษาอังกฤษได้</li> </ul>
ระดับ 1	<p><b>เข้าใจได้ (Understand)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ระบุได้ถึงความสำคัญของการใช้ภาษาอังกฤษในการทำงานที่รับผิดชอบ</li> <li>ประเมินและระบุได้ถึงช่องว่างความรู้ความสามารถทางด้านภาษาอังกฤษของตนเอง</li> <li>วางแผนพัฒนาความรู้ความสามารถทางด้านภาษาอังกฤษของตนเองในแนวทางที่เหมาะสม</li> </ul>

**คำอธิบายสมรรถนะ:** ความสามารถในการปรับตัว พร้อมรับมือกับปัญหา/ความท้าทาย รวมถึงการฟื้นฟูตนเอง เพื่อคงประสิทธิภาพการทำงานภายใต้สภาวะกดดัน โดยมองที่เป้าหมายที่ชัดเจนและมีแรงบันดาลใจในการทำให้สำเร็จ แม้ว่าจะมีอุปสรรคหรือล้มเหลวก็ครั้งก็ตาม แสดงออกผ่านการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม แก้ไขปัญหา/สถานการณ์อย่างสร้างสรรค์ รวมถึงสามารถสะท้อนความคิดและเห็นโอกาสในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

ระดับ 5	<p><b>สร้างสรรค์สิ่งใหม่ (Invent)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• แสดงตนเป็นตัวอย่างในการรับมือกับสถานการณ์ที่ยากและท้าทาย ด้วยการหาทางออกอย่างสร้างสรรค์</li> <li>• ออกแบบและพัฒนาแนวทางในการเสริมสร้าง Resilience และ Growth Mindset ให้ผู้อื่นได้</li> <li>• ส่งเสริมวัฒนธรรมการทำงานที่มุ่งเน้นการพัฒนาตนเองและผลงานอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>
ระดับ 4	<p><b>ปรับปรุงงานได้ (Improve)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• เป็นต้นแบบในการเรียนรู้จากการผิดพลาดและเห็นโอกาสในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง</li> <li>• ให้คำแนะนำผู้อื่นเพื่อปรับเปลี่ยนมุมมองจากอุปสรรค/ความท้าทายเป็นโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนา</li> <li>• ระบุได้ถึงความเสี่ยงของการเกิดสถานการณ์ที่มีความกดดัน/ไม่พึงประสงค์ พร้อมทั้งเสนอแนวทางการป้องกัน/รับมือ</li> </ul>
ระดับ 3	<p><b>แก้ปัญหาได้ (Troubleshoot)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• มีความมั่นคงและเป็นที่ยอมรับของผู้อื่นได้ ภายใต้สถานการณ์ที่มีความกดดัน</li> <li>• รับมือกับสถานการณ์ความกดดันและขจัดที่มาของปัญหานั้นด้วยความเป็นกลาง</li> <li>• แก้ไขสถานการณ์ที่เป็นปัญหา พลิกมาสู่การบรรยายภาพของการเรียนรู้ร่วมกันได้</li> </ul>
ระดับ 2	<p><b>ปฏิบัติงานได้ (Operate)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเองให้เป็นไปในทางสร้างสรรค์</li> <li>• สะท้อนความคิดและเรียนรู้จากประสบการณ์ทั้งความสำเร็จและความผิดพลาด</li> <li>• รับมือและจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ภายใต้ความกดดัน/การเปลี่ยนแปลงได้</li> </ul>
ระดับ 1	<p><b>เข้าใจได้ (Understand)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• อธิบายได้ถึงความสำคัญของการยืดหยุ่นปรับตัวและการพัฒนาตนเองที่มีต่อการทำงาน</li> <li>• ระบุได้ถึงจุดอ่อนของตนเอง รวมถึงแนวทางการพัฒนาในเรื่องนั้นๆ</li> <li>• รับรู้อารมณ์ของตนเองและผลกระทบที่จะเกิดภายใต้สถานการณ์และความกดดันต่าง ๆ</li> </ul>

Competency level of surveyor

ระดับขั้นทักษะในการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ (Competency level of surveyor)

ความรู้ (Knowledge)

	1	2	3	4	5				
แนวคิดคุณภาพ	รู้และเข้าใจแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ ประยุกต์ 3P ได้ทุกระดับ	สามารถใช้ 3C-PDSA ในระดับหน่วยงาน และทีมระบบ	สามารถใช้ 3C-PDSA ในทุกระดับ เข้าใจความหมายของ core values ทุกตัว สามารถประยุกต์ใช้ comprehensive framework for QI เพื่อให้ข้อเสนอแนะโรงพยาบาล	เข้าใจความหมายของ core values ทุกตัวอย่างลึกซึ้ง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ มีความรู้เกี่ยวกับระบบคุณภาพอื่นๆ สามารถที่จะเชื่อมโยงและให้คำแนะนำได้ ( เช่น TQA, PMAQ, ISO, HNQA, HPH, Humanize, Spirituality)	รับฟังแนวคิดการพัฒนาองค์กรที่ไม่เคยเรียนรู้มาก่อน (จาก สรพ.) รวมถึงแนวคิดคุณภาพใหม่ๆ จากต่างประเทศ (เช่น Peple centred care) และสามารถนำมาเชื่อมโยง ประยุกต์ใช้ หรืออธิบายให้เข้าใจได้ง่ายได้ ( เช่น TQA, PMAQ, ISO, HNQA, HPH, Humanize, Spirituality)				
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
เครื่องมือคุณภาพ	เครื่องมือพื้นฐานในการทำงานเป็นทีม: การระดมสมอง การจัดลำดับความสำคัญ 5ส	เครื่องมือเพื่อการจัดระบบความคิด: tree diagram, affinity diagram, mind mapping, cause-effect diagram, interrelationship diagram และเครื่องมือวิเคราะห์ทางสถิติ : control chart, Pareto diagram, pie diagram	เครื่องมือที่มีความเฉพาะสำหรับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เช่น SPA, Trigger Tool, Clinical Tracer, Gap Analysis, Outcome Mapping, EEG, PEF, Patient Experience, Patient and Personnel Safety Goals, Risk Register	เครื่องมือเพื่อการวางแผนและการประเมินผลของผู้บริหาร เช่น BSC, 7S, Supply Chain management	เชื่อมโยงเครื่องมือคุณภาพกับเครื่องมือในการพัฒนาใหม่ๆ เช่น Lean, Six sigma, Change managemant, Design thinking				

	1		2		3		4		5	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
<b>แนวคิด HPH ที่ทันสมัย เป็นปัจจุบัน</b>	อธิบายแนวคิดพื้นฐานของ HPH เช่น มุมมองเรื่องสุขภาพ, empowerment, learning, Holistic ฯลฯ และความรู้พื้นฐาน เช่น Ottawa charter , Jakarta, Bangkok charter	อธิบายมุมมองของ HPH ในมิติต่างๆ เช่น ด้านบุคลากร ด้านการดูแลผู้ป่วย ด้านชุมชน และสิ่งแวดล้อม		อธิบายการเชื่อมโยงแนวคิด HPH ให้เหมาะสมตามบริบทขององค์กร และเชื่อมโยงกับ Core value และกระตุ้นให้โรงพยาบาล นำแนวคิด HPH ไปสู่การทำงานประจำ นำแนวคิด HPH ไปอธิบายได้ว่ามาตรฐาน HA ฉบับที่ 4 สนับสนุนการทำงาน HPH ของโรงพยาบาลได้อย่างไร		ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนและประเมินผล ความพยายามในการดำเนินงาน HPH , การเชื่อมโยงแนวคิด HPH กับ DHS และ Provincial Network		สามารถเสนอแนะ มุมมองที่เป็นนวัตกรรม และเชื่อมโยงระบบต่างๆเข้าด้วยกัน ที่ตอบสนอง HPH ที่ครอบคลุม ภายใจ สังคม เพื่อบรรลุสุขภาพที่ดี และเชื่อมโยงกับระดับสากลได้		
<b>มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4, มาตรฐานเฉพาะและมาตรฐานเครือข่าย</b>	อธิบายโครงสร้างและที่มาของมาตรฐานได้	อธิบาย overall requirement ของมาตรฐานแต่ละบทได้		อธิบาย multiple requirement ของมาตรฐานแต่ละบทได้ มีความสามารถในการประยุกต์ใช้มาตรฐานกับบริบท เข้าใจและสามารถประยุกต์หลักคิดของมาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อนำมาใช้กับมาตรฐานเฉพาะและมาตรฐานเครือข่าย		อธิบายความเชื่อมโยงระหว่างมาตรฐานบทต่างๆ, ประยุกต์ core values และ context ที่เหมาะสมกับมาตรฐานแต่ละบทรวมทั้งสามารถที่จะให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติในแต่ละบท ของมาตรฐานต่างๆ		เปรียบเทียบมาตรฐาน HA/HPH กับมาตรฐานหรือข้อกำหนดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกันได้ เช่น TQA, และมาตรฐานจากประเทศต่างๆ เช่น JCI, DNV		

	1		2		3		4		5	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
<b>การประเมิน</b>	แนวคิดของการประเมินตนเองในรูปแบบของ สรพ. (Education Process) และวิธีการต่างๆ (เช่น SPA, Overall Scoring, Patient Safety Culture Survey) ทฤษฎีการประเมินต่างๆ	วิธีการและแนวคิดของการประเมินจากภายนอกโดย สรพ. (กัลยาณมิตร ต่อยอดใช้ข้อมูลโรงพยาบาลมาใช้เป็นตัวตั้งในการสร้างการเรียนรู้) วิธีการ เช่น การตามรอย การประเมินได้โดยไม่มีแบบประเมินหรือไม่) รูปแบบการประเมินของประเทศต่างๆ หรือของระบบอื่นๆ เช่น TQA, JCI	แนวทางการเยี่ยมสำรวจที่ดีและตรงประเด็น (รวมทั้ง key area ในแต่ละเรื่อง) วิธีการประเมินแบบ Empowerment evaluation	มีความรู้เพียงพอที่จะสามารถวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะต่อรายงานการเยี่ยมสำรวจ	มีความรู้เพียงพอที่จะวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะต่อพฤติกรรม/วิธีการ/เนื้อหา ของการเยี่ยมสำรวจ					
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
<b>ระบบสาธารณสุข</b>	โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพประเทศไทย, บริบทและข้อจำกัดของ รพ. ขนาดต่างๆ และสังกัดต่างๆ ในประเทศ ทิศทางการขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขประเทศไทย National Patient and Personnel Safety Policy and strategy	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ของระบบบริการสุขภาพ มีความเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกัน เช่นระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม แผนยุทธศาสตร์ 20 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข	การมีความรู้เรื่องระบบการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย และระบบบริการสุขภาพของสากล การเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับแผนแม่บทของแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี	การมองเชิงระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพบริการและผลลัพธ์สุขภาพ เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพสากล เช่น UHC หรือข้อเสนอแนะจาก WHO การขับเคลื่อนเป้าหมาย SDG	Health Impact Assessment (HIA) ของประเทศต่างๆ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม รวมถึงงานวิจัยเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ					
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	

