



# SPA & Self Enquiry Part I

คู่มือการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

สำหรับ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ  
ฉบับเฉลิมพระเกียรติถวายเป็นพระราชสมบัติครบ 60 ปี





# SPA & Self Enquiry : I Part I

คู่มือการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

สำหรับ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ  
ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี



## SPA & Self & Enquiry Part I

คู่มือการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาล  
และบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

จัดพิมพ์โดย:

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ชั้น 2 อาคารกรมการแพทย์ 6 กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2589-0023-4 โทรสาร 0-2951-0238

[www.ha.or.th](http://www.ha.or.th)

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: พฤศจิกายน 2552

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

### ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

SPA & Self & Enquiry Part I คู่มือการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ  
สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ  
ฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี.--นนทบุรี: สถาบัน, 2552.

144 หน้า.

1. โรงพยาบาล--มาตรฐาน. 2. โรงพยาบาล--บริการส่งเสริม  
สุขภาพ--มาตรฐาน. I. ชื่อเรื่อง.

362.11

ISBN 978-974-235-589-0

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี หรือที่เรียกว่ามาตรฐาน HA/HPH 2006 จัดทำเสร็จสิ้นเมื่อปี พ.ศ. 2549 มีเนื้อหาหลักในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรโดยรวม

เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาของมาตรฐาน สามารถนำมาตราฐานไปสู่การปฏิบัติได้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จึงได้จัดทำคู่มือฉบับนี้ขึ้น เป็นการขยายความกิจกรรมที่ควรดำเนินการสำหรับมาตรฐานแต่ละข้อ โดยอธิบายให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน และให้แนวทางการประเมินตนเองอย่างกระชับซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลของการปฏิบัติตามมาตรฐาน

จากการทดลองใช้คู่มือฉบับนี้ พบว่าเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่โรงพยาบาลใช้ประโยชน์ในการพูดคุยทำความเข้าใจ ใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติซึ่งมีการขยายขอบเขตไปเกินกว่าที่อธิบายไว้ และยังใช้เป็นแนวทางพิจารณาในการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐานอีกด้วย

สรพ.หวังว่าความเข้าใจและการนำมาตราฐานไปสู่การปฏิบัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น รวมทั้งจะมีข้อมูลเชิงปฏิบัติต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย และป้อนกลับมาที่ สรพ.เพื่อให้คู่มือฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ตุลาคม 2552



คำนำ		iii
แนวคิด		1
SPA I-1.1	การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)	4
Self Enquiry I-1.1	การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)	11
SPA I-1.2	การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)	14
Self Enquiry I-1.2	การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)	19
SPA I-2.1	การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1)	22
Self Enquiry I-2.1	การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1)	28
SPA I-2.2	การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2)	31
Self Enquiry I-2.2	การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2)	36
SPA I-3.1	ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF.1)	38
Self Enquiry I-3.1	ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF.1)	43
SPA I-3.2	ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (PCF.2)	45
Self Enquiry I-3.2	ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (PCF.2)	52
SPA I-3.3	สิทธิผู้ป่วย (PCF.3)	54
Self Enquiry I-3.3	สิทธิผู้ป่วย (PCF.3)	61
SPA I-4.1	การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1)	64
Self Enquiry I-4.1	การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1)	70
SPA I-4.2	การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (MAK.2)	72
Self Enquiry I-4.2	การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (MAK.2)	77
SPA I-5.1	ความผูกพันของบุคลากร (HRF.1)	78
Self Enquiry I-5.1	ความผูกพันของบุคลากร (HRF.1)	90
SPA & Self & Enquiry Part I		v

SPA I-5.2	สภาพแวดล้อมของบุคลากร (HRF.2)	91
Self Enquiry I-5.2	สภาพแวดล้อมของบุคลากร (HRF.2)	100
SPA I-6.1	การออกแบบระบบงาน	101
SPA I-6.2	การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน	108
Self Enquiry I-6.	การจัดการกระบวนการ	112
ภาคผนวก ก.	Hospital Survey on Patient Safety Culture	114
ภาคผนวก ข.1	Are We Making Progress as Leader?	120
ภาคผนวก ข.2	Are We Making Progress? (แบบสอบถามสำหรับบุคลากร)	124



## SPA (Standards – Practice – Assessment)

จาก SA (self assessment) สู่ SPA มีอักขระที่เพิ่มขึ้นคือ “P” “P” คือ practice คือการเน้นความสำคัญของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มาตรฐานนั้นจึงจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กร

การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้ง่าย ๆ โดยใช้วิธีการ “คุยกันเล่น – เห็นของจริง – อิงการวิจัย”

มาตรฐาน HA ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปีนี้ มีกรอบข้อกำหนดและค่านิยมหลักที่ประยุกต์มาจากเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA/MBNQA) เป็นมาตรฐานที่เน้นกระบวนการและผลลัพธ์ รวมทั้งเน้นการนำมาตรฐานไปใช้อย่างเชื่อมโยงกันด้วยมุมมองเชิงระบบ

ในส่วน P – Practice ของ SPA สรพ.ได้จัดทำเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลในการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ ระบุถึงแนวคิดสำคัญที่ทีมงานควรศึกษาให้เข้าใจ ขั้นตอนในการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ การประเมินผลหรือเรียนรู้ที่ควรเกิดขึ้น ลงท้ายด้วยประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

การจะตอบแบบประเมินตนเองได้จึงต้องนำมาตรฐานไปปฏิบัติแล้ว ระยะเวลาหนึ่ง

เพื่อให้ง่ายขึ้นในการปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาล พรพ.ได้จัดทำ SPA โดยมีแนวคิดดังนี้

- เน้นการมีกิจกรรมหรือกระบวนการพื้นฐานและการใช้ประโยชน์ในขั้นต้น
- เรียนรู้จากการใช้ประโยชน์กิจกรรมหรือกระบวนการเหล่านั้น เพื่อ

- นำไปสู่การปรับปรุงกิจกรรมหรือกระบวนการให้เป็นระบบยิ่งขึ้น
- กระบวนการที่เป็นระบบ (systematic approach) คือกระบวนการที่กำหนดขั้นตอน ผู้รับผิดชอบ และรอบเวลาดำเนินการที่ชัดเจน ทำให้สามารถทำซ้ำได้เหมือนเดิม มีการวัดและประเมินผลอย่างเหมาะสม เพื่อปรับปรุงกระบวนการนั้นให้ได้ผลดียิ่งขึ้น (ควรแยกแยะให้ชัดเจนระหว่างการปรับปรุงกระบวนการด้านการจัดการภายในองค์กร กับกระบวนการด้านการให้บริการ)
  - สิ่งที่เราควรเป็นแนวทางในการดำเนินการในเอกสารชุดนี้เป็นข้อเสนอให้ผู้นำและทีมงานของ รพ.พิจารณาเท่านั้น ควรเลือกดำเนินการเฉพาะเท่าที่จะเป็นประโยชน์และเหมาะสมกับบริบทของ รพ. แต่อย่างน้อยควรนำมาสู่ข้อมูลที่จะตอบในประเด็นสำคัญที่ระบุไว้ได้
  - จุดเน้นในการตอบแบบประเมินตนเอง คือบทเรียนและผลลัพธ์ของการนำมาตราฐานไปปฏิบัติ ซึ่งบทเรียนนั้นควรผ่านการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญร่วมกันในทีมงานที่เกี่ยวข้อง นั่นคือการเน้นในส่วน of context และ study หรือ learning ในวงล้อ PDSA โดยไม่ต้องบรรยายวิธีการหรือหลักคิด เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระในการจัดทำเอกสาร

---

## การตามรอย

---

สรพ. ได้จัดทำแนวทางเพื่อช่วยให้โรงพยาบาลได้ “เห็นของจริง” ว่ามีการนำมาตราฐานไปใช้ประโยชน์ได้เพียงใด โดยในขั้นแรกตั้งใจที่จะให้เป็นคู่มือสำหรับการเยี่ยมสำรวจภายใน (internal survey) แต่พบว่าการเยี่ยมสำรวจภายในของหลายโรงพยาบาลมีบรรยากาศที่ค่อนข้างจะเครียดและเน้นไปในทางการตรวจสอบมากกว่าการสร้างกระบวนการเรียนรู้ จึงนำเสนอแนวคิดเรื่องของการทำ self enquiry หรือการสืบค้นตนเอง และเพื่อมิให้มีชื่อเรียกที่เกิดความสับสนมากเกินไป จึงขอใช้ชื่อเรียกรวมๆ สำหรับกิจกรรมลักษณะนี้ว่า “การตามรอย” เป็นการตามรอยที่มุ่งเน้นรับรู้การปฏิบัติและการถอดบทเรียนเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

Enquiry มีความหมายในเชิงของการค้นหาความจริง การเจาะลึก การทำความเข้าใจกับสถานการณ์ อาจจะมีการไล่ถวิลไปทางการวิจัย

คำถามที่อยู่ในแนวทางฉบับนี้มีเป้าหมายเพื่อต้องการกระตุ้นให้เกิดการถอดบทเรียนจากงานที่ทีมงานของโรงพยาบาลได้ทำลงไป การร่วมกันตอบคำถามควรมีลักษณะของการสนทนามากกว่ามุ่งทำเอกสาร การตอบควรรีกรูปธรรมที่แท้จริง ๆ เพื่อจะได้สามารถเจาะลึกต่อจากเรื่องดังกล่าวได้ ไม่ควรตอบตามหลักการซึ่งไม่เกิดประโยชน์

บทเรียนที่เกิดขึ้นอาจมีได้หลายลักษณะ เช่น

- ความเข้าใจ
  - ▶ ไม่เข้าใจความหมายของมาตรฐานหรือเรื่องราวนั้นๆ
  - ▶ ไม่เข้าใจเป้าหมาย คุณค่า หรือประโยชน์ของสิ่งที่ทำอยู่
- ความก้าวหน้าของการดำเนินการ
  - ▶ ไม่สามารถนำแนวคิดและเครื่องมือมาสู่การปฏิบัติได้
  - ▶ มีการนำแนวคิดและเครื่องมือมาปฏิบัติ แต่ยังไม่ครอบคลุม ไม่ครบถ้วน ไม่ตรงประเด็น ดิดูรูปแบบ
  - ▶ มีการปฏิบัติแล้วแต่ยังไม่ได้มีการประเมินผลว่าสิ่งที่ทำนั้นเกิดประโยชน์เพียงใด บรรลุเป้าหมายหรือไม่
  - ▶ มีการปฏิบัติและมีการประเมินผล
  - ▶ มีการปฏิบัติ การประเมินผล และนำผลการประเมินมาปรับปรุง
- บทเรียนเกี่ยวกับเนื้องาน
  - ▶ ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน และการใช้ความคิดสร้างสรรค์ เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว
  - ▶ สิ่งที่เป็นความสำเร็จ และสิ่งที่ยังต้องดำเนินการต่อ
- บทเรียนและคุณค่าทั่วไป
  - ▶ หลักคิดสำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ
  - ▶ ความรู้สึกของผู้เกี่ยวข้อง

คำถามที่จัดทำขึ้นสำหรับการตามรอยและการถอดบทเรียนนี้ เป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการสนทนา เมื่อนำเรื่องเล่ามาเล่าสู่กันฟัง จะเห็นประเด็นที่ยากพูดคุยกันต่อเนื่อง ถ้าเป็นไปได้ ควรเชื่อมโยงเรื่องเล่าเข้ากับ core values ของกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

สรพ.หวังว่าแนวทางฉบับนี้จะช่วยให้ รพ.ต่างๆ ได้เข้าถึงหัวใจของมาตรฐาน HA ใช้ประโยชน์จากมาตรฐาน HA ได้อย่างเต็มศักยภาพ บรรลุเป้าหมายที่ รพ.กำหนดไว้ในรวดเร็วยิ่งขึ้น

### SPA I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)

ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ.

#### ก. วิสัยทัศน์และค่านิยม

(1) ผู้นำระดับสูงกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม. ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม ผ่านระบบการนำ ไปยังบุคลากรทุกคนและคู่พันธมิตรสำคัญ เพื่อนำไปปฏิบัติ. การปฏิบัติตนของผู้นำระดับสูงสะท้อนถึงความมุ่งมั่นต่อค่านิยมขององค์กร.

#### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทบทวนพันธกิจ วิสัยทัศน์ ขององค์กร ตรวจสอบให้มั่นใจว่าวิสัยทัศน์นั้นจับใจ จำได้ ทำได้ เร้าใจ จุด ประกาย มีความหมายต่อทุกคน
- ผู้นำระดับสูงเทียบเคียงและเชื่อมโยงค่านิยมขององค์กรกับค่านิยมของ HA/HPH และนำไปใช้ประโยชน์
  - ▶ ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ชยันทบทวน
  - ▶ เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่างยึดติด
  - ▶ ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้ (ขยายความเป็น 18 ข้อ)
- ผู้นำระดับสูงมอบให้มีการจัดทำตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของการปฏิบัติตามค่านิยมเพื่อสื่อสารในองค์กร
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ถ่ายทอดวิสัยทัศน์และค่านิยมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนำไปปฏิบัติ โดยเชื่อมโยงกับ

บทบาทหน้าที่ของแต่ละคน

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันพิจารณาว่าจะนำค่านิยมขององค์กรและค่านิยมของ HA/HPH ไปปฏิบัติให้เห็นเป็นตัวอย่างได้อย่างไร
- ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความมุ่งมั่นของบุคลากรที่จะนำวิสัยทัศน์และค่านิยมมาสู่การปฏิบัติเพื่อผลการดำเนินงานที่ดีขององค์กร

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การเทียบเคียงค่านิยมขององค์กรกับค่านิยมของ HA/HPH
- ตัวอย่างรูปธรรมของการปฏิบัติตามค่านิยมที่ใช้สื่อสารในองค์กร
- ตัวอย่างผลการดำเนินงานที่เป็นผลมาจากวิสัยทัศน์ ทั้งในระดับบริหารและระดับปฏิบัติ
- ผลการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความมุ่งมั่นของบุคลากรในการนำวิสัยทัศน์และค่านิยมมาสู่การปฏิบัติ

- (2) ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมขององค์กรที่ส่งเสริม กำหนด และส่งผลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรมที่ดี. (นำไปประเมินรวมในหัวข้อ 1.2)
- (3) ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลงาน, การบรรลุพันธกิจและวัตถุประสงค์ขององค์กร, การสร้างนวัตกรรม, ความคล่องตัวขององค์กร, การเรียนรู้ในระดับองค์กรและบุคลากร, สัมพันธภาพในการทำงานที่ดี, ความร่วมมือและการประสานบริการ.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลงานหรือการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น (1) การกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ และลำดับความสำคัญในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย (priority หรือเข็มมุ่งในแต่ละช่วงเวลา) (2) การสร้างหลักประกันว่าบริการที่จัดให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ (3) การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพด้วยการฝึกอบรมและให้โอกาส, การให้แนวทางและความช่วยเหลือ, การจัดอุปสรรคในการพัฒนา,

การสร้างแรงจูงใจและให้รางวัล, การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น, การปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพ การจัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (4) และติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย (5) การส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการ มุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้

- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบรรลุ พันธกิจและวัตถุประสงค์ขององค์กร เช่น การกำหนดความคาดหวัง ที่ชัดเจน, การติดตามความก้าวหน้า, การให้ความช่วยเหลือใน ประเด็นที่เป็นความท้าทายมาก ๆ
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้าง นวัตกรรม เช่น การมีระบบข้อเสนอแนะ, การฝึกอบรมความคิดสร้าง สรรค์, การส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมเชิงระบบ, การส่งเสริมให้แสวง หาและนำแนวคิดใหม่ๆ มาทดลองใช้
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความ คล่องตัวขององค์กร เช่น การปรับเปลี่ยนข้อบังคับหรือแนวทางปฏิบัติ เมื่อจำเป็น การให้อำนาจแก่ผู้บริหารระดับต้นในการตัดสินใจเพื่อ ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การทำให้ระบบงานต่างๆ มีความยืดหยุ่นมากขึ้น
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียน รู้ในระดับองค์กรและบุคลากร เช่น การจัดให้มีแหล่งข้อมูลเพื่อการ เรียนรู้ที่เข้าถึงได้ง่ายรวมทั้งการเรียนรู้ผ่านระบบ internet, การส่งเสริมให้มีทักษะในการตั้งคำถามเพื่อแสวงหาความรู้ในงานประจำ, การส่งเสริมให้มีการรวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการเพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้ (Community of Practice), การนำผลงานด้านการพัฒนา คุณภาพ การวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล มาใช้เรียนรู้เพื่อการตัดสินใจ ในระดับองค์กร
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ สัมพันธภาพในการทำงานที่ดี
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความร่วม มือและการประสานบริการ เช่น การจัดโครงสร้างการทำงานใน ลักษณะสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนระบบบริการเฉพาะโรคที่มีการ

ประสานในทุกขั้นตอนและทุกจุดบริการ การเข้าร่วมแก้ไขปัญหามีความอ่อนไหว (sensitive) ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างหน่วยงาน

- ประเมินบรรยากาศด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านการรับรู้ของบุคลากร และผลงานที่เกิดขึ้น และนำไปใช้วางแผนพัฒนาต่อเนือง

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- วิธีการใหม่ๆ หรือนวัตกรรมที่นำมาใช้ในการสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศ
- ผลการประเมินบรรยากาศในด้านต่าง ๆ ข้างต้น และแผนพัฒนาที่เกิดขึ้น

(4) ผู้นำระดับสูงสร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดเรื่องความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเป็นวัตถุประสงค์สำคัญในแผนกลยุทธ์
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการนำ Patient Safety Goals : SIMPLE มาศึกษา ปฏิบัติ และติดตาม ตามความเหมาะสม (ปฏิบัติให้มากที่สุด เลือกติดตามเท่าที่จำเป็น อาจจะใช้แนวคิดร่วมด้วยชวยกัน One Staff One Issue แจกประเด็นความปลอดภัยให้บุคลากรที่อาสาสมัครไปติดตามการปฏิบัติในแต่ละประเด็น แล้วนำมารายงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ)
- ผู้นำทุกระดับสร้างความมั่นใจในระบบรายงานอุบัติการณ์ว่าจะไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้รายงาน ทั้งด้วยการกำหนดนโยบาย การทำความเข้าใจ และการปฏิบัติ
- ผู้นำระดับสูงจัดให้มี Patient Safety Leadership Walkround เพื่อสื่อสารทิศทางและค่านิยมในเรื่องความปลอดภัย รับทราบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากเจ้าหน้าที่
- ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้นำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาวิเคราะห์ (ทำ RCA ด้วยวิธีการที่เหมาะสม) และปรับปรุงระบบที่มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น (ใช้แนวคิด Human Factors Engineering)

- ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้ใช้การพูดคุยกันบ่อยๆ อย่างสั้นๆ ในทุกโอกาส เพื่อเพิ่มความตระหนักในเรื่องความเสี่ยง เช่น Morning Brief, Safety Brief, การทบทวนข้างเตียง, การส่งต่อระหว่างเวร
- ประเมินปัจจัยและตัวแปรสำคัญที่สะท้อนถึงการมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร เช่น ใช้ Patient Safety Culture Survey ของ AHRQ และนำผลที่ได้มาพิจารณาปรับปรุง

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับปรุงที่เป็นผลจากการทำ Leadership Walkround
- ผลการประเมินระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

