

# รายงานผลการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

## โดยใช้ Overall Scoring

### 0. สรุปย่อสำหรับผู้บริหาร

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในขณะที่ยังเป็นสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลภายใต้กำกับของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้พัฒนาระบบการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี โดยใช้ overall scoring ขึ้น เพื่อให้โรงพยาบาลต่างๆ สามารถประเมินตนเองได้โดยง่าย

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 สถาบันฯ ได้ร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการจัดส่งผู้แทนของสถาบันเข้าเยี่ยมโรงพยาบาลเพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง อีกทั้งเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันกับโรงพยาบาลผ่านเรื่องเล่าที่ประทับใจ การนำเสนอผลงานการพัฒนาคุณภาพในระบบงาน การดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งการเยี่ยมหน่วยงานสำคัญในโรงพยาบาล

จากจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด 961 แห่ง มีโรงพยาบาลที่ผู้แทนของสถาบันฯ เข้าเยี่ยมและได้ข้อมูลผลการประเมินมาประมวลผลในภาพรวม 954 แห่ง มีการให้คะแนนประเมินใน 3 ส่วนคือ 1) การประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานหมวดต่างๆ ในภาพรวม (overall scoring) ของหมวดนั้น โดยใช้ระดับคะแนน 1-5 2) การประเมินการนำข้อแนะนำเกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติ 3) การพัฒนาคุณภาพในระบบงานหรือการดูแลผู้ป่วย

การเยี่ยมประเมินในลักษณะนี้เป็นภาระสำหรับโรงพยาบาลน้อยกว่าการเยี่ยมเต็มรูปแบบ ทำให้โรงพยาบาลเข้าถึงหัวใจและประเด็นสำคัญของมาตรฐานแต่ละหมวดได้ง่ายขึ้น และทำให้โรงพยาบาลเห็นโอกาสพัฒนาด้วยตนเองมากมาย ก่อให้เกิดความตื่นตัวและความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

คะแนนดิบทั้งหมดจะนำมาประมวลผลเป็นค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของทั้งกลุ่ม ซึ่งจะนำมาปรับค่าคะแนนของแต่ละโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง

จากการพิจารณาคะแนนที่ได้รับการปรับแล้ว พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA, ได้รับกิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA และได้รับกิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA เท่ากับ 3.26, 2.95 และ 2.59 ตามลำดับ จากค่าคะแนนและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทำให้สามารถบ่งชี้โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพและอยู่ในข่ายที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ อีกทั้งทำให้สามารถบ่งชี้โรงพยาบาลที่มีความพร้อมที่จะให้การรับรองในระดับที่สูงขึ้นได้

## 1. แนวคิดการประเมินโดยใช้ Overall Scoring

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้จัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ขึ้นเมื่อ พ.ศ.2549 เพื่อเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพต่างๆ ในการประเมินและพัฒนาตนเอง และใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินเพื่อพิจารณาให้การรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) มาตรฐานฉบับนี้บูรณาการข้อกำหนดของมาตรฐาน HA มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และเกณฑ์รางวัลคุณภาพเพื่อองค์กรที่เป็นเลิศ เข้าด้วยกัน

แนวทางการให้คะแนน (scoring guideline) เพื่อประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานดังกล่าว ได้ประยุกต์มาจากเกณฑ์ TQA/MBNQA กล่าวคือเน้นการออกแบบระบบที่ได้ผล การนำไปปฏิบัติ การประเมินและปรับปรุง การใช้นวัตกรรม การบูรณาการ และผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยปรับเป็นระดับคะแนน 0- 5 ดังนี้