ทักษะ (Skill)

	1		2		3		4		5	
การอ่าน	สามารถจับประเด็นสำคัญในเอกสารได้รวดเร็ว		สามารถวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนได้		สามารถเชื่อมโยงกับ core values และข้อกำหนดในมาตรฐาน รวมถึงบริบทของรพ.ได้		สามารถนำข้อมูลไปใช้วางแผนเยี่ยมสำรวจได้		สามารถใช้ข้อมูลจากการอ่านเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้แก่ทีมงานได้	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
การวิเคราะห์	สามารถระบุนกรอบความคิดต่างๆ ที่จะใช้ในการวิเคราะห์ได้		สามารถประยุกต์กรอบความคิดในการวิเคราะห์กับสถานการณ์ต่างๆ ได้		สามารถวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูลที่ได้รับโดยเชื่อมโยงกับองค์ประกอบสำคัญต่างๆ ของระบบได้ (บริบทและมาตรฐาน)		สามารถจัดทำรายงานที่ตรงประเด็น สอดคล้องกับมาตรฐาน เป็นผลจากการวิเคราะห์ได้		Feed back บทวิเคราะห์ และสะท้อนให้ความคิดเห็นแก่ผู้เยี่ยมสำรวจอื่นๆ	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
การมองภาพใหญ่	สามารถเชื่อมต่อเหตุการณ์เล็กๆ กับประเด็นสำคัญคุณภาพและเป้าหมายองค์กรได้		สามารถเชื่อมต่อกระบวนการ ระบบงาน หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่พบได้		สามารถเชื่อมต่อสิ่งที่พบหลายๆ เหตุการณ์เข้าเป็นเรื่องราวกันได้ ประมวลภาพรวม เพื่อประเมินสถานการณ์		สามารถวิเคราะห์ปัจจัยองค์กรที่เป็นสาเหตุของปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น สามารถระบุประเด็นสำคัญตามมาตรฐานและสถานการณ์ของโรงพยาบาล		สามารถประยุกต์ใช้ Bonanza model (HA Systems Approach model) ในการเยี่ยมสำรวจให้เกิดประโยชน์สูงสุด เชื่อมโยงมิติการพัฒนาตั้งแต่ระดับความปลอดภัยถึงมิติด้านจิตตปัญญา รวมถึงเชื่อมโยงกับทิศทางประเทศและระดับสากลได้	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
การสร้างความสัมพันธ์ (relationship building)	มีธรรมาจริยดี ยิ้มแย้ม มีบุคลิกที่ให้ความรู้สึกอบอุ่น		สามารถสร้างความสัมพันธ์กับหน่วยงานและบุคคลที่รับการเยี่ยมได้ดี เริ่มตั้งแต่		สามารถสร้างความสัมพันธ์กับทีมผู้บริหารของโรงพยาบาล ทำให้เกิด		สามารถสร้างความสัมพันธ์กับที่ประชุมใหญ่ของ รพ. สร้างความรู้สึกอีกหมื่นใน		สามารถพูดคุยในประเด็นที่อ่อนไหวกับผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อให้มีการ	

	1		2		3		4		5	
			การแนะนำตัว สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ไว้วางใจ และสร้างสรรค์ สื่อสารในภาษาที่เข้าใจง่าย และกระตุ้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้		ความเชื่อมั่น ศรัทธา ไว้วางใจ และสร้างสรรค์		การพัฒนาต่อเนื่อง		แก้ไขปรับปรุง	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
การสังเกต	มีทักษะในการสังเกต สิ่งแวดล้อม และใช้ประโยชน์ในการเยี่ยมสำรวจ		มีทักษะในการสังเกต flow ของกระบวนการทำงาน และใช้ประโยชน์ในการเยี่ยมสำรวจ		มีทักษะในการสังเกต ประเด็นสำคัญที่สะท้อนการปฏิบัติตามข้อมูลวิชาการ และมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐาน HA/HPH		มีทักษะในการสังเกต ปฏิสัมพันธ์ของผู้ปฏิบัติงาน และทีมที่ได้รับการสัมภาษณ์ รวมถึงอวจน ภาษาของผู้ถูกสัมภาษณ์ และใช้ประโยชน์ในการเยี่ยมสำรวจ		การใช้ข้อมูลที่ได้รับระหว่างการเยี่ยมสำรวจ มากำหนดประเด็นหรือสิ่งที่จะมองหาเพิ่มเติม	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
การฟัง	ทำที่รับฟังที่ทำให้ผู้พูด สะดวกใจที่จะพูด และรับรู้ ว่าสิ่งที่พูดมีผู้สนใจฟัง		มีทักษะในการจับประเด็น สำคัญของสิ่งที่ได้รับฟัง รับรู้/เข้าใจปัญหาของ โรงพยาบาล และนำไปใช้ประโยชน์ในการเยี่ยมสำรวจ		มีทักษะในการจับอารมณ์ ความรู้สึกของผู้นำเสนอ และตอบสนองอย่างเหมาะสม		มีทักษะในการรับรู้แนวคิดที่เป็นเบื้องหลังของสิ่งที่นำเสนอ และนำไปใช้ประโยชน์ในกิจกรรมเยี่ยมสำรวจ		มีทักษะในการรับรู้คุณค่า งาน ในมุมมองของผู้นำเสนอ	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
การตั้งคำถาม	สามารถตั้งคำถามที่มีความหมายจากข้อมูลที่ศึกษาล่วงหน้า		สามารถตั้งคำถามที่มีความหมายจากการรับฟัง การนำเสนอและการสังเกต		สามารถใช้การตั้งคำถามเพื่อโค้ชทีมที่ได้รับการเยี่ยมสำรวจในการหาคำตอบ		สามารถตั้งคำถามเพื่อเจาะลึกในสิ่งที่ปัญหาของ รพ.ที่มีความอ่อนไหว		สามารถตั้งคำถามเพื่อเจาะลึกในสิ่งที่แนวคิด เบื้องหลังการทำงาน	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
การสะท้อนกลับ	สามารถสะท้อนกลับ		สามารถสะท้อนกลับผลงาน		สามารถสะท้อนกลับใน		สามารถสะท้อนกลับใน		สามารถสะท้อนกลับกับผู้ใน	

	1		2		3		4		5	
	กระบวนการกลุ่ม (group process เช่น การระดมสมองเป็นอย่างไร))		การพัฒนาคุณภาพ (จากเอกสารหรือการนำเสนอ) สามารถสะท้อนกลับผู้เยี่ยมชมสำรวจในที่มิได้		ภาพรวมของการพัฒนาขององค์กร		ระดับตัวบุคคล		ระดับสังคมและระดับประเทศอย่างนำเชื่อถือ	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
กระตุนการเรียนรู้	ใช้การสังเกตเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้		สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ในระหว่างการเยี่ยมสำรวจสามารถหยิบประเด็นหน้างานมากระตุ้นการเรียนรู้ในกลุ่มที่ถูกเยี่ยมหรือหน่วยงานของโรงพยาบาล		ใช้ผลงานการพัฒนาคุณภาพเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ต่อเนื่อง		กระตุ้นการเรียนรู้โดยใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพต่างๆ		กระตุ้นการเรียนรู้โดยใช้ core values และเป้าหมายขององค์กร	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
การสรุปทเรียน	สามารถสรุปทเรียนเพื่อการเรียนรู้ของตน รวมทั้งการไตร่ตรองค้นหาจุดอ่อนของตัวเอง		สามารถสื่อสารบทเรียนให้ผู้อื่นได้ร่วมเรียนรู้ เช่น การเขียนเรื่องเล่า การเขียน blog เป็นต้น		มีทักษะในการ reflection หรือ dialogue เพื่อสรุปบทเรียนของกลุ่ม เปิดใจรับ feed back จากเพื่อนสมาชิก		นำเอาประเด็นข้อสงสัยหรือที่ไม่มีคำตอบชัดเจนจากการเยี่ยมสำรวจ มาค้นคว้าและหาคำตอบเพิ่มเติม		ทักษะการเขียนในลักษณะบทความเชิงวิชาการ จากประสบการณ์ของการเยี่ยมสำรวจเพื่อเผยแพร่ต่อสาธารณะ	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
การเขียน	ทักษะการเขียนสรุปประเด็นสำคัญในลักษณะ bullet		ทักษะการเขียนสรุปใจความสำคัญที่กระชับ ได้ประเด็น		ทักษะการเขียนที่ทำให้เห็นภาพของการปฏิบัติที่ดีหรือปัญหาคุณภาพที่ชัดเจน		ทักษะการเขียนข้อเสนอแนะที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เชื่อมโยงกับมาตรฐาน เหมาะกับระดับการพัฒนาของโรงพยาบาล และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาในลักษณะเชื่อมโยง		มีทักษะในการเขียน Key Themes (ประมวลภาพรวมหรือภาพใหญ่ของจุดแข็งและโอกาสพัฒนาที่เชื่อมโยงมาตรฐานหลายข้อเข้าด้วยกัน)	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
การแก้ไขสถานการณ์	การปรับกำหนดการและการ		สามารถประเมิน		สามารถแก้ไขสถานการณ์ที่		แก้ไขเจตคติเชิงลบจาก		สามารถสร้างความรู้สึกร่วม	

