



SD-ACD-004-00

วันที่ประกาศใช้ 27 มิถุนายน 2556

## รายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจ

สำนักประเมินและรับรอง



---

**รายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจ**  
**โดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)**

---

เพื่อให้กระบวนการเยี่ยมชมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ขอให้โรงพยาบาลศึกษาเอกสารรายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมชมนี้ พร้อมทั้งเผยแพร่ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อการจัดเตรียมความพร้อมในวันเยี่ยมในด้านต่างๆ ดังนี้

1. เอกสารรายงานผลการประเมินตนเองและความก้าวหน้าของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเป็นผู้จัดส่งเอกสารรายงานผลการประเมินตนเอง ทั้งในรูปแบบกระดาษและ Electronic file ให้แก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจกระบวนการคุณภาพโดยตรงตามรายการ (เอกสารแนบ A) และจัดส่งเอกสารรายงานผลการประเมินตนเองให้สถาบันเป็น Electronic file

2. การประสานงานทั่วไป

2.1 ขอให้โรงพยาบาลประสานการเดินทางและที่พักของผู้เยี่ยมชมสำรวจ

2.2 ขอให้โรงพยาบาลจัดสถานที่-อุปกรณ์ และบุคลากร ที่จะอำนวยความสะดวก ดังนี้

2.2.1 เตรียมห้องประชุมขนาดพอเหมาะสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจ เพื่อเป็นห้องทำงาน ตั้งแต่เวลา 08.00-18.00 น. หรือตลอดระยะเวลาการเยี่ยมชม

2.2.2 Computer & Printer 1 ชุด พร้อมอุปกรณ์เครื่องเขียน และกระดาษ ในห้องทำงานของผู้เยี่ยมชมสำรวจ

2.2.3 จัดบุคลากร 1 คน เพื่ออำนวยความสะดวกในการค้นหาเอกสารระหว่างการทบทวนเอกสาร (Documentation Review) (เอกสารแนบ B)

2.3 ขอให้โรงพยาบาลจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจ ดังนี้

2.3.1 เป็นภาระกับโรงพยาบาลน้อยที่สุด ควรเป็นอาหารจานเดียว

2.3.2 งดการพาผู้เยี่ยมชมสำรวจไปรับประทานอาหารนอกโรงพยาบาล เพื่อรักษาเวลาในการเยี่ยมชมตามกำหนดการที่วางไว้

2.4 ในระหว่างการเยี่ยมชม ของดการบันทึกเทปเสียง ถ่าย VDO และภาพทุกชนิด ยกเว้นการถ่ายภาพนิ่งเท่านั้น

2.5 คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ ของดรับของที่ระลึกทุกกรณี ไม่ว่าจะเป็นอย่างที่ระลึกในลักษณะใด

2.6 ในกรณีที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจเป็นสุภาพสตรีขอความกรุณาโรงพยาบาลจัดเจ้าหน้าที่สุภาพสตรีร่วมรับ – ส่ง ในการเดินทางด้วย

3. การทบทวนเอกสาร

ขอให้โรงพยาบาลจัดเตรียมเอกสารต่างๆ (เอกสารแนบ B) ไว้ ณ ห้องที่จัดเตรียมเป็นห้องสำหรับใช้ในการทบทวนข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้เยี่ยมชมสำรวจกับทีมนำที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาในช่วงเช้าและเย็นของแต่ละวัน

4. การนำเสนอของ Opening Conference & Hospital Presentation

---

ขอให้รักษาเวลาที่กำหนดให้อย่างเคร่งครัด เพื่อประโยชน์ของโรงพยาบาลเอง ควรนำเสนอให้จบภายในเวลา 09.00 น. เพื่อให้สามารถเริ่มเยี่ยมหน่วยงานได้ในเวลา 09.30 น.