- 0 ไม่มีการปฏิบัติ
- 1 ขั้นเริ่มต้น มีกิจกรรมพื้นฐาน เริ่มวางแนวทาง เริ่มทำเรื่องง่ายๆ
- 2 ขั้นกำลังพัฒนา มีการปฏิบัติในกระบวนการที่สำคัญ แต่ยังมีประเด็นสำคัญที่ต้องปรับปรุงอยู่
- 3 ขั้นเห็นผล บรรลุเป้าหมายพื้นฐานในประเด็นสำคัญ
- 4 ขั้นก้าวหน้า มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ มีการบูรณาการ มีนวัตกรรม มีกระบวนการที่เพิ่มความสมบูรณ์แก่การบรรลุเป้าหมายและทำได้ยาก
- 5 ยั่งยืน ผลลัพธ์อยู่ในระดับแนวหน้า เป็นแบบอย่างที่ดีของการปฏิบัติ เกิดวัฒนธรรม เป็นลักษณะในอุดมคติที่เป็นเป้าหมายของเรื่องนั้น ซึ่งควรเป็นเป้าหมายระยะยาวของโรงพยาบาล

Worksheet สำหรับประมวลผลคะแนนได้รับการเผยแพร่ให้โรงพยาบาลต่างๆ ใช้เช่นเดียวกับผู้เยี่ยมชมสำรวจ เนื่องจากการเห็นคะแนนของตนเองจะทำให้โรงพยาบาลรู้ว่าตนอยู่ตรงไหน จะต้องปิดช่องโหว่ในปัจจุบันอย่างไร และการพัฒนาในขั้นต่อไปควรจะเน้นที่ตรงไหน นอกจากนั้นการมีคะแนนในภาพรวมของทุกโรงพยาบาลจะทำให้กำหนดประเด็นสำคัญในการพัฒนาในระดับประเทศไทย

จากการเห็นประโยชน์ของการประเมินตนเอง และการเข้าเยี่ยมโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินหรือเพื่อให้คำปรึกษา พรพ.จึงได้ปรับแนวทางการให้คะแนนมาเป็น overall scoring เพื่อให้โรงพยาบาลใช้ในการประเมินตนเอง และผู้แทนของ พรพ.เข้าเยี่ยมเพื่อรับรู้และเรียนรู้คุณภาพ

Overall scoring เป็นการให้คะแนนตาม Overall Requirement (ข้อกำหนดโดยรวม) ของมาตรฐานแต่ละบท เป็นการมองภาพรวมของทิศทางการพัฒนาที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายได้เพียงใด โดยไม่ต้องลงเอยรายละเอียดจำนวนมาก ช่วยให้ รพ.พัฒนาได้ง่ายขึ้น เน้นเฉพาะในสิ่งที่มีความจำเป็น แม้จะเป็นการใช้ข้อกำหนดโดยรวม แต่ก็เน้นการพิจารณาว่าสิ่งที่ทำนั้นเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการหรือไม่ สิ่งที่ทำนั้นครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้พอสมควรหรือยัง มีแนวโน้มที่จะขยายตัวอย่างเหมาะสมหรือไม่

การกำหนด overall scoring จะมีการระบุอย่างเป็นรูปธรรมว่าในคะแนนแต่ละระดับสำหรับมาตรฐานบทนั้นๆ จะมีลักษณะโดยรวมอย่างไร ซึ่งนอกจากจะอิงข้อกำหนดโดยรวม และแนวทางการให้คะแนนในระดับ 0-5 แล้ว ยังอิงตามสภาวะที่เป็นจริงของการพัฒนาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลต่างๆ โดยเลือกประเด็นที่มีความสำคัญสูง

สามารถรับรู้ได้ง่าย มากำหนดไว้ในเกณฑ์การให้คะแนน เป็นการสะท้อนระดับของกิจกรรมหรือแนวคิดหลักที่โรงพยาบาลยึดถือเป็นส่วนใหญ่ มิได้เน้นความสมบูรณ์ในทุกประเด็น มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้โรงพยาบาลเห็นตัวเองได้ง่าย เข้าใจหัวใจของมาตรฐานใหม่ได้ง่าย ก่อนที่จะลงลึกในรายละเอียด