	1		2		3		4		5	
	บริหารเวลา		สถานการณ์ที่ตึงเครียด และปรับเปลี่ยน approach รู้จักขอความช่วยเหลือจากผู้มีประสบการณ์		เป็นปัญหา พลิกมาสู่การบรรยายภาคของการเรียนรู้ร่วมกันได้		ประสบการณ์เก่าๆ ของโรงพยาบาล		เป็นหนึ่งในเด็ยกันระหว่างโรงพยาบาลกับทีมเยี่ยมสำรวจ หรือ สรพ. , มีทักษะในการเจรจาต่อรอง , สามารถจัดการความขัดแย้ง	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	

ชั้นงาน

	1		2		3		4		5	
<b>การวิเคราะห์ service profile / แบบประเมินตนเอง</b>	สามารถระบุประเด็นคุณภาพสำคัญของหน่วย/ทีม		สามารถเขียนสิ่งที่น่าชื่นชมที่กระชับ มีเนื้อหาครอบคลุมรายละเอียดของกระบวนการและผลลัพธ์ (ถ้ามี)		สามารถวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของข้อมูลต่างๆ และระบุข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์		สามารถเขียนประเด็นคำถามเพื่อให้ทีมงานวิเคราะห์และเรียนรู้เพิ่มเติม		สามารถโค้ชให้ทีมงานเกิดความเข้าใจใน core values และมาตรฐานที่อยู่เบื้องหลังเนื้อหาต่างๆ	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
<b>การวางแผนเยี่ยมสำรวจ</b>	ศึกษาเอกสารและสรุปประเด็นที่ควรเข้าเยี่ยม		สามารถสรุปประเด็นที่จะเข้าเยี่ยมในลักษณะรวบรวมเป็นประเด็นใหญ่และสำคัญ		สามารถกำหนดวิธีการเยี่ยมสำรวจที่กระชับ ตรงประเด็น		สามารถสรุปประเด็นที่จะเข้าเยี่ยมเชื่อมโยงกับบริบทขององค์กร และข้อมูลของทีมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง		สามารถวางแผนการเยี่ยมสำรวจในลักษณะ matrix เพื่อให้การเยี่ยมมีประสิทธิภาพสูงสุด	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
<b>การทบทวนเอกสาร</b>	สามารถระบุเอกสารและประเด็นสำคัญที่ต้องการทบทวนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานที่รับผิดชอบ		มีทักษะในการ scan เอกสารที่ดี สามารถจับประเด็นสำคัญในเอกสารได้อย่างรวดเร็ว		สามารถนำประเด็นที่ได้จากการทบทวนเอกสารไปใช้ในกิจกรรมเยี่ยมสำรวจ		สามารถเชื่อมโยงประเด็นต่างๆ เป็นข้อสังเกตเชิงระบบที่มีความสำคัญ สามารถสกัดคุณค่าและวิธีคิดการทำงานของทีมงานได้		ทบทวนเอกสารจำนวนมากได้ในเวลาที่รวดเร็ว สอนโรงพยาบาลให้สามารถทบทวนเอกสารได้ด้วยตนเอง	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
<b>การทบทวนเวชระเบียน</b>	สามารถระบุปัญหาในเชิงรูปแบบ ระเบียบวิธีปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียน		สามารถระบุประเด็นสำคัญที่ควรมองหาจากเวชระเบียนแต่ละส่วน (เช่น trigger) และระบุความเชื่อมโยงกับมาตรฐานได้		สามารถระบุสิ่งที่น่าชื่นชมและโอกาสพัฒนา (เช่น adverse event) ที่สอดคล้องกับมาตรฐาน		การทบทวนเวชระเบียนเพื่อวางแผนตามรอยผู้ป่วย (individual patient tracer)		สามารถนำสิ่งที่พบจากการทบทวนเวชระเบียน (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง adverse event) ไปพูดคุยเพื่อสร้างความตระหนักและการเรียนรู้เชิงบวกแก่ทีมงานที่เกี่ยวข้อง	

	1		2		3		4		5	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
<b>การเยี่ยมหน่วยงาน</b>	สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้บริหารเยี่ยมได้ดี สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและผ่อนคลาย  -เปลี่ยนจากเหลืองเป็นสีส้ม		สามารถใช้การสังเกตและรับฟังที่ดี จับประเด็นกระตุ้นให้ผู้รับการเยี่ยมเล่าเรื่องได้ ผลงานของทีมงานเป็นจุดเริ่มต้นในการพูดคุยกับทีมในหน่วยงาน		สามารถเยี่ยมและเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญได้ครบถ้วนและใช้เวลาสั้นที่สุด		สามารถประมวลผลงานด้านบวกของทีมงานมาสรุปประเด็นให้ทีมงานเกิดความมั่นใจและอีกทีมที่จะพัฒนาต่อ		สามารถกระตุ้นให้ทีมในหน่วยงานสรุปโอกาสพัฒนาด้วยตนเอง และผู้เยี่ยมสำรวจเติมเต็มบนพื้นฐานโดยใช้แนวคิด 3C	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
<b>การสัมภาษณ์ทีม</b>	สามารถสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการรับฟังได้		สามารถสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นได้อย่างทั่วถึง		สามารถตั้งประเด็นคำถามที่มีคุณค่า (ใช้ 3C-PDSA และ 3P) โดยเชื่อมโยงกับสิ่งที่สังเกตพบในหน่วยงานและเนื้อหาที่ทีมนำเสนอ		กระตุ้นให้ทีมแสดงออกถึงคุณค่าในการทำงาน เกิดการเรียนรู้และมีพลังที่จะพัฒนาต่อ		สามารถกระตุ้นให้ทีมสรุปโอกาสพัฒนา และความท้าทายต่างๆ เพื่อการพัฒนาต่อเนื่องได้	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
<b>การเขียนรายงาน</b>	จับประเด็นสำคัญจากแบบประเมินตนเองมาจัดทำรายงานได้ สามารถเขียนรายงานด้วยภาษาที่กระชับ เสร็จสิ้นในเวลาที่กำหนด		จับประเด็นสำคัญจากแบบประเมินตนเองและการเยี่ยมสำรวจมาจัดทำรายงานได้ ในแต่ละข้อมีใจความหลักที่ชัดเจนเพียงประเด็นเดียว และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล		สามารถเขียนรายงานได้ สละสลวย กระชับ ใช้ถ้อยคำและวรรคตอนได้ ถูกต้อง สื่อประเด็นสำคัญให้เข้าใจได้ง่าย		สามารถเขียนรายงานให้คณะกรรมการเห็นภาพและช่วยในการตัดสินใจได้ง่าย		สามารถเขียนรายงานที่มีคุณค่า และมีพลังในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่องใน รพ.	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	

หมายเหตุ

ผู้ที่มีศักยภาพเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ (Potential Surveyor = New Surveyor)

ผู้เยี่ยมสำรวจ

หัวหน้าทีม

คู่มือแนวทางการเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจ  
เพื่อรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมาตรฐาน HA



SD-ACD-004-05

**คู่มือแนวทางการเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจ  
เพื่อรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมาตรฐาน HA**

วันที่ประกาศใช้ 24 มิถุนายน 2568

ชั้นความลับ: เอกสารทั่วไปใช้ภายนอก

จัดทำโดย

ส่วนงานประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ



## แนวทางการเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมาตรฐาน HA

### โดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

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

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

กรณีที่สถานพยาบาลต้องการปรับเปลี่ยนกำหนดวันเยี่ยมชมสำรวจภายหลังที่ได้รับการแจ้งและกำหนดวันเยี่ยมชมสำรวจร่วมกับสถาบันโดยจดหมายประสานงานการเยี่ยมชมสำรวจที่เป็นทางการแล้ว ต้องมี



หนังสือแจ้งเหตุผลความจำเป็นที่เป็นทางการจากผู้บริหารสถานพยาบาล ล่วงหน้าโดยเร็วไม่น้อยกว่า 3 วันทำการ เพื่อดำเนินการกำหนดวันเยี่ยมสำรวจใหม่ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่ออายุการรับรองของสถานพยาบาล และการเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ตามการพิจารณาของผู้อำนวยการสถาบัน ยกเว้นกรณีสถานพยาบาลประสบภัยพิบัติหรือเหตุฉุกเฉินที่มีผลกระทบในระดับที่รับทราบกันทางสังคมในวงกว้าง ให้ปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการสถาบัน

**2.3 การประสานงานการเดินทางและที่พักของคณะเยี่ยมสำรวจ:** ขอความร่วมมือให้ผู้ประสานงานของสถานพยาบาล ร่วมกับผู้ประสานงานประจำพื้นที่ของสถาบัน วางแผนและจัดทำกำหนดการเดินทางและที่พักของคณะเยี่ยมสำรวจที่เหมาะสมสอดคล้องตามระเบียบของสถาบัน โดยคำนึงถึงความปลอดภัย สวัสดิภาพ และอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม และต้องไม่เป็นการรบกวนสถานพยาบาลหรือทำให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมของสถานพยาบาล ทั้งนี้สถาบันจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายการเดินทางและที่พักของคณะเยี่ยมสำรวจ ซึ่งได้รวมอยู่ในค่าธรรมเนียมการเยี่ยมสำรวจ

กรณีในระหว่างการเดินทางเข้าเยี่ยมสำรวจ ที่ผู้เยี่ยมสำรวจเป็นสุขภาพสตรีเพียงท่านเดียว และมีเหตุจำเป็นต้องเดินทางโดยยานพาหนะที่ให้ความอนุเคราะห์โดยสถานพยาบาล ขอความกรุณาสถานพยาบาลจัดเจ้าหน้าที่สุขภาพสตรีร่วมเดินทาง เพื่อความปลอดภัยและอุ่นใจ

**2.4 การประสานงานการชำระค่าธรรมเนียม:** ขอให้สถานพยาบาลชำระค่าธรรมเนียมการเยี่ยมสำรวจตามใบแจ้งรายการจ่ายเงินให้แล้วเสร็จก่อนวันเยี่ยมสำรวจตามแนวทางปฏิบัติที่สถาบันกำหนด