- 4.1. โรงพยาบาลกล่าวต้อนรับผู้เยี่ยมชมสำรวจและแนะนำตัวผู้เข้าร่วมประชุม (ใช้เวลาไม่เกิน 5 นาที)
  - คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจแนะนำตัว กล่าวถึงวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม (กฎ กติกา มารยาท)
- 4.2. โรงพยาบาลเสนอภาพรวมผลงานของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (ไม่เน้นสถิติหรือข้อมูลตัวเลขที่ส่งให้สถาบัน ที่ซ้ำกับ Hospital Profile)
- 4.3. ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ กรรมการบริหารโรงพยาบาล และประธานกรรมการชุดต่าง ๆ
5. การนำเสนอของทีมงานต่างๆ

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

ขอให้จัดเตรียมพิมพ์เอกสาร slide ที่นำเสนอให้แก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจทุกคนที่เข้าสัมภาษณ์ใน session นั้น เพื่อให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจมีโอกาสดูความเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น

6. การสัมภาษณ์แต่ละทีม

Session	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย
PCT interview	<p>เป็นการสัมภาษณ์ทีมนำทางคลินิก เพื่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- นำเสนอภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพของ PCT นั้นๆ เป็นการสรุปและนำเสนอเฉพาะสิ่งที่ไม่ปรากฏในรายงานผลการประเมินตนเอง</li> <li>- ค้นหา ยืนยันในสิ่งที่ยังไม่แน่ชัดใน PCT นั้นๆ หรือยังไม่พบคำตอบจากการเยี่ยมหน่วยงาน</li> <li>- สรุปประเด็นที่ได้จากการเรียนรู้เพื่อวางแผนการพัฒนาคุณภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วย</li> </ul>	<p>ประธานทีมนำทางคลินิก</p> <p>เลขาทีม</p> <p>ตัวแทนทีม 3 ท่าน</p>
RM interview	<p>เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- นำเสนอภาพรวมของการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบงาน</li> </ul>	<p>ประธานคณะกรรมการระบบบริหารความเสี่ยง</p> <p>เลขาทีม</p> <p>ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน</p>



Session	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย
	<ul style="list-style-type: none"><li>- สรุปประเด็นที่ได้จากการเรียนรู้ เพื่อวางแผนในการปรับปรุงพัฒนาและประเมินติดตามระบบที่วางไว้</li></ul>	
IC interview	<p>เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ เพื่อ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- นำเสนอภาพรวมของการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบงาน</li><li>- สรุปประเด็นที่ได้จากการเรียนรู้ เพื่อวางแผนในการปรับปรุงพัฒนาและประเมินติดตามระบบที่วางไว้</li></ul>	<p>ประธานคณะกรรมการระบบ IC เลขาทีม ICN ตัวแทนคณะกรรมการ 2 ท่าน</p>
MSO interview	เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการกำกับดูแลวิชาชีพ ด้านการแพทย์	<p>ประธานคณะกรรมการ MSO เลขาทีม ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน</p>
NSO interview	เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการกำกับดูแลวิชาชีพ ด้านการพยาบาล	<p>ประธานคณะกรรมการ NSO เลขาทีม ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน</p>
ENV & Equipment interview	เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อม และเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย	<p>ประธานคณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อม เลขาทีม ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน</p>
PTC interview	<p>เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการบริหารยา เพื่อ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- นำเสนอภาพรวมของการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบงาน</li></ul>	<p>ประธานคณะกรรมการบริหารด้านยา เลขาทีม ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน</p>



Session	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย
	- สรุประเบิดที่ได้จากการเรียนรู้ เพื่อวางแผนในการปรับปรุงพัฒนาและประเมินติดตามระบบที่วางไว้	
HRD interview	เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคล	ประธานคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล เลขาทีม ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน
IM interview	เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการสารสนเทศเพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบการบริหารจัดการข้อมูล	ประธานคณะกรรมการ IM เลขาทีม ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน
Community interview	เป็นการสัมภาษณ์ตัวแทนชุมชนที่สถานพยาบาลเข้าไปสร้างเสริมสุขภาพ และเสริมพลังชุมชน	ผู้นำชุมชน ตัวแทนชุมชน 3 ท่าน
Strategic plan & KPI Monitoring	เป็นการสัมภาษณ์ทีมนำในการบริหารเชิงกลยุทธ์ การติดตามและทบทวนยุทธศาสตร์	ทีมนำ/รองผู้อำนวยการ/ผู้ที่รับผิดชอบแผนยุทธศาสตร์ รวมทั้งบริหารทรัพยากร
Leadership Team	เป็นการสื่อให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจมองเห็นภาพการวางแผนงานของโรงพยาบาล การประสานบริการ (การนำ การบริหาร การประสานบริการ) การสนับสนุนขององค์กรแพทย์และองค์กรพยาบาล การจัดโครงสร้างการดูแลรักษาผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนถึงกลับบ้าน การส่งไปรักษาต่อ และรวมถึงประเด็นอื่นที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจจะสัมภาษณ์เพิ่มเติม	ผู้บริหารระดับสูง ซึ่งอย่างน้อยประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ ผู้บริหารอาวุโส และตัวแทนของทีมต่างๆ
Facilitator Team	การสัมภาษณ์ทีมประสานงานของ	ทีมพัฒนาคุณภาพ (ทีมประสานงานหลัก)



