****

**การประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพ**

**ขั้นที่ 1 และ ขั้นที่ 2**

**ด้วยเครื่องมือ Overall Scoring**

**สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)**

**ฉบับปรับปรุง เมษายน 2562**

**สารบัญ**

[คู่มือการเยี่ยมเพื่อประเมินระดับขั้นการพัฒนาคุณภาพด้วย Overall Scoring 3](#_Toc435186092)

[ข้อมูลที่ใช้ในการเยี่ยมแบบ Overall Scoring 3](#_Toc435186093)

[Hospital Profile 3](#_Toc435186094)

[Overall Scoring 3](#_Toc435186095)

[การประเมิน 3](#_Toc435186096)

[หลักการให้คะแนน 4](#_Toc435186097)

[Overall Scoring Enquiry Guide 5](#_Toc435186098)

[ผลงานเด่นที่แสดงการพัฒนาโรงพยาบาล (CQI) 5](#_Toc435186099)

[Gap Analysis from Patient Safety Goals: SIMPLE 5](#_Toc435186100)

[Medical Record Audit 6](#_Toc435186101)

[การกำหนดเวลาที่โรงพยาบาลส่งข้อมูลเพิ่มเติมให้ สรพ.หลังเข้าเยี่ยม 6](#_Toc435186102)

[การจัดทำรายงานการเยี่ยม 6](#_Toc435186103)

[การใช้คะแนนจากการเยี่ยมแบบ Overall Scoring เพื่อการรับรองขั้นที่ 1 และ 2 6](#_Toc435186104)

# คู่มือการเยี่ยมเพื่อประเมินระดับขั้นการพัฒนาคุณภาพด้วย Overall Scoring

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

## ข้อมูลที่ใช้ในการเยี่ยมแบบ Overall Scoring

ประกอบด้วย

1. Hospital Profile

2. Overall Scoring

3. ผลงานเด่นที่แสดงการพัฒนาโรงพยาบาล (CQI) จำนวน 5 เรื่อง (โดยเป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่สำคัญ จำนวน 2 - 3 โรค ผลงานงานเด่นที่แสดงการพัฒนาระบบงานที่สำคัญ จำนวน 2 - 3 ระบบ (RM, IC, ENV และอื่นๆ))

4. Gap Analysis from Patient Safety Goals: SIMPLE จำนวน 5 เรื่อง

5. สรุปผลการทำ medical record audit ตามแบบฟอร์มของ สปสช.

## Hospital Profile

จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้เยี่ยมเข้าใจบริบทของโรงพยาบาลที่จะเข้าเยี่ยมในระดับหนึ่ง โดยโรงพยาบาลไม่ต้องเตรียมเนื้อหาและข้อมูลจนเป็นภาระมากเกินไป

โรงพยาบาลควรศึกษาความหมายของแต่ละหัวข้อใน Hospital Profile ให้เข้าใจ และพิจารณาการนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาของโรงพยาบาล

## Overall Scoring

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

## การประเมิน

เป็นการประเมินในภาพรวมของแต่ละหมวด ไม่ลงถึงระดับข้อย่อย

Scale มี 5 ระดับ

ระดับ 1 – เริ่มต้น มีกิจกรรมทบทวนคุณภาพพื้นฐาน

ระดับ 2 – กำลังพัฒนา มีการดำเนินงานเชิงรุก เริ่มมีการสร้าง/พัฒนาระบบงาน เริ่มมีผลจากการพัฒนา

ระดับ 3 – เห็นผล มีผลการพัฒนาชัดเจน ครอบคลุมระบบส่วนใหญ่ของโรงพยาบาล

ระดับ 4 – ก้าวหน้า ผลการดำเนินงานก้าวหน้า มีนวัตกรรม

ระดับ 5 – ยั่งยืน มีวัฒนธรรมคุณภาพ มีความต่อเนื่อง ยั่งยืน

## หลักการให้คะแนน

ให้ไล่ดูข้อความจากคะแนน 1 ไป 5 โดยเกลี่ยคะแนนที่สูงลงมาให้คะแนนที่ต่ำจนเต็มได้ (scoring summation)