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

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



## 2.5 การประสานงานด้านอาหาร:

2.5.1 **ขอความอนุเคราะห์สถานพยาบาล จัดเตรียมอาหารและเครื่องดื่ม** ระหว่างการเยี่ยมสำรวจ ในมือกลางวัน และมีเย็บที่มีกิจกรรมประชุมของคณะเยี่ยมสำรวจในสถานพยาบาล โดยจัดเตรียมเป็นอาหารจานเดียวหรือสำหรับเดี่ยว ตามความเหมาะสมโดยต้องไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายที่สิ้นเปลืองของสถานพยาบาล ทั้งนี้หากสถานพยาบาลไม่สะดวกหรือมีข้อจำกัดในการจัดเตรียมอาหารสำหรับคณะเยี่ยมสำรวจ โปรดแจ้งให้กับผู้ประสานงานประจำพื้นที่ทราบ เพื่อวางแผนการดำเนินงานตามความเหมาะสมต่อไป

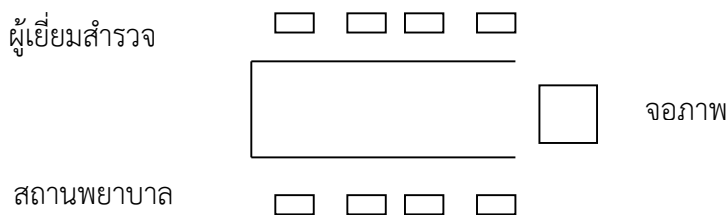
2.5.2 **ขอความร่วมมือ งด การจัดเลี้ยงรับรองคณะเยี่ยมสำรวจทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล** เพื่อธำรงไว้ซึ่งความโปร่งใสของกระบวนการเยี่ยมสำรวจและรักษาเวลาตามกำหนดการเยี่ยมสำรวจ ทั้งนี้หากได้รับการร้องขอทั้งโดยตรงและโดยอ้อมให้มีการเลี้ยงรับรองที่ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลจากคณะเยี่ยมสำรวจ ขอให้สถานพยาบาลแจ้งข้อมูลดังกล่าวต่อผู้ประสานงานประจำพื้นที่ของสถาบันโดยทันที

## 2.6 การประสานงานด้านการจัดสถานที่ อุปกรณ์ และการสนับสนุนบุคลากร ในวันเยี่ยมสำรวจ

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

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

### ตัวอย่างผังการจัดโต๊ะ



2.7 **การบันทึกภาพและเสียง:** ในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ อนุญาตให้มีการบันทึกภาพในลักษณะภาพนิ่งตามข้อตกลงระหว่างสถานพยาบาลกับสถาบัน โดยงดการบันทึกเสียงและภาพเคลื่อนไหว.



ทั้งนี้กรณีที่มีข้อจำกัดด้านสถานที่ ทำให้ต้องมีการถ่ายทอดสัญญาณภาพผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ระหว่างห้องประชุม ต้องได้รับความยินยอมจากหัวหน้าคณะเยี่ยมชมสำรวจ และแจ้งให้กับผู้ประสานงานประจำพื้นที่ของสถาบันทราบก่อนวันเยี่ยมชมสำรวจ

#### 4. สถาบันขอความร่วมมือ งดการมอบของที่ระลึกให้แก่คณะเยี่ยมชมสำรวจ ในทุกลักษณะและทุกกรณี

#### 5. การจัดเตรียมกิจกรรมตามกำหนดการเยี่ยมชมสำรวจ

5.1. ขอความร่วมมือให้สถานพยาบาลจัดเตรียมสถานที่ บุคลากรผู้เข้าร่วม และกิจกรรมที่สอดคล้องกับเป้าหมายและรูปแบบของกิจกรรมตามรายละเอียดในตาราง

5.2. ขอความอนุเคราะห์ให้สถานพยาบาลจัดเตรียมไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ของเอกสารนำเสนอในการประชุม/สัมมนาให้ทีม ให้กับคณะเยี่ยมชมสำรวจผ่านผู้ประสานงานประจำพื้นที่ อย่างน้อย 1 วันก่อนเริ่มการเยี่ยมชมสำรวจ เพื่อให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจได้ศึกษาเป็นข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งนี้หากประสงค์ที่จะจัดเตรียมเป็นสำเนาเอกสารประกอบสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจ ให้จัดพิมพ์เฉพาะบุคคลตามประสงค์

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



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



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



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

## 6. การตามรอยด้วยการสุ่มเยี่ยมหน่วยงาน:

6.1 การตามรอยจะใช้วิธีการสุ่มเยี่ยมหน่วยงาน โดยประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งสถานพยาบาล

จัดเตรียมและระบุไว้ในกำหนดการกิจกรรมการเยี่ยมชมสำรวจ และการสุ่มเยี่ยมหน่วยงานที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ

อาจมีการขอเข้าเยี่ยมเพิ่มเติมจากที่สถานพยาบาลจัดเตรียม ในการนี้การตามรอยไม่จำเป็นต้องเข้าเยี่ยม

สำรวจครอบคลุมหน่วยงานทุกหน่วยของสถานพยาบาล

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



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

## 6.2 แนวทางสำหรับบุคลากรหน่วยงานในการเรียนรู้ร่วมกับผู้เยี่ยมสำรวจที่หน่วยงาน

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



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

### 7. แนวทางการเข้าถึงเหตุการณ์ของบุคคลภายนอกสถานพยาบาลในกระบวนการเยี่ยมสำรวจ:

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

หมายเหตุ : ศึกษาเพิ่มเติมได้จากแนวทางปฏิบัติผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์กระบวนการเยี่ยมสำรวจ (รายละเอียดตามเอกสารแนบ 4)

### 8. ความเข้าใจในกระบวนการเยี่ยมสำรวจ

เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความคาดหวังที่ถูกต้องต่อกระบวนการเยี่ยมของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ทางสถาบันจึงขอสรุปประเด็นที่มักจะทำให้เกิดความเข้าใจที่สับสนไว้ ดังนี้

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



ผู้เยี่ยมชมมาทำอะไร	ผู้เยี่ยมชมไม่ได้มาทำอะไร
ตั้งคำถามเพื่อให้ทีมงานคิดหาคำตอบด้วยตัวเอง	ตรงๆ แก่ทีมงาน ยกเว้นแต่จะเป็นการยกตัวอย่างเพื่อให้ทีมงานคิดต่อไปได้
เราต้องการคำตอบที่เป็นรูปธรรมซึ่งสะท้อนให้เห็นการปฏิบัติจริง คือ ทีมงานทำอะไร ทำได้ครอบคลุมเพียงใด ทำแล้วได้ผลอย่างไรและจะทำอะไรต่อไป	เราไม่ต้องการคำตอบเชิงทฤษฎี ซึ่งไม่ได้มีการปฏิบัติจริง
เรามาเพื่อชื่นชมและให้กำลังใจในส่วนที่ทำได้ดีอยู่แล้ว แต่อาจจะใช้เวลาพูดคุยในส่วนนี้ไม่มากนัก เพราะได้ข้อมูลจากรายงานผลการประเมินตนเองมาส่วนหนึ่งแล้ว	เราไม่ได้ละเลยสิ่งทีทีมงานทำได้ดีแล้ว แต่การใช้เวลาพูดคุยเพื่อหาโอกาสพัฒนาจะได้ประโยชน์แก่สถานพยาบาลมากกว่า
เราต้องการให้ทีมงานมีกำลังใจที่จะพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยการให้ข้อเสนอแนะต่างๆ	เราไม่ต้องการให้ทีมงานหมดกำลังใจในการพัฒนาคุณภาพ

## 9. หลักเกณฑ์การพิจารณารับรองคุณภาพสถาน

9.1 คณะเยี่ยมชมสำรวจสรุปผลการเยี่ยมชมสำรวจและจัดส่งรายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจให้แก่สถาบันผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลโดยคำแนะนำหรือความเห็นของคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ มีอำนาจพิจารณาและอนุมัติการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการสถาบันกำหนด

### 9.2 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (HA Scoring Guideline)

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



### 9.3 หลักเกณฑ์การรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐาน

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

### 10. การแจ้งผลการรับรองคุณภาพและจัดส่งรายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจ

10.1 กรณีที่คณะเยี่ยมชมสำรวจเสนอรายงานเข้าสู่กระบวนการพิจารณาตัดสินการรับรองคุณภาพ (Submit Report) แล้ว สถาบันจะมีกระบวนการดำเนินงานอีกไม่เกิน 60 วันนับถัดจากวันที่ได้รับรายงานการเยี่ยมชมสำรวจฉบับสมบูรณ์จากหัวหน้าคณะเยี่ยมชมสำรวจ

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

### 11. การอุทธรณ์ผลการรับรองคุณภาพ

11.1 ในกรณีที่สถานพยาบาลไม่ผ่านการรับรองคุณภาพหรือถูกสั่งเพิกถอนการรับรองคุณภาพ สามารถใช้สิทธิอุทธรณ์คำสั่งต่อผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ภายใน 15 วันนับถัดจากวันที่สถานพยาบาลได้รับแจ้งคำสั่ง โดยในหนังสืออุทธรณ์ให้สถานพยาบาลแนบข้อมูลหรือหลักฐานเพิ่มเติมเพื่อโต้แย้งเหตุผลของการไม่ผ่านการพิจารณารับรองคุณภาพหรือเพิกถอนการรับรองคุณภาพมาด้วย

11.2 กระบวนการอุทธรณ์มีกำหนดระยะเวลาไม่เกิน 60 วันนับถัดจากวันที่ผู้อำนวยการสถาบันได้รับหนังสืออุทธรณ์จากสถานพยาบาล ในการนี้สถาบันจะดำเนินการตามระเบียบที่กำหนดโดยสถาบันและแจ้งผลการอุทธรณ์ให้กับสถานพยาบาลทราบเป็นลายลักษณ์อักษร โดยผลการพิจารณาของคณะกรรมการสถาบันถือเป็นที่สุด ในกรณีมีเหตุจำเป็นที่อาจพิจารณาให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาดังกล่าว คณะกรรมการสถาบันจะมีหนังสือแจ้งให้สถานพยาบาลผู้อุทธรณ์ทราบก่อนครบกำหนดเวลาดังกล่าว ในการนี้การขยายระยะเวลาพิจารณาอุทธรณ์ออกไปได้ไม่เกิน 30 วันนับแต่วันที่ครบกำหนดเวลาดังกล่าว



## 12. ใบรับรองคุณภาพและเครื่องหมายรับรองคุณภาพ

12.1 สถาบันจัดทำใบรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ให้แก่สถานพยาบาล ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับอนุมัติการรับรองคุณภาพ โดยแจ้งช่องทางการดาวน์โหลดไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ตามที่ระบุไว้ในจดหมายแจ้งผลการรับรองคุณภาพ และเผยแพร่ใบรับรองคุณภาพบนเว็บไซต์ของสถาบัน