Session	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย
interview	โรงพยาบาล เพื่อประเมินภาพรวม การพัฒนาคุณภาพของ สถานพยาบาล	ของโรงพยาบาล)

หมายเหตุ การจัดทีมเข้ารับการสัมภาษณ์

จำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมสัมภาษณ์ควรอยู่ระหว่าง 7-10 คน และไม่ควรมีผู้สังเกตการณ์เข้าร่วมในการสัมภาษณ์ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสัมภาษณ์ PCT ซึ่งมักจะมีผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์มากเกินไป ทำให้การสัมภาษณ์ไม่เกิดประโยชน์ มีการรบกวนสมาธิในระหว่างการสนทนา)

#### 7. การเยี่ยมหน่วยงาน

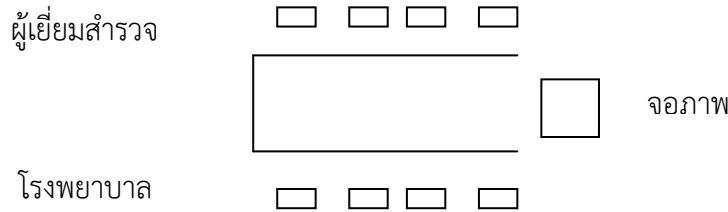
	เป้าหมาย
Trace Patient Care	เป็นการสุ่มเยี่ยมชมสำรวจหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยใช้โรค/ผู้ป่วย ในการตามรอยเพื่อประเมินการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น OPD, ER, IPD, OR, LR, ICU, ทันตกรรม, X-ray, Lab เป็นต้น
Trace ระบบ RM	เป็นการสุ่มเยี่ยมชมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยง เพื่อตามรอยการ นำระบบบริหารความเสี่ยงลงสู่การปฏิบัติ
Trace ระบบ IC	เป็นการสุ่มเยี่ยมชมหน่วยงานที่มีการดูแลผู้ป่วย/การทำหัตถการ เพื่อประเมินระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยใช้โรค/ผู้ป่วยในการตามรอย
Trace การทำงานกับชุมชน	เป็นการสุ่มเยี่ยมชมหน่วยงานที่ทำงานร่วมกับชุมชน และการเข้าเยี่ยมชมเครือข่าย ชมรม PCU ในชุมชนที่โรงพยาบาลสนับสนุน หรือ empower ให้มีการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
Trace ระบบยา	เป็นการสุ่มเยี่ยมชมสำรวจหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการด้านยาและ medication error เพื่อตามรอยการนำระบบที่วางไว้สู่การปฏิบัติ
Trace ENV & Equipment	เป็นการเยี่ยมชมสำรวจสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ทั้งทางด้านโครงสร้าง การจัดการทางกายภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ
Trace HRD	เป็นการสุ่มเยี่ยมชมหน่วยงานและสัมภาษณ์บุคลากรที่หน่วยงานเพื่อตามรอยระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล
Trace IM	เป็นการสุ่มเยี่ยมชมหน่วยงานเพื่อตามรอยการจัดการด้านสารสนเทศ

หมายเหตุ แนวทางสำหรับผู้รับการเยี่ยม (หน่วยงาน)