การให้คะแนนในระดับ 4 หรือ 5 จึงควรพิจารณาองค์ประกอบต่อไปนี้

🗹 มีกระบวนการเรียนรู้จากการประเมินผลอย่างเป็นระบบ และการปรับปรุงกระบวนการเกิดขึ้นจริง

🗹 มีการประเมินและปรับปรุงครอบคลุมองค์ประกอบสาคัญ มิใช่ตัวอย่างเพียงบางส่วนหรือบางเรื่อง

🗹 มีการปฏิบัติตามเกณฑ์ในคะแนนระดับ 2 และ 3 อย่างค่อนข้างสมบูรณ์

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

ถ้าความเห็นในเรื่องระดับการพัฒนาอยู่ในระดับที่ก้ำกึ่งระหว่างขั้น ก็ให้คะแนนที่ระดับกึ่งกลาง (เช่น 1.5, 2.5, 3.5 เป็นต้น)

การประเมินคะแนน ควรทำให้ครบทั้ง 36 หมวด ไม่ควรเว้นหมวดใดหมวดหนึ่งไป

## Overall Scoring Enquiry Guide

สำหรับใช้ประกอบในการให้คะแนนตนเองโดยโรงพยาบาล

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

หลักสำคัญของการให้คะแนนด้วย Overall Scoring คือการมองในภาพรวมของมาตรฐานแต่ละบทมากกว่า ที่จะดูในรายละเอียดของข้อกำหนดทั้งหมด ผู้ใช้แนวทางคำถามเหล่านี้พึงตระหนักในหลักการสำคัญดังกล่าวประกอบไปด้วย ควรหลีกเลี่ยงจากการตีความหมายของข้อความโดยปราศจากการเชื่อมโยงกับภาพรวม

วิธีการใช้แนวทางการตั้งคำถามนี้ก็คือ เมื่อทีมงานพิจารณาเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 แล้ว

ให้พิจารณาว่าผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลน่าจะสอดคล้องกับคะแนนใดมากที่สุด หากพบว่าระดับคะแนนอยู่ที่ 3 - 5 ก็ให้พิจารณาคำถามที่อยู่ในระดับคะแนนนั้น โดยการตอบแบบปากเปล่าก่อน หากตอบได้เพียงบางส่วน แสดงว่าระดับคะแนนที่ได้อาจจะลดลงไปประมาณครึ่งระดับ และหากตอบได้เพียงส่วนน้อย ควรจะลดระดับลงไป 1 ระดับ

เมื่อได้ข้อสรุปว่าผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 3 - 5 ทีมงานควรตอบคำถามสำหรับคะแนนในระดับนั้นอย่างกระชับที่สุด เป็นข้อมูลประกอบการให้คะแนน

สำหรับคำถามที่ตอบไม่ได้ ควรใช้เป็นโอกาสพัฒนาต่อไป

## ผลงานเด่นที่แสดงการพัฒนาโรงพยาบาล (CQI)

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

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

## Gap Analysis from Patient Safety Goals: SIMPLE

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

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

โรงพยาบาลพึงตระหนักว่าชุดคำถามเหล่านี้เป็นเพียงแนวทางเพื่อให้เกิดความเข้าใจว่าหากจะนำข้อเสนอแนะไปสู่การปฏิบัติให้ได้ผลแล้ว จะต้องพิจารณากิจกรรมอะไรบ้าง โรงพยาบาลจึงควรเลือกใช้ gap ที่วิเคราะห์มาได้อย่างมีเหตุผลให้เหมาะสมกับบริบทของตน และเลือกเรื่องที่ทำได้ดีที่สุด 5 เรื่องมานำเสนอ

## Medical Record Audit

ใช้ผลการสุ่มตรวจเวชระเบียนของโรงพยาบาลตามเครื่องมือที่สปสช.พัฒนาขึ้นมา โดย สรพ. ขอให้โรงพยาบาล ส่งข้อมูลตามแบบฟอร์มรายงานผลการตรวจเวชระเบียนของ สปสช.พร้อมผลสรุปส่งให้ผู้เยี่ยมก่อนวันเยี่ยม โดย

