

# คู่มือผู้เยี่ยมชมสำรวจ

---

# 2563

SURVEYOR HANDBOOK 2020



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)



# คู่มือผู้เยี่ยมชมสำรวจ SURVEYOR HANDBOOK 2020 2563

วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม 2563



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

**คู่มือผู้เยี่ยมชมสำรวจ 2563**  
**SURVEYOR HANDBOOK 2020**

จัดพิมพ์โดย

**สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)**

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2832-9400 โทรสาร 0-2832-9540

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: ตุลาคม 2563

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

**ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ**

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

คู่มือผู้เยี่ยมชมสำรวจ 2563.--นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
(องค์การมหาชน), 2563.

174 หน้า.

1. สถานพยาบาล. I. ชื่อเรื่อง.

362.16

ISBN 978-616-8024-31-7

ออกแบบ : P2P

พิมพ์ : บริษัท ก.การพิมพ์เทียนทอง จำกัด

## คำนำ

กระบวนการ HA คือ กลไกขับเคลื่อนการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยในสถานพยาบาลของประเทศไทย ผู้เยี่ยมสำรวจเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการนำปรัชญาและแนวคิดของกระบวนการ HA ไปสร้างการเรียนรู้กับสถานพยาบาลเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องตระหนักในความสำเร็จและโอกาสพัฒนา

แนวทางการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาลที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ.นำมาใช้ มีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมมาเป็นลำดับ โดยอาศัยข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้เยี่ยมสำรวจและสถานพยาบาล การเรียนรู้จากองค์กรต่างๆ ที่ทำงานในลักษณะคล้ายคลึงกัน การพัฒนาเครื่องมือและทดสอบในการอบรมหลักสูตรผู้เยี่ยมสำรวจและการปฏิบัติงานภาคสนาม

คู่มือผู้เยี่ยมสำรวจฉบับนี้เป็นแนวทางที่รวบรวมและปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันเป็นครั้งที่ 3 เพื่อให้ผู้เยี่ยมสำรวจศึกษาและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ เพื่อร่วมกันสร้างสรรค์ให้กระบวนการเยี่ยมสำรวจ เป็นกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลังให้สถานพยาบาลมีความสามารถในการหาโอกาสพัฒนา และสร้างนวัตกรรมที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร เคลื่อนจากการปฏิบัติตามมาตรฐาน ไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สู่วัฒนธรรมองค์กรและความเป็นเลิศ

ขอให้คู่มือฉบับนี้เป็นทั้งแนวทางปฏิบัติ และเนื้อหาเพื่อการจุดประกายสำหรับการคิดค้นสิ่งที่ดีกว่า เรียบง่ายกว่า ในการกระตุ้นและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

กันยายน 2563

---

# สารบัญ

<b>1.0</b>	<b>ความเป็นมาก่อนที่จะเป็นสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)</b>	<b>3</b>
1.1	ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Collaboration for Hospital Quality Improvement and Accreditation-CHIA)	4
1.2	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)	5
<b>2.0</b>	<b>สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)</b>	<b>9</b>
2.1	ปรัชญา	9
2.2	วิสัยทัศน์ สรพ.	10
2.3	คุณลักษณะของบริการสุขภาพที่พึงประสงค์	10
2.4	บทบาทการส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ	11
2.5	พันธกิจ สรพ.	11
2.6	วัตถุประสงค์ของ สรพ.	12
2.7	ค่านิยมองค์กร PDLA	13
<b>3.0</b>	<b>นโยบายสำคัญของ สรพ. ที่เกี่ยวข้องกับผู้เยี่ยมชมสำรวจ</b>	<b>17</b>
3.1	นโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพองค์กร	18
3.2	นโยบายด้านผู้รับผลงาน	18
3.3	การบริหารผู้เยี่ยมชมสำรวจ	19
3.4	การบริหารการเยี่ยมชมสำรวจ	19
3.5	นโยบายด้านการรับรองและอ้างสถานภาพการรับรอง	20
3.6	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2563	20

## 4.0 การบริหารผู้เยี่ยมสำรวจ 25

- 4.1 ประเภทและคำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับผู้เยี่ยมสำรวจ 25
- 4.2 คุณสมบัติของผู้เยี่ยมสำรวจ 28
- 4.3 หน้าที่รับผิดชอบของผู้เยี่ยมสำรวจ 28
- 4.4 สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ 29
- 4.5 การขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ 31
- 4.6 ลิทธิประโยชน์ของผู้เยี่ยมสำรวจ 32
- 4.7 จริยธรรมสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ 33
- 4.8 ข้อพึงปฏิบัติสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ 34
- 4.9 ระเบียบปฏิบัติการผู้เยี่ยมสำรวจไม่สามารถปฏิบัติงานได้ 35
- 4.10 การบริหารจัดการและจัดเก็บข้อมูลผู้เยี่ยมสำรวจ 37

## 5.0 กระบวนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจและการเข้าสู่การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ 41

- 5.1 โปรแกรมพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ 42
- 5.2 โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะและยกระดับผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์/มีศักยภาพ 44
- 5.3 เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ที่มีศักยภาพเข้าโปรแกรมพัฒนาผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ 45
- 5.4 การฝึกอบรมและพัฒนาผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ 46
- 5.5 หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ 53
- 5.6 การประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาต่อเนื่อง 53
- 5.7 การต่ออายุผู้เยี่ยมสำรวจ 54
- 5.8 การต่ออายุผู้เชี่ยวชาญในระบบการเยี่ยมสำรวจ 55
- 5.9 การอุทธรณ์ผลการพิจารณาแต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ 56
- 5.10 การพิจารณาเรื่องร้องเรียนและตอบกลับ 57

<b>6.0</b>	<b>ลำดับการพัฒนาต่อยอดของผู้เยี่ยมสำรวจ</b>	<b>61</b>
6.1	หัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ	61
6.2	ครูฝึกเยี่ยมสำรวจ	64
<b>7.0</b>	<b>การจัดการการเยี่ยมสำรวจ</b>	<b>69</b>
7.1	กระบวนการเยี่ยมสำรวจ	69
7.2	การเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง	80
7.3	การเยี่ยมสำรวจเพื่อทวนสอบ	80
<b>8.0</b>	<b>การจัดทีมเยี่ยมสำรวจ</b>	<b>85</b>
8.1	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจในการจัดทีมเยี่ยมสำรวจ	85
8.2	เกณฑ์การเลือกทีมผู้เยี่ยมสำรวจ	88
8.3	กำหนดการเยี่ยมสำรวจ	89
8.4	รายละเอียดของกำหนดการเยี่ยมสำรวจ	90
<b>9.0</b>	<b>การเขียนรายงาน</b>	<b>101</b>
9.1	รูปแบบการเขียนรายงาน	102
9.2	หลักการเขียนรายงาน	110
9.3	ข้อพิจารณาในการเขียนรายงาน	111
9.4	แนวทางการเพิ่มคุณค่ารายงานการเยี่ยมสำรวจ เพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพ	112
<b>10.0</b>	<b>การรับรองกระบวนการคุณภาพ</b>	<b>117</b>
10.1	เป้าหมายของการรับรองกระบวนการคุณภาพ HA	117
10.2	แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการรับรองคุณภาพ ตามมาตรฐาน HA	117
10.3	ระบบการให้คะแนน (Scoring)	118



10.4	เกณฑ์การตัดสินใจสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ	119
10.5	เกณฑ์การรับรองกระบวนการคุณภาพ	121

## ภาคผนวก

### ก. แบบฟอร์มการประเมินผลการปฏิบัติงาน 125

แบบประเมินการคัดเลือกผู้มีศักยภาพเข้าโปรแกรมพัฒนา

ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ 125

1. เกณฑ์ทั่วไปสำหรับการคัดเลือกจากผู้ผ่านการฝึกอบรม  
หลักสูตร 451 External Surveyor เพื่อเป็นผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ 126
2. แบบฟอร์มการประเมินผลการปฏิบัติงานผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ 127
  - 2.1 แบบประเมินการพัฒนาศักยภาพของผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ  
ขั้นตอนที่ 1 See Program 127
  - 2.2 แบบประเมินการพัฒนาศักยภาพของผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ  
ขั้นตอนที่ 2 Try Program 129
  - 2.3 แบบประเมินการพัฒนาศักยภาพของผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ  
ขั้นตอนที่ 3 Act Program 132
  - 2.4 แบบประเมินเพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพผู้เยี่ยมสำรวจใหม่  
(New Surveyor) 135
3. แบบประเมินเพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ  
(Potential Surveyor Team Leader) 138
4. แบบประเมินตนเองของผู้เยี่ยมสำรวจจากเพื่อนร่วมทีมเยี่ยมสำรวจ 141
5. บันทึกข้อตกลงระหว่างผู้เยี่ยมสำรวจ กับ สถาบันฯ 143
  - 5.1 บันทึกข้อตกลงการพัฒนาเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ 143
  - 5.2 บันทึกข้อตกลงการทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจ 145

<b>ข. ระดับความสามารถของผู้เยี่ยมสำรวจ</b>	
<b>(Competency level of surveyor)</b>	<b>147</b>
1. ระดับความสามารถในการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ (Competency level of surveyor)	147
2. แบบฟอร์มการประเมินทักษะการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ	159
<b>ค. ขั้นตอนการอุทธรณ์และการร้องเรียนเกี่ยวกับผู้เยี่ยมสำรวจ</b>	<b>160</b>
1. ขั้นตอนการอุทธรณ์เกี่ยวกับผู้เยี่ยมสำรวจ	160
2. ขั้นตอนการร้องเรียนเกี่ยวกับผู้เยี่ยมสำรวจ	161
<b>ง. ตัวอย่างเอกสารการเงินที่เกี่ยวข้อง</b>	<b>162</b>
1. เอกสารทางการเงินที่ผู้เยี่ยมสำรวจต้องเตรียมเพื่อเบิก	162
2. ตัวอย่างใบรายงานการเดินทางไปปฏิบัติงาน	164
3. ตัวอย่างใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน	165
4. ตัวอย่างใบสำคัญรับเงิน	166



ความเป็นมาก่อนที่จะเป็น  
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
(องค์การมหาชน)



## 1.0 ความเป็นมาก่อนที่จะเป็นสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

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

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

แผนงานนี้มีความคล่องตัว และเป็นอิสระในการบริหารจัดการ แต่ยังคงมีความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้

สวรส.จึงได้ให้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) นี้ มีคณะกรรมการบริหารแยกออกไปดำเนินงาน โดยได้รับการสนับสนุนและชี้นำทิศทางการทำงานจากภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

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

ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2541 ตามข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษาโครงการ เพื่อให้เป็นเวทีของการมีส่วนร่วม การสนับสนุน และการเรียนรู้ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง สมาชิกของภาคีฯ ประกอบด้วยผู้แทนจากองค์กรวิชาชีพ ผู้แทนส่วนราชการ และองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ

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

## 1.2 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เป็นองค์กรของรัฐ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 ทำหน้าที่จัดการให้เกิดการวิจัยซึ่งมีผลต่อการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพของรัฐ คณะกรรมการบริหาร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นองค์กรนโยบาย และกำหนดทิศทางการบริหารของ สวรส. จากการที่ สวรส.เป็นองค์กรขนาดเล็ก และมีได้ใช้ระบบราชการ เป็นกลไกควบคุมองค์กร จึงทำให้สามารถบริหารจัดการกระบวนการทางวิชาการได้อย่างคล่องตัว รวดเร็ว ภารกิจหลักของ สวรส. ในปี พ.ศ. 2542-2544 คือการใช้กระบวนการทางวิชาการและการวิจัยสนับสนุนส่งเสริมให้ประชาคมสุขภาพต่างๆ ในประเทศ จากระดับชาติจนถึงท้องถิ่น และชุมชนได้เข้าร่วมเป็นภาคีผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดการปรับกระบวนการทัศน์ และระบบสุขภาพใหม่อันจะเอื้อให้ผลต่อประเทศชาติในอนาคต







[ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
(องค์การมหาชน) ]

รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



## 2.0 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2552 พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศ จัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ตามกฎหมายว่าด้วยองค์การมหาชน เรียกชื่อย่อว่า “สรพ.” และให้ชื่อภาษาอังกฤษว่า “The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization) เรียกโดยย่อว่า “HAI” และให้คำว่า “การรับรองคุณภาพ” หมายถึง การรับรองว่าสถานพยาบาลมีองค์ประกอบของการปฏิบัติงานและการพัฒนาคุณภาพที่เชื่อได้ว่าจะสามารถให้บริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด โดยเป็นการรับรองระบบการดำเนินงานของสถานพยาบาล มิใช่การรับรองผลการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย

### 2.1 ปรัชญา

Accreditation is a learning process: การประเมินและรับรองกระบวนการคุณภาพ คือกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในลักษณะกัลยาณมิตร เป้าหมายของ HA คือ การส่งเสริมให้สถานพยาบาลเกิดการพัฒนาคูณภาพต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ผู้เยี่ยมสำรวจเป็นผู้แทนของ สรพ.เป็นกัลยาณมิตร มิใช่ผู้พิพากษา มิใช่ผู้ตรวจสอบ

การเยี่ยมสำรวจ คือ การยืนยันผลการประเมินตนเองของสถานพยาบาล และการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น

ความสำเร็จของการเยี่ยมสำรวจ คือ ความสุขของผู้ได้รับการเยี่ยมสำรวจ แม้ว่าจะยังมีสิ่งที่จะต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การรับรอง คือ การให้กำลังใจในการทำความดีและส่งเสริมให้ทำดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มิใช่การตัดสินได้หรือตก

## 2.2 วิสัยทัศน์ สรพ.

ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพและไว้วางใจได้ด้วยมาตรฐาน HA

## 2.3 คุณลักษณะของบริการสุขภาพที่พึงประสงค์

- เป็นบริการที่มีมาตรฐาน อยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ทั้งด้านมนุษยศาสตร์ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และด้านอื่นๆ
- เป็นบริการที่อยู่บนพื้นฐานด้านคุณธรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
- เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชน และสังคมได้อย่างเหมาะสม เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
- เป็นบริการที่คำนึงถึงมิติด้านจิตวิญญาณ ทั้งในด้านการดูแลด้วยหัวใจและความรัก สิ่งแวดล้อมที่ เอื้อต่อการเยียวยา การอยู่ร่วมกันอย่างเอื้ออาทร
- เป็นบริการที่ให้หลักประกันในเรื่องความปลอดภัย
- สถานพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
- ภาคส่วนต่างๆ ประชาชน และชุมชนมีส่วนร่วม

## 2.4 บทบาทการส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ

- ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัย
- ส่งเสริมให้บุคลากรในสถานบริการมีความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับคุณภาพและความปลอดภัย
- ส่งเสริมให้คุณภาพเป็นวัฒนธรรมที่ปฏิบัติได้อย่างเรียบง่าย มีสมดุลในมิติต่างๆ
- มีกระจกสะท้อนผลการดำเนินการของสถานพยาบาลที่ดี
- ทำให้การประเมินจากภายนอกเป็นกระบวนการเรียนรู้ให้กำลังใจ และกระตุ้นการพัฒนาที่ สถานพยาบาลยินดีต้อนรับ
- ใช้หลักคิด empowerment evaluation หรือ developmental evaluation มาใช้ในการพัฒนา กระบวนการประเมินสถานพยาบาล
- เป็นตัวกลางในการประสานองค์กร สถาบัน สมาคม หรือหน่วยงานต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพเพื่อเกิดคุณภาพและความปลอดภัยกับประชาชน

## 2.5 พันธกิจ สรพ.

1. พัฒนาและกำหนดมาตรฐาน เพื่อประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ด้วยการรวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ ข้อมูลจากการประเมินและรับรอง
2. ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ โดยการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนา และการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

3. ส่งเสริมสนับสนุนและดำเนินการเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ รวมทั้งจัดหลักสูตรฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการประเมินตนเองและพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

## 2.6 วัตถุประสงค์ของ สรพ.

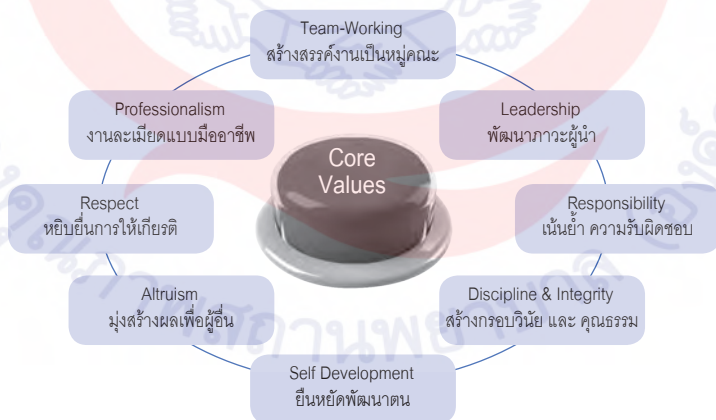
วัตถุประสงค์ของการก่อตั้ง สรพ.ที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 มีดังนี้

- ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
- รวบรวมข้อมูล ศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล
- ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพและมาตรฐานความ ปลอดภัยของสถานพยาบาล อย่างเป็นระบบ
- ส่งเสริม สนับสนุน และดำเนินการเผยแพร่องค์ความรู้ และการให้บริการ การเข้าถึง และใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
- ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ องค์กรหรือหน่วยงาน ในประเทศหรือต่างประเทศ และภาคเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
- จัดทำหลักสูตรและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลให้เกิดความเข้าใจกระบวนการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

## 2.7 ค่านิยมองค์กร PDLA

HAI Core Values		Expected Behavior
P	Professionalism & Self Development มืออาชีพ และแข็งแกร่ง พัฒนาตน	Work smartly in a professional manner, Continuously develop oneself capability.
D	Discipline, Integrity and Responsibility มีวินัย ใฝ่คุณธรรม และรับผิดชอบ	Work with discipline, integrity and full responsibility.
L	Leadership and Teamwork มีภาวะผู้นำ ทำงานเป็นทีม	Develop leadership in all members, Work as a team.
A	Altruism and Respect อุทิศตนเพื่อผู้อื่น และให้เกียรติผู้อื่น	Devote for others and benefit of the society. Respect everyone.

### Core Values









นโยบายสำคัญของ สรพ.  
ที่เกี่ยวข้องกับพื่อยืมสำรวจ

[

]

รณรงค์คุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)



### 3.0 นโยบายสำคัญของ สรพ. ที่เกี่ยวข้องกับผู้เยี่ยมชมสำรวจ

เพื่อให้การดำเนินการของ สรพ. เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดนโยบายที่สำคัญเพื่อให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจทุกคนได้ถือเป็นแนวทางหรือกรอบคิดในการปฏิบัติงาน ซึ่งในคู่มือสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจฉบับนี้ได้คัดเลือกเฉพาะนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้เยี่ยมชมสำรวจตามแนวทางการรับรองตามมาตรฐานสากล **The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (IEEA)** โดยดำเนินการสอดคล้องกับ **Guidelines and Standards for Surveyor Training Programmes 3<sup>rd</sup> edition** ซึ่งครอบคลุมมาตรฐานดังนี้

- ◆ Standard 1\_Programme planning
- ◆ Standard 2\_Programme management
- ◆ Standard 3\_Trainee management
- ◆ Standard 4\_Trainee programme delivery
- ◆ Standard 5\_Assessment of competent

โดยสถาบันได้ดำเนินการสอดคล้องกับมาตรฐานของ IEEA ฉบับที่ 3 และได้รับการต่ออายุการรับรอง Surveyor Training Programmes ครั้งที่ 2 เมื่อ กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 และมีอายุการรับรองถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 โดยประเด็นสำคัญที่ IEEA ให้ความสำคัญคือ การออกแบบเครื่องมือการพัฒนาด้วย competency model เป็น Competency Level of HAI Surveyor ที่แบ่งระดับสมรรถนะของผู้เยี่ยมชมสำรวจในการพัฒนา

ผู้เยี่ยมชมสำรวจที่ชัดเจน โดยสถาบันนำเครื่องมือดังกล่าวใช้ในการวางแผน พัฒนาผู้เยี่ยมชมและติดตามประเมินผล

### 3.1 นโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพองค์กร

สถาบันมีนโยบายที่จะใช้ Performance Improvement Framework หรือกรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพเพื่อสร้างความมั่นใจว่าสถาบันจะให้ บริการและมีผลการดำเนินงานที่ดี ตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ และทิศทาง นโยบายของสถาบัน ทั้งในการปฏิบัติงานประจำที่มีการออกแบบระบบงาน ไว้อย่างรัดกุม และการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์หรือแผนงานริเริ่มต่างๆ โดยจัดให้มีกลไกของการตรวจสอบ การทบทวน การติดตามผลการ ปฏิบัติงาน อย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาสู่การแก้ไข ป้องกัน ปรับปรุง กระบวนการ ระบบงาน หรือกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน มีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้เพื่อเก็บเกี่ยวบทเรียนเชิงปฏิบัติ และการสื่อสารเพื่อให้มั่นใจว่า ผู้เกี่ยวข้องรับรู้ระเบียบและแนวทางปฏิบัติที่เป็นปัจจุบัน

### 3.2 นโยบายด้านผู้รับผลงาน

- สถาบัน มีนโยบายรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- สถาบัน มีนโยบายที่จะสร้างความสัมพันธ์และช่องทางการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- สถาบัน มีนโยบายที่จะสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรและผู้เยี่ยมชมสำรวจของ สถาบันปฏิบัติหน้าที่โดยอิสระ ไม่ถูกแทรกแซง และไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน เป็นไปตามระเบียบว่าด้วยจริยธรรมและแนวปฏิบัติที่ดี และ คำนึงมององค์กร

### 3.3 การบริหารผู้เยี่ยมสำรวจ

สถาบันนโยบายจะสร้างผู้เยี่ยมสำรวจให้มีจำนวนเพียงพอทั้งด้านปริมาณและศักยภาพ โดยการจัดการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มีการประเมินอย่างเป็นระบบเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ และจัดให้มีระบบประเมินและพัฒนาสมรรถนะผู้เยี่ยมสำรวจอย่างต่อเนื่อง

### 3.4 การบริหารการเยี่ยมสำรวจ

สถาบันนโยบายเกี่ยวกับระบบบริหารการเยี่ยมสำรวจดังนี้

- จัดระบบการประเมินและรับรองสถานพยาบาลที่เป็นธรรม โปร่งใส เอื้อต่อการเรียนรู้และการพัฒนาของสถานพยาบาล โดยมีกระบวนการตัดสินใจที่น่าเชื่อถือ คงเส้นคงวา เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสถานพยาบาลและสอดคล้องกับทิศทางการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของประเทศและนานาชาติ
- ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีกับสถานพยาบาลที่ขอรับการรับรอง และจัดให้มีข้อมูลที่เป็นเพียงพอสำหรับการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาล
- จัดให้มีหลักสูตรฝึกอบรมที่จำเป็น ส่งเสริมให้เกิดเวทีการเรียนรู้ที่จะพัฒนาตามมาตรฐาน สนับสนุนให้มีเครือข่าย (Quality Learning Network) ที่จะช่วยเหลือกันและกันในพื้นที่ รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือในการเตรียมตัวเพื่อรับการประเมินแก่สถานพยาบาลที่สมัคร
- การจัดทีมผู้เยี่ยมสำรวจที่มีทักษะและประสบการณ์เหมาะสมกับองค์กรที่เข้าเยี่ยมสำรวจ โดยมีการจัดทำกำหนดการเยี่ยมสำรวจที่สถานพยาบาลและผู้เยี่ยมสำรวจให้ความเห็นชอบ มีกระบวนการเยี่ยมและใช้ scoring guideline ที่เป็นมาตรฐาน
- จัดทำรายงานการเยี่ยมสำรวจที่มีคุณค่า เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจรับรองและการใช้เพื่อการพัฒนาของสถานพยาบาล

- รับฟังเสียงสะท้อนจากสถานพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการจัดการเยี่ยมสำรวจ

### 3.5 นโยบายด้านการรับรองและอํารงสถานภาพการรับรอง

สถาบันมีนโยบายในการรับรองและอํารงสถานภาพการรับรองดังนี้

- ใช้กระบวนการตัดสินรับรองที่มีความชัดเจน คงเส้นคงวา โปร่งใส และเป็นอิสระจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ
- มีการสื่อสารให้สังคมมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความหมาย ขอบเขตการรับรอง ระยะเวลาการรับรอง
- มีกระบวนการพิจารณาข้อร้องเรียนเกี่ยวกับผลการรับรองที่ โปร่งใส ชัดเจน
- มีการติดตามและสนับสนุนการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจ การติดตามผลลัพธ์ การพัฒนาและการเฝ้าระวัง เหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อความเชื่อถือของสังคม
- มีระบบการจัดการ จัดเก็บ ทำลาย เอกสารการเยี่ยมสำรวจและการรับรอง ที่มีความถูกต้องรัดกุมและรักษาความลับของข้อมูล
- มีการติดตามประเมินกระบวนการและผลของการให้การรับรอง และนำสิ่งที่พบมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนา

### 3.6 ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2563

#### ด้านการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 มีสถานพยาบาลได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA (ชั้น 3 และชั้นก้ำวหน้า) ทั้งสิ้นจำนวน 1,118 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 1,409 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 79.29 เป็นสถานพยาบาลภาครัฐ จำนวน 921 แห่ง (ร้อยละ 86.64) และ สถานพยาบาลเอกชน จำนวน 102 แห่ง (ร้อยละ 29.69)

ตารางที่ 1 สถานะการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA  
(ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2563)

ประเภท โรงพยาบาล	จำนวน โรงพยาบาล	ขั้น 1		ขั้น 2		ขั้น 3		A-HA		รวม	
		จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
รพช.	752	4	0.53	22	2.93	680	90.43	0	0.00	706	93.88
รพท.	85	0	0.00	0	0.00	84	98.82	0	0.00	84	98.82
รพศ.	34	0	0.00	0	0.00	33	97.06	1	2.94	34	100.00
รพ.รัฐอื่นๆ ในสังกัด สธ.	66	1	1.52	1	1.52	52	78.79	0	0.00	54	81.82
รพ. มหาวิทยาลัย	15	0	0.00	0	0.00	8	53.33	5	33.33	13	86.67
รพ. สังกัด กทม.	8	0	0.00	0	0.00	8	100.00	0	0.00	8	100.00
กระทรวง กลาโหม	64	2	3.13	5	7.81	42	65.63	1	1.56	50	78.13
รพ.รัฐอื่นๆ	39	3	7.69	4	10.26	7	17.95	0	0.00	14	35.90
<b>รวม รพ.รัฐ</b>	<b>1,063</b>	<b>10</b>	<b>0.94</b>	<b>32</b>	<b>3.01</b>	<b>914</b>	<b>85.98</b>	<b>7</b>	<b>0.66</b>	<b>963</b>	<b>90.59</b>
<b>รวม รพ.เอกชน</b>	<b>347</b>	<b>6</b>	<b>1.73</b>	<b>46</b>	<b>13.26</b>	<b>101</b>	<b>29.11</b>	<b>2</b>	<b>0.58</b>	<b>155</b>	<b>44.67</b>
<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>1,410</b>	<b>16</b>	<b>1.13</b>	<b>78</b>	<b>5.53</b>	<b>1,015</b>	<b>71.99</b>	<b>9</b>	<b>0.64</b>	<b>1,118</b>	<b>79.29</b>

**ด้านการพัฒนาองค์กร**

สธพ. พัฒนาการบริหารจัดการองค์กร และส่งเสริมให้มาตรฐาน HA ของประเทศไทยให้เป็นมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ด้วยการพัฒนาทั้งมาตรฐาน HA องค์กร (organization) และกระบวนการสร้างและพัฒนาผู้เชี่ยวชาญ ให้ได้รับการรับรองจาก International Society for Quality in Healthcare หรือ “ISQua” ซึ่งเปลี่ยนชื่อเป็น International Society for Quality in Healthcare External Evaluation Association หรือ “IEEA” เป็นองค์กรสากลที่ให้การรับรองหน่วยงานที่รับรองสถานพยาบาลในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ครบทั้ง 3 ด้าน ดังรูปภาพข้างล่างนี้



การรับรองมาตรฐาน  
Accredited Standards

การรับรองครั้งที่ 3  
ระยะเวลารับรอง 4 ปี  
ระหว่าง  
ก.พ. 2561 - ก.พ. 2565



การรับรององค์กร  
Accredited Organisation

การรับรองครั้งที่ 2  
ระยะเวลารับรอง 4 ปี  
ระหว่าง  
ส.ค. 2560 - ส.ค. 2564



การรับรองโปรแกรมพัฒนาผู้เยี่ยมชมสำรวจ  
Accredited Surveyor Training Programme

การรับรองครั้งที่ 2  
ระยะเวลารับรอง 4 ปี  
ระหว่าง  
ก.พ. 2563 - ก.พ. 2567

รูปภาพที่ 1 การรับรองจาก International Society for Quality in Healthcare External Evaluation Association (IEEA)





การบริหารพื้ที่ยืมสำรวจ

[

]

รณรงค์คุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)



## 4.0 การบริหารผู้เยี่ยมสำรวจ

สรรพ.มีนโยบายที่จะใช้หลักคิด empowerment evaluation เพื่อให้การประเมินจากภายนอกเป็นกระบวนการเรียนรู้ให้กำลังใจ เป็นกระฉกสะท้อนและสามารถกระตุ้นการพัฒนาของสถานพยาบาล ดังนั้น ผู้เยี่ยมสำรวจซึ่งถือเป็นบุคคลสำคัญในกระบวนการรับรองคุณภาพ จึงหมายถึงผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการพัฒนาและบริหารคุณภาพ ผ่านการอบรมและได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ ทำหน้าที่เป็นผู้แทนของสถาบัน เข้าเยี่ยมสถานพยาบาลในลักษณะกัลยาณมิตร ยึดมั่นในปรัชญา “การเยี่ยมสำรวจเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน” และเพื่อยืนยันผลการประเมินตนเองของสถานพยาบาล กระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้นตามกรอบมาตรฐาน และรวบรวมหลักฐานข้อมูลต่างๆ เพื่อสร้างการเรียนรู้ ยกระดับการพัฒนา และจัดทำรายงานอย่างมีคุณค่า ผู้เยี่ยมสำรวจจึงเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ประเมิน สร้างการเรียนรู้ และให้คำปรึกษา ไม่ได้เข้าไปตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรฐาน และผู้เยี่ยมสำรวจเปรียบเสมือนผู้แทน (brand ambassador) ส่งเสริมและเผยแพร่หลักการอันทรงคุณค่าของสถาบันให้มีภาพลักษณ์ที่ดี มีความสำคัญและทำหน้าที่มากกว่าการประเมิน

### 4.1 ประเภทและคำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับผู้เยี่ยมสำรวจ

1. คณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ หมายถึง คณะกรรมการ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้มีประสบการณ์ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและการเยี่ยมสำรวจ ได้รับการแต่งตั้ง และ

มีการกำหนดวาระโดยผู้อำนวยการสถาบัน โดยมีบทบาทหน้าที่ตามประกาศมอบหมาย

2. **ผู้เยี่ยมสำรวจ** คือ ผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบันที่ได้รับการแต่งตั้งโดยผู้อำนวยการสถาบัน แบ่งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจที่ขึ้นทะเบียนจากกระบวนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ แบ่งเป็น 4 ระดับ
  - 1) **ผู้เยี่ยมสำรวจใหม่** (New Surveyor) หมายถึง ผู้ที่ผ่านการพัฒนาและฝึกเยี่ยมสำรวจ ที่ได้ขึ้นทะเบียนจากคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ และได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการสถาบันให้ทำหน้าที่เป็นผู้แทนของสถาบันในการเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA โดยการเยี่ยมสำรวจยังอยู่ในการกำกับดูแลจากครูฝึกเยี่ยมสำรวจ ตลอดระยะเวลา 1 ปี
  - 2) **ผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์/มีศักยภาพ** (Existing Surveyor) หมายถึง ผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์ (Experienced) มากกว่า 1 ปี 3 ปี และ 5 ปีขึ้นไป โดยผ่านการประเมินผลจากครูฝึกเยี่ยมสำรวจ ว่ามีสมรรถนะสอดคล้องกับการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ (competency) โดยได้รับการขึ้นทะเบียนจากคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ และแต่งตั้งจากผู้อำนวยการสถาบันให้ทำหน้าที่เป็นผู้แทนของสถาบันในการเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA
  - 3) **หัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ** (Lead Team Surveyor) หมายถึง ผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์/มีศักยภาพ โดยได้รับการขึ้นทะเบียนจากคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ และได้รับการแต่งตั้งเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจจากผู้อำนวยการสถาบัน

- 4) **ครูฝึกเยี่ยมสำรวจ (Surveyor Trainer)** หมายถึง ผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์/ศักยภาพสูง สามารถทำหน้าที่ครูฝึกเยี่ยมสำรวจและมีความสามารถสร้างการเรียนรู้ให้กับผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจและผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ โดยได้รับการขึ้นทะเบียนและแต่งตั้งเป็นครูฝึกเยี่ยมสำรวจ
3. **ผู้เยี่ยมสำรวจกิตติมศักดิ์ (Honorary Surveyor)** หมายถึง คณะกรรมการบริหารสถาบัน คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพ ที่สถาบันเชิญเข้ามาเป็นผู้เยี่ยมสำรวจและได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจกิตติมศักดิ์โดยผู้อำนวยการสถาบันตามวาระ โดยจะเยี่ยมสำรวจเฉพาะในประเด็นที่ผู้อำนวยการกำหนด
4. **ผู้เชี่ยวชาญในระบบการเยี่ยมสำรวจ (Survey System Expert)** หมายถึง ผู้บริหารระดับสูง ผู้เชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ หรือผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์/มีศักยภาพที่มีความชำนาญเฉพาะเรื่อง และมีความรู้ความเข้าใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างดี มีศักยภาพและมีคุณค่า ได้รับการแต่งตั้งโดยผู้อำนวยการสถาบัน
5. **ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ (Trainee/Surveyor in Training)** หมายถึง ผู้ที่มีความสนใจในการพัฒนาเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ ผ่านการสรรหาและคัดเลือกโดยครูฝึกเยี่ยมสำรวจ เข้าสู่กระบวนการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะการฝึกเยี่ยมสำรวจในโปรแกรมของสถาบัน เพื่อต่อยอดเป็นผู้เยี่ยมสำรวจใหม่

## 4.2 คุณสมบัติของผู้เยี่ยมสำรวจ

เพื่อให้สามารถคัดเลือกผู้มีความรู้และทักษะการเข้าสู่งานพัฒนาเป็นผู้เยี่ยมสำรวจได้อย่างมีประสิทธิภาพ สรพ.จึงกำหนดคุณสมบัติของผู้เยี่ยมสำรวจไว้ดังนี้

- สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และมีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลมากกว่า 10 ปี หรือเป็นผู้บริหารระดับสูงของสถานพยาบาลและมีประสบการณ์การทำงาน 5 ปี
- มีบุคลิกภาพที่ดี มีมนุษยสัมพันธ์ดี สามารถสื่อสารและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี มีศรัทธาและทัศนคติที่ดีต่อกระบวนการคุณภาพ
- มีความรู้เกี่ยวกับระบบคุณภาพและมีประสบการณ์ด้านการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement knowledge and experience)
- มีความรู้ที่เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับระบบสุขภาพ กฎหมายที่เกี่ยวข้องและมาตรฐานวิชาชีพ
- รับผิดชอบหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย จัดทำรายงานเสร็จสิ้นภายในเวลาที่กำหนด

## 4.3 หน้าที่รับผิดชอบของผู้เยี่ยมสำรวจ

เพื่อให้การเยี่ยมสำรวจดำเนินไปตามปรัชญาของสถาบันและมีประสิทธิภาพ สรพ.จึงกำหนดคุณสมบัติของผู้เยี่ยมสำรวจไว้ดังนี้

- เยี่ยมสำรวจ ประเมินระดับการพัฒนาสถานพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย และให้ข้อเสนอแนะต่อสถานพยาบาลเพื่อปรับปรุง
- ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ขึ้นในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในมาตรฐานและใช้มาตรฐานให้เกิดประโยชน์สูงสุด

- จัดทำรายงานผลการเยี่ยมสำรวจ เสนอต่อคณะอนุกรรมการที่ปรึกษา เพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อพิจารณาให้คำปรึกษาแก่ผู้อำนวยการเพื่อการรับรอง
- เข้าร่วมการอบรมที่สถาบันกำหนดเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
- ให้ข้อเสนอแนะและให้ความร่วมมือกับสถาบันในการพัฒนามาตรฐานและวิธีการเยี่ยมสำรวจ

#### 4.4 สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ

สรรพ.ทบทวนและปรับปรุงสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาทักษะให้สามารถทำหน้าที่เยี่ยมสำรวจได้ตามปรัชญาและเอื้อต่อการบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของ สรพ. ดังนั้นสมรรถนะที่จำเป็นของผู้เยี่ยมสำรวจจึงมีรายละเอียดดังนี้

สมรรถนะผู้เยี่ยมสำรวจ (Surveyor Competency)		
ความรู้	ทักษะ	ชิ้นงาน
<ul style="list-style-type: none"> <li>● แนวคิดคุณภาพ</li> <li>● เครื่องมือคุณภาพ</li> <li>● แนวคิด HPH</li> <li>● มาตรฐาน HA/HPH</li> <li>● การประเมิน</li> <li>● ระบบสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การอ่าน</li> <li>● การวิเคราะห์</li> <li>● การมองภาพใหญ่</li> <li>● การสร้างความสัมพันธ์</li> <li>● การสังเกต</li> <li>● การตั้งคำถาม</li> <li>● การสะท้อนกลับ</li> <li>● กระบวนการเรียนรู้</li> <li>● การเขียน</li> <li>● การแก้ไขสถานการณ์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● วิเคราะห์ SAR</li> <li>● สัมภาษณ์ทีม</li> <li>● เยี่ยมหน่วยงาน</li> <li>● ทบทวนเอกสาร/เวชระเบียน</li> <li>● จัดทำรายงาน</li> </ul>

HPH: Health Promoting Hospital

## 1. สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจทั่วไป

สมรรถนะที่จำเป็น	คำอธิบาย
ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐาน HA (Knowledge on HA Standards)	มีความรู้ความเข้าใจในแนวคิด เป้าหมายและประเด็นสำคัญของมาตรฐาน HA สามารถประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐาน HA ในการเยี่ยมสำรวจ และสามารถบูรณาการมาตรฐาน HA กับมาตรฐานอื่นที่เกี่ยวข้อง
การปรับตัว (Adaptability)	สามารถปรับตัวให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ภายใต้สภาพแวดล้อมต่างๆ
การรวบรวมข้อมูลและคิดวิเคราะห์ (Data Collection & Analytical Thinking)	สามารถค้นหาและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการเยี่ยมสำรวจ สามารถใช้เทคนิคที่หลากหลายในการรวบรวมข้อมูล เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เจาะลึก การฟัง และการศึกษาเอกสาร สามารถใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์เพื่อประเมินสถานการณ์และระบุประเด็นสำคัญที่เชื่อมโยงกับมาตรฐานและความต้องการของสถานพยาบาล
การโค้ชและกัลยาณมิตร (Coaching)	สามารถใช้ทักษะการเป็นโค้ชเพื่อสร้างการเรียนรู้ในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ ด้วยความเข้าใจในบริบทขององค์กร ใส่ใจความรู้สึกของผู้รับการเยี่ยม เคารพในความคิดและความคิดสร้างสรรค์ของสถานพยาบาล สามารถอธิบายเรื่องที่ยู่ยากซับซ้อนให้เข้าใจง่าย
การสื่อสาร (Communication)	สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับการเยี่ยม สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการสนทนาอย่างเปิดใจ เป็นผู้ฟังที่ดี ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไวต่อการรับรู้ความรู้สึกและบรรยากาศของการสนทนา สามารถสื่อสารสิ่งที่พบทั้งที่เป็นจุดเด่นและโอกาสพัฒนาได้เหมาะสมกับสถานการณ์ และกระตุ้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
การวางแผน (Planning)	สามารถวิเคราะห์และระบุประเด็นสำคัญจากการศึกษารายงานการประเมินตนเองของสถานพยาบาล และนำมาวางแผนการเยี่ยมล่วงหน้าร่วมกับทีมเยี่ยมสำรวจ
การทำงานเป็นทีม (Teamwork)	สามารถทำงานร่วมกับสมาชิกอื่นในทีมเยี่ยมสำรวจโดยมีเป้าหมายร่วมกัน นำประเด็นที่พบจากการเยี่ยมมาแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงเพื่อให้ได้ข้อสรุปไปในทิศทางเดียวกัน
การเขียนรายงาน (Report Writing)	เขียนรายงานด้วยภาษาที่กระชับ ได้ใจความ ตรงประเด็น สอดคล้องกับมาตรฐานและเสร็จสิ้นภายในเวลาที่กำหนด



## 2. สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

ที่ต้องมีเพิ่มจากสมรรถนะของผู้เยี่ยมสำรวจทั่วไป มีรายละเอียดดังนี้

สมรรถนะที่จำเป็น	คำอธิบาย
การจัดการความขัดแย้ง (Conflict Management)	สามารถประเมินและคาดการณ์ปัญหาความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้น สามารถป้องกันปัญหา ใช้วิธีการอย่างสร้างสรรค์ในการแก้ไขสถานการณ์ สามารถสื่อสารประเด็นที่อ่อนไหวกับผู้บริหารสถานพยาบาลเพื่อยอมรับและยินดีปรับปรุงแก้ไข
ภาวะผู้นำ (Leadership)	มีภาวะผู้นำแบบรวมกลุ่ม ทำให้การเยี่ยมสำรวจดำเนินไปอย่างราบรื่น เหมาะสมกับสถานการณ์ ตอบสนองต่อนโยบายของ สรพ.

### 4.5 การขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ

การคัดเลือกผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อนำเสนอขึ้นทะเบียนดำเนินการโดยคณะกรรมการคัดเลือกผู้เยี่ยมสำรวจที่แต่งตั้งโดยผู้อำนวยการ ดังนี้

#### 1). การขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ (New Surveyor)

การคัดเลือกผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจเพื่อนำเสนอขึ้นทะเบียน ดำเนินการโดยคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ ที่แต่งตั้งโดยผู้อำนวยการ พิจารณาจาก

- 1) คุณสมบัติทั่วไปของการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจตามที่สถาบันกำหนด
- 2) ผ่านกระบวนการพัฒนาผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ (See-Try-Act) 3-5 ครั้ง โดยมีผลการประเมินของครูฝึกเยี่ยมสำรวจเยี่ยมสำรวจ ผ่านตามเกณฑ์ดังนี้

- ประเมินในสามสมรรถนะหลัก ได้แก่ ความรู้ผู้เยี่ยมสำรวจทั่วไป กระบวนการเยี่ยมสำรวจ และ ทักษะการเยี่ยมสำรวจ มีคะแนนเต็ม 3 ในแต่ละหัวข้อ
  - Scoring 1 = poor/need mentor,
  - Scoring 2 = moderate/need improvement
  - Scoring 3 = good/acceptable

- โดยผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจควรได้คะแนนอย่างน้อย 1.5 ขึ้นไป ในแต่ละลำดับของ See และ Try และควรได้คะแนนอย่างน้อย 2 ขึ้นไป ในลำดับ Act จึงเลื่อนลำดับไปฝึกขั้นต่อไปได้ สามารถฝึกอบรมได้ รวมแล้วไม่เกิน 5 ครั้ง ตลอดโปรแกรม

## 2). การขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์/มีศักยภาพ (Existing Surveyor)

การคัดเลือกผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ที่มีประสบการณ์/มีสมรรถนะ เพื่อนำเสนอขึ้นทะเบียนต่อ โดยคณะกรรมการคัดเลือกผู้เยี่ยมสำรวจที่แต่งตั้งโดยผู้อำนวยการ พิจารณาจาก

- คุณสมบัติทั่วไปของการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจตามที่สถาบันกำหนด มีจำนวนวันของการเยี่ยมสำรวจ อย่างน้อย 10 วันต่อปี และมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์จากครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ
- การเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจตามกระบวนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ครบถ้วน อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี
- ผ่านการเรียนรู้มาตรฐานด้วยการฝึกเป็นผู้ช่วยวิทยากรกลุ่ม ในหลักสูตรการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (HA 501)

### 4.6 สิทธิประโยชน์ของผู้เยี่ยมสำรวจ

สถาบันมอบสิทธิประโยชน์แก่ผู้เยี่ยมสำรวจ ดังนี้

- ประกันการเดินทาง ครอบคลุมปีละครั้ง
- บัตรประจำตัวผู้เยี่ยมสำรวจ
- สิทธิเข้าอบรมคอร์สของสถาบันโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือค่าลงทะเบียน ปีละ ไม่เกิน 2 หลักสูตร โดยแจ้งความต้องการล่วงหน้า ที่ผู้ประสานงานของสถาบันเพื่อสำรองที่นั่งและลงทะเบียน
- สู้ที่มีตราของสถาบัน 1 ตัว

- เลือดยึดสถาบัน ปีละ 1 ตัว
- การเข้าร่วมเป็นแขกรับเชิญงาน HA National forum ทุกปี ไม่เสียค่าลงทะเบียน
- หนังสือ หรือ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ ทั้งในรูปแบบ hard copy และ electronic file เช่น มาตรฐาน HA มาตรฐานต่างๆ มาตรฐานสำคัญจำเป็น เป็นต้น รวมถึงการเข้าถึงคลังความรู้ต่างๆ ที่สถาบันจัดให้
- เวิร์ก หรือ รางวัลพิเศษ เช่น เลื่อนแฉีกเกิดสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจที่มีอายุงาน 10 ปีขึ้นไป เป็นต้น
- ความช่วยเหลือในกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ หรือพัฒนาต่อยอด เช่น หลักสูตรพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจเฉพาะด้าน หลักสูตรสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจเฉพาะกลุ่ม เป็นต้น กรณีผู้เยี่ยมสำรวจหรือผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจมีปัญหาเฉพาะบุคคล ไม่สามารถพัฒนาต่อเป็นผู้เยี่ยมสำรวจได้ ทางสถาบันจะพิจารณาให้การสนับสนุน ส่งเสริมเพื่อเป็น Quality Coach (QC) วิทยากร หรือผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่อไป
- การสนับสนุนเพิ่มเติมกรณีพิเศษต่างๆ เช่น ในสถานการณ์ COVID-19 ได้แก่ ประกันชีวิตเพิ่มเติม การสนับสนุนหน้ากากอนามัยและแอลกอฮอล์เจลสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ และค่าตอบแทนพิเศษสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นต้น

#### 4.7 จริยธรรมสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ

##### *การรักษาความลับ*

- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงรักษาความลับของสถานพยาบาลที่ได้มาระหว่างการเยี่ยมสำรวจ
- ผู้เยี่ยมสำรวจไม่พึงถ่ายภาพ อัดเสียง ถ่ายวิดีโอในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่

- ผู้เยี่ยมสำรวจไม่พึงขอเอกสารหรือตัวอย่างของสถานพยาบาลไปใช้
- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงทำลายหรือส่งคืนเอกสารทุกชนิดที่เกี่ยวกับสถานพยาบาลที่เข้าเยี่ยม เมื่อประกาศผลการรับรองสถานพยาบาลแห่งนั้นแล้ว

### การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน

1. ผู้เยี่ยมสำรวจไม่พึงใช้สถานะผู้เยี่ยมสำรวจไปแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว
2. ผู้เยี่ยมสำรวจไม่พึงรับของขวัญ ของกำนัล การเลี้ยงต้อนรับ หรือประโยชน์อื่นใด ซึ่งจะเป็นที่ครหาว่ามีผลต่อการตัดสินใจรับรองคุณภาพ
3. ผู้เยี่ยมสำรวจต้องไม่เข้าเยี่ยมสถานพยาบาลหรือเครือข่ายของสถานพยาบาลที่ตนเคยให้คำปรึกษาหรือไปประกอบวิชาชีพ ภายในช่วงเวลา 2 ปี
4. ผู้เยี่ยมสำรวจต้องไม่เรียกร้องความสะดวกอื่นใดนอกเหนือไปจากที่สถาบันประสานไว้กับสถานพยาบาล
5. ผู้เยี่ยมสำรวจ แจ้งประโยชน์ทับซ้อน หรือการขัดกันของผลประโยชน์ต่อสถาบันก่อนการเยี่ยมสำรวจ

### จริยธรรมอื่นๆ

- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่สถานพยาบาล และผู้เยี่ยมสำรวจด้วยกัน
- ผู้เยี่ยมสำรวจไม่พึงทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่าสถานพยาบาลจะได้รับการรับรองโดยที่ยังไม่ประกาศอย่างเป็นทางการจาก สรพ.

## 4.8 ข้อพึงปฏิบัติสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ

- ศึกษาข้อมูลของสถานพยาบาลล่วงหน้า พร้อมทั้งเตรียมประเด็นสำคัญในการเยี่ยมสำรวจ
- ขอข้อมูลเพิ่มเติมเท่าที่จำเป็น
- ไม่เปลี่ยนแปลงกำหนดการเยี่ยมโดยไม่จำเป็น หากจำเป็นต้องเปลี่ยนให้ปรึกษาสถานพยาบาลก่อน

- ไม่เปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานระหว่างสถานพยาบาล
- ไม่ควรถามประสบการณ์ของผู้ป่วยต่อที่สาธารณะหรือต่อหน้าบุคลากรผู้ให้บริการ
- เชื่อมโยงประเด็นต่างๆ กับการดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับ
- ใช้ภาษาและถ้อยคำที่เข้าใจง่าย
- ตั้งคำถามในบริบทของสถานพยาบาล ปรับคำถามถ้าจำเป็น
- ใช้การสังเกตควบคู่กับการตั้งคำถาม
- เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ได้ซักถามในช่วงท้าย
- ให้ข้อเสนอแนะที่ชัดเจน เข้าใจง่าย เฉพาะเจาะจงกับปัญหาพิจารณาความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติของสถานพยาบาลตัดสินใจเลือกทางเลือกด้วยตนเอง

#### 4.9 ระเบียบปฏิบัติกรณีผู้เยี่ยมสำรวจไม่สามารถปฏิบัติงานได้

##### ก. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ

- 1) กรณีลาป่วย ลากิจลวงหน้า เมื่อประสงค์ลาป่วยเพื่อการรักษาตัว และไม่สามารถมาปฏิบัติงานได้ตามแผนการฝึกอบรมผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ ต้องทำการแจ้งลาต่อผู้รับผิดชอบโปรแกรมฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ ด้วยวาจาทันที และแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรผ่านทางจดหมาย หรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ต่อสถาบันภายหลัง เพื่อดำเนินการต่อไป และลงบันทึกในทะเบียนประวัติ
- 2) กรณีระหว่างฝึกเยี่ยมสำรวจมีอาการป่วยไม่สบายให้แจ้งครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจทราบทันที เพื่อดำเนินการประเมินอาการและพิจารณาการหยุดฝึกเยี่ยมชั่วคราว
- 3) กรณีมีปัญหาหาระยะยาวซึ่งอาจเป็นเหตุผลในเรื่องการทำงานหรือเหตุผลอื่นใดอันเป็นเหตุทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบถ้วน ให้ทำหนังสือแจ้งมายังสถาบันเป็นลายลักษณ์อักษร โดยผู้ฝึกเยี่ยมสามารถฝึกเพิ่มเติมทดแทนให้ครบตามข้อกำหนดในระหว่างปี กรณี

ที่ไม่สามารถร่วมโปรแกรมได้ตามกำหนดโดยเหตุอันจำเป็น ให้สิทธิสามารถร่วมโปรแกรมได้ในปีถัดไปแต่ระยะเวลาไม่เกินหนึ่งปี

- 4) กรณีครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจตั้งแต่ 2 ท่านขึ้นไป มีความเห็นตรงกันว่าผู้ฝึกเยี่ยมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ สามารถเสนอให้ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจยุติกระบวนการฝึกได้ โดยครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจเสนอเรื่องมาที่สถาบันเพื่อพิจารณา
- 5) กรณีผู้ฝึกผู้เยี่ยมสำรวจพบว่าตัวเองมีข้อจำกัด หรือมีเหตุที่ไม่สามารถร่วมฝึกต่อจนครบโปรแกรม สามารถแจ้งครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อขอคำแนะนำและข้อเสนอนะเพิ่มเติมได้ และหากตัดสินใจที่จะยุติกระบวนการฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ ให้ส่งเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรแจ้งมายังสถาบันพร้อมเหตุผล

## ข. ผู้เยี่ยมสำรวจ

- 1) กรณีลาป่วย หรือ ลากิจลวงหน้า เมื่อประสงค์ลาป่วยเพื่อการรักษาตัวและไม่สามารถมาปฏิบัติงานได้กรณีที่มีการจัดตารางการเยี่ยมแล้ว ให้แจ้งต่อผู้ประสานงานทราบทันที เพื่อดำเนินการต่อไปและลงบันทึกในทะเบียนประวัติ
- 2) กรณีเจ็บป่วยต้องลาพักรักษาตัวเป็นระยะยาวนาน ควรทำการแจ้งลาต่อหัวหน้าสำนักประเมินและรับรองเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อวางแผนดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป
- 3) กรณีลาคลอดหรือติดภารกิจสำคัญ อันเป็นเหตุทำให้ไม่สามารถเยี่ยมสำรวจได้ครบ 10 วันเยี่ยมต่อปี ให้ทำบันทึกแจ้งสถาบันเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมเหตุผล เพื่อขอยกเว้นเป็นกรณีพิเศษในการพิจารณาต่ออายุ ในช่วงดังกล่าวจะต่ออายุเพียง 1 ปี หลังจากนั้นจะต่ออายุตามเกณฑ์ปกติ



#### 4.10 การบริหารจัดการและจัดเก็บข้อมูลผู้เยี่ยมสำรวจ

1. สถาบันมีระบบการจัดเก็บบันทึกของผู้เยี่ยมสำรวจ โดยมีระบบในการจัดเก็บเอกสารที่เป็นความลับ เข้าถึงโดยมีรหัสและระบุสิทธิ์ของผู้รับผิดชอบ ตามนโยบาย ระเบียบปฏิบัติของสถาบัน
2. ข้อมูลที่จัดเก็บ เช่น ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด ตำแหน่ง ประวัติจำนวนการเยี่ยมสำรวจ ประวัติการเข้าร่วมฝึกอบรม ใน certificate ผลการประเมินแต่ละปี เรื่องร้องเรียนและอุทธรณ์ ให้เป็นปัจจุบัน ตามวิธีปฏิบัติเรื่องการบริหารจัดการและจัดเก็บข้อมูลผู้เยี่ยมสำรวจ
3. มีผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบันชัดเจน

รายการบันทึกคุณภาพ	ผู้รับผิดชอบ	สถานที่จัดเก็บ	ระยะเวลาจัดเก็บ
บันทึกข้อตกลง (MOU)	ผู้ประสานงานโครงการ	เก็บในรูปแบบ pdf file	ตามวาระ (2-4 ปี)
บันทึกส่วนตัว (Personal record)	ผู้เยี่ยมสำรวจ	เก็บในรูปแบบ pdf file	หลังหยุดทำหน้าที่ 2 ปี
ผลการประเมินตนเอง		เก็บในรูปแบบ pdf file	หลังหยุดทำหน้าที่ 2 ปี







กระบวนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ  
และการเข้าสู่การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ

[

]

รณรงค์คุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรวิชาชีพ)



## 5.0 กระบวนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจและการเข้าสู่การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ

เพื่อให้สามารถสรรหาและคัดเลือกผู้มีความรู้และทักษะเป็นผู้เยี่ยมสำรวจเข้าสู่กระบวนการพัฒนาเพื่อเป็นผู้เยี่ยมสำรวจที่สามารถทำหน้าที่ในฐานะผู้แทนสถาบันเข้าเยี่ยมสถานพยาบาลในลักษณะกัลยาณมิตร ตามปรัชญา “การเยี่ยมสำรวจเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน” การเข้าสู่การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบันประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

เพื่อให้สามารถสรรหาและคัดเลือกผู้มีความรู้และทักษะเป็นผู้เยี่ยมสำรวจเข้าสู่กระบวนการพัฒนาเพื่อเป็นผู้เยี่ยมสำรวจที่สามารถทำหน้าที่ในฐานะผู้แทนสถาบันเข้าเยี่ยมสถานพยาบาลในลักษณะกัลยาณมิตร ตามปรัชญา “การเยี่ยมสำรวจเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน” การเข้าสู่การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบันประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

**กระบวนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ** แบ่งเป็น 2 โปรแกรม

- 1) โปรแกรมพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ (Initial or New Surveyor Training Programme) ประกอบด้วย
- 2) โปรแกรมพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์/มีศักยภาพ (Existing Surveyor Training Programme) เป็นกระบวนการพัฒนาและเพิ่มสมรรถนะผู้เยี่ยมสำรวจ ให้สอดคล้องกับ competency level และเพื่อยกระดับผู้เยี่ยมสำรวจให้เป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ หรือครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจต่อไป

## 5.1 โปรแกรมพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจใหม่

เป็นโปรแกรมเพื่อสรรหา คัดเลือก และพัฒนาบุคคลที่สนใจเป็นผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบัน โดยมีขั้นตอนต่างๆในระยะเวลา 2 ปี

การสรรหาและคัดเลือกผู้สมัครเข้าโปรแกรมพัฒนาผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ คัดเลือกจาก 2 ส่วน คือ

1. Standard Course Work (External Surveyor Preparation camp: HA 451 หรือ Potential Trainees Selection Programme) ขั้นตอนเรียนรู้มาตรฐานจากการเข้าฝึกในหลักสูตรหรือจากการปฏิบัติจริงโดยเป็นขั้นตอนการสรรหา คัดเลือกผู้สนใจเป็นผู้เยี่ยมสำรวจผ่านการเรียนรู้มาตรฐาน เชื่อมโยงมาตรฐานกับบริบทโรงพยาบาล และฝึกทักษะเบื้องต้นของการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ ร่วมกับครูฝึกเยี่ยมสำรวจ เพื่อประเมินทัศนคติ พฤติกรรม และ สมรรถนะที่สำคัญต่อการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ ซึ่งผู้ที่เข้าร่วมขั้นตอนนี้ได้ต้องมีความรู้ความเข้าใจมาตรฐานโดยผ่านเกณฑ์ประเมินหรือผ่านหลักสูตรอบรมมาตรฐานของ สรพ. ผู้เรียนต้องมาเข้าแคมป์ร่วมกันในเวลา 5 วัน 4 คืน โดยมีการประเมินเพื่อคัดเลือกแบบ 360 องศา จากตัวเอง เพื่อน และครู รวมถึงเวลาเข้าร่วมกิจกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนต่อไปหรือกรณีเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจมาตรฐานจากประสบการณ์การทำงานทั้งฐานะผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติซึ่งได้รับการเสนอชื่อจากหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ ครูฝึกเยี่ยมสำรวจ คณะอนุกรรมการที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ คณะกรรมการสถาบัน หรือผู้บริหารของสถาบันโดยได้รับการประเมินโดยวิธีการของสถาบันและผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ สามารถเข้าร่วมขั้นตอนต่อไปได้

2. Field Work (STA Programme: See-Try-Act Programme)  
เป็นขั้นตอนการฝึกทักษะของการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจหน้างานจริง โดย 3 ขั้นตอนย่อย คือ See-Try-Act โดยขั้นตอน See ทุกคนต้องเข้าร่วม 1 ครั้ง และในขั้นตอนนี้ครูฝึกเยี่ยมสำรวจจะประเมินเพื่อคัดเลือก เข้าร่วมขั้นตอนต่อไป หลังจากนั้น จะผ่านขั้นตอน Try และ Act อย่างละไม่เกิน 2 ครั้ง ภายในระยะเวลา 1 ปี หากครูฝึกเยี่ยมสำรวจอย่างน้อย 2 ท่าน ประเมินผ่านตามเกณฑ์ และ competency จะได้รับการเสนอชื่อให้คณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมเป็นผู้พิจารณา
3. Hospital Survey with Trainer ขั้นตอนนี้หากผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้รับคัดเลือกจากคณะกรรมการคัดเลือกผู้เยี่ยมสำรวจให้ขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ ผู้เยี่ยมสำรวจใหม่จะต้องเยี่ยมคู่กับครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจทุกครั้ง และต้องเยี่ยมไม่น้อยกว่า 10 วัน ต่อปี เพื่อฝึกทักษะและทำชิ้นงานตาม competency level
4. Workshop for Share and Learn Experience with Trainers and Experience Surveyors ผู้เยี่ยมสำรวจใหม่จะต้องเข้ามาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเยี่ยมและเพิ่มพูนทักษะและความรู้ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนผลการดำเนินร่วมกันเป็นกลไกในการสร้างมาตรฐานผู้เยี่ยมสำรวจให้สามารถสร้างคุณค่าให้กับสถานพยาบาลในเป้าหมายที่ใกล้เคียงกันโดยเรียนรู้วิธีการที่หลากหลายจากต่างประสบการณ์
5. Learning Hospital Accreditation Standards and practice coaching skill in the HAI Standards Training Programme เพื่อให้ผู้เยี่ยมสำรวจใหม่มีความเข้าใจมาตรฐานอย่างลึกซึ้ง รวมถึงฝึกทักษะการเป็นโค้ชจากการผู้ช่วยวิทยากรกลุ่มในการโค้ชผู้เข้าร่วมประชุม

## 5.2 โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะและยกระดับผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์/ มีศักยภาพ

เป็นโปรแกรมเพื่อเพิ่มทักษะ ประสบการณ์ ในการเยี่ยมสำรวจให้  
ผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์/มีศักยภาพอย่างต่อเนื่องและเพื่อยกระดับ  
ผู้เยี่ยมสำรวจให้สามารถเยี่ยมโปรแกรมที่หลากหลาย การขึ้นเป็นหัวหน้า  
ทีมผู้เยี่ยมสำรวจและครูฝึกเยี่ยมสำรวจโดยมีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

5.2.1 Learning by doing in field work with team เป็น  
งานการเยี่ยมสำรวจที่ผู้เยี่ยมสำรวจทุกคนต้องมีวันเยี่ยม ไม่น้อยกว่า 10 วันต่อปี เพื่อเพิ่มประสบการณ์และเพิ่มพูน  
ทักษะในการเยี่ยมสำรวจที่หลากหลาย

5.2.2 Workshop share and learn experience of all  
surveyors ปีละครั้งเป็นการประชุมผู้เยี่ยมสำรวจประจำปี  
เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานร่วมกัน ทบทวน  
ความรู้ใหม่ และเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบข้อบังคับ  
ต่างๆ สรุปผลงานและแผนงานของแต่ละปีรวมถึงเป็นการ  
สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้เยี่ยมสำรวจรุ่นต่างๆ

5.2.3 Surveyor Training Camp เพื่อยกระดับให้สมรรถนะของ  
ผู้เยี่ยมสำรวจอยู่ในมาตรฐานเดียวกัน เป็นโปรแกรมเพื่อ  
พัฒนาความรู้ ฝึกทักษะด้านต่างๆ และงานที่เกี่ยวข้องกับการ  
เยี่ยมสำรวจให้สอดคล้องกับ competency level ในลักษณะ  
การเรียนรู้แบบผู้ใหญ่

5.2.4 Special course for individual group เป็นการประชุม  
เชิงปฏิบัติการเฉพาะกลุ่ม เพื่อพัฒนาหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ  
และผู้เยี่ยมที่เยี่ยมได้หลากหลาย เช่น การเยี่ยมสำรวจระบบ  
สุขภาพระดับอำเภอ การเยี่ยมสำรวจระบบเครือข่ายบริการ  
สุขภาพ เป็นต้น

5.2.5 Learning by your self with HAI Programmes support  
เป็นการเรียนรู้ด้วยตัวเองด้วย เอกสาร สื่อต่างๆ และการ  
ประชุมหลักสูตรต่างๆ ที่ผู้เยี่ยมสำรวจสนใจโดยสอดคล้อง  
กับความต้องการสมรรถนะ (competency needs)

**หมายเหตุ:** โปรแกรมเฉพาะกลุ่มพิเศษ (Intensive course)  
เป็นการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการ  
รับรองคุณภาพสถานพยาบาล เนื่องจากมีบทบาทหน้าที่ในการเยี่ยมสถาน  
พยาบาลเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติม

### 5.3 เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้มีความรู้เข้าโปรแกรมพัฒนาผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ

เพื่อประสิทธิภาพของการฝึกอบรมการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ ผู้ที่จะ  
สมัครเข้าอบรม ควรมีคุณสมบัติเบื้องต้นดังนี้

- 1) คุณสมบัติตามเกณฑ์ของการฝึกอบรมหลักสูตรผู้เยี่ยมสำรวจ  
ภายนอก (External Surveyor Preparation Programme:  
HA 451)
- 2) ผ่านการประเมินคุณสมบัติและสมรรถนะที่คัดเลือก เพื่อการเป็น  
ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ
- 3) พร้อมทำงานและเต็มใจทุ่มเทเวลาในการทำงานเป็นผู้เยี่ยม  
สำรวจของสถาบัน
- 4) ยอมรับ “บันทึกข้อตกลงเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ” กับสถาบันฯ

#### **คุณสมบัติและสมรรถนะที่คัดเลือกเพื่อมาเป็นผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ**

สรพ. กำหนดสมรรถนะ ที่เลือกไว้สำหรับการเลือกผู้เข้าฝึกเยี่ยม  
สำรวจตามที่แสดงในตารางที่ 5.1 ดังนี้



## ตารางที่ 5.1 แบบฟอร์มการประเมินคุณสมบัติและสมรรถนะคัดเลือก

	คุณสมบัติ และ สมรรถนะ	คะแนน		
		1	2	3
1	ปริญญาตรีเกี่ยวกับสาธารณสุข หรือการแพทย์			
2	มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 10 ปีในด้านการดูแลสุขภาพ สาธารณสุข หรือประสบการณ์ด้านการจัดการคุณภาพอย่างน้อย 5 ปี			
3	มีความรู้ระบบการดูแลสุขภาพ			
4	มีความรู้ทางวิชาชีพ			
5	มีความรู้และความเข้าใจในแนวคิดคุณภาพและเครื่องมือคุณภาพ			
6	มีความรู้และความเข้าใจในมาตรฐาน HA			
7	มีทักษะการสื่อสารที่ดี			
8	มีทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดี			

คะแนน: 1. Not met the requirements; 2. Partially meets the requirements;  
3. Meets the requirements

### 5.4 การฝึกอบรมและพัฒนาผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ

ผู้ผ่านการสรรหาและได้รับการคัดเลือกในข้อ 5.3 จะได้รับเชิญให้เข้าโปรแกรมการพัฒนาเป็นผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ (Surveyor in Training Programme) ตามขั้นตอนต่อไปนี้

- การปฐมนิเทศ (Orientation Programme)** เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับทิศทาง ปรัชญาของการรับรองกระบวนการคุณภาพของสถาบัน สร้างความตระหนักในจริยธรรมของการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ เข้าใจกระบวนการฝึกเยี่ยมสำรวจ การประเมินผลการฝึกเยี่ยมและกระบวนการร้องเรียน อุทธรณ์กระบวนการฝึกเยี่ยม ทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐาน HA และพัฒนาทักษะการวิเคราะห์รายงานการประเมินตนเองในการวิเคราะห์บริบทองค์กรสุขภาพที่เชื่อมโยงกับเนื้อหามาตรฐาน



- **การฝึกเยี่ยมสำรวจ** สถาบันจัดโครงการพัฒนาทักษะให้กับผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจภายใต้ชื่อว่า “STA Programme” ซึ่งเป็นโปรแกรมการฝึกเยี่ยมสำรวจภาคสนาม (Site Visit Training) 3 ขั้นตอน ได้แก่ See (สังเกตการณ์การเยี่ยมสำรวจของครูฝึกเยี่ยมสำรวจหรือผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์/มีศักยภาพ) Try (ฝึกเยี่ยมสำรวจภายใต้การดูแลของครูฝึกเยี่ยมสำรวจหรือผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์/มีศักยภาพ) Act (การฝึกเยี่ยมสำรวจที่ทำหน้าที่เสมือนผู้เยี่ยมสำรวจทุกขั้นตอนโดยมีครูฝึกเยี่ยมสำรวจเป็นที่ปรึกษา และคอยให้ความช่วยเหลือด้านการตีความมาตรฐาน การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และหลังการฝึกเยี่ยมทุกครั้ง ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจและครูฝึกเยี่ยมสำรวจ) ประเมินผลการฝึกเยี่ยมตามแบบฟอร์มที่สถาบันกำหนดและร่วมกันทบทวนบทเรียนพร้อมวางแผนการพัฒนาตนเองต่อเนื่องขั้นตอนดังนี้