#### **ข. การสื่อสารและจุดเน้นขององค์กร**

(1) ผู้นำระดับสูงสื่อสารกับบุคลากร, ให้อำนาจการตัดสินใจ, และจูงใจบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กร. ผู้นำระดับสูงกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารสองทางที่ตรงไปตรงมาทั่วทั้งองค์กร. ผู้นำระดับสูงมีบทบาทเชิงรุกในการให้รางวัลและการยกย่องชมเชย เพื่อหนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน, การมุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ, และการมุ่งเน้นผลงานที่ดี.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนด/ทบทวนวิธีการสื่อสารกับบุคลากรในองค์กร (อาจจัดทำเป็นตารางแสดงถึงวิธีการสื่อสาร เนื้อหาที่สื่อสาร/กลุ่มเป้าหมาย ความถี่) รวมทั้งการสื่อสารไปสู่เครือข่ายที่ไม่เป็นทางการในองค์กร
- ผู้นำระดับสูงพิจารณาส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารสองทางเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษ
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจความมุ่งหมายของการให้อำนาจตัดสินใจ (empowerment) ในเชิงการบริหารจัดการ ว่ามุ่งให้อำนาจและความรับผิดชอบแก่บุคลากรเพื่อตัดสินใจ ณ จุดที่ใกล้ชิดผู้ป่วย / ผู้รับบริการมากที่สุด เพื่อช่วยให้บุคลากรสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย / ผู้รับบริการตั้งแต่เริ่มแรก รวมทั้งปรับ



ปรุ่รงกระบวนกรและผลลัพีขงกรท้งนในควมรบัผดชอขง  
ตน

- ผู้นำระดับสูงกำหนดขอบเขตการให้อำนาจตัดสินใจ (empowerment) แก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ตัวอย่างการตัดสินใจที่ผู้นำต้องการให้เกิดขึ้น รวมทั้งสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินความเข้าใจ (ผลของการสื่อสาร) ความมั่นใจ (ผลของการให้อำนาจตัดสินใจ) ความอยากทำ (ผลของการให้รางวัลและยกย่องชมเชย) ต่อทิศทางและจุดเน้นขององค์กรในด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย การมุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัย การมุ่งเน้นผลงานที่ดี และนำผลการประเมินมาปรับปรุงการสื่อสาร การให้อำนาจตัดสินใจ การให้รางวัลและยกย่องชมเชย

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาพรวมของวิธีการสื่อสารโดยสรุป
- ผลการประเมินประสิทธิผลของการสื่อสาร การให้อำนาจตัดสินใจ การให้รางวัลและยกย่องชมเชย รวมทั้งการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(2) ผู้นำระดับสูงกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติเพื่อปรับปรุงผลงาน การบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์ขององค์กร รวมทั้งระดับความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว. ผู้นำระดับสูงทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อระบุการดำเนินการที่จำเป็น.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินการตามช่วงเวลาที่เหมาะสม วิเคราะห์ความก้าวหน้าในการพัฒนาตามแผนการบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์ขององค์กร นำผลการวิเคราะห์มากำหนดจุดเน้นในการพัฒนา (หรือเข็มมุ่ง-Hoshin) ในแต่ละช่วงเวลา รวมทั้งระดับความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว (การกำหนดระดับความคาดหวังควรพิจารณาคุณค่าต่อผู้รับผลงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ อย่างสมดุล)
- ผู้นำระดับสูงสื่อสารจุดเน้นในการพัฒนาไปยังหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง ให้การสนับสนุนการนำจุดเน้นไปสู่การปฏิบัติ

- ผู้นำระดับสูงติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามจุดเน้น ให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- จุดเน้นของการพัฒนาที่เป็นผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล และระดับความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว
- บทเรียนหรือนวัตกรรมที่ผู้นำใช้กระตุ้นให้นำจุดเน้นไปสู่การปฏิบัติ
- ผลการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามจุดเน้น

---

## Self Enquiry I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)

---

ผู้นำระดับสูงชั้นนำองค์กร สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ.

### การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจ core values เรื่อง visionary leadership
- ศึกษาและทำความเข้าใจ พันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม ของโรงพยาบาล จดจำ key word ที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
- ศึกษาวัตถุประสงค์ที่สำคัญและจุดเน้นในการพัฒนาขององค์กร
- ศึกษานโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และปัญหาความเสี่ยงที่สำคัญของโรงพยาบาล
- ทำความเข้าใจเป้าหมายของการสื่อสาร (เพื่อให้เข้าใจ), ให้อำนาจตัดสินใจ (เพื่อให้มั่นใจ), จูงใจ (เพื่อให้อยากทำ)
- ศึกษาจุดเน้นในการพัฒนาคุณภาพของ รพ.

### กลุ่มเป้าหมาย:

ผู้ปฏิบัติงานและหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ

### ประเด็นคำถาม

การชี้แจงองค์กร

- ใช้ Key word ในพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม ซึ่งอาจจะปรับเป็นข้อ

ความที่เข้าใจง่าย ถ้ามีผู้ที่ถูกสัมภาษณ์ว่าถ้อยคำเหล่านั้นมีความหมายต่อการทำงานของผู้ถูกสัมภาษณ์อย่างไร เช่น ผู้ถูกสัมภาษณ์ถูกคาดหวังให้ทำอะไร ผู้ถูกสัมภาษณ์คิดว่าสิ่งที่ตนทำสอดคล้องกับทิศทางเหล่านั้นอย่างไร หรือมีแผนที่จะทำอะไรเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยพยายามกระตุ้นให้ตอบในสิ่งที่เกี่ยวกับงานในหน้าที่ของผู้ถูกสัมภาษณ์

- ที่มาของความเข้าใจดังกล่าวมาจากการสื่อสารในช่องทางใด จากใคร หรือเห็นการปฏิบัติของใครเป็นตัวอย่างบ้าง
- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์สะท้อนความรู้สึกต่อพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยมของโรงพยาบาลอย่างอิสระ

### การสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ

- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เล่าถึงบรรยากาศในการพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงาน ประเด็นที่นำมาพัฒนาครอบคลุมปัญหาต่างๆ ที่หน่วยงานเผชิญอยู่ครบถ้วนหรือไม่, มีความสอดคล้องกับหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงานเพียงใด, มีความสอดคล้องกับจุดเน้นขององค์กรอย่างไร, มีการสร้างนวัตกรรมในด้านระบบงาน (การออกแบบระบบงานด้วยแนวคิดใหม่ๆ) อย่างไร, การมีส่วนร่วมของทีมงานเป็นอย่างไร, ทีมงานได้ใช้การพัฒนาดังกล่าวในการเรียนรู้ของทีมอย่างไร
- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์วิเคราะห์ว่าบรรยากาศที่เกิดขึ้นนั้น เป็นผลมาจากปัจจัยอะไรบ้าง

### วัฒนธรรมความปลอดภัย

- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์นึกถึงเหตุการณ์ที่เป็นความผิดพลาดหรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาไม่นานมานี้ ทบทวนดูว่าผู้เกี่ยวข้องมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ดังกล่าวอย่างไร ตั้งแต่ผู้ปฏิบัติงาน หัวหน้าหน่วยงาน ผู้ที่รับผิดชอบเรื่องความเสี่ยงของ รพ. และผู้บริหารระดับสูง
- เหตุการณ์ดังกล่าวนำมาสู่การปรับปรุงระบบงานอย่างไร ผู้ถูกสัมภาษณ์เห็นว่าการปรับปรุงดังกล่าวจะสามารถป้องกันปัญหาในลักษณะเดียวกันได้หรือไม่
- ผู้นำได้มาตรวจเยี่ยมและรับทราบปัญหาการปฏิบัติงานที่หน่วยงานบ้างหรือไม่ ถ้ามาได้พูดคุยกันในประเด็นใดบ้าง มีการเปลี่ยนแปลง

อะไรเกิดขึ้นจากการพูดคุยดังกล่าว

### การสื่อสาร

- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทบทวนการสื่อสารที่ได้รับเกี่ยวกับการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน, การมุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัย, การมุ่งเน้นให้เกิดผลงานที่ดียิ่งขึ้น ว่าได้รับข้อมูลอะไรบ้าง จากช่องทางใด มีโอกาสซักถามเพื่อทำความเข้าใจเพียงใด และเห็นประเด็นเกี่ยวข้องกับงานที่ตนรับผิดชอบอย่างไร
- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ระบุว่าได้รับการเสริมพลัง (empower) ให้มีอำนาจตัดสินใจแก้ปัญหาหรือตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอะไรบ้าง ในการตัดสินใจดังกล่าวต้องการข้อมูลหรือสิ่งอื่นใดสนับสนุนบ้าง ได้รับการสนับสนุนอย่างไร
- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เล่าถึงการให้รางวัลและยกย่องชมเชยที่เกิดขึ้นในรอบปีที่ผ่านมา ผู้ถูกสัมภาษณ์มีความรู้สึกอย่างไรต่อวิธีการดังกล่าว

### จุดเห็นขององค์กร

- จากจุดเน้นที่ รพ.กำหนด ผู้ถูกสัมภาษณ์เห็นความเชื่อมโยงกับงานของตนอย่างไร มีการนำจุดเน้นดังกล่าวมาสู่การปฏิบัติอย่างไร ได้รับการสนับสนุนในการนำมาปฏิบัติอย่างไร

---

## SPA I-1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)

---

องค์กรแสดงถึงระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ สร้างความมั่นใจว่ามีการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม และมีส่วนสนับสนุนต่อสุขภาพของชุมชน.

### ก. การกำกับดูแลกิจการ

(1) องค์กรทบทวนและแสดงให้เห็นระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ในด้านความรับผิดชอบต่อการกระทำของผู้บริหาร, ความรับผิดชอบต่อทางการเงิน, ความโปร่งใสในการดำเนินงาน, การตรวจสอบที่เป็นอิสระทั้งภายในและภายนอก, และการพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจระบบการกำกับดูแลกิจการ (governance system) ในบริบทขององค์กร (หมายถึงระบบที่อยู่เหนือคณะผู้บริหาร) เช่น
  - ▶ คณะกรรมการโรงพยาบาลเอกชนหรือองค์กรมหาชนที่มีอำนาจกำกับดูแลผู้บริหารโรงพยาบาล
  - ▶ ส่วนราชการต้นสังกัดของโรงพยาบาล รวมทั้งระบบการนิเทศงานและการติดตามประเมินผลงานของโรงพยาบาลและผู้บริหาร
- ผู้นำระดับสูงทบทวนคุณค่าเพิ่มที่ได้จากการติดตามประเมินผลและข้อเสนอแนะของระบบการกำกับดูแลกิจการ (รวมถึงระบบตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก), ติดตามการนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติ
- ผู้นำระดับสูงวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อขอครหาในเรื่องความไม่โปร่งใส

ในการตัดสินใจของผู้บริหาร และดำเนินการเพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้รับทราบกระบวนการตัดสินใจและความโปร่งใสในการดำเนินงานของผู้บริหาร

- ผู้นำระดับสูง ทบทวนพันธสัญญาและระบบรายงานระหว่างผู้กำกับดูแลกิจการ กับผู้บริหาร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการรับรู้ผลการดำเนินงานสำคัญขององค์กรโดยผู้กำกับดูแลกิจการ และให้ข้อคิดเห็นป้อนกลับต่อผู้บริหาร
- ผู้นำระดับสูง อาจมอบหมายให้มีการสำรวจและรับเสียงสะท้อนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานของผู้บริหาร

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- คุณค่าเพิ่มและการปรับปรุงระบบงานที่เป็นผลจากข้อเสนอแนะของระบบการกำกับดูแลกิจการ (รวมถึงระบบตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก)

(2) องค์กรประเมินผลงานของผู้นำทุกระดับ. ผู้นำระดับสูงใช้ผลการทบทวนเหล่านี้ไปปรับปรุงประสิทธิผลของผู้นำแต่ละคน และประสิทธิผลของระบบการนำ.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูง กำหนด competency ในด้านการบริหารจัดการ (managerial competency) นำมาใช้ในการประเมินและพัฒนาผู้นำระดับต่างๆ
- ผู้นำระดับสูง ทบทวนและปรับปรุงประสิทธิผลของระบบการนำขององค์กร ในประเด็นต่อไปนี้ โดยใช้การทบทวนภายในในกลุ่มผู้นำ และการรับเสียงสะท้อนจากบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
  - ▶ การจัดโครงสร้างองค์กรที่สอดคล้องกับเป้าหมายและหน้าที่
  - ▶ การกำหนดความคาดหวังต่อผลการดำเนินงานและการเน้นย้ำค่านิยม
  - ▶ กลไกการตัดสินใจของผู้นำ การสื่อสารและนำผลการตัดสินใจไป

### สู่การปฏิบัติ

- ▶ การเลือกสรรและพัฒนาผู้นำ / ผู้บริหาร
- ▶ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำในสายงานต่างๆ

## ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการนำที่เป็นผลมาจากการทบทวน
- Managerial competency ที่เป็นปัญหาาร่วมของผู้นำระดับต่างๆ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

### ข. พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม

(1) องค์กรระบุและคาดการณ์ถึงความเสี่ยง / ผลกระทบด้านลบต่อสังคม และความกังวลของสาธารณะ เนื่องจากบริการ / การดำเนินงานขององค์กร. องค์กรมีการเตรียมการเชิงรุกในประเด็นดังกล่าว รวมถึงการใช้กระบวนการที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม. มีการกำหนดกระบวนการ ตัวชี้วัด และเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้มีการปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย รวมทั้งลดความเสี่ยงหรือผลกระทบด้านลบเหล่านั้น.

## กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการวิเคราะห์และคาดการณ์ในประเด็นสำคัญต่อไปนี้
  - ▶ กฎหมายและข้อบังคับที่องค์กรจะต้องปฏิบัติตาม และประเด็นที่ยังเป็นปัญหาขององค์กร
  - ▶ การคาดการณ์ความเสี่ยง ผลกระทบด้านลบต่อสังคม ความกังวลของสาธารณะ อันเนื่องมาจากการดำเนินงานขององค์กร
    - ความกังวลของสาธารณะ ควรครอบคลุมเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย การได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกันตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เป็นอย่างน้อย
  - ▶ โอกาสในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (เช่น นโยบายในเรื่อง recycle, การลดปริมาณขยะ, การประหยัดพลังงาน, นโยบาย green environment)



- ผู้นำระดับสูงกำหนดมาตรการสำคัญเพื่อตอบสนองต่อการวิเคราะห์ดังกล่าว กำหนดเป้าหมาย และวิธีการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (อาจจะใช้วิธีการประเมินเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพหรือร่วมกัน)

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การประเมินผลการบรรลุเป้าหมายในเรื่องการปฏิบัติตามกฎหมาย และข้อบังคับ, ความเสี่ยง ผลกระทบด้านลบ และความกังวลของสาธารณะ, การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

(2) องค์กรส่งเสริมและสร้างความมั่นใจว่าจะมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรมในปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี มีการติดตามกำกับ และดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทำความเข้าใจในหลักจริยธรรมต่อไปนี้

Personal Ethics (Morality)	Professional Ethics
ห่วงใยในความผาสุกของผู้อื่น	เป็นกลาง ใช้เหตุผล (impartiality; objectivity)
เคารพใน autonomy ของผู้อื่น	เปิดเผยข้อเท็จจริง (openness; full disclosure)
ซื่อสัตย์ จริงใจ (trustworthiness & honesty)	รักษาความลับ (confidentiality)
เต็มใจปฏิบัติตามกฎหมาย	Due diligence / duty of care
มีใจเที่ยงธรรม (basic justice; being fair)	ยึดมั่นในความรับผิดชอบของวิชาชีพ
ปฏิเสธที่จะใช้โอกาสเอาเปรียบผู้อื่น	หลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน
เมตตากรุณา (benevolence: doing good)	
ป้องกันอันตราย	

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการวิเคราะห์โอกาสและลักษณะการเกิดปัญหาจริยธรรมในขั้นตอนต่างๆ ของการปฏิบัติงาน ทั้งในด้านคลินิกและด้านอื่นๆ โดยอย่างน้อยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ และระบุเฉพาะประเด็นที่มีโอกาสเป็นปัญหาขององค์กร
  - ▶ การคิดค่าบริการ
  - ▶ การประชาสัมพันธ์

- ▶ จริยธรรมและความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ
- ▶ การตัดสินใจยุติการรักษา
- ▶ การรับไว้/การส่งต่อ
- ▶ การวิจัย
- ▶ การรักษาผู้มีบุตρυาก
- ▶ การปลูกถ่ายอวัยวะ
- ▶ การกระทำโดยมีผลประโยชน์ทับซ้อน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้กำหนดมาตรการป้องกันการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมตามหลักจริยธรรม จัดให้มีระบบติดตามกำกับ และการดำเนินการเมื่อมีการฝ่าฝืน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการนำประเด็นที่ยากลำบากในการตัดสินใจเนื่องจากความไม่ลงตัวระหว่างมุมมองต่างๆ (เช่น การตัดสินใจยุติการรักษา การเลือกช่วยชีวิตคนหนึ่งแต่ต้องสละโอกาสช่วยชีวิตอีกคนหนึ่ง) มาเรียนรู้ร่วมกัน

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ประเด็นจริยธรรมที่องค์กรให้ความสำคัญ มาตรการป้องกันการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม
- บทเรียนจากการทบทวนกรณีที่ยากลำบากในการตัดสินใจ

## Self Enquiry I-1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)

องค์กรแสดงถึงระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ สร้างความมั่นใจว่ามีการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม และมีส่วนสนับสนุนต่อสุขภาพของชุมชน.

### การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจ core values เรื่อง visionary leadership, community/social responsibility, professional ethics
- ทำความเข้าใจความหมายของระบบการกำกับดูแลกิจการ (governance system) ในบริบทของ รพ. (หมายถึงระบบที่อยู่เหนือคณะผู้บริหาร) เช่น
  - ▶ คณะกรรมการโรงพยาบาลเอกชนหรือองค์การมหาชนที่มีอำนาจกำกับดูแลผู้บริหารโรงพยาบาล
  - ▶ ส่วนราชการต้นสังกัดของโรงพยาบาล รวมทั้งระบบการนิเทศงาน และการติดตามประเมินผลงานของโรงพยาบาลและผู้บริหาร
- ศึกษาข้อเสนอแนะจากผู้ตรวจสอบภายในและผู้ตรวจสอบภายนอก
- ทำความเข้าใจความหมายของระบบการนำ
  - ▶ การจัดโครงสร้างองค์กรที่สอดคล้องกับเป้าหมายและหน้าที่
  - ▶ การกำหนดความคาดหวังต่อผลการดำเนินงานและการเน้นย้ำค่านิยม
  - ▶ กลไกการตัดสินใจของผู้นำ การสื่อสารและนำผลการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ

- ▶ การเลือกสรรและพัฒนาผู้นำ / ผู้บริหาร
- ▶ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำในสายงานต่างๆ
- ทำความเข้าใจหลักจริยธรรมต่อไปนี้

Personal Ethics (Morality)	Professional Ethics
ห่วงใยในความผาสุกของผู้อื่น	เป็นกลาง ใช้เหตุผล (impartiality; objectivity)
เคารพใน autonomy ของผู้อื่น	เปิดเผยข้อเท็จจริง (openness; full disclosure)
ซื่อสัตย์ จริงใจ (trustworthiness & honesty)	รักษาความลับ (confidentiality)
เต็มใจปฏิบัติตามกฎหมาย	Due diligence / duty of care
มีใจเที่ยงธรรม (basic justice; being fair)	ยึดมั่นในความรับผิดชอบของวิชาชีพ
ปฏิเสธที่จะใช้อำนาจเอาเปรียบผู้อื่น	หลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน
เมตตาการุณา (benevolence: doing good)	
ป้องกันอันตราย	

- วิเคราะห์ประเด็นปัญหาจริยธรรมที่มีโอกาสเกิดขึ้นในบริบทของ รพ. โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้เป็นจุดเริ่ม
  - ▶ การคิดค่าบริการ, การประชาสัมพันธ์, จริยธรรมและความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ, การตัดสินใจยุติการรักษา, การรับไว้/การส่งต่อ, การวิจัย, การรักษาผู้มีบุตรยาก, การปลูกถ่ายอวัยวะ, การกระทำโดยมีผลประโยชน์ทับซ้อน

### กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์:

ผู้นำและผู้ปฏิบัติงาน

### ประเด็นคำถาม

#### ระบบการตรวจสอบภายในและภายนอก

- ถามผู้รับผิดชอบงานการเงิน งานพัสดุว่า จากข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบภายในและผู้ตรวจสอบภายนอกในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา ทางหน่วยงานได้มีการตอบสนองอย่างไรบ้าง ข้อเสนอแนะและการตอบสนองดังกล่าวทำให้ระบบงานของ รพ. ดีขึ้นอย่างไร

#### ระบบการนำ

- ผู้ถูกสัมภาษณ์มีความเห็นอย่างไรในประเด็นต่อไปนี้

- ▶ การตัดสินใจของผู้นำในเรื่องที่มีความสำคัญ การใช้ความเห็นของผู้เกี่ยวข้องมาประกอบ
- ▶ ความสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้าหน่วยงานที่ต้องมีการประสานงานหรือทำงานร่วมกัน
- ▶ การสื่อสารทิศทางนโยบายผ่านผู้นำระดับต่าง ๆ
- ▶ การทำให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจทิศทางและเป้าหมายของ รพ. ที่ต้องการบรรลุ

#### **ผลกระทบด้านลบ การปฏิบัติตามกฎหมาย การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม**

- หน่วยงานของผู้ถูกสัมภาษณ์มีส่วนร่วมในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าอย่างไร
- จากประเด็นผลกระทบด้านลบและความกังวลของสาธารณะที่ผู้นำให้ความสำคัญ ทางหน่วยงานของผู้ถูกสัมภาษณ์มีการดำเนินงานอย่างไรเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว
- จากประเด็นกฎหมายและข้อบังคับที่ผู้นำให้ความสำคัญ เกี่ยวข้องกับหน่วยงานใดบ้าง ทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินการอย่างไร

#### **การปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรม**

- ขอให้เล่าถึงความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจริยธรรม และแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหา
- ขอให้เล่าถึงประสบการณ์ที่เป็นความยากลำบากในการตัดสินใจเนื่องจากความไม่ลงตัวระหว่างมุมมองต่างๆ (เช่น การตัดสินใจการยุติการรักษา) และบทเรียนที่เกิดขึ้น

### SPA I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1)

องค์กรกำหนดกลยุทธ์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองกับความท้าทายขององค์กร และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

#### ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์

(1) ผู้นำระดับสูง ด้วยความร่วมมือของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ ดำเนินการวางแผนกลยุทธ์ตามขั้นตอนและใช้กรอบเวลาที่เหมาะสม. มีการวิเคราะห์และกำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์และข้อได้เปรียบขององค์กร. มีกระบวนการที่ช่วยให้องค์กรทราบถึงจุดอ่อนหรือจุดด้อยสำคัญที่อาจถูกมองข้าม.

#### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนทำความเข้าใจความหมายต่อไปนี้
  - ▶ ความหมายของ “กลยุทธ์” (strategy) ในเชิงกว้าง อาจเป็นผลมาจากหรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้: การจัดบริการใหม่, รายได้ที่เพิ่มขึ้น, การลงทุน, การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร, ความสัมพันธ์ใหม่ๆ กับบุคลากรหรืออาสาสมัคร, การเป็นศูนย์กลางที่เป็นเลิศ, การเป็นผู้นำในการวิจัย, การเป็นผู้ให้บริการเชิงบูรณาการ, การตอบสนองความต้องการของชุมชนหรือความต้องการด้านสาธารณสุข
  - ▶ การจัดทำกลยุทธ์ (strategy development) หมายถึงแนวทางที่องค์กรใช้เตรียมการสำหรับอนาคต ซึ่งอาจจะใช้วิธีการต่างๆ ในการคาดการณ์ พยากรณ์ ทางเลือก ฉกทศน์ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น นำไปสู่การตัดสินใจและจัดสรร

## ทรัพยากร

- ผู้นำระดับสูงทบทวนกระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลในประเด็นต่อไปนี้
  - ▶ ขั้นตอนและกำหนดเวลาการจัดทำแผน
  - ▶ กรอบเวลาของแผน
  - ▶ ผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผน
  - ▶ ข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการจัดทำแผน
  - ▶ กลยุทธ์ที่ได้ มีผลต่อการตัดสินใจและจัดสรรทรัพยากรอย่างไร
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อสรุปสำคัญในเรื่อง
  - ▶ ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ขององค์กร (โรคและปัญหาสุขภาพ, ความอยู่รอดและความยั่งยืนขององค์กร, ทุนมनुษย์)
  - ▶ ข้อได้เปรียบขององค์กร
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันปรับเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีรับรู้ เพื่อให้ได้รับรู้ในสิ่งที่ไม่เคยรู้มาก่อน จุดที่เรามองไม่เห็นด้วยตัวเราเอง (potential blind spot) ซึ่งอาจจะเป็นทั้งศักยภาพ จุดอ่อน หรือโอกาสและสิ่งคุกคาม (SWOT) ก็ได้ โดยอาศัยวิธีการต่อไปนี้
  - ▶ การรับฟังจากภายใน ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารทุกคนมีโอกาสเสนอความคิดเห็น ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานสร้างความสัมพันธ์และรับฟังความต้องการของผู้รับผลงานด้วยวิธีการต่างๆ
  - ▶ การรับฟังหรือแสวงหาจากภายนอก ตรวจสอบสิ่งแวดล้อมภายนอก มองไปนอกองค์กร มองไปที่กิจการอื่น มองไปที่พื้นที่อื่น แลกเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศกับองค์กรอื่น นำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาพิจารณาอย่างสม่ำเสมอ และมีการตัดสินใจที่เหมาะสม
  - ▶ ทำทายสมาชิกลงในทีมให้มองผ่านสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนและลงใช้จินตนาการ พิจารณาว่าจุดแข็งขององค์กรจะเป็นจุดอ่อนได้อย่างไร และจุดอ่อนขององค์กรจะเป็นจุดแข็งได้อย่างไร
  - ▶ ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างที่เราไม่คาดฝันมาก่อนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา และใช้คำถามต่อไปนี้
    - วันนี้เราเรียนรู้อะไร ที่เราไม่เคยรู้มาก่อนเมื่อ 5 ปีที่แล้ว
    - คนอื่นมีการเตรียมตัวอย่างไร ในสิ่งที่เราไม่ได้เตรียมตัวไว้ก่อน

- มีความผิดพลาดหรือการเสียโอกาสอะไรที่ดูเหมือนจะเกิดขึ้นได้อีก
  - วัฒนธรรมของเรามีข้อจำกัดอะไร
  - ประเด็นอะไรที่เป็นเรื่องที่น่ามาพูดคุยกันไม่ได้ในองค์กรแห่งนี้
  - แผนกลยุทธ์ซึ่งจัดทำขึ้นเมื่อ 5 ปีที่แล้วมีความเหมาะสมเพียงใด
  - มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างที่เราไม่ได้เตรียมตัวรับมือไว้สำหรับอนาคต (แม้เราจะคิดว่ามีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมากก็ตาม)
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ ดำเนินการวางแผนกลยุทธ์ตามขั้นตอนที่กำหนดไว้และอาศัยข้อมูลที่เหมาะสมมาได้

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับเปลี่ยนกระบวนการจัดทำกลยุทธ์ที่เกิดขึ้น
- สรุปความท้าทายเชิงกลยุทธ์และข้อได้เปรียบขององค์กร
- สรุป potential blind spot หรือสิ่งที่ไม่เคยรับรู้มาก่อน (อาจจะเป็น SWOT ตัวใดหรือหลายตัวก็ได้)

(2) ในกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ มีการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ / ชุมชนที่รับผิดชอบ, จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคามขององค์กร รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆ และความสามารถในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้เพื่อใช้ในการจัดทำกลยุทธ์
  - ▶ ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ / ชุมชนที่รับผิดชอบ
    - ข้อมูลการมารับบริการ
    - ข้อมูลระดับความวิตกกังวลของปัญหาสุขภาพในพื้นที่



- ▶ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคาม ขององค์กร
- ▶ ปัจจัยอื่นๆ ที่จะมีผลต่อความสำเร็จขององค์กร
  - มุมมอง / ความคาดหวังของผู้รับบริการและชุมชน
  - วัฒนธรรม นโยบาย แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัย และการป้องกันความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย
  - สภาพแวดล้อมด้านความร่วมมือ การแข่งขัน และความ สามารถขององค์กรเปรียบเทียบกับองค์กรที่มีลักษณะคล้ายกัน
  - วงรอบชีวิต (life cycle) ของบริการสุขภาพ
  - นวัตกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีที่อาจมีผลต่อการจัดบริการ
  - ความต้องการขององค์กรในด้านบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆ
  - โอกาสที่จะปรับเปลี่ยนการใช้ทรัพยากรไปสู่บริการสุขภาพที่มีความสำคัญสูงกว่า
  - ความเสี่ยงทางการเงิน สังคม จริยธรรม กฎระเบียบข้อบังคับ เทคโนโลยี และความเสี่ยงอื่นๆ
  - ความสามารถในการป้องกันและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน
  - สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปของระบบบริการสุขภาพและเศรษฐกิจ
  - ปัจจัยอื่นๆ ที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับองค์กร
- ▶ ความสามารถในการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ
  - ความสามารถในการระดมทรัพยากรและความรู้ที่จำเป็น
  - ความคล่องตัวขององค์กรในการปฏิบัติตามแผนสำรอง
  - การปรับเปลี่ยนแผนและปฏิบัติตามแผนที่มีการปรับเปลี่ยน

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญ
- SWOT ที่สำคัญ
- ปัจจัยอื่นๆ ที่สำคัญ

## ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

- (1) มีการจัดทำวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญ และกรอบเวลาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เหล่านั้น. (นำเสนอวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญ)
- (2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองต่อความท้าทายที่สำคัญและใช้ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กร, ตอบสนองต่อสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มประชากรที่ให้บริการ และมีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น.
- (3) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งที่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี.

## กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจในความหมายของวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ว่าเป็นความมุ่งหมายที่ชัดเจนขององค์กร เป็นสิ่งที่องค์กรจะต้องบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาว เป็นการกำหนดทิศทางระยะยาวขององค์กร และใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กร วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์จะมุ่งเน้นทั้งภายนอกและภายในองค์กร เกี่ยวข้องกับโอกาสและความท้าทายที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ตลาด บริการ หรือเทคโนโลยี
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนว่าวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่กำหนดขึ้นนั้น
  - ▶ เป็นทิศทางระยะยาวขององค์กร เป็นสิ่งที่องค์กรต้องบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาวหรือไม่
  - ▶ สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กรได้หรือไม่
  - ▶ มีการกำหนดกรอบเวลาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ชัดเจนหรือไม่
  - ▶ มีการตอบสนองต่อความท้าทายที่สำคัญขององค์กรอย่างครบถ้วนหรือไม่
  - ▶ มีการใช้ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กรเพียงใด
  - ▶ ตอบสนองต่อสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มประชากรที่ให้บริการหรือไม่

- ▶ มีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นหรือไม่
- ▶ มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมหรือไม่
- ▶ มุ่งไปที่ประเด็นสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กรหรือไม่ เช่น การเข้าถึงและตำแหน่งที่ตั้ง, การปรับบริการให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย (customization), ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร, การสร้างนวัตกรรมอย่างรวดเร็ว, การบริหารความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้รับบริการอื่นๆ, การใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และเทคโนโลยีสารสนเทศในกระบวนการดูแล, คุณภาพและความปลอดภัย, การสร้างเสริมสุขภาพ, การตอบสนองอย่างรวดเร็ว, การให้บริการในลักษณะบูรณาการ, การให้บริการที่มีต้นทุนต่ำ, การสร้างพันธมิตรและแนวร่วมใหม่ๆ

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตารางสรุปแสดงความสัมพันธ์ของความท้าทายขององค์กร, วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์, กรอบเวลาและเป้าหมายที่ต้องการบรรลุในแต่ละช่วงเวลา (รวมทั้งตัวชี้วัดที่จะใช้ติดตาม)

---

## Self Enquiry I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1)

---

องค์กรกำหนดกลยุทธ์ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองกับความท้าทายขององค์กร และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

### การเตรียมตัวของผู้วิจัย

- ทำความเข้าใจ core values เรื่อง visionary leadership
- ทำความเข้าใจความหมายของกลยุทธ์ (strategy) ในเชิงกว้างว่าเป็นแนวทางที่องค์กรใช้เตรียมการสำหรับอนาคต อาจเป็นผลมาจากหรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้: การจัดบริการใหม่, การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร, การเป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศ, การเป็นผู้ให้บริการเชิงบูรณาการ, การตอบสนองความต้องการของชุมชนหรือความต้องการด้านสาธารณสุข
- ศึกษาความท้าทาย ข้อได้เปรียบ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของรพ.
- ทำความเข้าใจตัวอย่างวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่จะตอบสนองความท้าทายและใช้ข้อได้เปรียบ เช่น การตอบสนอง การสร้างนวัตกรรม การบริหารความสัมพันธ์ บริการในลักษณะบูรณาการ การสร้างพันธมิตรและแนวร่วม คุณภาพและความปลอดภัย

### กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์

- ผู้นำ ผู้รับผิดชอบเรื่องแผน หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ

## ประเด็นคำถามสำหรับผู้รับผิดชอบเรื่องแผนของ SW.

- รพ.กำหนดกรอบเวลาในการจัดทำแผนประจำปีไว้อย่างไร, สามารถปฏิบัติได้ตามกรอบเวลาที่กำหนดไว้หรือไม่
- มีการจัดเตรียมข้อมูลประกอบการทำแผนอย่างไร, ผู้บริหาร บุคลากร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีส่วนในการให้ข้อมูลหรือร่วมในการวางแผนอย่างไร
- มีการนำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม นโยบายของรัฐบาล แผนพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข และแผนของจังหวัด มาใช้ในการจัดทำแผนกลยุทธ์ของ รพ.อย่างไร
- มีบทเรียนจากการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ในช่วงการวางแผนกลยุทธ์อย่างไร อะไรคือข้อมูลสำคัญที่มีส่วนต่อการกำหนดกลยุทธ์ใหม่ๆ
- มีกระบวนการอย่างไรที่ทำให้มั่นใจว่าสามารถวิเคราะห์ความท้าทายเชิงกลยุทธ์และข้อได้เปรียบขององค์กรได้อย่างครอบคลุม
- วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของ รพ. มีการกำหนดกรอบเวลาที่จะบรรลุไว้อย่างไร กรอบเวลาและระดับที่คาดหวังมีความเหมาะสมหรือเป็นไปได้เพียงใด
- วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ตอบสนองความท้าทายที่สำคัญของ รพ. ได้ครบถ้วนเพียงใด มีการใช้ข้อได้เปรียบเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จของ รพ.อย่างไร
- วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของ รพ.ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของประชากรที่มาใช้บริการอย่างไร

## ประเด็นคำถามสำหรับผู้นำ

- ปัญหาและความท้าทายในอนาคตที่สำคัญยิ่งในมุมมองของผู้นำคืออะไร กลยุทธ์ที่จะตอบสนองปัญหาและความท้าทายดังกล่าวคืออะไร
- อะไรคือจุดอ่อนหรือจุดด้อยสำคัญที่อาจถูกมองข้าม (potential blind spot) และถูกค้นพบในการวางแผนที่ผ่านมา วิธีการหรือกระบวนการที่ช่วยให้พบ potential blind spot ดังกล่าวคืออะไร
- กลยุทธ์ที่จัดทำขึ้นนั้น อะไรบ้างที่เป็นแก้ปัญหในปัจจุบัน อะไรบ้างที่เป็นการเตรียมการสำหรับอนาคต
- กลยุทธ์ที่จัดทำขึ้นนั้น จะตอบสนองความต้องการหรือปัญหาสุขภาพ

- ของประชาชนที่มารับบริการให้ดีขึ้นได้อย่างไร
- อุปสรรคสำคัญที่จะทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามกลยุทธ์ได้ครบถ้วน มีอะไรบ้าง

### ประเด็นคำถามสำหรับหัวหน้าหน่วยงาน

- ผู้ถูกสัมภาษณ์มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำกลยุทธ์อย่างไรบ้าง
- กระบวนการจัดทำกลยุทธ์ ทำให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ใน อนาคตเพิ่มขึ้นอย่างไร

### ประเด็นคำถามสำหรับผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ

- กลยุทธ์สำคัญที่จะทำให้เกิดความเข้มแข็งด้านงานสร้างเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วยคืออะไร

---

## SPA I-2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2)

---

องค์กรถ่ายทอดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้า เพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์.

### ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและการถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ

(1) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ, สร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เป็นผลจากแผนปฏิบัติการ. บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบแผนกลยุทธ์แต่ละแผน มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน / ระบบงานต่างๆ นำแผนกลยุทธ์ไปจัดทำแผนปฏิบัติการ และนำแผนไปปฏิบัติ
- ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน / ระบบงานต่างๆ วิเคราะห์ทิศทางในแผนกลยุทธ์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ร่วมกับบริบทหรือความต้องการของหน่วยงาน / ระบบงาน เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการที่มีเป้าหมายชัดเจนสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ระบุกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงเพื่อบรรลุเป้าหมาย ทรัพยากรที่ต้องใช้ และกำหนดเวลาแล้วเสร็จที่ชัดเจน ซึ่งสามารถติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุผลลัพธ์ได้
- ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน / ระบบงานต่างๆ ทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงาน สร้างความตระหนักในบทบาทของแต่ละคน ต่อการบรรลุวัตถุประสงค์

ประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร และเป้าหมายที่หน่วยงานต้องรับผิดชอบ

- ผู้นำระดับสูงจัดให้มีกลไกในการสร้างความเข้าใจและติดตามประเมินการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานในรูปแบบต่างๆ เช่น เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตรวจเยี่ยมหน่วยงาน การรายงานความก้าวหน้า ฯลฯ
- ผู้นำระดับสูงสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการพัฒนา
  - ▶ วิเคราะห์ความยั่งยืนที่คาดหวัง เช่น วัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมการเรียนรู้
  - ▶ วิเคราะห์อุปสรรคต่อความยั่งยืนและปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืน และดำเนินการอย่างเหมาะสม

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่างแผนปฏิบัติการในประเด็นที่ทำทายนากๆ
- ความยั่งยืนของการพัฒนาที่คาดหวังและการดำเนินการเพื่อสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนดังกล่าว

(2) องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ เพียงพอที่จะนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติให้บรรลุผล. องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านการเงินและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับแผนปฏิบัติการ. องค์กรจัดสรรทรัพยากรอย่างสมดุลเพื่อให้มั่นใจว่าจะมีทรัพยากรเพียงพอสำหรับสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติ.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงวิเคราะห์ความต้องการทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติให้บรรลุผล พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับทรัพยากรดังกล่าว จัดหาทรัพยากรที่จำเป็น
- ผู้นำระดับสูงจัดลำดับความสำคัญและจัดสรรทรัพยากรให้แก่แผนงาน ระบบงาน และหน่วยงานต่างๆ อย่างสมดุล

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับทรัพยากรด้านการเงินและ



ทรัพยากรด้านอื่นๆ รวมทั้งแผนงานที่อาจจะได้รับผลกระทบ และ  
แนวทางการป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว

(3) มีการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการและนำแผนที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติ ในกรณีที่มี  
ความจำเป็น.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผน การบรรลุ  
เป้าหมาย และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อพิจารณาความ  
จำเป็นในการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในรอบปีที่ผ่านมาและที่มา  
ของการปรับเปลี่ยนดังกล่าว

(4) องค์กรจัดทำแผนด้านทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามวัตถุประสงค์  
เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ได้. แผนระบุผลกระทบที่มีโอกาสเกิดขึ้น  
ต่อบุคลากร และโอกาสที่จะมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถของ  
บุคลากรและระดับกำลังคนที่ต้องการ.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันทำความเข้าใจตัวอย่างแผน  
ทรัพยากรบุคคลเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์  
และแผนปฏิบัติการ เช่น
  - ▶ การออกแบบระบบงานใหม่เพื่อเพิ่มการให้อำนาจในการตัดสินใจ  
แก่บุคลากร
  - ▶ แผนงานริเริ่มเพื่อส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงาน  
ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพและผู้บริหาร
  - ▶ แผนงานริเริ่มเพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร
  - ▶ การปรับระบบบริหารค่าตอบแทนและการยกย่องชมเชย
  - ▶ แผนงานริเริ่มเกี่ยวกับการศึกษาและฝึกอบรม เช่น การพัฒนา

ผู้นำในอนาคต การสร้างความร่วมมือกับมหาวิทยาลัย การฝึก  
อบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีใหม่ๆ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องจัดทำแผนทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ อย่างเหมาะสมกับพันธกิจ / โครงสร้างองค์กร / ทรัพยากร สอดคล้องกับความต้องการด้านกำลังคนในปัจจุบันและในอนาคต

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปแผนทรัพยากรบุคคลที่สำคัญเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ

(5) มีการจัดทำตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผน ระบบการวัดผลครอบคลุมประเด็นสำคัญ / ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด และหนุนเสริมให้ทั้งองค์กรมุ่งไปในทิศทางเดียวกัน.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นสำคัญในแผนปฏิบัติการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผน (ถ้าเป็นไปได้ ควรใช้กรอบมาตรฐาน HA/HPH ตอนที่ IV เป็นตัวช่วยในการจัดกลุ่มของตัวชี้วัด)
- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกับทบทวนตัวชี้วัดที่ใช้อยู่และที่กำหนดขึ้นใหม่ ใช้แนวคิด dashboard ที่เลือกสรรตัวชี้วัดระดับสูงที่ครอบคลุมทุกแง่มุมจำนวนน้อยตัว และ cascade ไปสู่ระดับต่างๆ ในองค์กร

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปตัวชี้วัดสำคัญทั้งหมดที่ผู้บริหารระดับสูงใช้ติดตามความก้าวหน้า โดยแสดงความสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์หรือเป้าหมายของแผนปฏิบัติการ

## ข. การคาดการณ์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

องค์กรคาดการณ์ผลการดำเนินงานสำหรับตัวชี้วัดสำคัญในข้อ 2.2 ก (5) ตามกรอบเวลาของการวางแผน โดยพิจารณาจากเป้าประสงค์ ผลงานที่ผ่านมา และข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสม. องค์กรตอบสนองต่อความแตกต่างของผลงานเมื่อเทียบกับองค์กรที่ดำเนินงานหรือมีกิจกรรมในลักษณะใกล้เคียงกัน ทั้งความแตกต่างในปัจจุบันและความแตกต่างที่ได้จากการคาดการณ์.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันคาดการณ์ผลการดำเนินงานสำหรับตัวชี้วัดในข้อ 2.2 ก(5) ในช่วงเวลาต่างๆ ตามกรอบเวลาของการวางแผน โดยพิจารณาข้อมูลต่อไปนี้
  - ▶ เป้าประสงค์ของแผน
  - ▶ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
  - ▶ ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสม เช่น ผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ, ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน, ผลงานของกลุ่มแข่ง, ผลงานที่เป็นเลิศ
- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันติดตามตัวชี้วัด วิเคราะห์ความแตกต่างของผลการดำเนินงาน และตอบสนองโอกาสพัฒนาต่างๆ
  - ▶ การคาดการณ์ที่แตกต่างจากองค์กรที่ดำเนินงานในลักษณะใกล้เคียงกัน
  - ▶ ระดับผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามการคาดการณ์
  - ▶ ระดับผลการดำเนินงานในปัจจุบันที่แตกต่างจากองค์กรที่ดำเนินงานในลักษณะใกล้เคียงกัน

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การคาดการณ์ผลการดำเนินงาน การเปรียบเทียบ และการตอบสนองโดยผู้บริหารระดับสูง

---

## Self Enquiry I-2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2)

---

องค์กรถ่ายทอดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้า เพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์.

### การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจ core values เรื่อง focus on results, focus on staff, teamwork, empowerment, learning
- ศึกษาวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของ รพ.
- ศึกษาผู้รับผิดชอบแผนกลยุทธ์แต่ละแผน และเลือกแผนกลยุทธ์ที่ต้องการสัมภาษณ์

### กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์

- ผู้รับผิดชอบแผนกลยุทธ์
- หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้าหน่วยงาน
- ผู้ปฏิบัติงาน

### ประเด็นคำถามสำหรับผู้รับผิดชอบแผนกลยุทธ์แต่ละแผน

- แผนปฏิบัติการสำหรับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่รับผิดชอบนั้น ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่กำหนดไว้เพียงใด มีความเฉพาะเจาะจงต่อสิ่งที่ต้องการบรรลุเพียงใด มีการกำหนดช่วงเวลาที่ต้องทำให้แล้วเสร็จหรือไม่
- การเปลี่ยนแปลงสำคัญในกลยุทธ์ดังกล่าวคืออะไร จะทำให้ยั่งยืนได้อย่างไร

- มีการเตรียมการด้านทรัพยากรบุคคลอย่างไรเพื่อปฏิบัติตามแผน
- ตัวชี้วัดที่สามารถบ่งบอกถึงความก้าวหน้าในแผนเรื่องนี้คืออะไร มีการประมวลผลจากตัวชี้วัดในระดับหน่วยย่อยอย่างไร มีการคัดเลือกให้เหลือตัวชี้วัดเท่าที่จำเป็นอย่างไร
- มีการนำตัวชี้วัดที่แสดงผลงานที่ผ่านมา และตัวชี้วัดในเรื่องเดียวกันขององค์กรอื่น มาพิจารณาเพื่อกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานในอนาคตอย่างไร

### ประเด็นคำถามสำหรับหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้าหน่วยงาน

- เลือกวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่น่าจะเกี่ยวข้องของหน่วยงานที่ผู้ถูกสัมภาษณ์รับผิดชอบ ขอดูแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ดังกล่าว รวมทั้งวิธีการในการติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุความสำเร็จ

### ประเด็นคำถามสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

- เลือกวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับผู้ถูกสัมภาษณ์นั้น มาพูดคุยว่าผู้ถูกสัมภาษณ์จะมีบทบาทในการบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวอย่างไร

### SPA I-3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF.1)

องค์กรเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานของตน เพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว.

#### ก. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

- (1) องค์กรระบุการจำแนกส่วน ของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน กลุ่มผู้รับผลงาน และตลาดบริการสุขภาพ. องค์กรกำหนดว่าจะมุ่งเน้นบริการสุขภาพสำหรับส่วนใดของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน กลุ่มผู้รับผลงาน และตลาดบริการสุขภาพ.

#### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจเป้าหมายและแนวทางการจำแนกส่วนผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน
  - ▶ เป้าหมายของการจำแนกส่วนเพื่อ
    - กำหนดวิธีการรับฟังความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม
    - รับรู้ความต้องการและความคาดหวังที่แตกต่างกันในผู้ป่วย / ผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม เพื่อสามารถตอบสนองได้อย่างเหมาะสม
    - กำหนดกลุ่มผู้ป่วย / ผู้รับผลงานที่จะมุ่งเน้นหรือต้องใส่ใจเป็นพิเศษ (เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความต้องการที่ซับซ้อน หรือเป็นกลุ่มที่มีความหมายต่อความอยู่รอดของ รพ.)
  - ▶ การจำแนกส่วนอาจจำแนกได้ตามภูมิศาสตร์ ตามช่องทางการให้บริการ ตามเทคโนโลยีที่ใช้ ตามระบบประกันสุขภาพ ตามหน้าที่

ในการให้บริการ (เพื่อบริการสังคม กับสร้างรายได้ให้ รพ.) ฯลฯ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องจำแนกส่วนผู้ป่วย / ผู้รับผลงานที่มีความหมายกับ รพ. ไม่ลืมที่จะพิจารณาผู้รับผลงานอื่นๆ ที่มีใช้ผู้รับบริการด้วย เช่น ผู้จ่ายเงิน นักศึกษา ชุมชน
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานพิจารณากลุ่มที่จะมุ่งเน้นหรือต้องใส่ใจเป็นพิเศษ พร้อมทั้งทำความเข้าใจเหตุผลที่ต้องมุ่งเน้นร่วมกัน

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการจำแนกผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเป็นกลุ่มต่างๆ ที่มีความหมายต่อ รพ.
- กลุ่มผู้ป่วย / ผู้รับผลงานที่ รพ. จะมุ่งเน้นหรือใส่ใจเป็นพิเศษ พร้อมทั้งเหตุผลประกอบ

(2) องค์กรรับฟังและเรียนรู้ ความต้องการและความคาดหวัง ของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน รวมทั้งระดับความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน. วิธีการรับฟังเหมาะสมกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน แต่ละกลุ่ม. มีการนำความรู้ไปใช้ในการวางแผนจัดบริการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ทำความเข้าใจวิธีการรับฟังและเรียนรู้ ว่าอาจจะได้แก่ การสำรวจ การวิจัยตลาด การใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยา การสนทนากลุ่ม การใช้ข้อมูลจาก web และการใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจแสวงหาบริการสุขภาพ
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องกำหนดวิธีการรับฟัง / เรียนรู้ ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการรับฟัง / เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน โดยมุ่งให้ได้ข้อมูลตรงจากผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนความต้องการลึกๆ (ทั้งด้านบริการทั่วไปและบริการทางคลินิก) ของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาได้

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับความต้อการที่เป็นปัญหาสุขภาพซึ่งประชาชนอาจจะไม่ทราบหรือไม่รับรู้ เช่น พฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ<sup>1</sup> เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาออกแบบบริการที่สอดคล้องกับปัญหา
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์และสรุปความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ทำความเข้าใจเหตุผลของความแตกต่างระหว่างผู้ป่วย / ผู้รับผลงานว่าเกิดจากอะไร มีความน่าเชื่อถือเพียงใด เป็นข้อมูลที่สะท้อนความต้องการลึกๆ อย่างแท้จริงหรือยัง นำเสนอให้ผู้ในระดับสูงรับทราบเพื่อมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องรับผิดชอบดำเนินการ
- ผู้ในระดับสูงติดตามการนำความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยไปใช้ประโยชน์ ตั้งคำถามกับตัวเองว่าการใช้ประโยชน์ที่ดำเนินการไปนั้นเพียงพอหรือไม่ที่จะสร้างศรัทธา ความเชื่อมั่น และภูมิคุ้มกันต่อ รพ. ข้อมูลที่ได้รับจากการรับฟังนั้นเพียงพอหรือไม่ที่จะทำให้ทีมงานเข้าใจผู้ป่วยและตอบสนองได้อย่างแท้จริง
  - ▶ ตัวอย่างวิธีการในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นเสมือนญาติมิตรอย่างง่าย ๆ คือการใช้ Momma Test ให้เจ้าหน้าที่ตั้งคำถามว่าถ้าผู้ป่วยรายนี้เป็นแม่ของตัวเอง จะพอใจกับการดูแลที่เป็นอยู่หรือไม่ ถ้าไม่พอใจจะทำอย่างไร

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- วิธีการรับฟังและเรียนรู้, ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม, พร้อมทั้งตัวอย่างการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังที่ทีมงานได้รับรู้
- แนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไปของความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

<sup>1</sup> ตัวอย่าง เกษตรกรเป็นโรคปวดหลังมาก อาจจะทำให้การวิจัยสำรวจว่าเกษตรกรทำงานกันอย่างไรรู้จักปวดหลัง ทำอย่างไรจึงจะไม่ปวด แล้วนำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ควรเกิดขึ้นมาออกแบบบริการ



(3) องค์กรใช้ความเห็นและเสียงสะท้อนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเพื่อเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมากขึ้น, ตอบสนองความต้องการและทำให้ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานพึงพอใจมากขึ้น, และเพื่อค้นหาโอกาสสร้างนวัตกรรม.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ว่าการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ที่ควรจะเป็นและเป็นไปได้ มีลักษณะอย่างไร (อาจจะใช้เทคนิค Appreciative Inquiry เพื่อนำสิ่งที่ทีมงานเคยทำได้ในบางพื้นที่มาเป็นจุดตั้งต้น)
- ผู้นำระดับสูงจัดเวทีให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่าจะทำให้เกิดสิ่งต่อไปนี้ได้อย่างไร
  - ▶ การมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมากขึ้น
  - ▶ การทำให้ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมีความพึงพอใจมากขึ้น
  - ▶ การสร้างนวัตกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานให้มากขึ้น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องนำข้อมูลที่ได้จากการแสดงความคิดเห็นร่วมกันไปวางแผนและดำเนินการตามความเหมาะสม
- ผู้นำระดับสูงติดตามผลการดำเนินการตามแผน และมอบหมายให้มีการวิเคราะห์ข้อมูลดูความสัมพันธ์ระหว่างการปรับปรุง กับเสียงสะท้อนหรือความพึงพอใจของผู้รับผลงาน

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การเปลี่ยนแปลงและนวัตกรรมที่แสดงว่าองค์กรมีการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมากขึ้น
- เสียงสะท้อนหรือความพึงพอใจของผู้รับผลงาน และความสัมพันธ์กับการปรับปรุงต่างๆ (อาจใช้กราฟแสดงแนวโน้มของระดับความพึงพอใจในแต่ละช่วงเวลาที่ดีกว่ารายปี เช่น เป็นรายเดือนหรือราย 3 เดือน และระบุถึงการปรับปรุงสำคัญในแต่ละช่วงเวลา)

(4) องค์กรปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้ให้ทันความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้ และให้มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ (กำหนดขั้นตอน ผู้รับผิดชอบและช่วงเวลาที่ดำเนินการ อย่างชัดเจน, มีการฝึกอบรวมอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น, มีการติดตามประเมินผลที่เป็นระบบเพื่อนำมาสู่การปรับปรุง)

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้

---

## Self Enquiry I-3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF.1)

---

องค์กรเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานของตน เพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว.

### การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจแนวทางการจำแนกส่วนผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เช่น การจำแนกตามภูมิศาสตร์ ตามช่องทางการให้บริการ ตามเทคโนโลยีที่ใช้ ตามระบบประกันสุขภาพ ตามหน้าที่ในการให้บริการ (เพื่อบริการสังคม กับสร้างรายได้ให้ รพ.)
- ทำความเข้าใจวิธีการรับฟังและเรียนรู้ ว่าอาจจะได้แก่ การสำรวจการใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยา การสนทนากลุ่ม การใช้ข้อมูลจาก web และการใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจแสวงหาบริการสุขภาพ

### กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์

- ผู้รับผิดชอบด้านผู้ป่วย/ลูกค้าสัมพันธ์ในภาพรวมของ รพ.
- ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

### ประเด็นคำถามผู้รับผิดชอบด้านผู้ป่วย/ลูกค้าสัมพันธ์ในภาพรวมของ sw.

- มีการใช้ประโยชน์จากการจำแนกส่วน (segment) ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ในการทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และการกำหนดส่วนที่มุ่งเน้นอย่างไร

- การจำแนกส่วนทำให้เห็นลักษณะร่วมในความต้องการและความคาดหวังของแต่ละกลุ่มเพียงใด
- มีบทเรียนจากวิธีการรับฟังความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างไร วิธีที่เหมาะสมในการรับฟังสำหรับแต่ละกลุ่มเป็นอย่างไร
- ทาง รพ. ได้ใช้วิธีการรับฟังที่หลากหลายเพียงใด มีช่องทางรับฟังใดที่มีโอกาสใช้เพิ่มขึ้น
- มีการนำความรู้เกี่ยวกับความต้องการ ความคาดหวัง ข้อคิดเห็น เสียงสะท้อนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ไปใช้ประโยชน์อย่างไร

### ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

- หากจะจัดกลุ่มผู้ป่วยตามลักษณะความต้องการที่คล้ายคลึงกัน สำหรับหน่วยงานนี้ ควรจะจัดกลุ่มอย่างไร
- จากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา วิธีการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่ดีที่สุดคืออะไร
- อะไรคือความต้องการที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยและญาติ (ในมุมมองของผู้ถูกสัมภาษณ์ และจากข้อมูลที่หน่วยงานประมวลผลไว้) มีการตอบสนองความต้องการดังกล่าวอย่างไร
- ถ้าจะให้ผู้ป่วยมีศรัทธา เชื่อมั่น ไว้วางใจต่อบริการของ รพ. ยิ่งขึ้น อะไรคือการเปลี่ยนแปลงที่มีความจำเป็น

---

## SPA I-3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (PCF.2)

---

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา ความพึงพอใจ และความร่วมมือ. มีการประเมินและนำข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมาใช้ปรับปรุงการดำเนินงาน.

### ก. การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

(1) องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความต้องการ, เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา, และเพื่อให้ได้รับความร่วมมือ.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจว่าโอกาสในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมีระดับใดบ้าง เช่น
  - ▶ ระดับบุคคลระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้รับบริการ ตั้งแต่จุดแรกที่ผู้รับบริการมาถึง และโดยผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ
  - ▶ ระดับองค์กรกับตัวแทนของผู้รับบริการ
  - ▶ ระดับองค์กรกับผู้รับผลงานอื่นๆ เช่น ผู้จ่ายเงิน
- ผู้นำระดับสูงจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์และหา good practice ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงานแต่ละระดับ (อาจจะใช้เทคนิค Appreciative Inquiry หรือ dialogue) คัดเลือกวิธีการที่สมควรได้รับการขยายผล และมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบดำเนินการขยายผล
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการทำ mini-research เพื่อตอบคำถามเหล่านี้ (ถ้าเป็นไปได้) และนำผลไปใช้ปรับปรุงการสร้างความสัมพันธ์

- ▶ ผู้รับบริการมีความรู้สึกอย่างไรต่อปฏิสัมพันธ์ที่ผู้ให้บริการ ณ จุดต่างๆ แสดงออกต่อตน
- ▶ ระดับความร่วมมือในการบำบัดรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว (ทั้งการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล การตัดสินใจ และการปฏิบัติตามแผน) เป็นอย่างไร ผู้ป่วยกลุ่มใดที่ยังเป็นปัญหาอยู่ มีโอกาสพัฒนาขึ้นได้อย่างไร
- ▶ ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อมั่นศรัทธาของผู้รับบริการมีอะไรบ้าง รพ.สามารถปรับปรุงปัจจัยดังกล่าวอย่างไรได้บ้าง

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในระดับต่างๆ และมีการนำไปใช้ทั่วทั้ง รพ.