12.2 สถานพยาบาลสามารถใช้สัญลักษณ์การรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลได้ตามช่วงระยะเวลาที่ได้รับการรับรองคุณภาพ และต้องปฏิบัติตามแนวทางการใช้สัญลักษณ์การรับรองคุณภาพที่สถาบันกำหนดอย่างเคร่งครัด

## 13. การปฏิบัติหลังได้รับการรับรองคุณภาพ

13.1 เมื่อสถานพยาบาลได้รับอนุมัติการรับรองคุณภาพแล้ว สถาบันจะดำเนินการแจ้งผลการรับรองคุณภาพและจัดส่งรายงานการเยี่ยมสำรวจฉบับสมบูรณ์ให้แก่สถานพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรภายใน 45 วัน นับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ ทั้งนี้สถาบันจะแจ้งกำหนดเวลาการปฏิบัติหลังการรับรองตามความเห็นของคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ

13.2 ให้สถานพยาบาลพิจารณาข้อเสนอแนะจากรายงานผลการเยี่ยมสำรวจ นำประเด็นที่พบมาประกอบการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพสอดคล้องตามข้อเสนอแนะ โดยไม่จำเป็นต้องจัดส่งแผนพัฒนาคุณภาพดังกล่าวให้กับสถาบัน เว้นแต่สถาบันได้มีการแจ้งการปฏิบัติหลังการรับรองคุณภาพให้สถานพยาบาลจัดส่งแผนพัฒนาคุณภาพให้กับสถาบันเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาอย่างใกล้ชิด

13.3 ให้สถานพยาบาลซึ่งคณะกรรมการมีคำแนะนำหรือความเห็นให้จัดส่งแผนการพัฒนาคุณภาพภายหลังได้รับการรับรองคุณภาพ ต้องจัดส่งแผนการพัฒนาคุณภาพให้สถาบัน ภายใน 90 วันนับจากวันที่สถาบันแจ้งผลการรับรองคุณภาพ และจัดส่งรายงานผลการเยี่ยมสำรวจฉบับสมบูรณ์

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

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

13.6 สถาบันจัดกิจกรรมเพื่อเฝ้าระวังกระบวนการคุณภาพ หลังสถานพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพที่มีใช้เพื่อการรับรองคุณภาพ ตามคำแนะนำหรือความเห็นของคณะกรรมการในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ในการนี้ จะสถาบันจะแจ้งกิจกรรมและกำหนดระยะเวลาดำเนินการในจดหมายแจ้งผลการเยี่ยมสำรวจของสถานพยาบาลอย่างเป็นทางการ



#### 14. การรับฟังเสียงสะท้อนและประเมินผล และช่องทางการร้องเรียน

สถาบันมีแนวทางที่เป็นระบบในการประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ การประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจ การประเมินความพึงพอใจต่อคณะเยี่ยมสำรวจ โดยภายหลังการเยี่ยมสำรวจขอให้สถานพยาบาลดำเนินการ ดังนี้

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

14.2 ขอให้สถานพยาบาลดำเนินการตอบกลับ “แบบสอบถามความคิดเห็นต่อกระบวนการเยี่ยมสำรวจ”

สถานพยาบาลละ 1 การตอบแบบสอบถาม

- แบบสอบถามความคิดเห็นต่อกระบวนการเยี่ยม

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



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



## เอกสารแนบ 1

### เอกสารสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจ

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

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



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

8.2 น้ำอุปโภคและบริโภค จำนวน 2 ครั้งล่าสุด กรณีผลการตรวจไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ให้สถานพยาบาลจัดส่งแผนปรับปรุงคุณภาพน้ำอุปโภคและบริโภค

8.3 น้ำทิ้งจากหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 3 ครั้งล่าสุด (ถ้ามี) ในกรณีผลการตรวจไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ให้สถานพยาบาลจัดส่งแผนปรับปรุงคุณภาพน้ำทิ้ง

9. ใบอนุญาตหรือเอกสารหลักฐานการจดทะเบียนครอบครองเครื่องกำเนิดรังสี และรายงานผลการตรวจสอบของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์หรือหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญอื่น

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

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



## เอกสารแนบ 2

### การทบทวนเอกสารในการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ (Documentation Review)

ในช่วง Documentation Review ขอให้สถานพยาบาลจัดเตรียมเอกสารไว้ ณ ห้องที่จัดเตรียมเป็นห้องทำงานของคณะผู้เยี่ยมสำรวจ ดังรายการต่อไปนี้

#### 1. เอกสาร

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

#### 2. เวชระเบียน

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



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

#### หมายเหตุ

1. กรณีสถานพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะทางอื่นๆ ขอให้เตรียมเวชระเบียนของผู้ป่วยเฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง
2. กรณีสถานพยาบาลใช้ระบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ขอให้สถานพยาบาลมีเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลด้วย



## ภาคผนวก

### การพิจารณารับรองคุณภาพ

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

สถาบันจึงขอความร่วมมือสถานพยาบาลในการจัดเตรียมเอกสารประกอบรายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจ ภายหลังจากการเยี่ยมชมสำรวจโดยไม่ระบุชื่อข้อมูลที่เปิดเผยชื่อของสถานพยาบาล ตามแนวทางปฏิบัติดังต่อไปนี้

#### 1. เอกสารผลลัพธ์การดำเนินงานขององค์กร ตอนที่ IV

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

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

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



### เอกสารแนบ 3

## ภาพตัวอย่าง ก่อน-หลัง การจัดทำเอกสารประกอบรายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจ

### ตัวอย่าง ผลลัพธ์การดำเนินงานขององค์กร

FM-ACD-088-00

Date: 17/05/2565

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ก่อน

อัตราของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถดูแลตนเองได้ (BI > 75) หลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือน



#### การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

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

#### 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

Date: 17/05/2565

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

หลัง

อัตราของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถดูแลตนเองได้ (BI > 75) หลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือน



#### การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

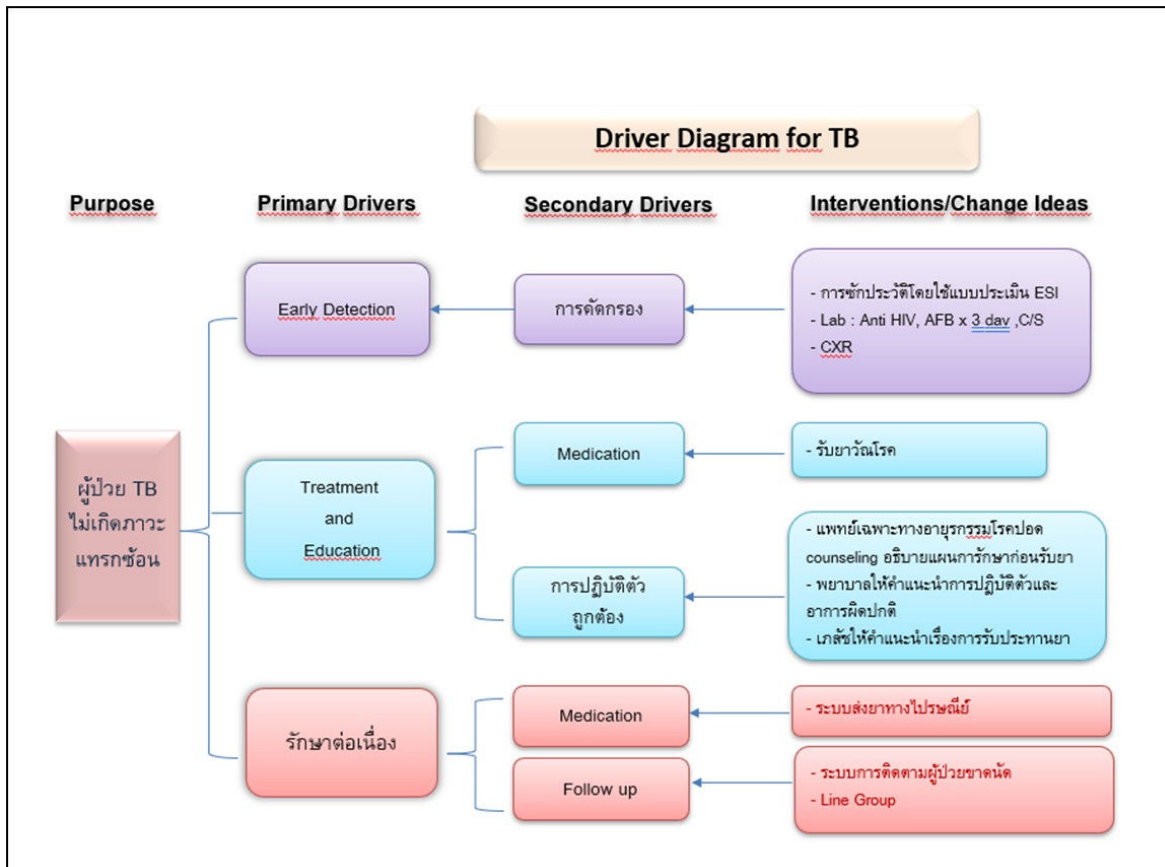
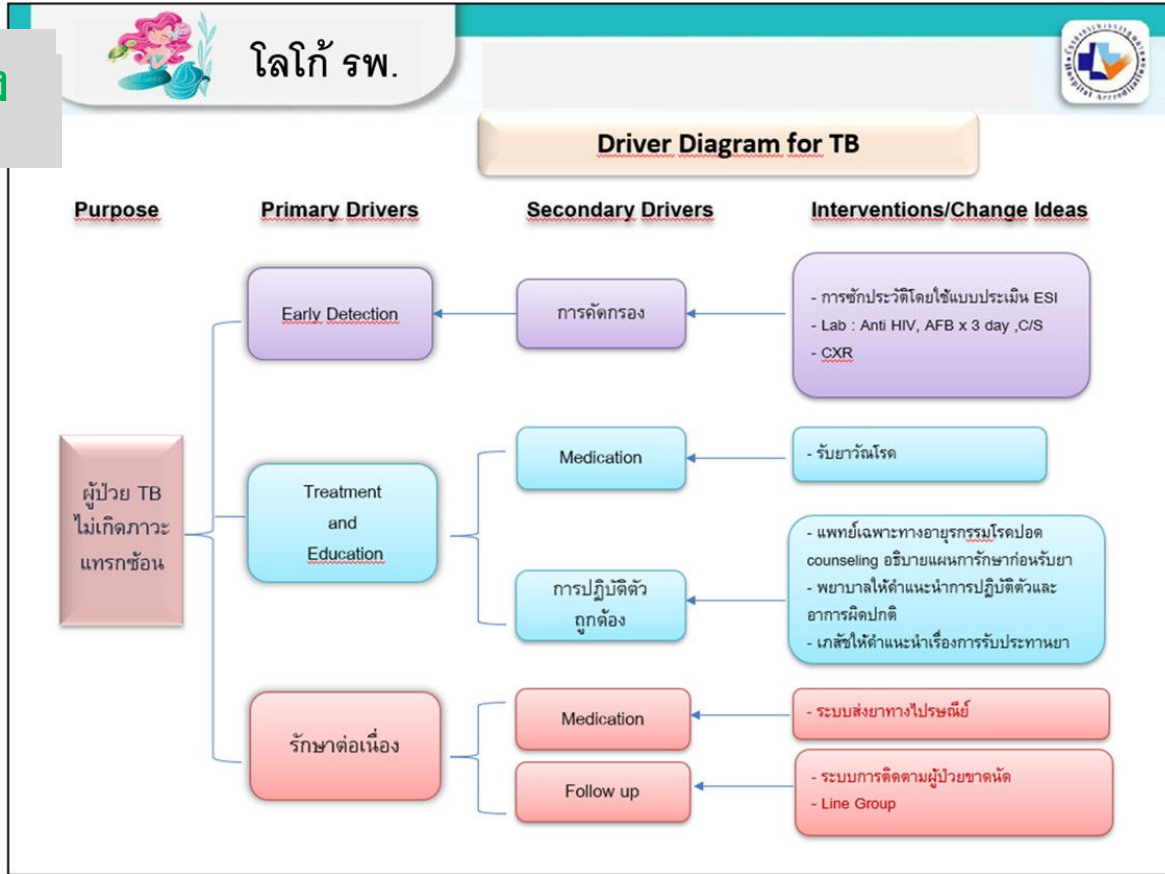
โรงพยาบาลได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ให้เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ตามบริบทของโรงพยาบาล มีการเสริมพลัง การสร้างเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพนักฟื้นฟูสมรรถภาพในศูนย์ร่วมสุข โดยมีนักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่ฟื้นฟู แพทย์แผนไทย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