- 1) ขั้นตอนที่ 1 ขั้นสังเกตการณ์การเยี่ยมสำรวจ (See) ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจจะได้รับมอบหมายให้ติดตามสังเกตทีมเยี่ยมสำรวจเพื่อให้ได้สัมผัสกับบรรยากาศจริงของการเยี่ยมสำรวจ เรียนรู้ขั้นตอนและเทคนิคการเยี่ยมสำรวจของผู้เยี่ยมสำรวจ ขั้นตอนนี้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะเข้าใจกระบวนการเรียนรู้วิธีการใช้มาตรฐานและทักษะในการเยี่ยมสำรวจจริงที่ทำงาน โดยเรียนรู้วิธีการเยี่ยมสำรวจร่วมกับผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ 1-2 คน โดยไปพร้อมกับครูฝึกเยี่ยมสำรวจเยี่ยมสำรวจ ได้สังเกตกระบวนการสำรวจ การสนทนากับครูฝึกเยี่ยมสำรวจเยี่ยมสำรวจจะช่วยเพิ่มความเข้าใจในการใช้ทักษะการเยี่ยมสำรวจ จะมีการเยี่ยมชมสถานที่สำรวจและระบบสนับสนุนเป็นพิเศษเพื่อสาธิตวิธีการเยี่ยมสำรวจโดยใช้มาตรฐาน HA

2) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการทดลองปฏิบัติ (Try) เป็นการจัดให้ ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ทดลองฝึกวางแผนและปฏิบัติเยี่ยมสำรวจ ภายใต้การดูแลของผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์อย่างใกล้ชิด โดยผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจจะได้รับมอบหมายให้วิเคราะห์เอกสาร รายงานการประเมินตนเองในการดูแลผู้ป่วยและระบบงาน สำคัญอย่างละ 1 ระบบ เป็นอย่างน้อย วางแผนการเยี่ยมสำรวจ เตรียมการเยี่ยมร่วมกับทีม เยี่ยมสำรวจตามแผน สรุปผลการเยี่ยมสำรวจและเขียนรายงานในหมวดที่ได้รับมอบหมาย

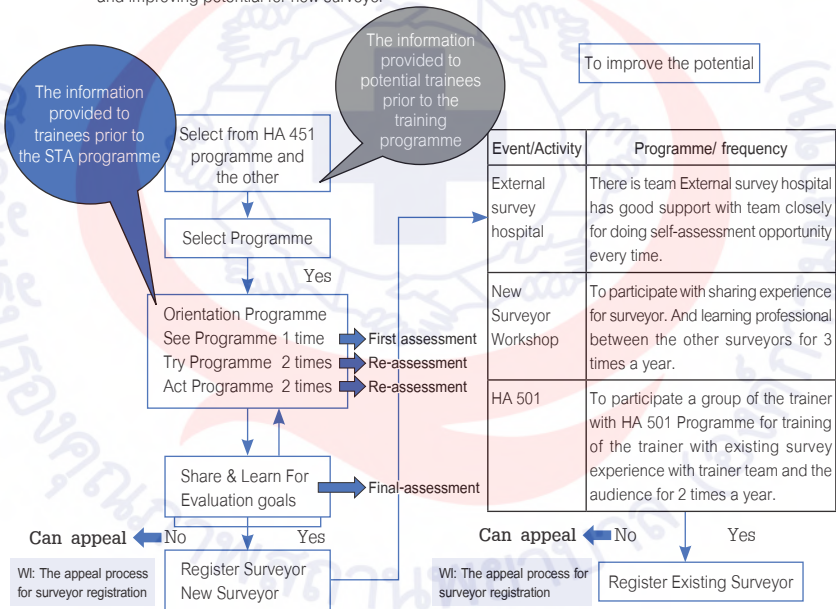
3) ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการปฏิบัติหน้าที่เยี่ยมสำรวจจริง (Act) เมื่อครูฝึกเยี่ยมสำรวจมั่นใจว่าผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจสามารถปฏิบัติ ได้ทุกขั้นตอน จะมอบหมายให้ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจปฏิบัติหน้าที่ ในฐานะผู้เยี่ยมสำรวจเสมือนผู้เยี่ยมสำรวจคนหนึ่งในทีม โดยมีผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือ ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจจะได้รับมอบหมายให้ฝึกเยี่ยมสำรวจภายใต้ การดูแลของครูฝึกเยี่ยมสำรวจ โดยครูฝึกเยี่ยมสำรวจจะ ติดตามผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจที่จะมารวมกันและพูดคุยกับผู้ฝึก เยี่ยมสำรวจ ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจจะสังเกตการณ์ของทีมและ มีโอกาสถามคำถาม จะได้วิเคราะห์บริบทของโรงพยาบาล และจัดทำแผนเยี่ยมสำรวจ และลงหน้างานเยี่ยมด้วยตนเอง ตามระบบงานที่ได้รับมอบหมาย ต้องฝึกให้คะแนนและเขียน รายงาน

- **การทดแทนการฝึกเยี่ยมสำรวจภาคสนาม** กรณีผู้มีความรู้ เป็นผู้บริหารระดับสูงของสถานพยาบาล สถาบันอาจใช้การทำ หน้าที่สักขีพยานกิตติมศักดิ์ทดแทนการฝึกเยี่ยมภาคสนามตาม STA Programme หรือในกรณีบุคลากรของสถานพยาบาลที่มี ความรู้ความสามารถในระบบพัฒนาคุณภาพ ที่ถูกคัดเลือกโดย

ไม่ผ่านโปรแกรม HA 451 จะต้องผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ระยะเวลาสั้น 2 วัน (Short Course: mini HA 451) และได้รับการประเมินโดยครูฝึกเยี่ยมสำรวจ เพื่อคัดเลือกเข้าสู่กระบวนการ ปรุมนิเทศ และการฝึกเป็นผู้เยี่ยมสำรวจใน STA Programme

**Process of recruitment for surveyor and improving potential for new surveyor**

- Process of recruitment for surveyor and improving potential for new surveyor



**การประเมินเพื่อการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ**

**ขั้นตอนที่ 1 See Programme**

**วัตถุประสงค์การฝึกเยี่ยมขั้นที่ 1:**

1. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้สัมผัสกับบรรยากาศจริงของการเยี่ยมสำรวจ
2. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้เรียนรู้ ขั้นตอน และเทคนิคการเยี่ยมสำรวจ ของผู้เยี่ยมสำรวจ

3. เปิดโอกาสให้ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชักถาม และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับผู้เยี่ยมสำรวจ

## ขั้นตอนที่ 2 Try Programme

### วัตถุประสงค์การฝึกเยี่ยมขั้นที่ 2:

1. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ฝึกการวิเคราะห์แบบประเมินตนเองของโรงพยาบาล
2. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ทดลองวางแผนการเยี่ยมสำรวจ เตรียมการเยี่ยมสำรวจร่วมกับทีม
3. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ทดลองปฏิบัติเยี่ยมสำรวจ ภายใต้การดูแลของผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์
4. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ทดลองสรุปผลการเยี่ยมสำรวจร่วมกับทีม
5. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ทดลองฝึกเขียนรายงานที่ได้รับมอบหมาย

## ขั้นตอนที่ 3 Act Programme

### วัตถุประสงค์การฝึกเยี่ยมขั้นที่ 3:

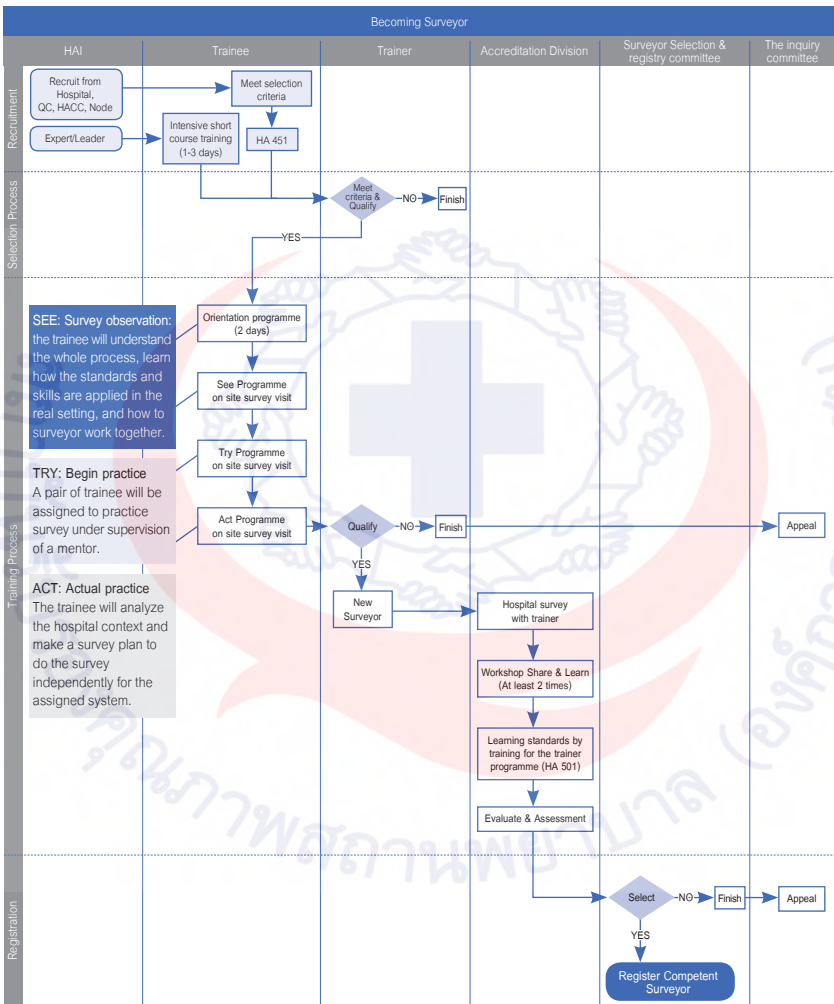
1. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ฝึกการวิเคราะห์แบบประเมินตนเองของโรงพยาบาล/ระบบที่รับผิดชอบ
2. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ทดลองวางแผนการเยี่ยมสำรวจ เตรียมการเยี่ยมสำรวจ/ระบบที่รับผิดชอบร่วมกับทีม
3. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ทดลองปฏิบัติเยี่ยมสำรวจ/ระบบที่รับผิดชอบ ภายใต้การดูแลของผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์
4. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ทดลองสรุปผลการเยี่ยมสำรวจ/ระบบที่ได้รับมอบหมายร่วมกับทีม
5. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ทดลองฝึกเขียนรายงานที่ได้รับมอบหมาย

## แบบฟอร์มแบบประเมินสมรรถนะของผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ

การประเมินสมรรถนะ	See ครั้งที่ 1	Try 1 ครั้งที่ 2	Try 2 ครั้งที่ 3	Act 1 ครั้งที่ 4	Act 2 ครั้งที่ 5
ความรู้มาตรฐาน HA (HA Standard)					
การปรับตัว (Adaptability)					
การรวบรวมข้อมูล และคิดวิเคราะห์ (Data Collection & Analytical Thinking)					
กัลยาณมิตร (Appreciation Inquiry)					
การสื่อสาร (Communication)					
การวิเคราะห์แบบประเมินตนเอง; ระบุประเด็นสำคัญจากแบบประเมินตนเอง					
การวางแผน (Planning): นำประเด็นสำคัญจากการ วิเคราะห์เอกสารมาวางแผน					
การทำงานเป็นทีม (Teamwork)					
การเขียนรายงาน (Report writing): ความสอดคล้อง/ความเข้าใจมาตรฐาน					
<b>รวมคะแนน (แต่ละครั้ง)</b>	0	0	0	0	0
<b>รวมคะแนน (สะสม)</b>	0	0	0	0	0
<b>ความเห็นครูฝึกเยี่ยมสำรวจและแผนพัฒนาต่อเนื่อง</b>					
ครั้งที่ 1					
ครั้งที่ 2					
ครั้งที่ 3					
ครั้งที่ 4					
ครั้งที่ 5					

ความหมายระดับคะแนน 1 = need mentor, 2 = need improvement, 3 = acceptable

# แผนภูมิที่ 5.1 ขั้นตอนการเข้าสู่อการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ



## 5.5 หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ

การคัดเลือกผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อนำเสนอขึ้นทะเบียนดำเนินการ โดยคณะกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจที่แต่งตั้งโดย ผู้อำนวยการ พิจารณาจาก

- ◆ คุณสมบัติทั่วไปของการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจตามที่สถาบันกำหนด
- ◆ ผ่านการอบรมฝึกเยี่ยมสำรวจครบ See-Try-Act
- ◆ การเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจตาม STA Programme ได้ครบถ้วน (จำนวนครั้งขึ้นกับผลการประเมินของครูฝึกเยี่ยมสำรวจและผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด
- ◆ ผลการประเมินของครูฝึกเยี่ยมสำรวจและผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์ ที่แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าของความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การมองภาพใหญ่ และความเข้าใจในเกณฑ์มาตรฐาน HA

## 5.6 การประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาต่อเนื่อง

สถาบันกำหนดให้มีระบบการประเมินผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อนำผลการประเมินมาพัฒนาทักษะและความชำนาญของการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจโดย

- ◆ การประเมินตนเองและจากเพื่อนร่วมทีม จากเพื่อนร่วมทีมเยี่ยมสำรวจ ทุกครั้งที่สิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจแต่ละครั้ง (ภาคผนวก ก. ข้อ 4)
- ◆ การประเมินจากสถานพยาบาลทุกครั้งที่มีการเยี่ยมสำรวจ (ภาคผนวก ก. ข้อ 5 ส่วนที่ 3)
- ◆ การประเมินตนเองของผู้เยี่ยมสำรวจตามแบบฟอร์มประเมินสมรรถนะปีละ 1 ครั้ง (ภาคผนวก ข.)



## 5.7 การขึ้นทะเบียนและต่ออายุผู้เยี่ยมสำรวจ

การทำหน้าที่เป็นผู้เยี่ยมสำรวจให้กับสถาบัน อย่างน้อยปีละ 10 วัน  
เยี่ยมสำรวจ (manday) ดังนี้

การขึ้นทะเบียนและต่ออายุผู้เยี่ยมสำรวจ	ระยะเวลา	ต่อปี	สะสม
การขึ้นทะเบียน Existing Surveyor	1 ปี	10 manday/ปี	10 manday
การต่ออายุครั้งที่หนึ่ง	3 ปี	10 manday/ปี	รวมสะสม 30 manday
การต่ออายุครั้งที่สอง	5 ปี	10 manday/ปี	รวมสะสม 50 manday

ร่วมกับเกณฑ์ต่อไปนี้

- ร่วมประชุมวิชาการเพื่อเพิ่มศักยภาพในการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ  
ทุกปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือตามที่สถาบันกำหนด
- ไม่มีความประพฤติบกพร่อง หรือมีเหตุร้องเรียนใดๆ
- ผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์ดี

### หมายเหตุ

- กรณีผู้เยี่ยมสำรวจทำหน้าที่เป็นผู้เยี่ยมสำรวจให้กับสถาบันน้อยกว่า 10 manday/ปี ไม่ครบตามเกณฑ์การต่ออายุ ให้พิจารณาผู้ที่มี manday อย่างน้อย 6 manday/ปี ร่วมกับ 1) การใช้ผลการประเมินทุกประเภทที่มี 2) การทำงานหรือความร่วมมือกับสถาบัน เช่น การเป็นวิทยากรฝึกอบรมให้กับสถาบัน การร่วมทำงานนำร่องกับสถาบัน การวิเคราะห์เอกสารการประเมินตนเองของรพ. (SAR) หรือ แผนการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลหลังรับรอง เป็นต้น 3) เหตุเฉพาะตามดุลพินิจของกรรมการคัดเลือกและขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจ และ ผู้อำนวยการสถาบัน



### กรณีขอลาออกจากการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ

- กรณีขอลาออกจากการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ ให้ผู้เยี่ยมสำรวจส่งเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรหรืออีเมลแจ้งความประสงค์ขอลาออก หรือไม่ขอต่ออายุถึงผู้อำนวยการสถาบัน

## 5.8 การต่ออายุผู้เชี่ยวชาญในระบบการเยี่ยมสำรวจ

ผู้เยี่ยมสำรวจที่เป็นผู้บริหารระดับสูงหรือผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์/มีศักยภาพที่มีข้อจำกัดในภาระงาน มี manday ไม่ครบตามกำหนดของการต่ออายุเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ แต่มีศักยภาพและมีคุณค่า สถาบันจะเสนอให้แต่งตั้งเป็น “ผู้เชี่ยวชาญในระบบการเยี่ยมสำรวจ” โดยกำหนดคุณลักษณะ ดังนี้

- เป็นผู้บริหารหรือผู้เชี่ยวชาญที่มีความชำนาญเฉพาะเรื่อง และมีความรู้ความเข้าใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างดี
- เคยขึ้นทะเบียนเป็นผู้เยี่ยมสำรวจมาก่อน
- ยังคงเยี่ยมสำรวจ อย่างน้อยปีละ 2 manday

โดยกำหนดบทบาท หน้าที่ ดังนี้

- ให้คำแนะนำแก่สถานพยาบาลในรูปแบบต่างๆ เช่น ทางโทรศัพท์ การประชุมทางไกล การอ่านเอกสารรายงานความก้าวหน้า แผนการดำเนินงานหลังรับรอง พิจารณาแผน action plan ต่างๆ จากการอ่านเอกสาร
- เยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลเพื่อติดตาม ให้คำแนะนำ หรือรับรองทุกประเภทตามความชำนาญ

## 5.9 การอุทธรณ์ผลการพิจารณาแต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ

ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจที่ไม่ผ่านการพิจารณาแต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจและต้องการอุทธรณ์ หรือผู้เยี่ยมสำรวจที่ไม่ได้รับการต่ออายุตามเกณฑ์ ไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาแต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ สามารถยื่นหนังสือต่อสถาบันด้วยตนเอง หรือส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนต่อสถาบันภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับทราบผลการพิจารณา โดยต้องจัดเตรียมเอกสาร หลักฐานที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาไต่สวนการอุทธรณ์

### การพิจารณาเรื่องอุทธรณ์และแจ้งผลการพิจารณา

1. ผู้อำนวยการสถาบันแต่งตั้งคณะกรรมการไต่สวน จำนวนไม่เกิน 3 คน ประกอบด้วย รองผู้อำนวยการสถาบัน ทำหน้าที่เป็นประธาน ตัวแทนครูฝึกเยี่ยมสำรวจหรือหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ เป็นกรรมการ และหัวหน้าสำนักประเมินและรับรองทำหน้าที่เป็นเลขานุการ (คณะกรรมการไต่สวน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการสถาบันเพื่อทำหน้าที่แสวงหาข้อเท็จจริงและข้อเสนอแนะ เหตุผลเพื่อประกอบการพิจารณาวินิจฉัย)
2. หัวหน้าสำนักประเมินและรับรองนำเรื่องที่มีการอุทธรณ์พร้อมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดส่งให้คณะกรรมการไต่สวน ภายใน 15 วัน (สิบห้าวัน) นับแต่วันที่ได้รับเรื่องการอุทธรณ์
3. คณะกรรมการไต่สวนดำเนินการแสวงหาข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน (สามสิบวัน) นับแต่วันที่ได้รับเรื่องจากสถาบัน และเสนอเรื่องให้ผู้อำนวยความสะดวกพิจารณา โดยมีรายละเอียดประกอบด้วย ข้อเท็จจริงจากการไต่สวน ข้อเสนอแนะและเหตุผลประกอบการพิจารณาวินิจฉัย และในกรณีที่คณะกรรมการไต่สวนดำเนินการไม่เสร็จ 30 วัน (สามสิบวัน) ให้รายงานพร้อมชี้แจงเหตุผลต่อคณะกรรมการ และให้ขยายเวลาต่อไปอีกไม่เกิน 30 วัน (สามสิบวัน)

4. ผู้อำนวยการสถาบันตัดลีนคำอุทธรณ์ และการตัดลีนของผู้อำนวยการสถาบันให้ถือเป็นที่สุด
5. สถาบันแจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการให้ผู้อุทธรณ์รับทราบเป็นหนังสือ ภายใน 15 วัน (สิบห้าวัน) นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติ

#### 5.10 การพิจารณาเรื่องร้องเรียนและตอบกลับ

สถาบันมีแนวทางการรับเรื่องร้องเรียนตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งเป็น 2 กรณี คือ 1) เรื่องร้องเรียนสถาบัน รวมถึงประเด็นเกี่ยวกับผู้เยี่ยมชมสำรวจ 2) เรื่องร้องเรียนสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองเกี่ยวกับสถาบัน ซึ่งกรณีที่มีการร้องเรียนผู้เยี่ยมชมสำรวจ จะใช้แนวทางเดียวกับการร้องเรียนสถาบัน ดูขั้นตอนที่ ภาคผนวก ค.





ลำดับการพัฒนาต่อยอด  
ของพุ้ยี่ยมสำรวจ

[

]

รณรงค์คุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)



## 6.0 ลำดับการพัฒนาต่อยอดของผู้เยี่ยมสำรวจ

### 6.1 หัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

#### ก. คุณสมบัติของหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

- 1) ประสบการณ์ 3 ปี ไม่นับรวมปีแรก
- 2) ประสบการณ์จำนวนวันเยี่ยมสำรวจ MD ปรับเป็น 40 MD ขึ้นไป รวมภาระงานที่เป็นวิทยากรหลัก
- 3) เกณฑ์ประเมินตาม Competency level of Surveyors ระดับ 3 ขึ้นไป
- 4) ได้รับการคัดเลือกเป็น Potential Leader Surveyor ตามเกณฑ์เพิ่มเติมรายละเอียด คือ
  - 4.1 ร่วมกับการให้ข้อคิดเห็นที่ได้จากการสังเกต – การประเมินพฤติกรรมร่วมกันของผู้เยี่ยมสำรวจอาวุโสและอนุกรรมการคัดเลือกผู้เยี่ยมสำรวจ
  - 4.2 คุณสมบัติที่จำเป็นของหัวหน้าทีมเพิ่มเติมคือ ความสามารถในการจัดการความขัดแย้ง (Conflict Management) และมีภาวะผู้นำ (Leadership)
- 5) เป็นไปตามความสมัครใจของผู้เยี่ยมสำรวจ และเข้าสู่กระบวนการฝึกตามโปรแกรมการฝึกทักษะ และพัฒนาหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

## ข. หน้าที่รับผิดชอบของหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

- การเตรียมตัวก่อนการเยี่ยมสำรวจ: เป็นผู้นำในการประชุมเตรียมทีมเยี่ยมสำรวจเพื่อวางแผนการเยี่ยม (สามารถโค้ชให้สมาชิกทีมมองเชิงระบบ และสรุปประเด็นสำคัญเพื่อวางแผนการเยี่ยมอย่างครอบคลุม)
- เป็นผู้นำสร้างการเรียนรู้ให้กับทีมผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อให้กระบวนการเยี่ยมสำรวจเป็นไปอย่างราบรื่น
  - ประมวลผลการเยี่ยมเพื่อปรับแผนการเยี่ยมที่เหมาะสม
  - นำทีมในการอภิปรายแลกเปลี่ยน ประมวลข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมของแต่ละทีมเพื่อให้เห็นภาพรวมของโรงพยาบาล มาใช้สรุปผลการเยี่ยมและการตัดสินใจ
  - สร้างการเรียนรู้ในประเด็นที่ได้จากการเยี่ยมที่มีความสอดคล้องกับมาตรฐานและบริบทของโรงพยาบาล
  - สรุปประเด็นในการจัดทำ exit report / ลำดับความสำคัญ ทั้งข้อชื่นชมและข้อเสนอแนะเพื่อจัดทำ exit report
  - วางแผนสร้างการเรียนรู้ใน education session ร่วมกับโรงพยาบาล
  - นำทีมในการทำ scoring (ต้องระบุ evidence ที่ชัดเจนในประเด็นสำคัญและทำความเข้าใจกับทีมให้ตรงกัน)
- เป็นผู้แทนทีมเยี่ยมสำรวจในการสรุปประเด็นเยี่ยมให้กับโรงพยาบาล และรวบรวมรายงาน
  - รวบรวมและสังเคราะห์รายงานจากทีมผู้เยี่ยมสำรวจสรุปเป็น full report และสรุปประเด็นในการจัดทำ executive summary
  - ติดตามความก้าวหน้าของโรงพยาบาล ในกรณีนี้ให้โรงพยาบาล นำเสนอข้อมูลเพิ่มเติมหลังการเยี่ยม (focus)
- ให้ความร่วมมือกับสถาบันในการเป็นผู้ดูแลผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ที่ร่วมทีมเยี่ยม



### ค. สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจที่ต้องมีเพิ่มจากสมรรถนะของผู้เยี่ยมสำรวจทั่วไป มีรายละเอียดดังนี้

สมรรถนะที่จำเป็น	คำอธิบาย
การจัดการความขัดแย้ง (Conflict Management)	สามารถประเมินและคาดการณ์ปัญหาความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้น สามารถป้องกันปัญหา ใช้วิธีการอย่างสร้างสรรค์ในการแก้ไขสถานการณ์ สามารถสื่อสารประเด็นที่อ่อนไหวกับผู้บริหารสถานพยาบาลเพื่อยอมรับและยินดีปรับปรุงแก้ไข
ภาวะผู้นำ (Leadership)	มีภาวะผู้นำแบบรวมกลุ่ม ทำให้การเยี่ยมสำรวจดำเนินไปอย่างราบรื่น เหมาะสมกับสถานการณ์ ตอบสนองต่อนโยบายของ สรพ.

### ง. การเข้าสู่การเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

#### 1. การสรรหาและคัดเลือกผู้มีความรู้เข้าโปรแกรมพัฒนาหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

- คัดเลือกจากผู้เยี่ยมสำรวจที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด
- ผ่านระบบการฝึกและการประเมินผล

#### 2. การฝึกอบรมและพัฒนาหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

- 1) การปฐมนิเทศ (Orientation Program) เพื่อสร้างความเข้าใจในขั้นตอนการฝึก ความคาดหวัง และบทบาทการเป็นหัวหน้าทีม ก่อนเข้าสู่การฝึกภาคสนาม
- 2) การฝึกเยี่ยมสำรวจภาคสนาม เรียกว่า Try & Act program จำนวน 1-3 ครั้ง/1 ปี ซึ่งตลอดระยะเวลาในการฝึก ทางสถาบันจะจัดครูฝึกที่มีประสบการณ์ให้เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาและคอยให้ความช่วยเหลือในการเพิ่มทักษะสำคัญ เช่น การจัดการความขัดแย้ง ภาวะผู้นำ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้
  - 2.1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการทดลองปฏิบัติ (Try) ภายใต้การดูแลของครูฝึกที่มีประสบการณ์อย่างใกล้ชิด โดย ก)

การเตรียมทีมก่อนเยี่ยมสำรวจ จัดให้ผู้ฝึกหัวหน้าทีมเยี่ยมสำรวจ ทดลองฝึกวางแผนเตรียมการร่วมกับทีมเยี่ยมสำรวจ ในฐานะเป็นผู้นำการประชุมในการวางแผนและสรุปประเด็นสำคัญ ข) ระหว่างการเยี่ยมสำรวจ ฝึกเป็นผู้นำในการสร้างการเรียนรู้กับโรงพยาบาลด้วยการสัมภาษณ์ การลงเยี่ยมหน้างาน/ทดลองสรุปผลการเยี่ยมสำรวจ เพื่อปรับแผนการเยี่ยมที่เหมาะสมกับสถานการณ์/ร่วมวางแผนการทำ education session กับโรงพยาบาล/ฝึกสรุปประเด็นสำคัญในการทำ Debrief & Exit report ค) หลังการเยี่ยมสำรวจ เรียนรู้การรวบรวมและเขียนรายงานทั้งในบทสรุปผู้บริหารและตามหมวดที่ได้รับมอบหมาย

2.2 ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติหน้าที่เยี่ยมสำรวจจริง (Act 1-2) มอบหมายให้ทำหน้าที่ในฐานะหัวหน้าทีมเยี่ยมสำรวจจริง (ตั้งแต่การเตรียมทีม-การเยี่ยมสำรวจ-การเขียนรายงาน) โดยมีครูฝึกที่มีประสบการณ์ให้คำปรึกษา

### 3. การต่ออายุหัวหน้าทีมเยี่ยมสำรวจ

พิจารณาตามเกณฑ์ของผู้เยี่ยมสำรวจและความเห็นของคณะกรรมการคัดเลือกผู้เยี่ยมสำรวจ

## 6.2 ครูฝึกเยี่ยมสำรวจ

### ก. คุณสมบัติของครูฝึกเยี่ยมสำรวจ

- คุณสมบัติเช่นเดียวกับหัวหน้าทีมเยี่ยมสำรวจ
- มีประสบการณ์การเยี่ยมสำรวจ และ/หรือ เป็นวิทยากรสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจอย่างสม่ำเสมอ ไม่ต่ำกว่า 9 ปี
- มีคุณสมบัติในการเป็นผู้สอน สร้างการเรียนรู้ให้กับผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้อย่างดี

## ข. หน้าที่รับผิดชอบของครูฝึกเยี่ยมสำรวจ

- สรรหาผู้มีความรู้ศักยภาพที่จะเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ หรือ ผู้บริหารสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ ตามคุณสมบัติที่กำหนด
- เตรียมความพร้อมผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจตามโปรแกรมปฐมนิเทศ (orientation programme)
- ประเมินผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจโดยการสังเกตพฤติกรรมในการทำกิจกรรมในโปรแกรมปฐมนิเทศและร่วมวางแผนการจัดกิจกรรมการฝึกเยี่ยมตาม STA Programme
- โค้ชให้ผู้ฝึกเยี่ยมมองเชิงระบบ ฝึกทักษะ จับประเด็น สรุปประเด็นสำคัญเพื่อวางแผนการเยี่ยม ฝึกฝนการเยี่ยมสำรวจ และการเขียนรายงานอย่างครอบคลุม
- เป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ให้กับทีมผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เยี่ยมสำรวจ

## ค. สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ

สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจที่ต้องมี ดังนี้

สมรรถนะที่จำเป็น	คำอธิบาย
การโค้ช (Coaching)	สามารถประเมินและคาดการณ์ถึงองค์ความรู้ ทักษะ ของผู้ฝึกเยี่ยมที่ควรมี และมีทักษะโค้ช วิธีการอย่างสร้างสรรค์ เพื่อดึงศักยภาพและความสามารถของผู้ฝึกเยี่ยม โค้ชให้ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจมองเชิงระบบ ฝึกทักษะ จับประเด็น สรุปประเด็นสำคัญเพื่อวางแผนการเยี่ยม ฝึกฝนการเยี่ยมสำรวจ และการเขียนรายงานอย่างครอบคลุม
ความเป็นครู	มีภาวะความเป็นครู อดทน รักการสอน สร้างการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดเยี่ยมสำรวจดำเนินไปอย่างราบรื่น เหมาะสมกับสถานการณ์ ตอบสนองต่อนโยบายของ สรพ.