(2) มีช่องทางสำหรับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ค้นหาข้อมูลข่าวสาร ขอรับบริการ และเสนอข้อร้องเรียน. องค์กรจัดทำข้อกำหนดที่พึงปฏิบัติสำหรับช่องทางการติดต่อแต่ละรูปแบบ และสร้างความมั่นใจว่าข้อกำหนดดังกล่าวได้รับการนำไปปฏิบัติโดยบุคลากรทุกคนและในทุกขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง. มีการแสดงถึงความรับผิดชอบต่อสาธารณะในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการและคุณภาพบริการ

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนประสิทธิภาพของช่องทางต่างๆ ที่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานติดต่อกับ รพ. ต่อไปนี้
  - ▶ ช่องทางการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและบริการของ รพ.
  - ▶ ช่องทางการขอรับบริการจาก รพ.
  - ▶ ช่องทางการเสนอข้อร้องเรียน
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาช่องทางต่างๆ ให้มีความหลากหลายยิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ เช่น
  - ▶ การค้นหาข้อมูลทาง internet ซึ่งมีข้อมูลต่างๆ ที่ผู้รับบริการต้องการ
  - ▶ การขอรับบริการด้วยระบบนัด การเพิ่มช่องทางให้บริการต่างๆ

เช่น การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การให้บริการร่วมกับชุมชน ฯลฯ

- ▶ ช่องทางในการเสนอข้อร้องเรียนที่สะดวกและมีประสิทธิภาพ เช่น การมองหาผู้รับบริการที่มีโอกาสเกิดปัญหาหรือความไม่พึงพอใจในเชิงรุก, การมี patient representative, การใช้ voice record และการมีระบบตอบสนองที่มีประสิทธิภาพ (ดูข้อต่อไป)
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องจัดทำแนวทางปฏิบัติมาตรฐานสำหรับช่องทางการติดต่อต่างๆ ข้างต้น สื่อสารและติดตามให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตาม
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องประเมินประสิทธิผลของช่องทางการติดต่อต่างๆ และพัฒนาให้เป็นระบบยิ่งขึ้น
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับบริการ และคุณภาพบริการที่สมควรเผยแพร่ต่อสาธารณะ ตลอดจนช่องทางต่างๆ ที่จะใช้เผยแพร่ มอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการ
  - ▶ ข้อมูลบริการและวิธีการเข้าถึงบริการ
  - ▶ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพของประชาชน
  - ▶ ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการของ รพ.ที่สามารถเผยแพร่ได้

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ช่องทางการติดต่อสำหรับผู้รับบริการที่ รพ.มีให้ และประสิทธิผลของช่องทางดังกล่าว
- ข้อมูลเกี่ยวกับบริการและคุณภาพบริการที่ รพ.เผยแพร่ต่อสาธารณะ

(3) องค์กรจัดการกับคำร้องเรียนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผลและทันท่วงที. มีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจกำหนดเป้าหมายของระบบการจัดการกับคำร้องเรียนของผู้รับบริการ (customer complaint management system) ว่าเพื่อปรับเปลี่ยนประสบการณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการให้เป็นประสบการณ์เชิงบวก

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องจัดระบบการจัดการกับคำร้องเรียนของผู้รับบริการ
  - ▶ การฝึกอบรมและสร้างความตระหนักแก่บุคลากรทุกระดับ
  - ▶ การจัดตั้งและฝึกอบรมทีมงานลูกค้าสัมพันธ์หรือทีมงานประสานความเข้าใจตามความเหมาะสม
  - ▶ การตอบสนองเบื้องต้น ณ จุดรับบริการ เมื่อมีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่พึงพอใจ
  - ▶ การสืบค้น แก้ปัญหา และแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบ
  - ▶ การดำเนินการในกรณีที่เกิดความสูญเสียรุนแรง
  - ▶ การประเมินผลการตอบสนองแต่ละราย (ความรวดเร็วในการตอบสนอง ระดับการแก้ปัญหาจากมุมมองของผู้รับบริการและมุมมองของเจ้าหน้าที่)
  - ▶ การจัดระบบรวบรวมข้อมูล
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์คำร้องเรียนอย่างสม่ำเสมอ (เช่น ลักษณะคำร้องเรียน ความถี่ แนวโน้ม และอาจรวมไปถึงการวิเคราะห์ root cause) นำมาจัดลำดับความสำคัญ สื่อสาร เพื่อให้มีการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์คำร้องเรียนที่มีลักษณะต่อไปนี้เป็นพิเศษ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพในประเด็นดังกล่าวอย่างจริงจัง
  - ▶ คำร้องเรียนที่สะท้อนถึงจุดอ่อนในระบบการดูแลผู้ป่วยของ รพ. (แม้จะมีเพียงน้อยราย)
  - ▶ คำร้องเรียนที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และไม่มีแนวโน้มลดลง

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินการตอบสนองคำร้องเรียน
- ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียนและแนวโน้ม
- การพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นเนื่องจากคำร้องเรียน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น



- (4) องค์กรปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์และช่องทางการติดต่อกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสพัฒนาในการสร้างความสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อ และระบบจัดการกับคำร้องเรียน โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
  - ▶ ความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง
  - ▶ การบรรลุผลสัมฤทธิ์ของวิธีการที่ใช้อยู่
  - ▶ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น (เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร แนวโน้มของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ)
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการพัฒนาตามโอกาสที่วิเคราะห์ได้

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การพัฒนาการสร้างความสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อ และระบบจัดการกับคำร้องเรียน โดยระบุที่มาและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

### **ข. การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน**

- (1) มีการประเมินความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน และใช้ข้อมูลนี้เพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน. วิธีการวัดผลเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย / ผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม และได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการประเมินความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ โดยพิจารณาวิธีการวัดผลให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม
  - ▶ การประเมินความพึงพอใจ อาจจะใช้การสำรวจ การรับเสียงสะท้อนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การรับข้อร้องเรียน

- ▶ การเก็บข้อมูลอาจจะใช้ internet การติดต่อกับบุคคลโดยตรง การใช้หน่วยงานที่สาม หรือโดยไปรษณีย์
- ▶ เนื่องจากคะแนนความพึงพอใจจะมีปัญหาในเรื่องของความน่าเชื่อถือ การให้ความสำคัญกับการติดตามอัตราความพึงพอใจในระดับที่มากที่สุดหรือ top box อาจจะเป็นประโยชน์มากกว่าการติดตามค่าเฉลี่ย และควรให้ความสำคัญกับหัวข้อประเมินที่ได้รับคำตอบความไม่พึงพอใจมากกว่าหัวข้ออื่นๆ ว่ามีสาเหตุจากอะไร
- ▶ ควรกำหนดวิธีการสุ่มตัวอย่างที่ทำให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ใช้จำนวนที่เหมาะสมที่จะไม่เป็นภาระ ดำเนินการในภาพรวมของ รพ. แต่สามารถให้ข้อมูลเฉพาะสำหรับแต่ละหน่วยได้
- ผู้นำระดับสูงสร้างความมั่นใจว่าผู้เกี่ยวข้องนำประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาไปดำเนินการปรับปรุง

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความแตกต่างของวิธีการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจในผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม
- ผลการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ
- การพัฒนาที่เป็นผลมาจากการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ

(2) มีการติดตามผลหลังการเข้ารับบริการจากผู้ป่วย / ผู้รับผลงานทันที เพื่อให้ได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้องพิจารณากำหนดวิธีการติดตามผลหลังการเข้ารับบริการ เพื่อให้ได้ actionable feedback
  - ▶ การติดตามข้อมูลป้อนกลับอาจจะมีส่วนที่ควบคู่ไปกับการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ
  - ▶ ควรมีระบบที่ proactive ในการติดตามข้อมูลป้อนกลับ โดยมุ่งเน้นไปที่กลุ่มที่มีศักยภาพในการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และกลุ่มที่คาดว่าจะได้รับบริการที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง

- ▶ ระยะเวลาในการติดตาม ควรดำเนินการทันทีเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ
- ▶ วิธีการในการติดตามอาจจะเป็นการใช้โทรศัพท์ การใช้เครือข่ายหน่วยบริการในพื้นที่ การรับฟังจากชุมชน ฯลฯ
- ผู้นำระดับสูงสร้างความมั่นใจว่าผู้เกี่ยวข้องนำประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาไปดำเนินการปรับปรุง

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- วิธีการติดตามผล ข้อมูลที่ได้รับ การปรับปรุงระบบบริการที่เกิดขึ้น

(3) องค์กรปรับปรุงวิธีการประเมินความพึงพอใจให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสพัฒนาในการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ และการรับข้อมูลป้อนกลับจากผู้รับบริการ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
  - ▶ ความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง
  - ▶ การบรรลุผลสัมฤทธิ์ของวิธีการที่ใช้อยู่
  - ▶ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร แนวโน้มของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ)
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการพัฒนาตามโอกาสที่วิเคราะห์ได้

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การพัฒนาวิธีการประเมินความพึงพอใจและติดตามข้อมูลป้อนกลับ

## **Self Enquiry I-3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (PCF.2)**

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา ความพึงพอใจ และความร่วมมือ. มีการประเมินและนำข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมาใช้ปรับปรุงการดำเนินงาน.

### **การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม**

- ทำความเข้าใจ core values เรื่อง patient / customer focus
- ทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องช่องทางการขอรับบริการ ที่สะดวก รวดเร็ว สำหรับผู้รับบริการ เช่น การมีระบบนัดหมายล่วงหน้า การสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับบริการต่างๆ
- ศึกษาการจัดกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานของ รพ.

### **กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์:**

ผู้รับผิดชอบด้านผู้ป่วย/ลูกค้าสัมพันธ์และผู้ปฏิบัติงาน

### **ประเด็นคำถามผู้รับผิดชอบด้านผู้ป่วย/ลูกค้าสัมพันธ์**

- รพ.มีการพัฒนาช่องทางการขอเข้ารับบริการอย่างไร เพื่อความสะดวก รวดเร็ว ลดความแออัด
- รพ.มีระบบการจัดการกับคำร้องเรียนและติดตามการตอบสนอง คำร้องเรียนอย่างไร
- จากคำร้องเรียนที่เกิดขึ้น ทำให้เห็นแนวโน้มของความต้องการและความคาดหวังที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

- มีบทเรียนจากการประเมินความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอย่างไร
- มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลความไม่พึงพอใจอย่างไร
- มีวิธีการอย่างไรที่จะทำให้ข้อมูลที่ได้รับ นำไปสู่การปรับปรุงระบบงานที่เกี่ยวข้อง มีการติดตามการปรับปรุงอย่างไร

### ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงาน

- วิธีที่มีความไวที่สุดในการรับทราบความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการคืออะไร
- มีการเก็บรวบรวมประเด็นที่ไม่พึงพอใจและข้อร้องเรียนต่างๆ ที่ผู้รับบริการแสดงออก และนำมาดำเนินการอย่างไร
- มีบทเรียนในเรื่องการจัดการกับคำร้องเรียนที่ผู้รับบริการมีต่อหน่วยงานอย่างไรบ้าง
- มีบทเรียนในเรื่องการสร้างความสัมพันธ์เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นศรัทธาและความร่วมมืออย่างไร
- มีบทเรียนในการรับทราบเสียงสะท้อนจากผู้ป่วย/ครอบครัวหลังจากเข้ารับบริการอย่างไร มีการตอบสนองอย่างไรต่อเสียงสะท้อนดังกล่าว มีวิธีการที่เป็นระบบในการรับรู้เสียงสะท้อนหรือข้อมูลป้อนกลับ (feedback) อย่างไร เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงระบบงาน

---

### SPA I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3)

---

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

#### ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

(1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข

#### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมที่เกี่ยวข้องวางระบบในการให้การคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย
  1. สิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
  2. สิทธิที่จะได้รับบริการโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติ
  3. สิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน
  4. สิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือโดยทันทีเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต
  5. สิทธิที่จะทราบชื่อ สกุล และประเภท ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ให้บริการแก่ตน
  6. สิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และสิทธิในการขอเปลี่ยนตัวผู้ให้บริการหรือสถานบริการ

7. สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองโดยเคร่งครัด
8. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัย
9. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของคนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ
10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้
  - ทีมที่เกี่ยวข้องวางระบบเพื่อค้นหาโอกาสคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเชิงรุก หรือมีระบบคัดกรองเพื่อให้สัญญาณเตือนสำหรับผู้ป่วยที่เข้าข่าย เช่น ผู้บกพร่องทางกายหรือทางจิต
  - ทีมที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดปัญหาหรือความไม่พร้อมในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วย (อาจจะใช้ FMEA วิเคราะห์) เช่น การขอความเห็นที่สอง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ปรากฏในเวชระเบียน
  - ทีมที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ควรใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย เช่น
    - ▶ โอกาสที่จะมีการเลือกปฏิบัติ หรือมีความแตกต่างในการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็น (medical necessity) ในผู้ป่วยที่อยู่ใต้ระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน
    - ▶ โอกาสที่ผู้รับบริการจะไม่ได้รับทราบข้อมูล หรือไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือได้รับข้อมูลในลักษณะที่ทำให้เกิดการตัดสินใจอย่างไม่เหมาะสม
    - ▶ โอกาสที่ผู้ป่วยที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตจะไม่ได้รับการช่วยเหลือทันที

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในการวางระบบเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามประเด็นโอกาสเกิดปัญหาต่างๆ ที่วิเคราะห์มาได้

## ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

- (1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและทราบบทบาทของตนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดกิจกรรมสร้างความตระหนัก และฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ทราบบทบาทในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย
- สร้างเจตคติที่ดีต่อการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย เช่น การทำเรื่องนี้ได้ดีคือการสร้างภูมิคุ้มกันให้องค์กรและเจ้าหน้าที่

- (2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดทำสื่อเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วยในลักษณะที่เข้าใจง่าย โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยในควรเป็นเอกสารประจำห้องหรือประจำเตียง

- (3) มีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ตามรอยผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไปตามจุดบริการต่างๆ และพิจารณาว่าในแต่ละขั้นตอนของการให้บริการนั้น มีโอกาสอะไรบ้างที่จะละเมิดสิทธิผู้ป่วย
- ประมวลผลข้อมูล จัดลำดับความสำคัญ มอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการปรับปรุงและสร้างความเข้าใจ

- (4) ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- วิเคราะห์ว่าในสถานการณ์ใดบ้างที่ผู้ป่วยมีโอกาสถูกทำร้ายจากการให้บริการ



- ▶ การทำร้ายด้านร่างกาย เช่น ในผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเด็ก
- ▶ การทำร้ายด้านจิตใจ เช่น การใช้คำพูดหรือการกระทำที่ดูถูกความเป็นปรปักษ์ ไม่เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ปิดโอกาสที่จะแสดงความคิดเห็น การข่มขู่ การกักขัง
- ▶ การทำร้ายด้านสังคม เช่น การใช้คำพูดหรือการกระทำบางอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย
- วางแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการทำร้ายผู้ป่วยในสถานการณ์ดังกล่าว

(5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- สำรวจว่าโอกาสที่ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการเคารพความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยม และความเชื่อส่วนบุคคล จะเกิดขึ้นในสถานการณ์ใดบ้าง เช่น การซักประวัติที่ OPD, การ expose ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยรวม, ค่านิยมและความเชื่อตามประเพณี
- วางแนวทางปฏิบัติเพื่อให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในโอกาสดังกล่าว

(6) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์สถานการณ์ต่างที่ผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกัน จะได้รับการดูแลรักษาที่แตกต่างกัน [ครอบคลุมใน 3.3 ก (1) เรื่องการไม่เลือกปฏิบัติแล้ว]

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในกระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย (การสร้างความตระหนัก การสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบ การคำนึงถึงสิทธิในทุกกิจกรรม การปกป้องจากการถูกทำร้าย การเคารพความเป็นส่วนตัว)

### ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

- (1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายวางระบบการดูแล โดยพิจารณาประเด็นสำคัญต่อไปนี้
  - ▶ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
  - ▶ การเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้จากไปอย่างสงบ
  - ▶ การประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม
  - ▶ การตัดสินใจเกี่ยวกับการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว
  - ▶ การช่วยเหลือ ให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาแก่ญาติหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

- (2) ผู้รับบริการที่เป็นเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยเด็ก สร้างความมั่นใจว่าเด็กได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และได้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษตามความจำเป็น
  - ▶ การจัดสถานที่เฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยเด็ก
  - ▶ การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากไฟฟ้า เครื่องจักรกล น้ำยา หรือสารอันตรายต่างๆ
  - ▶ หน่วยบริการผู้ป่วยเด็กมีเครื่องมือและยาเฉพาะสำหรับเด็ก เช่น เครื่องดมยาสลบ เครื่องพ่นยา เครื่องปรับหยดน้ำเกลือ ชุดให้สาร

น้ำ เครื่องช่วยชีวิต

- ▶ เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและยาสำหรับเด็ก
- ▶ เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษต่อเด็กที่ป่วยหนัก เด็กที่มีความผิดปกติทางร่างกายหรือประสาทสัมผัส เด็กที่เรียนรู้ช้า เด็กที่ไม่มีญาติมาเฝ้าดูแล
- ▶ พ่อแม่หรือผู้ปกครองได้รับการส่งเสริมให้อยู่เฝ้าเด็กระหว่างการนอนโรงพยาบาล
- ทีมดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ วางระบบการดูแลโดยพิจารณาประเด็นสำคัญต่อไปนี้
  - ▶ การวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้กลุ่มนี้ และการออกแบบระบบเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว
  - ▶ การประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม

(3) มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก หรือผูกยึด อย่างเหมาะสม.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้การแยกหรือผูกยึด วางระบบการดูแลโดยพิจารณาประเด็นสำคัญต่อไปนี้
  - ▶ กำหนดข้อบ่งชี้ในการใช้การแยกหรือผูกยึด (ซึ่งถือว่าเป็นการจำกัดสิทธิผู้ป่วยอย่างหนึ่ง) โดยให้มีเหตุผลทางคลินิกที่สมควร หรือมีแนวทางในการใช้ทางเลือกทดแทน
  - ▶ กำหนดกระบวนการในการได้รับอนุญาตจากแพทย์ที่ดูแล และบันทึกไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียนผู้ป่วย
  - ▶ ติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น ประเมินความจำเป็นที่ยังต้องมีการแยกหรือผูกยึดผู้ป่วยและยุติการใช้โดยเร็วที่สุด

## ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ (ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกหรือผูกยึด)

---

## Self Enquiry I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3)

---

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

### การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจ core values เรื่อง patient / customer focus
- ศึกษาคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ ได้แก่
  1. สิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
  2. สิทธิที่จะได้รับบริการโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติ
  3. สิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน
  4. สิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือโดยทันทีเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต
  5. สิทธิที่จะทราบชื่อ สกุล และประเภท ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ให้บริการแก่ตน
  6. สิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และสิทธิในการขอเปลี่ยนตัวผู้ให้บริการหรือสถานบริการ
  7. สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองโดยเคร่งครัด
  8. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัย

9. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของ  
ตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ
10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่  
เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือ  
จิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

### กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์:

ผู้รับผิดชอบด้านสิทธิผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน

### ประเด็นคำถามผู้รับผิดชอบด้านสิทธิผู้ป่วย

- ถ้าจะให้ประเมินปัญหาในการคุ้มครองหรือปฏิบัติตามคำประกาศ  
สิทธิผู้ป่วย (เช่น อาจจะใช้เครื่องมือ FMEA) อะไรคือประเด็นที่มี  
โอกาสเกิดปัญหามากที่สุด ทาง รพ.ดำเนินการอย่างไรเพื่อลดโอกาส  
เกิดปัญหาดังกล่าว
- มีการประเมินการตอบสนองต่อคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ อย่าง  
ไร ผลการประเมินเป็นอย่างไร
- ถ้าสังคมมีข้อกังวลเรื่องการเลือกปฏิบัติหรือให้การดูแลที่แตกต่างกัน  
ระหว่างผู้ได้รับความคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพต่างๆ ท่าน  
จะเข้าไปตรวจสอบและสร้างหลักประกันอย่างไรให้ทุกฝ่ายมั่นใจว่าใน  
สิ่งที่เป็นการจำเป็นทางการแพทย์ (medical necessity) นั้น ผู้ป่วย  
ทุกรายจะได้รับบริการตามความเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย

### ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงาน

- ขอให้พาดำเนินการดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนต่างๆ ตั้งแต่แรกรับ  
จนจำหน่าย และให้อธิบายว่าในแต่ละจุดมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสิทธิ  
ผู้ป่วยอย่างไร ทางทีมงานมีมาตรการในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยอย่าง  
ไร และมีการประเมินการปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวอย่างไร
- ในหน่วยงานของผู้ถูกสัมภาษณ์ มีโอกาสดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการ  
พิเศษอะไรบ้าง เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้  
(เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกหรือผูกยึด ประเด็น  
สำคัญในเรื่องสิทธิผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวคืออะไร ทางทีม

งานมีแนวทางปฏิบัติอย่างไร มีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติ  
อย่างไร

### SPA I-4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1)

องค์กรจัดให้มีการวัด วิเคราะห์ ปรับทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน โดยใช้ ข้อมูลและสารสนเทศ ในทุกระดับและทุกส่วนขององค์กร.

