
แนวทางการเยี่ยมเพื่อรับรู้และเรียนรู้คุณภาพโรงพยาบาล

ปีงบประมาณ 2553

วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมโรงพยาบาลด้วยเครื่องมือ Overall Scoring

1. ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพในหน่วยบริการที่เข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านกระบวนการประเมินตนเอง และการเยี่ยมเพื่อรับรู้ความก้าวหน้าในการพัฒนาโดยผู้แทนของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)
2. ประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคะแนนประเมินที่ได้ สปสช.จะนำไปใช้ในการจัดสรรเงินสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการในระดับโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการเยี่ยม

ประกอบด้วย

1. Hospital mini-profile
2. Overall Scoring
3. ผลงานเด่นที่แสดงการพัฒนาโรงพยาบาล (CQI) จำนวน 5 เรื่อง
4. Gap Analysis from Patient Safety Goals : SIMPLE จำนวน 5 เรื่อง
5. สรุปผลการทำ medical record audit ตามแบบฟอร์มของสปสช.

นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลที่ให้โรงพยาบาลนำเสนอเพื่อการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้เยี่ยมในวันที่เข้าเยี่ยม โดยไม่ต้องส่งข้อมูลมาล่วงหน้า ได้แก่

- เรื่องเล่า “การบริการด้วยหัวใจ”
- ผลการประเมินระบบจัดการคำร้องเรียนของผู้รับบริการ

วิธีการให้คะแนนสำหรับเครื่องมือแต่ละชิ้น คือ

- ข้อมูล **Hospital mini-profile**, สรุปผลการทำ **medical record audit** ตามแบบฟอร์มของสปสช., เรื่องเล่าที่ประทับใจ, ผลการประเมินระบบจัดการคำร้องเรียนของผู้รับบริการ ตลอดจนข้อมูลพื้นฐานอื่นๆที่โรงพยาบาลนำเสนอ ไม่มีคะแนนโดยตรง แต่จะใช้เป็นข้อมูลเพื่อให้ผู้เยี่ยมเห็นบริบทของโรงพยาบาล และประกอบการให้คะแนนในส่วน Overall Scoring, Gap Analysis, และ CQI
- **Overall Scoring**

เป็นเครื่องมือที่สร้างจากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี โดยดัดแปลงจากระบบการให้คะแนนด้วย scorebook ที่ผู้เยี่ยมสำรวจใช้ประเมินรับรองโรงพยาบาล ให้ประเมินได้ง่ายขึ้นเพื่อให้โรงพยาบาลทุกระดับสามารถใช้ Overall Scoring ในการประเมินตนเองได้

การประเมิน เป็นการประเมินในภาพรวมของแต่ละหมวด ไม่ลงถึงระดับย่อย

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

หลักการให้คะแนนที่สำคัญ คือ **ก่อนให้คะแนนระดับสูง ต้องผ่านคะแนนระดับต่ำกว่าก่อน** เช่น จะได้คะแนนระดับ 4 ต้องมีการดำเนินงานที่ค่อนข้างสมบูรณ์ในระดับ 1,2,3 แล้ว เพื่อสะท้อนว่าการดำเนินงานที่ดีระดับ 4 นั้น มีฐานการพัฒนาที่ดีและน่าจะต่อเนื่องในระยะยาวได้

Scale ระดับ 3 ของแต่ละหมวด ถือเป็นระดับที่มีการพัฒนามากพอสมควรแล้ว ถ้าคะแนนเฉลี่ยของทุกหมวดมากกว่า 3 ขึ้นไป ถือว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมขั้นต้นในการขอรับการเยี่ยมสำรวจ (accreditation survey) จากสรพ. ดังนั้น คะแนนหมวดใดที่มากกว่า 3 โรงพยาบาลควรเขียนข้อมูลหรือหลักฐานเพื่อสนับสนุนการให้คะแนน (โดยอาจใช้ Overall Scoring Enquiry Guide ที่สรพ.พัฒนาขึ้นมา ใช้คู่กับ Overall Scoring เป็นแนวทางในการเขียน)