# การจัดการการเยี่ยมชมสำรวจ





## 7.0 การจัดการการเยี่ยมชมสำรวจ

### 7.1 กระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ

การเยี่ยมชมสำรวจเป็นกระบวนการที่สำคัญของกระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพราะเป็นช่วงระยะเวลาที่ สรพ. ส่งผู้แทนเข้าเยี่ยมสถานพยาบาลเพื่อรับทราบผลการพัฒนา ร่วมเรียนรู้เพื่อหาโอกาสพัฒนา และประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล การเยี่ยมชมสำรวจของ สรพ. มีดังนี้

#### *การเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรองและการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล*

เมื่อสถานพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 และมีความพร้อมที่จะขอรับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ (accreditation survey) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ตามระเบียบคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2563 ซึ่งมีผลบังคับใช้ วันที่ 1 มิถุนายน 2563 เป็นต้นไป ขอให้สถานพยาบาลได้เตรียมการและดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนในการเยี่ยมสำรวจเพื่อการประเมินรับรองกระบวนการคุณภาพ  
 ขั้นที่ 3 ครั้งแรก (accreditation survey)

ขั้นตอน	การดำเนินการของ สรพ.	การดำเนินการของสถานพยาบาล
(1) 8 เดือน ก่อนวันที่คาดว่าจะได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ		<p>ประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 โดยใช้แนวทางการกำหนดระดับคะแนนการพัฒนา (Scoring Guideline 2019) ว่าคะแนนในทุกบทของมาตรฐานตอนที่ I-IV ไม่ต่ำกว่า 2.5 และปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่คณะกรรมการกำหนดทุกข้อ ตามประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เรื่อง มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยในวันที่มีการเยี่ยมสำรวจจริง</p> <p>เริ่มเขียนแบบประเมินตนเองตามแบบรายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) ที่ สรพ. กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ศึกษามาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยและดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด</li> <li>- ตรวจสอบว่าสถานพยาบาลได้ขอรับการประเมินจากหน่วยงานตามเกณฑ์ที่ สรพ. กำหนด ดังนี้                         <ul style="list-style-type: none"> <li>* สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)</li> <li>* ระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์</li> <li>* มาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (กรณีมีหน่วยไตเทียม)</li> <li>* การรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพทันตกรรม TDCA (ถ้ามี)</li> </ul> </li> </ul> <p>หากสถานพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องขอรับการประเมิน แต่ยังไม่เคยขอรับการประเมิน หรือการรับรองที่มีอยู่เดิมหมดอายุ (ณ วันที่คาดว่าจะได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพจาก สรพ.) ขอให้ติดต่อประสานองค์การวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอรับการประเมินภายในช่วง 6 เดือนก่อนวันที่คาดว่าจะได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพจาก สรพ.</p>



ขั้นตอน	การดำเนินการของ สรพ.	การดำเนินการของสถานพยาบาล
(2) 6 เดือน ก่อนวันที่คาดว่าจะได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ยื่นหนังสือเพื่อยืนยันการเข้าสู่กระบวนการประเมินรับรอง พร้อมเอกสารที่ต้องจัดเตรียมเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจ ส่ง สรพ.</li> <li>- สถานพยาบาลที่อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องขอรับการเยี่ยมชมสำรวจจากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) การรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และมาตรฐานการรักษาโดยการปกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้มีการขอรับการเยี่ยมชมประเมินดังกล่าวแล้ว</li> </ul>
(3) 4 เดือน ก่อนวันที่คาดว่าจะได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ	สถาบันจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านช่องทางที่เหมาะสม โดยพิจารณาจากผลการวิเคราะห์เอกสารรายงานการประเมินตนเอง (โดยสถาบันจะพิจารณาและแจ้งให้สถานพยาบาลทราบเป็นรายกรณี)	
(4) 3 เดือนครึ่ง ก่อนวันที่คาดว่าจะได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ	แจ้งวันเยี่ยมชมสำรวจและรายชื่อผู้เยี่ยมชมสำรวจ ผ่านทาง e-mail	ยืนยันวันเยี่ยมชมสำรวจทาง e-mail
(5) 3 เดือน ก่อนวันที่คาดว่าจะได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ	ประสานรายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจ และยืนยันกำหนดการเยี่ยมชมสำรวจ (survey agenda)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจสอบ/ยืนยันกำหนดการเยี่ยม</li> <li>- จัดส่งเอกสารให้กับผู้เยี่ยมชมสำรวจและสถาบันตามรายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจ</li> </ul>
(6) 2 เดือน ก่อนวันที่คาดว่าจะได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ (วันเยี่ยมชมสำรวจ)	ผู้เยี่ยมชมสำรวจเข้าเยี่ยมชมสถานพยาบาล	ระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจ สถานพยาบาลจัดให้มีบุคลากรเข้าร่วมเรียนรู้กับทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ ตลอดจนทบทวนผลการเยี่ยมชมสำรวจโดยทีมงานของสถานพยาบาล

ขั้นตอน	การดำเนินการของ สรพ.	การดำเนินการของสถานพยาบาล
(7) ณ วันที่คาดว่าจะได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ	ประกาศผลการรับรองทาง website แจ้งผลการรับรองและสรุปผลการเยี่ยมสำรวจแก่สถานพยาบาลอย่างเป็นทางการ	รับทราบผลการรับรอง และปฏิบัติตามแนวทางที่ สรพ. กำหนดสำหรับสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองแล้ว

### ขั้นตอนในการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ ขั้นที่ 3 (re-accreditation survey)

เมื่อสถานพยาบาลได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพขั้นที่ 3 จาก สรพ. ในครั้งแรกหรือในครั้งต่อ ๆ มาแล้ว เพื่อให้อายุการรับรองมีความต่อเนื่องตามระเบียบคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2563 ซึ่งมีผลบังคับใช้ วันที่ 1 มิถุนายน 2563 เป็นต้นไป จึงขอให้สถานพยาบาลดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

## ขั้นตอนในการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรอง ขั้นที่ 3 (re-accreditation survey)

ขั้นตอน	การดำเนินการของ สรพ.	การดำเนินการของสถานพยาบาล
(1) ภายหลังจากได้รับแจ้งผลการรับรองและสรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพในประเด็นที่ สรพ. ให้ข้อเสนอแนะและส่งมายัง สรพ. ภายใน 3 เดือน นับตั้งแต่ได้รับทราบผลการรับรอง</li> <li>- รายงานความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งตัวชี้วัดที่สำคัญมายัง สรพ. ทุก 1 ปี นับจากวันรับรอง</li> </ul>
(2) กิจกรรมหลังการรับรอง กระบวนการคุณภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดให้มีการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังหลังการรับรอง ตามมติของคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรอง กระบวนการคุณภาพ หรือในระยะเวลาหนึ่งของอายุการรับรอง (surveillance survey)</li> <li>- จัดให้มีการเยี่ยมสำรวจเมื่อมีการปรับเปลี่ยนผู้บริหาร (verification survey)</li> <li>- จัดให้มีการเยี่ยมสำรวจเพื่อทบทวน กรณีมีเรื่องร้องเรียนหรือเกิดเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการอย่างรุนแรงและกระทบต่อความเชื่อมั่นของสังคม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้มารับบริการอย่างรุนแรง หรือเกิดเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของสังคม ให้สถานพยาบาลจัดทำรายงานเป็นหนังสือแจ้ง สรพ. ทันทีหรืออย่างช้าไม่เกิน 30 วันนับถัดจากวันที่เกิดเหตุการณ์นั้น หรือวันที่เกิดผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของสังคมต่อสถานพยาบาล</li> <li>- เมื่อสถานพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงเจ้าของหรือผู้บริหารสูงสุดขององค์กร มีการควบรวมกิจการ หรือมีการเปลี่ยนแปลงประเภทหรือศักยภาพการให้บริการที่สำคัญ ให้สถานพยาบาลจัดทำรายงานเป็นหนังสือแจ้งสรพ. ภายใน 30 วัน</li> <li>- ให้ความร่วมมือและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเข้าเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง การเยี่ยมสำรวจเมื่อมีการปรับเปลี่ยนผู้บริหาร และการเยี่ยมเมื่อมีข้อร้องเรียนสถานพยาบาล</li> </ul>
(3) 9 เดือน ก่อนวันหมดอายุการรับรอง	ทำหนังสือแจ้งเตรียมการต่ออายุการรับรอง	

ขั้นตอนในการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรอง ขั้นที่ 3 (re-accreditation survey) (ต่อ)

ขั้นตอน	การดำเนินการของ สรพ.	การดำเนินการของสถานพยาบาล
(4) 8 เดือน ก่อนวันหมดอายุการรับรอง		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 โดยใช้แนวทางการกำหนดระดับคะแนนการพัฒนา (Scoring Guideline 2019) ว่าคะแนนในทุกบทของมาตรฐานตอนที่ I-IV ไม่ต่ำกว่า 2.5 และปฏิบัติได้ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ตามประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เรื่อง มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ในวันที่มีการเยี่ยมชมสำรวจจริง</li> <li>- ปรับปรุงข้อมูลแบบประเมินตนเองตามแบบรายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) ที่ สรพ. กำหนด</li> <li>- ศึกษามาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด</li> <li>- ตรวจสอบว่าสถานพยาบาลได้ขอรับการประเมินจากหน่วยงานตามเกณฑ์ที่ สรพ. กำหนด ดังนี้             <ul style="list-style-type: none"> <li>* สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)</li> <li>* ระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์</li> <li>* มาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (กรณีมีหน่วยไตเทียม)</li> <li>* การรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพทันตกรรม TDCA (ถ้ามี)</li> </ul> </li> </ul> <p>หากสถานพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องขอรับการประเมิน แต่ยังไม่เคยได้รับการประเมิน หรือการรับรองที่มีอยู่เดิมหมดอายุก่อนวันหมดอายุของ HA เดิม ขอให้ติดต่อองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอรับการประเมินภายในช่วง 6 เดือน ก่อนวันที่คาดว่าจะได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพของ สรพ.</p>

### ขั้นตอนในการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรอง ขั้นที่ 3 (re-accreditation survey) (ต่อ)

ขั้นตอน	การดำเนินการของ สรพ.	การดำเนินการของสถานพยาบาล
(5) 6 เดือน ก่อนวันหมดอายุการรับรอง		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ยื่นหนังสือเพื่อยืนยันการเข้าสู่กระบวนการประเมินรับรอง พร้อมเอกสารที่ต้องจัดเตรียมเพื่อการเยี่ยมสำรวจส่ง สรพ. (รายละเอียดอยู่ในเอกสารแนบ 1)</li> <li>- สถานพยาบาลที่อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องขอรับการเยี่ยมสำรวจจากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) การรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ และมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้มีการขอรับการเยี่ยมประเมินดังกล่าวแล้ว</li> </ul>
(6) 3 เดือนครึ่ง ก่อนวันหมดอายุการรับรอง	แจ้งวันเยี่ยมสำรวจและรายชื่อ ผู้เยี่ยมสำรวจ ผ่านทาง e-mail	ยืนยันวันเยี่ยมสำรวจทาง e-mail
(7) 3 เดือน ก่อนวันหมดอายุการรับรอง	ประสานรายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจและยืนยันกำหนดการเยี่ยมสำรวจ (survey agenda)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจสอบ/ยืนยันกำหนดการเยี่ยม</li> <li>- จัดส่งเอกสารให้กับผู้เยี่ยมสำรวจและสถาบันตามรายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจ</li> </ul>
(8) 2 เดือน ก่อนวันหมดอายุการรับรอง (วันเยี่ยมสำรวจ)	ผู้เยี่ยมสำรวจเข้าเยี่ยมสถานพยาบาล	ระหว่างการเยี่ยมสำรวจ สถานพยาบาลจัดให้มีบุคลากรเข้าร่วมเรียนรู้กับทีมผู้เยี่ยมสำรวจ ตลอดจนทบทวนผลการเยี่ยมสำรวจโดยทีมงานของสถานพยาบาล
(9) ณ วันหมดอายุการรับรอง	ประกาศผลการต่ออายุการรับรองทาง website แจ้งผลการรับรอง และสรุปผลการเยี่ยมสำรวจแก่สถานพยาบาลอย่างเป็นทางการ	รับทราบผลการรับรอง และปฏิบัติตามแนวทางที่สรพ. กำหนด สำหรับสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองแล้ว

เกณฑ์การประเมินรับรองร่วมกับบัณฑิตวิทยาลัย ก่อนการเยี่ยมสำรวจ

องค์การวิชาชีพ	การเยี่ยมสำรวจครั้งแรก (accreditation survey)	การเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรอง (re-accreditation survey)
สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนที่ขออนุญาตเปิดบริการตั้งแต่ 90 เตียงขึ้นไป ให้ขอรับการเยี่ยมสำรวจจากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ในช่วง 6 เดือนก่อนวันที่คาดว่าจะได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ โดยให้สำเนาจดหมายขอรับการประเมินจากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ส่ง สรพ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลภาคีรัฐขนาดใหญ่ (ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน) ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป (เฉพาะขนาด S*), โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย, โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานราชการอื่นๆ และโรงพยาบาลเฉพาะทางทางจิตเวช ที่มีขนาด 300 เตียงขึ้นไป (จากข้อมูลการเปิดบริการจริง) ในข้อร้องเรียนแล้วตรวจสอบจากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ในช่วง 6 เดือน ก่อนวันหมดอายุการรับรอง HA โดยให้สำเนาจดหมายขอรับการประเมินจากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ส่ง สรพ.</li> <li>- สำหรับสถานพยาบาลอื่นนอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น สรพ. จะพิจารณาจากผล การเยี่ยมสำรวจครั้งที่ผ่านๆ มา และจะแจ้งให้สถานพยาบาลทราบเป็นรายกรณี</li> </ul> <p>หมายเหตุ * โรงพยาบาลทั่วไปขนาด S (Standard) เป็นโรงพยาบาลที่ไม่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยบางสาขา</p>

องค์การวิชาชีพ	การเยี่ยมสำรวจครั้งแรก (accreditation survey)	การเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรอง (re-accreditation survey)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- รับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์</li> <li>- LA จากสภาเทคนิคการแพทย์</li> <li>- ISO 15189 จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</li> <li>- มาตรฐานห้องปฏิบัติการ การตรวจ</li> <li>- สหกรณ์สุขภาพ จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</li> <li>- มาตรฐานของราชวิทยาลัยแพทยแห่งประเทศไทย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนที่เปิดให้บริการตั้งแต่ 30 เตียงขึ้นไป ให้ขอรับการประเมินตามมาตรฐาน LA หรือ ISO 15189 หรือมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กระทรวงสาธารณสุข ในช่วง 6 เดือน ก่อนวันที่คาดว่าจะได้รับการรับรองกรมการคุณภาพ HA (ประมาณ 4 เดือน ก่อนวันเยี่ยมสำรวจของ สรพ.)</li> <li>- โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ โรงเรียนจิตศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ที่มีการจัดตรวจพยาธิวิทยา ให้ขอรับการประเมินการตรวจพยาธิวิทยาในระหว่าง 6 เดือน ก่อนวันที่คาดว่าจะได้รับการรับรอง HA (ประมาณ 4 เดือน ก่อนวันเยี่ยมสำรวจของ สรพ.)</li> <li>- กรมที่สถานพยาบาลเคยได้รับการรับรองตามมาตรฐานดังกล่าวข้างต้นและอยู่ภายใต้การรับรองมาตรฐานดังกล่าวยังมีผลอยู่ ณ วันหมดอายุการรับรอง HA ก็ถือว่าผลการรับรองดังกล่าวใช้ได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนที่ขออนุญาตเปิดให้บริการตั้งแต่ 30 เตียงขึ้นไป ให้ขอรับการประเมินตามมาตรฐาน LA หรือ ISO 15189 หรือมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กระทรวงสาธารณสุข ในช่วง 6 เดือน ก่อนวันหมดอายุการรับรอง HA (ประมาณ 4 เดือน ก่อนวันเยี่ยมสำรวจของ สรพ.)</li> <li>- โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ที่มีการจัดบริการตรวจพยาธิวิทยา ให้ขอรับการประเมินการตรวจพยาธิวิทยาในระหว่าง 6 เดือน ก่อนวันที่คาดว่าจะได้รับการรับรอง HA (ประมาณ 4 เดือน ก่อนวันเยี่ยมสำรวจของ สรพ.)</li> <li>- กรมที่สถานพยาบาลเคยได้รับการรับรองตามมาตรฐานดังกล่าวข้างต้นและอยู่ภายใต้การรับรองมาตรฐานดังกล่าวยังมีผลอยู่ ณ วันหมดอายุการรับรอง HA ก็ถือว่าผลการรับรองดังกล่าวใช้ได้</li> </ul>



องค์การวิชาชีพ	การประเมินสำร็จครั้งแรก (accreditation survey)	การประเมินสำร็จเพื่อต่ออายุการรับรอง (re-accreditation survey)
คณะอนุกรรมการตรวจ รับรองมาตรฐานการศึกษา โดยการพอกเลือกด้วย เครื่องไตเทียม (ตรต.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานพยาบาลที่มีการให้บริการหน่วยไตเทียม ไม่ว่าจะดำเนินการเองหรือมีสัญญาจ้างงานภายนอกมาจัดบริการ ให้ขอรับการประเมินตามมาตรฐานการรักษาก่อนวันที่ยื่นสำร็จรับรอง HA (ประมาณ 4 เดือน ก่อนวันที่คาดว่าจะได้รับบริการรับรอง HA (ประมาณ 4 เดือน ก่อนวันยื่นสำร็จรับรองของ สรพ.)</li> <li>- กรณีที่สถานพยาบาลเคยได้รับการรับรองตามมาตรฐานของ ตรต. และอายุการรับรองของ มาตราฐานดังกล่าวยังมีผลอยู่ ณ วันที่คาดว่าจะได้รับบริการรับรองจะถือว่าผลการรับรองครั้งต่อไปใช้ได้</li> <li>- กรณีที่สถานพยาบาลไม่เคยได้รับการรับรองตาม มาตราฐานของ ตรต. และอายุการรับรองของ มาตราฐานดังกล่าวยังมีผลอยู่ ณ วันที่คาดว่าจะได้รับบริการรับรองจะถือว่าผลการรับรองครั้งต่อไปใช้ได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานพยาบาลที่มีการให้บริการหน่วยไตเทียม ไม่ว่าจะดำเนินการเองหรือมีสัญญาจ้างงานภายนอกมาจัดบริการ ให้ขอรับการประเมินตามมาตรฐานการรักษาก่อนวันที่ยื่นสำร็จรับรอง HA (ประมาณ 4 เดือน ก่อนวันยื่นสำร็จรับรองของ สรพ.)</li> <li>- กรณีที่สถานพยาบาลเคยได้รับการรับรองตามมาตรฐานของ ตรต. และอายุการรับรองของ มาตราฐานดังกล่าวยังมีผลอยู่ ณ วันที่หมดอายุการรับรอง HA ก็ถือว่าผลการรับรองครั้งต่อไปใช้ได้</li> </ul>
การรับรองกระบวนการ พัฒนาคุณภาพ ทันตกรรม TDCA (ถ้ามี)	<p>กรณีสถานพยาบาลที่มีคลินิกหรือการบริการทันตกรรมในสถานพยาบาลและได้รับการรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพและคุณภาพปลอดภัยทางทันตกรรม (Dental Safety Goals &amp; Guidelines) สามารถใช้ผลการรับรองดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งในการยื่นสำร็จรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพ</p>	<p>กรณีสถานพยาบาลที่มีคลินิกหรือการบริการทันตกรรมในสถานพยาบาลและได้รับการรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพและคุณภาพปลอดภัยทางทันตกรรม (Dental Safety Goals &amp; Guidelines) สามารถใช้ผลการรับรองดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งในการยื่นสำร็จรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพ</p>



เอกสารที่สถานพยาบาลจะจัดส่งให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจก่อนล่วงหน้า 1 เดือน

การเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรอง กระบวนการคุณภาพ Accreditation Survey (AS)	การเยี่ยมชมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรอง กระบวนการคุณภาพ Re-accreditation Survey (RS)
<p>เอกสารที่ต้องนำส่งในรูปแบบ paper และ Electronic file</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital Profile (ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาล)</li> <li>2. รายงานผลการประเมินตนเอง SAR 2020 (ประกาศใช้ 1 เม.ย. 63)</li> <li>3. Service profile PCT และ clinical tracer</li> <li>4. Service profile หน่วยงาน เตรียมไว้ที่โรงพยาบาลในห้องทำงานคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ</li> <li>5. ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของสถานพยาบาล ใช้เกณฑ์ของ สปสช.</li> <li>6. รายงานการขอรับรองจากสภาวิชาชีพ (ให้เป็นไปตาม SD-ACD-013-01 ขั้นตอนในการเยี่ยมชมสำรวจ และเอกสารที่ต้องจัดเตรียมเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจขั้นที่ 3) <ul style="list-style-type: none"> <li>- เกณฑ์กรรม (กรณีโรงพยาบาล 90 เดียงขึ้นไป)</li> <li>- เทคนิคการแพทย์ (กรณีโรงพยาบาล 30 เดียงขึ้นไป)</li> <li>- โดเทียม</li> <li>- ทันตกรรม (ถ้ามี)</li> </ul> </li> </ol>	<p>เอกสารที่ต้องนำส่งในรูปแบบ paper และ Electronic file</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital Profile (ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาล)</li> <li>2. รายงานผลการประเมินตนเอง SAR 2020 (ประกาศใช้ 1 เม.ย. 63)</li> <li>3. Service profile PCT และ clinical tracer</li> <li>4. Service profile หน่วยงาน เตรียมไว้ที่โรงพยาบาลในห้องทำงานคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ</li> <li>5. ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของสถานพยาบาล ใช้เกณฑ์ของ สปสช.</li> <li>6. รายงานการขอรับรองจากสภาวิชาชีพ (ให้เป็นไปตาม SD-ACD-013-01 ขั้นตอนในการเยี่ยมชมสำรวจ และเอกสารที่ต้องจัดเตรียมเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจขั้นที่ 3) <ul style="list-style-type: none"> <li>- เกณฑ์กรรม (กรณีโรงพยาบาลภาครัฐขนาดใหญ่ (ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน) สำหรับสถานพยาบาลอื่นจะแจ้งเป็นรายการอื่น)</li> <li>- เทคนิคการแพทย์ (กรณีโรงพยาบาล 30 เดียงขึ้นไป)</li> <li>- โดเทียม</li> <li>- ทันตกรรม (ถ้ามี)</li> </ul> </li> </ol>

## 7.2 การเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง

สรพ. จะทำการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องเพื่อติดตามหลังการเยี่ยมสำรวจแบบเต็มรูปแบบ เมื่อผู้เยี่ยมสำรวจเห็นว่า สถานพยาบาลที่ขอรับรองคุณภาพในชั้นที่สาม มีมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยบางข้อที่สถานพยาบาลต้องปรับปรุงเพิ่มเติมหรือยังมีคะแนนบางบทต่ำกว่า 2.5 โดยผู้เยี่ยมสำรวจประเมินแล้วว่า สามารถดำเนินการแล้วเสร็จในระยะเวลาไม่เกินสามเดือน ผู้อำนวยการสถาบันอาจกำหนดให้มีการเยี่ยมติดตามเฉพาะเรื่องตามเวลาที่ผู้เยี่ยมสำรวจกำหนด แต่ไม่เกินสามเดือนจากการเยี่ยมครั้งแรก

กรณีที่สถานพยาบาลไม่พร้อมรับการเยี่ยมติดตามเฉพาะเรื่องภายในระยะเวลาตามที่กำหนด ให้ถือว่า การเยี่ยมสำรวจในชั้นที่สามครั้งนั้นสิ้นสุดลง โดยสถาบันจะพิจารณาให้การรับรองระดับชั้นที่หนึ่งหรือชั้นที่สองตามเกณฑ์ที่ผู้อำนวยการกำหนด

จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง ให้พิจารณาตามขนาดของสถานพยาบาล และประเด็นที่ต้องติดตามตามความเหมาะสม

ทั้งนี้การตัดสินใจที่จะเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องให้เป็นไปตามระเบียบหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถาบัน โดยระบบงานที่จะเข้าเยี่ยมสำรวจซ้ำควรมีจำนวนไม่เกิน 3 ระบบงาน และมีโอกาสที่จะปรับปรุงแก้ไขได้ภายใน 3 เดือน

## 7.3 การเยี่ยมสำรวจเพื่อทวนสอบ

เป้าหมายของการเยี่ยมสำรวจเพื่อทวนสอบ (validation survey) คือ การประเมินประสิทธิผลของกระบวนการเยี่ยมสำรวจ ถือเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามในการพัฒนาคุณภาพภายในของ สรพ. โดยสถานพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมการเยี่ยมสำรวจเพื่อทวนสอบนี้จะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ

สรพ. จะจัดให้มีการเยี่ยมสำรวจเพื่อทวนสอบ ภายหลังจากการเยี่ยมสำรวจครั้งแรกหรือการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่อสถานภาพการรับรองราย 3 ปี โดยจะจัดกิจกรรมการเยี่ยมภายใน 60 วัน โดยผู้เยี่ยมสำรวจที่ได้รับมอบหมายให้ทำการเยี่ยมสำรวจเพื่อทวนสอบนี้จะไม่ได้รับสารสนเทศเกี่ยวกับผลการเยี่ยมสำรวจครั้งที่เพิ่งผ่านมา และไม่มีผลกระทบต่อ การตัดสินใจรับรอง และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

เมื่อสิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจ ผู้เยี่ยมสำรวจจะรายงานข้อสังเกตด้วยวาจาต่อผู้บริหารสถานพยาบาลและจะไม่มีการเขียนรายงานให้กับสถานพยาบาล แต่จะเขียนรายงานสรุปผลการเยี่ยมสำรวจและให้คะแนนส่งให้กับสถาบันภายใน 7 วัน ในขณะที่เดียวกันสถานพยาบาลจะถูกร้องขอไม่ให้เปิดเผยข้อมูลผลการเยี่ยมสำรวจเพื่อทวนสอบต่อบุคคลอื่น เช่นเดียวกัน สรพ.จะไม่ให้ข้อมูลใดๆ เกี่ยวกับการเยี่ยมสำรวจนี้ต่อสาธารณะเช่นกัน





การจัดทีมเยี่ยมสำรวจ



## 8.0 การจัดทีมเยี่ยมสำรวจ

สรพ. จัดทีมเยี่ยมสำรวจ โดยพิจารณาจากทักษะ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ของผู้เยี่ยมสำรวจ ให้มีความสมดุล เหมาะสมกับความต้องการและบริบทของสถานพยาบาล ซึ่งในทีมประกอบด้วยแพทย์พยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจด้านบริหาร การจัดทีมเยี่ยมสำรวจดำเนินการภายใต้หลักการต่อไปนี้

### 8.1 จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจในการจัดทีมเยี่ยมสำรวจ

- การเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพขั้นก้าวหน้า (A-HA)

กิจกรรม	จำนวนเตียง	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจ	จำนวนวันเยี่ยม
GAP [ESAHA (S)]	-	2-3 คน	1-2 วัน
GAP [ESAHA (O)]	-	3-4 คน	2 วัน
PS AHA	-	4-6 คน	2 วัน
AHA/Re-AHA	150	4 คน	3 วัน
AHA/Re-AHA	151-600	4-5 คน	3 วัน
AHA/Re-AHA	601-1,000	5-6 คน	3 วัน
AHA/Re-AHA	>1,000	6-7 คน	3 วัน

หมายเหตุ: การจัดทีมเยี่ยมสำรวจต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ ผู้เยี่ยมสำรวจ GAP และ Presurvey A-HA ใช้ผู้เยี่ยมสำรวจท่านเดิมได้โดยการเยี่ยมประเมินใช้ผู้เยี่ยมสำรวจท่านอื่นที่ไม่เคยเข้าเยี่ยม GAP และ Presurvey AHA

- การเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพ (Accreditation) / การเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ (Re-Accreditation)

จำนวนเตียง	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจ	จำนวนวันเยี่ยม
น้อยกว่า 120 เตียง	3 คน	2 วัน
121-500 เตียง	4 คน	2 วัน
500 เตียงขึ้นไป	4-5 คน	2 วัน
501-1,000 เตียง	4-5 คน	2-3 วัน
1,001 เตียงขึ้นไป	5-6 คน	2-3 วัน

หมายเหตุ: 1. จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจ อาจพิจารณาจากจำนวนเตียงที่ใช้จริง และจำนวน PCT  
 2. กรณีสถานพยาบาลขอการรับรอง HA ชั้น 3 พร้อมกับขอการรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA) ให้เพิ่มผู้เยี่ยมสำรวจ DHSA 1 ท่าน  
 3. กรณีมีข้อจำกัดในการจัดเยี่ยมต่างๆ ให้อยู่ในดุลยพินิจของสถาบัน

- การประเมินระดับขั้นการพัฒนาขั้น 1-2 / การเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม

จำนวนเตียง	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจ	จำนวนวันเยี่ยม
0-60 เตียง	1-2 คน	1 วัน
61-200 เตียง	2 คน	1 วัน
201-500 เตียง	3 คน	1 วัน
501 เตียงขึ้นไป	3-4 คน	1 วัน

- การเยี่ยมสำรวจตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข

กิจกรรม	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจ	จำนวนวันเยี่ยม
AS	3 คน	1 วัน
RS	3 คน	1 วัน
PS	2-3 คน	1 วัน
SS	2-3 คน	1 วัน



- การเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง (SS)

จำนวนเตียง	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจ	จำนวนวันเยี่ยม
0-120 เตียง	1 คน	1 วัน
121-500 เตียง	2 คน	1 วัน
501 เตียงขึ้นไป	2-3 คน	1 วัน

- การรับรองเฉพาะระบบ/โรค (DSC)

กิจกรรม	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจ	จำนวนวันเยี่ยม
AS DSC	3 คน	1 วัน
RS DSC	2 คน	1 วัน

หมายเหตุ: 1. การจัดทีมเยี่ยม ให้จัดผู้เยี่ยมสำรวจ 1-2 คน ผู้เชี่ยวชาญ 1-2 คน (รวม 3 คน) โดยผู้เชี่ยวชาญให้สถานพยาบาลเป็นผู้ส่งรายชื่ออย่างน้อย 3 ท่าน และสรรพ. เป็นผู้เลือกเข้าเยี่ยม จำนวน 1 ท่าน

2. การต่ออายุการรับรองเฉพาะโรค จัดเยี่ยม 2 คน ผู้เยี่ยมสำรวจ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญ 1 คน

- การเยี่ยมเพื่อรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA) ร่วมกับ เยี่ยมสำรวจชั้น 3

จำนวนเตียง	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจ	จำนวนวันเยี่ยม
-	เพิ่มจากรับรองชั้น 3 1 คน	2 วัน

หมายเหตุ: การจัดทีมเยี่ยมต้องใช้ผู้เยี่ยมสำรวจเฉพาะด้าน ต้องมีความรู้ระบบบริการปฐมภูมิ

- การเยี่ยมเพื่อรับรองเครือข่ายบริการสุขภาพ (HNA)

จำนวนเตียง	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจ	จำนวนวันเยี่ยม
-	3 คน	2 วัน

หมายเหตุ: การจัดทีมเยี่ยมต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะรายสาขาที่สถานพยาบาลขอรับรอง

## 8.2 เกณฑ์การเลือกทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ

### การเลือกทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ ดังนี้

1. การเลือกผู้เยี่ยมชมสำรวจเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กร ดังนั้นจึงพิจารณาจากประสบการณ์การเยี่ยมชมสำรวจ ระดับความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่เหมาะสมสอดคล้องกับแต่ละสถานพยาบาล ผลการวิเคราะห์รายงานผลการประเมินตนเองของสถานพยาบาล ซึ่งอาจใช้เพื่อให้สามารถสร้างการเรียนรู้แก่สถานพยาบาลได้
2. การจัดทีมเยี่ยมชมสำรวจจะมีการประเมินและตรวจสอบผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest) ของผู้เยี่ยมชมสำรวจกับสถานพยาบาลที่จะจัดเยี่ยมชมในประเด็น ความสัมพันธ์กับคู่แข่งขององค์กรที่ขอการรับรอง ความสัมพันธ์กับคู่สัญญาขององค์กรที่ขอการรับรอง ความสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญขององค์กรที่ขอการรับรอง เคยเป็นพนักงานขององค์กรที่ขอการรับรอง และเคยให้บริการให้คำปรึกษาแก่องค์กรที่ขอการรับรอง โดยผู้เยี่ยมชมสำรวจต้องเป็นผู้ยืนยันเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนให้สถาบันรับทราบ

### วิธีเลือกทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ

- กำหนดผู้เยี่ยมชมสำรวจเต็มเวลาเป็นลำดับแรก 1 ท่าน
- ผู้เยี่ยมชมสำรวจในทีมจะพิจารณาทีมให้มีความสมดุลและเหมาะสม โดยเฉพาะด้านประสบการณ์การเยี่ยมชมสำรวจ ระดับความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่ไม่น้อยกว่าระดับที่บริบทของสถานพยาบาลต้องการ ความสามารถในการสร้างการเรียนรู้แก่สถานพยาบาล
- กำหนดผู้เยี่ยมชมสำรวจหัวหน้าทีม 1 ท่าน ซึ่งอาจเป็นแพทย์พยาบาล หรือบริหาร (กรณีถ้า backoffice เป็นหัวหน้าทีม ขนาดสถานพยาบาลต้องไม่เกิน 90 เตียง)
- กรณีที่จัดหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจใหม่ ใน 6 เดือน ถึง 1 ปีแรก จะจัดเยี่ยมชมร่วมกับครูฝึกเยี่ยมชมสำรวจ

- กรณีที่จัดผู้เยี่ยมชมสำรวจใหม่ ใน 1 ปีแรก จะจัดเยี่ยมชมร่วมกับ ครูฝึกผู้เยี่ยมชมสำรวจ
- กำหนดผู้เยี่ยมชมสำรวจห้วงเวลาโดยดูจากผู้เยี่ยมชมสำรวจในพื้นที่ ซึ่งไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือไม่เคยให้คำปรึกษากับสถานพยาบาลนั้น (ตามประกาศสถาบันเรื่อง แนวปฏิบัติในการเยี่ยมชมสำรวจ การให้ คำแนะนำ และการให้คำปรึกษาแก่สถานพยาบาล พ.ศ. 2559)

**หมายเหตุ:** การจัดเยี่ยมชมสำรวจแต่ละครั้ง อาจมีการจัดโปรแกรม การฝึกผู้เยี่ยมชมสำรวจภาคสนามคู่ขนานกับการเยี่ยมชมสำรวจปกติ โดยมี ครูฝึกผู้เยี่ยมชมสำรวจเป็นผู้ดูแล

### 8.3 กำหนดการเยี่ยมชมสำรวจ

สรพ. ยกร่างตารางเวลาการเยี่ยมชมสำรวจ (survey timetable) ส่ง ให้สถานพยาบาลและหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจเพื่อพิจารณา เพื่อให้การจัด ทำตารางการเยี่ยมชมสำรวจเป็นไปอย่างเหมาะสม



กำหนดการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพ  
โรงพยาบาล..... จังหวัด..... (จำนวน 150 เตียง)  
ในวันที่.....

วันที่	ทีม	8.00-9.00				9.00-10.00				10.00-11.00				11.00-12.00				13.00-14.00				14.00-15.00				15.00-16.00				16.00-18.00			
		เวลา	15	30	45	60	15	30	45	60	15	30	45	60	15	30	45	60	15	30	45	60	15	30	45	60	15	30	45	60			
วันที่	1	Documentation Review	Opening Conference & Hospital Presentation	Trace Patient Care I												PTC Pediatric Interview				PTC OB-GYN Interview				MSO Interview				Surveyor Meeting					
	2			Trace Patient Care II												Trace (66)				PTC Medicine & Surgery Interview				NSO Interview									
	3			Trace Patient Care III/Trace IC												Trace (66)				PTC Surgical & Orthopedic				IC Interview									
	4			Trace ENV & Equipment / HRD												Trace (66)				ENV & Equipment				HRD Interview									
วันที่	1	day brief	Trace Drug / พันธุกรรม						PTC Interview						Strategic Plan & KPI Monitoring				Surveyor Meeting				Exit conference										
	2		Trace Patient Care / Trace RM						PCT EBMT Interview																		RM Interview						
	3		เวทปฏิบัติครอบครัว & คสส.						สัมภาษณ์หัวหน้าชุมชน						education session																		
	4		Trace IM/Lab/x-ray						IM Interview																								

**คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ**

- ทีม 1 สรพ. หัวหน้าผู้เยี่ยมชมสำรวจ
- ทีม 2 พยาบาล ผู้เยี่ยมชมสำรวจ
- ทีม 3 พยาบาล ผู้เยี่ยมชมสำรวจ
- ทีม 4 back office ผู้เยี่ยมชมสำรวจ

ผู้ประสานงาน สรพ. .... โทรศัพท์.....  
ผู้ประสานงาน สรพ. .... โทรศัพท์.....

ลชชชช ..... ผู้ตรวจสอบ

**หมายเหตุ** PCT/คณะกรรมการต่างๆ ใช้เวลา 10 นาทีเท่านั้น ในการเสนอจุดเด่นหรือสิ่งที่ภาคภูมิใจ เวลาที่เหลือจะเป็นสัมภาษณ์

Strategic Plan & KPI Monitoring เป็นการสัมภาษณ์นำร่องผู้ดำเนินการใช้วิธีเคสศึกษาแบบทศตวรรษ ร่วมกับการทบทวนการ

education session เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือมีคอนเท้นท์จำนวน 10 นาทีกับบริบทของโรงพยาบาลระหว่างเยี่ยมชมกับทีม สรพ.

