

โครงการความร่วมมือระหว่าง สรพ. และ สปสช.
การเยี่ยมเพื่อรับรู้และเรียนรู้คุณภาพ
ปีงบประมาณ 2553



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

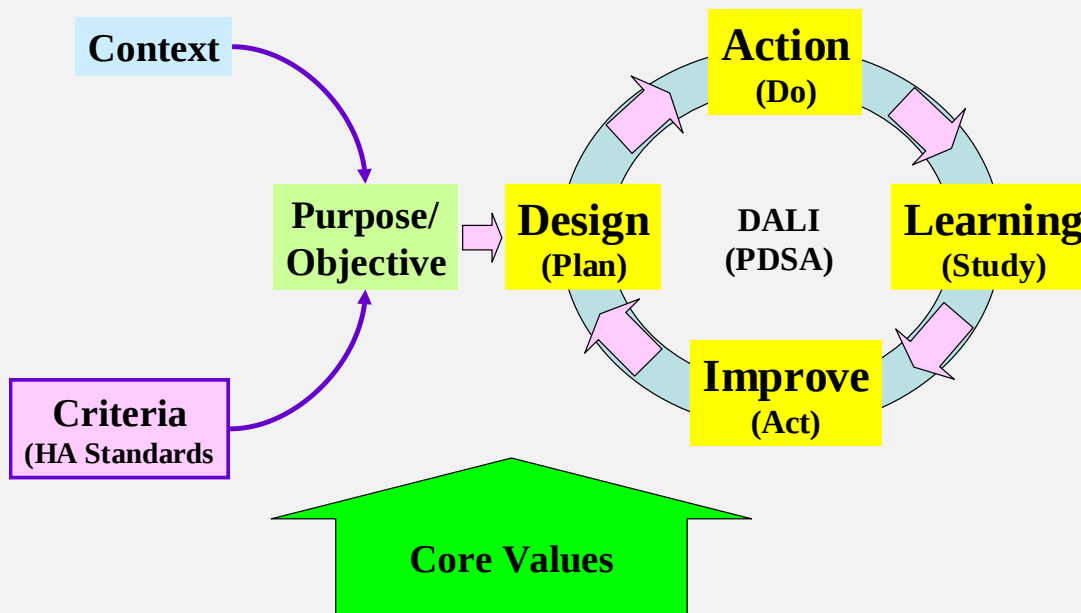
วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมเพื่อรับรู้การพัฒนาคุณภาพของรพ.

- 1) ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพในหน่วยบริการที่เข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านกระบวนการประเมินตนเอง และการเยี่ยมเพื่อรับรู้ความก้าวหน้าในการพัฒนาโดยผู้แทนของสรพ.
- 2) ประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคะแนนประเมินที่ได้ สปสช.จะนำไปใช้ในการจัดสรรเงินสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการในระดับโรงพยาบาล

การประเมินและเรียนรู้เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนา

3C-PDSA

Cycle of Learning & Improvement
Basis for Integration of all Quality Concepts



Learning & Planning Tools

- Knowledge Management
- Performance Improvement
 - CQI
 - Lean
 - Six Sigma
- Self Assessment
 - Identify opportunities for improvement
 - Clinical review / audit
 - By case
 - By clinical population
 - Performance review
 - Self enquiry
 - Internal survey
 - **Scoring**
- Research

เครื่องมือที่ใช้ในการเยี่ยม

1. **Hospital Mini-profile**
2. **Overall Scoring**
3. **ผลงานการพัฒนาคุณภาพหรือการพัฒนาระบบงานอย่างน้อย 5 เรื่อง**
4. **ผลการทำ gap analysis ของ PSG : SIMPLE อย่างน้อย 5 เรื่อง**
5. **ผลการประเมินตามแบบฟอร์ม medical record audit ที่ สปสช. จัดทำร่วมกับ สรพ.**

ข้อมูลที่มีการนำเสนอโดยการพูดคุยแลกเปลี่ยน

- รับรู้เรื่องราวดี ๆ ในการทำงานคุณภาพของ รพ. -> ขยายผล
 - เรื่องราวดี ๆ จากคนตัวเล็ก ๆ (การบริการด้วยหัวใจ)
- รับรู้การปฏิบัติในเรื่องที่ สรพ.และสปสช.ให้ความสำคัญ
 - **Patient Complaint Management System**

Hospital mini-profile

1. ข้อมูลพื้นฐาน

1.1 ข้อมูลโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล :

ที่อยู่ :

1.2 เจ้าของ/ต้นสังกัด

1.3 ลักษณะบริการ

จำนวนเตียงผู้ป่วยใน (ไม่รวมเตียงทารกคลอดปกติ) :

ระดับของการให้บริการ :

1.4 ผู้ประสานงาน

ชื่อ _____ ตำแหน่ง _____

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____ E-mail address _____

2. บริบทขององค์กร

ก. สภาพแวดล้อมขององค์กร

2.1 ขอบเขตของการให้บริการ

2.2 ประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

2.3 ลักษณะโดยรวมของบุคลากร

(2) จำนวนบุคลากรจำแนกตามสาขาวิชาชีพที่สำคัญ

Overall scoring

- Overall Scoring คือการให้คะแนนตาม Overall Requirement (ข้อกำหนดโดยรวม) ของมาตรฐาน
- เป็นการมองภาพรวมของทิศทางการพัฒนาว่าจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายได้เพียงใด โดยไม่ต้องลงเินรายละเอียดจำนวนมาก ไม่เน้นความสมบูรณ์ในทุกประเด็น
- ช่วยให้ รพ.พัฒนาได้ง่ายขึ้น เน้นเฉพาะในสิ่งที่มีความจำเป็น

การจัดการสารสนเทศและความรู้



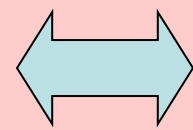
การวางแผน
กลยุทธ์

การมุ่งเน้น
พนักงาน

การนำ

การมุ่งเน้นผู้ป่วย
และสิทธิผู้ป่วย

การจัดการ
กระบวนการ



ตอนที่ I

ตอนที่ IV

ด้านคลินิก
ด้านผู้ป่วยและลูกค้า
ด้านการเงิน
ด้านพนักงานและระบบงาน
ด้านประสิทธิภาพองค์กร
ด้านการนำและสังคม
ด้านสร้างเสริมสุขภาพ