ถ้าความเห็นในเรื่องระดับการพัฒนาอยู่ในระดับที่ก้ำกึ่งระหว่างชั้น ก็ให้คะแนนที่ระดับกึ่งกลาง (เช่น 1.5, 2.5, 3.5)

ผู้เยี่ยมควรให้คะแนนในทั้ง 35 ข้อย่อย (คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5) การเว้นข้อย่อยใดไป จะทำให้เวลาคำนวณคะแนน โรงพยาบาลจะได้คะแนนในข้อย่อยนั้นเป็น 0

- ผลงานเด่นที่แสดงการพัฒนาโรงพยาบาล (CQI)

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

ในจำนวน 5 เรื่องที่สรพ.กำหนดให้นำเสนอ ควรเป็นผลการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ อย่างน้อย 2 เรื่อง นอกนั้น เป็นการพัฒนาระบบงานสำคัญอื่น เช่น IC, ระบบยา, HR, IT, ENV.

แนวทางการให้คะแนนในส่วนของ CQI คือ

- 1 คะแนน มีการวิเคราะห์สถานการณ์ แสดงเหตุผลความจำเป็นของเรื่องที่จะทำ และกำหนดเป้าหมายได้ชัดเจน
- 2 คะแนน มีข้อ 1. และมีการวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ กำหนดวิธีประเมินผลที่ชัดเจน
- 3 คะแนน มีข้อ 1., 2. และมีการแสดงผลการดำเนินงาน แสดงกระบวนการเรียนรู้ได้อย่างกระชับ

และสอดคล้องกับหลักวิชาการ

- Gap Analysis from Patient Safety Goals : SIMPLE

เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถวิเคราะห์ gap ในการนำข้อเสนอแนะใน patient safety goals : SIMPLE ไปสู่การปฏิบัติได้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยสรพ.ได้จัดทำแบบฟอร์มที่แสดงข้อเสนอแนะตาม patient safety goals : SIMPLE ไว้ในช่อง recommendation เพื่อให้โรงพยาบาลตรวจสอบตนเองว่ามี actual practice อย่างไร ทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ปฏิบัติกับสิ่งที่แนะนำ นำไปสู่การกำหนดการปฏิบัติที่ต้องการให้เป็น (desired practice) และการจัดทำแผนปฏิบัติการ ได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม ควรตระหนักว่าชุดคำถามเหล่านี้เป็นเพียงแนวทางเพื่อให้เกิดความเข้าใจว่าหากจะนำข้อเสนอแนะไปสู่การปฏิบัติให้ได้ผลแล้ว จะต้องพิจารณากิจกรรมอะไรบ้าง โรงพยาบาลจึงควรเลือกใช้ gap ที่วิเคราะห์มาได้อย่างมีเหตุผลให้เหมาะสมกับบริบทของตน

แนวทางการให้คะแนนในส่วนของ Gap Analysis คือ

- 1 คะแนน มีการใช้ gap analysis ที่วิเคราะห์ได้สอดคล้องกับบริบทของรพ. แสดง actual practice ที่ชัดเจน
- 2 คะแนน มีข้อ 1. และมีการใช้ gap analysis ในการวางแผนหรือพัฒนาระบบงานของรพ. โดยแสดง desired practice ที่ชัดเจนเหมาะสม

3 คะแนน มีข้อ 1,2. และ action plan มีความชัดเจนเหมาะสม อาจเริ่มสามารถแสดงผลการดำเนินงานตาม action plan ได้

Overall Scoring Enquiry Guide สำหรับใช้ประกอบในการให้คะแนนตนเองโดยโรงพยาบาล

สพ.ได้จัดทำแนวทางการตั้งคำถาม (Enquiry Guide) เพื่อให้โรงพยาบาลใช้ทำความเข้าใจในความหมายของการให้คะแนนในระดับ 3-4-5 เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าโรงพยาบาลสามารถให้คะแนนตนเองให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของมาตรฐานและเกณฑ์การให้คะแนน

