



24TH
HA
National Forum

GROWTH MINDSET
FOR BETTER HEALTHCARE SYSTEM

FM-ICT-043-00

วันที่ 26 มกราคม 2567

B1-200

New HA Scoring

สูตรลำดับกระดับโรงพยาบาลคุณภาพ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

14 มีนาคม 2567 เวลา 8.30-10.00 น.

ระบบบริการสุขภาพที่ก้าวหน้า ด้วยกรอบความคิดที่กว้างไกล





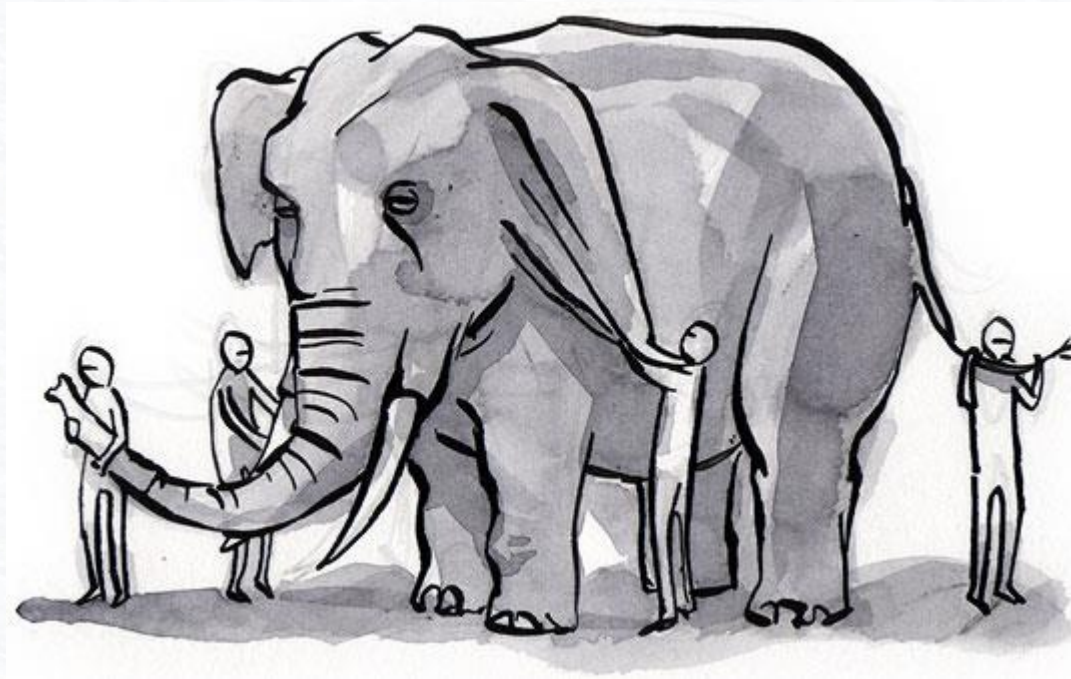
Mega-Interactive Workshop
B1-200 ถอดรหัส “New HA Scoring”
สูตรลดยกระดับโรงพยาบาลคุณภาพ
นพ.อหุวัฒน์ ศุภชุติกุล (ผู้ทรงคุณวุฒิ สรพ.),
พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ (ผอ.สรพ.)





HA scoring นั้นสำคัญไฉน?

Scoring เป็นจุดเริ่มต้นของการร่วมกันคลำช้าง



Feeling with Scoring



Scoring ควรเป็นเครื่องมือที่ทำให้เรา
enjoy กับการทำงานคุณภาพ
เพราะเป็นโอกาสให้ได้เติมเต็มแก่กันและกัน
จากมุมมองที่หลากหลาย
เห็นโอกาสที่จะต่อยอดให้งานมีคุณค่าขึ้นอย่างต่อเนื่อง

Reality with Perfection



คนคิด Scoring Guideline ก็ไม่สมบูรณ์
ตัว Scoring Guideline ก็ไม่สมบูรณ์
คนทำคุณภาพก็ไม่สมบูรณ์
การใช้ Scoring Guideline โดยคาดหวังความสมบูรณ์
และใช้เป็นเครื่องมือตัดสิน
จึงเป็นสิ่งที่ทำให้เกิด suffering & frustration
แต่ถ้าใช้อย่างรู้เท่าทันความไม่สมบูรณ์
ผลจะออกมาเป็นอีกอย่างหนึ่ง

Focus at Quality Process



Scoring Guideline มีจุดเน้นที่ Quality Process
มี Content เป็นส่วนเสริม ส่วนประกอบ ส่วนขยายความ
Content จะอยู่ในบริบทและมาตรฐาน
เกณฑ์ Baldrige/TQA ใช้ระดับรายละเอียดของเกณฑ์
มาช่วยประเมิน maturity โดยแบ่งเป็น basic, overall,
multiple requirements/questions

Precaution about Content



**ผู้เยี่ยมสำรวจ ไม่ควรให้ข้อเสนอแนะ
ในสิ่งที่เป็นการตัดสินใจของผู้บริหาร**

Anthony Wagemakers

ท่านรู้สึกรับอย่างไรกับการใช้ HA Scoring ในปัจจุบัน





ทิศทางการใช้ HA Scoring

ใช้ Scoring Guideline กับมาตรฐาน ใช้เพื่อการเรียนรู้ ใช้เพื่อการพัฒนา ใช้เพื่อเป็นแรงขับเคลื่อน maturity

มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ Hospital and Healthcare Standards

Effective for Healthcare Accreditation 1st October 2022

มีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565

ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)



ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

แนวทางการกำหนดระดับคะแนน Scoring guideline

Score	Process	Result
1	ออกแบบและเริ่มต้นปฏิบัติ Design & early stage of implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน แต่ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ¹⁸¹ Partial implementation	ติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตามประเด็นที่สำคัญ Relevant and valid measure
3	มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล Effective implementation	วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด Get use of measures
4	มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง Continuous improvement	มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) Good results (better than average)
5	มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี Role model, good practices, innovation	มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile)

¹⁸¹ ประเด็นสำคัญหมายถึง 1) ประเด็นสำคัญตามมาตรฐาน 2) ประเด็นสำคัญตามบริบทโรงพยาบาล 3) ประเด็นสำคัญตามระดับศักยภาพโรงพยาบาล

คำชี้แจงประกอบการใช้ HA Scoring

แนวคิด

HA Scoring เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมิน maturity ของระบบคุณภาพ ในการพัฒนาโรงพยาบาล

ทิศทางการใช้ HA Scoring เพื่อประเมิน Maturity ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

แนวทางการกำหนดระดับคะแนน Scoring guideline

Score	Process	Result
1	ออกแบบและเริ่มต้นปฏิบัติ Design & early stage of implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน แต่ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ¹⁸¹ Partial implementation	ติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตามประเด็นที่สำคัญ Relevant and valid measure
3	มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล Effective implementation	วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด Get use of measures
4	มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง Continuous improvement	มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) Good results (better than average)
5	มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี Role model, good practices, innovation	มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile)

¹⁸¹ ประเด็นสำคัญหมายถึง 1) ประเด็นสำคัญตามมาตรฐาน 2) ประเด็นสำคัญตามบริบทของโรงพยาบาล 3) ประเด็นสำคัญตามระดับศักยภาพของโรงพยาบาล

การประเมินคือการทบทวนโดยมิตรจากภายนอก (external peer review) เพื่อรับรู้ระดับ maturity ของระบบคุณภาพที่พัฒนา และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การใช้ HA Scoring สำหรับการพัฒนาระบบงานของสถานพยาบาล ควรมุ่งเพื่อยกระดับ maturity ของระบบคุณภาพ ในการพัฒนาระบบงานในองค์กรให้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องไปสู่ความยั่งยืน มิใช่เพียงคาดหวังคะแนนผ่านเกณฑ์การรับรองเท่านั้น

5) ผู้เยี่ยมสำรวจมีหน้าที่ในการ

- รับรู้บริบทและผลงานการพัฒนาของโรงพยาบาล
- สร้างกระบวนการเรียนรู้จากผลงานของโรงพยาบาล
- ร่วมกับโรงพยาบาลในการจัดทำประเด็นในแผนการพัฒนา (Issues for Improvement-IFI) ที่เหมาะสมและสมบูรณ์
- ใช้ประโยชน์จากข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ในการวางระบบเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและบุคลากร
- ใช้ประโยชน์จากข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability) ในการยกระดับการพัฒนาและการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบคุณภาพอย่างยั่งยืน

6) โรงพยาบาลมีหน้าที่ในการ

- ใช้ HA Scoring ในการประเมินตนเองและจัดทำร่างประเด็นในแผนการพัฒนาเพื่อยกระดับ maturity และสร้างวัฒนธรรมคุณภาพในโรงพยาบาล
- พาผู้เยี่ยมสำรวจตามรอยระบบงานต่างๆ ของโรงพยาบาล
- ใช้ประโยชน์จากข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย และข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability) ในการยกระดับและขับเคลื่อนการพัฒนาระบบคุณภาพในสถานพยาบาลให้มีความอย่างยั่งยืน

นโยบายการเยี่ยมสำรวจและประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

พัฒนามาตรฐาน HA สู่สากลและใช้กระบวนการ Hospital Accreditation อย่างชาญฉลาด
ครอบคลุมสถานพยาบาล ให้มีการยกระดับและพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง
เพื่อความปลอดภัยของประชาชนในระบบบริการสุขภาพ

HAI

Beyond International Standards
Intelligence Survey
Smart Surveyors



Hospitals

Coverage
Maturity
Continuous Improvement



People

Safety

HOSPITAL ACCREDITATION



หลักการ Stepwise Recognition

- ใช้คะแนน HA Scoring เป็นแรงกระตุ้นการพัฒนา
- ให้ความสำคัญการพัฒนาต่อเนื่องและยกระดับการพัฒนา
- ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการนำ ความปลอดภัยและผลลัพธ์ผู้รับบริการ
- ใช้เพื่อสร้างแรงผลักดันเชิงบวก (Positive Reinforcement)

เงื่อนไขเฉพาะ: สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่คณะกรรมการกำหนดทุกข้อ



การพัฒนา
ขั้นที่ 1 (1 ปี)

Problem Solving

การพัฒนา
ขั้นที่ 2 (2 ปี)

System Development/QA

- ❖ การรับรองขั้นก้าวหน้า (AHA) อายุการรับรอง 5 ปี
- ❖ การรับรองขั้นก้าวหน้า (AHA) อายุการรับรอง 4 ปี
- ❖ การรับรองขั้นมาตรฐาน (HA) อายุการรับรอง 4 ปี
- ❖ การรับรองขั้นมาตรฐาน (HA) อายุการรับรอง 3 ปี



Advanced-HA

การรับรองขั้นก้าวหน้า (4 ปี)
การรับรองขั้นก้าวหน้า (5 ปี)

Impact (EI30)

อายุการรับรอง 5 ปี: I-III ≥ 3.5 , IV ≥ 4.0
อายุการรับรอง 4 ปี: I-III ≥ 3.0 , IV ≥ 3.5

อายุการรับรอง 4 ปี: ≥ 3 ; I-1,I-3,II-1, II-3, II-4, II-6, III,IV-1,IV-2
อายุการรับรอง 3 ปี: ≥ 2.5 I-IV

Continuous Quality Improvement

Accreditation		1.5	2.0	2.5	3.5		4.5	
HA Scoring	1	2	3	4	5			

ระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2566

มีผลตั้งแต่ 16 ตุลาคม 2566



หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2566

มาตรฐานบทที่สำคัญต่อการยกระดับการรับรองคุณภาพ

บทที่ I-1 การนำ

บทที่ I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

บทที่ II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยงและความปลอดภัย

บทที่ II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

บทที่ II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

บทที่ II-6 ระบบการจัดการด้านยา

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

บทที่ IV-1 ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพ

บทที่ IV-2 ผลลัพธ์การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน



การรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐาน (HA) อายุรับรอง 4 ปี	$\geq 3.0^*$ ≥ 2.5 *I-1, I-3	$\geq 3.0^*$ ≥ 2.5 *II-1, II-3, II-4, II-6	≥ 3.0	$\geq 3.0^*$ ≥ 2.5 *IV-1, IV-2	ผ่าน	อายุการรับรอง 4 ปี
--	---	--	------------	--	------	--------------------

อ้างอิง: ระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2566

มีผลบังคับใช้ 16 ตุลาคม 2566 สำหรับสถานพยาบาลที่เริ่มมีการเยี่ยมสำรวจในวันดังกล่าวเป็นต้นไป

มีการปรับกระบวนการประเมินการพัฒนาขั้น 1 และ 2 โดยใช้ HA scoring เหมือนกัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่องแต่มีจำนวนข้อที่น้อยกว่า



หลักเกณฑ์การอนุมัติรับรองการพัฒนาคุณภาพขั้นที่หนึ่งและขั้นที่สอง

ข้อ ๘ สถานพยาบาลที่จะได้รับรองการพัฒนาคุณภาพขั้นที่หนึ่ง ต้องได้คะแนนประเมินตามแนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (HA Scoring Guideline) ในข้อที่กำหนด มีคะแนนภาพรวมเฉลี่ย ไม่น้อยกว่า ๑.๕ และคะแนนเฉลี่ยรายบท II-๑ ไม่น้อยกว่า ๑.๕ และคะแนนรายข้อตามเกณฑ์ที่สอดคล้องกับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ไม่น้อยกว่า ๑.๕ ได้แก่ ข้อ II-๔.๒ II-๖.๑ ก. II-๗.๒ II-๗.๔ III-๑ ข้อ III-๒ III-๔.๓ ข. โดยมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่สอดคล้องตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่คณะกรรมการกำหนดตามบริบทเป็นส่วนใหญ่ และเริ่มมีการเรียนรู้จากการทบทวนกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป)

ข้อ ๙ สถานพยาบาลที่จะได้รับรองการพัฒนาคุณภาพขั้นที่สอง ต้องได้คะแนนประเมินตามแนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (HA Scoring Guideline) ในข้อที่กำหนด มีคะแนนภาพรวมเฉลี่ย ไม่น้อยกว่า ๒.๐ และคะแนนเฉลี่ยรายบท II-๑ ไม่น้อยกว่า ๒.๐ และคะแนนรายข้อตามเกณฑ์ที่สอดคล้องกับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ไม่น้อยกว่า ๒.๐ ได้แก่ ข้อ II-๔.๒ II-๖.๑ ก. II-๗.๒ II-๗.๔ III-๑ III-๒ ค. III-๔.๓ ข. โดยมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่สอดคล้องตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่ครอบคลุมตามบริบท สามารถแสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปี กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) มีการเรียนรู้จากการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ และเริ่มมีการเรียนรู้จากการจัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยง

ขั้น 1 ประเมิน HA
scoring 35 ข้อ



ขั้น 2 ประเมิน HA
scoring 60 ข้อ



ขั้นมาตรฐาน ประเมิน
HA scoring 100 ข้อ

พัฒนาการใช้ HA scoring ตามมาตรฐาน ISQuaEEA

Principle 2 Standards Measurement

There is a transparent measurement or rating methodology used by organisations and surveyors to aid consistent rating of achievement.

Criterion 2.1

CORE

There is a process for measuring or rating an organisation's performance on each standard, criterion or element.

Suggested Evidence

To complete the self-assessment tool, describe the measurement or rating process for the standards and the criteria or elements.

This is supported by:

- ▶ Evidence of the measurement or rating process

Criterion 2.2

CORE

There is a documented methodology for measuring overall achievement of a set of standards.

Guidance

The methodology could include:

- achievement on all compulsory criteria/standards
- all criteria/standards being achieved at a defined level
- no criterion/standard being rated below a defined level

A risk assessment may be required when a criterion or standard receives a low rating.

The methodology may be used by organisations to assess their overall achievement of the standards as part of a self-assessment process.

The methodology may be included in the guidelines (see criterion 2.3).

Suggested Evidence

To complete the self-assessment tool, describe the methodology for measuring the overall achievement of the standards, e.g. numeric rating system, scoring, or voting.

This is supported by:

- ▶ Evidence of the overall measurement or rating methodology and how it is made available to client organisations and surveyors

พัฒนาการใช้ HA scoring ตามมาตรฐาน ISQuaEEA

Criterion 2.3

Guidance on the measurement or rating methodology is provided to:

- a) enable client organisations to assess their own performance against the standards
- b) assist surveyors to rate standards

Guidance

Guidance could relate to the weighting of criteria/standards, the role of compulsory criteria/standards, or the use of risk assessments if there are identified risks or safety issues. Specific situational examples could be included to help guide surveyors.