นอกจากจะจัดทำเกณฑ์การให้คะแนนในลักษณะ overall scoring แล้ว พรพ.ยังได้จัดทำ enquiry guide ขึ้นเพื่อช่วยสร้างความเข้าใจในการประเมินตนเองของโรงพยาบาล ด้วยการตั้งประเด็นคำถามให้ทีมงานของโรงพยาบาลพิจารณาเมื่อตอบว่าระดับการปฏิบัติของตนอยู่ในระดับ 3 ขึ้นไป (คำถามจะอยู่อยู่ใน bullet) หากสามารถตอบคำถามได้ก็จะเป็นการสร้างเชื่อมั่นใจว่ามีการปฏิบัติในระดับคะแนนนั้นจริง หากไม่สามารถตอบคำถามได้ก็ต้องกลับไปพิจารณาทบทวนคะแนนหรือดำเนินการปรับปรุงเพิ่มเติมก่อน ด้วยวิธีการนี้ทำให้ช่วยลดปัญหาการให้ระดับคะแนนที่แตกต่างกันระหว่างทีมงานของโรงพยาบาลกับผู้แทนของ พรพ.ได้มาก

### ตัวอย่าง Enquiry Guide

#### I-2. การบริหารเชิงกลยุทธ์

1. แผนยังมีลักษณะแยกส่วน ขาดการวิเคราะห์อย่างมีจุดร่วม
2. มีการประมวลแผนเป็นหนึ่งเดียว มีกระบวนการจัดทำตามขั้นตอนที่ดี แต่ยังมีข้อด้อยสำคัญในด้านต่าง ๆ
3. แผนสอดคล้องกับบริบท ปราศจากข้อด้อยสำคัญ บุคลากรรับรู้ มีระบบรายงานและติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุเป้าหมาย
  - บริบทและความท้าทายของ รพ.คืออะไร แผนตอบสนองต่อบริบทและความท้าทายดังกล่าวเพียงใด ครอบคลุมประเด็นสำคัญต่างๆ ครบถ้วนหรือไม่
  - มีการกำหนดเป้าหมายของแผนชัดเจนหรือไม่ สามารถวัดได้หรือไม่ ตัวชี้วัดตรงประเด็นกับเป้าหมายหรือไม่
  - ผู้นำติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผนอย่างไร บ่อยเพียงใด ผลการติดตามเป็นอย่างไร มีการตอบสนองอย่างไร
4. มีเป้าหมายที่ท้าทาย การทบทวนนำมาสู่จุดเน้นการพัฒนาที่ชัดเจนและรับรู้ทั่วกัน, มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการวางแผน
  - เนื้อหาของแผนเป็นเรื่องของงานประจำหรืองานพัฒนา การเปลี่ยนแปลงสำคัญที่คาดหวังไว้คืออะไร
  - เป้าหมายที่ท้าทายคืออะไร เป็นความท้าทายในภาพรวมหรือเฉพาะบางข้อ มีเป้าหมายเชิงปริมาณที่ท้าทายอย่างไร
  - จุดเน้นการพัฒนาในขณะนี้คืออะไร มีที่มาอย่างไร แตกต่างจากปีที่ผ่านมาอย่างไร เพราะอะไรจึงมีการเปลี่ยนแปลงจุดเน้น
  - มีการประเมินการรับรู้แผน เป้าหมาย และจุดเน้นการพัฒนาอย่างไร
  - กระบวนการวางแผนแตกต่างไปจากปีที่ผ่านมาอย่างไร เพราะอะไรจึงมีการปรับเปลี่ยน
5. องค์กรมีความยืดหยุ่นและเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วเมื่อจำเป็น
  - ขอให้ยกตัวอย่างความยืดหยุ่นและความรวดเร็วในการตอบสนองสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

## 2. การเยี่ยมเพื่อรับรู้และเรียนรู้คุณภาพ

---

### 2.1 ลักษณะของการเยี่ยม

---

การเยี่ยมโรงพยาบาลโดยบุคคลภายนอกมีส่วนสำคัญในการสร้างความเข้าใจและความตื่นตัวให้แก่โรงพยาบาล ในโครงการนี้ พรพ.ได้พยายามออกแบบการเยี่ยมเพื่อให้เกิดคุณค่าสูงสุดแก่โรงพยาบาลโดยเรียกว่าเป็น “การเยี่ยมเพื่อรับรู้และเรียนรู้คุณภาพ” ไม่ใช่คำว่าเยี่ยมเพื่อประเมิน เพราะไม่ต้องการให้เกิดความเครียดที่อาจเป็นอุปสรรคต่อบรรยากาศการเรียนรู้