หลักสำคัญของการให้คะแนนด้วย Overall Scoring คือการมองในภาพรวมของมาตรฐานแต่ละบทมากกว่าที่จะดูในรายละเอียดของข้อกำหนดทั้งหมด ผู้ใช้แนวทางคำถามเหล่านี้พึงตระหนักในหลักการสำคัญดังกล่าวประกอบไปด้วย ควรหลีกเลี่ยงจากการตีความหมายของข้อความโดยปราศจากการเชื่อมโยงกับภาพรวม

วิธีใช้แนวทางคำถามนี้ก็คือ เมื่อทีมงานพิจารณาเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 แล้ว ให้พิจารณาว่าผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลน่าจะสอดคล้องกับคะแนนใดมากที่สุด หากพบว่าระดับคะแนนอยู่ที่ 3 - 5 ก็ให้พิจารณาคำถามที่อยู่ในระดับคะแนนนั้น โดยการตอบแบบปากเปล่าก่อน หากตอบได้เพียงบางส่วนแสดงว่าระดับคะแนนที่ได้อาจจะลดลงไปประมาณครึ่งระดับ และหากตอบได้เพียงส่วนน้อย ควรจะลดระดับลงไป 1 ระดับ

เมื่อได้ข้อสรุปว่าผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 3 - 5 ทีมงานควรตอบคำถามสำหรับคะแนนในระดับนั้นอย่างกระชับที่สุด เป็นข้อมูลประกอบการให้คะแนน

สำหรับคำถามที่ตอบไม่ได้ ควรใช้เป็นโอกาสพัฒนาต่อไป

การเยี่ยมโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA แล้ว

เครื่องมือ Overall Scoring พัฒนาขึ้นมาเพื่อช่วยกระตุ้นการพัฒนาของโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการรับรอง HA เป็นหลัก อย่างไรก็ตาม สำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA แล้ว และอยู่ในเงื่อนไขของการจัดเยี่ยมตามโครงการนี้ สพ.ได้บูรณาการการเยี่ยมในเพื่อรับรู้และเรียนรู้คุณภาพ เข้ากับการเยี่ยมเฝ้าระวัง (surveillance survey) เพื่อให้กิจกรรมต่างๆ ตอบสนองความต้องการของทั้งสองส่วน

	สปสช.	การเยี่ยมเฝ้าระวัง
การประเมินตนเองด้วย score	ใช้ overall scoring เพื่อให้โครงการมีคะแนนของทุก รพ. และสามารถวิเคราะห์ในภาพรวมได้ (ส่งให้ พรพ. ก่อนวันเข้าเยี่ยม)	ใช้ detailed scorebook เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาและเตรียมความพร้อมในการรับรอง reaccreditation survey (ส่งให้ พรพ. เพื่อเรียนรู้ร่วมกัน)

	สปสช.	การเยี่ยมเฝ้าระวัง
Gap Analysis	5 เรื่อง	ทุกเรื่องที่มีโอกาสเป็นปัญหาของ รพ.
การพัฒนาคุณภาพ/การพัฒนา ระบบงาน	5 เรื่อง	ไม่จำกัด
วัตถุประสงค์เฉพาะ	ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน, การ จัดการคำร้องเรียน,	การติดตามการปฏิบัติตาม ข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยมสำรวจ, การ บรรลุเป้าประสงค์ขององค์กรและ ระบบงานต่างๆ, ความปลอดภัยใน การดูแลผู้ป่วย (ค้นหา AE มาวาง ระบบป้องกัน)