ผลลัพธ์

ระบบงานสำคัญของ รพ. ตอนที่ II

ความเสี่ยง ความปลอดภัย คุณภาพ
การกำกับดูแลวิชาชีพ
โครงสร้างภาพและสิ่งแวดล้อม
การป้องกันการติดเชื้อ
ระบบเวชระเบียน
ระบบยา
ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์
การทำงานกับชุมชน
กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ตอนที่ III

กระบวนการดูแลผู้ป่วย

แรกรับ
ประเมิน
วางแผน
ดูแล
ให้ข้อมูลและเสริมพลัง
วางแผนจำหน่าย/ดูแลต่อเนื่อง

โครงสร้างมาตรฐาน HA/HPH
ฉบับฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี



การประเมินตามมาตรฐาน HA ในระดับภาพรวมของแต่ละบท (version 2.0)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

	1 (เริ่มต้น)		2 (กำลังพัฒนา)		3 (เห็นผล)		4 (ก้าวหน้า)		5 (ยั่งยืน)	
I-1. การนำองค์กร	มีการทบทวนภารกิจและเป้าหมายของ รพ., ผู้นำใช้เวลากับการตามแก้ปัญหาต่างๆ เป็นส่วนใหญ่		ให้นโยบายสนับสนุนการพัฒนา, Top down, QA		สร้างความร่วมมือและสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนา ชี้นำ สื่อสารและติดตามการพัฒนา สร้างแรงจูงใจ		เน้นการเรียนรู้ เสริมพลัง, มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบการนำ		ใช้วิสัยทัศน์และค่านิยม นำองค์กรให้มีผลงานที่ดี (high performing) เป็นองค์กรที่ยั่งยืน (sustainable)	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
I-2. การบริหารเชิงกลยุทธ์	แผนยังมีลักษณะแยกส่วน ขาดการวิเคราะห์อย่างมีจุดร่วม		มีการประมวลแผนเป็นหนึ่งเดียว มีกระบวนการจัดทำตามขั้นตอนที่ดี แต่ยังมีข้อด้อยสำคัญในด้านต่างๆ		แผนสอดคล้องกับบริบทปราศจากข้อด้อยสำคัญ บุคลากรรับรู้ มีระบบรายงานและติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุเป้าหมาย		มีเป้าหมายที่ท้าทาย การทบทวนนำมาสู่จุดเน้น การพัฒนาที่ชัดเจนและรับรู้ทั่วกัน, มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการวางแผน		องค์กรมีความยืดหยุ่นและเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วเมื่อจำเป็น	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
I-3. การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	ตั้งรับ ตอบสนองข้อร้องเรียนที่สำคัญเป็นเรื่องๆ		ระบบจัดการข้อร้องเรียนมีประสิทธิภาพ มีการวิเคราะห์แนวโน้มและนำไปปรับปรุง		มีระบบรับรู้/เรียนรู้ความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่ดี และนำไปใช้ประโยชน์ (ออกแบบ/ปรับปรุงระบบงาน), ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสมในทุกขั้นตอนของการดูแล		ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบงาน, การตอบสนองมีความลึกซึ้งและมีความเฉพาะสำหรับแต่ละกลุ่ม, มีการประเมินและปรับปรุงการรับรู้และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการมุ่งเน้นผู้ป่วย		มีสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่ให้ความอบอุ่น เอื้อต่อการเยียวยา	
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
I-4.1 การวัดและวิเคราะห์	ตัวชี้วัดส่วนใหญ่มาจากงานประจำหรืองานนโยบาย		ตัวชี้วัดมาจากการวิเคราะห์บริบทของตนเอง		มีการวัดผลงานที่ตรงประเด็นในทุกระดับ มีการวิเคราะห์และนำไปใช้ประโยชน์ (กำหนดลำดับ		ตัวชี้วัดตาม critical success factor ของทั้งองค์กรสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน, มีบูรณา		ใช้ข้อมูลที่ได้จากการติดตามและวิเคราะห์เพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้	

หลักคิดของการแบ่งระดับคะแนน

1. เริ่มต้น มีกิจกรรมพื้นฐาน เริ่มวางแนวทาง เริ่มทำเรื่องง่าย ๆ
2. กำลังพัฒนา มีการปฏิบัติในกระบวนการที่สำคัญ
3. เห็นผล บรรลุเป้าหมายพื้นฐานในประเด็นสำคัญ
4. ก้าวหน้า มี Evaluation & Improvement, Innovation, Integration (EI3), มีกระบวนการที่เพิ่มความสมบูรณ์แก่การบรรลุเป้าหมายและทำได้ยาก
5. ยั่งยืน เกิดวัฒนธรรม เป็นลักษณะในอุดมคติที่เป็นเป้าหมายของเรื่องนั้น และต้องการให้ รพ.กำหนดเป็นเป้าหมายระยะยาว

หลักการให้คะแนน Overall Score

- เป็นการบอกระดับของกิจกรรมหรือแนวคิดหลักที่ รพ.ยึดถือ เป็นส่วนใหญ่
- ก่อนที่จะได้คะแนนในระดับสูง ต้องผ่านหลักเกณฑ์ของคะแนนในระดับที่ต่ำกว่านั้นก่อน
- ถ้าความเห็นอยู่ในระดับที่กำลังระหว่างขั้น ก็ให้คะแนนที่ระดับกึ่งกลาง (เช่น 1.5, 2.5, 3.5)
- ควรให้คะแนนในทั้ง 35 ข้อย่อย (คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5) การเว้นข้อย่อยใดไป จะทำให้เวลาคำนวณคะแนน โรงพยาบาลจะได้คะแนนในข้อย่อยนั้นเป็น 0

แนวทางการสรุปผลงานการพัฒนาคุณภาพ (CQI)

- ยึดหลัก 3P คือ Purpose Process และ Performance
- เรื่องที่นำเสนอแต่ละเรื่องควรสั้น กระชับ ไม่เสียเวลาในการเตรียมเอกสารมากนัก
- ในจำนวน 5 เรื่องที่สรพ.กำหนดให้นำเสนอ ควรเป็นผลการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญอย่างน้อย 2 เรื่อง นอกนั้นเป็นการพัฒนาระบบงานสำคัญอื่น เช่น IC, ระบบยา, HR, IT, Env.