Day Brief เป็นการสรุปประเด็นที่พบจากการเยี่ยมชมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้บริหารและพนักงานในหน้าที่ส่วนงานที่เข้าเยี่ยมชม

## 8.4 รายละเอียดของกำหนดการเยี่ยมสำรวจ

### 1. การประชุมทีมเยี่ยมสำรวจก่อนวันเยี่ยมสำรวจ

**เป้าหมาย:** เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม แลกเปลี่ยนข้อมูลจากการศึกษาเอกสารรายงานผลการเยี่ยมสำรวจ กำหนด critical area, priority area, approach เพื่อวางแผนเยี่ยมสำรวจ

**ผู้เข้าร่วมกิจกรรม:** ไม่มี

**ผู้เยี่ยมสำรวจ:** ผู้เยี่ยมสำรวจทุกคน

**กิจกรรมที่จะเกิดขึ้น:**

1. ผู้เยี่ยมสำรวจสรุปผลการศึกษาแบบประเมินตนเองของโรงพยาบาลเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและวางแผนการเยี่ยม เช่น ปัญหาสำคัญที่โรงพยาบาลพยายามแก้ไข ความเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาล ความท้าทายของโรงพยาบาล เป็นต้น
2. หัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจสรุปประเด็นสำคัญที่จะต้องสร้างการเรียนรู้ระหว่างการเยี่ยมสำรวจ จุดเน้นที่จะใช้ในการเยี่ยมสำรวจ

### 2. การทบทวนเอกสาร (documentation review)

**เป้าหมาย:** เพื่อให้คณะผู้เยี่ยมสำรวจได้ศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล และรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อประกอบการวางแผนการเยี่ยมสำรวจ

**ผู้เข้าร่วมกิจกรรม:** ผู้แทนสถานพยาบาลที่มีความเข้าใจในระบบเอกสาร 1 คน

**ผู้เยี่ยมสำรวจ:** ทุกคน

**กิจกรรมที่จะเกิดขึ้น:**

1. สถานพยาบาลจะจัดเตรียมเอกสารไว้ ณ ห้องที่จัดเตรียมเป็นห้องทำงานของคณะผู้เยี่ยมสำรวจ ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์ รายงานการประชุมของคณะกรรมการต่างๆ และทีมนำทาง

คลินิก (ช่วง 1-2 ปี) ผลการศึกษาความต้องการของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ชุมชน และผู้รับผลงานอื่น รายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจโดยองค์กรภายนอก หรือรายงานผลการเยี่ยมชมของผู้เยี่ยมชมสำรวจ รายงานการติดตามศึกษาเครื่องชั่งวัด รายงานอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนต่างๆ (Incident Report) การทำ root cause analysis, การพัฒนาที่เกิดขึ้น และการวิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยง (รายปี/รายไตรมาส) และเวชระเบียนของผู้ป่วย โดยจัดเป็นหมวดหมู่ ได้แก่ กลุ่มโรคสำคัญ ผู้ป่วยนอนนาน ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ เป็นต้น

2. แนวทางการทบทวนเวชระเบียน ผู้เยี่ยมชมสำรวจจะร่วมกันทบทวนเวชระเบียนตามที่สถานพยาบาลจัดเตรียมไว้ในข้อ 1 โดยพิจารณา

- (1) ดูใบสรุป chart ว่าวินิจฉัยอะไร นอนโรงพยาบาลนานเท่าไร มีการผ่าตัดอะไร มีภาวะแทรกซ้อนอะไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
- (2) ดูการประเมินแรกรับว่าสอดคล้องกับอาการนำอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคอะไรบ้าง ในช่วงเวลาใด ด้วยข้อมูลอะไร
- (3) ดูฟอร์มปรอทว่ามีการเปลี่ยนแปลงสำคัญอะไร ในช่วงใด มีข้อมูลบันทึกทางการแพทย์ในชวงนั้นอย่างไร มีการตอบสนองในคำสั่งการรักษาอย่างไร
- (4) ดูการสั่งตรวจ lab ที่สำคัญ การบันทึกผล และการใช้ประโยชน์
- (5) ดูว่ามีการสั่งให้ยาที่สำคัญอะไร บันทึกการให้ยาสะท้อนถึงการให้ที่ถูกต้องหรือไม่ เช่น การให้ยา dose แรก
- (6) ดูการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย

3. แนวทางการทบทวนรายงานการประชุมของคณะกรรมการ  
ผู้เยี่ยมชมสำรวจจะร่วมกันทบทวนรายงานการประชุมตามที่  
สถานพยาบาลจัดเตรียมไว้ในข้อ 1 โดย
  - (1) ศึกษาหน้าที่และเป้าหมายของคณะกรรมการ
  - (2) ดูความถี่ในการประชุมของคณะกรรมการ/ผู้ทำหน้าที่  
ประธาน
  - (3) ดูการตัดสินใจหรือข้อสรุปสำคัญของคณะกรรมการ  
การนำไปปฏิบัติและการติดตามผล
  - (4) สรุปประเด็นที่มีการปรับปรุงเพื่อนำไปวางแผนตามรอย
4. แนวทางการทบทวนเอกสารคู่มือปฏิบัติงาน
  - (1) พิจารณาว่ามาตรฐานที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องกับ  
กระบวนการปฏิบัติงานในเรื่องใด
  - (2) พิจารณาว่ากระบวนการนั้นมีโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง  
หรือปัญหาการประสานงานอย่างไร
  - (3) ศึกษาคู่มือปฏิบัติงานขององค์กรว่าระบุแนวทางปฏิบัติเพื่อ  
ป้องกันความเสี่ยงหรือเพื่อให้เกิดการประสานงานที่ดี  
อย่างไร
  - (4) นำประเด็นสำคัญในข้อ 3 ไปวางแผนตามรอย

### 3. การประชุมเริ่มการเยี่ยมชมสำรวจ (Opening Conference)

**เป้าหมาย:** เพื่อให้คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจอธิบายเป้าหมาย โครงสร้าง  
และเนื้อหาของ การเยี่ยมชมสำรวจให้แก่สถานพยาบาล

**ผู้เข้าร่วมกิจกรรม:** ผู้อำนวยการหรือผู้บริหารสูงสุด ผู้ประสาน  
งานการเยี่ยมชมสำรวจ บุคคลอื่นที่โรงพยาบาลกำหนด

**ผู้เยี่ยมชมสำรวจ:** ทุกคน

**มาตรฐาน/ประเด็นพิจารณา:** เป็นการเก็รึนนำ สร้างบรรยากาศ  
ที่ผ่อนคลาย และการประสานการเยี่ยมชมสำรวจ

**เอกสารที่ใช้:** กำหนดการเยี่ยมสำรวจฉบับล่าสุด (final survey agenda)

**สิ่งที่จะเกิดขึ้น:**

1. แนะนำตัวผู้เยี่ยมสำรวจ แนะนำตัวทีมนำของโรงพยาบาล
2. ผู้แทนสถานพยาบาลนำเสนอภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพขององค์กร ผลลัพธ์ และแผนการพัฒนาคุณภาพ (quality Improvement plan)
3. ผู้เยี่ยมสำรวจชื่นชมผลงาน สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย จะอธิบายความคาดหวังในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน การตอบคำถามในเชิงปฏิบัติที่ตรงประเด็น การเชื่อมต่อเรื่องเล่าของการพัฒนาเชิงจิตวิญญาณกับการวางระบบ แนวทางการใช้วิธีการตามรอยและการรับรู้ข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ ระหว่างการเยี่ยมสำรวจ
4. ชักถามและทบทวนกำหนดการเยี่ยมสำรวจร่วมกัน และหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจจะอธิบายเป้าหมายและการมีส่วนร่วมของผู้นำในชั่วโมงสรุปประจำวัน (daily briefing sessions).
5. เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลสามารถตั้งคำถามและถามหาความกระจ่างจากผู้เยี่ยมสำรวจได้ตลอดกระบวนการเยี่ยม

**4. การสรุปย่อประจำวัน (Daily Briefing)**

**เป้าหมาย:** เพื่อรับรู้ maturity ในการเรียนรู้กระบวนการคุณภาพของโรงพยาบาลจากการเยี่ยมสำรวจ ซึ่งให้โรงพยาบาลนำเสนอข้อมูลสำคัญเพิ่มเติม มีผลต่อการตัดสินใจรับรอง

**Daily briefing template**

- ขอบคุนโรงพยาบาลที่ให้ความร่วมมือ
- บรรยากาศการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น
- จุดแข็ง/สิ่งที่น่าชื่นชม



- โอกาสพัฒนาสำคัญ
- สิ่งและผู้เยี่ยมสำรวจจะทำ
- สิ่งที่โรงพยาบาลจะได้รับและต้องดำเนินการต่อ

**ผู้เข้าร่วมกิจกรรม:** ผู้ประสานงานการเยี่ยมสำรวจของสถานพยาบาล ผู้นำที่เกี่ยวข้อง

**ผู้เยี่ยมสำรวจ:** ทุกคน

**กิจกรรมที่จะเกิดขึ้น:** กิจกรรมนี้จะเกิดขึ้นในตอนเช้าของวันเยี่ยมวันที่สองเป็นต้นไป ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที โดยผู้เยี่ยมสำรวจจะ:

1. สรุปกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจที่ได้ทำไปในวันที่ผ่านมา ตั้งข้อสังเกตทั่วไปและตั้งข้อสังเกตเชิงบวกที่เฉพาะเจาะจง เกี่ยวกับประเด็นสำคัญที่พบจากการเยี่ยม
2. แจ้งให้ทราบถึงแบบแผน แนวโน้ม หรือประเด็นที่ห่วงกังวล ซึ่งอาจนำไปสู่ข้อสรุปผลการเยี่ยมสำรวจ และเปิดโอกาสให้องค์กรนำเสนอหรือส่งมอบข้อมูลซึ่งอาจจะขาดหายไปในวันที่ผ่านมา
3. ทบทวนกำหนดการสำหรับการเยี่ยมที่จะเกิดขึ้นต่อไป (รวมทั้งการระบุผู้ป่วยที่จะใช้ตามรอย) และปรับกำหนดการเท่าที่จำเป็นตามความต้องการขององค์กรหรือความจำเป็นที่จะต้องประเมินเพิ่มเติม
4. ไม่ควรคาดหวังว่าผู้เยี่ยมสำรวจจะกล่าวซ้ำถึงบทสรุปที่ได้ระบุไว้ในวันที่ผ่านมา นอกจากจะเกี่ยวข้องในบริบทของการระบุประเด็นเชิงระบบ

## 5. การตามรอยกลุ่มผู้ป่วยราย (Clinical tracer)

**เป้าหมาย:** เพื่อประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย โดยการติดตามประสบการณ์ของผู้ป่วยตามลำดับขั้นตอนการดูแลตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย รวมถึงการประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างและภายในสาขา



วิชาชีพ แผนก โปรแกรม บริการ หรือหน่วยงานที่สำคัญ มุ่งเน้นการบูรณาการและประสานงานระหว่างกระบวนการต่างๆ และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

**ผู้เข้าร่วมกิจกรรม:** เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจำนวนมากมายและหลากหลาย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้จัดการรายผู้ป่วย นักกายภาพบำบัด พนักงานผู้ช่วย เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และเจ้าหน้าที่สนับสนุน

**ผู้เยี่ยมชมสำรวจ:** ผู้เยี่ยมชมสำรวจที่เป็นแพทย์ พยาบาล

**มาตรฐาน/ประเด็นที่จะประเมิน:** มาตรฐานทุกบทจะได้รับการพิจารณาในระหว่างการตามรอยผู้ป่วยนี้

**กิจกรรมที่จะเกิดขึ้น:**

1. ผู้เยี่ยมชมสำรวจจะเลือกผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ทางสถานพยาบาลหรือทีมนำทางคลินิกให้ความสำคัญในการพัฒนาโดยการทำ clinical tracer การตามรอยการดูแลผู้ป่วยถูกออกแบบให้ค้นหาประเด็นเชิงระบบ โดยการดูแลองค์ประกอบ ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ เพื่อให้การดูแลที่ปลอดภัยมีคุณภาพสูง การตามรอยเริ่มต้นที่หน่วยดูแลผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยอยู่ ณ เวลานั้น การตามรอยผู้เยี่ยมชมสำรวจควรหลีกเลี่ยงหรือลดการเยี่ยมชมสำรวจในหน่วยเดียวกันหลายๆ ครั้ง
2. การตามรอยประกอบด้วย:
  - 1) การทบทวน clinical tracer ที่สถานพยาบาลจัดทำและส่งให้พร้อมกับรายงานผลการประเมินตนเอง
  - 2) การทบทวนเวชระเบียนกลุ่มโรคที่จะตามรอย เพื่อกำหนดประเด็นสำคัญและวางแผนที่จะตามรอย
  - 3) ตามรอยการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้ให้บริการหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง การทบทวนเวชระเบียนร่วมกันกับผู้เกี่ยวข้องระหว่าง

เยี่ยมสำรวจ ลังเกตการดูแลผู้ป่วย การวางแผนดูแล กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการให้ยา การป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อ การให้ข้อมูล รวมถึงตัวชี้วัดการ พัฒนาคุณภาพที่ใช้ ข้อมูลที่ได้เรียนรู้ การปรับปรุงจาก การใช้ข้อมูล และการเผยแพร่ข้อมูล

- 4) ลังเกตสิ่งแวดล้อม เครื่องมือ วัสดุ และกระบวนการ เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉิน
- 5) สัมภาษณ์ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว โดยเน้นการ verify ประเด็นที่พบระหว่างการตามรอย

### การตามรอย

#### 5P กับ การตามรอย

Purpose:  
 Pathway: เลือกสิ่งที่จะตามรอยในระดับต่างๆ  
 Process  
 Preparedness  
 Performance & Learning พิจารณาเรียนรู้จาก ข้อมูลที่สะท้อนภาพรวมของระบบ

#### แนวทางการตามรอย

1. คิดถึงเป้าหมายของมาตรฐานเรื่องที่จะตามรอย
2. คิดถึง object หรือข้อมูล หรือเนื้อหาที่สามารถใช้เป็นตัวเชื่อมโยงหรือ ตามรอยได้ (ถ้ามี) object นี้อาจเปลี่ยนแปลงไปเป็นอย่างอื่นได้
3. คิดถึงหน่วยงานบุคคลที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ต้นทางถึงปลายทาง (ผู้วางแผน ผู้ปฏิบัติ ผู้รับผลงาน)
4. คิดถึงประเด็นสำคัญที่ควรใส่ใจในแต่ละจุด (เป้าหมาย คุณภาพความ เสี่ยง)
5. คิดถึงวิธีการที่จะรับข้อมูลในประเด็นสำคัญดังกล่าว (สัมภาษณ์ สังเกต ศึกษาข้อมูล)
6. คิดถึงระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และสามารถตามรอยดูได้ (รวมทั้งขั้นตอนที่ อยู่ก่อนหน้า และที่จะส่งต่อไป)

นพ.อนุวัฒน์ ศุภคุกุล การประชุมเชิงปฏิบัติการ Act to Accreditation ระยะเวลา 8 ตุลาคม 2552

#### วางแผนการตามรอย

หน่วยงาน/ บุคคล	กระบวนการ	ประเด็นสำคัญ	วิธีการได้ข้อมูล

#### คำถามเพื่อกระตุ้น : EI<sup>3</sup>O

- “จะรับรู้เป้าหมายของระบบคุณภาพได้อย่างไร”
- “จะแปลความหมายของข้อมูลและนำไปใช้ในการพัฒนาหรือปรับปรุง อะไรได้บ้าง”
- “มีตัวอย่างของนวัตกรรมเชิงระบบงานอะไรบ้าง”
- “จะบูรณาการกับใครบ้าง”
- “จะมีการปรับวิธีการ monitor progress อย่างไร”
- “จะฟื้นฟูอุปสรรคในองค์กรอย่างไร”
- “จะสร้างความร่วมมืออย่างสร้างสรรค์อย่างไร”
- “จะหาความหมายใหม่ของงานอย่างไร”
- “จะสร้างความเข้มแข็งในการร่วมมือเพื่อยกระดับให้ดีขึ้นอย่างไร”
- “จะทำให้เป็นระบบมากขึ้นได้อย่างไร”
- “จะขยายผลให้กว้างขึ้นอย่างไร”

## 6. Strategic Plan & KPI Monitoring Interview

เป้าหมาย:

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

**ผู้เข้าร่วมประชุม:** ผู้อำนวยการ และผู้บริหารระดับสูงที่รับผิดชอบกลยุทธ์หลักๆ ผู้ทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลติดตามผลการดำเนินงาน จำนวนไม่เกิน 7 คน

**สิ่งที่เกิดขึ้น:**

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

**เนื้อหามาตรฐานที่เกี่ยวข้อง:** I-1 การนำ, I-2 การวางแผนกลยุทธ์, I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ และ IV ผลการดำเนินการ

## ตัวอย่างตารางสรุปแผนยุทธศาสตร์และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

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

## ตัวอย่างการสรุปข้อมูลอย่างย่อๆ

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

### ประเด็นที่ควรทบทวน

1. มีภาวะระบุความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กรชัดเจนหรือไม่
2. แผนกลยุทธ์มีการจัดระบบและหมวดหมู่ที่เข้าใจง่าย มีลำดับขั้นของวัตถุประสงค์ และกำหนดความคาดหวังของวัตถุประสงค์ชัดเจนหรือไม่
3. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สอดคล้องกับความท้าทายหรือไม่ ครอบคลุมความท้าทายสำคัญหรือไม่
4. มีตัวชี้วัดการบรรลุวัตถุประสงค์แต่ละระดับหรือไม่
5. มีการกำหนดวิธีการประเมินการบรรลุวัตถุประสงค์อื่นๆ ในกรณีที่ไม่เหมาะที่จะใช้ตัวชี้วัดหรือไม่



การเขียนรายงาน



## 9.0 การเขียนรายงาน

รายงานผลการเยี่ยมมีความสำคัญต่อสถานพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจ พึงระมัดระวังอย่างมากในการเขียน เพราะทีมงานในสถานพยาบาลทำงานอย่างหนักเพื่อให้ได้มาซึ่งการรับรอง รายงานเป็นเอกสารที่สะท้อนความก้าวหน้าในปัจจุบันและจะเป็นเอกสารสำหรับการวางแผนการพัฒนาคอร์คอร์ ในอีก 2-3 ปีข้างหน้า เพื่อปรับปรุงบริการและการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นข้อแนะนำจากรายงานจึงเป็นข้อแนะนำเพื่อสร้าง maturity ในการปฏิบัติตามมาตรฐาน

รายงานผลการเยี่ยมสำรวจ เพื่อ.....(เสนอต่ออนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรอง)

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของสถานพยาบาล

- ข้อมูลทั่วไป
- ข้อมูลประวัติการเยี่ยมสำรวจ

### ส่วนที่ 2 สรุปย่อรายงาน: Executive summary

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

Basic hospital statistics

### ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐาน

คะแนน	มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ขบชอ (Evidence)	Recommendation / Suggestion	
		- Fact finding ที่ยาว/ลม* เพื่อให้ รพ. ได้รับทราบประเด็นที่ผู้เขียนพบ และกรณีที่ รพ. คิด Focus หรือมีการบ้านไปเขียนรายงาน/ ความก้าวหน้าจาก Focus/การบ้าน ทั้งในส่วนสิ่งที่พบและข้อเสนอแนะ ทั้ง +/- พร้อมทั้งรับคะแนน	- Recommendation** เพื่อให้ รพ. ท่านผมพัฒนาและรายงานความก้าวหน้า 3 เดือน ส่ง รพ. และติดตามความก้าวหน้าในช่วงเยี่ยมเพื่อเน้นระหว่ SS	- Suggestion for Improvement: SFI เพื่อให้โรงพยาบาลรับทราบและสื่อสารให้งานที่เกี่ยวข้องแก้ไขปรับปรุง และเพื่ออ้างถึง/ยกระดับการคุณภาพ

### Radar diagram score

อัตรากำลัง / บุคลากรในสถานพยาบาล  
ผลการประเมินเวชระเบียน

### ภาคผนวก

- ผลลัพธ์การดำเนินการขององค์กร
- Clinical tracer

## 9.1 รูปแบบการเขียนรายงาน

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

- สรุปย่อรายงาน (executive summary) ในส่วนนี้จะประกอบด้วยบทสรุปภาพรวมที่สำคัญของสถานพยาบาล, ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง, ข้อเสนอแนะต่อต้านสังกัด และข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรอง

### ก. สถานการณ์/บทสรุปภาพรวมที่สำคัญของโรงพยาบาล :

สถานการณ์/บริบทของโรงพยาบาลที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพ เพื่อแสดงให้เห็นความพยายามในการพัฒนาคุณภาพภายใต้ทรัพยากร ข้อจำกัดที่โรงพยาบาลมีอยู่ เช่น การเพิ่มจำนวนเตียงแต่ไม่เพิ่มทรัพยากร การเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร/keyman เป็นต้น รวมทั้งประเด็นที่เป็นความสำเร็จในภาพรวมของโรงพยาบาล ในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา

### ข. ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (Recommendation) 12-15 ข้อ

ค. ข้อเสนอต่อต้านสังกัด (ถ้ามี): ประเด็นจากการเยี่ยมสำรวจที่คณะผู้เยี่ยมสำรวจเห็นว่าควรนำเสนอต่อต้านสังกัดของโรงพยาบาล เพื่อให้การสนับสนุนหรือแก้ปัญหาระบบที่สำคัญหรือประเด็นที่ต้องการชื่นชม

### ง. ข้อเสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรอง:

สมควรรับรองกระบวนการคุณภาพโดยไม่มีเงื่อนไข / สมควรต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโดยไม่มีเงื่อนไข / หรือความเห็นอื่นเพื่อประกอบการพิจารณา



- ผลการเยี่ยมสำรวจ ที่มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐานในส่วนนี้จะเป็นการสรุปผลการเยี่ยมสำรวจตามมาตรฐาน (ดังตัวอย่าง)

คะแนน	มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/Suggestion)
	8. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ [I-2.1ข(1)(2)(3)]		<b>ข้อเสนอแนะ (Recommendation) : ทุกหัวข้อรวมกันทั้งหมดไม่เกิน 12-15 ข้อ (ถ้ามี)</b> 1. กกกก 2. ขขขข
	9. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร [I-2.2ก(1)(2)(3)(4)]		
	10. การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า [I-2.2ก(5), ข]		
I-3	<b>ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน</b>		
	11. การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม [I-3.1ก(1)(2)]		<b>ข้อเสนอแนะ (Recommendation) : ทุกหัวข้อรวมกันทั้งหมดไม่เกิน 12-15 ข้อ (ถ้ามี)</b> 1. กกกก
	12. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน [I-3.1ข(1)]		
	13. การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก [I-3.2ก(1)(2)(3)]		<b>คำแนะนำ (Suggestion)</b>
	14. การสร้างความสัมพันธ์และจัดการคำร้องเรียน [I-3.2ข(1)(2)]		

### คำแนะนำการใช้รายงานการประเมินตนเอง

รายงานประเมินตนเองฉบับ 2020 มีการปรับเปลี่ยนบางประเด็นเพื่อให้สอดคล้องกับประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เรื่อง มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ที่ถูกกำหนดในระเบียบคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 ที่มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาสถานพยาบาลที่จะผ่านการรับรองคุณภาพขั้น 3 และขั้นก้าวหน้า ต้องได้คะแนนประเมินจากการเยี่ยมตามที่ระบุกำหนดและต้องปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่คณะกรรมการกำหนดทุกข้อ ซึ่งจะบูรณาการในรายงานการประเมินตนเองไว้ใน SAR 2020 โดยสถานพยาบาลที่จะ

ขอการรับรองต้องแสดงการดำเนินงานและการพัฒนาตามประเด็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นที่คณะกรรมการกำหนดครบทุกข้อในรายงานการประเมินตนเอง ซึ่งได้มีการทำสัญลักษณ์ให้เห็นเป็นตัวหนังสือสีแดงจำนวน 9 ประเด็น หากสถานพยาบาลดำเนินการประเด็นดังกล่าวไม่ครบถ้วน ตามหลักเกณฑ์ในการพิจารณาสถานพยาบาลที่จะผ่านการรับรองคุณภาพที่ระเบียบกำหนด สถาบันจะไม่สามารถพิจารณาจัดกระบวนการประเมินรับรองในขั้นตอนการเยี่ยมสำรวจต่อไปได้

รายงานการประเมินตนเองสำหรับมาตรฐานแต่ละหมวดประกอบด้วย 5 ส่วนคือ i) ผลลัพธ์ของบทนั้น, ii) บริบท, iii) กระบวนการ, iv) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ, v) แผนการพัฒนา

#### **i) ผลลัพธ์ของบทนั้น**

ให้ระบุผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในหมวดนั้นๆ โดยใช้ประเด็นสำคัญที่ระบุไว้เป็นแนวทางพิจารณา ซึ่งรพ.สามารถเพิ่มเติมได้ตามที่เห็นสมควร ในกรณีที่มาตรฐานสำคัญจำเป็นอยู่ในหมวดใด จะมีตัวอย่างผลลัพธ์การดำเนินการให้พิจารณาเลือกตอบให้สอดคล้องกับบริบทรพ.

ตัวชี้วัดต่างๆ ควรระบุหน่วยของตัวชี้วัดให้ชัดเจน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์อย่างมีนัยยะสำคัญ ควรอธิบายไว้ในส่วน iii) กระบวนการด้วย กรณีเป็นตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็น ให้อธิบายแนวทางปฏิบัติ การดำเนินทบทวน และแผนการดำเนินการที่ชัดเจนในข้อมาตรฐานที่ระบุไว้ในส่วน iii)

#### **ii) บริบท**

เป็นการระบุข้อมูลสำคัญที่มีผลต่อการออกแบบ การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ ซึ่งทีมสามารถระบุข้อมูลสำคัญเพิ่มเติมจากหัวข้อที่ให้แนวทางไว้ได้

### iii) กระบวนการ

ควรเขียนสรุปประเด็นสำคัญอย่างย่อๆ bullet ละไม่เกิน 3-4 บรรทัด โดยยึดหลักการเขียนตามแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance) ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- (Good practice): เพื่อบรรลุเป้าหมาย.... รพ.ได้ปฏิบัติตามระบบงานที่มีมาตรการต่อไปนี้ (1)... (2)... (3)... ทำให้เกิดผลลัพธ์.....
- (Improvement): เพื่อปรับปรุงกระบวนการ.... โดยมีเป้าหมาย.... ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุง (1)... (2)... (3)... ทำให้เกิดผลลัพธ์....
- (Effort): เพื่อแก้ปัญหา..... ทีมงานได้ใช้แนวคิด..... โดยดำเนินการต่อไปนี้..... ทำให้เกิดบทเรียน.....
- (Plan): เพื่อตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาเรื่อง..... รพ.ได้วางแผนไว้ดังนี้....

สถานพยาบาลไม่จำเป็นต้องเขียนครบ bullet ทั้ง 4 อันข้างบน แต่ให้เขียนให้สอดคล้องกับเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา กรณี bullet ที่เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นต้องความปลอดภัย ให้สรุปประเด็นสั้นๆ ไม่เกิน 3-4 บรรทัด โดยยึดหลักการเขียนตามแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance) ดังตัวอย่างต่อไปนี้ เป็นต้น

- (Essential Standard) ...เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เรื่อง.....ทีมได้ดำเนินการ..... ส่งผลให้.....
- (Essential Standard) ...เพื่อลดอุบัติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เรื่อง....ทีมได้ดำเนินการทบทวนพบว่า....และได้พัฒนาหรือปรับระบบดังนี้....

### iv) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ให้ระบุเฉพาะชื่อของการปฏิบัติ กระบวนการ ระบบงาน ผลการพัฒนา นวัตกรรม ที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ โดยรายละเอียดต่างๆ ควรอยู่ในหัวข้อ iii) กระบวนการอยู่แล้ว

## v) คะแนนและแผนการพัฒนา

ในแต่ละหมวดจะมีหัวข้อสำหรับการประเมินคะแนนตาม scoring guideline ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา

Score ให้ระบุคะแนนการประเมินตนเองตั้งแต่ 1-5 ซึ่งอาจจะมีคะแนนในระดับ 0.5 ด้วยก็ได้

DALI Gap เป็นตัวช่วยสำหรับการวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาอีกมุมมองหนึ่งว่า รพ.มีจุดอ่อนในขั้นตอนใดในมาตรฐานเรื่องนั้น ถ้าเห็นว่ามี gap ให้ระบุเฉพาะอักษรย่อที่เห็นว่าเป็น gap ซึ่งอาจจะมีมากกว่าหนึ่งตัวก็ได้

D = gap ในการออกแบบ (design gap) อาจสอดคล้องกับคะแนน 1 ถ้ามี gap การออกแบบในภาพรวม

A = gap ในการนำไปปฏิบัติ (action gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 2

L = gap ในการประเมินและเรียนรู้ (learning gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 3

I = gap ในการปรับปรุง (improvement gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 3

ประเด็นที่จะพัฒนา เป็นการระบุประเด็นสำคัญที่พบจากการวิเคราะห์และทบทวน (และควรสอดคล้องกับ gap) ต่อไปนี้

- การปฏิบัติตามมาตรฐาน
  - Gap ที่พบจากการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ไม่สมบูรณ์
  - Gap ที่พบจากการวิเคราะห์ DALI
  - การยกระดับ maturity ของการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ประเมินโดยอาศัย scoring guideline
  - ผลการประเมินด้วยเครื่องมือและวิธีการอื่นๆ
- บริบทขององค์กร
  - โจทย์ขององค์กร (ความท้าทาย ความเสี่ยง ปัญหา)
  - กลยุทธ์/เป้าหมายที่องค์กรกำหนด

**\*รายละเอียดเพิ่มเติม** มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ตามประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จำนวน 9 ข้อ ซึ่งสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และ เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยเป็นกลุ่ม Patient Safety Goals จำนวน 8 รายการ Personnel Safety Goals 1 รายการ ดังนี้

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4	มีข้อมูลตอบใน SAR แล้ว (ให้เช็ค ✓ ก่อนส่งสรพ.)
การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	มาตรฐาน III-4.3 การดูแลเฉพาะ ข.การผ่าตัด (4)	
การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาล ตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSİ	มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (1)	
บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งตรงกับมาตรฐาน	มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (3)	
การเกิด medication error และ adverse drug event	มาตรฐาน II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน ก.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (3)	
การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	มาตรฐาน II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	
การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (8)	
ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	มาตรฐาน III-2 การประเมินผู้ป่วย ค.การวินิจฉัยโรค (4)	
การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ข.การให้บริการ (3) II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค และ II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ	
การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงบริการ (3)	

โดยสถานพยาบาลต้องดำเนินการในเรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ดังนี้

1. มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด
2. แสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปี ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ในแบบประเมินตนเองเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพ
3. กรณีเกิดอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหา
4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ

**หมายเหตุ:** ส่วนที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยใน SAR 2020 จะเป็นตัวหนังสือสีแดง และอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปรายละเอียดดังตาราง

● ระดับผลกระทบของอุบัติการณ์

ประเภท	Insignificant	Minor	Moderate	Major	Extreme
ผู้ป่วย (ไม่ใช่เรื่องยา)	A-B-C (A) ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน (B) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย (C) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่ต้องการรักษา ไม่ต้องเฝ้าระวัง ไม่เกิดอันตราย	D (D) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่เป็นอันตราย แต่ต้องเฝ้าระวัง ติดตามอาการเพิ่มเติม	E-F (E) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม (F) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยาระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น	G-H (G) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เกิดความพิการถาวรต่อผู้ป่วยต้องให้การรักษา (H) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ต้องให้การรักษาทำการกู้ชีวิต/ผู้ป่วยเกือบเสียชีวิต	I (I) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต
ผู้ป่วย (ยา)					



## การปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐาน ให้บันทึกในตารางซึ่งประกอบด้วย

- (1) **คะแนนตาม ข้อกำหนดมาตรฐาน 97** ช้อย่อย (ข้อ 1-79 ตอนที่ I-III, ข้อ 80-97 ตอนที่ IV)
  - (2) **สิ่งที่พบ/สิ่งที่น่าชื่นชม**ที่สอดคล้องกับมาตรฐาน meet criteria (Evidence) เพื่อให้โรงพยาบาลได้รับทราบประเด็นที่ผู้เยี่ยมสำรวจพบจากการอ่านแบบประเมินตนเอง และจากการเยี่ยมสำรวจ
    - (2).1 สรุปความก้าวหน้าจากการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง/จากการทบทวนเพิ่มเติม (ถ้ามี) : เป็นการสรุปความก้าวหน้าที่ได้จากการทบทวน/วิเคราะห์ข้อมูล จากการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง (focus) / การทบทวน (การบ้าน) พร้อมปรับรายงานการเยี่ยมสำรวจ โดยสรุปความก้าวหน้าในคอลัมน์ “สิ่งที่พบ” และปรับข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (suggestion) ทั้งบวก/ลบ (+/-) พร้อมทั้งปรับคะแนน
  - (3) **ข้อเสนอแนะ / Recommendation:** ประมาณ 12-15 ประเด็น เพื่อให้โรงพยาบาลจัดทำแผนพัฒนาและรายงานความก้าวหน้าส่ง สรพ. หลังได้รับการรับรองในระยะเวลา 3 เดือน และติดตามความก้าวหน้าในช่วงการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง (surveillance survey)
  - (4) **คำแนะนำ / Suggestion** เป็นสิ่งที่โรงพยาบาลทำแล้วแต่เสนอแนะเพิ่มคุณค่าเป็นการต่อยอดเพื่อให้โรงพยาบาลรับทราบและสื่อสารให้ระบบงาน/หน่วยที่เกี่ยวข้องแก้ไข/ปรับปรุง และเพื่อธำรง/ยกระดับการพัฒนาคุณภาพ
- (ข้อเสนอแนะ หรือ คำแนะนำ ในแต่ละบท (chapter) อาจแยกเป็นช้อย่อยได้ถ้ามีหลายประเด็น)
- ภาคผนวก ประกอบด้วยผลลัพธ์การดำเนินงานของสถานพยาบาล (ตามมาตรฐานตอนที่ IV) Clinical tracer

highlight, อัตรากำลัง และผลการประเมินเวชระเบียน ซึ่งในส่วนนี้เป็นการเขียนโดยสถานพยาบาล ถึงแม้ว่าจะเป็นส่วนที่เขียนโดยสถานพยาบาล แต่ผู้เยี่ยมสำรวจจะเป็นผู้ทบทวนความสอดคล้อง และสร้างการเรียนรู้กับสถานพยาบาล เพื่อจัดทำเอกสารส่วนนี้ให้สมบูรณ์

## 9.2 หลักการเขียนรายงาน

การวางโครงสร้างของข้อความรายงาน ใช้หลัก GER โดยสรุปให้เป็นหนึ่งเดียวในแต่ละประเด็น

**G: Gist** เริ่มด้วยสรุปความสำคัญของสิ่งที่ชื่นชมหรือข้อเสนอแนะ ซึ่งควรสอดคล้องกับมาตรฐานหรือเป้าหมายของมาตรฐาน

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

**R: Result/Relevancy** สรุปด้วยผลลัพธ์ (ถ้ามี) สำหรับสิ่งที่ชื่นชมหรือความสำคัญ/ผลกระทบหากไม่มีการปรับปรุง (อาจเชื่อมโยงกับสิ่งที่พบในส่วนนี้)