#### การพัฒนาที่ผ่านมา

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

ตัวอย่าง รายงานการประเมินตนเองคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของ CLT/PCT

หลัง





## เอกสารแนบ 4

### แนวทางปฏิบัติผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์กระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ

#### คำนิยาม

ผู้สังเกตการณ์ (Observer) คือบุคคลผู้ที่ดู ฝ้าดู หรือผู้อยู่ในเหตุการณ์ที่มีบทบาทในการติดตาม ตรวจสอบ หรือสังเกตการณ์กิจกรรมหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือปฏิบัติการโดยตรง

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

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



SD-ACD-004 : แนวทางการเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพ

สถานพยาบาลมาตรฐาน HA

วันที่ประกาศใช้ : 24 มิถุนายน 2568

รอบทบทวน 23 มิถุนายน 2570

แก้ไขครั้งที่ : 05

หน้า 23 จาก 12

### หมายเหตุ

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

# การประสานงานการเยี่ยมสำรวจ

การประสานงานของส่วนงานประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ผู้ประสานงานประจำพื้นที่ มีบทบาทหน้าที่ในการวางแผนสื่อสารการประเมินและรับรองอย่างเป็นกัลยาณมิตร สร้างความสัมพันธ์ให้เกิดความไว้วางใจ การให้ข้อมูลด้านประเมินและรับรองคุณภาพ ตรวจสอบและติดตามสถานการณ์รับรองกระบวนการคุณภาพ โรงพยาบาล แจ้งเตือนและประสานจัดทำเอกสาร และสนับสนุนการเตรียมความพร้อมก่อนเยี่ยมสำรวจ

## การประสานขอวันว่าง และการจัดทำแผนการเยี่ยมประจำเดือน




ผู้เกี่ยวข้อง	สัปดาห์ที่.....ก่อนถึงกำหนด วันเยี่ยม รพ.				
	8 <sup>th</sup> week	7 <sup>th</sup> week	6 <sup>th</sup> week	5 <sup>th</sup> week	4 <sup>th</sup> week
ผู้เยี่ยมสำรวจ	ระบุวันว่าง ใน application หรือเพิ่มการส่งวันว่าง โดยแจ้งที่ line คุณฐาวดี			รับ confirm วันเยี่ยม และ รพ. ที่จะเข้าเยี่ยม	
ศูนย์จัดเยี่ยม (ฐาวดี)	ประสาน รพ. และติดตามข้อมูลตอบกลับ ประสานขอวันว่างผู้เยี่ยม (เปิด application)	สรุปวันสะดวกรับเยี่ยมจากรพ. <b>สรุปวันว่างจากผู้เยี่ยม นำมาจัดตารางเยี่ยมประจำเดือน</b>		- Confirm รพ. และผู้เยี่ยมสำรวจ - manday remaining นำไปใช้สำหรับจัด SS - คิววันว่าง ที่ไม่ได้ใช้จัดเยี่ยม	- update draft Survey plan monthly include SS - MD remaining คืนแก่ Surveyor - จัดส่ง Survey Plan monthly ให้ กลุ่มภารกิจ ปฏิบัติการ เพื่อประสานงานต่อ
ทีมนักวิชาการ	- จัดส่ง Draft Survey Plan Monthly เพื่อวางแผนจัดตารางเยี่ยม	- ประสานครู เพื่อฝึก SIT, New Surveyor และอื่นๆ - Draft Survey plan monthly จาก MD in advance เชื่อมโยงกลุ่ม SIT, New SV			- survey plan monthly every activity approval by ผู้รับผิดชอบโครงการ / ผู้จัดการโครงการ - สรุปผลการดำเนินงาน ทั้งปัญหาและแนวทางปรับปรุงแก้ไข

## การเข้าสู่ระบบ

<https://survey.ha.or.th/websignin>





ระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
การบริหารจัดการกระบวนการรับรอง  
สำหรับผู้เยี่ยมสำรวจและ สรพ.  
กรุณาเข้าสู่ระบบ

ชื่อผู้ใช้งาน/Username  
S077

รหัสผ่าน/Password  
....

ลืมรหัสผ่าน

คู่มือการใช้งานสำหรับเจ้าหน้าที่    คู่มือการใช้งานสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ

ใส่รหัสผู้เยี่ยม

ใส่ password



หน้า ภาพรวม

## ลงทะเบียน วันว่าง

HA System

ติดต่อเจ้าหน้าที่ | FAQ | ข่าวสาร

ภาพรวม

ข้อมูลผู้เยี่ยม

ลงทะเบียนปฏิทินวันว่าง

ปฏิทิน

ข้อความ

รายงานการเยี่ยมสำรวจ

การประเมินการเยี่ยมสำรวจ

การบ้าน

รายการคำตอบแทนในการเยี่ยม

โรงพยาบาล	จังหวัด	วันที่เยี่ยม	สถานะ
โรงพยาบาลชัยใหญ่	จังหวัด ชัยภูมิ	9 ส.ค. 2566 - 10 ส.ค. 2566	เยี่ยมชมงาน
โรงพยาบาลชานุมาน	จังหวัด ชัยภูมิ	31 ส.ค. 2566 - 1 ก.ย. 2566	เยี่ยมชมงาน
โรงพยาบาลมหาสารคาม	จังหวัด มหาสารคาม	7 พ.ย. 2566 - 8 พ.ย. 2566	บันทึกการเยี่ยม
โรงพยาบาลแหลมสิงห์	จังหวัด ชัยภูมิ	15 พ.ย. 2566 - 16 พ.ย. 2566	บันทึกการเยี่ยม

รายการประวัติการเยี่ยม

รายการ	วันที่เยี่ยมสำรวจ	สถานะ
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	15 มิ.ย. 2566 - 16 มิ.ย. 2566	เสร็จสิ้นการเยี่ยมสำรวจ   รายละเอียด

## ลงทะเบียน วันว่าง (ต่อ)

HA System

ติดต่อเจ้าหน้าที่

ลงทะเบียนปฏิทินผู้เยี่ยม

ภาพรวม

ข้อมูลผู้เยี่ยม

ลงทะเบียนปฏิทินวันว่าง

ปฏิทิน

ข้อความ

รายงานการเยี่ยมสำรวจ

การประเมินการเยี่ยมสำรวจ

การบ้าน

รายการคำตอบแทนในการเยี่ยม

เพิ่มข้อมูลวันเยี่ยม

หัวข้อ

วันว่าง

ประเภทกิจกรรม

วันว่าง

ช่วงเวลาจัดเยี่ยม

10/01/2567 to 11/01/2567

Close Save

2) เลือก "วันว่าง"

3) ระบุช่วงวันว่าง  
ในปฏิทิน  
(ได้หลายช่วง)

4) Save

5) จำนวนครั้ง/เดือน

จำนวนครั้งที่สามารถเยี่ยมได้ต่อเดือน 2 บันทึก

กรุณาเลือกจำนวนครั้งที่สามารถเยี่ยมได้ต่อเดือน ถ้าไม่เลือกระบบจะทำการบันทึกค่าเริ่มต้นที่ 2 ครั้ง/เดือน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล V.1.0