แนวทางการสรุปผลงานการพัฒนาคุณภาพ (CQI)

1. ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา
2. คำสำคัญ
3. สรุปผลงานโดยย่อ
4. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร
5. สมาชิกทีม
6. เป้าหมาย
7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ
8. การเปลี่ยนแปลง
9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง
10. บทเรียนที่ได้รับ
11. การติดต่อกับทีมงาน



แนวทางการให้คะแนนในส่วนของ CQI

- 1 คะแนน มีการวิเคราะห์สถานการณ์ แสดงเหตุผลความจำเป็นของเรื่องที่จะทำ และกำหนดเป้าหมายได้ชัดเจน
- 2 คะแนน มีข้อ 1. และมีการวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ กำหนดวิธีประเมินผลที่ชัดเจน
- 3 คะแนน มีข้อ1.,2. และมีการแสดงผลการดำเนินงาน แสดงกระบวนการเรียนรู้ได้อย่างกระชับ และสอดคล้องกับหลักวิชาการ

Gap Analysis – Patient Safety Goals : SIMPLE

- ความปลอดภัยเป็นหัวใจสำคัญของบริการสุขภาพ
- **SIMPLE** คือแหล่งรวบรวม recommendation for patient safety
- **SIMPLE** จะได้ประโยชน์ต่อเมื่อมีการนำไปสู่การปฏิบัติ
- การนำสู่การปฏิบัติเริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์ gap และวางแผน
- กิจกรรมง่าย ๆ ที่จะยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ
- ขอให้เริ่มต้นอย่างน้อย 5 เรื่อง

Patient Safety Goals : SIMPLE

Safe Surgery

SSI Prevention
Safe Anesthesia
Correct Procedure at Correct Site
Surgical Safety Checklist

Infection Control

Hand Hygiene
Prevention of CAUTI, VAP, Central line infection

Medication & Blood Safety

Safe from ADE, conc e'lyte, High-Alert Drug
Safe from medication error, LASA
Medication Reconciliation
Blood Safety

Patient Care Process

Patient Identification
Communication (SBAR, handovers, critical test results, verbal order, abbreviation)
Proper Diagnosis
Preventing common complications (Pressure Ulcers, Falls)

Line, Tubing, Cathether

Mis-connection

Sepsis
Acute Coronary Syndrome
Maternal & Neonatal Morbidity
Response to the Deteriorating Patient / RRT

Emergency Response

Gap Analysis & Evidence-based

evidence

มุ่งเน้นที่ action
มากกว่าการทำ guideline

SURGICAL SITE INFECTIONS GAP ANALYSIS

Note: Does not include all recommendations – refer to SSI Guidelines Rankings – see page 3

Recommendation	Current/Actual Practice	Desired Practice	Action Plan
Preoperative Hair Removal: Do not remove hair unless necessary to facilitate surgery (1A) If hair removed, do immediately before surgery, preferably with electric clippers (1A)			
Preoperative shower or bath: Shower or bathe with antiseptic <i>at least</i> night before surgery (1B)			
Patient Preoperative Skin Preparation: Use appropriate antiseptic for patient skin prep (1B) (alcohol, iodine/iodophors, CHG, triclosan)			
Preoperative hand antisepsis: Perform surgical scrub for at least 2 – 5 minutes with appropriate (1B)			

มีอิสระที่จะเลือก
ว่าสามารถทำอะไรได้ทันที

แนวทางการให้คะแนนในส่วนของ Gap Analysis

- 1 คะแนน มีการใช้ gap analysis ที่วิเคราะห์ได้สอดคล้องกับบริบทของรพ. แสดง actual practice ที่ชัดเจน
- 2 คะแนน มีข้อ 1. และมีการใช้ gap analysis ในการวางหรือพัฒนาระบบงานของรพ. โดยแสดง desired practice ที่ชัดเจนเหมาะสม
- 3 คะแนน มีข้อ 1., 2. และ action plan มีความชัดเจนเหมาะสม อาจเริ่มสามารถแสดงผลการดำเนินงานตาม action plan ได้

สรุปผลการ ตรวจเวช ระเบียน

สรุปผลการตรวจเวชระเบียน ตามแนวทางของสปสช.และสรพ.

โรงพยาบาล

ช่วงเวลา^๒ที่ตรวจ ตั้งแต่เดือน..... ถึงเดือน.....

จำนวนเวชระเบียนที่ตรวจทั้งสิ้น.....เวชระเบียน

คะแนนเต็ม.....คะแนน ทำได้.....คะแนน คิดเป็นร้อยละ.....

สรุปสิ่งที่ควรพัฒนาในการบันทึกเวชระเบียน

1.
2.
3.
4.
5.

ตัวอย่าง Summary of Medical record audit of (Hospital name ...รพ.มาตรฐาน.....)

จำนวนเวชระเบียนที่ audit ทั้งหมด.....30.....เวชระเบียน

(ในเวชระเบียนแต่ละฉบับ กรณีที่เข้าเกณฑ์ ให้คะแนน 1, กรณีที่ไม่เข้าเกณฑ์ ให้คะแนน 0 แล้วจึงรวมคะแนนในแต่ละช่องของเวชระเบียนที่ตรวจทั้งหมด กรอกลงในช่อง)

Content of medical record	NA	missing	NO	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เกณฑ์ ข้อ 8	เกณฑ์ ข้อ 9	หัก คะแนน	รวม คะแนน	หมายเหตุ
Discharge summary : Dx_OP.				30	26	28	28	12	30	30	30	20		234	
Discharge summary : other				30	30	30	1	19	30	30	30	0		200	
Informed consent				30	27	29	30	28	28	30	30	16		248	
History				24	25	21	28	30	6	29	30	5		198	
Physical exam				30	29	29	28	3	30	30	28	30		237	
Progress note				19	12	19	11	23	28	27	28	25		192	
Consultation record															
Anaesthetic record															
Operative note															
Labour record															
Rehabilitation record															
Nurses' note helpful				30	30	30	30	30	30	30	30	30		270	

Full score1,890..... คะแนน (ไม่น้อยกว่า 63 คะแนน) Sum score1,579..... คะแนน คิดเป็นร้อยละ.....