**ข้อแนะนำใน style การเขียนรายงาน** ควรเขียนรายงานให้เสร็จทันทีที่เสร็จการเยี่ยมสำรวจ ใช้คำพูดเชิงบวก ไม่ใช่ถ้อยคำเชิงลบ นำสิ่งที่พบมาขยายผลเพื่อให้เกิดการพัฒนาในเชิงระบบ ถ้าเป็นเรื่องที่มีผลกระทบสูงอาจต้องหลีกเลี่ยงที่จะปรากฏในรายงาน ไม่บอกวิธีทำแต่ควรระบุถึงเป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุ

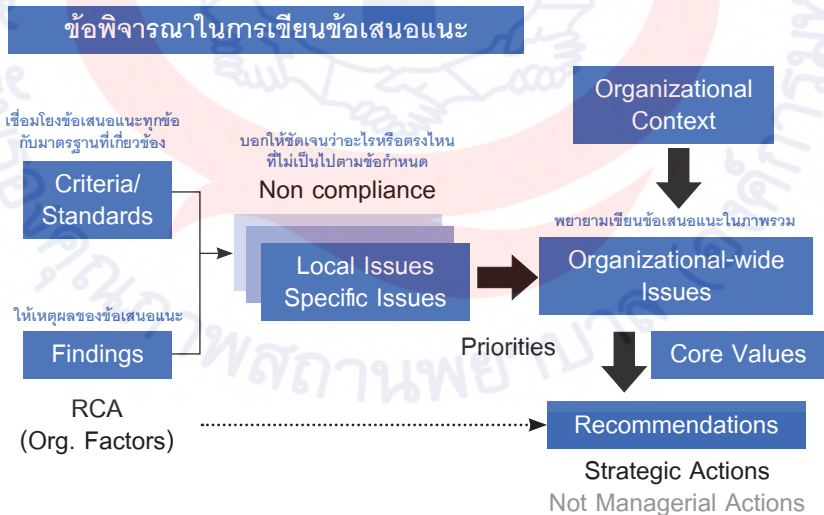
**รายละเอียดของรายงาน** ผู้เยี่ยมสำรวจควรพิจารณาว่ารายงานที่เขียนนั้นควรมีระดับรายละเอียดมากพอที่จะให้สถานพยาบาลนำไปดำเนินการได้อย่างเหมาะสม และระดับรายละเอียดที่ต้องการอาจแตกต่างกันไปตามสถานพยาบาลและระดับชั้นที่ควรพัฒนาต่อ รายงานที่มีรายละเอียดมากพอจะเพิ่มคุณค่าให้แก่องค์กร



การสรุปลักษณ์ที่ขึ้นชม ใช้หลัก ADR ดังนี้

- A: Approach เช่น โรงพยาบาลจัดระบบบริการอาหารโดยให้ความสำคัญ  
สำคัญกับความสะอาด รสชาติ การให้โอกาสเลือก การปรุง  
เสร็จใหม่ ให้บริการในขณะที่อาหารยังร้อน และตรวจสอบความ  
ถูกต้องของชื่อผู้ป่วยและรายการอาหาร
- D: Deployment ครอบคลุมทุกหน่วยผู้ป่วยใน รวมทั้งผู้ป่วยสังเกต  
อาการ
- R: Result ความพึงพอใจผู้ป่วยต่อระบบอาหารเพิ่มจากร้อยละ 70  
ปี 2554 เป็นร้อยละ 85 ปี 2555

### 9.3 ข้อพิจารณาในการเขียนรายงาน



## 9.4 แนวทางการเพิ่มคุณค่ารายงานการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรอง กระบวนการคุณภาพ

รายงานการเยี่ยมสำรวจ คือ ผลผลิตของการเยี่ยมสำรวจเพื่อการประเมินและรับรอง

กระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล ที่สถานพยาบาลสามารถสัมผัสได้ และใช้อ้างอิงได้ การเขียนรายงานการเยี่ยมสำรวจที่มีคุณค่าจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สถานพยาบาลตระหนักในคุณค่าของกระบวนการเยี่ยมสำรวจ และผู้เยี่ยมสำรวจ

รายงานการเยี่ยมสำรวจที่มีคุณค่าควร (1) อ่านเข้าใจง่าย อ่านแล้วรู้ว่าต้องทำอะไร 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 แนวทางในการสรุปความ

คิดให้เป็นประเด็นเดียว คือการคิดออกมาเป็น bullet ให้ครบทุกประเด็น แล้วจัดระบบความคิดให้เป็นหมวดหมู่ก่อนที่จะเขียนเนื้อความอย่างกระชับ หลีกเลี่ยงคำขยายความที่ไม่จำเป็น

2. การเขียนควรมีความชัดเจนว่าต้องการให้สถานพยาบาลทำอะไร อาจจะมีการยกตัวอย่างสิ่งที่พบเห็นเพื่อให้เกิดความเข้าใจหรือเห็นภาพชัดเจนขึ้น ในการยกตัวอย่างหรือขยายความ ควรกระทำหลังจากเขียนประโยคหลักก่อน
3. การเขียนข้อเสนอแนะควรเขียนในประเด็นที่มีความสำคัญสูง
4. ข้อเสนอแนะควรสะท้อนให้เห็นการขับเคลื่อนการพัฒนาไปสู่ทิศทางที่องค์กรจะขับเคลื่อนไป

### **แนวทางการทบทวนรายงานการเยี่ยมชมสำรวจ**

เพื่อให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจได้เรียนรู้โอกาสพัฒนาในการเขียนรายงานที่มีคุณภาพ กระชับ สอดคล้องกับมาตรฐานและทำให้เกิดการพัฒนาทักษะการเขียนรายงานการเยี่ยมชมสำรวจ สถาบันจึงจัดให้มีแนวทางการทบทวนรายงานการเขียนรายงานดังนี้

- คุณลักษณะของรายงานมีเนื้อหากระชับ สามารถสรุปประเด็นสำคัญที่จะนำมาสู่การจัดทำแผนพัฒนาของสถานพยาบาล
- เนื้อหารายงานมีความตรงประเด็น เข้าใจง่าย
- เนื้อหารายงานมีความสอดคล้องกับมาตรฐาน
- ความสัมพันธ์ในการให้คะแนนการประเมินกับเนื้อหารายงาน
- เนื้อหารายงานสอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาลและมีคุณค่าต่อการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล



การรับรองกระบวนการคุณภาพ





## 10.0 การรับรองกระบวนการคุณภาพ

### 10.1 เป้าหมายของการรับรองกระบวนการคุณภาพ HA

เป้าหมายของ HA คือการส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพ ความปลอดภัย และ ผลลัพธ์สุขภาพที่ดี โดยเริ่มจากบริการสุขภาพในโรงพยาบาล และบูรณาการ เข้ากับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งในอนาคตอาจจะขยายขอบเขต กว้างขวางกว่าบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ดังนั้น HA จึงมีโอกาที่ปรับ จาก Hospital Accreditation ไปสู่ Healthcare Accreditation

### 10.2 แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA

หลักคิดสำคัญที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดจาก HA ก็คือทุกฝ่าย ที่เกี่ยวข้องพยายามทำให้ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายที่ คุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ใหญ่และยั่งยืนกว่าการได้รับ การรับรอง

การเรียนรู้เกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองของทีมงานในโรง พยาบาล ร่วมกับการเยี่ยมสำรวจจากภายนอก ซึ่งการเยี่ยมสำรวจจาก ภายนอกคือการยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล และการกระ ดุนให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น การเยี่ยมสำรวจจากภายนอก เป็นการตรวจสอบความพร้อมของโรงพยาบาลว่าระบบที่วางไว้นั้นมีความ รัดกุมเพียงใด

คุณค่าของการเยี่ยมสำรวจจากภายนอก อยู่ที่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง หรือเพื่อการสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการให้มากยิ่งขึ้น การรับรองคือการให้กำลังใจในการทำความดีและส่งเสริมให้ทำดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือควรมองว่าเป็นเพียงผลพลอยได้ของการพัฒนา

### 10.3 ระบบการให้คะแนน (Scoring)

สถาบันได้ปรับปรุงเครื่องมือสำหรับการประเมินระดับการพัฒนาของโรงพยาบาล ครอบคลุมมาตรฐานทั้ง 4 ตอน ซึ่งมีการให้คะแนนทั้งในส่วนของกระบวนการ (process: ตอนที่ I-III) และผลลัพธ์ (result: ตอนที่ IV) เรียกว่า“Scoring Guideline” ซึ่งมีทั้งหมด 97 ข้อ

แนวทางการให้คะแนน ยังคงใช้การแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ โดยระดับความคาดหวังสำหรับการใช้มาตรฐานที่เกิดคุณค่าต่อองค์กรและผู้รับบริการ คือ คะแนนตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป (ส่วนเกณฑ์ในการตัดสินรับรองนั้น จะขึ้นกับการประกาศของคณะกรรมการในแต่ละช่วงเวลา) หากมีการหมุนวงล้อ PDSA อย่างต่อเนื่องก็จะทำให้กระบวนการและผลลัพธ์ขององค์กรค่อยๆ ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

Score	Process	Result
1	เริ่มต้นปฏิบัติ Design & early implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน Partial implementation	มีการวัดผลในตัววัดที่สำคัญ ตรงประเด็น อย่างครบถ้วน Valid measures
3	มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล Effective implementation	มีการใช้ประโยชน์จากตัววัด Get use of measures
4	มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง Continuous improvement	มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) Good results (better than average)
5	มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี Role model, good practices	มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile)

หมายเหตุ: อ้างอิงจาก: นพ.อนุวัฒน์ คุชชุตikul. มีนาคม 2562. คู่มือการใช้มาตรฐาน HA



## 10.4 เกณฑ์การตัดสินใจสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ

เพื่อให้การตัดสินใจของผู้เยี่ยมสำรวจเป็นไปในทางเดียวกัน สรพ. ได้ประกาศใช้เกณฑ์การตัดสินใจสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ (Survey Outcome & Criteria) 4 ระดับ ดังนี้

1. การปรับจากการเยี่ยมสำรวจเป็นการเยี่ยมเพื่อสร้างความเข้าใจ (Change to educational event) ผู้เยี่ยมสำรวจสามารถปรับจากการเยี่ยมสำรวจมาเป็นการเยี่ยมเพื่อสร้างความเข้าใจหรือการเยี่ยมเพื่อเตรียมความพร้อม (preparation survey) เมื่อพบสถานการณ์ต่อไปนี้หลังจากเยี่ยมหน่วยงานได้จำนวนหนึ่ง

- 1.1 ผู้บริหารและบุคลากรส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจเป้าหมายของมาตรฐานและการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ
- 1.2 ระบบงานและระบบการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไปยังไม่รัดกุม และต้องปรับปรุงมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยบางข้อ
- 1.3 มีแนวโน้มว่าจะแนบบางบทไม่ถึง 2.5

การปรับเปลี่ยนนี้จะต้องได้รับความเห็นชอบจากสถานพยาบาลและผู้บริหารของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (หัวหน้าสำนักประเมินและรับรอง หรือผู้บริหารสถาบัน)

2. การจัดให้มีการเยี่ยมสำรวจเพิ่มเติมเฉพาะระบบ (Focus Survey) ผู้เยี่ยมสำรวจสามารถเสนอให้มีการเยี่ยมสำรวจเพิ่มเติมเฉพาะในบางระบบงาน (focus survey) ก่อนที่จะนำรายงานการเยี่ยมสำรวจเสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรอง เมื่อสิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจแล้วพบว่า

- 2.1 มีประเด็นที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในบางระบบงาน หรือขาดการนำอุบัติการณ์ต่างๆ มาเรียนรู้และปรับปรุงระบบ

2.2 คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับระบบงานนั้น (บางบท) ไม่ถึง 2.5

ทั้งนี้ หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องขอคำปรึกษาและได้รับความเห็นชอบจากผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์/มีศักยภาพหรือผู้บริหารของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล โดยระบบงานที่จะเข้าเยี่ยมสำรวจซ้ำต้องมีจำนวนไม่เกิน 3 ระบบงาน และมีโอกาสที่จะปรับปรุงแก้ไขได้ภายใน 3 เดือน

### 3. การขอข้อมูลเพิ่มเติม (Additional or Follow Up Report)

ผู้เยี่ยมสำรวจสามารถเสนอสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขอรับเอกสารเพิ่มเติมจากสถานพยาบาลก่อนที่จะเสนอรายงานต่อคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองในกรณีต่อไปนี้

- 3.1 ผู้เยี่ยมสำรวจเห็นว่าสถานพยาบาลมีข้อมูลที่สะท้อนการปฏิบัติตามมาตรฐาน และสมควรสรุปเสนอต่อคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองโดยสถานพยาบาลเอง
- 3.2 ผู้เยี่ยมสำรวจเห็นว่าการประมวลผลข้อมูลเพิ่มเติมจะทำให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาลเห็นโอกาสพัฒนาและมีความเข้าใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพยิ่งขึ้น
- 3.3 มีประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาให้เป็นไปตามมาตรฐานซึ่งสามารถปรับปรุงได้ในเวลา 3 เดือน และสามารถรับทราบผลการปรับปรุงดังกล่าวได้โดยไม่จำเป็นต้องเข้าเยี่ยมสำรวจ

ทั้งนี้ การนำเสนอข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีแรกและกรณีที่ 2 จะต้องดำเนินการภายใน 2 สัปดาห์หลังจากการเยี่ยมสำรวจเสร็จสิ้น และการนำเสนอรายงานการปรับปรุงตามกรณีที่ 3 จะต้องดำเนินการภายใน 3 เดือนหลังจากการเยี่ยมสำรวจเสร็จสิ้น ซึ่งสถาบันจะปรับการนับเวลาประมวลผลสำหรับกรณีที่ 3 โดยเริ่มจากวันที่ได้รับรายงานจากสถานพยาบาล

#### 4. การเสนอรายงานเข้าสู่กระบวนการพิจารณา (Submit Report)

ผู้เยี่ยมชมสำรวจควรจะสรุปรายงานการเยี่ยมชมสำรวจส่งให้สถาบัน ภายใน 2 สัปดาห์นับแต่วันเยี่ยมชมสำรวจ เพื่อนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรอง

**หมายเหตุ** กรณีคะแนนจากรายงานบางบทไม่สอดคล้องกับเกณฑ์การรับรองกระบวนการคุณภาพ โดยให้คะแนนน้อยกว่าบางบท 2.5 และผู้เยี่ยมชมสำรวจมีความเห็นไม่ปรับเป็นการเยี่ยมชมเพื่อสร้างความเข้าใจ (education) ให้หัวหน้าทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจปรึกษากับผู้บริหารสถาบัน เพื่อหาแนวทางดำเนินการร่วมกัน และรวบรวมข้อมูล เพื่อเสนอคณะกรรมการที่ปรึกษาพิจารณาต่อไป

### 10.5 เกณฑ์การรับรองกระบวนการคุณภาพ

เกณฑ์ตัดสินสำหรับการรับรอง (Accreditation Decision Criteria) คณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองพิจารณาให้ความเห็นในการรับรองกระบวนการคุณภาพโดยนำเสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันอนุมัติการรับรองโดยพิจารณาคะแนนดังนี้

ประเภทการรับรอง	คะแนนประเมิน
การรับรองชั้น 3	ค่าคะแนนประเมินในแต่ละบทของมาตรฐาน ตอนที่ I-IV ไม่น้อยกว่า 2.5 จากคะแนนเต็ม 5.0 และปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญต่อความปลอดภัยที่คณะกรรมการกำหนดทุกข้อ
การรับรองชั้นก้าวหน้า	ค่าคะแนนประเมินในแต่ละบทของมาตรฐานไม่ต่ำกว่า 3.0 ยกเว้นในบท II-8 และ II-9 ต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่า 2.5 จากคะแนนเต็ม 5.0 และปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญต่อความปลอดภัยที่คณะกรรมการกำหนดทุกข้อ ทั้งนี้เมื่อรวมคะแนนแล้ว สถานพยาบาลต้องได้ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมไม่น้อยกว่า 3.0 ● ในกรณีที่สถานพยาบาลขอรับการประเมินชั้นก้าวหน้า แต่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 3.0 แต่ไม่น้อยกว่า 2.5 และคณะกรรมการมีความเห็นว่าสถานพยาบาลแห่งนั้นควรได้รับการรับรองคุณภาพในขั้นที่สาม ให้ผู้อำนวยการมีอำนาจพิจารณาอนุมัติได้

<p>การรับรองเครือข่ายระดับ อำเภอร่วมกับการต่ออายุการ รับรองคุณภาพสถานพยาบาล</p>	<p>ค่าคะแนนประเมินในแต่ละบทของมาตรฐานไม่น้อยกว่า 2.5 จากคะแนนเต็ม 5.0 คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของทุกบทของมาตรฐานไม่น้อยกว่า 2.5 จากคะแนนเต็ม 5.0 และปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่คณะกรรมการกำหนดทุกข้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● โดยในหมวด II-8, III-6 ต้องได้คะแนน 3.5 และหมวด II-9 และ III-1 (1-2) ต้องได้คะแนน 3.0 เป็นต้นไป</li> </ul>
<p>การรับรองเฉพาะโรค/ระบบ</p>	<p>ค่าคะแนนประเมินโดยรวมทุกหัวข้อตามมาตรฐานกลางควรได้คะแนนอย่างน้อย 2.5 ขึ้นไป</p> <p>ยกเว้นในข้อการจัดการกระบวนการ (I-6), ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย และผลลัพธ์ IV-1 ตัววัดสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ควรได้คะแนน 3.0</p>
<p>การรับรองเครือข่ายระบบ สุขภาพ (Healthcare network system accreditation)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีคุณสมบัติของสถานพยาบาลที่ขอรับรองเครือข่ายสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพครบถ้วน</li> <li>2. มีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละบทและคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมตามมาตรฐานเครือข่ายสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพที่คณะกรรมการกำหนด ไม่ต่ำกว่า 2.5</li> <li>3. สถานพยาบาลที่พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพแสดงให้เห็นถึงการนำหลักคิดสำคัญของการพัฒนาเครือข่าย (Principle of HNA) มาใช้ในการพัฒนาเครือข่ายครบถ้วน</li> <li>4. กรณีสถานพยาบาลที่ขอพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด ต้องแสดงให้เห็นถึงการดำเนินงานการขับเคลื่อนร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญอย่างเป็นรูปธรรม</li> </ol>





### ก. แบบฟอร์มการประเมินผลการปฏิบัติงาน

แบบประเมินการคัดเลือกผู้มีความรู้ด้านวิชาชีพเข้าโปรแกรมพัฒนาผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการเข้าฝึกในหลักสูตร External Surveyor Preparation Programme: HA 451

เกณฑ์การประเมินคุณสมบัติและสมรรถนะ

ลำดับ	คุณสมบัติและสมรรถนะ	Yes	No
1	อายุ 35 ปีขึ้นไป		
2	สำเร็จการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง		
3	มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 10 ปี ในด้านบริการสุขภาพหรือประสบการณ์ด้านงานคุณภาพอย่างน้อย 5 ปี		
4	มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ / ระบบบริการสุขภาพ		
5	มีความรู้และความเข้าใจในแนวคิดคุณภาพและเครื่องมือคุณภาพ		
6	มีความรู้และความเข้าใจในมาตรฐาน HA		
7	ผ่านการอบรมหลักสูตร HA 501 การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี		
8	มีทักษะการสื่อสารที่ดี		
9	มีทักษะการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดี		

.....  
(.....)

ผู้เข้าอบรม

วันที่.....

1. เกณฑ์ทั่วไปสำหรับการคัดเลือกจากผู้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร 451 External Surveyor เพื่อเป็นผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ

ระดับความคิดเห็น	ระดับคะแนนความคิดเห็น (มากที่สุด-น้อยที่สุด)				
	5	4	3	2	1
หัวข้อการประเมิน					
1. ความรู้ ความเข้าใจในมาตรฐาน HA หมายถึง ความสามารถในการอธิบายความเชื่อมโยงของมาตรฐาน HA ในแต่ละตอน แต่ละข้อได้					
2. การรวบรวมข้อมูล และคิดวิเคราะห์ (Data Collection & Analytical Thinking) หมายถึง ความสามารถในการค้นหาและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการเยี่ยมสำรวจ และสามารถใช้อ้างอิงที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์เพื่อประเมินสถานการณ์และระบุประเด็นสำคัญที่เชื่อมโยงกับมาตรฐานและความต้องการของสถานพยาบาล					
3. ทักษะการคิดเชิงระบบ (System thinking) หมายถึง ความสามารถในการคิดแบบภาพรวมที่เป็นระบบ มีส่วนประกอบย่อย มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงจากส่วนย่อยไปหาส่วนใหญ่ คิดอย่างมีเหตุมีผล เน้นการแก้ปัญหาอย่างชาญฉลาดเพื่อให้เกิดความถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว					
4. การอภิปรายและแสดงความคิดเห็น หมายถึง การมีส่วนร่วมในการพูดคุย แสดงความคิดเห็น ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น แสดงความคิดเห็นได้ตรงประเด็น มีความสมเหตุสมผล					
5. ความรับผิดชอบทำงานตามที่ได้รับมอบหมาย หมายถึง มีการแสดงออกถึงการทบทวนบทเรียนในแต่ละวัน ทำงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จ ตามเป้าหมาย ระยะเวลาที่กำหนด งานนั้นมีความถูกต้อง ครบถ้วน					
6. ความสามารถในการปรับตัว หมายถึง ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับสภาวะแวดล้อมที่กดดัน หรือสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงได้					
7. ความสามารถในการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการรับและส่งสาร การตีความ มีวัฒนธรรมในการใช้ภาษาเพื่อถ่ายทอดความคิด ความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึก และทักษะของตนเอง เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา และคำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต					
8. การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม หมายถึง การมีบทบาทในการทำกิจกรรมต่างๆ ของกลุ่ม เช่น การวางแผน กำหนดเป้าหมาย การลงมือปฏิบัติร่วมกับสมาชิกในทุกๆ กิจกรรมของกลุ่ม					
รวมความถี่ =					
ความถี่ X ระดับคะแนน =					
รวมคะแนนทั้งหมด					



## 2. แบบฟอร์มการประเมินผลการปฏิบัติงานผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ

### 2.1 แบบประเมินการพัฒนาศักยภาพของผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ ชั้นตอนที่ 1

See Programme



FM-ACD-031-1  
Date: 01/12/2562

---

แบบประเมินการพัฒนาศักยภาพของผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ (Surveyor In Training ; SIT)  
ชั้นตอนที่ 1 See Program

วัตถุประสงค์การฝึกเยี่ยมชั้นที่ 1:

1. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้สัมผัสกับบรรยากาศจริงของการเยี่ยมสำรวจ
2. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้เรียนรู้ ขั้นตอน และเทคนิคการเยี่ยมสำรวจของผู้เยี่ยมสำรวจ
3. เป็นโอกาสให้ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซักถาม และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับผู้เยี่ยมสำรวจ

ชื่อผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ..... ครูฝึกเยี่ยมสำรวจ.....

โรงพยาบาล..... กิจกรรม  A  RS วันที่.....

ความหมายระดับคะแนน 1 = need mentor, 2 = need improvement, 3 = acceptable

เกณฑ์การประเมินบรรณระ	ระดับคะแนน					
	SIT			ครูฝึก		
	1	2	3	1	2	3
การปรับตัว (Adaptability)						
การรวบรวมข้อมูล และคิดวิเคราะห์ (Data Collection & Analytical Thinking)						
กิตติยนิยม (Appreciation Inquiry)						
การสื่อสาร (Communication)						
การทำงานเป็นทีม (Team work)						

ความเห็นของผู้ฝึกเยี่ยมต่อการบรรณระตนเอง และอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

บทเรียนที่ได้จากการฝึกใน See Program

.....

.....

.....

.....

.....

หน้า 1 จาก 2



แผนพัฒนาตนเองเพื่อส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการฝึกเยี่ยมสำรวจให้บรรลุเป้าหมายการเป็นผู้เยี่ยม  
สำรวจวิชาชีพ และเหมาะสมกับท่าน

.....

.....

.....

(.....)

**ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ**

**ความเห็นของครูฝึกเยี่ยมสำรวจ**

.....

.....

**แผนพัฒนาตนเองของครูฝึกเยี่ยมสำรวจ**

.....

.....

.....

(.....)

**ครูฝึกเยี่ยมสำรวจ**

เกณฑ์การประเมิน SEE Program	คำชี้แจง
ประเมิน 4 เรื่อง คือ การปรับตัว ทัศนคติ/จิต การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม (โดยประเมินเพิ่มในข้อการรวบรวม ข้อมูล/ศิววิเคราะห์ เพื่อวางแผนพัฒนาต่อ)	ให้ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ (SM) ประเมินตนเองก่อน และ ครูฝึกเยี่ยมสำรวจประเมิน เพื่อให้คำปรึกษาแนวทางการ การพัฒนาตนเอง
<b>เกณฑ์</b> หัวข้อการปรับตัวต้องได้คะแนน $\geq 2$ ร้อยละ หัวข้อ การรวมทีมข้อมูล/ศิววิเคราะห์ไม่นับ เป็นตัวหว เนื่องจากต้องใช้ประสบการณ์ในการเจ็วผู้และ ฝึกปฏิบัติในช่วงระยะเวลาหนึ่ง	

## 2.2 แบบประเมินการพัฒนาศักยภาพของผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ ขั้นตอนที่ 2 Try Programme



FM-ACD-032-01  
 Date: 01/12/2562

---

**แบบประเมินการพัฒนาศักยภาพของผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ (Surveyor In Training : SIT)**

**ขั้นตอนที่ 2 Try Program**

วัตถุประสงค์การฝึกเยี่ยมขั้นที่ 2:

1. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ฝึกการวิเคราะห์แบบประเมินตนเองของโรงพยาบาล
2. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ทดลองวางแผนการเยี่ยมสำรวจ เครื่องการเยี่ยมสำรวจร่วมกับทีม
3. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ทดลองปฏิบัติเยี่ยมสำรวจ ภายใต้การดูแลของผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์
4. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ทดลองสรุปผลการเยี่ยมสำรวจร่วมกับทีม
5. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ทดลองฝึกเขียนรายงานที่ได้รับมอบหมาย

ชื่อผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ..... ครูฝึกเยี่ยมสำรวจ .....

โรงพยาบาล..... กิจกรรม  AS  RS วันที่.....

ความหมายระดับคะแนน 1 = need mentor, 2 = need improvement, 3 = acceptable

เกณฑ์การประเมินสมรรถนะ	ระดับคะแนน					
	SIT			ครูฝึก		
	1	2	3	1	2	3
ความรู้มาตรฐาน HA (HA Standard)						
<i>การปรับตัว (Adaptability)</i>						
การรวบรวมข้อมูล และคิดวิเคราะห์ (Data Collection & Analytical Thinking)						
<i>กัลยาณมิตร (Appreciation Inquiry)</i>						
<i>การสื่อสาร (Communication)</i>						
<i>การวิเคราะห์แบบประเมินตนเอง : ระบุประเด็นสำคัญจาก แบบประเมินตนเอง</i>						
การวางแผน (Planning)						
<i>การทำงานเป็นทีม (Team work)</i>						
การเขียนรายงาน (Report Writing)						

ความเห็นของผู้ฝึกต่อสมรรถนะตนเอง และอื่นๆ

.....

.....

.....

หน้า 1 จาก 3



FM-ACD-032-01

Date: 01/12/2562

บทเรียนที่ได้จากการฝึกใน Try Program

.....  
.....  
.....

แผนพัฒนาตนเองเพื่อให้มีสมรรถนะที่เป็นผู้เยี่ยมสำรวจมืออาชีพ

.....  
.....  
.....

(.....)  
ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ

ความเห็นของครูฝึกเยี่ยมสำรวจ

.....  
.....  
.....

แผนพัฒนาต่อเนื่องของครูฝึกเยี่ยมสำรวจ

.....  
.....  
.....

(.....)  
ครูฝึกเยี่ยมสำรวจ

หน้า 2 จาก 3



เกณฑ์การประเมิน TRY Program	คำชี้แจง
ประเมิน 6 เรื่อง เพิ่มหัวข้อ การวิเคราะห์แบบประเมินตนเอง และการวางแผน (โดยประเมินเพิ่มในข้อ ความรู้มาตรฐาน และการรวบรวมข้อมูล/สถิติวิเคราะห์ เพื่อวางแผนพัฒนาต่อ)	ให้ผู้ฝึกเขียนสำรวจ (SIT) ประเมินตนเองก่อน และครูฝึกเขียนสำรวจประเมิน เพื่อให้คำปรึกษาแนวทางการพัฒนาตนเอง
<b>เกณฑ์</b> หัวข้อการปรับตัวต่อโรคแอนแทรกซ์ 3 กัลยาณมิตร การสื่อสาร (การทำงานเป็นทีม $\geq 2$ และภาพรวม $\geq 1.5$ )	
<b>หมายเหตุ</b> หัวข้อความรู้มาตรฐาน และการรวบรวมข้อมูล/สถิติวิเคราะห์ ไม่นำมาเป็นตัวหาร เนื่องจากต้องใช้ประสบการณ์ในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในช่วงระยะเวลาหนึ่ง	

## 2.3 แบบประเมินการพัฒนาศักยภาพของผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ ชั้นตอนที่ 3 Act Programme



FM-ACD-033-01  
Date: 01/12/2562

**แบบประเมินการพัฒนาศักยภาพของผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ (Surveyor In Training ; SIT)**

**ชั้นตอนที่ 3 Act Program**

วัตถุประสงค์การฝึกเยี่ยมชั้นที่ 3:

1. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ฝึกการวิเคราะห์แบบประเมินตนเองของโรงพยาบาลในการดูแล/ระบบที่รับผิดชอบ
2. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้พลองวางแผนการเยี่ยมสำรวจเตรียมการเยี่ยมสำรวจในการดูแล/ระบบที่รับผิดชอบร่วมกับทีม
3. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ทดลองปฏิบัติเยี่ยมสำรวจจริงในการดูแล/ระบบที่รับผิดชอบภายใต้การดูแลของผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์
4. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ทดลองสรุปผลการเยี่ยมสำรวจในการดูแล/ระบบที่ได้รับมอบหมายร่วมกับทีม
5. ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจได้ทดลองฝึกเขียนรายงานที่ได้รับมอบหมาย

ชื่อผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ..... ครูฝึกเยี่ยมสำรวจ .....

โรงพยาบาล..... กิจกรรม  AS  RS วันที่.....

ความหมายระดับคะแนน 1 - need mentor, 2 - need improvement, 3 - acceptable

เกณฑ์การประเมินสมรรถนะ	ระดับคะแนน					
	SIT			ครูฝึก		
	1	2	3	1	2	3
ความรู้มาตรฐาน HA (HA Standard)						
การปรับตัว (Adaptability)						
การรวบรวมข้อมูล และคิดวิเคราะห์ (Data Collection & Analytical Thinking)						
กัลยาณมิตร (Appreciation Inquiry)						
การสื่อสาร (Communication)						
การวิเคราะห์แบบประเมินตนเอง : ระบุประเด็นสำคัญจากแบบประเมินตนเอง						
การวางแผน (Planning) : นำประเด็นสำคัญจากการวิเคราะห์เอกสารมาวางแผน						
การทำงานเป็นทีม (Team work)						
การเขียนรายงาน (Report Writing) : ความสอดคล้อง/ความเข้าใจมาตรฐาน						

หน้า 1 จาก 3





ความเห็นของผู้ฝึกเขียนต่อสมรรถนะตนเอง และอื่นๆ

.....  
.....  
.....

บทเรียนที่ได้จากการฝึกใน Act Program

.....  
.....  
.....

แผนพัฒนาตนเองเพื่อให้มีสมรรถนะเป็นผู้เขียนสำรวจมืออาชีพ

.....  
.....  
.....

.....  
(.....)

ผู้ฝึกเขียนสำรวจ

ความเห็นของครูฝึกเขียนสำรวจ

.....  
.....  
.....

แผนพัฒนาต่อเนื่องของครูฝึกเขียนสำรวจ

.....  
.....  
.....

.....  
(.....)


ครูฝึกเขียนสำรวจ



เกณฑ์การประเมิน ACT Program	คำชี้แจง
ประเมินครบทุกหัวข้อ รวม 9 หัวข้อ (โดยประเมิน เพิ่มในหัวข้อการเขียนรายงานเพื่อวางแผนพัฒนาต่อ) <b>เกณฑ์</b> หัวข้อการปรับตัวต้องได้คะแนน $\geq 3$ กัลยาณมิตร การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม $\geq 2.5$ การวิเคราะห์แบบประเมินตนเอง การวางแผน $\geq 2$ และภาพรวม $\geq 2$ <b>หมายเหตุ</b> หัวข้อการเขียนรายงานไม่นำมาจับเป็น ตัวหาร เนื่องจากต้องใช้ประสบการณ์ในการเรียนรู้ และมีกฎปฏิบัติในช่วงระยะเวลาหนึ่ง	ให้ผู้ฝึกเขียนสำรวจ (SIT) ประเมินตนเองก่อน และ ครูฝึกเยี่ยมสำรวจประเมิน เพื่อให้คำปรึกษาแนวทาง การพัฒนาตนเอง



## 2.4 แบบประเมินเพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ (New Surveyor)



FM-ACD-037-01  
Date: 1/12/2563

**แบบประเมินเพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพผู้เยี่ยมสำรวจ**

วัตถุประสงค์:  
เพื่อประเมินศักยภาพผู้เยี่ยมสำรวจระดับ *New Surveyor* และพัฒนาผู้เข้ารับการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ ระดับ *Competence Surveyor*

ชื่อผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ ..... ชื่อผู้ประเมิน .....

โรงพยาบาล ..... กิจกรรม  AS  RS วันที่ .....

สมาชิกในทีมผู้เยี่ยมสำรวจ .....