- 1) ใช้เวลา 5 นาทีแรกนำเสนอผลลัพธ์ของงานที่ทีมภาคภูมิใจมากที่สุด เช่น “ลดความผิดพลาดในการให้ยา” “ให้การดูแลทางด้านจิตใจแก่เด็กที่ได้รับยาเคมีบำบัดและให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลกัน”
  - 2) หากมีข้อมูลตัวเลขแสดงผลลัพธ์ได้ดี แต่ถ้าไม่มีก็ไม่เป็นไร
  - 3) ไม่ต้องนำเสนอรายละเอียดวิธีการพัฒนาในช่วงนี้
  - 4) เมื่อผู้เยี่ยมชมสำรวจถาม ให้จับประเด็นคำถามให้ชัดเจน (ควรจดประเด็นคำถามไปด้วย เพื่อทบทวนความเข้าใจ และเพื่อจะได้ตอบได้ครอบคลุม)
  - 5) ควรเชื่อมโยงประเด็นคำถามกับมาตรฐาน HA และนึกถึงเป้าหมายของมาตรฐานไปด้วยในระหว่างคิดคำตอบ
  - 6) ควรตอบให้ตรงประเด็นอย่างกระชับ ไม่เยิ่นเย้อ
  - 7) ควรนำเสนอตัวอย่างของการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและสัมผัสได้ บอกเล่าถึงสิ่งที่ทำในชีวิตประจำวัน อย่าตอบคำถามตามทฤษฎีซึ่งยังไม่ได้นำมาปฏิบัติ
  - 8) ควรตอบให้ครบ PDCA คือ แนวทางการทำงานเป็นอย่างไร การปฏิบัติจริงเป็นอย่างไร ครอบคลุมเพียงใด ผลลัพธ์เป็นอย่างไร มีแผนที่จะทำอะไรต่อ
  - 9) ควรกระจายผู้ตอบให้ทั่วถึงโดยให้ผู้ปฏิบัติที่รู้เรื่องดีที่สุดเป็นผู้เริ่มต้นตอบและสมาชิกที่เหลือช่วยกันเพิ่มเติมให้สมบูรณ์
  - 10) ผู้บริหารหรือหัวหน้าทีมควรเป็นบุคคลสุดท้ายที่จะตอบในประเด็นนั้น
  - 11) ถ้าฟังคำถามไม่เข้าใจ อย่าลังเลที่จะถามผู้เยี่ยมชมสำรวจกลับ ด้วยการ (ก) ขอให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจตั้งคำถามใหม่ที่ชัดเจนมากขึ้น หรือ (ข) ขอให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจอธิบายเหตุผลของการตั้งคำถามนั้น หรือ (ค) ทวนคำถามด้วยสำนวนของเราเองและขอให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจยืนยันว่าใช่สิ่งที่คุณเยี่ยมชมสำรวจต้องการทราบหรือไม่
  - 12) อย่าตอบคำถามโดยที่ยังไม่เข้าใจว่าผู้ถามต้องการอะไร
  - 13) หากต้องการตอบคำถามที่ผ่านมาแล้ว และผู้เยี่ยมชมสำรวจได้ตั้งประเด็นใหม่แล้ว ควรรองนการพูดคุยในประเด็นใหม่สั้นที่สุดลง แล้วค่อยย้อนกลับไปตอบคำถามเดิมโดยระบุให้ชัดเจนว่าเป็นการตอบต่อคำถามอะไร
  - 14) เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ขอให้ทีมช่วยกันสรุปว่าได้เห็นโอกาสพัฒนาอะไรบ้างจากคำถามของผู้เยี่ยมชมสำรวจ ก่อนที่จะให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจสรุปข้อเสนอแนะให้ทีม
8. Day Brief: เป็นการสรุปประเด็นที่พบจากการเยี่ยมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมผู้บริหารและทีมนำในวันที่ผ่านมาเพื่อทำความเข้าใจ
  9. ผู้เยี่ยมชมสำรวจพบผู้บริหาร: คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจเข้าพบผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการของโรงพยาบาล เพื่อแจ้งผลการเยี่ยมทั้งหมดรวมทั้งสิ่งที่พบเห็น แล้วร่วมพิจารณาว่าประเด็นใดเป็นสิ่งที่ sensitive ซึ่งจะมีผลต่อผู้ปฏิบัติมากหากนำเสนอในตอน exit