Overall findings (...) การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด จำนวน0.....เวชระเบียน

(...) เอกสารบางแผ่น ไม่มีชื่อผู้รับบริการ HN,AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าเอกสารแผ่นนี้เป็นของใคร จึงไม่สามารถพบทวนเอกสารแผ่นนั้นได้ จำนวน0.....เวชระเบียน

(...) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่พอสำหรับการทบทวน) จำนวน0.....เวชระเบียน

(...) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)) จำนวน30..... เวชระเบียน

(...) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุน.....) จำนวน0.....เวชระเบียน

คำอธิบาย NA : เวชระเบียนฉบับนั้น ไม่จำเป็นต้องมีเอกสารฉบับนั้น เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง

Missing : เวชระเบียนฉบับนั้นจำเป็นต้องมีเอกสารนั้น กรณีไม่มีเอกสารนั้นให้ตรวจสอบ ให้ missing

NO : มีเอกสารแต่ไม่ครบบันทึกในเอกสารนั้น

Overall Scoring Enquiry Guide

- แนวทางการตั้งคำถาม (Enquiry Guide) เพื่อให้โรงพยาบาลใช้ทำความเข้าใจในความหมายของการให้คะแนนในระดับ 3-4-5
- เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าโรงพยาบาลสามารถให้คะแนนตนเองให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของมาตรฐานและเกณฑ์การให้คะแนน



ขั้นตอนในการเยี่ยม

- สรพ.จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานในปี 2553
- รพ.ประเมินตนเองโดยใช้เครื่องมือของสรพ.
- สรพ.วางแผนการเยี่ยม
- รพ.ส่งข้อมูลให้สรพ.และผู้เยี่ยมก่อนวันเยี่ยมไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์
- ผู้แทนของสรพ.เข้าเยี่ยมโรงพยาบาลตามแผนที่กำหนด
- สรพ.จัดทำ web conference ให้แก่โรงพยาบาลที่มีข้อสงสัย
- สรพ.รวบรวมข้อมูลคะแนนการประเมินส่งสปสช.

ตารางการเยี่ยม

08.30 - 09.00 น.	พบผู้บริหาร
09.00 - 09.30 น.	เรื่องเล่า “การบริการด้วยหัวใจ”
09.30 – 10.00 น.	ผลการพัฒนาระบบงานที่ภาคภูมิใจ
10.00 – 10.30 น.	Gap Analysis – PSG : SIMPLE
10.30 – 12.00 น.	เยี่ยมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
12.00 – 13.00 น.	อาหารกลางวัน
13.00 – 14.00 น.	เยี่ยมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
14.00 - 15.30 น.	ผลการประเมินตนเองตาม Overall Scoring, medical record audit และระบบจัดการคำ ร้องเรียนของผู้รับบริการ
15.30 – 16.30 น.	วางแผนการพัฒนาต่อเนื่องร่วมกัน

แนวทางการเขียนรายงาน

- กำหนดส่งรายงาน
 - ภายใน 2 สัปดาห์หลังการเยี่ยม
- สิ่งที่น่าชื่นชม
 - แบบอย่างที่ดี
 - ข้อมูลสนับสนุนการให้คะแนนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ย (3.00) กรณีมีหลายประเด็นที่ให้คะแนนเกิน 3.00 ควรเลือกบรรยายเฉพาะประเด็นที่โดดเด่น ไม่เกิน 5 ประเด็น

แนวทางการเขียนรายงาน

- ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

ไม่ควรมากเกินไป และไม่น้อยเกินไป (ควรจะประมาณ 5 - 9 ข้อ) มีความคมชัด และสอดคล้องกับมาตรฐาน ข้อเสนอแนะอาจกล่าวถึง

- การจัดการความเสี่ยงสำคัญ

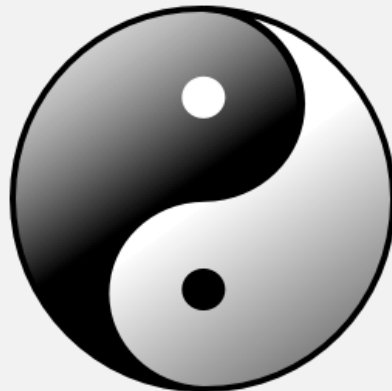
- ข้อมูลสนับสนุนการให้คะแนนที่ต่ำกว่า 2.00 กรณีมีหลายประเด็นที่ให้คะแนนต่ำกว่า 2.00 ควรเลือกบรรยายเฉพาะประเด็นที่โดดเด่น ไม่เกิน 5 ประเด็น

- สิ่งที่สร้างการเรียนรู้ เช่น การทบทวน การประเมินตนเอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์

- ประเด็นที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลสู่การรับรองคุณภาพในระดับที่สูงขึ้น

แนวทางการเขียนรายงาน

- สรุปความคิดเห็นต่อการรับรองในบันไดขั้นที่ 1, 2
 - เป็นข้อมูลสำคัญที่สรพ.นำไปใช้ประกอบการตัดสินใจอนุมัติการรับรองขั้น 2 แก่โรงพยาบาลที่ได้รับการเยี่ยมด้วย **Overall Scoring** (โดยไม่ต้องไปเยี่ยมประเมินขั้น 2 ซ้ำอีก)
 - ผู้เยี่ยมควรลงความเห็นในส่วนนี้ไว้



ปัญหารายงานของผู้เยี่ยม ในปี 2552 ที่ผ่านมา

- ส่งรายงานล่าช้ากว่ากำหนดมาก
- ให้คะแนนในระดับที่สูงมาก (4 – 5) โดยไม่สัมพันธ์กับการบรรยายสิ่งที่น่าชื่นชม
- ให้คะแนนในระดับที่ต่ำมาก (1 – 1.5) โดยไม่สัมพันธ์กับการบรรยายข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