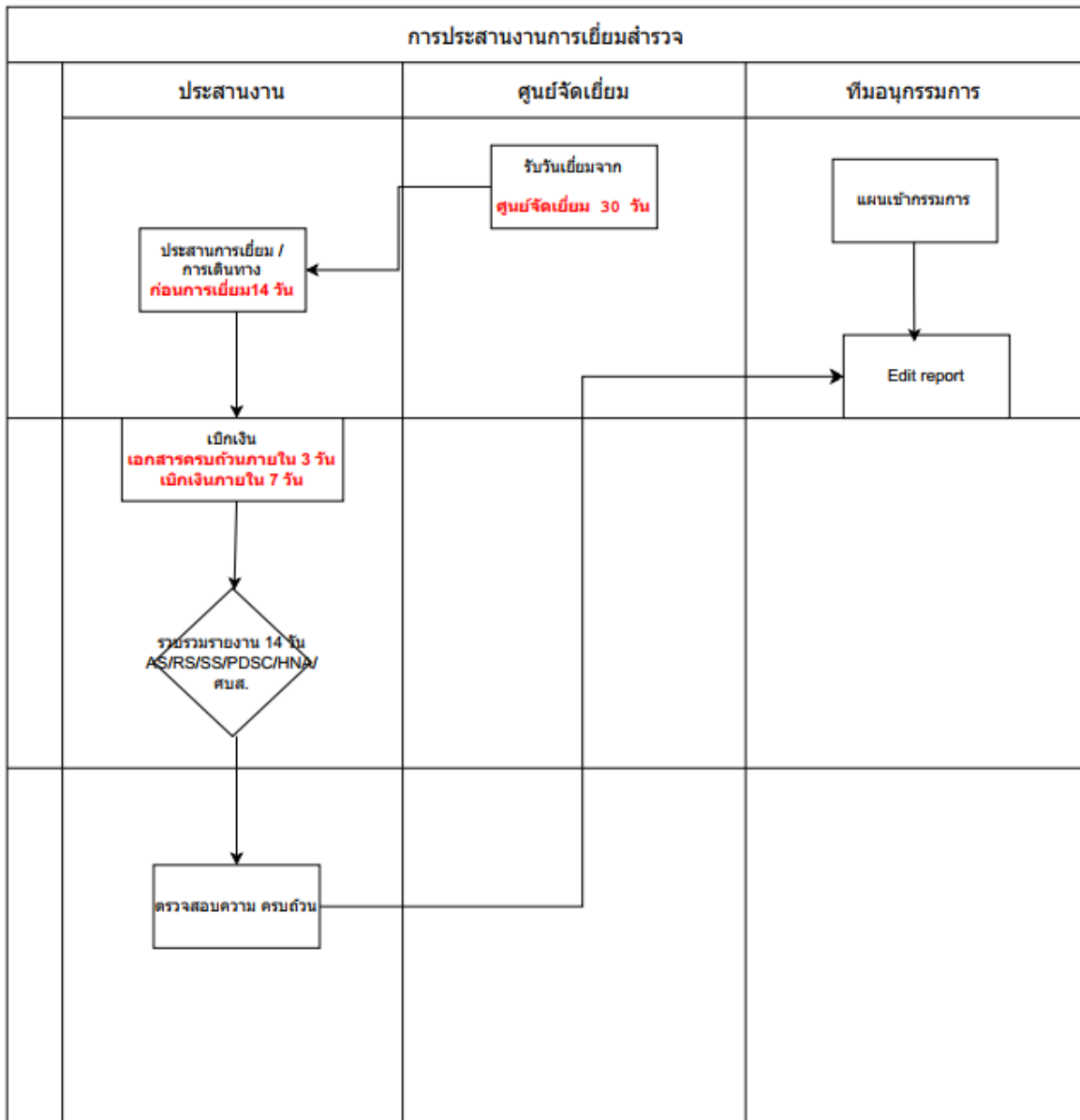
**ดูปฏิทิน วันเยี่ยม รพ.**

**1) เลือก ปฏิทิน ผู้เยี่ยม**

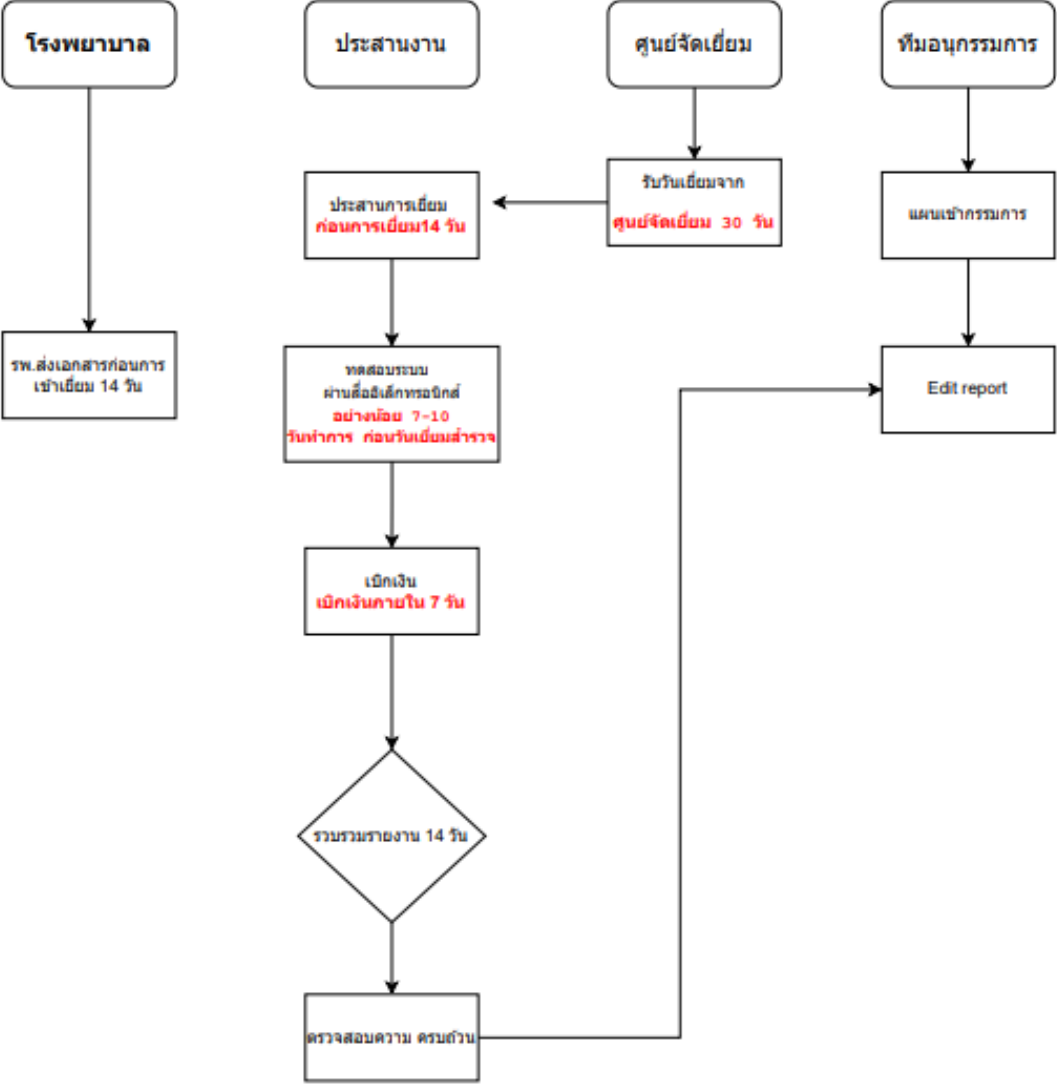
**2) Click ที่ชื่อ รพ. จะแสดงรายละเอียด; วันเยี่ยม, ทีมผู้เยี่ยม**

ก่อนการเยี่ยมสำรวจ	ระหว่างการเยี่ยม	หลังการเยี่ยมสำรวจ
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การจัดทำร่างกำหนดการเยี่ยมตามแนวทางที่เหมาะสมกับโรงพยาบาล</li> <li>2. จัดทำไลน์กรุปทันที หลังได้รับแผนการจัดเยี่ยม</li> <li>3. ประสานงานกับหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจในการจัดทำกำหนดการเยี่ยมสำรวจให้เหมาะสมตามแนวทางที่กำหนด</li> <li>4. สื่อสารสถานพยาบาลในการเตรียมตัวและในการจัดเตรียมเอกสารตามคู่มือและจัดส่งกำหนดการและประวัติผู้เยี่ยมสำรวจให้ รพ. ตรวจสอบและยืนยันความถูกต้อง (รพ. สามารถค้นหาประวัติผู้เยี่ยมสำรวจได้จากหน้าเว็บไซต์สถาบัน)</li> <li>5. การวางแผนการเดินทาง จัดเตรียมข้อมูลที่พิก วิธีการเดินทาง ร่วมกับทีมผู้เยี่ยม</li> <li>6. จัดทำจดหมายหรือบันทึกขออนุมัติที่เกี่ยวข้องหรือเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการประสานงานกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจ</li> <li>7. ติดตามข้อมูลและเอกสารจากสถานพยาบาลให้ครบถ้วนถูกต้องก่อนวันจัดกิจกรรม ภายใน 14 วันก่อนการเยี่ยม</li> </ol>	<p>ประสานงานและอำนวยความสะดวกระหว่างกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ติดตามสรุปผลการเยี่ยมสำรวจจากหัวหน้าทีม</li> <li>2. แจงแผนการปฏิบัติหลังการเยี่ยมสำรวจ ประสานงานและติดตามรายงานฉบับสมบูรณ์และข้อมูลให้แล้วเสร็จ ภายใน 14 วัน</li> <li>3. ประสานงานการประเมินความพึงพอใจในการเยี่ยมสำรวจตามแนวทางที่สถาบันกำหนด</li> <li>4. ติดตามและตรวจสอบเอกสารการเงิน ค่าพาหนะและที่พัก เสนอให้ผู้เยี่ยมลงนามผ่านระบบลงนามอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อดำเนินการเบิกค่าใช้จ่ายและค่าตอบแทน หลังเสร็จสิ้นการเยี่ยมสำรวจ ภายใน 7 วัน</li> </ol>

ก่อนการเยี่ยมชมสำรวจ	ระหว่างการเยี่ยม	หลังการเยี่ยมชมสำรวจ
8. แจงเตือนและอำนวยความสะดวกในการเดินทางและที่พักระหว่างกิจกรรมของคณะเยี่ยมชมสำรวจ ตั้งแต่ที่พักของผู้เยี่ยมชมสำรวจจนถึง รพ.ขาไปและกลับ 9. อำนวยความสะดวกในการเตรียมสถานที่ประชุมทีมหรือการเตรียมการประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ 10. การจัดการวางแผนและจัดทำเอกสารการเบิกจ่ายตามใบครบถ้วนถูกต้องทันเวลา 11. จัดทำ draft report ก่อนการเยี่ยม 3-5 วัน 12. ประสานการลงนามในเอกสารรักษาความลับให้แก่คณะเยี่ยมชมสำรวจสถานพยาบาลไทรนครถนง ทันเวลา		