**การเยี่ยมเพื่อรับรู้คุณภาพ** ประกอบด้วย การรับรู้ 3 ส่วนต่อไปนี้

1. รับรู้เรื่องราวดี ๆ ในการทำงานคุณภาพของโรงพยาบาลเพื่อนำไปสู่การขยายผล

1.1 รับรู้เรื่องราวดี ๆ จากคนทำงานเล็กๆ ที่อยู่หน้างาน เป็นการส่งเสริมให้ตระหนักในศักยภาพและพลังที่มีอยู่แล้วในองค์กรในการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (แนวคิด Humanized Healthcare) และส่งเสริมให้มีการค้นหาพลังเชิงบวกขององค์กรให้มากขึ้น (ด้วยเครื่องมือที่เรียกว่า Appreciative Inquiry)

1.2 การพัฒนาระบบงานที่สามารถเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลอื่นๆ ได้ร่วมเรียนรู้ได้

2. รับรู้ระดับการพัฒนาตามมาตรฐานผ่าน scoring ของมาตรฐานแต่ละบทซึ่งโรงพยาบาลประเมินตนเองและผู้แทนของ พรพ.เข้าเยี่ยมหน่วยงานเพื่อยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล กระบวนการนี้ส่งเสริมให้โรงพยาบาลเรียนรู้ที่จะประเมินตนเองให้ใกล้เคียงกับความถูกต้องมากที่สุด โดยมีผู้แทนของ พรพ.เป็นผู้ facilitate และสร้างความเข้าใจในการใช้คะแนนเป็นเครื่องบ่งชี้จุดที่ต้องพัฒนา คลายความกังวลในเรื่องการสอบผ่านหรือไม่ผ่าน

3. รับรู้การปฏิบัติในเรื่องที่ พรพ.และสปสช. ให้ความสำคัญ เช่น การนำแนวทางส่งเสริมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยไปปฏิบัติ, ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน เป็นต้น

**การเยี่ยมเพื่อเรียนรู้คุณภาพ** เป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นระหว่างการเยี่ยม ถือว่าเป็นการต่อยอด ช่วยเหลือ และเติมเต็ม ให้แก่โรงพยาบาล

1 ต่อยอด ด้วยการเรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพจากปัญหาและผลงานของโรงพยาบาล

2 ช่วยเหลือ ด้วยการแนะนำแหล่งข้อมูลที่หลากหลายเพื่อเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา

3 เติมเต็ม ด้วยการแนะนำการใช้ detailed scorebook ประเมินตนเองเพื่อเตรียมการสำหรับขอรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรอง HA เมื่อโรงพยาบาลมีความพร้อม

## 2.2 แนวทางการดำเนินงาน

---

- 1) จัดประชุมชี้แจงทำความเข้าใจในรายละเอียดของโครงการระหว่าง พรพ. และสปสช. รวมทั้งสปสช.สำนักงานเขตพื้นที่ทั้ง 13 เขต (วันที่ 27 ตุลาคม 2551)
- 2) พรพ. จัดทำเครื่องมือในการประเมินตนเองและวางแผนการพัฒนา ประกอบด้วย
  - Overall Scoring & Overall Scoring Enquiry Guide
  - Gap Analysis – PSG : SIMPLE
- 3) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับโรงพยาบาลในแต่ละเขตเพื่อทำความเข้าใจในรายละเอียดการประเมินคุณภาพโรงพยาบาล วิธีการใช้เครื่องมือวัดและประเมินคุณภาพของ พรพ. ในช่วงเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2551
- 4) โรงพยาบาลดำเนินการประเมินตนเองและวางแผนพัฒนา
- 5) โรงพยาบาลจัดส่งข้อมูลต่อไปนี้ให้แก่ พรพ. ก่อนวันเยี่ยม 2 สัปดาห์
  - Hospital Mini-profile
  - Overall Scoring โดยมีข้อมูลอธิบายโดยสังเขปสำหรับหัวข้อที่ได้คะแนนมากกว่า 3 ขึ้นไป
  - ผลงานการพัฒนาคุณภาพหรือการพัฒนาระบบงานอย่างน้อย 5 เรื่อง
  - ผลการทำ gap analysis ของ PSG : SIMPLE อย่างน้อย 5 เรื่อง
  - ผลการประเมินตามแบบฟอร์ม MRA (medical record audit) ที่ สปสช. จัดทำร่วมกับ พรพ.
- 6) ผู้แทนของ พรพ. เข้าเยี่ยมโรงพยาบาลเพื่อรับรู้และเรียนรู้คุณภาพ ระหว่างเดือนมกราคม – กรกฎาคม 2552
- 7) หลังผู้แทนของ พรพ. เข้าเยี่ยม โรงพยาบาลจะได้รับโอกาสให้เข้าร่วม web conference กับ พรพ. เพื่อทำความเข้าใจประเด็นข้อสงสัยต่างๆ ที่ยังมีอยู่ ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันกับโรงพยาบาล รวมทั้งบอกเล่าความก้าวหน้าและปัญหาในการดำเนินงานของโรงพยาบาล