Suggested Evidence

To complete the self-assessment tool, describe the guidance available.

This is supported by:

- ▶ Guidelines, measurement tools or other information provided to assist consistent rating

Criterion 2.4

Feedback on the measurement or rating methodology is collected from client organisations and surveyors to ensure that it is clear and understandable. The data are evaluated, and results are used to make improvements.

Guidance

This criterion relates to both the initial testing of the measurement or rating methodology and the ongoing collection and evaluation of feedback from client organisations and surveyors.

Suggested Evidence

To complete the self-assessment tool, describe how the measurement or rating methodology is evaluated. Describe how the results have been, or will be, used to make improvements to the methodology.

This is supported by:

- ▶ Feedback forms
- ▶ Examples of results
- ▶ Examples of improvements

Process for measuring or rating

Documented methodology for measuring

Provided Guidance on the measuring methodology

Feedback methodology for evaluation and improvement

The Healthcare Accreditation Institute

Hospital & Healthcare Standards (5th Edition)

Awarded by ISQua EEA
following an independent assessment
against the Guidelines and Principles for the
Development of Health and Social Care Standards,
5th Edition

The period of Accreditation of these Standards
is from
until

February 2022 February 2026


Anthony O'Connor, President


Ms. Elaine O'Connor, Head of Operations

The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association Principles for the Development of Health and Social Care Standards, 5th Edition v1.0

The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), Thailand Hospital and Healthcare Standards 5th Edition

Exceptional Performance

1.2: The Hospital & Healthcare Standards 5th edition has duly adopted guidance notes that are aligned with other national/international organisations with links between Patient Charter, Supply Chain Management and Safety Principles across services and Clinical Care Practices.

1.16: Extensive feedback was obtained from healthcare organisations, assessors, government, and policy advocates, which were incorporated into the 2nd draft of the 5th edition of the standards.

3.10: The standards have exhaustive objective elements planned for the continuous evaluation of competency, skills matrix and job descriptions for each faculty. This is also true for under performance.

3.12: The standards explicitly cover staff welfare by enhancing supervision at the workplace, maintaining a work life balance, attempting to reduce stress and empowering staff.

5.7: The standards for performance management and development requires staff to learn about person centred care. The education for person centred care elements is detailed in the footnote of the standards manual.

6.1: The HAI are commended for the work on requiring organisations to provide performance results. The results chapter cover all of the required information relating to performance of services and promoting services excellence.

Recommendation:

2.4. The HAI should do initial testing of the measurement methodology and include the findings in the feedback used for improvement on the measurement methodology.

Opportunities for Improvement:

4.4. The organisation could benefit from adding standards that require risk assessment and management in research and clinical trials.

มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ

Hospital and Healthcare Standards

Approved for Healthcare Accreditation 5th Edition 2022

เป็นฉบับต้นฉบับที่ส่งมอบและได้รับรองจากคณะกรรมการ 1 ตุลาคม 2565

ฉบับต้นฉบับที่ 5

ฉบับที่ 5

5th Edition

กระบวนการพัฒนาประเมินและทดสอบการใช้ HA scoring

มกราคม
2566

จัดให้มีการสำรวจความคิดเห็นต่อการใช้แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (HA Scoring)

22 ก.พ.
2566

สัมมนาแลกเปลี่ยนแนวทางการทดสอบเกณฑ์การประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (HA Scoring) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ

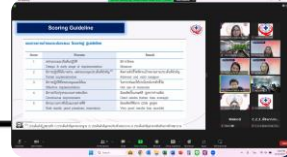
7 มี.ย.
2566

สัมมนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ใช้ HA Scoring ในการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA ฉบับที่ 5 ร่วมกับโรงพยาบาล

28-30 มี.ย.
/ 5-7 ก.ค.

ตรวจเยี่ยมสถานพยาบาลและสัมมนาสรุปผลการทดสอบคุณภาพเกณฑ์การประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (HA Scoring)

-สว.บางพลี จ.สมุทรปราการ
-สว.ราชพิพัฒน์ กทม.



22 มี.ย.
2566

ชี้แจงโรงพยาบาลในการเข้าเยี่ยมสำรวจเพื่อทดสอบคุณภาพเกณฑ์การประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (HA Scoring)

20 มี.ย.
2566

สัมมนาเตรียมความพร้อมโครงการทดสอบคุณภาพเกณฑ์การประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (HA Scoring) ร่วมกับผู้เยี่ยมสำรวจ

22 ส.ค.
2566

เสนอผลการทดสอบต่อคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานฯ

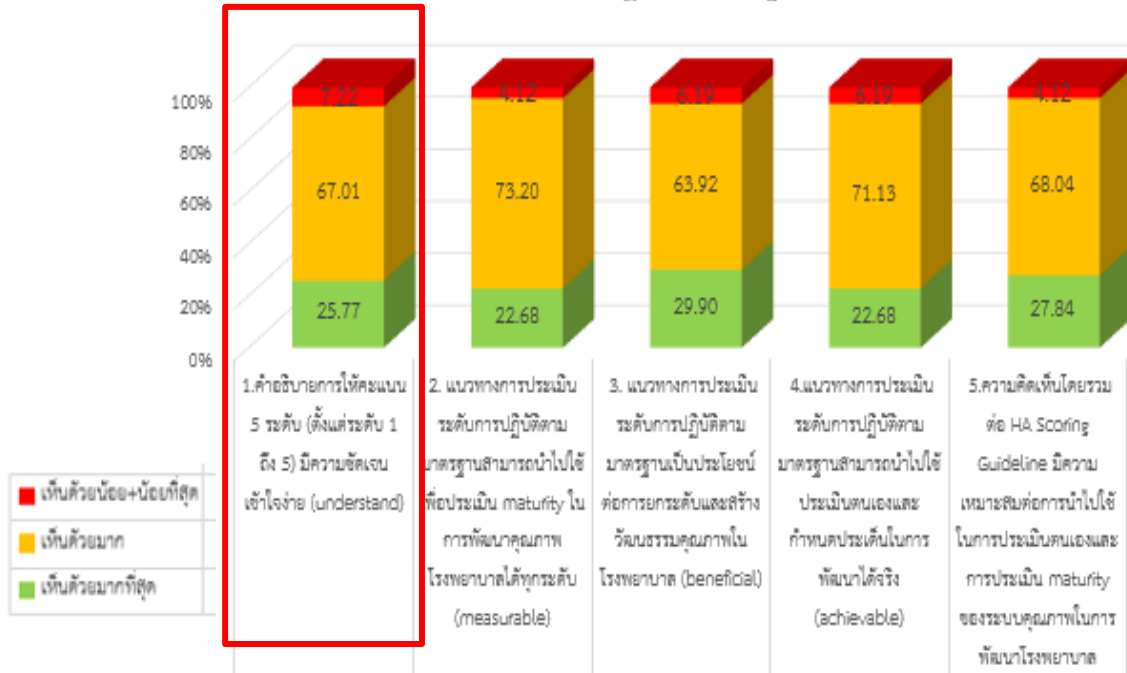
ปีงบประมาณ 67
ไตรมาส 1-2

ประชุมผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อแลกเปลี่ยนผลการทดสอบและหาแนวทางการพัฒนา



ผลจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ใช้ HA Scoring ของโรงพยาบาล

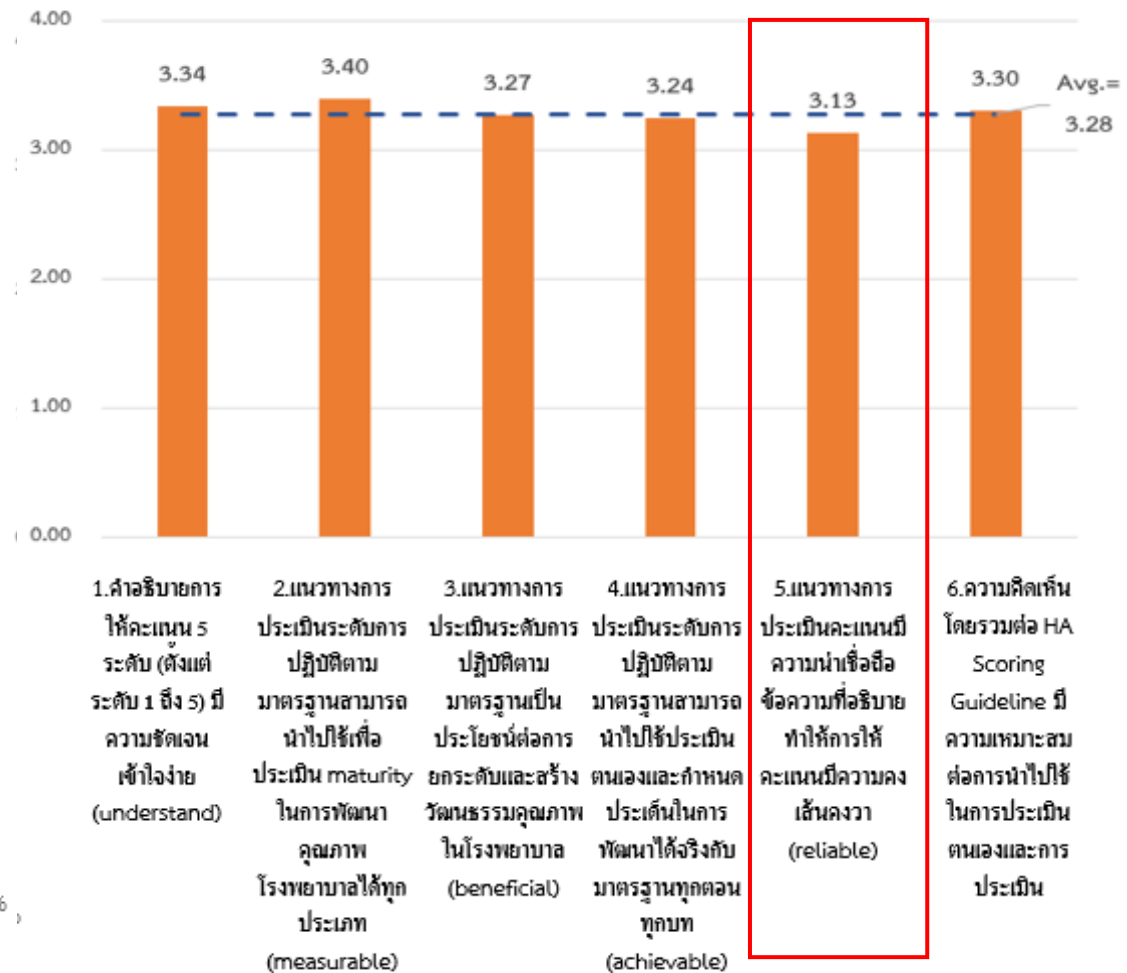
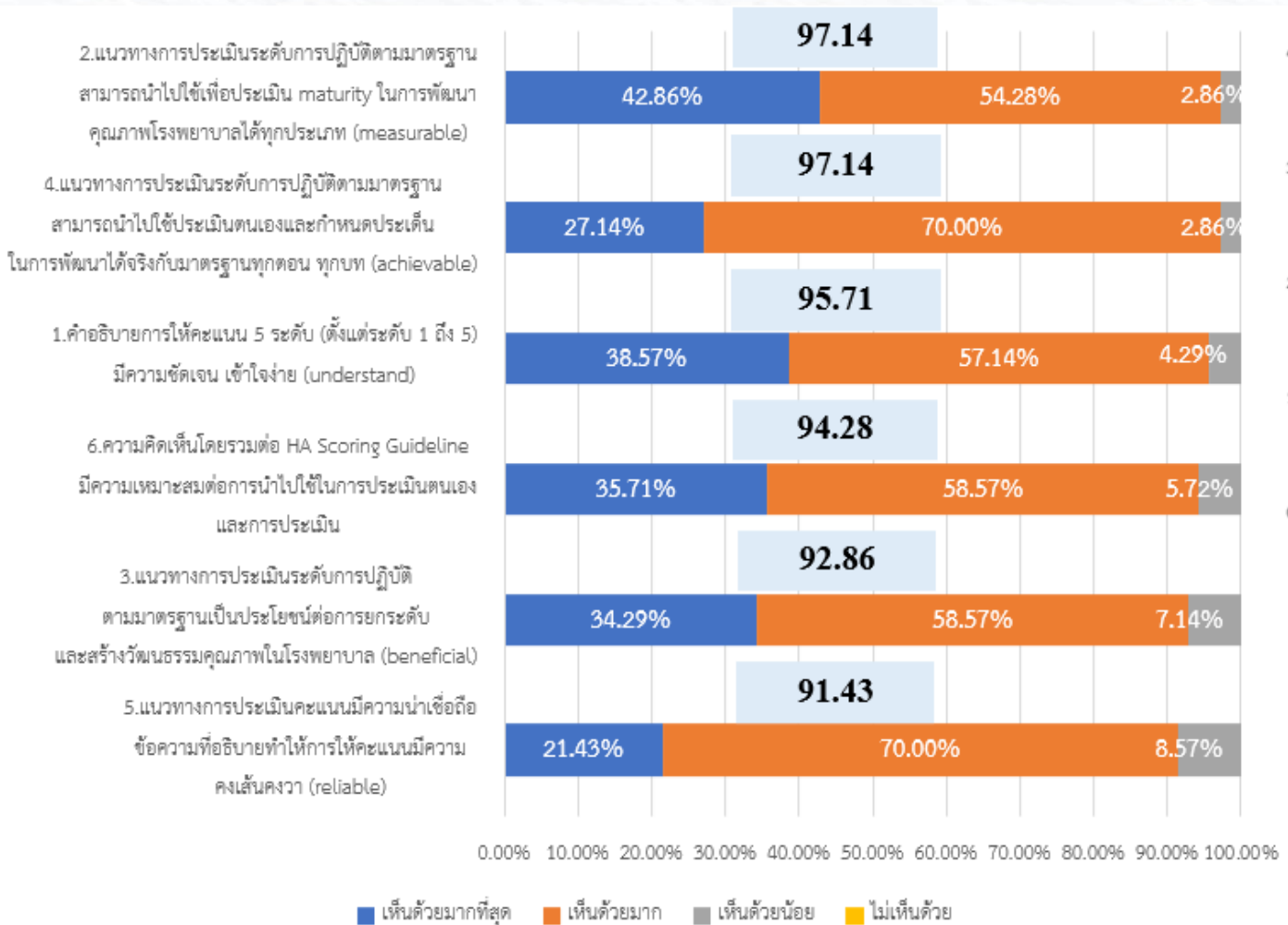
ความคิดเห็นต่อแนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (HA Scoring Guideline)



- คำอธิบายยังไม่ชัดเจน ด้วยคำอธิบายบอกเพียงความลึกของแต่ละระดับคะแนน แต่ไม่ได้ระบุรายละเอียดเฉพาะของแต่ละข้อคะแนน เพื่อให้แนวทางเป็นประโยชน์ต่อการยกระดับได้จริงควรเพิ่มตัวอย่างที่ชัดเจนมากขึ้น
- ด้วยระดับความเข้าใจของผู้ประเมินยังน้อย ส่งผลให้การให้คะแนนไม่ตรงกับบริบทจริง

ระดับ	ความคิดเห็น
ระดับ 2	ความหมายของคำว่า การปฏิบัติได้ครอบคลุม
ระดับ 3	- เป็นระดับที่ให้คะแนนยาก เพราะรายละเอียดการให้คะแนนไม่ชัดเจน คืออาจเป็น 2.5 - 3.5 ขึ้นกับการประเมินแต่ละคน หรือ บางประเด็นทำได้ดีในคะแนนระดับ 4 แต่ประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุมอยู่อาจจะอยู่ระดับที่ 2,3 จึงทำให้ไม่มั่นใจว่าจะให้คะแนนระดับใด อาจพิจารณาปรับคำอธิบายการในแต่ละระดับคะแนน ให้เห็นความเชื่อมโยงของคะแนนแต่ละระดับ และสามารถใช้ประเด็นที่มีในแต่ละข้อมาเป็นคำตอบของคะแนนภาพรวมได้ - เกณฑ์ผลลัพธ์ “วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด” ประเมินได้ยาก เนื่องจากไม่แน่ใจว่าที่วิเคราะห์ถูกต้องตามประเด็นมาตรฐานหรือไม่
ระดับ 4	โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ยกกระดานการพัฒนาที่คะแนน 4 และ 5 ค่อนข้างยาก ด้วยข้อจำกัด เช่น ขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา อัตราการหมุนเวียนบ่อยของบุคลากรในงานทางคลินิกซึ่งส่งผลต่อระบบที่วางไว้ นโยบายทั้งจากส่วนกลางและระดับจังหวัดมีผลต่อการยกระดับการพัฒนาในด้านการสนับสนุนทรัพยากรบุคคล
ระดับ 5	- บริบทโรงพยาบาลชุมชนหาคู่แข่งยาก - เป็นเกณฑ์ที่ทำได้ยาก ทำให้ไม่สามารถไปถึงได้คะแนน 5 ได้