การประสานงานการเยี่ยมสำรวจ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์



## แนวทางการเบิกค่าใช้จ่ายกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจ

### วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเบิกค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมสำรวจให้แก่ผู้เยี่ยมสำรวจ

**คำตอบแทนการเยี่ยมสำรวจ:** การเบิกค่าตอบแทนตำแหน่ง หัวหน้าทีม, หัวหน้าทีม/ครูฝึก, ครูฝึก ดำเนินการตามประกาศ เรื่อง ค่าใช้จ่ายเพื่อการดำเนินกิจการของสถาบัน พ.ศ. 2564

การเข้าเยี่ยม/การประเมินเอกสาร	ผู้ดำเนินการ	อัตรา : บาท/วัน
การเยี่ยมสำรวจ	ผู้ทรงคุณวุฒิ	10,000
เยี่ยมประเมินชั้น 3	หัวหน้าทีมและเป็นครูฝึก	7,000
เยี่ยมประเมินชั้น 3	หัวหน้าทีมหรือครูฝึก	6,000
เยี่ยมประเมินชั้น 3	ผู้เยี่ยมสำรวจ	5,500
การเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง	ผู้เยี่ยมสำรวจ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ	5,000
การเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง/การเยี่ยมสำรวจเมื่อมีการปรับเปลี่ยนผู้บริหาร	ผู้เยี่ยมสำรวจ ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ	5,000
เยี่ยมประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพชั้น 1/ชั้น 2/ ให้คำปรึกษา/เตรียมความพร้อมหรือพัฒนาสถานพยาบาล	ผู้เยี่ยมสำรวจ ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ	5,000
เยี่ยมศูนย์บริการสาธารณสุขในทุกลักษณะการเยี่ยม	ผู้เยี่ยมสำรวจ	5,000
คำตอบแทนการวิเคราะห์แบบประเมินตนเองของสถานพยาบาลเพื่อขอรับการประเมินรับรอง ชั้นที่ 3 (ต่อ 1 สถานพยาบาล)	ผู้เยี่ยมสำรวจ ผู้เชี่ยวชาญ ที่ปรึกษากระบวนการ คุณภาพ	2,500
คำตอบแทนการวิเคราะห์แผนความก้าวหน้าของสถานพยาบาล หลังการรับรองชั้นที่ 3 (ต่อ 1 สถานพยาบาล)	ผู้เยี่ยมสำรวจ ผู้เชี่ยวชาญ ที่ปรึกษากระบวนการ คุณภาพ	1,500

หมายเหตุ การเยี่ยมประเมินชั้น 3 หมายถึง การเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรอง/การต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ

คำตอบแทนการปฏิบัติงานในเขตพื้นที่พิเศษ	อัตรา : บาท/วัน
ผู้ปฏิบัติงานของสถาบัน และบุคคลภายนอก	3,000

หมายเหตุ ข้อ 27 คำตอบแทนการปฏิบัติงานในเขตพื้นที่พิเศษ ให้สถาบันจ่ายค่าตอบแทนในเขตพื้นที่พิเศษ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส แก่ผู้ปฏิบัติงานของสถาบันและบุคคลภายนอกที่ไปปฏิบัติงานให้สถาบันตามที่ได้รับมอบหมาย

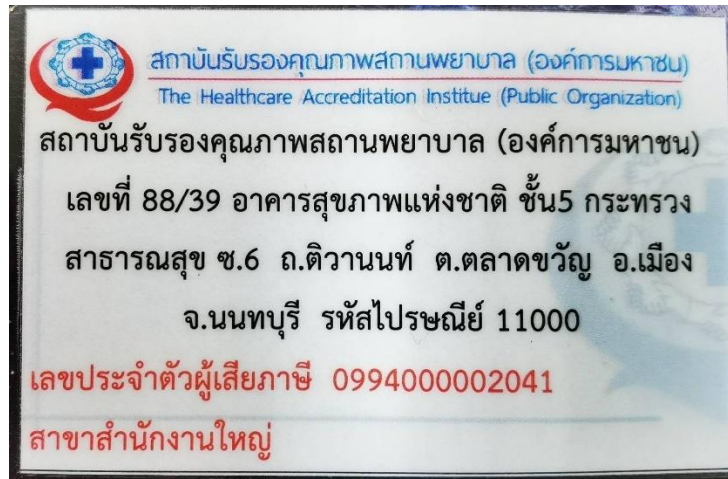
ค่าที่พักและค่าเดินทาง ผู้เยี่ยมสำรวจจะดำเนินการสำรองจ่ายล่วงหน้าและสถาบันจะดำเนินการเบิกคืนตามแนวทาง

- รายละเอียดในใบเสร็จ/ใบกำกับภาษี ให้ออกในนาม....

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ที่อยู่ 88 /39 อาคารสุภาพแห่งชาติ ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข ต.ตลาดขวัญ

อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000002041



ทางผู้ประสานงานจะดำเนินการติดตามและตรวจสอบเอกสารการเงิน ค่าพาหนะและค่าที่พัก เสนอให้ผู้เยี่ยมสำรวจลงนามผ่านระบบการลงนามอิเล็กทรอนิกส์ โดยปัจจุบันระบบจะส่งไปยัง E-mail ของผู้เยี่ยมสำรวจ

รายละเอียด “ใบรายงานการเดินทางไปปฏิบัติงาน” ที่กำหนดตามถูกต้องตามระเบียบ

- 4.1 วันที่ (มุมบน ขวามือ) “ใส่วันที่สุดท้ายในการเดินทาง”
- 4.2 ในระหว่างวันที่ “ใส่วันที่ตามวันเยี่ยมจริง”
- 4.3 วันที่ “ใส่วันที่เดินทาง (ขาไป)” >> เวลา “ใส่เวลาตามจริง หรือ โดยประมาณการ”
- 4.4 กลับถึงที่พักวันที่ “ใส่วันที่เดินทาง (ขากลับ)” >> เวลา “ใส่เวลาตามจริง หรือ โดยประมาณการ”
- 4.5 อย่าลืมใส่ >> รวมเป็นเวลา ..... วัน ..... ชั่วโมง
- 4.6 ค่าที่พัก >> อัตราที่พัก; กรณีผู้เยี่ยมพัก 2 โรงแรม >> “เปลี่ยน “คู่” เป็น “เดี่ยว”

### ใบรายงานการเดินทางไปปฏิบัติงาน

วันที่	02/12/2023		4.1
ข้าพเจ้า	ภก.สงกรานต์ มีชุนีก	สังกัด	อิสระ
เลขที่	187/2 หมู่ 1 ถนน	ซอย	ตำบล/แขวง โตนด
อำเภอ/เขต	ศรีราชา จังหวัด	สุโขทัย	ได้รับอนุมัติให้เดินทางไปปฏิบัติงาน ณ จังหวัด สุรินทร์
4.2	ในระหว่างวันที่ 30 พ.ย.-1 ธ.ค.66	โดยออกเดินทางจาก <input checked="" type="radio"/> ที่พัก <input type="radio"/> ที่ทำงาน	
	วันที่ 29/11/2023 เวลา 07:00	กลับถึงที่พักวันที่ 02/12/2023 เวลา 16:00	รวมเป็นเวลา 3 วัน 9.00 ชั่วโมง
โดยมีค่าใช้จ่ายดังนี้	4.3	4.4	4.5

#### 1. ค่าที่พัก ประเภท

- 1.1  พักเดี่ยว  พักคู่ กับ \_\_\_\_\_
- 1.2 ชื่อโรงแรม 1.ร.ร.เขเว่นบึงตึก จ.สุรินทร์ 2.ร.ร.อมารี ดอนเมือง
- |             |        |                  |          |           |
|-------------|--------|------------------|----------|-----------|
| อัตราที่พัก | เดี่ยว | 750 บาท × 2 คืน  | เป็นเงิน | 1,500 บาท |
| 4.6         | เดี่ยว | 1800 บาท × 1 คืน | เป็นเงิน | 1,800 บาท |
- (ใบสำคัญที่ \_\_\_\_\_) รวมเป็นเงิน 3,300.00 บาท

รายละเอียด “ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน”

5.1 กิจกรรม >> เลือก “เยี่ยม”

5.2 เลือกใส่รายละเอียดการเดินทาง (ค่า Taxi หรือ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง)

5.3 วันที่ “ใส่วันที่เดินทาง (ขาไป)” และ วันที่ “ใส่วันที่เดินทาง (ขากลับ)”

5.4 ใส่ข้อมูล “ค่าทางด่วน / ค่าที่จอดรถ” (ถ้ามี)

5.5 กรณี ใบเสร็จค่าโรงแรม เป็นบิลเงินสด, ไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

ค่าใช้จ่ายอื่นๆ

ใส่วันที่ที่ลงตามใบเสร็จโรงแรม >> ค่าที่พัก ภูเรือรีสอร์ท 1,040 บาท x 2 คืน

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน
5.1	กิจกรรม เยี่ยม	
	ค่า Taxi <input type="radio"/> ขาไป <input type="radio"/> ขากลับ <input type="radio"/> ไป-กลับ	
	จาก ถึง	
	จาก ถึง	
	จาก ถึง	
5.2	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง <input type="radio"/> ขาไป <input type="radio"/> ขากลับ <input checked="" type="radio"/> ไป-กลับ	
03/06/2024	จาก ที่พัก ถึง สนามบินดอนเมือง	
5.3	ระยะทาง 130 ก.ม. x 1 เที่ยว x 4 บาท	520.00
05/06/2024	จาก สนามบินดอนเมือง ถึง ที่พัก	
	ระยะทาง 130 ก.ม. x 1 เที่ยว x 4 บาท	520.00
	ค่าทางด่วน	
5.4	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าที่จอดรถ	540.00
5.5	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (โปรดระบุ) เช่น ค่าที่พัก ค่าอาหาร ค่าเบ็ดเตล็ด กรณีเป็น บิลเงินสด	
05/06/2024	ค่าที่พัก ภูเรือรีสอร์ท 1,040 บาท x 2 คืน	2,080.00