10. Education Session: เป็นการแลกเปลี่ยนแนวคิด เครื่องมือคุณภาพที่สำคัญกับทีมของโรงพยาบาล
11. Surveyor Meeting: เป็นการประชุมของทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ เพื่อสรุปประเด็นที่เป็นจุดเด่น และโอกาสพัฒนาของโรงพยาบาล
12. Exit Conference: เป็นการสรุปประเด็นจากการเยี่ยมชมทั้งหมดเพื่อให้โรงพยาบาลเห็นโอกาสพัฒนาต่อไป โดยผู้ที่เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ผู้บริหารของโรงพยาบาล และผู้แทนของทีมต่างๆ
13. การจัดที่นั่งใน session ต่างๆ

ขอให้จัดโต๊ะประชุมในลักษณะ วงรี หรือ ตัวยู เพื่อให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจ และโรงพยาบาลนั่งในลักษณะ Face to Face ดังรูป แต่ไม่ใช่ลักษณะ Classroom



14. ความเข้าใจในกระบวนการเยี่ยม

เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความคาดหวังที่ถูกต้องต่อกระบวนการเยี่ยมของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ทางสถาบันจึงขอสรุปประเด็นที่มักจะทำให้เกิดความเข้าใจที่สับสนไว้ ดังนี้

ผู้เยี่ยมชมสำรวจมาทำอะไร	ผู้เยี่ยมชมสำรวจไม่ได้มาทำอะไร
เรามาในฐานะ generalist ซึ่งมีความรู้เรื่องกระบวนการพัฒนาคุณภาพ	เราไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในด้านเทคนิค
เรามาด้วยหมวกสามใบ คือตัวแทนของผู้รับบริการ ผู้รู้เรื่องกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และผู้แทนของวิชาชีพที่ให้บริการ	เราไม่ได้มาประเมินทางวิชาชีพในเชิงลึก
เรามาเพื่อยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล	เราไม่ได้มาตัดสินผิดถูก หรือมาจับผิด
เรามาเพื่อวิเคราะห์ระบบงานในภาพรวม	เราไม่ได้มาเพื่อประเมินการทำงานของผูปฏิบัติงานแต่ละคน
เรามาเพื่อกระตุ้นให้โรงพยาบาลเห็นตัวเอง เห็นจุดแข็งจุดอ่อนของตัวเอง ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และชี้ให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น	เราไม่ได้บงการว่าโรงพยาบาลจะต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้
เราพยายามใช้เทคนิคการโค้ชแบบ non-directive	เราจะไม่ใช่เทคนิคแบบ directive หรือให้





ผู้เยี่ยมชมสำรวจมาทำอะไร	ผู้เยี่ยมชมสำรวจไม่ได้มาทำอะไร
คือตั้งคำถามเพื่อให้ทีมงานคิดหาคำตอบด้วยตัวเอง	คำตอบตรงๆ แก่ทีมงาน ยกเว้นแต่จะเป็นการยกตัวอย่างเพื่อให้ทีมงานคิดต่อไปได้
เราต้องการคำตอบที่เป็นรูปธรรมซึ่งสะท้อนให้เห็นการปฏิบัติจริง คือ ทีมงานทำอะไร ทำได้ครอบคลุมเพียงใด ทำแล้วได้ผลอย่างไร และจะทำอะไรต่อไป	เราไม่ต้องการคำตอบเชิงทฤษฎี ซึ่งไม่ได้มีการปฏิบัติจริง
เรามาเพื่อชื่นชมและให้กำลังใจในส่วนที่ทำได้ดีอยู่แล้ว แต่อาจจะใช้เวลาพูดคุยในส่วนนี้ไม่มากนัก เพราะได้ข้อมูลจากรายงานผลการประเมินตนเองมาส่วนหนึ่งแล้ว	เราไม่ได้ละเลยสิ่งที่ทีมงานทำได้ดีแล้ว แต่การใช้เวลาพูดคุยเพื่อหาโอกาสพัฒนาจะได้ประโยชน์แก่โรงพยาบาลมากกว่า
เราต้องการให้ทีมงานมีกำลังใจที่จะพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยการให้ข้อเสนอแนะต่างๆ	เราไม่ต้องการให้ทีมงานหมดกำลังใจในการพัฒนาคุณภาพ