## 2.3 กำหนดการในวันเยี่ยม

---

|                  |                                                                                                        |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08.30 - 09.00 น. | ทำความรู้จักกับผู้บริหาร รับรู้ผลงานและความคาดหวัง                                                     |
| 09.00 - 09.30 น. | เรื่องเล่า “การบริการด้วยหัวใจ”                                                                        |
| 09.30 – 10.00 น. | แลกเปลี่ยนเรียนรู้ “ผลการพัฒนาระบบงานที่ภาคภูมิใจ”                                                     |
| 10.00 – 10.30 น. | แลกเปลี่ยนเรียนรู้ “Gap Analysis – PSG : SIMPLE”                                                       |
| 10.30 – 12.00 น. | เยี่ยมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง                                                                            |
| 12.00 – 13.00 น. | อาหารกลางวันร่วมกับแพทย์ ทีมนำ และทีมพัฒนาคุณภาพ                                                       |
| 13.00 – 14.00 น. | เยี่ยมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง                                                                            |
| 14.00 - 15.30 น. | แลกเปลี่ยนเรียนรู้ “ผลการประเมินตนเองตาม overall scoring, MRA และระบบจัดการคำร้องเรียนของผู้รับบริการ” |
| 15.30 – 16.30 น. | วางแผนการพัฒนาต่อเนื่องร่วมกัน                                                                         |

### 3. การประมวลผลข้อมูล

---

#### 3.1 ข้อมูลที่นำมาประมวลผล

---

คะแนนที่นำมาประมวลผลประกอบด้วยคะแนน 3 ส่วน

1. Overall scoring รวมทั้งหมด 35 หัวข้อ คิดเป็นคะแนนเต็ม 175 คะแนน
2. คะแนนผลงานการพัฒนาคุณภาพหรือการพัฒนาระบบงาน 5 เรื่อง คิดเป็นคะแนนเต็ม 15 คะแนน
3. คะแนนการวิเคราะห์ส่วนขาดตามแนวทางการความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและการปรับปรุง 5 เรื่อง คิดเป็นคะแนนเต็ม 15 คะแนน

รวมคะแนนจากทั้ง 3 ส่วน คิดเป็นคะแนนเต็ม 205 คะแนน

#### 3.2 วิธีการประมวลผล

---

1. คำนวณค่าเฉลี่ย ( $\mu$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของคะแนนรวมทั้ง 3 ส่วนของโรงพยาบาลทั้งหมด
2. คำนวณค่าคะแนนมาตรฐาน (z-score) ของแต่ละโรงพยาบาลโดยใช้สูตร
3. ปรับจากค่าคะแนนมาตรฐานมาเป็นค่าที่จะใช้ในการคำนวณการจ่ายเงินตามที่ สปสช.กำหนดไว้ คือค่าคะแนนมาตรฐานที่ 0 จะเท่ากับคะแนน 3 กล่าวอีกนัยหนึ่งคือการนำตัวเลข 3 มาบวกค่าคะแนนมาตรฐาน
4. ปรับค่าคะแนนสูงสุดไม่เกิน 5 และคะแนนต่ำสุดเป็น 0