จากผู้เยี่ยมสำรวจผลการสำรวจความคิดเห็นโดยรวมต่อแนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (HA Scoring Guideline)



ข้อเสนอแนะต่อสถาบันในการพัฒนาระบบการให้คะแนน



การพัฒนาเกณฑ์การประเมิน (HA Scoring) ให้มีความชัดเจน

- HA Scoring ควรเพิ่มคำอธิบายหรือยกตัวอย่างสำคัญที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้นประกอบกับนิยาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน รวมทั้งมีตัวอย่างประกอบการให้คะแนนในระดับ 2.5, 3.5, 4.5 ด้วย

การพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจและกระบวนการเยี่ยมสำรวจ

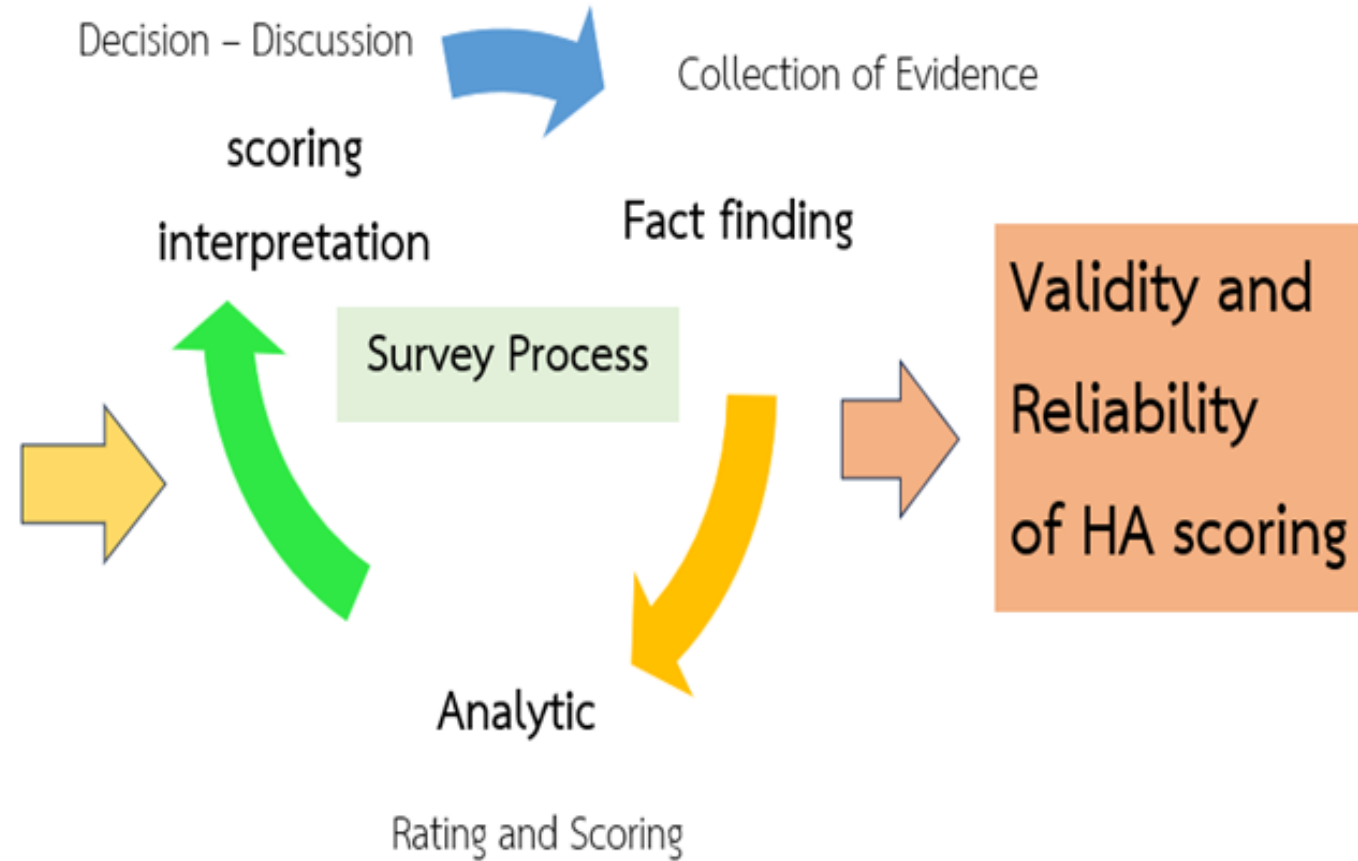
- การจัดอบรมการให้คะแนนเพื่อให้ผู้ประเมินเข้าใจเกณฑ์การให้คะแนนที่ตรงกัน ด้วยการให้คะแนนต้องอาศัยการสรุปประเด็นสำคัญตามมาตรฐาน ตามบริบท (จากการอ่าน SAR การเยี่ยมหน่วยงาน การสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน/ทีมระบบ) ตามศักยภาพ ซึ่งอาจทำให้ตีความแตกต่างกันภายในทีม
- กระบวนการเยี่ยมเมื่อมีการให้คะแนนแตกต่างกันระหว่างผู้เยี่ยม ควรทำ scoring vote หรือ consensus
- การนำผลคะแนนของผู้เยี่ยมสำรวจกับที่โรงพยาบาลประเมินตนเองมาสื่อสารเพื่อโรงพยาบาลได้ใช้ประโยชน์และเรียนรู้เพื่อการปรับปรุงอย่างแท้จริง

การพัฒนามาตรฐานหรือประเด็นสำคัญในมาตรฐานให้ชัดเจน

- ด้วยมาตรฐานตอนที่ 4 เขียนกว้างไม่ชัดเจน ไม่มีแนวทางการประเมินผลที่ชัดเจน
- ควรกำหนดประเด็นสำคัญตามมาตรฐานให้ชัดเจน มีการยกตัวอย่างตามบริบทและศักยภาพให้เห็นความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลในแต่ละระดับ เนื่องจากผู้เยี่ยมที่ไม่ได้อยู่ในระบบสาธารณสุขของกระทรวงอาจไม่เข้าใจ ทั้งทาง Clinic และ Non Clinic

การศึกษา เพื่อทดสอบคุณภาพเกณฑ์การประเมินระดับการปฏิบัติตาม มาตรฐาน (HA Scoring)

- Relationships and Relationship Management
- Time Management
- Communication Management and Power Relation
- Accreditation Foundation
- Organization Culture of Healthcare Accreditation Institute



Day 1-2 Site Visit

ขั้นตอนที่ 1

การทดสอบ Reliability

- ผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละทีม (A,B) ให้คะแนน

- Scoring ตามบทบาทของแต่ละคน
- Scoring ร่วมในทีมเพื่อ discussion



ทีม A

- ผลคะแนน
- รายงาน Exit
- รายงานการเยี่ยม
เข้าอนุกรรมการ

ทีม B

- ผลคะแนน
- สรุปประเด็น/
เหตุผลในการให้
คะแนน

ขั้นตอนที่ 2

การทดสอบ Validity

- ผู้เยี่ยมสำรวจทั้งสองทีม (A,B) consensus scoring
- พิจารณามาตรฐาน/ประเด็นที่สามารถปรับให้คะแนนสอดคล้องกันได้ (Easy to change)

- พิจารณามาตรฐาน/ประเด็นที่ไม่สามารถปรับคะแนนให้สอดคล้องกันได้

- แลกเปลี่ยนประเด็นสำคัญที่ตัดสินใจยาก (scoring dilemma) หรือมีความแตกต่างของการตีความมาตรฐาน
- แลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างผู้เยี่ยมอาวุโส/ผู้ทรงคุณวุฒิให้ไว้

Day 3 Workshop

การทดสอบ Sensitivity to change



ความเห็นจากผู้สังเกตการณ์ ลักษณะการบันทึกปรากฏการณ์เชิงคุณภาพ

- ประเด็นที่พบเห็น
- เสนอแนะประเด็นที่น่าสนใจ
- ร่องรอยที่ควรติดตามเพื่อการต่อยอด
- ข้อเสนอแนะในการทำมาตรฐานฉบับต่อไป

สรุปผลคะแนนการทดสอบ

- ผู้เยี่ยมสำรวจและผู้เชี่ยวชาญสรุปร่วมกันและมีความเห็นว่า **ผลคะแนนไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากแบนด์ HA กว้าง โดยผลคะแนนยังอยู่ในช่วงแบนด์ HA Scoring 2.5-2.9** ที่ระดับพอผ่านเหมือนกัน

7) การผ่านการรับรองจะมีระดับต่างๆ ซึ่งรับรู้กันเป็นการภายใน และมีผลต่อความเข้มข้นของการติดตามดังนี้

- ระดับพอผ่าน เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 2.5-2.9
- ระดับดี เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 3.0-3.4
- ระดับดีมาก เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 3.5-3.9
- ระดับดีเยี่ยม เมื่อ mode ของ score มากกว่าหรือเท่ากับ 4.0

- ผู้เยี่ยมสำรวจสะท้อนให้เห็นประเด็นที่พบ (fact finding) และการวิเคราะห์ (analysis) เหมือนกัน
- กระบวนการ HA มุ่งเน้นที่การสร้างการเรียนรู้ตามหลักคิด **Accreditation as the Education Process** โดยให้ความสำคัญกับการให้ **Recommendation หรือ Suggestion** เป็นสำคัญ ซึ่งทั้งสองทีมให้ความเห็นในประเด็นดังกล่าวเหมือนกัน

การใช้เกณฑ์การประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (HA Scoring)



1. พบว่าการใช้คะแนนในแต่ละกลุ่มมีเป้าหมายต่างกัน

- โรงพยาบาล ใช้เพื่อประเมินตนเอง มุ่งเน้นผลการรับรอง ผ่าน/ไม่ผ่าน จึงให้คะแนนตนเองสูง
- ผู้เยี่ยมสำรวจ ใช้เพื่อสร้างการเรียนรู้ โดยให้ความสำคัญกับ ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่พบ Recommendation/Suggestion มากกว่า Scoring เพราะโรงพยาบาลไม่เห็นคะแนน
- อนุกรรมการ ใช้เพื่อพิจารณาการผ่าน/การเติบโตของโรงพยาบาล รวมทั้งพิจารณาผลลัพธ์และการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงที่ไม่เป็นไปตามคาดหวัง

2. เป้าหมายการใช้ HA Scoring ประกอบด้วย

- ใช้เพื่อพิจารณาตัดสิน ?
- ใช้ในการประเมินเทียบกับการปฏิบัติตามมาตรฐาน เพื่อประเมิน Performance Mutuality **จากการทดสอบพบว่าการให้คะแนนต่างกันบางบท เพราะ 1) การตีความมาตรฐาน และ HA Scoring ต่างกัน 2) การตีความบริบทโรงพยาบาลต่างกัน และการให้น้ำหนักของโรงพยาบาลในประเด็นสำคัญไม่เหมือนกัน**
- ใช้ในการส่งเสริมการพัฒนา ด้วย สรพ.ไม่มีการเปิดเผยคะแนน จึงอาจไม่ได้ชัดเจนมากนักในการใช้เพื่อส่งเสริมการพัฒนา แต่จะพัฒนากลไกที่กระตุ้นให้โรงพยาบาลทำแผนการพัฒนา เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการพัฒนา

Scoring กับ Maturity โรงพยาบาล

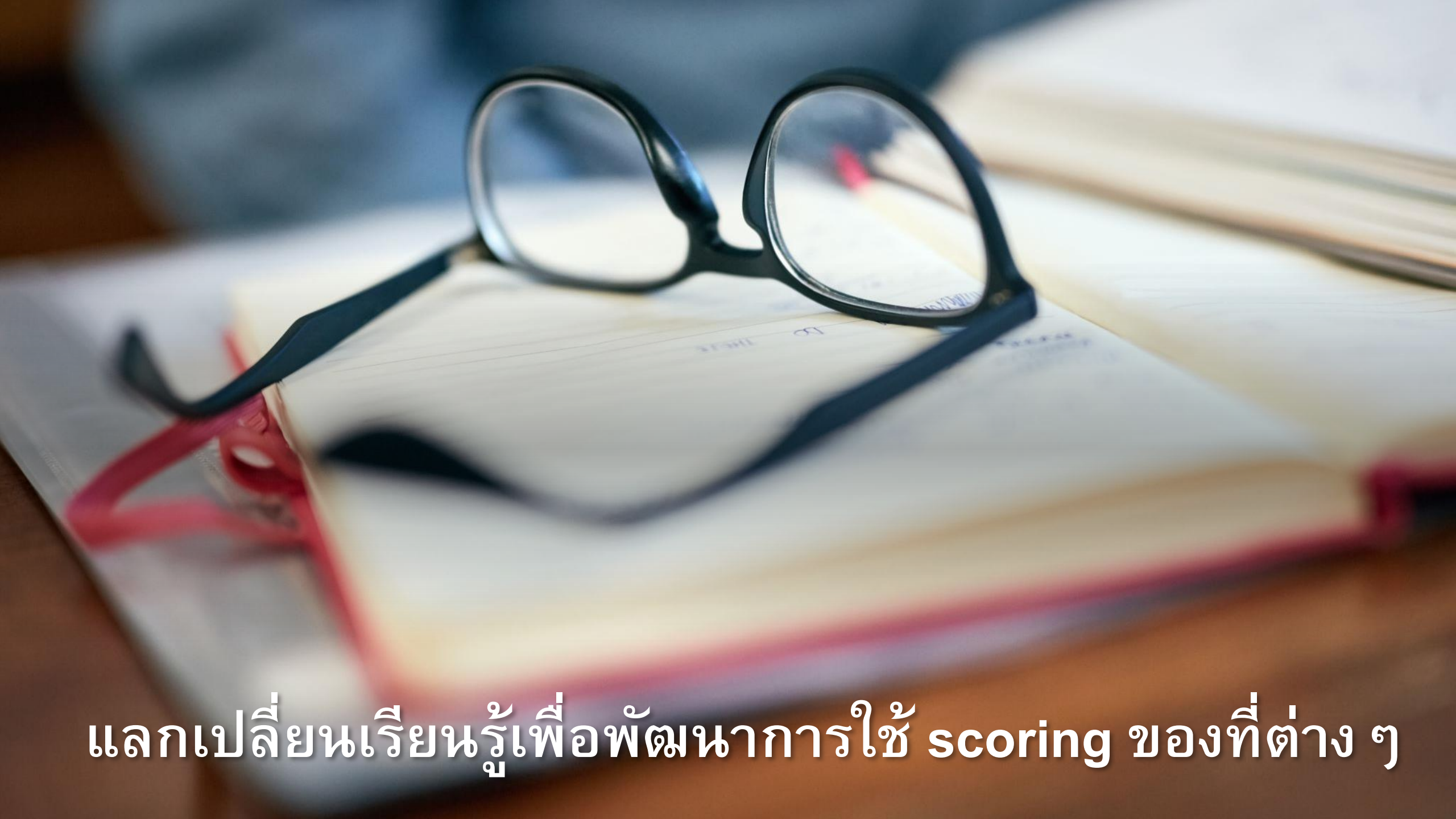
1. ด้วยกระบวนการ HA เป็น Education ไม่ใช่ Audit ดังนั้นเหตุการณ์ให้คะแนน Suggestion / Recommendation ที่ปรากฏในรายงานการเยี่ยมสำรวจสำคัญกว่าคะแนนที่ได้
2. โรงพยาบาลในประเทศไทยส่วนใหญ่มีการพัฒนาอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน คือ คะแนนที่ 2.5-3.0 ซึ่ง Band Score เดียวกัน เพราะมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร เช่น อัตรากำลัง ซึ่งการช่วยแก้ไขข้อจำกัดของโรงพยาบาล จะช่วยให้โรงพยาบาลมีผลคะแนนที่สูงขึ้นและสามารถพัฒนาต่อยอดในการรับรองขึ้นก้าวหน้าได้ โดยที่ผ่านมามาการทำ HA ทำให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาในมิติอื่นมากขึ้นแต่ไม่ได้ถูกประเมินให้คะแนน เช่น มิติความร่วมมือ ดังนั้นถ้าอยากให้รพ.คะแนนสูงขึ้น อาจต้องเปลี่ยนแปลงวิธีการให้คะแนน
3. การใช้ HA Scoring เพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพ โดยผู้เยี่ยมสำรวจใช้ในกระบวนการให้ประเด็นที่เป็นการให้ข้อเสนอแนะ การบ้าน หรือการติดตามเฉพาะเรื่อง เพื่อให้โรงพยาบาลได้เห็นโอกาสการพัฒนาและมีการปรับปรุง