## 15. ภายหลังการเยี่ยม

- 15.1. ขอให้โรงพยาบาลดำเนินการสรุป “แบบสอบถามความคิดเห็นกระบวนการเยี่ยม” ในภาพรวมของโรงพยาบาล จำนวน 1 ฉบับ และส่งกลับมายังสถาบันภายใน 1 สัปดาห์หลังการเยี่ยม (เอกสารแนบ D)
- 15.2. ทางสถาบันจะจัดส่งสรุปรายงานผลการเยี่ยมให้ภายในประมาณ 6 - 8 สัปดาห์
- 15.3. การยืนยันการส่งค่าใช้จ่ายในการเข้าเยี่ยมให้แก่ทางสถาบัน กรุณาศึกษารายละเอียดจากใบแจ้งหนี้



## เอกสารสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจ

การเยี่ยมชมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม Pre-survey	การเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ Accreditation Survey	การเยี่ยมชมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการ คุณภาพ Re-accreditation Survey
<p><u>เอกสารที่ต้องนำส่งในรูปแบบ paper / CD</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hospital Profile (ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาล)</li><li>2. สรุปความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะครั้งล่าสุด</li><li>3. รายงานผลการประเมินตนเอง SA 2011*</li><li>4. Service profile PCT และ clinical tracer</li><li>5. Service profile หน่วยงาน เตรียมไว้ที่โรงพยาบาล ในห้องทำงานคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ</li></ol>	<p><u>เอกสารที่ต้องนำส่งในรูปแบบ paper/ CD</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hospital Profile (ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาล)</li><li>2. สรุปความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะครั้งล่าสุด</li><li>3. รายงานผลการประเมินตนเอง SA 2011</li><li>4. Service profile PCT และ clinical tracer</li><li>5. Service profile หน่วยงาน เตรียมไว้ที่โรงพยาบาล ในห้องทำงานคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ</li><li>6. ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของสถานพยาบาล ใช้เกณฑ์ของ สปสช.</li><li>7. รายงานการขอรับรองจากสภาวิชาชีพ<ul style="list-style-type: none"><li>- เภสัช (กรณีโรงพยาบาล 90 เติงขึ้นไป)</li><li>- เทคนิคการแพทย์ (กรณีโรงพยาบาล 60 เติงขึ้นไป)</li><li>- ใดเทียม</li></ul></li></ol>	<p><u>เอกสารที่ต้องนำส่งในรูปแบบ paper/ CD</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hospital Profile (ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาล)</li><li>2. สรุปความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะครั้งล่าสุด</li><li>3. รายงานผลการประเมินตนเอง SA 2011</li><li>4. Service profile PCT และ clinical tracer</li><li>5. Service profile หน่วยงาน เตรียมไว้ที่โรงพยาบาล ในห้องทำงานคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ</li><li>6. ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของสถานพยาบาล ใช้เกณฑ์ของ สปสช.</li><li>8. รายงานการขอรับรองจากสภาวิชาชีพ<ul style="list-style-type: none"><li>- ใดเทียม</li></ul></li></ol> <p>หมายเหตุ กรณีต่ออายุครั้งที่ 2 ไม่ต้องส่ง SA 2011 ตอน I-III</p>

หมายเหตุ ที่อยู่สำหรับการส่งเอกสารอยู่ใน “เอกสารแนบ A-1”



## การทบทวนเอกสารในการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ (Documentation Review)

ในช่วง Documentation Review ขอให้โรงพยาบาลได้จัดเตรียมเอกสารไว้ ณ ห้องที่จัดเตรียมเป็นห้องทำงานของคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ ดังรายการต่อไปนี้