ขั้นตอนในการเยี่ยม

1. สรพ.ร่วมกับสปสช.จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานในปี 2553 แก่สปสช.สาขาเขตพื้นที่และ โรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. โรงพยาบาลแต่ละแห่งประเมินตนเองโดยใช้เครื่องมือของสรพ. และส่งข้อมูลการประเมินตนเองให้ สรพ.และผู้เยี่ยม ก่อนวันเยี่ยมไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์
3. สรพ.ประสานกับโรงพยาบาลและผู้เยี่ยมเพื่อวางแผนการเยี่ยม
4. ผู้แทนของสรพ.เข้าเยี่ยมโรงพยาบาลตามแผนที่กำหนด
5. สรพ.จัดทำ web conference ตอบข้อซักถามแก่โรงพยาบาลที่มีข้อสงสัย เพื่อสร้างความกระจ่าง โดย จัดเป็นรายจังหวัด จัดหลังจากการเยี่ยมประมาณ 2 สัปดาห์ถึง 1 เดือน
6. สรพ.รวบรวมข้อมูลคะแนนการประเมินส่งสปสช.ตามข้อมูลรายชื่อโรงพยาบาลที่ได้รับมา

ตารางการเยี่ยม

ได้มีการกำหนดตารางการเยี่ยม สำหรับการเข้าเยี่ยมโรงพยาบาลขนาดเล็ก ที่มีผู้เข้าเยี่ยม 1 คน จำนวน 1 วัน (1 man-day) ไว้ดังนี้

08.30 - 09.00 น.

พบผู้บริหาร 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, medical record audit และระบบจัดการคำร้องเรียนของผู้รับบริการ”
15.30 – 16.30 น.	วางแผนการพัฒนาต่อเนื่องร่วมกัน

ตารางการเยี่ยม สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม

สำหรับโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ขึ้น จะใช้ man-day ในการเยี่ยมมากขึ้น เพื่อให้สามารถเรียนรู้การพัฒนาของโรงพยาบาลได้อย่างครอบคลุม โดยยังคงหัวข้อหลักที่ใช้ในการเยี่ยมเหมือนเดิม แต่จะมีการลงไปเยี่ยมตามหน่วยงานย่อยต่างๆ มากขึ้น ซึ่งตารางการเยี่ยมสำหรับโรงพยาบาลแต่ละขนาด จะมีการแจ้งประสานไปที่ผู้เยี่ยมและโรงพยาบาลทราบเป็นการล่วงหน้า

การกำหนดเวลาที่โรงพยาบาลส่งข้อมูลเพิ่มเติมให้ สรพ.หลังเข้าเยี่ยม

กรณีต้องการส่งข้อมูลเพิ่มเติมหลังการเยี่ยม ควรส่งข้อมูลเพิ่มเติมเหล่านี้ให้สรพ.และผู้เยี่ยม ในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือนหลังการเยี่ยม

แนวทางการเขียนรายงาน

สรพ.ขอความร่วมมือจากผู้เยี่ยมทุกท่านในการส่งไฟล์รายงานการเยี่ยม กลับมาที่สรพ.ภายใน 2 สัปดาห์หลังการเยี่ยม เพื่อสรพ.จะได้บันทึกข้อมูลเหล่านี้ลงในฐานข้อมูลกลาง ทำการตรวจทานข้อมูล และประมวลผลเป็นระยะตามแผนที่กำหนดไว้

สำหรับแนวทางในการเขียนรายงานในแต่ละหัวข้อมีดังนี้

สิ่งที่น่าชื่นชม คือ ข้อความที่โรงพยาบาลอ่านแล้ว รู้สึกภูมิใจ และเกิดพลังในการขับเคลื่อนการพัฒนาต่อเนื่อง ดังนั้นการเขียนรายงานส่วนนี้จึงควรครอบคลุม 1) สิ่งที่โรงพยาบาลได้ปฏิบัติไว้เป็นแบบอย่างที่ดี ที่ผู้เยี่ยมได้ไปพบ 2) ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แสดงเหตุที่ทำให้ผู้เยี่ยมให้คะแนนในแต่ละประเด็นในระดับที่สูงกว่าค่าเฉลี่ย (3.00) กรณีมีหลายประเด็นที่ให้คะแนนเกิน 3.00 ควรเลือกบรรยายเฉพาะประเด็นที่โดดเด่น จำนวนไม่เกิน 5 ประเด็น ตัวอย่าง เช่น