ปัญหารายงานของผู้เยี่ยม ในปี 2552 ที่ผ่านมา

- คำบรรยายสิ่งที่น่าชื่นชมหรือข้อเสนอนั้น สั้นมาก จนโรงพยาบาลไม่รู้จะนำไปใช้ในการพัฒนาโรงพยาบาลได้อย่างไร
- คำบรรยายสิ่งที่น่าชื่นชมหรือข้อเสนอนั้น ยาวมากและเขียนกว้างมาก จนโรงพยาบาลจับประเด็นไม่ถูกว่าจะนำไปพัฒนาได้อย่างไร

การประมวลคะแนน

คะแนนที่นำมาประมวลผลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

- | | |
|--|---------------------|
| 1. Overall score รวมทั้งหมด 35 หัวข้อ | คะแนนเต็ม 175 คะแนน |
| 2. คะแนนผลงานการพัฒนาคุณภาพ (CQI) 5 เรื่อง | |
| | คะแนนเต็ม 15 คะแนน |
| 3. คะแนน Gap – SIMPLE 5 เรื่อง | คะแนนเต็ม 15 คะแนน |

รวมคะแนนจากทั้ง 3 ส่วน
เรียกว่า Total Score

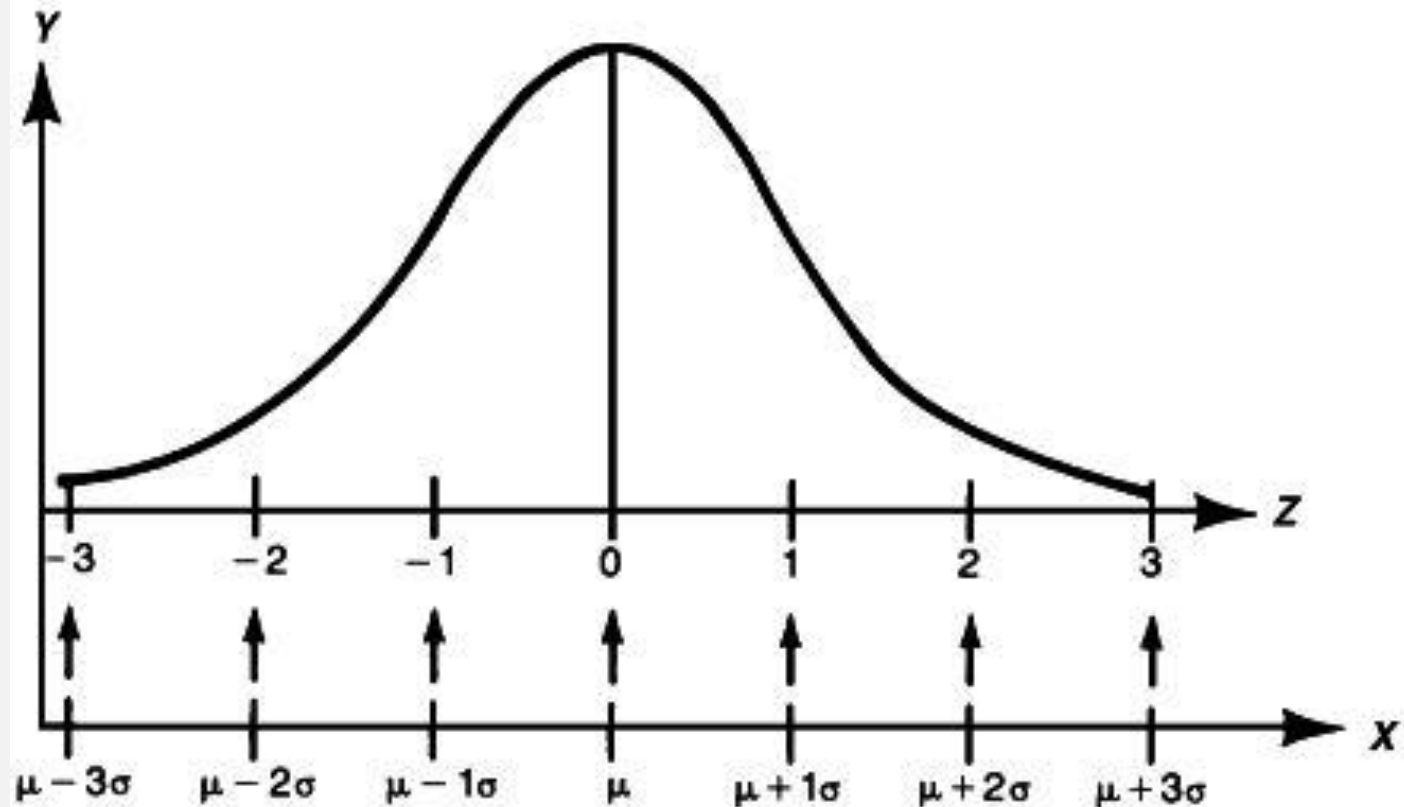
คะแนนเต็ม 205 คะแนน

ขั้นตอนการคำนวณ

- คำนวณค่าเฉลี่ย (μ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนน Total Score
- คำนวณค่าคะแนนมาตรฐาน (z-score) ของแต่ละโรงพยาบาลโดยใช้สูตร $Z = (\text{Total Score} - \mu) / \text{S.D.}$
- ปรับจากค่าคะแนนมาตรฐานมาเป็นค่าที่จะใช้ในการคำนวณการจ่ายเงินตามที่ สปสช.กำหนดไว้ คือค่าคะแนนมาตรฐานที่ 0 จะเท่ากับคะแนน 3 กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ นำตัวเลข 3 มาบวกค่าคะแนนมาตรฐาน
- ปรับค่าคะแนนสูงสุดไม่เกิน 5 และคะแนนต่ำสุดเป็น 0

คะแนนมาตรฐาน (Z)