ความหมายระดับคะแนน 1 = need mentor 2 = need improvement 3 = acceptable

เกณฑ์การประเมินสมรรถนะ	ระดับคะแนน					
	New Surveyor			ผู้ประเมิน		
	1	2	3	1	2	3
<b>1. ความรู้มาตรฐาน HA (HA Standard)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>ความเข้าใจในเป้าหมาย และประเด็นสำคัญของมาตรฐาน</li> <li>ความสามารถในการประยุกต์มาตรฐานในการเยี่ยมสำรวจหน่วยงานสถานพยาบาล</li> </ul>						
<b>2. การปรับตัว (Adaptability)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>มีความตั้งใจ อดทน มุ่งมั่น เรียนรู้และพัฒนาตนเองเพื่อเป็นผู้เยี่ยมสำรวจที่ดี</li> <li>มีความรับผิดชอบ สามารถส่งมอบงานได้ตามเวลาที่กำหนด</li> <li>สามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าตามสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม</li> <li>ตรงต่อเวลา</li> </ul>						
<b>3. กิตติยาคิร (Appreciation Inquiry)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>สามารถใช้ทักษะการเป็น coach เพื่อสร้างการเรียนรู้ในระหว่งการเยี่ยมสำรวจ ด้วยความเข้าใจในบริบทของสถานพยาบาล</li> <li>ใส่ใจต่อความรู้สึก รับฟังและเคารพในความคิดเห็นของผู้รับการเยี่ยมสำรวจ</li> <li>สามารถสร้างทัศนคติที่ดีกับผู้รับการเยี่ยมสำรวจได้</li> </ul>						

หน้า 1 จาก 3



เกณฑ์การประเมินสมรรถนะ	ระดับคะแนน					
	New Surveyor			ผู้ประเมิน		
	1	2	3	1	2	3
<b>4. การวางแผน (Planning)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>สามารถวิเคราะห์ และระบุประเด็นสำคัญจากการศึกษาวิจัยรวมการประเมินตนเองของโรงพยาบาลได้</li><li>สามารถนำผลการวิเคราะห์แบบประเมินตนเองนำมาวางแผนการเขียนล่วงหน้า ร่วมกับทีมเยี่ยมสำรวจได้</li></ul>						
<b>5. การสื่อสาร (Communication)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>สามารถสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการสนทนาอย่างเปิดเผย</li><li>เป็นผู้ที่ฟังที่ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย วัตถุประสงค์ความรู้สึกลึกและบรรยากาศของการสนทนา</li><li>สามารถอธิบายเรื่องที่ยุ่งยากซับซ้อน ให้เข้าใจง่าย</li><li>สามารถสื่อสารสิ่งที่พบที่จริงเป็นจุดเด่น และโอกาสพัฒนาได้เหมาะสมกับสถานการณ์ และกระตุ้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้</li></ul>						
<b>6. การทำงานเป็นทีม (Team work)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>สามารถทำงานร่วมกับสมาชิกในทีมผู้เยี่ยมสำรวจอย่างราบรื่น มีเป้าหมายร่วมกันในการสร้างการเรียนรู้และสร้างคุณค่าให้กับสถานพยาบาล</li><li>สามารถนำประเด็นที่พบจากการเยี่ยมมาแลกเปลี่ยน และเชื่อมโยง เพื่อให้ได้ข้อสรุปในทิศทางเดียวกัน</li></ul>						
<b>7. การรวบรวมข้อมูล และคิดวิเคราะห์ (Data Collection &amp; Analytical Thinking)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>สามารถค้นหา รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการเขียนสำรวจ</li><li>สามารถใช้เทคนิคที่หลากหลายในการรวบรวมข้อมูล เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การฟัง และ การศึกษาเอกสาร</li><li>สามารถนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากทีมมาประมวลผลทบทวน เพื่อประเมินสถานการณ์</li><li>สามารถนำข้อมูลที่รวบรวมได้ มาวิเคราะห์เพื่อระบุประเด็นสำคัญที่เชื่อมโยงกับมาตรฐาน และความต้องการของสถานพยาบาล</li></ul>						




เกณฑ์การประเมินสมรรถนะ	ระดับคะแนน					
	New Surveyor			ผู้ประเมิน		
	1	2	3	1	2	3
<b>8. การเขียนรายงาน (Report writing)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• สามารถเขียนรายงานด้วยภาษาที่กระชับได้ใจความ ตรงประเด็น สอดคล้องกับมาตรฐาน</li> <li>• เขียนรายงานเสร็จสิ้นภายในเวลาที่กำหนด</li> </ul>						
<b>9. จริยธรรมของผู้เยี่ยมสำรวจ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ไม่เปรียบเทียบกับผลการปฏิบัติงานระหว่างสถานพยาบาล</li> <li>• ไม่ทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่าสถานพยาบาลจะได้รับรางวัลหรือโทษที่ยังไม่ประกาศอย่างเป็นทางการจาก สภพ.</li> <li>• ไม่ถ้อยภาค ไม่อวดเสีย ไม่ถ้อยวิดีไอ ไม่ขอเอกสารหรือตัวอย่างของสถานพยาบาลในขณะที่ปฏิบัติงาน</li> <li>• เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยญาติ เจ้าหน้าที่สถานพยาบาล และผู้เยี่ยมสำรวจด้วยกัน</li> </ul>						

ผู้ประเมิน	ผู้เขียนสำรวจใหม่
<b>ความเห็นอื่นๆ</b> ..... ..... .....	<b>ความเห็นอื่นๆ</b> ..... ..... .....
<b>แผนพัฒนาตนเอง</b> ..... ..... .....	<b>แผนพัฒนาตนเอง</b> ..... ..... .....

(.....)  
ผู้ประเมิน

(.....)  
ผู้เขียนสำรวจใหม่

### 3. แบบประเมินเพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ (Potential Surveyor Team Leader)


FM.ACD-049.01  
Date: \_\_\_\_\_

**แบบประเมินการพัฒนาศักยภาพ การเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ  
(Potential Lead Team Surveyor)**

วัตถุประสงค์ :  
เพื่อประเมินศักยภาพผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์ในศักยภาพ Existing Surveyor) และพัฒนาเข้าสู่  
การเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

ชื่อผู้ฝึกหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ .....

ชื่อครูฝึกเยี่ยมสำรวจ .....

โรงพยาบาล .....

จังหวัด .....

วันที่ .....

กิจกรรม  AS  RS  SS

TRY ครั้งที่ ..... ประเภท  S  M  F .....

ACT ครั้งที่ ..... ประเภท  S  M  F .....

ขั้นตอนการฝึกหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ จำนวน 3 ครั้ง / ปี ครั้งที่ 1) TRY 1 2) ACT 1 3) ACT 2

ขั้นตอนที่	เกณฑ์คะแนนการประเมินสมรรถนะ
Try	Overall ไม่น้อยกว่า 2.0
Act 1	Overall ไม่น้อยกว่า 2.5
Act 2	Overall ไม่น้อยกว่า 2.5-3.0 เกณฑ์ขั้นต่ำเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ ข้อ 1-7 คะแนนไม่ต่ำกว่า 2.5 ข้อ 8-9 คะแนนไม่ต่ำกว่า 3.0

ความหมายระดับคะแนน (Rating scale 3 Level)  
1 ≤ 50% 2 = 51 - 80% 3 ≥ 80%

หน้า 1 จาก 3



เกณฑ์การประเมินสมรรถนะ	ระดับคะแนน					
	ผู้เยี่ยมสำรวจ			ครูฝึก		
	1	2	3	1	2	3
1. <b>การวิเคราะห์</b> สามารถสรุปประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาล และสะท้อนให้เห็นแก่ผู้เยี่ยมสำรวจอื่นๆ / อธิบายความเชื่อมโยงของกระบวนการและผลลัพธ์ได้						
2. <b>การมองภาพใหญ่</b> สามารถประยุกต์ใช้ HA Systems Approach model ในการเยี่ยมสำรวจให้เกิดประโยชน์สูงสุด เชื่อมโยงการพัฒนาตั้งแต่ระดับความปลอดภัยถึงมิติด้านจิตปัญญา เชื่อมโยงกับทิศทางประเทศและระดับสากลได้						
3. <b>การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี</b> สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้บริหารของโรงพยาบาล ทำให้เกิดความเชื่อมั่น ครีตคา ไว้วางใจและสร้างความรู้สึกผูกพันในการพัฒนาต่อเนื่อง / มีทักษะเจรจาที่ดีและสามารถพูดคุยในประเด็นที่อ่อนไหวกับผู้บริหารโรงพยาบาลเพื่อให้มีการแก้ไขปรับปรุง						
4. <b>การวางแผนเยี่ยมสำรวจ</b> มีการระบุประเด็นสำคัญจากการวิเคราะห์รายงานการประเมินตนเอง นำภาวะแผนการเยี่ยมลงนามร่วมกับผู้เยี่ยมสำรวจ, เลือกประเด็นสำคัญลักษณะบูรณาการ สอดคล้องกับปัญหาของโรงพยาบาลได้						
5. <b>การสรุปความเห็นร่วมกับผู้เยี่ยมสำรวจ</b> หลังการเยี่ยมสามารถประมวลภาพรวม ระบุจุดแข็งและโอกาสพัฒนา ที่เชื่อมโยงมาตรฐานและสอดคล้องกับบริบท - ปัญหาของโรงพยาบาลแต่ละระดับ						
6. <b>การให้คะแนนตาม scoring guideline</b> สามารถนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาระบุจุดแข็งและโอกาสพัฒนาในแต่ละหัวข้อของมาตรฐาน						
7. <b>การเขียนรายงาน</b> สามารถเขียนรายงานที่ชัดเจน ตรงประเด็น (Key Themes) สร้างคุณค่าในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่องตามบริบทและสามารถยกระดับความก้าวหน้าของโรงพยาบาลได้						
8. <b>การจัดการความขัดแย้ง (Conflict Management)</b> สามารถประเมินและคาดการณ์ปัญหาความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้น ใช้วิธีการอย่างสร้างสรรค์ในการแก้ไขสถานการณ์อย่างเป็นกลาง จัดการความขัดแย้งได้ดี, มีทักษะในการเจรจาต่อรอง สร้างทัศนคติเชิงบวก สื่อสารประเด็นที่อ่อนไหวกับผู้บริหารสถานพยาบาลเพื่อยอมรับและยินดีปรับปรุงแก้ไข						
9. <b>ภาวะผู้นำ</b> สามารถสร้างแรงจูงใจให้ทีมปฏิบัติงานให้สำเร็จบรรลุเป้าหมายร่วม, มีการควบคุมอารมณ์ที่ดี EQ: Emotional Quotient) / ทัศนคติดี (เป็นที่น่าเคารพ ปรึกษาจาก ใส่ใจต่อความรู้สึกสับสนที่งานคิดเห็นและปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน), ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาหรือข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นในทีม, ความเสียสละและความรับผิดชอบต่อทีม, การตัดสินใจที่ดี						



FM ACD 049 01

Date: \_\_\_\_\_

เกณฑ์การประเมินสมรรถนะ	ระดับคะแนน					
	ผู้เยี่ยมสำรวจ			ครูฝึก		
	1	2	3	1	2	3
สรุปผลคะแนน						

ประเมินผลการฝึกเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ (เลือกได้ 1 ข้อ)

- มีความสามารถเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจได้
- มีโอกาสพัฒนาศักยภาพในการเป็นหัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจในครั้งต่อไป


ครูฝึกเยี่ยมสำรวจ	ผู้เยี่ยมสำรวจ
ความเห็นอื่นๆ	ความเห็นอื่นๆ
.....	.....
.....	.....
.....	.....
แผนพัฒนาตนเอง	แผนพัฒนาตนเอง
.....	.....
.....	.....
.....	.....

.....  
 (.....)  
 ครูฝึกเยี่ยมสำรวจ

.....  
 (.....)  
 ผู้เยี่ยมสำรวจ



#### 4. แบบประเมินตนเองของผู้เยี่ยมสำรวจจากเพื่อนร่วมทีมเยี่ยมสำรวจ



(ร่าง) แบบประเมินความคิดเห็นต่อทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

---

**วัตถุประสงค์ :**  
เพื่อประเมินตนเองและผู้เยี่ยมสำรวจที่ร่วมทีม และนำมาใช้ประโยชน์ในการเรียนรู้ เพื่อวางแผนพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

**โรงพยาบาล**..... **กิจกรรม** AS RS

**วันที่**..... ท่านเป็นผู้เยี่ยมทีมใด 1 2 3 4 5 .....

**คำชี้แจง :** ขอให้ท่านประเมินตนเองและผู้เยี่ยมสำรวจที่ได้ร่วมเขียนกับท่านในแต่ละทีม ใส่ค่าคะแนน ความหัวข้อในช่องแต่ละทีม โดยมีเกณฑ์คะแนนคือ 1 = ครรปรังปรุง 2 = พอใช้ 3 = ดี 4 = ดีมาก 5 = ดีเยี่ยม (คำอธิบายหัวข้อประเมิน อยู่ในภาคผนวก)

หัวข้อ	สมาชิกร่วมทีม				
	ทีม 1	ทีม 2	ทีม 3	ทีม 4	ทีม 5
1. การเตรียมทีม และการทำงานเป็นทีม					
2. การสื่อสาร (Communication)					
3. การรวบรวมข้อมูลและคิดวิเคราะห์ (Data Collection /Analytical Thinking)					
4. การสรุปประเด็นสำคัญ					
5. การบริหารเวลา					
6. จริยธรรมของผู้เยี่ยม					

**ความเห็นอื่นๆ**

.....

.....

.....

( ..... )

ผู้ประเมิน

(ร่าง)แบบประเมินความคิดเห็นต่อทีมผู้เยี่ยม 09-03-2563

คำอธิบาย ประกอบหัวข้อในการประเมิน


หัวข้อ	คำอธิบาย
การเตรียมทีม และการทำงานเป็นทีม	สามารถทำงานร่วมกับสมาชิกอื่นในทีมเตรียมสำรวจโดยมีเป้าหมายร่วมกัน นำประเด็นที่พบจากการเยี่ยมชมมาแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงเพื่อให้ได้ข้อสรุปไปในทิศทางเดียวกัน (การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก่อนเยี่ยม , การส่งต่อข้อมูลระหว่างกัน ขณะเยี่ยม , การ scoring มีก้าวแลกเปลี่ยนประเด็นขณะ score)
การสื่อสาร (Communication)	สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับการเยี่ยม สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการสนทนาอย่างเปิดใจ เป็นผู้ฟังที่ดี ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไวต่อการรับรู้ความรู้สึกและบรรยากาศของการสนทนา สามารถสื่อสารสิ่งใหม่ทั้งที่เป็นจุดเด่นและโอกาสพัฒนาได้เหมาะสมกับสถานการณ์ และกระตือรือร้นต่อการเปลี่ยนแปลงเรียนรู้
การรวบรวมข้อมูลและคิดวิเคราะห์ (Data Collection & Analytical Thinking)	สามารถค้นหาและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการเยี่ยมชมสำรวจ สามารถใช้เทคนิคที่หลากหลายในการรวบรวมข้อมูล เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนาเชิงเจาะลึก การฟัง และการศึกษาเอกสาร สามารถใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์เพื่อประเมินสถานการณ์และระบุประเด็นสำคัญที่เชื่อมโยงกับมาตรฐานและความต้องการของสถานพยาบาลตามบริบท
การสรุปประเด็นสำคัญ	สามารถสรุปประเด็นสำคัญที่เป็นประโยชน์สำหรับการเรียนรู้ ทั้งประเด็นสำคัญระดับหน่วยงาน ระดับทีมระบบ ระดับโรงพยาบาล และประเด็นสำคัญที่เป็นภาพรวมขององค์กร (การสรุปประเด็นที่ได้จากการตามรอยหน้างาน / จากทีมเชิงระบบ, การจัดลำดับความสำคัญ , การสรุปประเด็นเพื่อเตรียม exit )
การเว้นทิวเวลา	การรักษานเวลา / ความตรงต่อเวลา
จริยธรรมของผู้เยี่ยม	ไม่เปรียบเทียบผลระหว่างสถานพยาบาล, ไม่ทำให้สถานพยาบาลเข้าใจผิด, ได้รับการรับรองโดยยังไม่ประกาศอย่างเป็นทางการจาก สทพ. เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ญาติ เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล และผู้เยี่ยมสำรวจด้วยกัน

ร่าง แบบประเมินความพึงพอใจทีมผู้เยี่ยม 04 2563



## 5. บันทึกข้อตกลงระหว่างผู้เยี่ยมสำรวจ กับ สถาบันฯ

### 5.1 บันทึกข้อตกลงการพัฒนาเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ

  
บันทึกข้อตกลงการพัฒนาเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ  
ระหว่างสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
กับ  
(ชื่อ) .....

ชื่อตกลงเลขที่...../.....

บันทึกข้อตกลงฉบับนี้ทำ ณ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ชั้น ๕ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซอยสาทรารณสุข ๖ กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๓๐๐๖ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ระหว่างสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) โดย .....ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “สถาบันฯ” และ(ชื่อ) .....อยู่บ้านเลขที่.....ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “ผู้เยี่ยมสำรวจ” โดยผู้ปฏิบัติงานของผู้เยี่ยมสำรวจ (ถ้ามี) ให้ความเห็นชอบในการจัดทำข้อตกลงฉบับนี้

ข้อ ๑ สถาบันและผู้เยี่ยมสำรวจจะร่วมกันพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้เยี่ยมสำรวจจนสามารถทำหน้าที่เป็นผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบันได้

ข้อ ๒ บทบาทหน้าที่ของผู้เยี่ยมสำรวจ  
ผู้เยี่ยมสำรวจจะมีบทบาทหน้าที่ต่อไปนี้

- ๒.๑ เข้าร่วมเรียน รู้ตามหัวข้อหรือโปรแกรม ที่สถาบันกำหนด
- ๒.๒ ฝึกปฏิบัติภาคสนามภายใต้การดูแลของสถาบันดังต่อไปนี้
  - ๒.๒.๑ ร่วมสังเกตการเยี่ยมสำรวจจำนวน ๑ ครั้ง (ระยะเวลาอย่างน้อย ๒ วัน)
  - ๒.๒.๒ ทดลองปฏิบัติการเยี่ยมสำรวจภายใต้การดูแลของครูฝึกหรือผู้เยี่ยมสำรวจอายุไม่เกิน ๓ ครั้ง
  - ๒.๒.๓ ปฏิบัติหน้าที่เสมือนผู้เยี่ยมสำรวจได้ภายใต้การให้คำปรึกษาของครูฝึกหรือผู้เยี่ยมสำรวจอาวุโสในสถานพยาบาลที่เลือกขณะแตกต่างกัน อย่างน้อย ๒ ครั้ง
  - ๒.๓ ปฏิบัติตามมาตรฐานและจรรยาบรรณของผู้เยี่ยมสำรวจซึ่งสถาบันกำหนด
  - ๒.๔ มีมติจัดสรรเวลาเพื่อทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจอย่างน้อยเดือนละ ๒ วัน เป็นเวลา ๒ ปี หากได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ
- ๒.๕ หากไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามข้อตกลงในข้อ ๒.๔ ผู้เยี่ยมสำรวจ ยินดีขอใช้ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากการฝึกปฏิบัติภาคสนามหรือการประชุมอบรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องคืนให้สถาบันเต็มจำนวน
- ๒.๖ ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องได้รับความเห็นชอบและการสนับสนุนจาก ผู้บังคับบัญชา ในการทำงานปฏิบัติงานในฐานะผู้เยี่ยมสำรวจให้กับสถาบัน

ข้อ ๓ บทบาทหน้าที่ของสถาบัน  
สถาบันมีบทบาทหน้าที่ต่อไปนี้

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
F.M.A.C.026-00 โทร: 14727556

๓.๓ จัดตารางการเรียนรู การพัฒนา และการปฏิบัติงานภาคสนาม พร้อมทั้งจัดให้มีครูฝึก หรือผู้เยี่ยมสำรวจอาวุโส คอยให้การดูแลและให้คำแนะนำปรึกษา

๓.๒ สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการ ฝึกอบรมและการประชุมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา ผู้ฝึก เยี่ยมสำรวจ

๓.๓ รับผิดชอบค่าเดินทางและค่าที่พักสำหรับการฝึกปฏิบัติงานภาคสนามของผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจตาม ระเบียบของสถาบัน

๓.๔ ประเมินความรู้ความสามารถของผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ เพื่อพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นผู้เยี่ยม สสำรวจ


ข้อ ๔ การแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อตกลงใดๆ ในบันทึกความร่วมมือนี้ให้กระทำได้ต่อเมื่อทั้งสองฝ่าย ตามข้อ ๑ ได้เห็นชอบร่วมกัน

บันทึกข้อตกลงนี้ ทำขึ้นสองฉบับซึ่งมีความถูกต้องเท่ากัน ผู้ตกลงทั้งสองฝ่ายต่างได้อ่านและ เข้าใจข้อความในบันทึกนี้ตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานเป็นสำคัญ โดยแต่ละฝ่ายจะเก็บ ไว้ฝ่ายละฉบับ

ทั้งนี้จะมีผลบังคับใช้ในวันถัดจากนี้เป็นต้นไป

ลงนาม.....	ลงนาม.....
( )	( )
ผู้อำนวยการสถาบัน	ผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ
ลงชื่อ..... (พยาน)	ลงชื่อ.....
( )	( )
รองผู้อำนวยการสถาบัน	ผู้บังคับบัญชา

## 5.2 บันทึกข้อตกลงการทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจ

  
**บันทึกข้อตกลง  
การทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจ  
ระหว่างสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
กับ**  
**(ชื่อ) .....**

ข้อตกลงเลขที่...../.....

บันทึกข้อตกลงฉบับนี้ทำ ณ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ชั้น ๕ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซอยสาทรารมสุข ๖ กระโหลกสารารมสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ระหว่างสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) โดย.....ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “สถาบัน” และชื่อ.....ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “ผู้เยี่ยมสำรวจ” โดยผู้บังคับบัญชาของผู้เยี่ยมสำรวจ (ถ้ามี) ให้ความเห็นชอบในการจัดทำข้อตกลงฉบับนี้

ข้อ ๑ สถาบันยินยอมให้ผู้เยี่ยมสำรวจทำหน้าที่ในนามของสถาบันเป็นระยะเวลา..... ปี นับตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....และผู้เยี่ยมสำรวจจะปฏิบัติตามปฏิบัตินำที่ผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบัน

ข้อ ๒ บทบาทหน้าที่ของผู้เยี่ยมสำรวจ  
ผู้เยี่ยมสำรวจมีบทบาทหน้าที่ต่อไปนี้  
๒.๑ ยอมรับและปฏิบัติตามปรัชญา พันธกิจและเป้าหมายของสถาบัน  
๒.๒ ทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบันตามคู่มือปฏิบัติงานผู้เยี่ยมสำรวจอย่างอิสระและเป็นกลาง

๒.๓ ปฏิบัติตามจริยธรรมของผู้เยี่ยมสำรวจซึ่งสถาบันกำหนด รวมถึงการรักษาความลับของสถานพยาบาลที่เข้าเยี่ยม

๒.๔ ให้ความสำคัญและประพฤติใช้มาตรฐานการรับรองสถานพยาบาลกับสถานพยาบาลต่างๆ อย่างเหมาะสมกับบริบทรวมทั้งมีการใช้ความรู้ทางวิชาชีพที่ทันสมัย

๒.๕ จัดสรรเวลาเพื่อทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจอย่างน้อยเดือนละ ๒ วัน

๒.๖ ประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเองและเพื่อนร่วมทีมในการทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจทุกครั้ง และรีบสื่อสารข้อบกพร่องที่ตนพบมาสู่ผู้บริหารปรับปรุงตนเอง

๒.๗ จัดทำรายงานการเยี่ยมสำรวจให้เสร็จสิ้นภายใน ๑๕ วันหลังการเยี่ยมสำรวจ

๒.๘ เพิ่มพูนความรู้และทักษะในเนื้อหาที่ มีความเชี่ยวชาญด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ

๒.๙ เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษาและฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้กับสถาบันอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๒.๑๐ การเยี่ยมสำรวจทุกครั้งจะต้องได้รับความเห็นชอบและการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา

ข้อ ๓ สถาบันมีบทบาทหน้าที่ต่อไปนี้

๓.๑ จัดตารางการเยี่ยมสำรวจ และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบในการเยี่ยมสำรวจแต่ละครั้ง

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
FM-ACP-027-00 Date: 16/07/2556

๐๓

๓๒ จัดให้มีระบบให้คำปรึกษาในผู้เยี่ยมสำรวจมีปัญหาในการแปลความหมายมาตรฐานการให้คะแนนและการตัดสินใจบ้านสถานพยาบาลเรื่องการเยี่ยมสำรวจต่อคณะกรรมการรับรองคุณภาพ

๓๓ รับผิดชอบค่าเดินทางค่าที่พักและค่าตอบแทนสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจตามระเบียบของสถานกรณี่ได้รับค่าตอบแทนเกิน ๕,๐๐๐ บาท สถานบันจะหักภาษี ณ ที่จ่ายในอัตราร้อยละ ๓ เพื่อนำส่งกรมสรรพากรตาม ภาต.๓

- ๓๔ จัดทำประกันอุบัติเหตุการเดินทางให้แก่ผู้เยี่ยมสำรวจทุกครั้งที่มีการออกปฏิบัติการ
- ๓๕ ประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อพิจารณาต่ออายุการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ
- ๓๖ จัดกิจกรรมการศึกษาและฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ผู้เยี่ยมสำรวจอย่างสม่ำเสมอ

ข้อ ๔ การแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อตกลงใดๆ ในบันทึกความร่วมมือนี้ให้กระทำได้ก่อนเมื่อทั้งสองฝ่ายตามข้อ ๓ ได้เห็นชอบร่วมกัน

บันทึกข้อตกลงนี้ ทำขึ้นสองฉบับซึ่งมีข้อความถูกต้องตรงกัน ผู้ตกลงทั้งสองฝ่ายต่างได้อ่านและเข้าใจข้อความในบันทึกนี้ดีตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานเป็นสำคัญ โดยแต่ละฝ่ายจะเก็บไว้ฝ่ายละฉบับ

ลงนาม.....	ลงนาม.....
( )	( )
ผู้อำนวยการสถานบัน	ผู้เยี่ยมสำรวจ
ลงชื่อ..... (พยาน)	ลงชื่อ.....
( )	( )
รองผู้อำนวยการสถานบัน	ผู้บังคับบัญชา

## ข. ระดับความสามารถของผู้เยี่ยมสำรวจ (Competency level of surveyor)

### 1. ระดับความสามารถในการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ (Competency level of surveyor)

สีชมพู หมายถึง Competency ผู้ที่มีศักยภาพเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ  
(Potential Surveyor = New Surveyor)

สีเหลือง หมายถึง Competency ของผู้เยี่ยมสำรวจ

สีเขียว หมายถึง หัวหน้าทีม



ความรู้ (Knowledge)

1		2		3		4		5	
1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	5
<b>เครื่องมือคุณภาพ</b>	เครื่องมือพื้นฐานในการทำงานเป็นทีม: การระดมสมอง การจัดลำดับความสำคัญ 5ส	เครื่องมือเพื่อการจัดการ: ความคิด: tree diagram, affinity diagram, mind mapping, cause-effect diagram, interrelationship diagram และเครื่องมือวิเคราะห์ทางสถิติ : control chart, Pareto diagram, pie diagram	เครื่องมือเพื่อการจัดการระบบ: เครื่องมือพัฒนาคุณภาพสำหรับโรงพยาบาล เช่น SPA, Trigger Tool, Clinical Tracer, Gap Analysis, Outcome Mapping, EEC, PEF, Patient Experience, Patient and Personnel Safety Goals, Risk Register	เครื่องมือที่ความเฉพาะ: เครื่องมือประเมินผลของผู้บริหาร เช่น BSC, 7S, Supply Chain management	เครื่องมือเพื่อการวางแผนและการประเมินผลของผู้บริหาร เช่น BSC, 7S, Supply Chain management, Design thinking	เครื่องมือเพื่อการวางแผนและการประเมินผลของผู้บริหาร เช่น BSC, 7S, Supply Chain management, Design thinking	เครื่องมือเพื่อการวางแผนและการประเมินผลของผู้บริหาร เช่น BSC, 7S, Supply Chain management, Design thinking	เครื่องมือเพื่อการวางแผนและการประเมินผลของผู้บริหาร เช่น BSC, 7S, Supply Chain management, Design thinking	เครื่องมือเพื่อการวางแผนและการประเมินผลของผู้บริหาร เช่น BSC, 7S, Supply Chain management, Design thinking
<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 ไปอธิบายได้มาตรฐาน HA ฉบับที่ 4 สนับสนุนการทำงาน HPH ของโรงพยาบาลได้อย่างไร	อธิบายการเชื่อมโยงแนวคิด HPH ให้เหมาะสมตามบริบทขององค์กร และเชื่อมโยงกับ Core value และกระตุ้นให้โรงพยาบาล นำแนวคิด HPH ไปสู่การทำงานประจำ นำแนวคิด HPH ไปอธิบายได้มาตรฐาน HA ฉบับที่ 4 สนับสนุนการทำงาน HPH ของโรงพยาบาลได้อย่างไร	อธิบายการเชื่อมโยงแนวคิด HPH ให้เหมาะสมตามบริบทขององค์กร และเชื่อมโยงกับ Core value และกระตุ้นให้โรงพยาบาล นำแนวคิด HPH ไปสู่การทำงานประจำ นำแนวคิด HPH ไปอธิบายได้มาตรฐาน HA ฉบับที่ 4 สนับสนุนการทำงาน HPH ของโรงพยาบาลได้อย่างไร	อธิบายการเชื่อมโยงแนวคิด HPH ให้เหมาะสมตามบริบทขององค์กร และเชื่อมโยงกับ Core value และกระตุ้นให้โรงพยาบาล นำแนวคิด HPH ไปสู่การทำงานประจำ นำแนวคิด HPH ไปอธิบายได้มาตรฐาน HA ฉบับที่ 4 สนับสนุนการทำงาน HPH ของโรงพยาบาลได้อย่างไร	อธิบายการเชื่อมโยงแนวคิด HPH ให้เหมาะสมตามบริบทขององค์กร และเชื่อมโยงกับ Core value และกระตุ้นให้โรงพยาบาล นำแนวคิด HPH ไปสู่การทำงานประจำ นำแนวคิด HPH ไปอธิบายได้มาตรฐาน HA ฉบับที่ 4 สนับสนุนการทำงาน HPH ของโรงพยาบาลได้อย่างไร	อธิบายการเชื่อมโยงแนวคิด HPH ให้เหมาะสมตามบริบทขององค์กร และเชื่อมโยงกับ Core value และกระตุ้นให้โรงพยาบาล นำแนวคิด HPH ไปสู่การทำงานประจำ นำแนวคิด HPH ไปอธิบายได้มาตรฐาน HA ฉบับที่ 4 สนับสนุนการทำงาน HPH ของโรงพยาบาลได้อย่างไร	อธิบายการเชื่อมโยงแนวคิด HPH ให้เหมาะสมตามบริบทขององค์กร และเชื่อมโยงกับ Core value และกระตุ้นให้โรงพยาบาล นำแนวคิด HPH ไปสู่การทำงานประจำ นำแนวคิด HPH ไปอธิบายได้มาตรฐาน HA ฉบับที่ 4 สนับสนุนการทำงาน HPH ของโรงพยาบาลได้อย่างไร



1		2		3		4		5	
1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
<p>มาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ ฉบับที่ 4, มาตรฐานเฉพาะ และมาตรฐาน เครือข่าย</p>	<p>อธิบายโครงสร้างและที่มา ของมาตรฐานได้</p>	<p>อธิบาย overall requirement ของ มาตรฐานแต่ละบทได้</p>	<p>อธิบาย multiple requirement ของ มาตรฐานแต่ละบทได้ มีความสามารถในการ ประยุกต์ใช้มาตรฐานกับ บริบท เข้าใจและสามารถประยุกต์ หลักคิดของมาตรฐานเรื่อง พยาบาลเพื่อนำมาใช้กับ มาตรฐานเฉพาะและ มาตรฐานเครือข่าย</p>	<p>อธิบายความเชื่อมโยง ระหว่างมาตรฐานบท ต่าง ๆ, ประยุกต์ core values และ context ที่ เหมาะสมกับมาตรฐาน แต่ละบทรวมทั้งสามารถที่ จะให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับ การประเมินผลสัมฤทธิ์ ของการปฏิบัติ ในแต่ละ บท ของมาตรฐานต่างๆ</p>	<p>เปรียบเทียบมาตรฐาน HA/HPH กับมาตรฐาน หรือข้อกำหนดอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้องกันได้ เช่น TOA, และมาตรฐานจาก ประเทศต่างๆเช่น JCI, DNV</p>	<p>เปรียบเทียบมาตรฐาน HA/HPH กับมาตรฐาน หรือข้อกำหนดอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้องกันได้ เช่น TOA, และมาตรฐานจาก ประเทศต่างๆเช่น JCI, DNV</p>	<p>เปรียบเทียบมาตรฐาน HA/HPH กับมาตรฐาน หรือข้อกำหนดอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้องกันได้ เช่น TOA, และมาตรฐานจาก ประเทศต่างๆเช่น JCI, DNV</p>	<p>เปรียบเทียบมาตรฐาน HA/HPH กับมาตรฐาน หรือข้อกำหนดอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้องกันได้ เช่น TOA, และมาตรฐานจาก ประเทศต่างๆเช่น JCI, DNV</p>	
<p>การประเมิน</p>	<p>แนวคิดของการประเมิน ตนเองในรูปแบบของ สปท. (Education Process) และวิธีการ ต่างๆ (เช่น SPA, Overall Scoring, Patient Safety Culture Survey) ทฤษฎีการประเมินต่างๆ</p>	<p>วิธีการและแนวคิดของการ ประเมินจากภายนอกโดย สปท. (กัลยาณมิตร ต่อ ยอด ใช้ข้อมูลโรงพยาบาล มาใช้เป็นตัวตั้งในการสร้าง การเรียนรู้) วิธีการ เช่น การตามรอย การประเมิน ได้ตามรอย การประเมิน ได้โดยไม่มีแบบประเมินหรือ ไม่) รูปแบบการประเมิน ของประเภทต่างๆ หรือของ ระบบอื่นๆ เช่น TOA, JCI</p>	<p>แนวทางการประเมินสำรวจที่ ดีและตรงประเด็น (รวม ทั้ง key area ในแต่ละ เรื่อง) วิธีการประเมินแบบ Empowerment evaluation</p>	<p>มีความรู้เพียงพอที่จะ สามารถพิจารณาและให้ข้อ เสนอแนะต่อรายงานการ ประเมินสำรวจ</p>	<p>มีความรู้เพียงพอที่จะ สามารถพิจารณาและให้ข้อ เสนอแนะต่อรายงานการ ประเมินสำรวจ</p>	<p>มีความรู้เพียงพอที่จะ สามารถพิจารณาและให้ข้อ เสนอแนะต่อรายงานการ ประเมินสำรวจ</p>	<p>มีความรู้เพียงพอที่จะ สามารถพิจารณาและให้ข้อ เสนอแนะต่อรายงานการ ประเมินสำรวจ</p>	<p>มีความรู้เพียงพอที่จะ สามารถพิจารณาและให้ข้อ เสนอแนะต่อรายงานการ ประเมินสำรวจ</p>	