การเปรียบเทียบโรงพยาบาลโดยใช้ผลคะแนน HA Scoring

1. คะแนนถูกให้ตามบริบท (context-specific) ดังนั้นเอามาเปรียบเทียบกันไม่ได้ เพราะคะแนนที่ได้เทียบกับเป้าหมายของโรงพยาบาลเองว่าไปถึงได้แค่ไหน
2. ไม่สามารถ เอา Outstanding มาให้คะแนนเพิ่มในประเด็นที่ไม่ทำตามประเด็นสำคัญ ด้วยการให้คะแนนต้องอิงกับมาตรฐาน ประเด็นที่ทำได้ดีเหนือกว่าจะถูกชื่นชม หรือเขียนรายงานใน Executive Summary
3. ด้วยเกณฑ์ HA Scoring มีคำว่า “ครอบคลุมและได้ผล” การตีความซึ่งต้องเชื่อมโยงกับบริบท อาจทำให้คะแนนเฉลี่ยน้อยลง



อยากให้สรพ. ปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมแก้ไขอะไรกับ
HA scoring



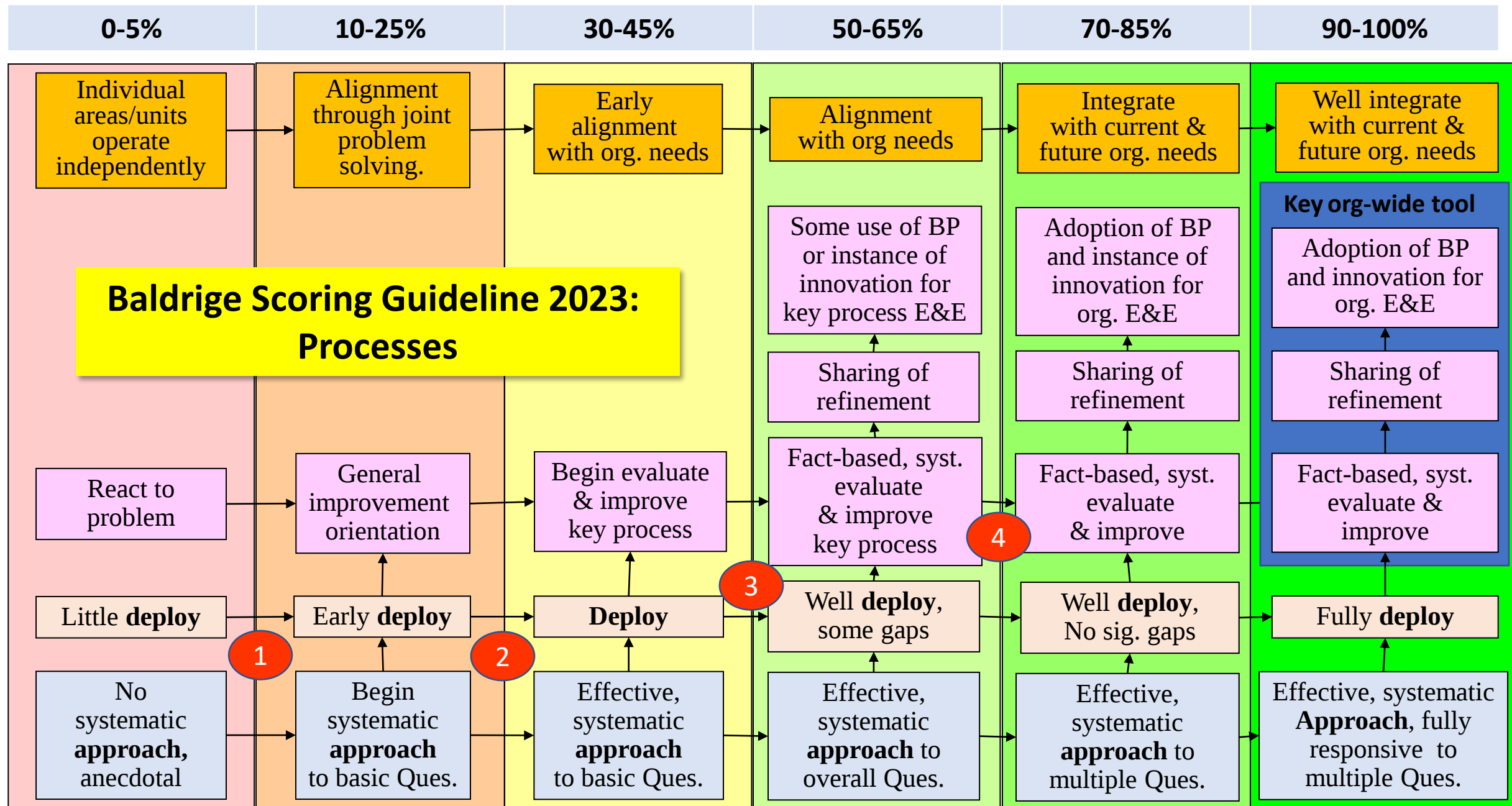
แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาการใช้ scoring ของที่ต่าง ๆ

I

L

D

A



I

C

T

Le

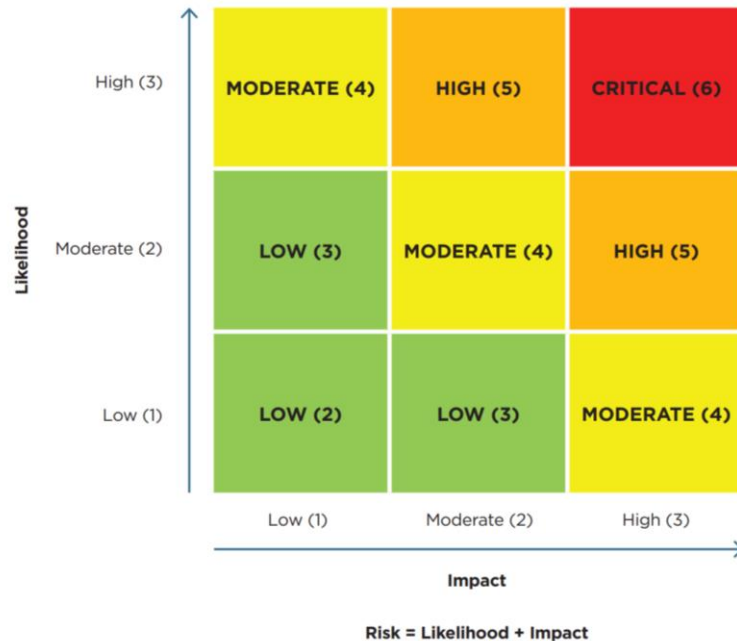
0-5%	10-25%	30-45%	50-65%	70-85%	90-100%
Not reported for any areas of importance to accomplish mission	Reported for a few areas of importance to accomplish mission	Reported for many areas of importance to accomplish mission	Reported for most key customer, workforce, market & process requirement	Reported for most key customer, workforce, market, process & action plan requirement	Reported for most key customer, workforce, market, process & action plan requirement
No comparative information	No or little comparative information	Early stage of obtaining comparative information	Some comparison of current level, shows areas of good relative performance	Many to most comparison of trend and current level, show areas of leadership & very good relative performance	Industry and benchmark leadership in many areas
Baldrige Scoring Guideline 2023: Results					
No trend data, or mainly adverse trend	Some trend data, some adverse trend	Some trend data, most are beneficial	Beneficial trend in areas of importance to accomplish mission	Sustained beneficial trend in most area of importance to accomplish mission	Sustained beneficial trend in all areas of importance to accomplish mission
No result, or poor results	Few result, responsive to basic Ques.	Good level, responsive to basic Ques.	Good level, responsive to overall Ques.	Good to excellent level, responsive to multiple Ques.	Excellent level, fully responsive to multiple Ques.

SQA Scoring for Approach & Integration

Level	Approach (SQA)	Approach (MBNQA/TQA)
1	Some form of approach exists but it is reactive and not systematic	No systematic approach to item requirements is evident; information is anecdotal.
2	Direction for approach is defined Beginning of a planned and prevention-based approach	The beginning of a systematic approach to the basic requirements of the item is evident.
3	A sound, effective approach is in place with evidence of prevention activities Approach is aligned with basic organizational needs identified in other criteria categories	An effective, systematic approach, responsive to the basic requirements of the item, is evident
4	A proven and well defined approach which is prevention-based with evidence of refinement through learning and improvement Approach is well integrated with organisational needs identified in other criteria categories	An effective, systematic approach, responsive to the overall requirements of the item, is evident.
5	Exceptionally well defined, innovative approach Approach is accepted as best practice in the field Approach is fully integrated with organisational needs identified in other criteria categories	An effective, systematic approach, responsive to the multiple requirements of the item, is evident.
6		An effective, systematic approach, fully responsive to the multiple requirements of the item, is evident.

ISQuaEEA scoring ใช้คู่กับ

Risk assessment



Rating	Rationale	Guidance
4	Full achievement All elements addressed and no gaps in compliance (100%) No recommendation (but can have an opportunity for improvement)	If the organisation has exceeded the requirements this should be noted in the surveyor finding.
3	Good achievement Majority of the criterion elements addressed (more than 60%) Recommendation or opportunity for improvement required	The rationale for the recommendation or opportunity for improvement should be included in the surveyor finding.
2	Fair achievement Some of the criterion elements addressed (between 30 - 60%) Recommendation required Risk assessment required	The rationale for the recommendation and the risk assessment should be included in the surveyor finding.
1	Poor achievement Few or none of the criterion elements addressed (under 30%) Recommendation required Risk assessment required	The rationale for the recommendation and the risk assessment should be included in the surveyor finding.

Recommendations must be provided when one or more elements of the criterion have not been met i.e. where there is a gap in compliance. Recommendations are mandatory and must be addressed by the organisation. They are required to submit progress reports 12 and 30 months post award demonstrating how the recommendations have or will be addressed. Recommendations should only relate to elements of the criterion which have not been met (i.e. gaps in compliance).

Opportunities for Improvement (OFIs) identifying areas that organisations could consider improving or strengthening can also be provided. They can be provided with any rating and are not considered mandatory.

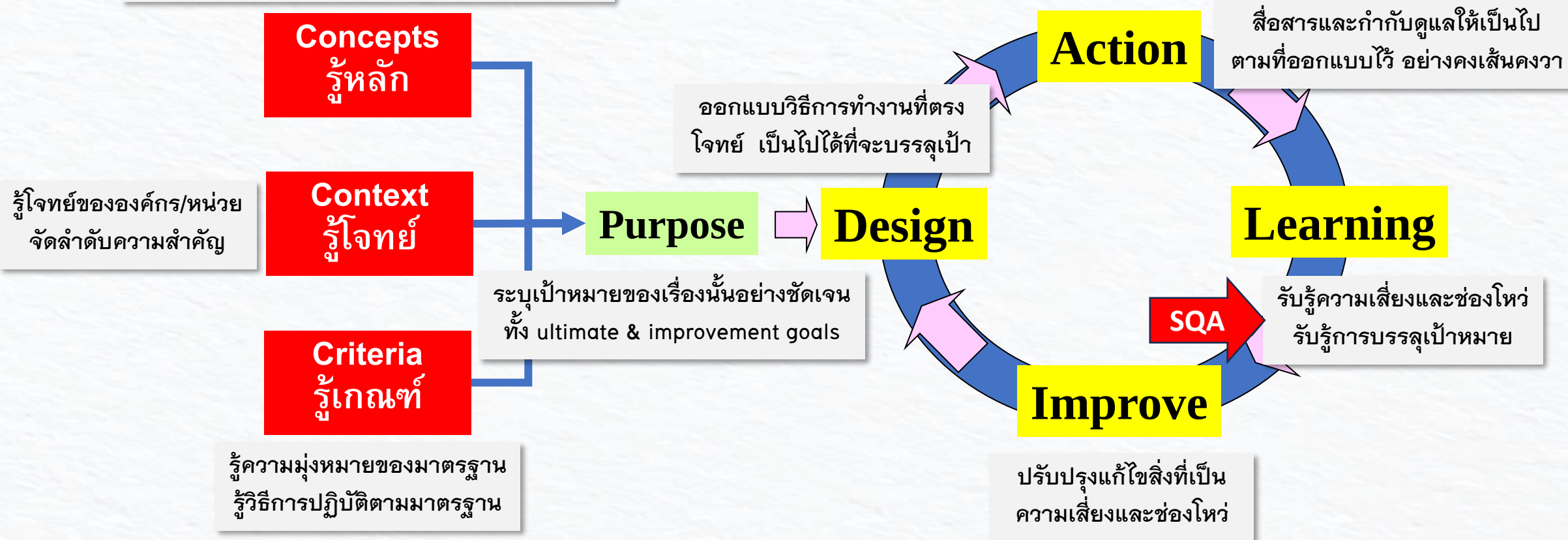


Proposed HA Scoring

Start with 3: The Quality Process

ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ชยันตบทวน
เป้าหมายชัด วัดผลได้
และค่านิยม HA อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

มองความเป็นระบบ (systematic approach)
ที่กระบวนการคุณภาพทั้งหมด (3C-DALI)
มิใช่เฉพาะที่ design เหมือน MBNQA



Propose Scoring for HA: Approach & Deployment

	1	2	3	4	5
การตอบโจทย์ ความต้องการขององค์กร (response to organizational needs)			Basic org. needs โจทย์พื้นฐาน ถ้าไม่ ทำจะเดือดร้อน	Overall org. needs โจทย์โดยรวม ทำแล้ว จะได้รับคำชื่นชม	Current & future needs
Level of requirement response	MBNQA (mod) →		Basic->overall	Overall->multiple	Multiple
Approach		SQA →	Sound effective	Proven & well defined	Exceptionally well defined, innovative
Deployment	MBNQA →	Early stages of deployment in most areas	Deployed, early stage in some areas	Well deployed, may vary in some areas	Well deployed, no significant gap

**Approach & Deployment จะเน้นที่ score 3
แต่มีส่วนดีที่จะคะแนนขึ้นไป score 4 ได้**

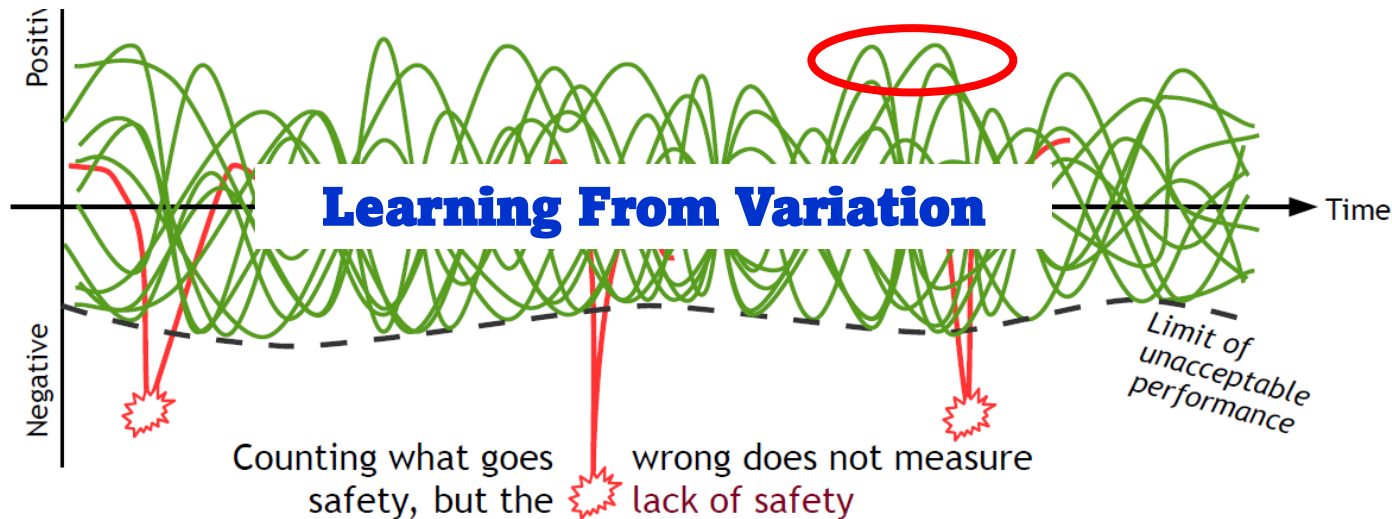
Learning in Daily Operation

4

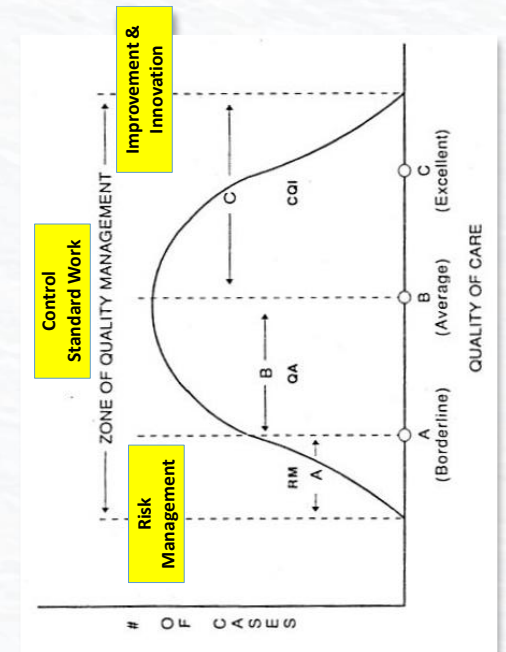
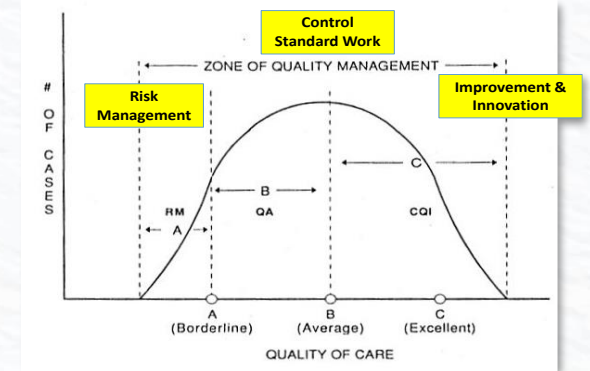
Learning From Excellence