#### 3.3 ตัวอย่างการประมวลผล

---

ค่าสถิติของกลุ่มประชากรโรงพยาบาลทั้งหมดมีดังนี้

|                       |        |
|-----------------------|--------|
| ○ ค่าเฉลี่ย           | 105.94 |
| ○ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 22.81  |

โรงพยาบาล ก.ได้คะแนนดังนี้

|                                                        |     |
|--------------------------------------------------------|-----|
| ○ Overall scoring                                      | 100 |
| ○ คะแนนผลงานการพัฒนาคุณภาพ                             | 11  |
| ○ คะแนนการวิเคราะห์และปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย | 9   |

รวมคะแนนทั้ง 3 ส่วนเข้าด้วยกัน 120

คำนวณค่ามาตรฐานของโรงพยาบาล ก.ได้  $= (120-105.94) / 22.81 = 0.62$

คะแนนที่ปรับแล้วของโรงพยาบาล ก. =  $3 + 0.62 = 3.62$



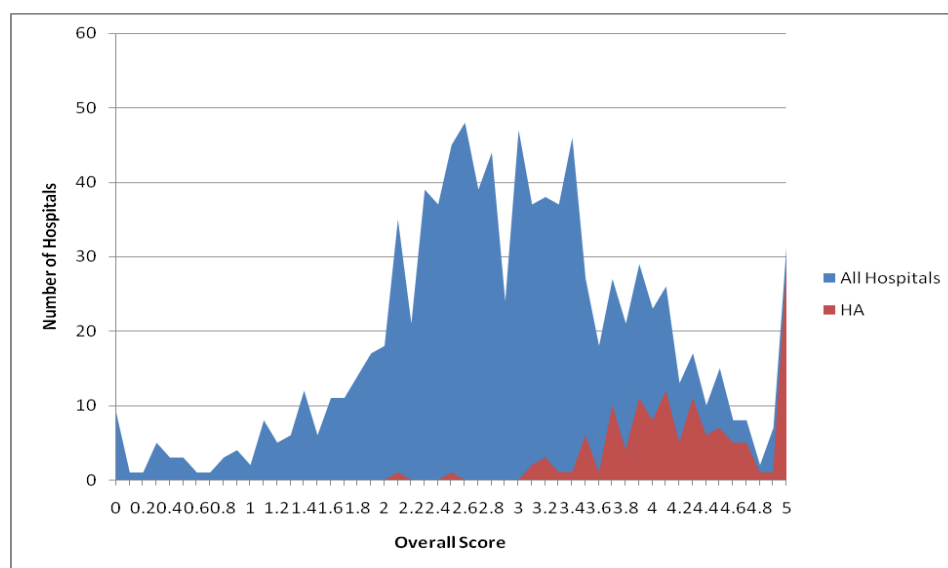
#### 4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล overall score ของโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 กลุ่มตามระดับการรับรองที่เคยได้รับและสถานะการชำระไว้ซึ่งการรับรองดังกล่าว ได้ผลตามตารางที่ 1 ซึ่งแสดงให้เห็นค่าเฉลี่ยที่แตกต่างกันในโรงพยาบาลกลุ่มต่างๆ