คะแนนมาตรฐาน + 3



The Translation of X to Z by the Transformation $Z = (X - \mu) / \sigma$

Figure 3

ตัวอย่างการประมวลคะแนน

ค่าสถิติของกลุ่มประชากรโรงพยาบาลทั้งหมดมีดังนี้

ค่าเฉลี่ย	105.99
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	22.76

โรงพยาบาล ก. ได้คะแนนดังนี้

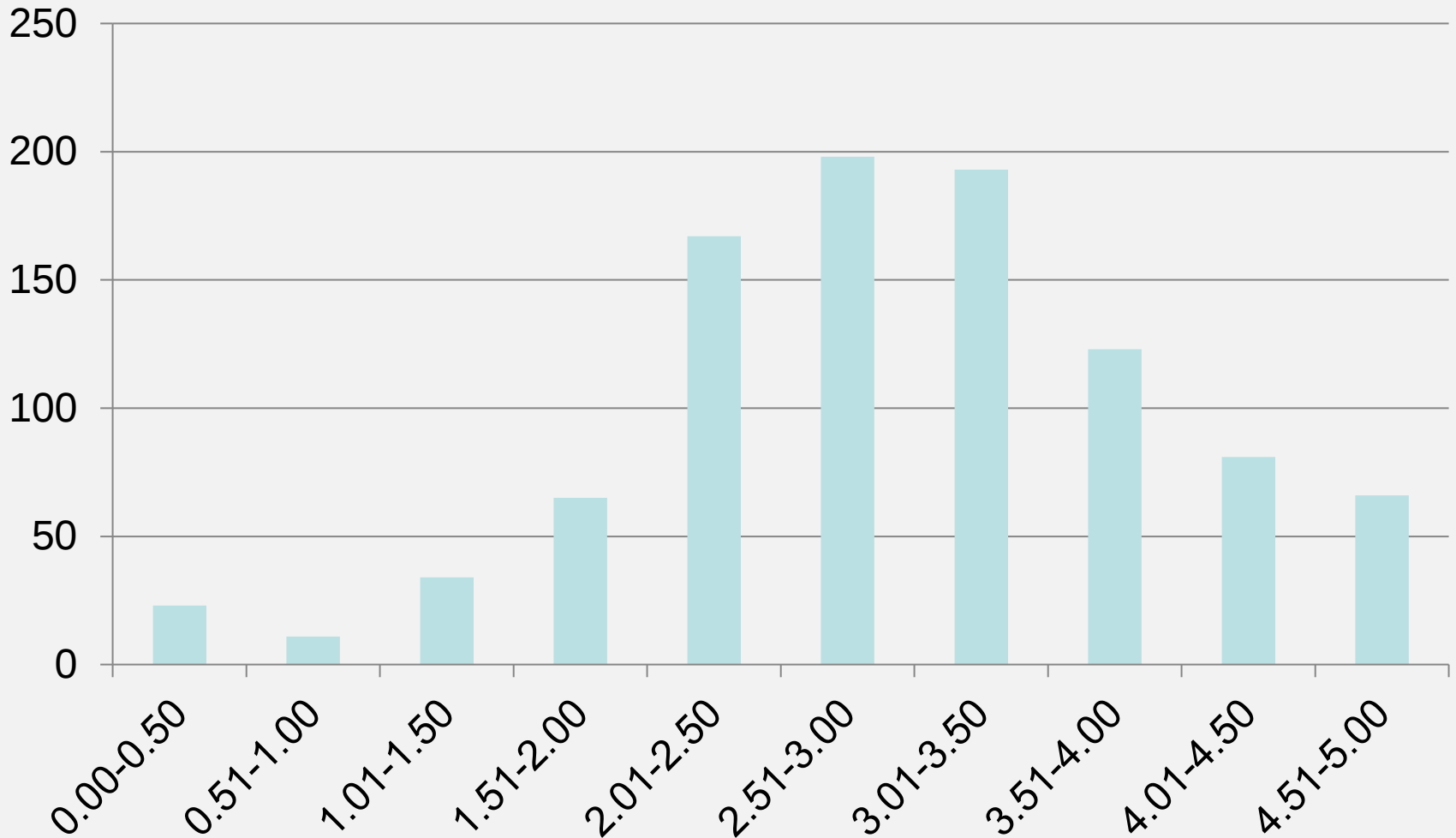
Overall Score	100
คะแนนผลงานการพัฒนาคุณภาพ	11
คะแนนการวิเคราะห์และปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย	9

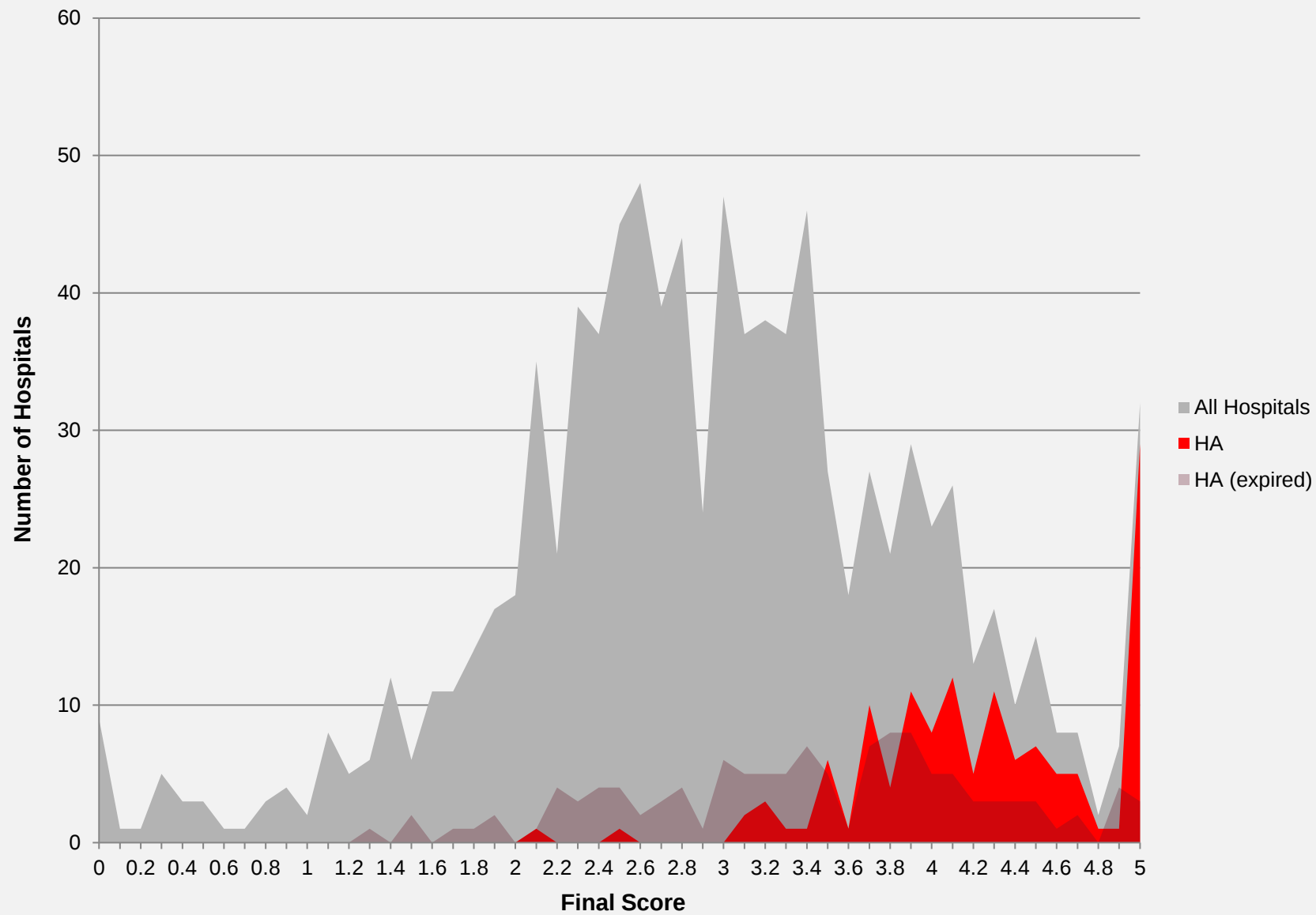
รวมคะแนนทั้ง 3 ส่วนเข้าด้วยกัน $= 100 + 11 + 9 = 120$