when

3



Learning From Incidence



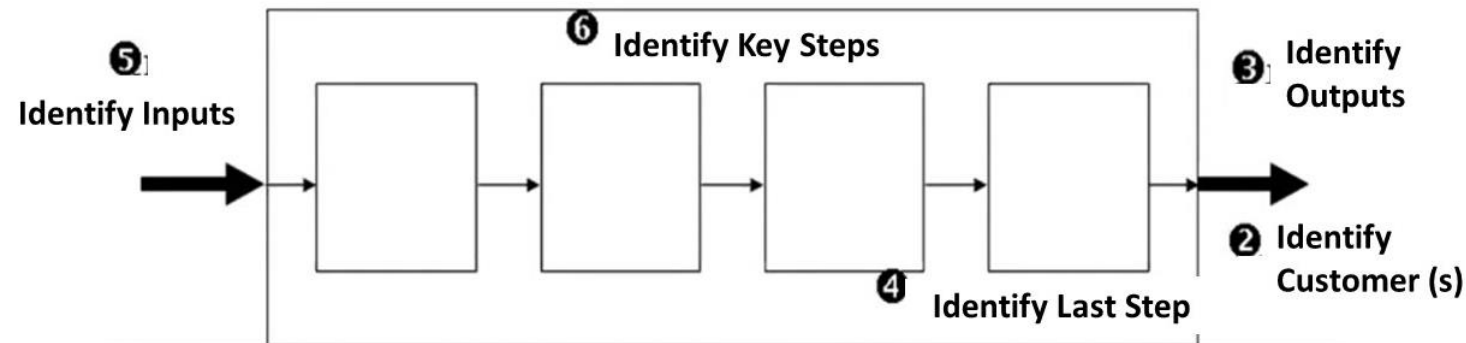
Well Deployed = Consistent Process



1. กำหนดผู้รับผิดชอบกระบวนการ (a process owner) สำหรับแต่ละกระบวนการที่สำคัญ (each key process)
2. จัดทำข้อมูลสำคัญเป็นลายลักษณ์อักษร (define & document) สำหรับแต่ละกระบวนการที่สำคัญ
3. ทบทวนกระบวนการที่สำคัญอย่างสม่ำเสมอ เพื่อระบุโอกาสพัฒนาและโอกาสสร้างนวัตกรรม

Process Owner:

① Draw Process Boxes and Name Process



③

Customer Requirements

Measures (in-process & outcome)

Evidence of Deployment

Learning (evaluation & improvement
& innovation)

3.

Integration with Other Processes or Systems

Well Deployed : Role of Process Owner



ผู้รับผิดชอบกระบวนการ (the process owner) ต้องทำให้มั่นใจว่า:

1. กระบวนการถูกออกแบบมาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน องค์กร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ
2. มีการกำหนดตัววัดหรือตัวชี้วัดของกระบวนการ
3. มีการติดตามประสิทธิผลของกระบวนการ
4. จัดทำและปรับปรุงเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุน
5. จัดให้มีการฝึกอบรมที่เหมาะสม
6. ประเมินและปรับปรุงกระบวนการอย่างสม่ำเสมอ ไม่เพียงเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือมีเสียงสะท้อนกลับในทางลบ

The process owner also

1. Responsible for all of the cross-functional area involved
2. Have authority to approve changes in the process or related measures

Baldrige Scoring for Approach

1	2	3	4	5	
0-5%	10-25%	30-45%	50-65%	70-85%	90-100%
No systematic approach to item questions	Beginning of a systematic approach to the basic question	Effective, systematic approach, responsive to the basic question	Effective, systematic approach, responsive to the overall questions	Effective, systematic approach, responsive to multiple questions	Effective, systematic approach, fully responsive to multiple questions

- **Appropriateness** ความเหมาะสมของวิธีการ ขึ้นกับคำถามของเกณฑ์และสิ่งแวดล้อมขององค์กร
- **Effectiveness** ประสิทธิภาพของวิธีการ สามารถตอบสนองเจตจำนงที่ตั้งไว้ได้
 - สอดคล้องกับความต้องการขององค์กร สามารถถ่ายทอดสู่การปฏิบัติได้ดี
 - ประเมินผลลัพธ์ จากตัวชี้วัดของกระบวนการหรือผลลัพธ์
- **Systematic** ความเป็นระบบของวิธีการ
 - มีขั้นตอนเป็นลำดับ ทำซ้ำได้ คงเส้นคงวา
 - ใช้ข้อมูล/สารสนเทศที่น่าเชื่อถือ เพื่อเรียนรู้ ออกแบบ ปรับปรุง

Approach = วิธีการที่ใช้ดำเนินการให้กระบวนการสำเร็จผล

Baldrige Scoring for Deployment



1	2	3	4	5	6
0-5%	10-25%	30-45%	50-65%	70-85%	90-100%
Little or no deployment	Early stages of deployment in most areas	Deployed, early stage in some areas	Well deployed, may vary in some areas	Well deployed, no significant gap	Fully deployed, no significant weakness or gaps in any areas

- **Relevant:** ตอบคำถามที่เกี่ยวข้องและสำคัญต่อองค์กร
- **Consistent:** ใช้อย่างคงเส้นคงวา
- **Coverage/breadth:** ใช้โดยทุกหน่วยงานที่ควรใช้

Propose Scoring for HA: Evaluation & Improvement

	1	2	3	4	5
React to problem	React to problem				
General improvement orientation		General improvement orientation			
Systematic evaluation & improvement			Begin	Fact-based (key processes)	Fact-based (org. performance)
Sharing of refinement				Sharing	Sharing
Best practices				Some use	Adoption
Innovation				Instances	Instances- > Innovation

Learning (Evaluation & Improvement) จะเน้นที่ score 4 แต่มีส่วนดีที่จะคะแนนขึ้นไป score 5 ได้

Baldrige Scoring for Learning

1	2	3	4	5	6
0-5%	10-25%	30-45%	50-65%	70-85%	90-100%
		Of key processes	For improving efficiency & efficiency of key processes	For improving organizational efficiency & effectiveness	Are key organizational-wide tools for improving efficiency & effectiveness
React to problem	General improvement orientation	Begin systematic evaluation & improvement (E&I)	Fact-based systematic E&I	Fact-based systematic E&I	Fact-based systematic E&I
			Sharing of refinement	Sharing of refinement	Sharing of refinement
			Some use of best practices	Adoption of best practices	Adoption of best practices
			Instances of innovation	Instances of innovation	Innovation

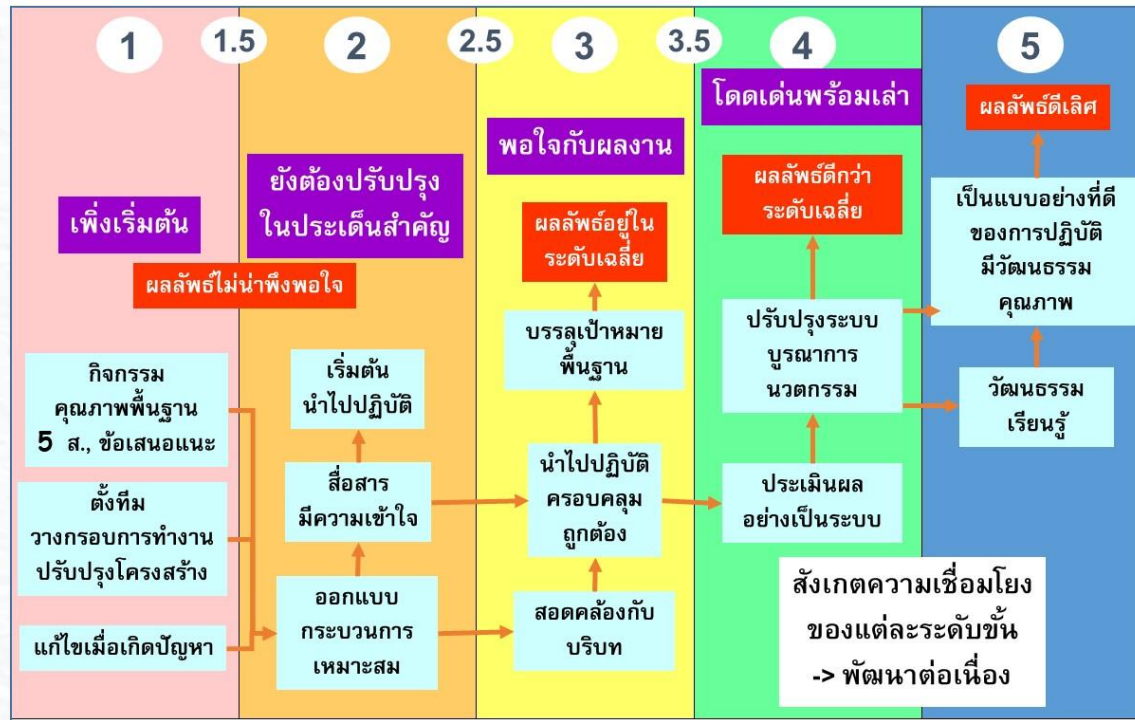
Propose Scoring for HA: Integration

	1	2	3	4	5
การตอบโจทย์ ความต้องการขององค์กร	MBNQA 2021 (mod)	Joint problem solving	Basic org. needs โจทย์พื้นฐาน ถ้าไม่ ทำจะเดือดร้อน	Overall org. needs โจทย์โดยรวม ทำแล้ว จะได้รับคำชื่นชม	Current & future needs
การบูรณาการกับ กระบวนการในหมวดอื่นๆ				Integrated	Well integrated
มีการประสาน/กลมกลืน (harmonization) ระหว่างแผน กระบวนการ สารสนเทศ ทรัพยากร คน ปฏิบัติการ ผลลัพธ์ การวิเคราะห์ ของ กระบวนการ/หน่วยงาน เพื่อสนับสนุน เป้าประสงค์ขององค์กร				Integrated	Well integrated
มีความสอดคล้อง/ส่งเสริมกัน (complement) ในตัววัด สารสนเทศ และระบบพัฒนาระหว่างกระบวนการ/ หน่วยงานต่างๆ				Integrated	Well integrated

**Integration จะเน้นที่ score 4
แต่มีส่วนดีจะคะแนนขึ้นไป score 5 ได้
(การตอบโจทย์ความต้องการ ควรไปพิจารณารวมใน Approach)**

Integration = Organization Maturity

Scoring Guideline as a Reflection of Organization Maturity



- กระบวนการ: รับจากใคร ส่งต่อให้ใคร
- หน่วยงาน: ประสานกับใครมากที่สุด
- วิชาชีพ: มีวิชาชีพใดมาร่วม
- ระบบงาน: นำไปเป็น input ของระบบอื่นอย่างไร
- แผนงาน: รับผิดชอบกลยุทธ์ร่วมกับใคร
- หน่วยบริการภายนอก: ส่งต่อผู้ป่วยให้ใคร

HA Scoring Guideline

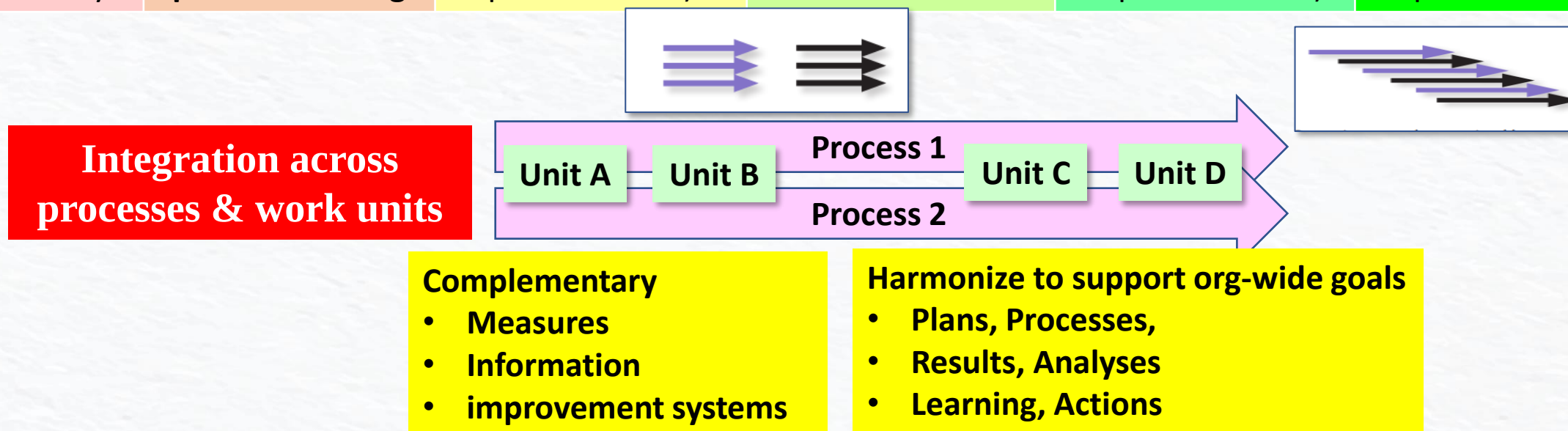
Score	Process	Result
1	เริ่มต้นปฏิบัติ Design & Early Stage of Implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน แต่ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ Partial Implementation	ติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตาม <u>ประเด็นที่สำคัญ</u> Valid measures
3	มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล Effective implementation	วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด Get use of measures
4	มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง Continuous improvement	มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) Good results (better than average)
5	มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี Role model, good practices, Innovation	มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile)