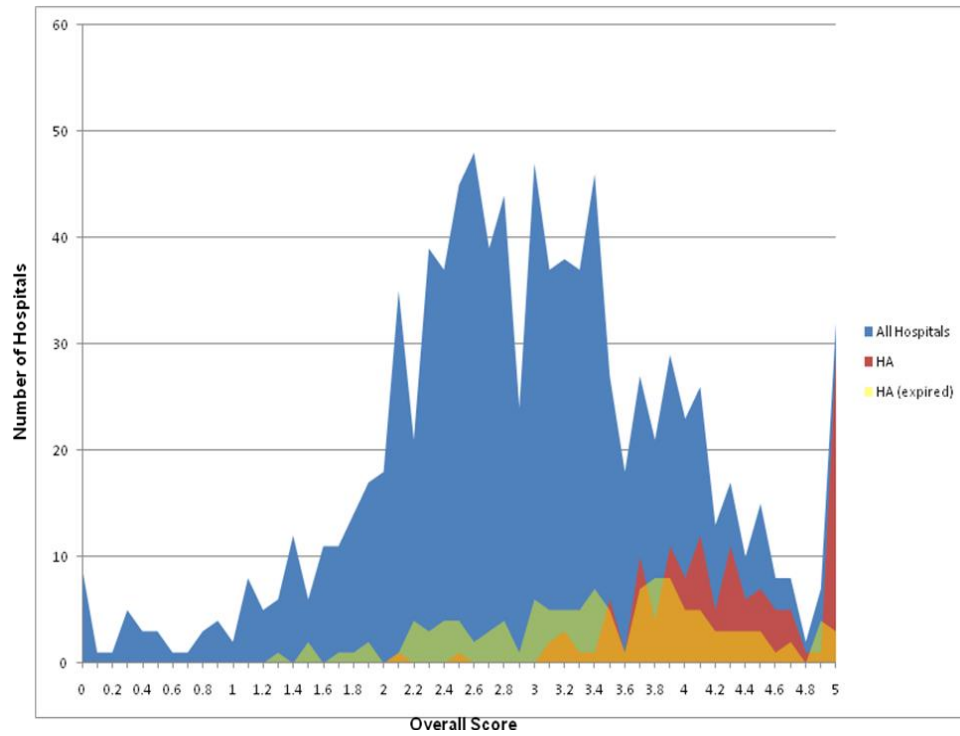
ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ

|                                             | mean        | S.D         | Mean + S.D. | Mean – S.D. |
|---------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| รพ.ที่ได้รับการรับรอง HA หรือบันไดขั้นที่ 3 | <b>3.26</b> | <b>0.76</b> | <b>4.02</b> | <b>2.49</b> |
| รพ.ที่ได้รับการรับรอง HA และหมดอายุ         | 3.08        | 0.86        | 3.93        | 2.22        |
| รพ.ที่ได้รับการรับรองบันไดขั้นที่ 2         | <b>2.96</b> | <b>0.82</b> | <b>3.78</b> | <b>2.13</b> |
| รพ.ที่ได้รับการรับรองบันไดขั้นที่ 2 หมดอายุ | 2.93        | 0.98        | 3.91        | 1.94        |
| รพ.ที่ได้รับการรับรองบันไดขั้นที่ 1         | <b>2.59</b> | <b>0.66</b> | <b>3.25</b> | <b>1.93</b> |
| รพ.ที่ได้รับการรับรองบันไดขั้นที่ 1 หมดอายุ | 2.78        | 0.80        | 3.58        | 1.98        |
| รพ.ที่ยังไม่ได้รับการรับรอง                 | 2.18        | 0.52        | 2.70        | 1.66        |
| รวมทุกกลุ่ม                                 |             |             |             |             |

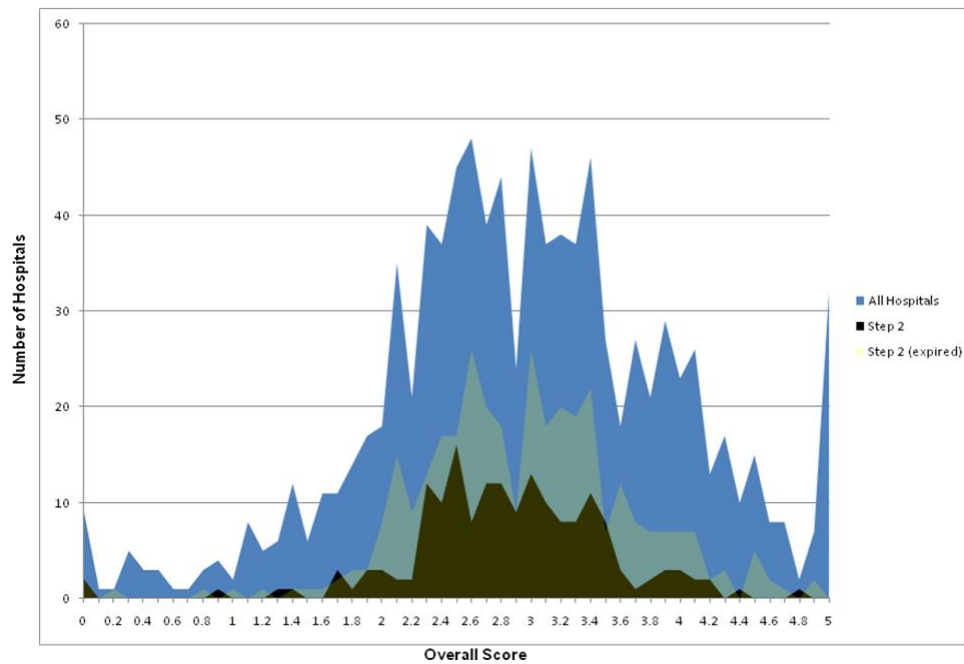
ภาพการกระจายของคะแนนในโรงพยาบาลกลุ่มต่างๆ แสดงให้เห็นในภาพที่ 1 – 4