🗹 นำเสนอคะแนนความสมบูรณ์โดยรวมที่แสดงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง (ถ้ามีข้อมูล)

🗹 นำเสนอคะแนนความสมบูรณ์ของผลครั้งล่าสุด และจำแนกตามหัวข้อแต่ละเรื่อง

🗹 นำเสนอการใช้ประโยชน์หรือการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ผลการทบทวนเวชระเบียน

## การกำหนดเวลาที่โรงพยาบาลส่งข้อมูลเพิ่มเติมให้ สรพ. หลังเข้าเยี่ยม

กรณีต้องการส่งข้อมูลเพิ่มเติมหลังการเยี่ยม ควรส่งข้อมูลเพิ่มเติมให้ สรพ. และผู้เยี่ยม ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังการเยี่ยม เพื่อที่ผู้เยี่ยมจะได้จัดทำคะแนน Overall Score ตลอดจนข้อชี้แนะต่างๆ ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ หลังการเยี่ยม

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

## การจัดทำรายงานการเยี่ยม

ผู้เยี่ยมจะส่งรายงานการเยี่ยมตามแบบฟอร์ม**ไฟล์รายงานการเยี่ยม กลับมาที่ สรพ.ภายใน 2 สัปดาห์หลังการเยี่ยม** เพื่อที่ สรพ.จะได้บันทึกข้อมูลเหล่านี้ลงในฐานข้อมูลกลาง ทำการตรวจทานข้อมูล และประมวลผลเป็นระยะตามแผนที่กำหนดไว้

## การใช้คะแนนจากการเยี่ยมแบบ Overall Scoring เพื่อการรับรองขั้นที่ 1 และ 2

การประเมินด้วย Overall Scoring มีวัตถุประสงค์เพื่อให้โรงพยาบาลเห็นโอกาสพัฒนาที่ชัดเจนยิ่งขึ้น สามารถตรวจสอบความก้าวหน้าในการพัฒนาได้โดยมีช่วงชั้นถี่ยิ่งขึ้น และเพื่อให้มีความสืบเนื่องกับการประเมินตามระบบขั้นบันได ทาง สรพ.ได้บูรณาการการประเมินด้วย Overall Scoring เข้ากับการประเมินขั้นที่ 1 และ 2 สรุปเป็นหลักเกณฑ์ ได้ดังนี้

|  |  |
| --- | --- |
| **กิตติกรรมประกาศ** | **เกณฑ์การอนุมัติรับรองคุณภาพสถานพยาบาล** |
| **ขั้นที่ 1****(อายุการรับรอง 1 ปี)** | 1. **มีการทบทวนผลงาน/ความเสี่ยง/ปัญหา เพื่อป้องกันปัญหาและมีการปฏิบัติตามระบบงานที่วางไว้ต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน** มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงสำคัญในหน่วยงานต่างๆ มีการติดตามระดับปัญหา/อุบัติการณ์และตอบสนองอย่างเหมาะสม2. **คะแนน Overall Scoring โดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 1.5** และคะแนนหมวด II-1.2 กิจกรรมทบทวนคุณภาพ ต้อง***ไม่น้อยกว่า 3.0*** |
| **ขั้น 2** **(อายุการรับรอง 1 ปี)** | **คะแนน Overall Scoring โดยเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 2.2** และคะแนนหมวด II-1.2 กิจกรรมทบทวนคุณภาพ ***ไม่น้อยกว่า 3.0*** และคะแนนหมวด I-6 การจัดการกระบวนการ, II- 1.1 การทำงานเป็นทีม, II-1.2 ก. การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย, II-1.2 ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทุกหมวด***ไม่น้อยกว่า 2.5*** และคะแนนหมวด II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย, II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ, II-6 ระบบการจัดการด้านยา ทุกหมวด***ไม่น้อยกว่า 2.0*** |

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