- ทีมงานสูงสุดได้แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพที่เอื้อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน โดยเป็นผู้นำในการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนา และให้ความสำคัญกับการค้นหาปัญหาจากงานประจำที่ส่งผลต่อความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย อาทิเช่น การทำ Social round เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย โดยเฉพาะในมิติของความเสี่ยงและความไม่ปลอดภัยจากการดูแลรักษา ส่งผลให้สามารถจัดการปัญหาได้รวดเร็วขึ้น
- ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีการพัฒนากระบวนการการค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้รวดเร็ว การปรับกระบวนการตรวจเลือดให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดูแล การเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถตรวจและดูแลเท้าเบื้องต้นได้เหมาะสมมากขึ้น รวมทั้งการมีส่วนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรอิสระในการจัดหาอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมีแนวโน้มลดลงและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น
- ทีมงานใช้กระบวนการเรียนรู้ในการทำงานคุณภาพ มีการทำงานเป็นทีม วิเคราะห์ผลลัพธ์ วิเคราะห์สาเหตุ ใช้เป้าหมายเป็นตัวตั้งในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การปรับปรุงระบบยา

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา จำนวนของข้อเสนอแนะไม่ควรมากเกินไป และไม่น้อยเกินไป (ควรจะประมาณ 5 - 9 ข้อ) โดยแต่ละข้อเสนอแนะควรมีความคมชัดสามารถเห็นประเด็นว่าจะนำไปพัฒนาต่อได้และสอดคล้องกับมาตรฐานฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี โดยมีแนวทางในการเขียนดังนี้

- ข้อเสนอแนะเพื่อการจัดการความเสี่ยงสำคัญ โดยเฉพาะความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น
 - ควรส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจ่ายยานอกเวลาราชการ การใช้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การเปรียบเทียบบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับกับคำสั่งแพทย์
- ข้อเสนอแนะในประเด็นที่ผู้เยี่ยมให้คะแนนต่ำกว่า 2.00 กรณีมีหลายประเด็นที่ให้คะแนนต่ำกว่า 2.00 ควรเลือกบรรยายเฉพาะประเด็นที่โดดเด่น จำนวนไม่เกิน 5 ประเด็น
 - เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถติดตามการบรรลุความสำเร็จตามแผนยุทธศาสตร์ ควรทบทวนตัวชี้วัดสำคัญในระดับภาพรวมของโรงพยาบาลที่สะท้อนเป้าประสงค์ของแผน ซึ่งอาจประมวลจากตัวชี้วัดย่อยๆ ที่มีอยู่แล้วขึ้นมาตามลำดับ หรือกำหนดตัวชี้วัดใหม่ที่เหมาะสม
 - ควรวางระบบพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล และพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรให้สอดคล้องกับหน้าที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะการปฏิบัติงานที่มีได้มีความเชี่ยวชาญมาก่อน

- ควรส่งเสริมให้มีการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ จากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล เพื่อสร้างโอกาสพัฒนาคุณภาพด้านการรักษาพยาบาล การใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด การบริหารจัดการ การวิจัยและการสร้างนวัตกรรม
- ข้อเสนอแนะเพื่อสร้างการเรียนรู้ เช่น การทบทวน การประเมินตนเอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์
 - ควรใช้การตามรอยทางคลินิกเพื่อประเมินคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญที่วิเคราะห์ได้จากระบบสารสนเทศโรงพยาบาลโดยไม่จำกัดอยู่เฉพาะโรคที่ระบุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ และปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง
- ข้อเสนอแนะที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลสู่การรับรองคุณภาพในระดับที่สูงขึ้น ทั้งนี้ขอให้ผู้เยี่ยมชมพิจารณาโดยภาพรวมว่า โรงพยาบาลที่เข้าเยี่ยมชมเพื่อประเมิน Overall Scoring นั้นในภาพรวมระดับขั้นการพัฒนาอยู่ที่บันไดขั้นไหน และใช้หลักการเพิ่มความเข้มแข็งของบันไดแต่ละขั้นมาพิจารณาประกอบในการเขียนรายงานข้อเสนอแนะ ทั้งนี้เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถปฏิบัติได้เหมาะสมกับระดับขั้นการพัฒนา