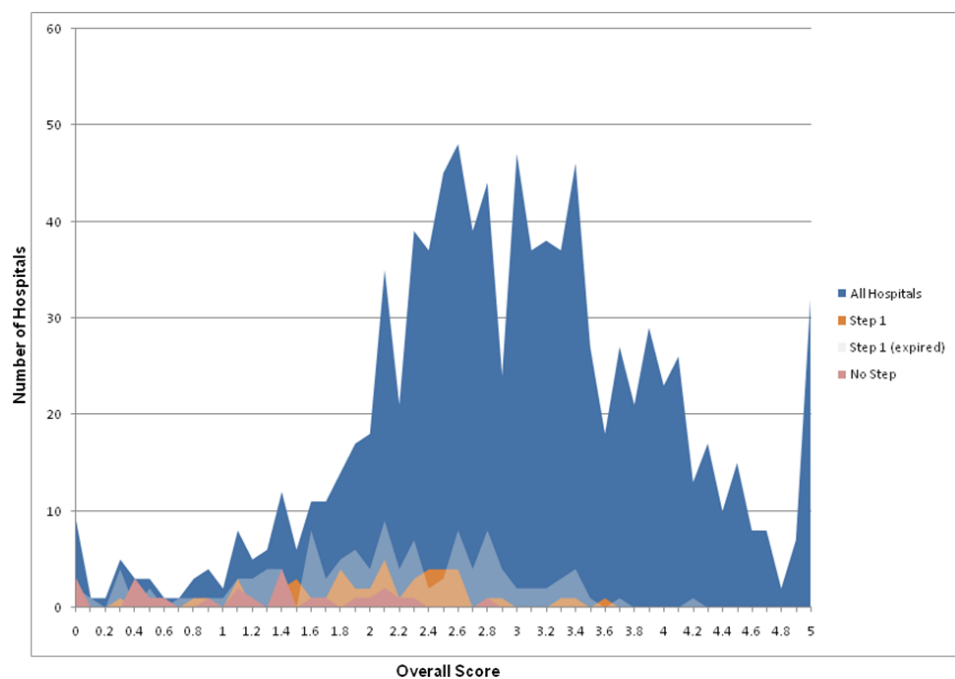
ภาพที่ 1 แสดงการกระจายคะแนนของ รพ.ที่ได้รับ HA เทียบกับ รพ.ทั้งหมด



**ภาพที่ 2** แสดงการกระจายคะแนนของ รพ.ที่ได้รับ HA และ HA หมดอายุ เทียบกับ รพ.ทั้งหมด



**ภาพที่ 3** แสดงการกระจายคะแนนของ รพ.ที่ได้รับกิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA ทั้งที่ไม่หมดอายุและหมดอายุแล้ว เทียบกับ รพ.ทั้งหมด



**ภาพที่ 4** แสดงการกระจายคะแนนของ รพ.ที่มีระดับการพัฒนาดำกว่าบันไดขั้นที่ 2 เทียบกับ รพ.ทั้งหมด

5. บัญชีรายการตัวอย่างการปฏิบัติที่ดีในโรงพยาบาลต่าง ๆ

---

| จังหวัด | โรงพยาบาล | ตัวอย่างการปฏิบัติที่ดี |
|---------|-----------|-------------------------|
|         |           |                         |

1

19

15

38 ไม่ให้เข้าเยี่ยม 1 ไม่มีข้อมูล 1

ไม่ให้เข้าเยี่ยม 4 ไม่มีข้อมูล 2