Baldrige Scoring for Integration

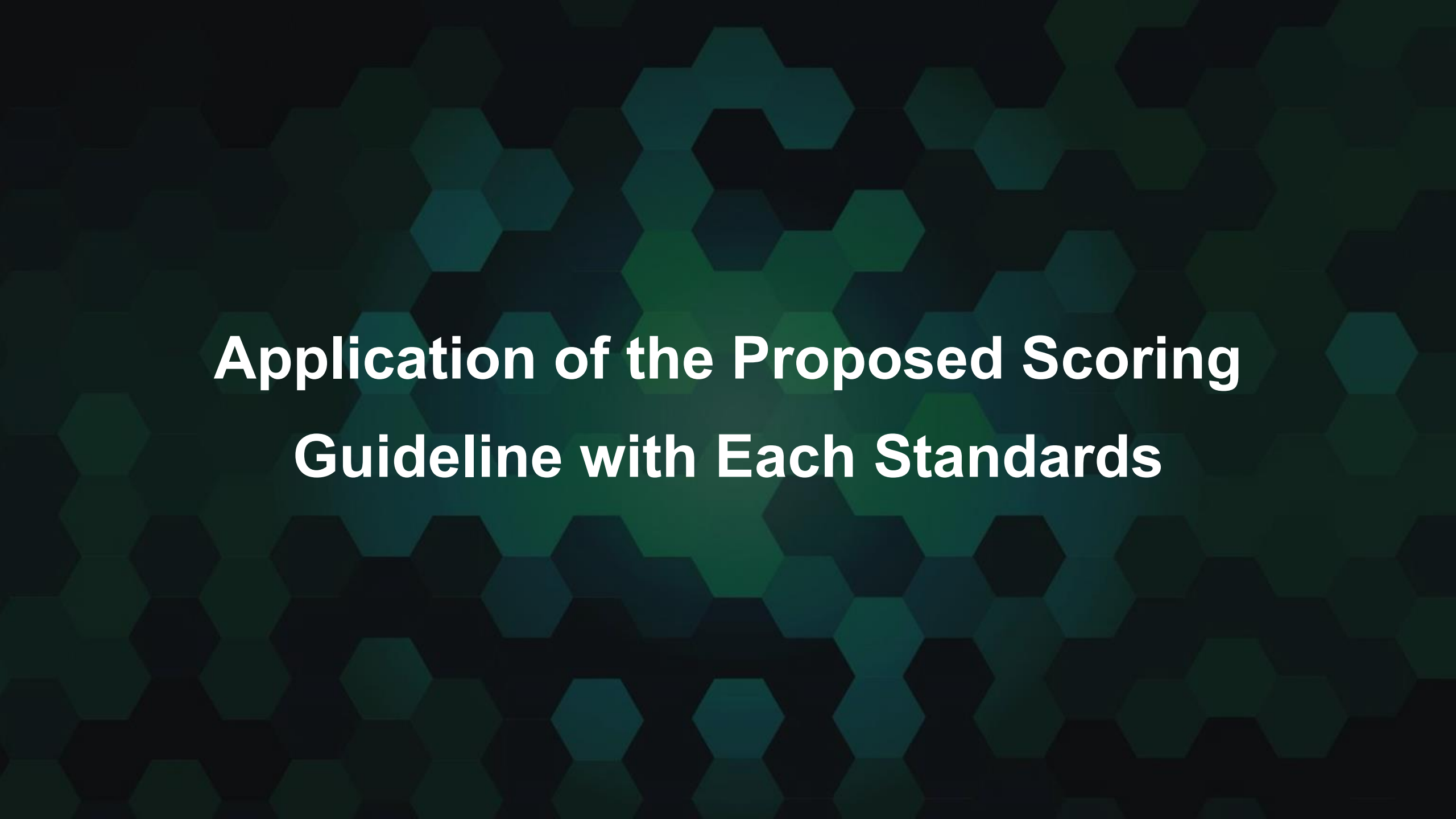


1	2	3	4	5	6
0-5%	10-25%	30-45%	50-65%	70-85%	90-100%
No org. alignment; individual units operate independently	The approach is aligned with other units largely through joint problem solving	The approach is in the early stage of alignment with the org. needs (in OP & process items)	The approach is aligned with the org. needs (in OP & process items)	The approach is integrated with current & future org. needs (in OP & process items)	The approach is well integrated with current & future org. needs (in OP & process items)



Baldrige Scoring for Integration

1	2	3	4	5	6
0-5%	10-25%	30-45%	50-65%	70-85%	90-100%
No org. alignment; Baldrige 2023 operate independently	The approach is aligned with other units largely through joint problem solving	The approach is in the early stage of alignment with the org. needs (in OP & process items)	The approach is aligned with the org. needs (in OP & process items)	The approach is integrated with current & future org. needs (in OP & process items)	The approach is well integrated with current & future org. needs (in OP & process items)
Baldrige 2021		early stage of alignment with the basic org. needs (in OP & process items)	aligned with overall org. needs (in OP & process items)	integrated with current & future org. needs (in OP & other process items)	well integrated with current & future org. needs (in OP & other process items)
Singapore Quality Award					
		Approach is aligned with basic organizational needs identified in other criteria categories	Approach is well integrated with organisational needs identified in other criteria categories	Approach is fully integrated with organisational needs identified in other criteria categories	



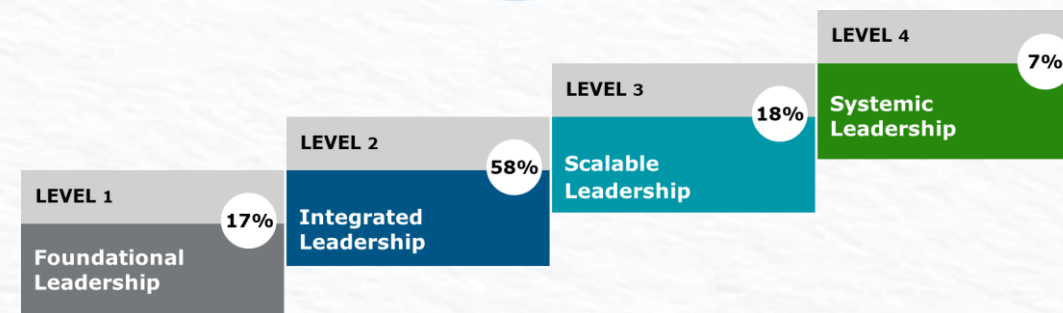
Application of the Proposed Scoring Guideline with Each Standards

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง

+	Score 3	Score 4	Score 5
Context (VMV=vision, mission, values)	basic needs (ความเข้าใจ VMV และการนำไปปฏิบัติ)	overall needs (ความก้าวหน้าของการปฏิบัติตาม VMV)	current & future needs (?)
Criteria (Approach)			
a(1) Guide (VMV)	ชี้นำและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ	ชี้นำและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ	+ เป็นตัวอย่างที่ดี
a(2) Ethic	-	ส่งเสริมการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม	
a(3) Legal	-	มุ่งมั่นต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย	
b Communication	สื่อสารอย่างได้ผลกับบุคลากร	+ สร้างความผูกพันกับบุคลากร	
c(1) Environment for success	สร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อบรรลุพันธกิจ	+ การเรียนรู้ และการพัฒนาผู้นำ	+ ความคล่องตัว นวัตกรรม ความผูกพันกับผู้ป่วย
c(2) Focus on action	ทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจังในการบรรลุพันธกิจและพัฒนาคุณภาพ	+ กลยุทธ์ที่มุ่งเน้น	
c(3) Support Q&S effort	กำหนด priority ในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย & ติดตาม แก้ไข สนับสนุน	+ ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย และการพัฒนาต่อเนื่อง	+ ส่งเสริมวัฒนธรรมคนเป็นศูนย์กลางและการเรียนรู้

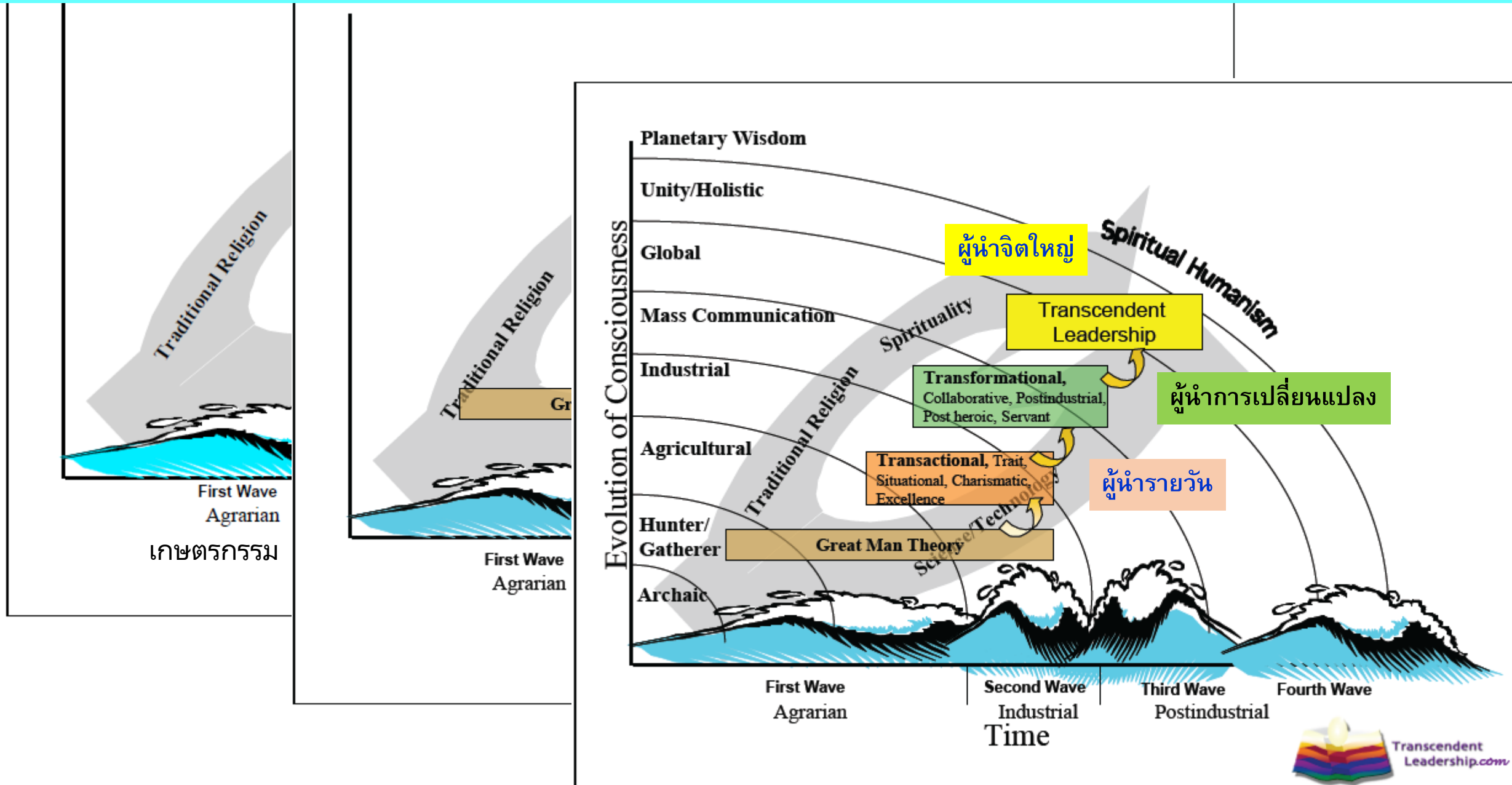
Deloitte Leadership Maturity Model

HA Score 3 สำหรับ Leadership ควรจะอยู่ตรงไหน

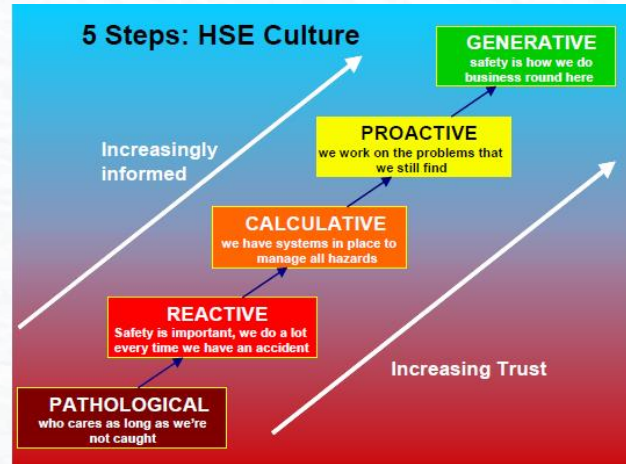


	Level 1 Foundational L	Level 2 Integrated L	Level 3 Scalable L	Level 4 Systemic L
Leadership develop.	Education	+ Experience	+ Exposure	+ Environment
Risk-taking	Risk-intolerance	Risk-adverse	Some risk-taking	Risk-taking encouraged
Knowledge sharing	No	Little	Becomes important	Highly valued & enabled
Leadership model	Lacks	Exists, not comm.	Attempts to comm.	Well communicated
Collaboration with HR	No	Little	Collaborate	Regularly
Structures	Traditional	Half matrix	Increase matrix	Matrix > traditional
L. Pipelines for key position	No	Weak	Existing	Strong

Transcendent Leadership (ผู้นำจิตใหญ่)



Maturity of Safety Culture



Level	Description
A – Pathological	Why do we need to waste our time on patient safety issues?
B – Reactive	We take patient safety seriously and do something when we have an incident.
C – Bureaucratic	We have systems in place to manage patient safety.
D – Proactive	We are always on the alert/thinking about patient safety issues that might emerge.
E – Generative	Managing patient safety is an integral part of everything we do.

A/1 Pathological

ทำไมเราต้องเสียเวลากับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

B/2 Reactive

เราคำนึงถึงเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างจริงจังและทำอะไรบางอย่างเมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้น

C/3 Bureaucratic

เรามีระบบรองรับเพื่อจัดการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

D/4 Proactive

เรามักจะมีความตื่นตัวและคำนึงถึงประเด็นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น

E/5 Generative

การจัดการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่บูรณาการอยู่ในทุกเรื่องที่เราทำ

I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม

+	Score 3	Score 4	Score 5
Context	basic needs	overall needs	current & future needs
Criteria (Approach)			
a(1) Responsible governance	มีระบบกำกับดูแลที่มีความรับผิดชอบ ครอบคลุมองค์ประกอบที่สำคัญ	ครอบคลุมครบทุกองค์ประกอบ	ปฏิบัติตามหลักการกำกับดูแลกิจการที่ดีของบริษัทจดทะเบียน นำไปสู่นวัตกรรมและความยั่งยืน
a(2) leadership improvement	ประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการนำ	+ ผู้นำระดับสูงและระบบกำกับดูแล	ผู้นำใช้แนวคิดที่ก้าวหน้าในการนำองค์กร
a(3) Clinical governance	มีสรุปรายงานเสนอ กก.บริหาร กก.บริหารสมาคมหมวกผู้กำกับดูแล สนับสนุนให้ทำแผนพัฒนาและติดตาม	มีระบบกำกับดูแลทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ โดยคณะ กก.ที่เหมาะสม สนับสนุนให้ทำแผนพัฒนาและติดตาม	บอร์ดขององค์กรกำกับดูแลทั้งด้านธุรกิจและด้านคลินิก
b(1) Legal compliance	ตอบสนองเจตจำนงของกฎหมาย	ปฏิบัติตามกฎหมายได้ครบถ้วน	ปฏิบัติได้ดีกว่าที่ กม.กำหนด
b(2) Ethic behavior	กำหนดแนวปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและติดตามรับรู้	ส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรม	
b(3) Ethical dilemma		มีกลไกรับรู้และจัดการที่เหมาะสม	
c(1) Societal contribution	ทำประโยชน์ให้สังคม		
c(2) Community support			

Level of Organizational Consciousness



I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์

	Score 3	Score 4	Score 5
Context	basic needs (challenges & healthcare needs)	overall needs (CC, advantage, risk, SOpp)	current & future needs (change of env,)
Criteria (Approach)			
a(1) Planning process	Appropriate planning process	+ appropriate input	+ consider need for change & agility
a(2) Data analysis	Analyze challenges & needs	Analyze component (i)(ii)(iii)	Consider all components +advanced analysis
a(3) Innovation		Promote innovation in general	Analyze & select intelligent risk for innovation
a(4) Work system decision	Consider some or the note	Consider most of the note	Consider all ofthe note
b(1) Stra. objective & goals (strengthen its performance)	Limited challenged goals	Moderately challenged goals	Highly challenged goals
b(2) SO & Challenges	SO address challenges	+ use CC, advantage, SOpp	
b(3) Healthcare needs	SO meet healthcare needs	+ health promotion	+healthcare needs in the future

I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

	Score 3	Score 4	Score 5
Context	basic needs (mission, challenges & healthcare needs)	overall needs (CC, advantage, risk, SOpp)	current & future needs (change of env,)
Criteria (Approach)			
(a1) develop action plan	Develop action plan	+ short & longer term	
A(2) implement action plan	Implement Str. Plan	Implement the action plan	+ workforce awareness
A(3) resource allocation		Allocate adequate financial & other resources	+ ensure financial viability
A(4) workforce plan		Workforce plan support SO	
A(5) monitor KPI	Monitor the progress	Set KPI & monitor progress	
B. Action plan review	Ensure SO is achieved	Review, revise, implement	