คะแนนโดยรวมตามมาตรฐาน HA/HPH แต่ละบท (Overall Score) และคะแนน Gap analysis จาก SIMPLE & การพัฒนาคุณภาพ/ ระบบงาน ผู้เยี่ยมชมกรอกคะแนนที่ให้ตามแนวทางที่อธิบายไว้ในบท “เครื่องมือที่ใช้ในการเยี่ยม” ลงในตาราง Excel ที่ฝังอยู่ในไฟล์รายงานของผู้เยี่ยมชม

สรุปข้อคิดเห็นต่อผลงานการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล หมายถึง การสรุปความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโดยรวมของโรงพยาบาล รวมถึงความคิดเห็นอื่นๆที่มีต่อโรงพยาบาลที่ผู้เยี่ยมชมต้องการแจ้งให้สรพ.ทราบ

ข้อมูลเสนอ สรพ.พิจารณาในกรณีไม่แน่ใจว่าควรให้คะแนนระดับใด ใช้เฉพาะกรณีที่ผู้เยี่ยมชมประสบปัญหาในการให้คะแนนในแต่ละประเด็น และต้องการสะท้อนกลับมาที่สรพ.เพื่อให้มีการปรับปรุงกระบวนการให้คะแนนให้มีความชัดเจนมากขึ้น

สรุปความคิดเห็นต่อการรับรองในบันไดขั้นที่ 1, 2 เป็นข้อมูลสำคัญที่สรพ.นำไปใช้ประกอบการตัดสินใจอนุมัติการรับรองขั้น 2 แก่โรงพยาบาลที่ได้รับการเยี่ยมชมด้วย Overall Scoring (โดยไม่ต้องไปเยี่ยมประเมินขั้น 2 ซ้ำอีก) และยังนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการจัดเยี่ยมโรงพยาบาลในขั้นอื่นต่อไป ผู้เยี่ยมชมจึงควรลงความเห็นในส่วนนี้ไว้ด้วย

การประมวลผลข้อมูลจาก Overall Score เป็นคะแนน Final Score

ขั้นตอนที่ใช้ในการจัดทำ Final Score ในปี 2553 ใช้วิธีการเดียวกับปี 2552 ที่ผ่านมา คือ

1. ข้อมูลที่นำมาประมวลผล

คะแนนที่นำมาประมวลผลประกอบด้วยคะแนน 3 ส่วน คือ

1. Overall score รวมทั้งหมด 35 หัวข้อ

คิดเป็นคะแนนเต็ม 175 คะแนน

2. คะแนนผลงานการพัฒนาคุณภาพ (CQI) 5 เรื่อง คิดเป็นคะแนนเต็ม 15 คะแนน
 3. คะแนนการวิเคราะห์ส่วนขาดตามแนวทางความปลอดภัย
สำหรับผู้ป่วยและการปรับปรุง (Gap – SIMPLE) 5 เรื่อง คิดเป็นคะแนนเต็ม 15 คะแนน
- รวมคะแนนจากทั้ง 3 ส่วน คิดเป็นคะแนนเต็ม 205 คะแนน เรียกว่า Total Score
2. ขั้นตอนการคำนวณ
 - 2.1 คำนวณค่าเฉลี่ย (μ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนรวมทั้ง 3 ส่วนของโรงพยาบาลทั้งหมด
 - 2.2 คำนวณค่าคะแนนมาตรฐาน (z-score) ของแต่ละโรงพยาบาลโดยใช้สูตร

$$Z = (\text{Total Score} - \mu) / \text{S.D.}$$
 - 2.3 ปรับจากค่าคะแนนมาตรฐานมาเป็นค่าที่จะใช้ในการคำนวณการจ่ายเงินตามที่ สปสช.กำหนดไว้ คือค่าคะแนนมาตรฐานที่ 0 จะเท่ากับคะแนน 3 กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ นำตัวเลข 3 มาบวกค่าคะแนนมาตรฐาน
 - 2.4 ปรับค่าคะแนนสูงสุดไม่เกิน 5 และคะแนนต่ำสุดเป็น 0
 3. ตัวอย่างการประมวลผล