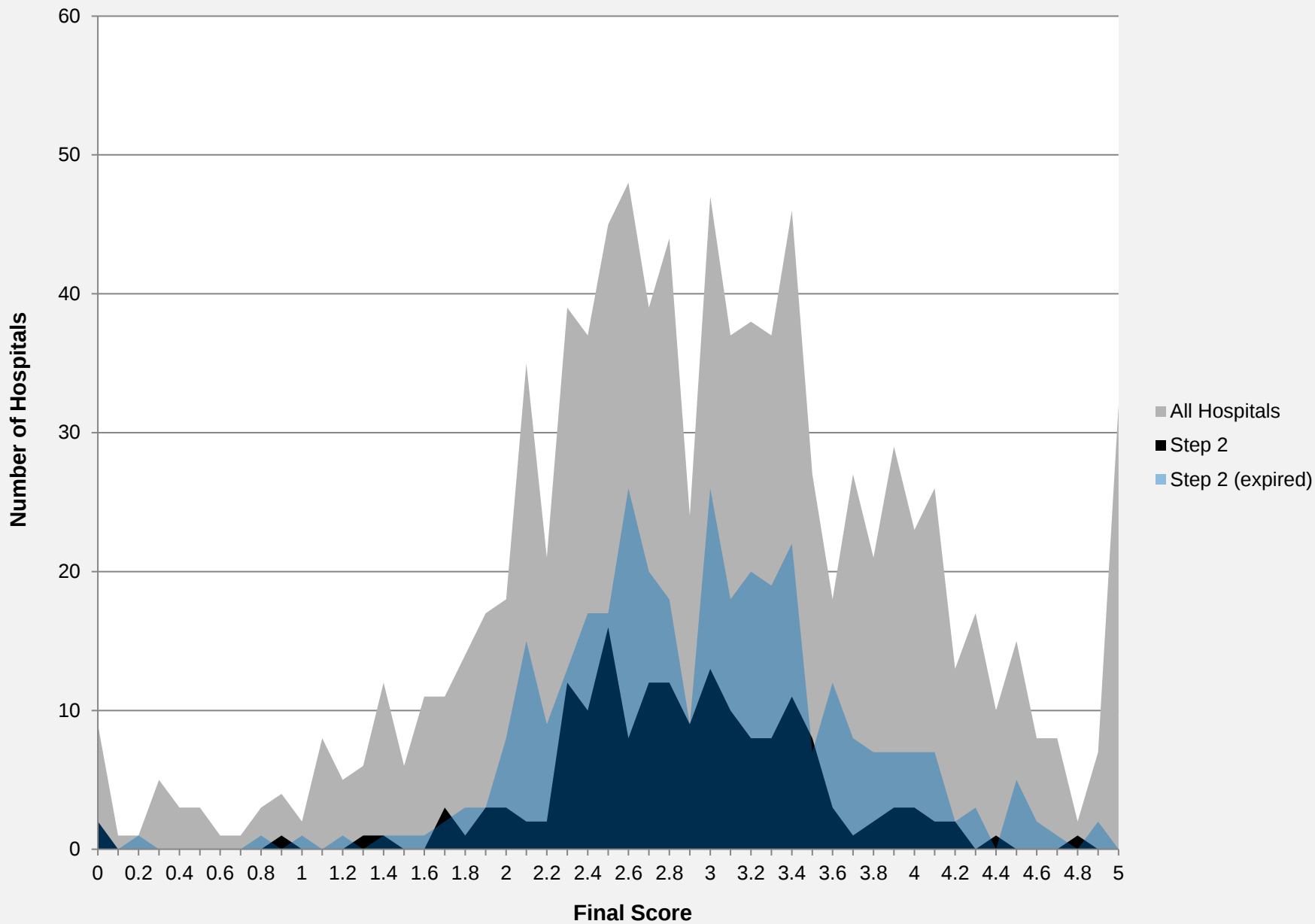
คำนวณค่ามาตรฐานของโรงพยาบาล ก. ได้ $= (120 - 105.99) / 22.76 = 0.62$