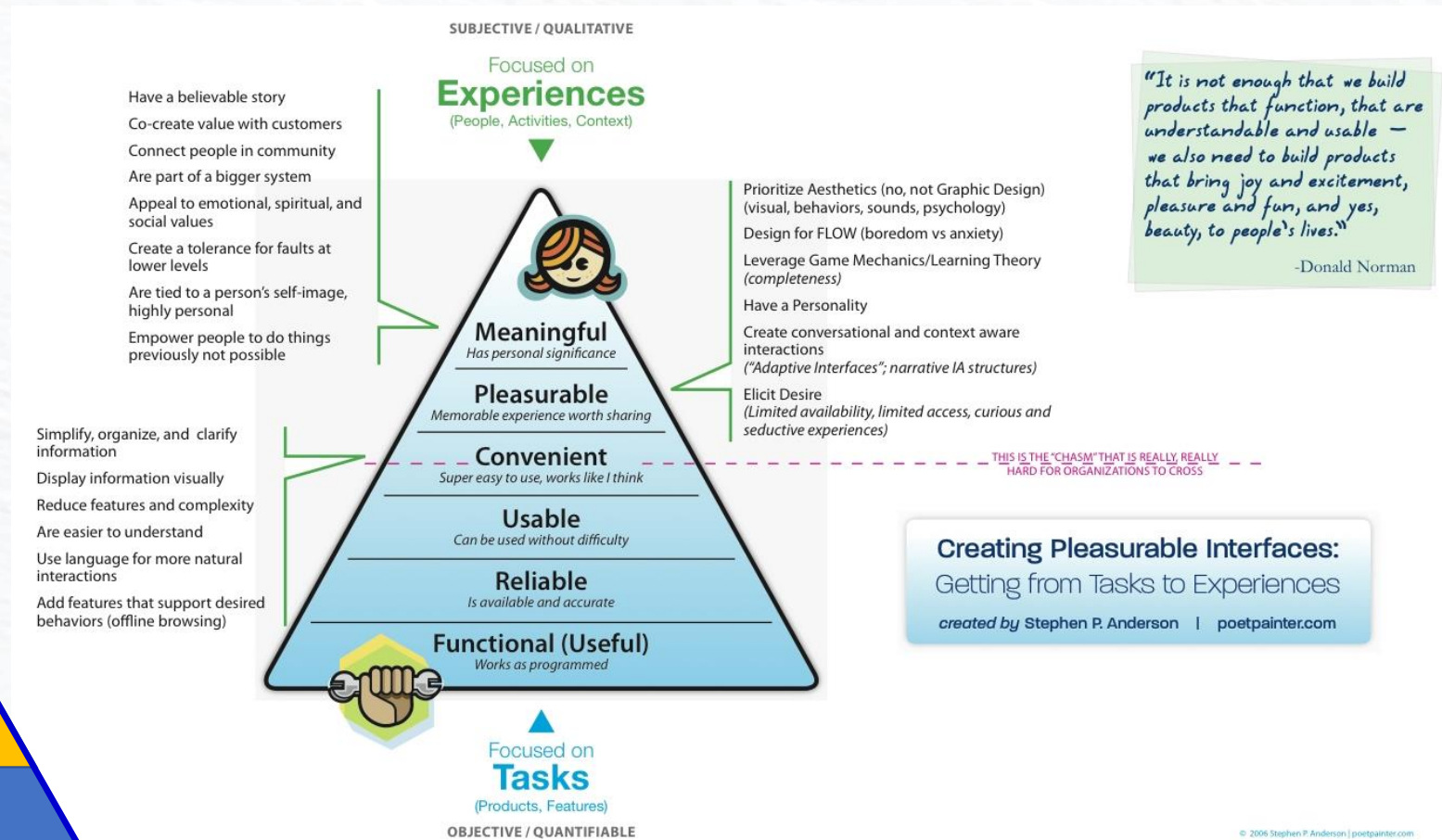
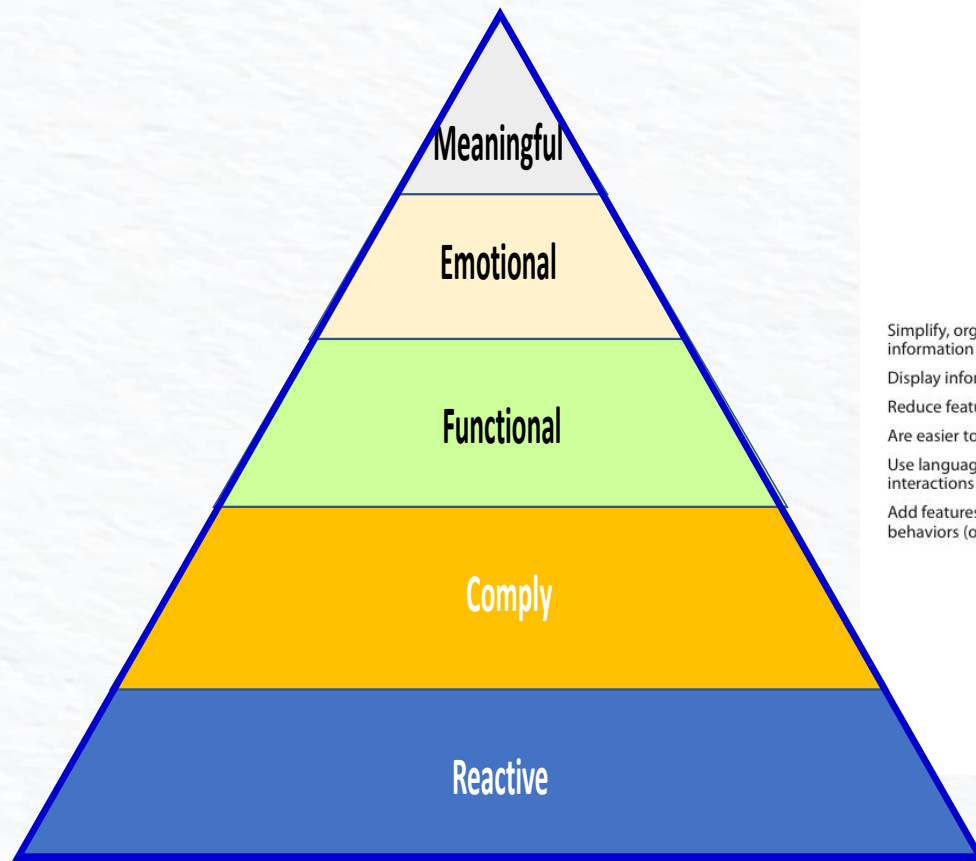
I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

	Score 3	Score 4	Score 5
Context	basic needs (mission, challenges & healthcare needs)	overall needs (CC, advantage, risk, SOpp)	current & future needs (change of env,)
Criteria (Approach)			
(a1) develop action plan	Develop action plan	+ short & longer term	
A(2) implement action plan	Implement Str. Plan	Implement the action plan	+ workforce awareness
A(3) resource allocation		Allocate adequate financial & other resources	+ ensure financial viability
A(4) workforce plan		Workforce plan support SO	
A(5) monitor KPI	Monitor the progress	Set KPI & monitor progress	
B. Action plan review	Ensure SO is achieved	Review, revise, implement	

I—3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

	Score 3	Score 4	Score 5
Context	ความต้องการโดยรวม ตามสาขาบริการ ตามช่องทางการให้บริการ	ความต้องการเฉพาะของกลุ่มผู้รับบริการที่สำคัญ	ความต้องการในอนาคต
Criteria (Approach)			
(a1) customer listening	รับฟัง สังเกต เรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ และนำมาตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวัง	+ รับฟังด้วยวิธีการเชิงรุกและสร้างสรรค์ + ใช้ประโยชน์ในการวางแผนออกแบบ ปรับปรุง ตัดสินใจ	+ สร้างวัฒนธรรมที่เน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง
b(1) key patient & customer	กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ให้ความสำคัญ		
b(2) health service offering	กำหนดลักษณะสำคัญของบริการ สุขภาพครอบคลุมบริการสุขภาพในภาพรวมและตามสาขาการให้บริการ/ช่องทางการให้บริการ	+ ตามความต้องการเฉพาะของกลุ่มผู้รับบริการที่สำคัญ	+ แผนการตอบสนองความต้องการในอนาคต
Evaluation	ประเมินกระบวนการรับฟัง เช่น ความครอบคลุม ความถี่ ความเหมาะสมของวิธีการ	ประเมินคุณภาพของข้อมูล ประเมินการใช้ประโยชน์จากข้อมูล ประเมินการบรรลุผลตามลักษณะสำคัญของบริการ	ประเมินวัฒนธรรมการเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง

Maturity Level of Our Products

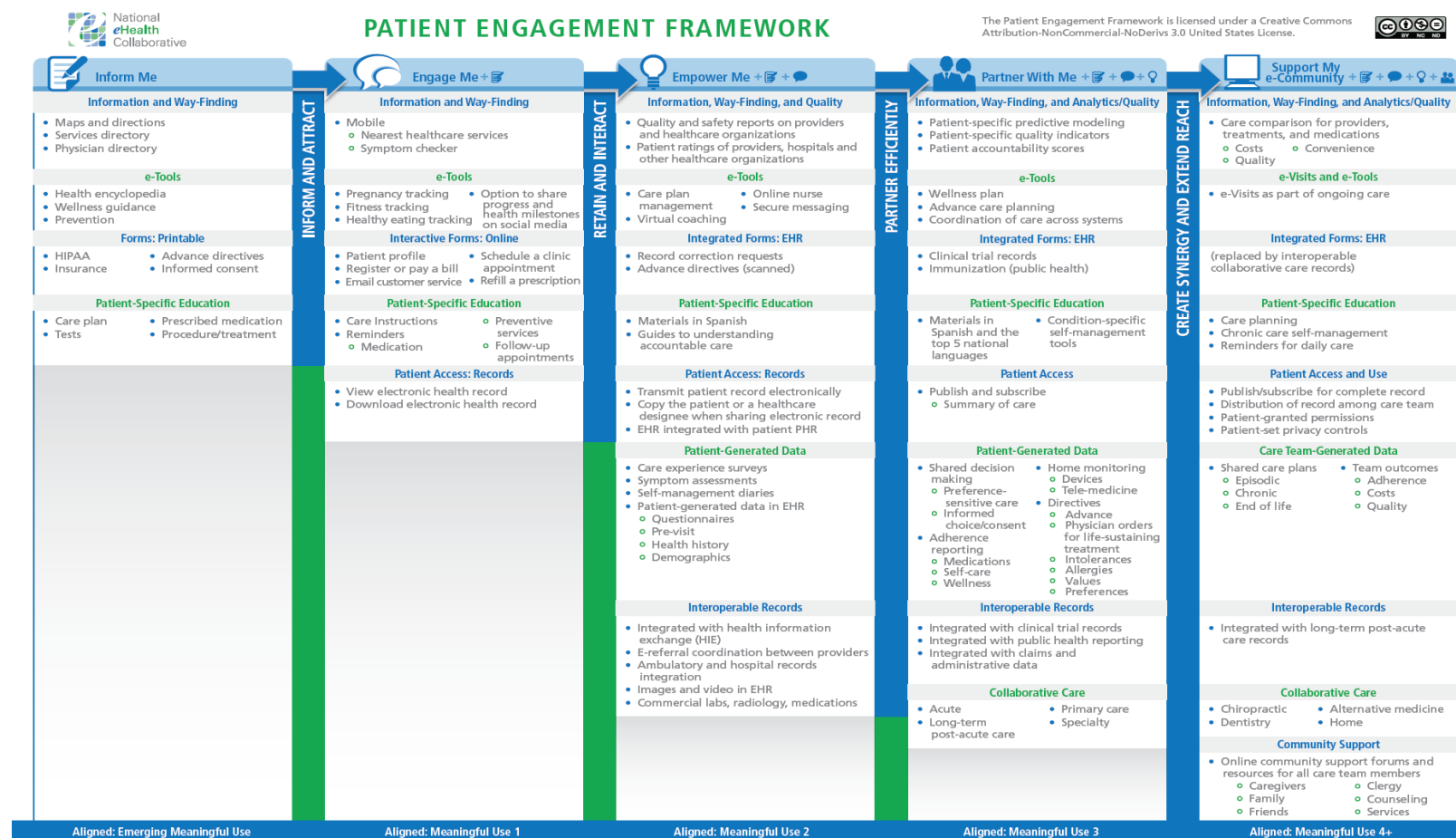


I—3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

	Score 3	Score 4	Score 5
Context	การตอบสนองความต้องการและความคาดหวัง	การสร้างความผูกพันตามความหมายของกิจการทั่วไป	ความผูกพันที่ครอบคลุมการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง
Criteria (Approach)			
a(1) customer relationship	สร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการเพื่อตอบสนองความคาดหวัง	+ เพื่อเพิ่มความผูกพันกับองค์กร, เคารพความชอบส่วนบุคคล	+ เพื่อความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเอง
a(2) information & support	มีช่องทางให้ผู้รับบริการสืบค้นข้อมูลและรับการช่วยเหลือ	+ มีความสะดวกในการเข้าถึงและรับบริการ	+ อำนวยความสะดวกในการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง
a(3) customer complaint	มีระบบรับข้อร้องเรียนและตอบสนอง	+ ตอบสนองข้อร้องเรียนอย่างรวดเร็วและได้ผล + ประมวลและวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร	+ มีการสื่อสารผลการจัดการข้อร้องเรียนแก่สาธารณะ
b(1) customer satisfaction	ประเมินความพึงพอใจของผู้รับผล		
b(2) customer engagement	ประเมินความผูกพันของผู้รับผล		
Evaluation		ประเมินระบบข้อร้องเรียน การใช้ประโยชน์จากการประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน	

1. Inform me
2. Engage me
3. Empower me
4. Partner with me
5. Support my community

US National eHealth Collaborative



การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร

	Score 3	Score 4	Score 5
Context	ตอบสนอง basic needs (พันธกิจ องค์กร เป้าหมายหน่วยงาน/ ระบบงาน/PCT), โรคสำคัญใน พท.	ตอบสนอง overall needs (+challenges & strategic priorities), emerging issues	ตอบสนอง current & future needs
Criteria			
Select & collect	เลือก รวบรวม ข้อมูลเพื่อติดตาม การปฏิบัติงานและ performance	เลือก รวบรวม และใช้ข้อมูลเพื่อ ติดตามการปฏิบัติงานและ performance	รายละเอียดที่เหลือ
Comparative data	-	ใช้ข้อมูลเปรียบเทียบ	
Agility	-	ระบบวัดผลมี agility	+ตอบสนองการเปลี่ยนแปลง
Analysis & review	วิเคราะห์และทบทวน performance	วิเคราะห์และทบทวนเพื่อประเมิน performance & capability	Performance=ความสำเร็จของ องค์กร การบรรลุ stra obj
Prioritization for performance improvement	จัด priority สำหรับการปรับปรุง performance และนำไปปฏิบัติ	จัด priority สำหรับการปรับปรุง performance และนำไปปฏิบัติ	จัด priority สำหรับการปรับปรุง performance และสร้าง innovation และนำไปปฏิบัติ
Promote learning	ใช้ผลการทบทวนเพื่อส่งเสริมการ เรียนรู้-รับรู้ปัญหา ความสำเร็จ/ล้ม เหลว, single loop learning	การเรียนรู้-เข้าใจเหตุปัจจัยและ ความเชื่อมโยง, double loop learning	การเรียนรู้-สร้างความรู้ใหม่ เรียนรู้ วิธีการเรียนรู้, triple loop learning

การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร

	Score 3	Score 4	Score 5
Context	ตอบสนอง basic needs	ตอบสนอง overall needs	ตอบสนอง cur. & future needs
Coverage of unit implemented	Deployed, some areas (15-30%) are in early stage	Well-deployed, may vary in some area	Well-deployed, no significant gap
Criteria			
Cover area of importance	30-50%	50-70%	>70%
Select & collect			
-หน่วยงาน	-ตัววัดตามเป้าหมายของหน่วยงาน (อาจพิจารณา ดุคน ดูไข้ ดูคัม) -ตัววัดที่ใช้กำกับติดตามงานประจำ -ตัววัดตามกลยุทธ์องค์กรที่เกี่ยวข้อง		
-PCT	-ตัววัดของกลุ่มโรคสำคัญ ครอบคลุมมิติ appropriateness, effectiveness, safety	-ตัววัดของกลุ่มโรคสำคัญ ครอบคลุมมิติอื่นๆ เพิ่มเติมตามความเหมาะสม	
-ระบบสนับสนุนการได้ข้อมูล		มีระบบสนับสนุนให้เข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้ง่าย	มีระบบสนับสนุนให้วิเคราะห์ข้อมูลตามที่ต้องการได้