ค่าสถิติของกลุ่มประชากรโรงพยาบาลทั้งหมดมีดังนี้

ค่าเฉลี่ย	105.99
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	22.76

โรงพยาบาล ก. ได้คะแนนดังนี้

Overall Score	100
คะแนนผลงานการพัฒนาคุณภาพ	11
คะแนนการวิเคราะห์และปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย	9
รวมคะแนนทั้ง 3 ส่วนเข้าด้วยกัน	$= 100 + 11 + 9 = 120$

คำนวณค่ามาตรฐานของโรงพยาบาล ก. ได้ $= (120 - 105.99) / 22.76 = 0.62$

คะแนนที่ปรับแล้วของโรงพยาบาล ก. $= 3 + 0.62 = 3.62$

การใช้คะแนนจากการเยี่ยมแบบ Overall Scoring เพื่อการรับรองขั้นที่ 2

การประเมินด้วย Overall Scoring มีวัตถุประสงค์เพื่อให้โรงพยาบาลเห็นโอกาสพัฒนาที่ชัดเจนยิ่งขึ้น สามารถตรวจสอบความก้าวหน้าในการพัฒนาได้โดยมีช่วงชั้นถึยิ่งขึ้น และเพื่อให้มีความสืบเนื่องกับการประเมินตามระบบขั้นบันได ทาง สปพ.ได้บูรณาการการประเมินด้วย Overall Scoring เข้ากับการประเมินขั้นที่ 2 สรุปเป็นหลักเกณฑ์ ได้ดังนี้

1. คะแนนที่ใช้ประเมินขั้น 2 คือ Final Score (ไม่ใช่คะแนน Overall Score ซึ่งต้องนำไปบวกคะแนนส่วนอื่น และคำนวณต่อก่อน จนได้ Final Score)

2. โรงพยาบาลที่จะใช้เกณฑ์นี้ ครอบคลุมโรงพยาบาลในชั้น 0, 1, 1 หมดอายุ, และ 2 หมดอายุ
3. คะแนน Final Score ตั้งแต่ 2.50 ถึง 2.99 ให้นำรายชื่อโรงพยาบาลพร้อมความเห็นผู้เยี่ยมเสนอในที่ประชุมผู้เยี่ยมสำรวจให้ความเห็น และเสนอผู้อำนวยการเพื่อพิจารณาต่อไป
4. คะแนน Final Score ตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป ให้นำรายชื่อโรงพยาบาลเสนอในที่ประชุมผู้เยี่ยมสำรวจพิจารณาให้ความเห็นว่ามีโรงพยาบาลที่ยังต้องการการพัฒนาเพิ่มเติมก่อนให้ชั้น 2 หรือไม่ ก่อนนำความเห็นเหล่านี้ เสนอผู้อำนวยการพิจารณาอนุมัติชั้น 2
5. เกณฑ์ดังกล่าว จะนำไปใช้ในการต่ออายุให้กับโรงพยาบาลที่เป็นชั้น 2 ที่ยังไม่หมดอายุในวันที่ประมวลผล แต่จะค่อยๆ ทะยอยหมดอายุในอนาคตด้วย
6. กรณีผู้เยี่ยมมีความเห็นว่าโรงพยาบาลสมควรได้ชั้น 2 แต่ไม่เข้าหลักเกณฑ์ในข้อ 1. ถึง 5. ให้รวบรวมรายละเอียดข้อมูล และเหตุผลที่โรงพยาบาลแห่งนั้นสมควรได้ชั้น 2 เสนอในที่ประชุมผู้เยี่ยมสำรวจให้ความเห็น และเสนอผู้อำนวยการพิจารณาต่อไป