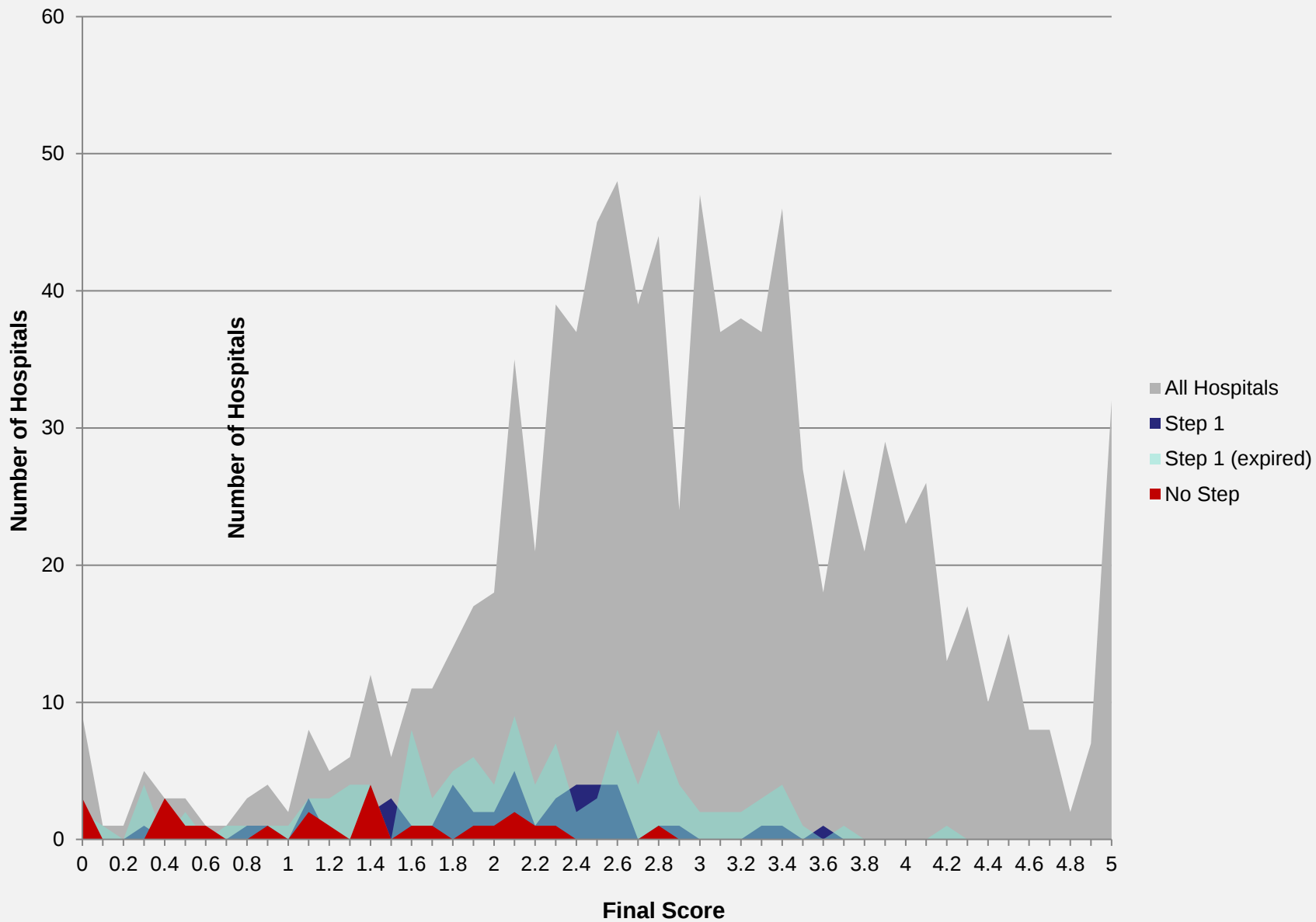
คะแนนที่ปรับแล้ว (final score) ของโรงพยาบาล ก. $= 3 + 0.62 = 3.62$

การกระจายของคะแนน final score ในปี 2552









การใช้คะแนน Final Score ในการรับรองชั้น 2

- รพ.ที่จะใช้เกณฑ์นี้ ครอบคลุมรพ.ในชั้น 0, 1, 1หมดอายุ, และ 2 หมดอายุ
- คะแนน Final Score ตั้งแต่ 2.50 ถึง 2.99ให้นำรายชื่อโรงพยาบาล พร้อมความเห็นผู้เยี่ยมเสนอในที่ประชุมผู้เยี่ยมสำรวจให้ความเห็น และเสนอผู้อำนวยการเพื่อพิจารณาต่อไป
- คะแนน Final Score ตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไปให้นำรายชื่อโรงพยาบาลเสนอ ในที่ประชุมผู้เยี่ยมสำรวจพิจารณาให้ความเห็นว่ามีโรงพยาบาลที่ยัง ต้องการการพัฒนาเพิ่มเติมก่อนให้ชั้น 2 หรือไม่ ก่อนนำความเห็นเหล่านี้ เสนอผู้อำนวยการพิจารณาอนุมัติชั้น 2
- เกณฑ์ดังกล่าว จะนำไปใช้ในการต่ออายุให้กับรพ.ที่เป็นชั้น 2 ที่ยังไม่ หมดอายุในวันที่ประมวลผล แต่จะค่อย ๆ ทะยอยหมดอายุในอนาคตด้วย

ทิศทางการพัฒนาคุณภาพในปี 2553

- ส่งเสริมศักยภาพของรพ.ในการประเมินการพัฒนาคุณภาพได้ด้วยตนเอง โดยใช้ Overall Scoring และ SPA (Standard-Performance-Assessment)
- ส่งเสริมการพัฒนาในลักษณะเครือข่ายคุณภาพที่มีพี่เลี้ยงดูแล (node mentor)
- ส่งเสริมให้กระบวนการพัฒนาคุณภาพมีความต่อเนื่อง โดยเสริมสร้างคุณค่าทางด้านจิตใจที่ทีมงานได้รับการพัฒนา (Standard & Safety -> Spirituality)

ทิศทางการพัฒนาคุณภาพในปี 2553

- ประสานงานกับหน่วยจัดสรรเงินในการใช้ข้อมูลด้านการพัฒนาคุณภาพเป็นเกณฑ์หนึ่งในการจัดสรรเงินสนับสนุนโรงพยาบาลเพิ่มเติม (สปสช., ประกันสังคม)
- พัฒนาเกณฑ์กลางเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การพัฒนาของโรงพยาบาลแบบอิงกลุ่ม (Thailand Health Indicator Project – THIP)
- พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการทรัพยากรด้วยแนวคิด Lean