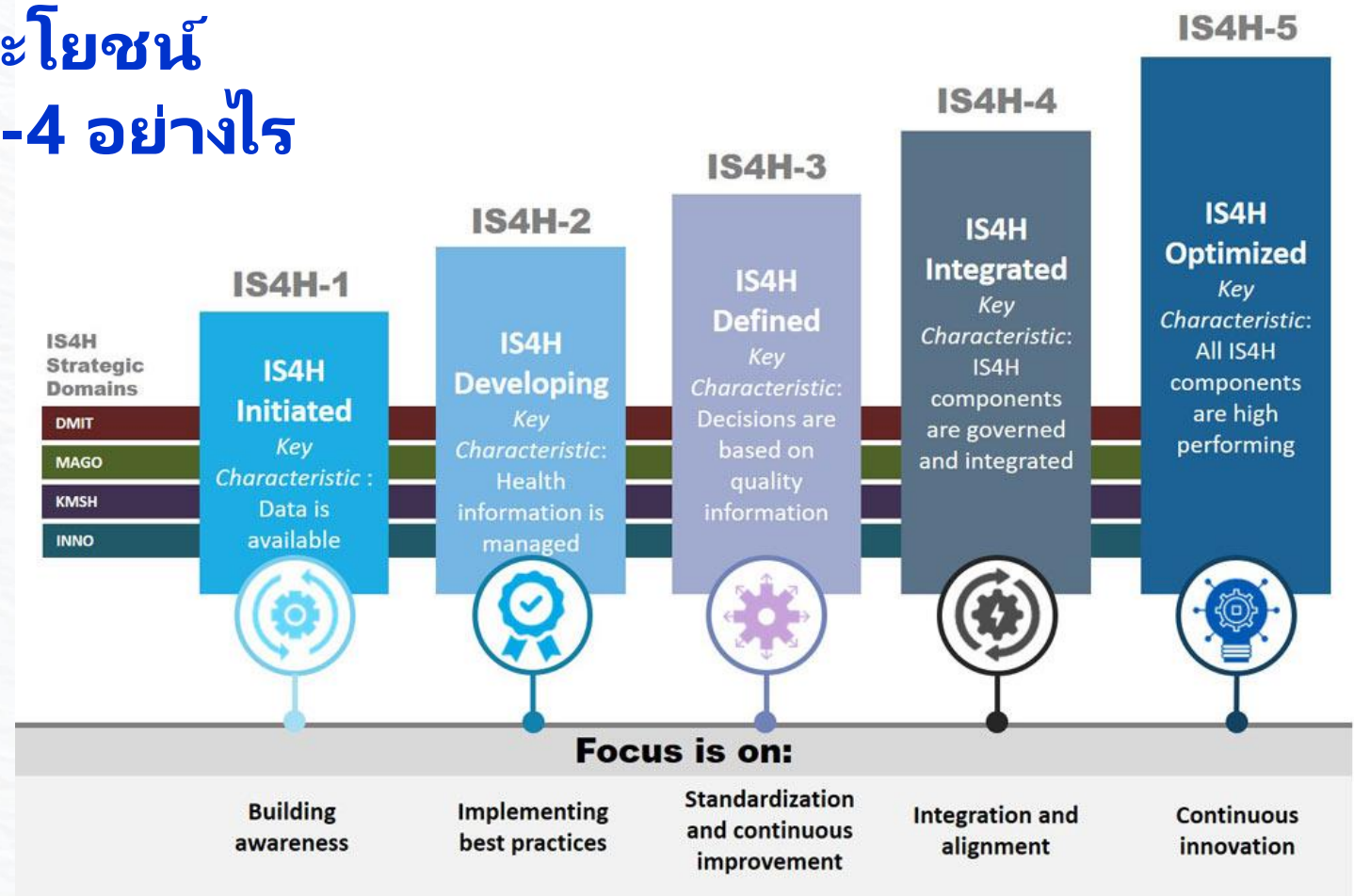
I—4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้

	Score 3	Score 4	Score 5
Context	DIK ที่จำเป็น		
Criteria (Approach)			
a(1) D&I quality	ทำให้มั่นใจคุณภาพของ D&I ที่จำเป็น	มีการทวนสอบให้มั่นใจในคุณภาพที่จำเป็น	มีคุณภาพในทุกด้าน (accuracy, validity, integrity, reliability, current)
a(2) D&I availability	ทำให้มั่นใจว่ามี D&I พร้อมใช้สำหรับบุคลากรและผู้รับผลงาน	+ พร้อมใช้สำหรับผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ	ระบบ IT ใช้งานง่ายและทันต่อเหตุการณ์
b(1) Org. knowledge	สร้างและจัดการความรู้ขององค์กร		
b(2) Knowledge sharing	แลกเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติที่ดี		+ มีการขยายผลวิธีการปฏิบัติที่ดีอย่างเป็นระบบ
a(3) Learning	ปลูกฝังการเรียนรู้ในงานประจำ	ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกในวิธีการปฏิบัติงาน	

Information System for Health (IS4H) Maturity

จะนำแนวทางนี้มาใช้ประโยชน์
ในการพัฒนาและประเมิน I-4 อย่างไร

Data Management and Information Technologies (DMIT)
Management and Governance (MAGO)
Knowledge Management and Sharing (KMSH)
Innovation (INNO)



Information System for Health (IS4H) Maturity

DMIT	1	2	3	4	5
Data sources	Data is not collected, and some data is available from external estimations (international organizations)	Data is sometimes obtained from few sources. Data frequently has limited utility because of quality or disaggregation issues. Data are largely collected using paper-based methods, although a few simple electronic tools like spreadsheets may be used for some data sources routinely collected electronically from all key sources. Some indicators definitions are defined but not easily accessible/shared.	Health data are routinely collected from key data sources. Data is collected electronically using a variety of tools like spreadsheets, databases and electronic client-based information systems. Integration from different sources is often a manual process, and may be constrained by comparability issues.	Health data is derived routinely and timely from all key data sources. The country carries out proactive activities to improve data collection processes. Some data is available in near-real time to support decision-making.	Large data sets integrated from multiple sources are readily available for analysis to support decision making. Data from multiple data source types, including unstructured sources such as social media and various types of devices are used in health analysis. Large data sets integrated from multiple sources are readily available for analysis to support decision-making.

Information System for Health (IS4H) Maturity

DMIT	1	2	3	4	5
Information products	Indicators are not generally produced by the national health authorities. Indicators rely heavily on estimates from international organizations.	Some information products are generated, but not routinely, require intensive work and use of resources. Data is not readily shared across units, with stakeholders or public. Sharing data frequently requires permission from senior levels. Indicators generation largely relies on data from survey's, census, and other ad hoc studies.	A range information product are efficiently and routinely produced from country information systems. Dissemination of information products is typically limited to senior-level decision makers. Information Products	Information products are routinely produced that meet the specific needs of various stakeholders and are routinely distributed to stakeholders at all levels of the health system	Information products are developed from a range of structured and unstructured data sources. Data for decision-making is available in near real time to all stakeholders.
Standards for quality & interoperability	There are few, if any, formal data standards enforced.	Some standards are defined in individual data sources but are not consistent or available across data sources. Standards for interoperability have been identified but not implemented. Standards for Quality and Interoperability	Some standards have been identified for specific data sources, and there are formal plans for adoption.	A national identifier is available for integrating health data from all sources. Standards have formally adopted, and the national health information architecture has been documented.	Information systems for health are interoperable, enabled by a national infrastructure that uses current standards, technologies, and architectures.

Information System for Health (IS4H) Maturity

DMIT	1	2	3	4	5
Data governance	There a few if any best practices for data management implemented. Data management is largely ad hoc. There are no formal mechanisms for decisions about data quality and standards.	Data management best practices are in development, but not fully implemented. Data quality is not routinely monitored. Decision about standards quality and standards are made at the facility/unit/ team level.	Data management processes and best practices are implemented for some facilities/units/ teams. (e.g. data quality frameworks, data standards, policies, SOPs.) Core data sets are readily available. Data are often integrated for analysis across various sources. Some metadata are documented and maintained (indicator compendium, data dictionaries) support by a data governance body within the national health authority.	Formal health data governance mechanisms have been established at the national level with other health data stakeholders. There are processes and plan in place to strengthen alignment of standards, data quality frameworks and data management practices across all stakeholders.	Data management policies, procedures and best practices are consistently applied, resulting in availability of quality data. Formal data governance mechanisms (committees, policies, data quality frameworks, data sharing agreements, etc.) have been established among national health stakeholders and are effectively functioning. Continuous improvement processes established to monitor and invest in data quality.
IT infrastructure	Basic tools and technology (hardware, software, internet connectivity) are not widely available.	Basic Tools are generally available but may be older or not performing well.	There is evidence of interoperability between some health information platforms.	Widely available and interoperable across the public health system.	There is evidence of significant interoperability across health platforms. Integrated national repositories from multiple data sources.

I—5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร

	Score 3	Score 4	Score 5
Context			
Criteria (Approach)			
a(1) Workforce plan		กำหนดความต้องการด้านขีด ความสามารถและอัตรากำลัง	
a(2) New members		สรรหา ว่าจ้าง ดูแลบุคลากรใหม่	
a(3) Workforce change		เตรียมบุคลากรรับการเปลี่ยนแปลง	
a(4) Work accomplishment		จัดการและบริหารเพื่อความสำเร็จ	
b(1) Facilities & equipment			
b(2) WP safety & security			
b(3) Working hours			
c(1) Health & safety prog.			
c(2) Health examination			
c(3) sick or injured WF			
c(4) health promotion			
d(1) Workforce wellbeing			

I—5.2 ความผูกพันของบุคลากร

	Score 3	Score 4	Score 5
Context	ลักษณะของบุคลากร วิสัยทัศน์ พันธกิจ	ปัจจัยขับเคลื่อนความผูกพัน	การจำแนกกลุ่มและประเภท ผลลัพธ์ทางธุรกิจที่สำคัญ ความสามารถในอนาคต
Criteria (Approach)			
a(1) Engagement driver	สร้างความผูกพันกับบุคลากร (ใช้ ปัจจัยพื้นฐาน) รักษาบุคลากร	+รู้ปัจจัยขับเคลื่อนความผูกพัน	+จำแนกตามกลุ่มและประเภท
a(2) Engagement assess.		+ประเมินความผูกพัน	+ใช้วิธีที่หลากหลาย จำเพาะกลุ่ม
a(3) Engagement building		+สร้างความผูกพัน (มีความเฉพาะ สำหรับแต่ละกลุ่ม)	+เห็นผลกระทบต่อผลงานที่ดี
b(1) Organizational culture	สร้างวัฒนธรรมที่ส่งเสริมผลงานที่ดี	+การสื่อสารที่เปิดกว้าง มุ่งเน้น ผลลัพธ์ เสริมพลัง	+ รายละเอียดทุกข้อ
c(1) Performance manage.	ระบบ PMS ส่งเสริมผลงานที่ดี	+ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถ	+ รายละเอียดทุกข้อ
c(2) Learning & develop.	ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา	+ระบบ L&D สนับสนุนความ ต้องการของบุคลากรและองค์กร	+ รายละเอียดทุกข้อ
c(3) Effectiveness of L&D		+ประเมินประสิทธิผลและ ประสิทธิภาพของระบบ L&D	+เชื่อมโยงกับผลกระทบอื่นๆ
c(4) Career development		ความก้าวหน้าในอาชีพการงาน	+สร้างผู้นำในอนาคต

การประเมินและปรับปรุงความผูกพันของบุคลากร

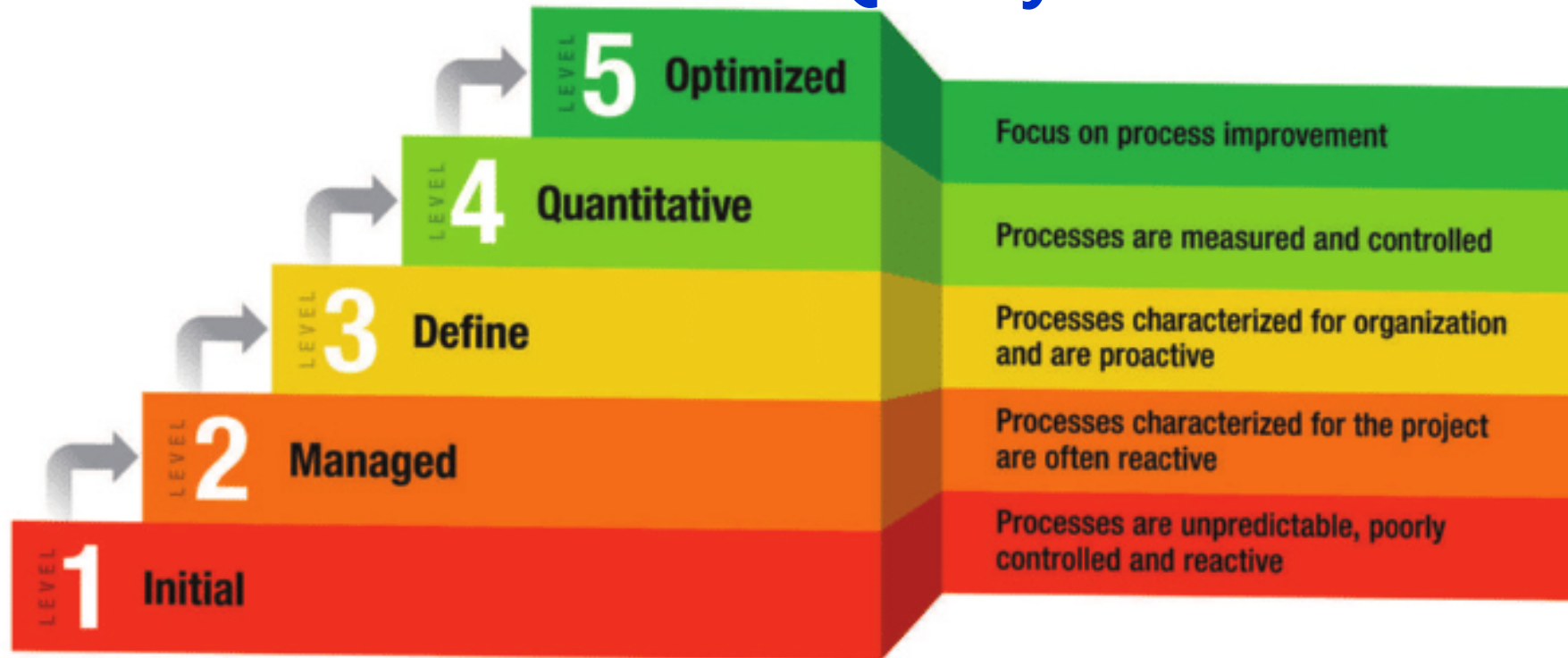


ลักษณะ	คำอธิบาย
1 Rebel	ไม่ออก แต่ไม่ทำงาน ปล่อยพลังออกมา
2 Resentful obedience	ทำตามเพราะความกลัว
3 Indifference compliance	ทำตามระเบียบและคำสั่งของหัวหน้าทุกอย่างโดยไม่คิดมาก
4 Willing cooperation	ร่วมมือด้วยความเต็มใจ
5 Heartfelt commitment willing	ยินดีรับมอบโครงการสำคัญ ตั้งใจทำเต็มที่
6 Creative excitement	มอบสิ่งที่ดีที่สุดให้โดยไม่ต้องรอให้ขอ ไม่ได้ทำเพราะหน้าที่ ไม่เคยรู้สึกถูกเอาเปรียบ

- ประเมินเพื่อปรับปรุง
- ประเมินให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
- ปรับปรุงทั้งแผน
- ยอมรับว่าปัจจัยความผูกพันของแต่ละคนมีความแตกต่าง

Capability Maturity

จะนำ capability maturity มาใช้ประโยชน์
ในการประเมินกระบวนการ (1-6) อย่างไร
หรือประเมิน Quality Process ในภาพรวม



มุ่งเน้นที่การปรับปรุงกระบวนการ

มีการวัดและควบคุมกระบวนการ

กำหนดลักษณะกระบวนการ
สำหรับองค์กร และเป็นเชิงรุก

กำหนดลักษณะกระบวนการ
สำหรับโครงการ มักเป็นเชิงรับ

คาดการณ์และควบคุมไม่ได้ ตั้งรับ

Change Management Maturity

จะนำเรื่อง change management maturity มาใช้ประโยชน์ ในการประเมินการพัฒนาองค์กร (II-1) อย่างไร

Level 5	Organizational Competency	Change management competency is evident in all levels of the organization and is part of the organization's intellectual property and competitive edge	Continuous process improvement in place	Highest profitability and responsiveness
Level 4	Organizational Standards	Organization-wide standards and methods are broadly deployed for managing and leading change	Selection of common approach	
Level 3	Multiple Projects	Comprehensive approach for managing change is being applied in multiple projects	Examples of best practices evident	
Level 2	Isolated Projects	Some elements of change management are being applied in isolated projects	Many different tactics used inconsistently	
Level 1	Ad Hoc or Absent	Little or no change management applied	People-dependent without any formal practices or plans	Highest rate of project failure, turnover and productivity loss

Q&A