	1		2		3		4		5		
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5		
ระบบสาธารณสุข	โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพ ประเทศไทย, บริบทและข้อจำกัดของ รพ. ขนาดต่างๆ และสังกัดต่างๆในประเทศไทย	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กร ครอบคลุมต่างๆ ของระบบบริการสุขภาพ มีความเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกัน เช่นระบบบริการสุขภาพด้านหน้า ระบบประกันสังคม	การมีความรู้เรื่องระบบการปฏิรูประบบสุขภาพ ของประเทศไทย และระบบบริการสุขภาพของสากล	การมีความรู้เรื่องระบบการปฏิรูประบบสุขภาพ ของประเทศไทย และระบบบริการสุขภาพของสากล	การเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับแผนแม่บทของแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี	การเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับ Health Impact Assessment (HIA) ของประเทศต่างๆ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงงานวิจัยเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ	การเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับ Health Impact Assessment (HIA) ของประเทศต่างๆ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงงานวิจัยเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ	การเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับ Health Impact Assessment (HIA) ของประเทศต่างๆ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงงานวิจัยเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ	การเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับ Health Impact Assessment (HIA) ของประเทศต่างๆ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงงานวิจัยเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ	การเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับ Health Impact Assessment (HIA) ของประเทศต่างๆ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงงานวิจัยเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ	การเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับ Health Impact Assessment (HIA) ของประเทศต่างๆ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงงานวิจัยเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ



ทักษะ (Skill)

1		2		3		4		5	
1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
<p><b>การอ่าน</b></p> <p>สามารถสืบประเด็นสำคัญในเอกสารได้รวดเร็ว</p> <p>สามารถวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนได้</p> <p>สามารถเชื่อมโยงกับ core values และข้อก้ำหนดในมาตรฐาน รวมถึงบริบทของรพ.ได้</p> <p>สามารถนำเสนอข้อมูลไม่ใช้วางแผนเชื่อมโยงสามารถอ่านเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้แก่ทีมงานได้</p>									
<p><b>การวิเคราะห์</b></p> <p>สามารถระบุกรอบความคิดต่างๆ ที่จะใช้ในการวิเคราะห์ได้</p> <p>สามารถประยุกต์กรอบความคิดในการวิเคราะห์กับสถานการณ์ต่างๆ ได้</p> <p>สามารถวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูลที่ได้รับโดยเชื่อมโยงกับองค์ประกอบสำคัญต่างๆ ของระบบได้ (บริบทและมาตรฐาน)</p> <p>สามารถจัดทำรายงานที่ตรงประเด็น สอดคล้องกับมาตรฐาน เป็นผลจากการวิเคราะห์ได้</p> <p>Feed back บทวิเคราะห์และสะท้อนให้ความคิดเห็นแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจอื่นๆ</p>									
<p><b>การมองภาพใหญ่</b></p> <p>สามารถเชื่อมต่อเหตุการณ์เล็กๆ กับประเด็นสำคัญคุณภาพและเป้าหมายองค์กรได้</p> <p>สามารถเชื่อมต่อกระบวนการระบบงานที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่พบได้</p> <p>สามารถเชื่อมโยงสิ่งที่พบหลายๆ เหตุการณ์เข้าเป็นเรื่องราวเดียวกันได้ ประมวลภาพรวม เพื่อประเมินสถานการณ์</p> <p>สามารถวิเคราะห์ปัจจัยขององค์กรที่เป็นสาเหตุของปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น</p> <p>สามารถประเมินประเด็นสำคัญมาตรฐานและสถานการณ์ของโรงพยาบาล</p> <p>สามารถประยุกต์ใช้ Bonanza model (HA Systems Approach model) ในการเยี่ยมชมสำรวจให้เกิดประโยชน์สูงสุด</p> <p>เชื่อมโยงมิติการพัฒนาตั้งแต่ระดับความปลอดภัยถึงมิติด้านจิตตปัญญา รวมถึงเชื่อมโยงกับทิศทางประเทศและระดับสากลได้</p>									

1		2		3		4		5	
1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
<b>การสร้างความสัมพันธ์ (relationship building)</b>	มีธรรมาจริยธรรมที่ยั่งยืน มีบุคลิกที่ให้ความรู้สึกอบอุ่น	สามารถสร้างความสัมพันธ์กับหน่วยงานและบุคคลที่รับการเยี่ยมชมได้	สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้บริหารของโรงพยาบาล ทำให้เกิดความเชื่อมั่น ศรัทธา ไว้วางใจ และสร้างสรรค	สามารถสร้างความสัมพันธ์กับประมุขในไทยของ รพ. สร้างความสัมพันธ์อีกทีมในการพัฒนาต่อเนื่อง	สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มการแก้ไขปรับปรุง	สามารถสร้างความสัมพันธ์กับประมุขในไทยของ รพ. สร้างความสัมพันธ์อีกทีมในการพัฒนาต่อเนื่อง	สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มการแก้ไขปรับปรุง	สามารถสร้างความสัมพันธ์กับประมุขในไทยของ รพ. สร้างความสัมพันธ์อีกทีมในการพัฒนาต่อเนื่อง	สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มการแก้ไขปรับปรุง
<b>การสังเกต</b>	มีทักษะในการสังเกตสิ่งแวดล้อม และใช้ประโยชน์ในการเยี่ยมชมสำรวจ	มีทักษะในการสังเกต flow ของกระบวนการทำงาน และใช้ประโยชน์ในการเยี่ยมชมสำรวจ	มีทักษะในการสังเกตประเด็นสำคัญที่สะท้อนการปฏิบัติตามข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐาน HA/HPH	มีทักษะในการสังเกตประเด็นสำคัญที่สะท้อนการปฏิบัติตามข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐาน HA/HPH	มีทักษะในการสังเกตประเด็นสำคัญของผู้ปฏิบัติงานและทีมที่ได้รับบริการสัมพันธ์ รวมถึงวางแผนภาษาของผู้ดูแลผู้ถูกสัมภาษณ์ และใช้ประโยชน์ในการเยี่ยมชมสำรวจ	มีทักษะในการสังเกตประเด็นสำคัญของผู้ปฏิบัติงานและทีมที่ได้รับบริการสัมพันธ์ รวมถึงวางแผนภาษาของผู้ดูแลผู้ถูกสัมภาษณ์ และใช้ประโยชน์ในการเยี่ยมชมสำรวจ	มีทักษะในการสังเกตประเด็นสำคัญของผู้ปฏิบัติงานและทีมที่ได้รับบริการสัมพันธ์ รวมถึงวางแผนภาษาของผู้ดูแลผู้ถูกสัมภาษณ์ และใช้ประโยชน์ในการเยี่ยมชมสำรวจ	มีทักษะในการสังเกตประเด็นสำคัญของผู้ปฏิบัติงานและทีมที่ได้รับบริการสัมพันธ์ รวมถึงวางแผนภาษาของผู้ดูแลผู้ถูกสัมภาษณ์ และใช้ประโยชน์ในการเยี่ยมชมสำรวจ	มีทักษะในการสังเกตประเด็นสำคัญของผู้ปฏิบัติงานและทีมที่ได้รับบริการสัมพันธ์ รวมถึงวางแผนภาษาของผู้ดูแลผู้ถูกสัมภาษณ์ และใช้ประโยชน์ในการเยี่ยมชมสำรวจ

1		2	3	4	5			
1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<b>การฟัง</b>	ทำที่รับฟังที่ทำให้ผู้พูดสะดวกใจที่จะพูด และรับรู้ว่าสิ่งที่พูดมีผู้สนใจฟัง	มีทักษะในการจับประเด็นสำคัญของสิ่งที่ได้รับฟัง รับรู้/เข้าใจปัญหาของโรงพยาบาล และนำไปใช้ประโยชน์ในการเยี่ยมสำรวจ	มีทักษะในการจับอารมณ์ความรู้สึกของผู้นำเสนอ และตอบสนทนอย่างเหมาะสม	มีทักษะในการรับรู้แนวคิดที่เป็นเบื้องหลังของสิ่งที่นำเสนอ และนำไปใช้ประโยชน์ในกิจกรรมเยี่ยมสำรวจ	มีทักษะในการรับรู้แนวคิดที่จะลึกในสิ่งที่นำเสนอ เพื่อหาเบื้องหลังการดำเนินงาน	4.5	5	
<b>การตั้งคำถาม</b>	สามารถตั้งคำถามที่มีความหมายจากข้อมูลที่เป็นที่ศึกษาล่วงหน้า	สามารถตั้งคำถามที่มีความหมายจากการรับฟัง การนำเสนอและการสังเกต	สามารถใช้การตั้งคำถามเพื่อได้สิ่งที่ได้รับการยอมรับ	สามารถตั้งคำถามที่จะลึกในสิ่งที่นำเสนอของ รพ.ที่มีความอ่อนไหว	สามารถตั้งคำถามเพื่อจะลึกในสิ่งที่นำเสนอเบื้องต้นหลังการทำงาน	4.5	5	
<b>การสะท้อนกลับ</b>	สามารถสะท้อนกลับกระบวนการกลุ่ม (group process เช่น การระดมสมองเป็นอย่างไว)	สามารถสะท้อนกลับผลงานการพัฒนาคุณภาพ (จากเอกสารหรือการนำเสนอ) สามารถสะท้อนกลับผู้เยี่ยมสำรวจในทีมได้	สามารถสะท้อนกลับในภาพรวมของการพัฒนาขององค์กร	สามารถสะท้อนกลับในระดับตัวบุคคล	สามารถสะท้อนกลับในระดับสังคมและระดับประเทศอย่างน้อยเข้าเพื่อสื่อ	4.5	5	

1		2		3		4		5	
1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
<b>กระตุนการเรียนรู้</b>	ใช้การสังเกตเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้	สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ในระหว่างการเรียนรู้	ใช้ผลงานการเรียนรู้ของคุณภาพเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ต่อเนื่อง		กระตุนการเรียนรู้โดยใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพต่างๆ		กระตุนการเรียนรู้โดยใช้ core values และเป้าหมายขององค์กร		
<b>การสรุปบทเรียน</b>	สามารถสรุปบทเรียนเพื่อการเรียนรู้ของตน รวมทั้งการไตร่ตรองจุดอ่อนของตัวเอง	สามารถสื่อสารบทเรียนที่ได้รับ ได้ร่วมเรียนรู้ เช่น การเขียนเรื่องเล่า การเขียน blog เป็นต้น	มีทักษะในการ reflection หรือ dialogue เพื่อสรุปบทเรียนของกลุ่ม เบ็ดเสร็จ feed back จากเพื่อนสมาชิก		นำเอาประเด็นข้อสงสัยหรือที่เิ่มค่าตอบชัดเจนจากการเยี่ยมสำรวจมาค้นคว้าและหาคำตอบเพิ่มเติม		ทักษะการเขียนในลักษณะบทบาทความเชิงวิชาการ จากประสบการณ์ของการเยี่ยมสำรวจเพื่อเผยแพร่ต่อสาธารณะ		
<b>การเขียน</b>	ทักษะการเขียนสรุปประเด็นสำคัญในลักษณะ bullet	ทักษะการเขียนสรุปใจความสำคัญที่กระชับได้ประเด็น	ทักษะการเขียนที่ก่อให้เกิดภาพของงานปฏิบัติที่ดีหรือปัญหาคุณภาพที่ชัดเจน		ทักษะการเขียนข้อเสนอแนะที่เป็นรูปธรรมชัดเจนเชื่อมโยงกับมาตรฐานที่เหมาะสมกับระดับการพัฒนาของโรงพยาบาลและกระตุนให้เกิดการพัฒนาในลักษณะเชื่อมโยง		มีทักษะในการเขียน Key Themes (ประมวลภาพรวมหรือภาพใหญ่ของจุดแข็งและโอกาสพัฒนา ที่เชื่อมโยงมาตรงฐานหลายข้อเข้าด้วยกัน)		

	1		2		3		4		5	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
<b>การแก้ไข สถานการณ์</b>	การรับกำหนดการและ การบริหารเวลา	สามารถประเมิน สถานการณ์ที่ตั้งเครียด และปรับเปลี่ยน approach ซึ่งก่อความช่วยเหลือ จากผู้ประกอบการ	สามารถแก้ไขสถานการณ์ ที่เป็นปัญหา พหุคูณการ บรรเทาทุกข์ของการเรียนรู้ ร่วมกันได้	สามารถแก้ไขสถานการณ์ ที่เกิดจาก ผลกระทบในหลายๆ ของ โรงพยาบาล	สามารถสร้างความรู้ ร่วมเป็นหนึ่งเดียวกัน ระหว่างโรงพยาบาลที่มี เยี่ยมสำรวจ หรือ สรพ, มีทักษะในการเจรจา ต่อรอง , สามารถจัดการ ความขัดแย้ง					

ชั้นงาน

1		2	3	4	5				
การวิเคราะห์ service profile / แบบประเมินตนเอง	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
	สามารถระบุประเด็นคุณภาพสำคัญของหน่วย/ ทีม	สามารถเขียนสิ่งที่น่าชื่นชมที่กระชับ มีเนื้อหาครอบคลุมรายละเอียดของกระบวนการและผลลัพธ์ (ถ้ามี)	สามารถวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของข้อมูลต่างๆ และระบุข้อมูลที่ไมสมบูรณ์เพิ่มเติม	สามารถเขียนประเด็นคำถามเพื่อให้งานวิเคราะห์และเรียนรู้เพิ่มเติม	สามารถเลือกใช้ทีมงานเกิดความเข้าใจใน core values และมาตรฐานที่อยู่เบื้องหลังเนื้อหาต่างๆ				
การวางแผนเขียนสำรวจ	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
	ศึกษาเอกสารและสรุปประเด็นที่ควรเข้าเขียน	สามารถสรุปประเด็นที่จะเข้าเขียนในลักษณะครบถ้วนเป็นประเด็นใหญ่และสำคัญ	สามารถกำหนดวิธีการเขียนสำรวจที่กระชับ ตรงประเด็น	สามารถสรุปประเด็นที่จะเข้าเขียนเชื่อมโยงกับบริบทขององค์กร และข้อมูลของทีมงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	สามารถวางแผนการเขียนสำรวจในลักษณะ matrix เพื่อให้การเขียนมีประสิทธิภาพสูงสุด				
การทบทวนเอกสาร	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
	สามารถระบุเอกสารและประเด็นสำคัญที่ต้องการทบทวนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานที่รับผิดชอบ	มีทักษะในการ scan เอกสารที่ดี สามารถจับประเด็นสำคัญในเอกสารได้อย่างรวดเร็ว	สามารถนำเสนอประเด็นที่ได้จากการทบทวนเอกสารไปใช้ในกิจกรรมเขียนสำรวจ	สามารถเชื่อมโยงประเด็นต่างๆ เป็นข้อสังเกตเชิงระบบที่มีความสำคัญ	สามารถทบทวนเอกสารจำนวนมากได้ในเวลาที่รวดเร็ว				

1		2		3		4		5		
1		1.5		2		2.5		3		
1		1.5		2		2.5		3		
<b>การทบทวนเวชระเบียน</b>	สามารถระบุปัญหาในเชิงรูปแบบ จะเขียนวิธีปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียน	สามารถระบุประเด็นสำคัญที่ควรมองหจากเวชระเบียนแต่ละส่วน (เช่น trigger) และระบุความเชื่อมโยงกับมาตรฐานได้	สามารถระบุประเด็นสำคัญและโอกาสพัฒนา (เช่น adverse event) ที่สอดคล้องกับมาตรฐาน	สามารถระบุประเด็นที่พบขึ้นชม	การทบทวนเวชระเบียนเพื่อวางแผนตามรอยผู้ป่วย (individual patient tracer)	สามารถนำสิ่งที่พบจากการทบทวนเวชระเบียน (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง adverse event) ไม่พูดคุยเพื่อสร้างความตระหนักและการเรียนรู้เชิงบวกแก่ทีมงานที่เกี่ยวข้อง	สามารถนำสิ่งที่พบจากการทบทวนเวชระเบียน (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง adverse event) ไม่พูดคุยเพื่อสร้างความตระหนักและการเรียนรู้เชิงบวกแก่ทีมงานที่เกี่ยวข้อง	สามารถนำสิ่งที่พบจากการทบทวนเวชระเบียน (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง adverse event) ไม่พูดคุยเพื่อสร้างความตระหนักและการเรียนรู้เชิงบวกแก่ทีมงานที่เกี่ยวข้อง	สามารถนำสิ่งที่พบจากการทบทวนเวชระเบียน (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง adverse event) ไม่พูดคุยเพื่อสร้างความตระหนักและการเรียนรู้เชิงบวกแก่ทีมงานที่เกี่ยวข้อง	สามารถนำสิ่งที่พบจากการทบทวนเวชระเบียน (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง adverse event) ไม่พูดคุยเพื่อสร้างความตระหนักและการเรียนรู้เชิงบวกแก่ทีมงานที่เกี่ยวข้อง
<b>การเยี่ยมหน่วยงาน</b>	สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้เกี่ยวข้องได้ดี สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและผ่อนคลาย - เปลี่ยนจากเหลือใจเป็นสีส้ม	สามารถใช้การสังเกตและรับฟังที่ดี จับประเด็นประเด็นที่ได้รับ การเยี่ยมแล้วเรื่องได้ ผลงานของทีมงานเป็นจุดเริ่มต้นในการพูดคุยกับทีมในหน่วยงาน	สามารถเยี่ยมและเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนและใช้เวลาสั้นที่สุด	สามารถเยี่ยมและเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนและใช้เวลาสั้นที่สุด	สามารถอธิบายประเด็นสำคัญด้านบวกของทีมงานมาสรุปประเด็นให้ทีมงานเกิดความมั่นใจและอีกทีมที่จะพัฒนาต่อ	สามารถอธิบายประเด็นผลการทำงานบวกของทีมงานมาสรุปประเด็นให้ทีมงานเกิดความมั่นใจและอีกทีมที่จะพัฒนาต่อ	สามารถอธิบายประเด็นผลการทำงานบวกของทีมงานมาสรุปประเด็นให้ทีมงานเกิดความมั่นใจและอีกทีมที่จะพัฒนาต่อ	สามารถอธิบายประเด็นผลการทำงานบวกของทีมงานมาสรุปประเด็นให้ทีมงานเกิดความมั่นใจและอีกทีมที่จะพัฒนาต่อ	สามารถอธิบายประเด็นผลการทำงานบวกของทีมงานมาสรุปประเด็นให้ทีมงานเกิดความมั่นใจและอีกทีมที่จะพัฒนาต่อ	สามารถอธิบายประเด็นผลการทำงานบวกของทีมงานมาสรุปประเด็นให้ทีมงานเกิดความมั่นใจและอีกทีมที่จะพัฒนาต่อ
<b>การสัมภาษณ์ทีม</b>	สามารถสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการรับฟังได้	สามารถสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นได้อย่างทั่วถึง	สามารถตั้งประเด็นคำถามที่มีความชัดเจน (ใช้ 3C-PDSA และ 3P) โดยเชื่อมโยงกับสิ่งที่สังเกตพบในหน่วยงานและเนื้อหาที่นำเสนอ	สามารถตั้งประเด็นคำถามที่มีความชัดเจน (ใช้ 3C-PDSA และ 3P) โดยเชื่อมโยงกับสิ่งที่สังเกตพบในหน่วยงานและเนื้อหาที่นำเสนอ	สามารถตั้งประเด็นคำถามที่มีความชัดเจน (ใช้ 3C-PDSA และ 3P) โดยเชื่อมโยงกับสิ่งที่สังเกตพบในหน่วยงานและเนื้อหาที่นำเสนอ	สามารถตั้งประเด็นคำถามที่มีความชัดเจน (ใช้ 3C-PDSA และ 3P) โดยเชื่อมโยงกับสิ่งที่สังเกตพบในหน่วยงานและเนื้อหาที่นำเสนอ	สามารถตั้งประเด็นคำถามที่มีความชัดเจน (ใช้ 3C-PDSA และ 3P) โดยเชื่อมโยงกับสิ่งที่สังเกตพบในหน่วยงานและเนื้อหาที่นำเสนอ	สามารถตั้งประเด็นคำถามที่มีความชัดเจน (ใช้ 3C-PDSA และ 3P) โดยเชื่อมโยงกับสิ่งที่สังเกตพบในหน่วยงานและเนื้อหาที่นำเสนอ	สามารถตั้งประเด็นคำถามที่มีความชัดเจน (ใช้ 3C-PDSA และ 3P) โดยเชื่อมโยงกับสิ่งที่สังเกตพบในหน่วยงานและเนื้อหาที่นำเสนอ	สามารถตั้งประเด็นคำถามที่มีความชัดเจน (ใช้ 3C-PDSA และ 3P) โดยเชื่อมโยงกับสิ่งที่สังเกตพบในหน่วยงานและเนื้อหาที่นำเสนอ



	1		2		3		4		5	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
<b>การเขียนรายงาน</b>	<p>จับประเด็นสำคัญจากแบบประเมินตนเองมาจัดทำรายงานได้</p> <p>สามารถเขียนรายงานด้วยภาษาที่กระชับ เสร็จสิ้นในเวลาที่กำหนด</p>	<p>จับประเด็นสำคัญจากแบบประเมินตนเองและการเขียนสำรวจมาจัดทำรายงานได้</p> <p>ในแต่ละข้อมีความหลักที่ชัดเจนเพียงประเด็นเดียว และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล</p>	<p>สามารถเขียนรายงานได้ละเอียดช่วย กระชับ ใช้ข้อเท็จจริงและวรรคตอนได้ถูกต้อง สื่อประเด็นสำคัญให้เข้าใจได้ง่าย</p>	<p>สามารถเขียนรายงานที่คณะกรรมการเห็นภาพ และช่วยในการตัดสินใจได้ง่าย</p>	<p>สามารถเขียนรายงานที่มีคุณค่า และมีพลังในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่องใน รพ.</p>					

**หมายเหตุ**  ผู้ที่มีศักยภาพเป็นผู้เขียนสำรวจ (Potential Surveyor = New Surveyor)

ผู้เยี่ยมสำรวจ

หัวหน้าทีม



## 2. แบบฟอร์มการประเมินทักษะการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ

ใช้ในแบบประเมินตนเอง ปีละ 1 ครั้ง โดยใช้ตารางระดับความสามารถในการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ (Competency level of surveyor) เป็นเกณฑ์การประเมิน

FM-ACD-002-00  
 Date: 31/05/2556



**แบบประเมินทักษะการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ**

ชื่อผู้ประเมิน.....

ประเด็นที่ประเมิน	คะแนน	หมายเหตุ
<b>ความรู้</b>		
1. แนวคิดคุณภาพ		
2. เครื่องมือคุณภาพ		
3. แนวคิด HPH		
4. มาตรฐาน J/A/HPH		
5. การประเมิน		
6. ระบบสาธารณสุข		
<b>ทักษะ</b>		
1. การอ่าน		
2. การวิเคราะห์		
3. การมองภาพใหญ่		
4. การสร้างความสัมพันธ์ (relationship building)		
5. การสังเกต		
6. การฟัง		
7. การตั้งคำถาม		
8. การสะท้อนกลับ		
9. การตั้งคำถามเชิงบูรณาการ		
10. การสรุปทฤษฎี		
11. การเขียน		
12. การนำใช้ผลการประเมิน		
<b>ชิ้นงาน</b>		
1. การวิเคราะห์ service profile / แบบประเมินตนเอง		
2. การวางแผนเยี่ยมสำรวจ		
3. การพบพจนานุกรม		
4. การพบพจนานุกรมจะเขียน		
5. การเขียนหน่วยรวม		
6. การเขียนภาวะสัมพันธ์		
7. การเขียนรายงาน		
<b>คะแนนรวม</b>		

หน้า 1 จาก 1

## ค. ขั้นตอนการอุทธรณ์และการร้องเรียนเกี่ยวกับผู้เยี่ยมชมสำรวจ

### 1. ขั้นตอนการอุทธรณ์เกี่ยวกับผู้เยี่ยมชมสำรวจ

วิธีปฏิบัติงานการจัดการเรื่องอุทธรณ์ผลการพิจารณาแต่งตั้งเป็นผู้เยี่ยมชมสำรวจ

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

ผู้อุทธรณ์

ยื่นหนังสืออุทธรณ์ต่อสถาบันด้วยตนเองหรือส่งทางไปรษณีย์

หนังสืออุทธรณ์

ผู้ประสานงานที่รับผิดชอบ

#### รับเรื่องอุทธรณ์

- ตรวจสอบความครบถ้วนของหนังสืออุทธรณ์
- แจ้งหัวหน้าสำนักประเมินและรับรองและประสานดำเนินการให้มีการพิจารณาที่โปร่งใสตรวจสอบได้

ผู้อำนวยการสถาบัน

จัดตั้งคณะกรรมการไต่สวน

คณะกรรมการไต่สวน

#### การพิจารณา

- ไต่สวนหาข้อเท็จจริง และเสนอเรื่องให้ผู้ว่าการสถาบันพิจารณา

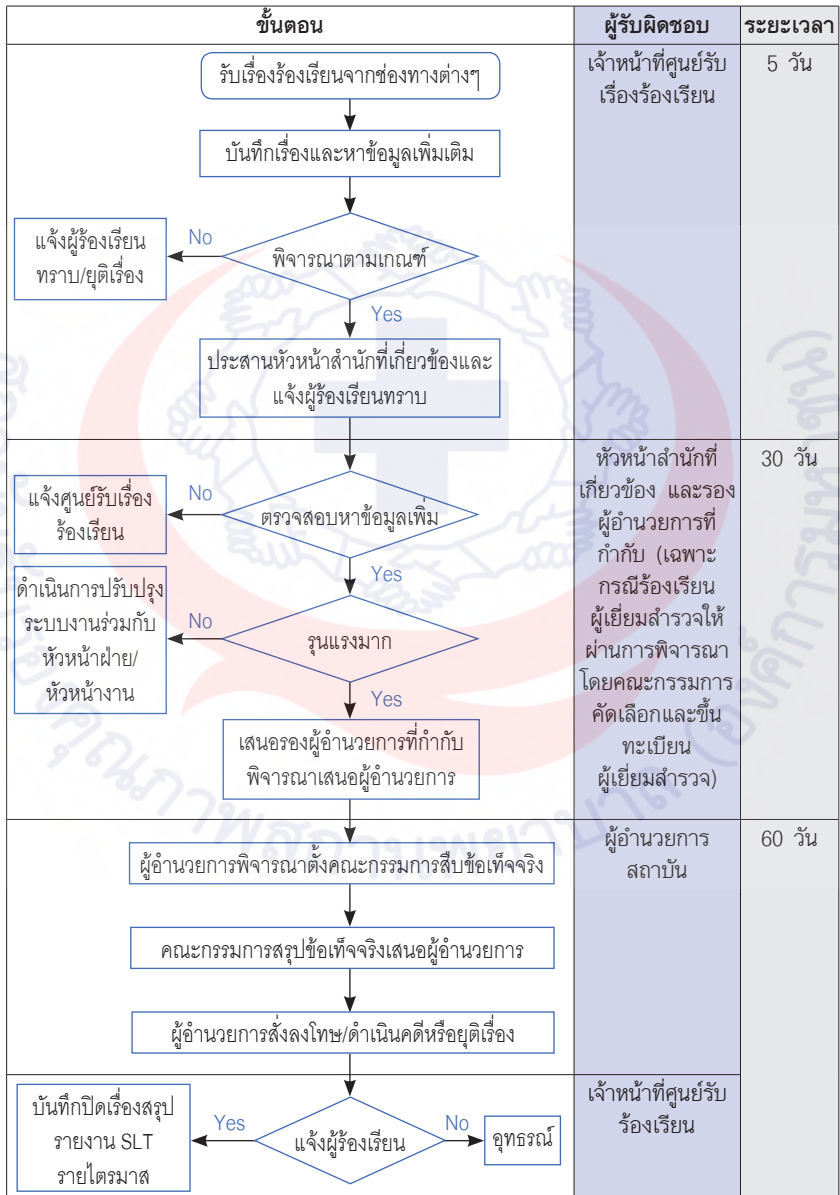
การประชุมคณะกรรมการคัดเลือกผู้เยี่ยมชมสำรวจ  
คำสั่งสถาบันแต่งตั้งผู้เยี่ยมชมสำรวจ

ผู้อำนวยการสถาบัน

พิจารณาตัดสินคำอุทธรณ์

สถาบันแจ้งผลการพิจารณา

## 2. ขั้นตอนการร้องเรียนเกี่ยวกับผู้เยี่ยมสำรวจ



## ง. ตัวอย่างเอกสารการเงินที่เกี่ยวข้อง

### 1. เอกสารทางการเงินที่ผู้เยี่ยมสำรวจต้องเตรียมเพื่อเบิก ได้แก่

1. ใบรายงานการเดินทาง 2. ใบรับรองแทนใบเสร็จ 3. ใบสำคัญรับเงิน ดังนี้

#### 1. ใบรายงานการเดินทางไปปฏิบัติงาน

จะใช้ในกรณีที่ไปปฏิบัติงานนอกสถานที่ และสถาบันจัดให้พักค้างคืน เอกสารจะสมบูรณ์ต้องมีลายมือชื่อผู้เข้าพัก จำนวนเงินต้องไม่มีการแก้ไข ถ้าแก้ไขจะต้องมีลายมือชื่อผู้เข้าพักกำกับทุกครั้ง

##### หลักฐานการเบิกค่าที่พัก

- 1) ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี (ฉบับเต็ม)
- 2) ใบ Folio (กรณีพักคู่ ถ้ามี VAT ใบเสร็จรับเงินต้องแยกตามผู้เข้าพัก)

#### 2. ใบรับรองแทนใบเสร็จ

จะใช้ในกรณีที่ไม่มีใบเสร็จรับเงิน เช่น ค่าพาหนะ ค่าทางด่วน ค่าจอดรถยนต์ หรือบิลเงินสด ค่าเดินทางเบิกตามระยะทางกิโลเมตรๆ ละ 4 บาท

#### 3. ใบสำคัญรับเงิน

จะใช้สำหรับเบิกค่าพาหนะเดินทาง กรณีผู้เยี่ยมสำรวจได้ดำเนินจ้างเหมารถตู้เพื่อใช้ในการเดินทางด้วยตนเอง เอกสารจะสมบูรณ์ต้องมีลายมือชื่อผู้รับเงิน และผู้จ่ายเงิน โดยผู้เยี่ยมสำรวจจะเป็นผู้จ่ายเงินและเจ้าของรถตู้ จะเป็นผู้รับเงิน ต้องใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าของรถตู้เป็นเอกสารแนบการเบิก

การตกลงอัตราค่าใช้จ่าย ผู้เยี่ยมสำรวจต้องสอบถามมายัง สรพ. ก่อนทำการตกลงกับรถตู้ จำนวนเงินต้องไม่มีการแก้ไข ถ้าแก้ไขจะต้องมีลายมือชื่อผู้เข้าพักกำกับทุกครั้ง

กรณี ข้อมูลมีการแก้ไขจะต้องมีลายเซ็นกำกับทุกครั้ง

- **FM-FNC-002** ใบบรรณการเดินทางไปปฏิบัติงาน
- **FM-FNC-002** ตัวอย่างใบบรรณการเดินทางไปปฏิบัติงาน
- **FM-FNC-004** ใบบรรณแทนใบลีร์จรับเงิน
- **FM-FNC-004** ตัวอย่างใบบรรณแทนใบลีร์จรับเงิน
- **FM-FNC-003** ใบลำค้ญร์รับเงิน
- **FM-FNC-003** ตัวอย่างใบลำค้ญร์รับเงิน



## 2. ตัวอย่างใบรายงานการเดินทางไปปฏิบัติงาน

FM-FNC-002-00  
Date: 02/07/2556



### ใบรายงานการเดินทางไปปฏิบัติงาน

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ สังกัด \_\_\_\_\_

ภูมิลำเนาที่ \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ ซอย \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_

อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ ได้รบกวนขอให้เดินทางไปปฏิบัติงาน ณ จังหวัด \_\_\_\_\_ สถานที่ปลายทาง \_\_\_\_\_

ในระหว่างวันที่ \_\_\_\_\_ วันที่เกิดกิจกรรม โดยออกเดินทางจาก  จำนวนที่ \_\_\_\_\_  ที่ทำงาน

วันที่ \_\_\_\_\_ เดินทางมา เวลา \_\_\_\_\_ กลับถึงที่ทำงาน \_\_\_\_\_ เดินทางกลับ เวลา \_\_\_\_\_ รวมเป็นเวลา \_\_\_\_\_ วัน ชั่วโมง \_\_\_\_\_

โดยมีค่าใช้จ่ายดังนี้

- ค่าที่พัก ประเภท \_\_\_\_\_
 

1.1	( ) พักเดี่ยว ( ) พักคู่ กับ _____	ชื่อผู้เช่าที่รวม (กรณีพักคู่)	_____
1.2	ชื่อโรงแรม _____	ชื่อสถานที่พัก (โรงแรม รีสอร์ท)	_____
	อัตราที่พัก _____	เดี่ยว _____ บาท X _____ คืน เป็นเงิน _____	1 _____ บาท
	คู่ _____	ราคาเช่า 2 _____ บาท X _____ คืน เป็นเงิน _____	2 _____ บาท
		(ใบสำคัญที่ _____ ไม่จ่ายเงิน) รวมเป็นเงิน _____	ไม่จ่ายเงิน _____ บาท
- ค่าพาหนะ
 

3.1	ค่าโดยสารรถแท็กซี่ต่างๆ _____	(ใบสำคัญที่ _____ ไม่จ่ายเงิน) เป็นเงิน _____	3 _____ บาท
3.2	ค่าแท็กซี่รถ _____	(ใบสำคัญที่ _____ ไม่จ่ายเงิน) เป็นเงิน _____	ไม่จ่ายเงิน _____ บาท
3.3	ค่าแท็กซี่รถรับ _____	(ใบสำคัญที่ _____ ไม่จ่ายเงิน) เป็นเงิน _____	4 _____ บาท
	(รวมภาษีสนามบิน)		
- ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (ระบุรายการ) \_\_\_\_\_ (ใบสำคัญที่ \_\_\_\_\_ ไม่จ่ายเงิน) เป็นเงิน \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ บาท
 

3.1	ค่าผ่านทางพิเศษ (แบบใบเสร็จรับเงิน)	_____
3.2	ค่าซื้อเครื่องดื่มเย็น (แบบใบเสร็จรับเงิน)	_____
	รวมเป็นเงิน	ตัวเลข 1+2+3+4+5 _____ บาท
		( _____ ตัวหนังสือ )

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเลขฐานการจ่าย \_\_\_\_\_ ฉบับนี้ และรายงานการเดินทางข้างต้นเป็นความจริง และจำนวนเงินที่ขอมีถูกต้องตามระเบียบ

ผู้เขียน  
 ( \_\_\_\_\_ ชื่อผู้เขียนสำเนา (ตัวบรรจง) )  
 วันที่ \_\_\_\_\_ ผู้เดินทาง













สถาบันรณรงค์คุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5  
กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.เทียนนท์  
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000  
Tel. 0-2832-9400 Fax 0-2832-9540 [www.ha.or.th](http://www.ha.or.th)

ISBN 978-616-8024-31-7



9 786168 024317