1. พันธกิจ วิสัยทัศน์ แผนยุทธศาสตร์
2. รายงานการประชุมของคณะกรรมการต่างๆ และทีมนำทางคลินิก (ช่วง 1 – 2 ปี)
3. ผลการศึกษาความต้องการของผู้รับบริการ / ผู้ให้บริการ / ชุมชน และผู้รับผลงานอื่น
4. รายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจโดยองค์กรภายนอก หรือรายงานผลการเยี่ยมของผู้เยี่ยมชมสำรวจ
5. รายงานการติดตามศึกษาเครื่องชี้วัด และการนำเสนอผลการพัฒนา
6. รายงานอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนต่างๆ (Incident Report) การทำ root cause analysis, การพัฒนาที่เกิดขึ้น และการวิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยง (รายปี/รายไตรมาส)
7. การตอบสนองต่อสิทธิของผู้ป่วย
8. ข้อระเบียบ / ธรรมนูญขององค์กรแพทย์
9. แบบประเมินระดับหน่วยงานทุกหน่วยงาน (Service Profile)

หมายเหตุ : กรณี PS การจัดเตรียมเอกสาร ให้จัดเตรียมตามข้อ 1 – 6

กรณี AS/RS การจัดเตรียมเอกสาร ให้จัดเตรียมตามข้อ 1 – 9

### การทบทวนเวชระเบียน

(การจัดเตรียมเวชระเบียนเพื่อการทบทวน แบ่งเป็นสองกลุ่ม (กรณีขอรับการเยี่ยมชมสำรวจ))

1. การทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียน ขอให้จัดเวชระเบียนให้ทบทวนในคืนวันแรกของผู้เยี่ยมชมสำรวจไปถึง (อาจจะเป็นการทบทวนที่โรงพยาบาล หรือหากไม่สะดวกอาจจะต้องขอทบทวนที่โรงแรมที่พัก) โดยมีแนวทางการจัดเตรียมเวชระเบียน ดังนี้ (ทบทวนเชิงคุณภาพ)
  - 1.1. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยไว้ 3 โรคต่อแผนก โรคละ 3 ฉบับ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
  - 1.2. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีวันนอนนานที่สุดมา 5 ฉบับ
  - 1.3. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในสาขาสูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม สาขาละ 10 ฉบับ
  - 1.4. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้า ICU โดยมีได้วางแผน 10 ฉบับ
  - 1.5. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 10 ฉบับ
  - 1.6. จัดเตรียมเวชระเบียนในข้อ (1.1) และ (1.5) ให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจในห้องทำงานของคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจในวันแรกที่ไปถึงโรงพยาบาล
2. การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด



## Session: Strategic Plan &amp; KPI Monitoring Interview

## วัตถุประสงค์

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

## ผู้เข้าร่วมประชุม

ผู้อำนวยการ และผู้บริหารระดับสูงที่รับผิดชอบกลยุทธ์หลักๆ

ผู้ทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลติดตามผลการดำเนินงาน จำนวนไม่เกิน 7 คน

## ลักษณะกิจกรรม

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

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

## เนื้อหามาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

1. I-1 การนำ
2. I-2 การวางแผนกลยุทธ์
3. I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้
4. IV ผลการดำเนินการ

## ตัวอย่างตารางสรุปแผนยุทธศาสตร์และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

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

## ตัวอย่างการสรุปข้อมูลอย่างย่อๆ

Strategies & Strategic Challenges	ST Objectives	LT Goals	Key Tactics & Action Plans	Changes	HR & Education Plans	Key Performance Measures	Past Perf. 2004 Results	Performance Projections 2005	2010	Proj. Comp.
CE: Achieve excellent patient outcomes SC1 SC2	Medicare mortality at CS top 15%, Recognized by Leapfrog as safe environment, Exceed national standards for core indicators	Top 100 hospital, 5 stars for targeted areas, Third party recognition for patient safety	Decrease VAP, Optimize Medicare mortality & morbidity, Optimize core indicator performance, Build CPOE, Optimize communication among providers	Hospitalists admitting ortho patients.  Medical management for adult patients w/ chronic diabetes & HF.	SBAR education.  Fill CPOE team positions.	Medicare mortality VAP Patient falls Skin ulcers SIP Core measures (AMI, HF, pneumonia) Hand washing	7.1-2 7.1-11 7.1-12 7.1-13 7.1-10 7.1-7, 7.1-8, 7.1-9 7.5-6			+ + + + + + +