#### ก. การวัดผลงาน

(1) องค์กรเลือก รวบรวม และเชื่อมโยงข้อมูล / สารสนเทศ / ตัวชี้วัดสำคัญที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อใช้ติดตามผลการปฏิบัติงานประจำวัน, ติดตามผลงานขององค์กรโดยรวม, ติดตามความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ, สนับสนุนการตัดสินใจและการสร้างนวัตกรรมขององค์กร.

#### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่อง performance measurement system ที่จะช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จ
  - ▶ การกำหนดทิศทางของตัวชี้วัดทั้งองค์กรให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน (alignment)
  - ▶ การบูรณาการ (integration) ตัวชี้วัดจากแหล่งต่างๆ เพื่อให้เป็นข้อมูลและสารสนเทศที่ครอบคลุมทั้งองค์กร
  - ▶ การที่ผู้นำระดับสูงติดตามตัวชี้วัดผลงานที่มีความสำคัญต่อผลงานโดยรวมขององค์กรจากแหล่งข้อมูลทุกระดับ
  - ▶ การวัดผลงาน จะถูกนำมาใช้ในการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลจริง เพื่อกำหนดทิศทางขององค์กร และจัดสรรทรัพยากรในระดับต่างๆ ให้สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับทิศทางขององค์กร



- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์หรือเป้าประสงค์ของ รพ. รวมทั้งกลยุทธ์หรือแผนปฏิบัติการ เพื่อบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าวเป็นลำดับขั้น
- ผู้นำระดับสูงกำหนดตัวชี้วัดระดับองค์กรเพื่อ
  - ▶ ติดตามผลงานขององค์กรโดยรวม (หรือการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์/เป้าประสงค์)
  - ▶ ติดตามความก้าวหน้าตามแผน
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้ผู้นำในระดับต่าง ๆ กำหนดตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการติดตามผลการปฏิบัติงานประจำวันและติดตามความก้าวหน้าตามแผน ที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดระดับองค์กร หรือสนับสนุนให้ตัวชี้วัดระดับองค์กรเป็นไปตามเป้าหมาย (เช่น อาจจะใช้การถ่ายทอดแผน เป้าหมาย และตัวชี้วัด ขององค์กรไปสู่ scorecard ของหน่วยงานโดยใช้เทคนิค catch ball หรืออาจจะใช้การจัดทำ Hoshin planning แบบญี่ปุ่น)
- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาตัวชี้วัดที่ใช้อยู่คัดเลือกให้ตรงประเด็นกับเป้าหมายของระบบงานและขององค์กรหาวิธีการประมวลผลให้เป็นข้อมูลที่มีความหมายในระดับองค์กร เช่น การจัดทำ composite score ในกรณีที่มีองค์ประกอบของการวัดในเรื่องนั้นหลายประเด็น สนับสนุนให้มีการเชื่อมโยงตัวชี้วัดระดับองค์กรกับตัวชี้วัดของระบบงานหรือหน่วยงานในลักษณะที่ไม่เป็นภาระในการจัดเก็บข้อมูล
- ผู้นำระดับสูงทบทวนตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามว่าได้นำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจและสร้างนวัตกรรมเพียงใด

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Tree diagram แสดงตัวชี้วัดตามลำดับขั้น

(2) องค์กรเลือกข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบที่สำคัญ และทำให้มั่นใจว่ามีการนำไปใช้สนับสนุนการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบ (comparative data and information) ต่อไปนี้
  - ▶ การใช้ประโยชน์
    - เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงผลงานขององค์กร
    - ทำให้เกิดความเข้าใจกระบวนการและผลงานขององค์กรได้ดีขึ้น
    - ช่วยในการวิเคราะห์และตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษและการสร้างพันธมิตร
  - ▶ แหล่งข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบอาจจะเป็น
    - ระดับผลงานที่ดีที่สุด
    - ระดับผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ
    - ผลงานของคู่แข่ง
    - ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันคัดเลือกแหล่งข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบที่สำคัญต่อความสำเร็จขององค์กร (ขณะนี้ พรพ.กำลังพัฒนาระบบตัวชี้วัดเปรียบเทียบในกลุ่มโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในส่วนของตนเปรียบเทียบกับตัวเปรียบเทียบ และนำเสนอผู้นำเพื่อให้มีการตัดสินใจอย่างเหมาะสม

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบ รวมทั้งแหล่งข้อมูลที่ใช้ ผลการเปรียบเทียบและการตัดสินใจที่เกิดขึ้น

(3) องค์กรปรับปรุงระบบการวัดผลงานให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางของบริการสุขภาพ, วัตถุประสงค์การเปลี่ยนแปลงภายในหรือภายนอกที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสปรับปรุงระบบการวัดผลงานขององค์กร โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
  - ▶ ความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง
  - ▶ การบรรลุผลสัมฤทธิ์ของวิธีการที่ใช้อยู่
  - ▶ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น (เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร แนวโน้มของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ)
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการพัฒนาตามโอกาสที่วิเคราะห์ได้

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับปรุงระบบการวัดผลงานขององค์กร และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

### **ข. การวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลงาน**

(1) องค์กรทบทวนประเมินผลงาน และขีดความสามารถขององค์กร. มีการวิเคราะห์เพื่อสนับสนุนการทบทวนประเมินผลและสร้างความมั่นใจว่าได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือ. องค์กรใช้การทบทวนนี้เพื่อประเมินความสำเร็จขององค์กร, ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ, และความสามารถในการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงขององค์กรและสิ่งแวดล้อมภายนอก.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดวงรอบเวลาของการทบทวนประเมินผลงานที่จะดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ (เช่น ทุก 3 เดือน)
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจความหมายและความสำคัญของการวิเคราะห์เพื่อสนับสนุนการทบทวนประเมิน

## ผลงาน

- ▶ การวิเคราะห์ (analysis) หมายถึงการตรวจสอบข้อมูลและข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจที่ดี การวิเคราะห์องค์กรในภาพรวมจะช่วยชี้้นำการตัดสินใจและการบริหารจัดการเพื่อบรรลุผลลัพธ์สำคัญและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร
- ▶ การวิเคราะห์ประกอบด้วย การประเมินแนวโน้ม, การคาดการณ์ทั้งในระดับองค์กร ระดับธุรกิจโดยรวม การคาดการณ์เทคโนโลยี, การเปรียบเทียบ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล และการหาความสัมพันธ์ระหว่างกัน เพื่อสนับสนุนการทบทวนผลงานขององค์กร การทราบต้นเหตุของปัญหา และช่วยจัดลำดับความสำคัญในการใช้ทรัพยากร
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามวงรอบเวลาของการทบทวนประเมินผลงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหมาย
- ผู้นำระดับสูงพิจารณาข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์แล้วเพื่อประเมินสิ่งต่อไปนี้
  - ▶ ความสำเร็จขององค์กรตามพันธกิจและเป้าประสงค์
  - ▶ ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
  - ▶ ความสามารถในการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงขององค์กรและสิ่งแวดล้อมภายนอก.
- ผู้นำระดับสูงทบทวนการวิเคราะห์ข้อมูลว่าได้ข้อมูลที่มีความหมายตามความต้องการหรือไม่ มีโอกาสปรับปรุงการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร

## ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นผลของการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบปีที่ผ่านมา
- โอกาสและการปรับปรุงการวิเคราะห์ข้อมูล

- (2) องค์กรนำสิ่งที่ได้จากการทบทวนประเมินผลงานขององค์กรมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงและหาโอกาสสร้างนวัตกรรม, พร้อมทั้งถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร.
- (3) องค์กรนำผลการทบทวนประเมินผลงานขององค์กร ไปใช้ในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญอย่างเป็นระบบ.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุง (ซึ่งอาจจะเรียกว่าเข็มมุ่ง หรือจุดมุ่งเน้นในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ก็ได้)
- ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงที่กำหนดขึ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการ
- ผู้นำระดับสูงติดตามกระตุนการปรับปรุงกระบวนการสำคัญอย่างต่อเนื่อง และติดตามผลลัพธ์ของการปรับปรุงในรอบต่อไปของการทบทวนประเมินผลงาน
- ผู้นำระดับสูงทบทวนการกำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุง เพื่อให้มั่นใจว่าได้กำหนดจุดมุ่งเน้นในประเด็นสำคัญจริงๆ และไม่ละเลยในบางประเด็นที่อาจถูกมองข้ามไป

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา การดำเนินการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

## Self Enquiry I-4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1)

องค์กรจัดให้มีการวัด วิเคราะห์ ปรับทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน โดยใช้ ข้อมูลและสารสนเทศ ในทุกระดับและทุกส่วนขององค์กร.

### การเตรียมการของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจ core values เรื่อง management by fact, focus on results
- ทบทวนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของ รพ.
- ทำความเข้าใจแนวคิดการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินแนวโน้ม, การคาดการณ์ทั้งในระดับองค์กร ระดับธุรกิจโดยรวม การคาดการณ์เทคโนโลยี, การเปรียบเทียบ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล และการหาความสัมพันธ์ระหว่างกัน เพื่อสนับสนุนการทบทวนผลงานขององค์กร การทราบต้นเหตุของปัญหา และช่วยจัดลำดับความสำคัญในการใช้ทรัพยากร

### กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์:

ผู้รับผิดชอบการวิเคราะห์ข้อมูล หัวหน้าหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงาน

### ประเด็นคำถามผู้รับผิดชอบการวัดและวิเคราะห์ข้อมูลในระดับ sw.

- ขอให้ยกตัวอย่างแนวทางการกำหนดตัวชี้วัดการบรรลุวัตถุประสงค์ของ รพ. และการทำให้ตัวชี้วัดของทั้ง รพ.สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ทำอย่างไรให้มีตัวชี้วัดในระดับ รพ.ให้น้อยที่สุด แต่ได้ประโยชน์ที่สุด

- ขอให้ยกตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเชื่อมโยงตัวชี้วัดที่หลากหลายเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ของ รพ. ที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น
- ลำดับความสำคัญในการพัฒนาของ รพ.คืออะไร มีที่มาจากการติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลอะไรบ้าง
- มีการใช้ตัวชี้วัดเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นหรือมีแผนที่จะใช้อย่างไรบ้าง

### ประเด็นคำถามหัวหน้าหน่วยงาน

- ตัวชี้วัดที่หน่วยงานใช้ในการควบคุมกำกับงานประจำคืออะไร มีบทเรียนจากการ monitor ตัวชี้วัดดังกล่าวอย่างไร
- จาก service profile ของหน่วยงาน ตัวชี้วัดที่ใช้วัดการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานคืออะไร มีการนำผลการติดตามไปใช้ประโยชน์อย่างไร
- ตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยงานที่สนับสนุนเป้าหมายของ รพ.คืออะไร ผลงานของหน่วยงานนี้เทียบกับหน่วยงานอื่นๆ และภาพรวมของ รพ.เป็นอย่างไร มีการนำผลการติดตามตัวชี้วัดนี้ไปใช้ประโยชน์ในระดับหน่วยงานอย่างไร คิดว่ามีตัวชี้วัดอื่นที่ควรวัดในเรื่องนี้อีกหรือไม่ อะไรบ้าง

### ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงาน

- ประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพที่ รพ.มุ่งเน้นในขณะนี้คืออะไร มีความเกี่ยวข้องกับงานของผู้ถูกสัมภาษณ์อย่างไร

## SPA I-4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (MAK.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีข้อมูล สารสนเทศ ซอฟต์แวร์ และฮาร์ดแวร์ ที่จำเป็น มีคุณภาพ และพร้อมใช้งาน สำหรับบุคลากร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน. องค์กรสร้าง และจัดการสินทรัพย์ความรู้ของตนเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของ องค์กร.

### ก. การจัดการทรัพยากรสารสนเทศ

- (1) ข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับบุคลากร / ผู้บริหาร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / องค์กร ภายนอก มีความพร้อมใช้งาน เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการ การตรวจสอบ ทางคลินิก การพัฒนาคุณภาพ การศึกษา และการวิจัย. แผนงานและการจัดการ สารสนเทศ มีความเหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร.
- (2) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์มีความเชื่อถือได้ ป้องกันไม่ให้ข้อมูล รั่วไหล และใช้งานง่าย.
- (3) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ มีความพร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน.
- (4) องค์กรปรับปรุงกลไกการจัดให้มีข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และ ซอฟต์แวร์ที่พร้อมใช้ให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง ทิศทางของบริการสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศของ รพ.สำรวจความต้องการใช้ข้อมูล และสารสนเทศของ บุคลากร / ผู้บริหาร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน /



องค์กรภายนอก และดำเนินการสำรวจซ้ำเป็นระยะ

- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศของ รพ. ทบทวนความพร้อมใช้งานของ ข้อมูลและสารสนเทศที่มีอยู่ เปรียบเทียบกับความต้องการใช้ วาง แผนพัฒนาในส่วนที่ยังไม่สามารถตอบสนองได้ โดยพิจารณาให้ สมดุลในความต้องการใช้งานต่อไปนี้
  - ▶ การดูแลผู้ป่วย
  - ▶ การบริหารจัดการ
  - ▶ การตรวจสอบทางคลินิกและการพัฒนาคุณภาพ
  - ▶ การศึกษาและการวิจัย
- ผู้บริหารระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาข้อกำหนดของ มาตรฐานเกี่ยวกับการจัดการระบบสารสนเทศขององค์กร เช่น ข้อ กำหนดของ COBIT ๓ (Control Objectives for Information and related Technology) ซึ่งมีองค์ประกอบพื้นฐาน 4 ประการได้แก่ ความต้องการขององค์กร, ทรัพยากรด้าน IT, กระบวนการด้าน IT, และสารสนเทศขององค์กร
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องวางแผนและระบบการ จัดการสารสนเทศให้เหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบการ จัดการสารสนเทศของ รพ. และดำเนินการปรับปรุงตามความเหมาะสม

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความต้องการของผู้ใช้และความสามารถในการตอบสนองความต้องการ ของผู้ใช้ระบบสารสนเทศในด้านต่างๆ
- ผลการประเมินประสิทธิภาพของระบบการจัดการสารสนเทศและการ ปรับปรุงที่เกิดขึ้น

## ข. การจัดการความรู้ขององค์กร

มีการจัดการความรู้ขององค์กรเพื่อให้เกิดสิ่งต่อไปนี้: การรวบรวมและถ่ายทอดความรู้ของบุคลากร, การถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ที่เป็นประโยชน์จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และองค์กรภายนอก, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่ดีหรือที่เป็นเลิศ และนำไปสู่การปฏิบัติ, การประมวลและนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์, และการนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการดูแลรักษามาประยุกต์ใช้.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันศึกษาแนวคิด กลยุทธ์ และเครื่องมือเกี่ยวกับการจัดการความรู้
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับบุคลากรของ รพ. เพื่อให้ รพ. ประสบความสำเร็จ รวมทั้งแหล่งที่มาของความรู้ดังกล่าว (ครอบคลุมทั้ง explicit knowledge และ tacit knowledge)
- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีโครงสร้างพื้นฐานในการจัดการความรู้ และสร้างระบบแรงจูงใจที่เหมาะสม
- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีการจัดการความรู้ในด้านต่อไปนี้
  - ▶ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากร เช่น การจัดตั้ง Community of Practice ในหัวข้อที่บุคลากรสนใจร่วมกัน, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลยุทธ์การนำ scientific evidence ไปสู่การปฏิบัติ, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การแก้ปัญหาที่หน้างานซึ่งไม่มีในตำราหรือคู่มือ, การเก็บเกี่ยวความรู้จากผู้อาวุโสหรือผู้ที่จะออกจากที่ทำงาน, การพัฒนาจิตตปัญญาของบุคลากรผ่านสุนทรียสนทนา ฯลฯ
  - ▶ การเรียนรู้จากผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และองค์กรภายนอก เช่น การเชิญผู้ป่วยมาร่วมให้ข้อคิดเห็นและนำเสนอความต้องการเพื่อปรับปรุงบริการเฉพาะเรื่อง, การทำ benchmark กับองค์กรภายนอกที่ทำได้ดี, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลภายนอกในเวทีต่างๆ ฯลฯ
  - ▶ การค้นหา good practice หรือ best practice และนำไปสู่การปฏิบัติ อาจจะเป็นการดำเนินการใน 2 ข้อที่กล่าวมา หรือมีกิจกรรมเฉพาะในการค้นหา และสร้างกลไกให้สามารถขยาย

ผลการปฏิบัติดังกล่าวไปทั่วทั้งองค์กร

- ▶ การประมวลและนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์ ซึ่งอาจจะเป็นความรู้จากการติดตามประเมินผลงานภายในองค์กร หรือความรู้จากภายนอก
- ▶ การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการดูแลรักษามาประยุกต์ใช้ เช่น การใช้ gap analysis วิเคราะห์โอกาสพัฒนา, การใช้แนวคิด Human Factors Engineering เพื่อออกแบบระบบงานให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ง่าย, การตามรอยการปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยเน้นความครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญให้มากที่สุด และเชื่อมโยงกับการวัดผลทางด้านคลินิก
- ผู้นำระดับสูงพิจารณาประเด็นเหล่านี้ในการจัดการความรู้
  - ▶ การปลูกฝังความรับผิดชอบต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
  - ▶ การฝังความรู้ลงในบริการหรือการทำงาน
  - ▶ การผลิตความรู้ (ซุมทรัพย์ความรู้) จากการทำงานในองค์กรและการสื่อสาร
  - ▶ การนำความรู้ไปสู่นวัตกรรม
  - ▶ การทำผังเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ
  - ▶ การบูรณาการการจัดการความรู้กับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เช่น การใช้ Peer Assist และ AAR ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ, การเรียนรู้จากการประเมินผลโครงการ, ใช้เป้าหมายขององค์กรและหน่วยงานเป็นตัวกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพและการจัดการความรู้
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินประสิทธิภาพของการจัดการความรู้ และนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบการจัดการความรู้

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความรู้ที่จำเป็นสำหรับบุคลากร
- Good practice ในด้านการจัดการความรู้ของ รพ.
- ระดับการจัดกิจกรรมการจัดการเรียนรู้และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

### ค. คุณภาพของข้อมูล สารสนเทศ และความรู้

- (1) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าข้อมูล สารสนเทศ และความรู้ขององค์กร มีความแม่นยำ เชื่อถือได้ ทันเหตุการณ์ และปลอดภัย.
- (2) องค์กรสร้างความมั่นใจในการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศ.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบวิเคราะห์จุดที่จะมีโอกาสเกิดปัญหาในแต่ละมิติของคุณภาพของข้อมูล สารสนเทศ และความรู้ต่อไปนี้ และประเมินคุณภาพในมิติดังกล่าวเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบ
  - ▶ ความถูกต้องแม่นยำ (accuracy)
  - ▶ ความน่าเชื่อถือ (reliability)
  - ▶ ความทันเหตุการณ์ (timeliness)
  - ▶ ความปลอดภัย (security)
  - ▶ การรักษาความลับ (confidentiality)

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินคุณภาพของข้อมูล สารสนเทศ และความรู้ขององค์กร และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

---

## Self Enquiry I-4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (MAK.2)

---

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีข้อมูล สารสนเทศ ซอฟต์แวร์ และฮาร์ดแวร์ ที่จำเป็น มีคุณภาพ และพร้อมใช้งาน สำหรับบุคลากร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน. องค์กรสร้าง และจัดการสินทรัพย์ความรู้ของตนเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร.

### การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจ core values เรื่อง learning

### ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงาน

- ระบบคอมพิวเตอร์ของ รพ. ใช้งานได้ดีตลอดเวลาหรือไม่ เคยมี ปัญหาที่ต้องหยุดการใช้งานบ่อยเพียงใด แต่ครั้งนานเท่าไร
- เมื่อมีปัญหาข้อสงสัยเกี่ยวกับระบบคอมพิวเตอร์ ท่านขอความช่วยเหลือจากใคร ผลเป็นอย่างไรบ้าง
- มีแนวทางในการรักษาความลับของผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ อย่างไร
- ท่านสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ในระดับใด มีข้อมูลอะไรที่ท่านไม่สามารถเข้าถึงได้
- ท่านมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในหน่วยงานและระหว่าง หน่วยงานอย่างไรบ้าง

### SPA I-5.1 ความผูกพันของบุคลากร (HRF.1)

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ เพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์กรและระดับบุคคล. บุคลากรและผู้นำได้รับการพัฒนาเพื่อให้สร้างผลงานที่ดี.

#### ก. การเพิ่มคุณค่าบุคลากร

- (1) องค์กรกำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน และความพึงพอใจ ของบุคลากรแต่ละกลุ่ม และแต่ละส่วน.

#### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น คณะกรรมการทรัพยากรบุคคล) ร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องความผูกพันของบุคลากร
  - ▶ ความผูกพันของบุคลากร หมายถึง ระดับของมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล คำว่า staff engagement บางคนอาจจะแปลว่า “การผูกใจบุคลากร” หรือใช้คำง่ายๆ ว่า “ร่วมด้วย ช่วยกัน”
  - ▶ การสร้างความผูกพัน ครอบคลุมการสร้างความสัมพันธ์ การสร้างความพึงพอใจ การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร การบริหารค่าตอบแทนและสร้างแรงจูงใจ การฝึกอบรม
  - ▶ บุคลากรที่มีความผูกพันกับองค์กร จะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร งานที่ได้รับมอบหมายเป็นงานที่มีคุณค่า สอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัว สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร มีแรงจูงใจในตนเองสูง มีความมั่นใจที่จะเสนอแนวคิดใหม่ๆ มีความรับผิดชอบต่อ

### ความสำเร็จของงาน

- ผู้นำระดับสูงกับทีมงานที่เกี่ยวข้องขอบทวนการจำแนกกลุ่มบุคลากรและความต้องการหรือลักษณะร่วมของบุคลากรในแต่ละกลุ่ม
- ผู้นำระดับสูงกับทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่มของ รพ. โดยพิจารณาปัจจัยต่อไปนี้
  - ▶ ปัจจัยร่วมที่มีผลต่อความผูกพันและความพึงพอใจ
    - ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและผู้ปฏิบัติงาน การช่วยเหลือของผู้บริหาร
    - ความร่วมมือ ความไว้วางใจ
    - การสื่อสาร
    - การฝึกอบรม การพัฒนาความรู้ความสามารถ
    - ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน ความมั่นคงในงาน
    - การอยู่ร่วมกันเหมือนพี่น้อง การทำงานเป็นทีม
  - ▶ ปัจจัยที่มีผลด้านการสร้างความพึงพอใจของบุคลากร
    - ภาระงาน
    - ค่าตอบแทน
    - การแก้ไขปัญหาและข้อร้องเรียน
  - ▶ ปัจจัยที่มีผลด้านความผูกพันของบุคลากร
    - ความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ
    - การให้อำนาจตัดสินใจ
    - การยกย่องชมเชยและการให้รางวัล
    - โอกาสที่เท่าเทียมกัน
  - ▶ ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้อง นำปัจจัยที่วิเคราะห์ได้ไปประเมินสถานการณ์ในองค์กร (อาจจะใช้การสนทนากลุ่มแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ผู้ที่ลาออกหรือผู้ที่ยังคงทำงานอยู่) จำแนกความแตกต่างของปัจจัยดังกล่าวในแต่ละกลุ่ม (ถ้าเป็นไปได้) ดำเนินการปรับปรุงในจุดที่เป็นโอกาสพัฒนาที่สำคัญ

## ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความผูกพันและความพึงพอใจ (ระบุความแตกต่างในแต่ละกลุ่ม ถ้ามี)
- การปรับปรุงระบบงานที่เกิดขึ้นเพื่อให้บุคลากรมีความผูกพันและความพึงพอใจมากขึ้น

(2) องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดี และมีแรงจูงใจ ดังต่อไปนี้

- ความร่วมมือ การสื่อสารและการแบ่งปันทักษะที่มีประสิทธิภาพ ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพต่างสาขา ระหว่างผู้ที่อยู่ต่างหน่วยงาน และต่างสถานที่ (ตามความเหมาะสม)
- การกระจายข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารสองทางกับหัวหน้างานและผู้บริหารที่มีประสิทธิภาพ
- การตั้งเป้าหมายระดับบุคคล การให้อำนาจตัดสินใจ และความคิตรีเริ่ม
- นวัตกรรมภายใต้สภาพแวดล้อมของงาน
- ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากข้อคิด วัฒนธรรม และความคิดเห็นที่หลากหลายของบุคลากร

## กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันทำความเข้าใจความหมายของการมีผลงานที่ดี (good performance)
  - ▶ มีจุดเน้นสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร
  - ▶ มุ่งเน้นผู้ปวยและผู้รับผลงานอื่นๆ ตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันวางแผนเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมที่ช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดีดังนี้
  - ▶ ความร่วมมือ การสื่อสารและการแบ่งปันความรู้/ทักษะ ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพต่างสาขา ต่างหน่วยงาน และต่างสถานที่ เช่น การส่งเสริมให้เกิดทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับต่างๆ การส่งเสริมให้เกิดชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) หรือการจัดเวทีแลกเปลี่ยนต่างๆ การมีระบบพี่เลี้ยง การใช้ intranet



- ▶ การกระจายข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารกับหัวหน้างานและผู้บริหาร เช่น การตรวจเยี่ยมประจำวัน การมีนโยบายเปิดประตูรับข้อคิดเห็นและคำร้องเรียนของบุคลากร (open door policy) การใช้ intranet
- ▶ การให้อำนาจตัดสินใจ และความคิดริเริ่ม เช่น การกำหนดทรัพยากรที่บุคลากรสามารถตัดสินใจใช้เพื่อแก้ปัญหาหน้างานได้เอง ระบบข้อเสนอแนะ การมีแรงจูงใจให้เสนอแนะนำความคิดริเริ่มมาปฏิบัติ
- ▶ ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากวัฒนธรรม และความคิดเห็นที่หลากหลายของบุคลากร เช่น ระบบข้อเสนอแนะ การสนทนากลุ่มในสมาชิกที่มีลักษณะหลากหลาย การนำวัฒนธรรมในท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ
- ▶ การใช้เป้าหมายในระดับต่างๆ เช่น การถ่ายทอดเป้าหมายไปสู่ทีมงานต่างๆ โดยที่ทีมงานสามารถปรับเป้าหมายให้อยู่ในวิสัยที่เป็นไปได้ (catch ball technique หรือ Hoshin planning) การส่งเสริมให้แต่ละคนมีเป้าหมายการทำงานที่วัดได้และมีความหมาย

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในการสร้างวัฒนธรรมเกี่ยวกับความร่วมมือ การสื่อสาร การแบ่งปันความรู้/ทักษะ การให้อำนาจตัดสินใจ ความคิดริเริ่ม การใช้ความคิดเห็นที่หลากหลาย การใช้เป้าหมาย

(3) ระบบประเมินและพัฒนาผลงานบุคลากร (staff performance management system) ส่งเสริมให้บุคลากรสร้างผลงานที่ดี มีความผูกพันกับองค์กร, หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / การให้บริการสุขภาพ, และการนำไปปฏิบัติให้สำเร็จผล. ระบบดังกล่าวนำประเด็นเรื่องการบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย และการสร้างแรงจูงใจมาพิจารณาด้วย.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับ

## performance management system

- ▶ Performance Management System-PMS เป็นเครื่องมือในการบริหาร ที่เน้นการสื่อสารระหว่างผู้บริหารกับบุคลากร ให้ทุกคนมีจุดสนใจร่วมกันที่พันธกิจ ทิศทางและค่านิยมขององค์กร ทำให้ผู้บริหารสามารถนำพลังของบุคลากรมาใช้เพื่อบรรลุประโยชน์ของทั้ง 3 ฝ่าย คือ การบรรลุเป้าประสงค์ขององค์กร ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และประโยชน์ต่อบุคลากร
- ▶ องค์ประกอบที่สำคัญของระบบ
  - การสื่อสารเพื่อให้ทุกคนเข้าใจเป้าหมายของระบบ PMS และเกิดความตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา
  - การที่ทุกคนมีบทบาทที่ชัดเจนในเรื่องนี้ เริ่มจากผู้นำระดับสูง กำหนด strategic priorities ซึ่งจะถูกถ่ายทอดมาเป็นเป้าหมายในระดับต่างๆ ที่ผู้นำจะถูกประเมินผลงาน หัวหน้าหน่วยงานใช้ประเมินผลงานของบุคลากรและพูดคุยกับบุคลากรแต่ละคน
  - การพัฒนาทักษะของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งผู้นำและบุคลากร (บุคลากรควรเป็นผู้จัดทำ performance plan ของตนหลังจากที่ได้รับทราบข้อมูลของหน่วยงานและเป้าหมายของหัวหน้า เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการพูดคุยระหว่างหัวหน้างานกับบุคลากรในหน่วยงาน
  - ระบบต่างๆ จะต้องสนับสนุน PMS และใช้ข้อมูลจาก PMS เพื่อสนับสนุนระบบที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรบุคคลอื่นๆ เช่น การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร, การคัดสรรและเลื่อนตำแหน่ง, การบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย และการสร้างแรงจูงใจ
  - การประเมินผลระบบ PMS ที่ชัดเจน เริ่มจากการประเมิน compliance ไปสู่การประเมินคุณภาพและสัมฤทธิ์ผล
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันกำหนด strategic priorities ที่จะใช้ในการประเมินผลงาน และเป้าหมายที่สามารถวัดได้ (เริ่มด้วยสิ่งที่มีความหมายสำหรับทุกคน และสามารถวัดได้ไม่ยาก จำนวนน้อยที่สุด)
- ผู้นำระดับสูงทดลองใช้ PMS กับผู้นำระดับกลาง เพื่อให้เกิดความ

เข้าใจและเห็นคุณค่าของระบบ

- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้พัฒนาทักษะของหัวหน้าหน่วยงานและบุคลากรในการที่จะนำ PMS ไปใช้ให้เกิดประโยชน์
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ นำ PMS ไปสู่การปฏิบัติ โดยเน้นความสำคัญของการสื่อสารระหว่างหัวหน้าหน่วยงานกับบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยทุก 3 เดือน)
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันสร้างความเชื่อมโยงระบบ PMS กับระบบอื่นๆ ตามความเหมาะสม
- ประเมินผลระบบ PMS เป็นประจำทุกปี เริ่มจากการประเมิน compliance (การปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบไว้) ไปสู่การประเมินคุณภาพและสัมฤทธิ์ผล
- สำหรับ รพ.ของรัฐ ควรวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของระบบประเมินผลงานบุคลากรที่ใช้อยู่ ชำรงในส่วนที่เป็นจุดแข็ง และพัฒนาระบบเพื่อแก้ไขจุดอ่อนตามข้อเสนอแนะในส่วนนี้ อาจจะดำเนินการทดลองในขอบเขตที่เหมาะสมก่อน

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Strategic priorities ที่นำมาใช้ในการประเมินผลงานบุคลากรในระบบ PMS
- ความเชื่อมโยงระหว่างระบบ PMS กับระบบที่เกี่ยวข้องอื่นๆ
- ผลการประเมินระบบ PMS (รวมถึงความครอบคลุมในการนำ PMS ไปใช้ ความถี่ในการพูดคุยเรื่องผลการดำเนินงานระหว่างหัวหน้างานกับบุคลากรแต่ละคน)

## ข. การพัฒนาบุคลากรและผู้นำ

(1) ระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากร พิจารณาประเด็นต่อไปนี้

- ความจำเป็นและความต้องการในการเรียนรู้และพัฒนา ซึ่งบุคลากร หัวหน้างาน และผู้บริหารระบุ
- ข้อกำหนดเพื่อการฝึกอบรมอนุญาตการประกอบวิชาชีพ
- ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และการบรรลุแผนปฏิบัติการขององค์กร
- จริยธรรม คุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ
- การปรับปรุงผลงานขององค์กร การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี และนวัตกรรม
- สมดุลระหว่างวัตถุประสงค์ขององค์กรกับความต้องการของบุคลากร
- การเรียนรู้ และสินทรัพย์ความรู้ ขององค์กร
- โอกาสและรูปแบบการพัฒนาที่หลากหลาย รวมทั้งการศึกษา การฝึกอบรม การโค้ช การเป็นพี่เลี้ยง การสะสมประสบการณ์จากการทำงาน (ตามความเหมาะสม)
- การถ่ายทอดความรู้จากผู้ที่ลาออกหรือเกษียณอายุ
- การหนุนเสริมให้นำความรู้และทักษะใหม่ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน

## กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณากำหนดสมดุลของการพัฒนาบุคลากร ดังตัวอย่างในแนวมุมต่อไปนี้
  - ▶ สมดุลระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเองกับการเรียนรู้ตามหลักสูตรที่มีการจัดอบรม
  - ▶ สมดุลระหว่างการเรียนรู้ที่เป็นทางการกับที่ไม่เป็นทางการ
  - ▶ สมดุลระหว่างการฝึกอบรมภายในองค์กรกับการฝึกอบรมภายนอกองค์กร
  - ▶ สมดุลระหว่างการเรียนรู้ความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับการเรียนรู้ความรู้ที่ชัดเจน (explicit knowledge)
  - ▶ สมดุลระหว่างการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ กับการเรียนรู้ทางทฤษฎี
  - ▶ สมดุลระหว่างบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับบุคคล หน่วยงาน และ รพ.

- ▶ สมดุลระหว่างความต้องการการเรียนรู้ของบุคลากรกับวัตถุประสงค์ขององค์กร
- ▶ สมดุลระหว่างการพัฒนาความรู้เพื่อการทำงานกับการพัฒนาจิตปัญญา
- ▶ สมดุลระหว่างการพัฒนา technical skill กับ non-technical skill (เช่น การสื่อสาร การตัดสินใจ การทำงานเป็นทีม การแก้ปัญหา การแปลความหมายและใช้ข้อมูล คอมพิวเตอร์)
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องกำหนดองค์ประกอบของระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนด learning need, การออกแบบวิธีการพัฒนาบุคลากรที่หลากหลาย, การดำเนินการฝึกอบรมและสร้างโอกาสการเรียนรู้, การหนุนเสริมให้นำความรู้และทักษะใหม่ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน, การประเมินประสิทธิผลของระบบ, การปรับปรุงระบบ,
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องรวบรวมข้อมูลเพื่อกำหนด learning need ในระดับองค์กรและระดับหน่วยงาน ดังต่อไปนี้
  - ▶ วัตถุประสงค์ขององค์กร ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร
  - ▶ การสำรวจเนื้อหาที่จำเป็นต้องเรียนรู้ (Learning need) จากบุคลากร หัวหน้างาน และผู้บริหาร
  - ▶ การประเมิน competency ของบุคลากร
  - ▶ ข้อมูลจากฐานข้อมูลความเสี่ยง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนทางคลินิก การตามรอยทางคลินิก
  - ▶ ประเด็นสำคัญด้านจริยธรรม คุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันออกแบบวิธีการพัฒนาบุคลากรที่หลากหลาย เช่น
  - ▶ การฝึกอบรมระหว่างปฏิบัติงาน โดยมีระบบพี่เลี้ยง
  - ▶ การเรียนในห้องเรียน
  - ▶ การเรียนจากคอมพิวเตอร์
  - ▶ การเรียนทางไกล
  - ▶ การได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน

- ผู้นำทุกระดับหนุนเสริมให้นำความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่ได้จากการเรียนรู้มาปฏิบัติ
  - ▶ หัวหน้าหน่วยงานจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับความจำเป็น ประสพการณ์ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรค เกี่ยวกับการนำความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่ได้จากการเรียนรู้มาปฏิบัติ รวมทั้งมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค
  - ▶ หัวหน้าหน่วยงานสังเกต ตรวจสอบ หรือประเมินการนำความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่สำคัญมาสู่ปฏิบัติในหน่วยงาน
  - ▶ ผู้นำกำหนดระบบแรงจูงใจที่เหมาะสม

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรให้มีความสมดุลยิ่งขึ้น (จุดใดที่ได้รับความสำคัญมากขึ้น)
- สรุป learning need ที่สำคัญของบุคลากรกลุ่มต่างๆ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้ (อาจนำเสนอในลักษณะตาราง)
- การเชื่อมโยงข้อมูลจากฐานข้อมูลความเสี่ยง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนทางคลินิก การตามรอยทางคลินิก มาสู่การกำหนด learning need

#### (2) ระบบพัฒนาและเรียนรู้สำหรับผู้ นำ พิจารณาประเด็นต่อไปนี้

- การพัฒนาคุณสมบัติการเป็นผู้นำเฉพาะตัว
- การพัฒนาความรู้ขององค์กร
- จริยธรรมในการให้บริการสุขภาพและการดำเนินงาน
- ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และการบรรลุแผนปฏิบัติการขององค์กร
- การปรับปรุงผลงานขององค์กร การเปลี่ยนแปลง และนวัตกรรม
- โอกาสและรูปแบบการพัฒนาที่หลากหลาย รวมทั้งการศึกษา การฝึกอบรม การโค้ช การเป็นพี่เลี้ยง การสะสมประสบการณ์จากการทำงาน (ตามความเหมาะสม)

## กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงพิจารณาระบบพัฒนาและเรียนรู้สำหรับผู้นำโดยอาศัยแนวทางสำหรับบุคลากรทั่วไป และเพิ่มเติมในประเด็นต่อไปนี้
  - ▶ การกำหนด learning need ของผู้นำ เช่น การพัฒนาคุณสมบัติการเป็นผู้นำเฉพาะตัว จริยธรรมในการดำเนินกิจการ
  - ▶ รูปแบบการพัฒนาผู้นำที่เหมาะสม
  - ▶ บทบาทของผู้นำในการพัฒนาความรู้ขององค์กร
  - ▶ การเชื่อมโยงกับการประเมินประสิทธิผลของระบบการนำใน I-1.1

## ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุป learning need ที่สำคัญสำหรับผู้นำ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้ (อาจนำเสนอในลักษณะตาราง)

(3) องค์กรประเมินประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ โดยพิจารณาผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล และผลงานขององค์กรร่วมด้วย.

## กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้ โดยอาจพิจารณาประเมินใน 4 ระดับต่อไปนี้
  - ▶ Reactive evaluation ประเมินความรู้สึกต่อประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคลากร
  - ▶ Learning evaluation ประเมินความรู้ที่เพิ่มขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรม
  - ▶ Behaviour evaluation ประเมินการประยุกต์ใช้ความรู้ในงานที่ได้รับผิดชอบ เช่น การสังเกตโดยหัวหน้างาน การสัมภาษณ์ หรือการประเมินตนเอง
  - ▶ Result evaluation ประเมินผลกระทบต่อกิจการหรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นตัววัดที่ใช้ในระบบบริหารอยู่แล้ว แต่ต้องเลือกตัวชี้วัดที่สัมพันธ์กับหน้าที่รับผิดชอบของผู้ถูกประเมิน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องนำผลการประเมินมาปรับปรุงระบบการพัฒนาและเรียนรู้ของบุคลากรและผู้นำ

## ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินระบบการพัฒนาและเรียนรู้ของบุคลากรและผู้นำ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(4) องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ. องค์กรมีการวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ.

## กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาแนวทางการจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากรสายงานต่างๆ เช่น โอกาสที่เป็นไปได้ในปัจจุบันและในอนาคตสำหรับแต่ละสายงาน, คุณสมบัติและเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง, การพัฒนาและฝึกอบรม, การประเมินตัวบุคคล
- ผู้นำระดับสูงพิจารณาแนวทางการวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำด้วยการกำหนดตำแหน่งบริหารที่ต้องจัดทำ succession plan, กำหนด competency ในด้านการนำและการบริหาร, ค้นหาผู้ที่อยู่ในข่าย (candidate), จัดการพัฒนาและฝึกอบรม, ติดตามผลการปฏิบัติงาน

## ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- แนวทางการจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงาน
- แนวทางการวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำ

### **ค. การประเมินความผูกพันของบุคลากร**

(1) องค์กรประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร ด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม แต่ละส่วนของบุคลากร, และใช้ตัวชี้วัดเหล่านี้เพื่อปรับปรุงความผูกพันของบุคลากร.

## กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการประเมิน



ความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร โดยพิจารณาปัจจัยสำคัญที่วิเคราะห์ไว้ใน I-5.1 ก (1)

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาพิจารณาปรับปรุงปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของบุคลากร

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(2) องค์กรนำผลการประเมินความผูกพันของบุคลากรมาเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ / กิจการขององค์กร ในตอนที่ IV เพื่อระบุโอกาสในการปรับปรุงทั้งความผูกพันของบุคลากรและผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ / กิจการขององค์กร. (ข้อนี้เป็นตัวเลือกให้ รพ.พิจารณาใช้เมื่อมีความพร้อม)

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างระดับความผูกพันของบุคลากร กับผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ / กิจการขององค์กรในตอนที่ IV วิเคราะห์แนวโน้มของตัวชี้วัดแต่ละคู่ว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร
- ผู้นำระดับสูงพิจารณาว่าจะยกระดับผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ / กิจการขององค์กร ด้วยการปรับปรุงความผูกพันของบุคลากรได้อย่างไร

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมโยง และแนวทางการปรับปรุง

---

## Self Enquiry I-5.1 ความผูกพันของบุคลากร (HRF.1)

---

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ เพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์กรและระดับบุคคล. บุคลากรและผู้นำได้รับการพัฒนาเพื่อให้สร้างผลงานที่ดี.

### การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจความหมายของคำว่าความผูกพันของบุคลากร (staff engagement) ซึ่งครอบคลุมความมีใจรัก ผูกพัน และต้องการสร้างผลงานให้แก่องค์กรเหนือ

### ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงาน

- งานประจำที่ทำคืออะไร มีคุณค่าอย่างไร งานที่มีคุณค่าที่สุดที่ได้รับผิดชอบคืออะไร
- ผู้บริหารเคยมอบงานที่ทำทลายความสามารถอะไรให้รับผิดชอบบ้าง ผลเป็นอย่างไร มีความรู้สึกอย่างไร
- ได้รับการประเมินผลงานอย่างไร การประเมินนั้นช่วยในการวางแผนพัฒนาตัวผู้ถูกสัมภาษณ์อย่างไร
- มีโอกาสได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาอย่างไรบ้าง มีความสมดุลระหว่างความต้องการของผู้ถูกสัมภาษณ์กับความต้องการขององค์กรอย่างไร
- จากประสบการณ์การทำงานที่รับผิดชอบ ถ้าจะให้ผลงานมีความเป็นเลิศยิ่งขึ้น คิดว่าต้องการได้รับการพัฒนาในด้านใดเพิ่มเติม

---

## SPA I-5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (HRF.2)

---

องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลัง เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ. องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพดี และมีความปลอดภัย.

### ก. ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร

(1) องค์กรประเมินขีดความสามารถของบุคลากรและระดับกำลังคนที่ต้องการ. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถของบุคลากรและข้อกำหนดในกฎหมาย.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจความหมายของขีดความสามารถของบุคลากร (staff capability) ในที่นี้หมายถึงขีดความสามารถของบุคลากรในภาพรวมขององค์กรที่จำเป็นต่อการบรรลุผลสำเร็จของงาน ขีดความสามารถนี้ประกอบด้วยความรู้ ทักษะ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญของบุคลากร อาจพิจารณาขีดความสามารถโดยจำแนกเป็น
  - ▶ ขีดความสามารถทั่วไป หรือ core competency เช่น การสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การสร้างนวัตกรรม การพัฒนากระบวนการทำงาน
  - ▶ ขีดความสามารถเฉพาะงาน หรือ technical competency
  - ▶ ขีดความสามารถด้านการจัดการ หรือ managerial competency
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องกำหนดขีดความ

- สามารถของบุคลากรและระดับกำลังคนที่ต้องการในสายงานต่างๆ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินขีดความสามารถและระดับกำลังคนเทียบกับความต้องการขององค์กร
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องวางแผนและดำเนินการเพื่อให้ได้กำลังคนที่มีขีดความสามารถและจำนวนตามความต้องการ

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินขีดความสามารถและระดับกำลังคน และการตอบสนองที่เกิดขึ้น

(2) มีกระบวนการที่มีประสิทธิผลในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุลงตำแหน่ง และชำระรักษาบุคลากรใหม่. มีการรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของบุคลากรในด้านใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรเป็นตัวแทนของความหลากหลายทางข้อคิด วัฒนธรรม และความคิดอ่านของชุมชน.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารทรัพยากรบุคคลทำความเข้าใจเป้าหมายหรือ requirement ของกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคล (การสรรหา ตรวจสอบ/ประเมินคุณสมบัติ ว่าจ้าง บรรจุ เก็บบันทึกประวัติ และชำระรักษาบุคลากร)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนว่ากระบวนการที่ใช้อยู่นั้นบรรลุผลตามเป้าหมายหรือ requirement ของแต่ละกระบวนการเพียงใด
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องปรับปรุงกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคล

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินประสิทธิผลของกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคล และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(3) องค์กรบริหารและจัดระบบบุคลากรเพื่อ:

- ให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ
- ใช้ประโยชน์จากความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร
- หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / การให้บริการสุขภาพ
- ให้ผลดำเนินการเป็นไปตามความคาดหวังหรือดีกว่า
- ตอบสนองต่อความท้าทายเชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
- คล่องตัวพอที่จะตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาเป้าหมายของการบริหารและจัดระบบบุคลากรข้างต้น ซึ่งประกอบด้วย การตอบสนองต่อความท้าทาย การบรรลุเป้าหมาย การใช้ core values การตอบสนองความเปลี่ยนแปลง
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนว่าการบริหารและการจัดระบบใดบ้างที่หนุนเสริมให้บรรลุเป้าหมายข้างต้น (เช่น โครงสร้าง ทิศทาง แรงจูงใจ การสื่อสาร การกำหนดเป้าหมาย การรายงานและติดตามผล การเรียนรู้) อะไรเป็นจุดแข็ง อะไรเป็นโอกาสพัฒนา
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการพัฒนาการบริหารและจัดระบบบุคลากรตามโอกาสพัฒนาที่พบ

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในการบริหารและจัดระบบบุคลากร

(4) องค์กรเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและความเพียงพอ. องค์กรบริหารบุคลากร ความต้องการของบุคลากรและความต้องการขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง, เพื่อป้องกันการลดบุคลากร, และเพื่อลดผลกระทบจากการที่บุคลากรไม่เพียงพอ เมื่อมีความจำเป็น.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
  - ▶ โอกาสที่จะประสบปัญหาเกี่ยวกับขีดความสามารถและความ

เพียงพอของบุคลากร เช่น ปริมาณผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น จำนวนบุคลากรที่ลดลง แบบแผนการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลง ผลกระทบจากการร้องเรียน

- ▶ แนวทางการป้องกันปัญหาข้างต้น
- ▶ จุดที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ รวมทั้งแนวทางเพื่อสร้างความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัย
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวางแผนรองรับในกรณีที่ขีดความสามารถและกำลังคนไม่เพียงพอ (ทั้งระยะสั้นและระยะยาว) เพื่อเป็นหลักประกันว่าองค์กรและหน่วยงานจะทำหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการวิเคราะห์โอกาสเกิดปัญหาและการตอบสนอง

#### **ข. บรรยากาศในการทำงาน**

- (1) องค์กรสร้างความมั่นใจและดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้สถานที่ทำงานเอื้อต่อสุขภาพ ปลอดภัย และมีการป้องกันภัย. มีการกำหนดตัววัดผลงานและเป้าหมายการปรับปรุงสำหรับแต่ละประเด็นดังกล่าว. (นำไปประเมินรวมในหัวข้อ II-3.1 ก)
- (2) องค์กรให้การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรด้วยนโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ ซึ่งปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคลากรที่มีความหลากหลายแต่ละกลุ่ม.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องสำรวจความต้องการของบุคลากรแต่ละกลุ่มเกี่ยวกับนโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ ที่โรงพยาบาลสามารถสนับสนุนให้มีบรรยากาศในการทำงานที่ดี (อาจใช้วิธีการต่างๆ เช่น แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนสิ่งที่โรงพยาบาลจัดให้แก่บุคลากรว่ามีโอกาสปรับปรุงในส่วนใดได้อีก (ควรมีการทบทวนเป็นประจำทุกปี) และดำเนินการปรับปรุง

## ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- นโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ที่จัดให้แก่บุคลากร

### ค. สุขภาพบุคลากร

(1) บุคลากรมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติในการดูแลสุขภาพกาย ใจ สังคม ของตน.

## กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร และการเรียนรู้แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่บุคลากรเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งสำหรับตนเองและสำหรับผู้ป่วย โดยเน้นบทบาทความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องออกแบบกระบวนการที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและปฏิบัติการดูแลสุขภาพสำหรับบุคลากรแต่ละกลุ่ม (ควรพิจารณาให้สอดคล้องกับประเด็นสำคัญในบุคลากรกลุ่มที่มีโรคประจำตัว กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และกลุ่มทั่วไป)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดให้มีระบบติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพของบุคลากรทั้งในด้านพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพ

## ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ประเด็นสำคัญในบุคลากรแต่ละกลุ่ม การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเอง ผลลัพธ์ของการติดตามประเมินผล

(2) บุคลากรมีข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และแบบอย่างวัฒนธรรมองค์กรในการสร้างเสริมสุขภาพ.

## กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดเวทีให้บุคลากรร่วมกันพิจารณาในประเด็นต่อไป

- ▶ ข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
  - การละเว้นจากแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา
  - การเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การใช้รถใช้ถนน อาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย
  - การใช้วิธีการที่หลากหลายในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ศิลปะ ดนตรี งานอดิเรก
- ▶ วิธีการส่งเสริมให้บุคลากรส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพ
- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีระบบ สิ่งแวดล้อม กิจกรรม ที่เอื้อต่อการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและแบบอย่างวัฒนธรรมองค์กรในการสร้างเสริมสุขภาพ

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
- วิธีการส่งเสริมให้บุคลากรร่วมเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพ
- ระบบ สิ่งแวดล้อม กิจกรรม ที่โรงพยาบาลจัดขึ้นเพื่อส่งเสริมการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพ

(3) องค์กรประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วัณโรค ไข้หวัดใหญ่ และ HIV จากผู้ป่วย, เชื้อฉีดยาหรือของมีคมบาด, สารเคมีในห้องปฏิบัติการ, ก๊าซดมสลบ และยาเคมีบำบัด.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องศึกษาและทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาชีพอนามัยและความปลอดภัยของบุคลากรสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข CDC
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากรอย่างเป็นระบบ โดยพิจารณาให้สอดคล้องกับลักษณะงานของบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน โดยครอบคลุม
  - ▶ ความเสี่ยงจากการทำงานที่พบบ่อย เช่น sprains, strains,



contusion, cuts, punctures

- ▶ ความเสี่ยงจากการทำงานที่มีอันตรายสูง เช่น การติดเชื้ สารเคมี บั้จจัยทางกายภาพ (รังสี ความร้อน ไฟฟ้า เลเซอร์) และสิ่งแวด ลั้อม
- ทีมงานที่เกี่ยวข้งวางแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันอันตราย การสร้างภูมิคุ้มกัน และการปฏิบัติเมื่อ expose ต่อความเสี่ยง รวมทั้งจัดระบบรายงานและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อให้สามารถประเมิน การปฏิบัติตามแนวทางและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้
- ทีมงานที่เกี่ยวข้งตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ทั้งใน ส่วนของบุคลากร และผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของบุคลากร

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความเสี่ยงต่อสุขภาพสำคัญจำแนกตามบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ มาตรการป้องกันที่สำคัญ
- ข้อมูลที่ใช้ติดตามประเมินผล และการตอบสนองที่เกิดขึ้น

- (4) บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงาน และมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน ได้แก่ การตรวจสุขภาพทั่วไป ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน ประวัติการเจ็บป่วยและ อุบัติเหตุ รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจสุขภาพ ตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน.
- (5) บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินการเจ็บป่วยเนื่องมาจากการ ทำงาน รวมทั้งการติดเชื้ ซึ่งอาจจะมีผลต่อการดูแลผู้่วยและบุคลากรอื่นๆ ตาม ลักษณะงานที่รับผิดชอบ.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้งทบทวนและปรับปรุงระบบการประเมินสุขภาพเมื่อ แรกเข้าทำงาน การจัดทำข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน และการตรวจสุขภาพ ตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้งทบทวนความเหมาะสมของข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน ของบุคลากร
  - ▶ การตรวจสุขภาพทั่วไปเมื่อแรกรับ

- ▶ ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน
- ▶ ประวัติการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อซึ่งอาจจะทำให้เสี่ยงต่อการรับหรือแพร่กระจายโรคติดต่อ
- ▶ ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ
- ▶ พฤติกรรมสุขภาพ
- ที่งานที่เกี่ยวข้องจัดระบบให้ข้อมูลสุขภาพของบุคลากรมีความเชื่อมต่อกับบันทึกสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และสามารถเข้าถึงได้ตามความเหมาะสม
- ที่งานที่เกี่ยวข้องจัดระบบการตรวจสุขภาพประจำปี (หรือบ่อยกว่านั้น) ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ ประมวลผลข้อมูล และตอบสนองอย่างเหมาะสม

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน
- ผลการตรวจสุขภาพของบุคลากรและการตอบสนอง

(6) บุคลากรได้รับภูมิคุ้มกันโรคติดต่ออย่างเหมาะสม.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ที่งานที่เกี่ยวข้องพิจารณาความจำเป็นในการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของบุคลากรในสายงาน / หน่วยงานต่างๆ จัดให้ภูมิคุ้มกันโรคหรือทดสอบการมีภูมิคุ้มกันโรคตามความเหมาะสม และบันทึกประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรคในประวัติสุขภาพ
- วัคซีนที่ควรพิจารณา<sup>2</sup>
  - ▶ วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีสำหรับผู้ที่มีโอกาสสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งสูง
  - ▶ วัคซีนป้องกันโรคอื่นๆ เช่น influenza, MMR, varicella, DPT, meningococcal vaccine

<sup>2</sup> ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจาก <http://www.health.state.ny.us/prevention/immunization/toolkits/docs/hospital.pdf>

## ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- แนวทางการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่บุคลากร และผลการดำเนินงาน

(7) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม. องค์กรจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับทั้งการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อ ข้อบ่งชี้ในการจำกัดการปฏิบัติหน้าที่ และการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อซึ่งครอบคลุมถึงการให้ภูมิคุ้มกันและการจำกัดการปฏิบัติงาน.

## กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย / บาดเจ็บ, ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ, การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อ<sup>3</sup> / เจ็บป่วย / บาดเจ็บ, การจำกัดการปฏิบัติงาน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องซักซ้อมความเข้าใจ ตรวจสอบความพร้อม และตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วย / บาดเจ็บจากการทำงานและทบทวนมาตรการป้องกัน / การดูแล

## ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การเจ็บป่วย / บาดเจ็บจากการทำงานที่สำคัญ มาตรการสำคัญในการป้องกันและดูแล
- ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วย / บาดเจ็บจากการทำงาน และการตอบสนองที่เกิดขึ้น

<sup>3</sup> Post exposure prophylaxis เมื่อสัมผัสเชื้อ HIV, HVB, rabies

---

## Self Enquiry I-5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (HRF.2)

---

องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลัง เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ. องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพดี และมีความปลอดภัย.

### ประเด็นคำถามปฏิบัติงาน

- กำลังคนในหน่วยงานของท่านเหมาะสมกับงานหรือไม่ ถ้าไม่ ท่านต้องการคนเพิ่มอย่างน้อยที่สุดเท่าไร หน่วยงานของท่านจัดการอย่างไรกับกำลังคนที่ไม่เพียงพอเพื่อให้ทำงานได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัยต่อผู้รับบริการ
- เพื่อให้ รพ.บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ สามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ผู้ถูกสัมภาษณ์มีข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะอะไรต่อการบริหารบุคลากร ทั้งในระดับหน่วยงานและในระดับ รพ.
- มีข้อเสนอแนะอะไรบ้างที่ต้องการให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่ทำงานเพื่อให้มีความปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพมากขึ้น
- มีข้อเสนอแนะอะไรบ้างในเรื่องการจัดบริการและสิทธิประโยชน์ให้แก่บุคลากร
- ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วยและให้การป้องกันโรคอย่างไร
- ผู้ถูกสัมภาษณ์มีบทบาทอย่างไรในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชน

### SPA I-6.1 การออกแบบระบบงาน

องค์กรกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษของตน ออกแบบระบบงาน และกระบวนการสำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่นๆ, พร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน, และบรรลุความสำเร็จขององค์กร.

#### ก. ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร

(1) องค์กรกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษของตน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพันธกิจ สิ่งแวดล้อม และแผนปฏิบัติการ.

#### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้อง (เช่น CLT องค์กรแพทย์) ทำความเข้าใจความหมายของความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร (organization's areas of greatest expertise) ว่าเป็นความสามารถที่มีความสำคัญในเชิงกลยุทธ์ ซึ่งทำให้เกิดความได้เปรียบผู้อื่น นำไปสู่ความสำเร็จขององค์กรตามพันธกิจ วิสัยทัศน์ ซึ่งองค์กรจะต้องพยายามพัฒนาให้เชี่ยวชาญ
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องศึกษาตัวอย่างการกำหนดความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร
  - ▶ Mercy Health System (MBNQA winner 2007)
    - 1) partnering with physicians to create and maintain an effective **integrated healthcare delivery system**
    - 2) engaging employees and physicians using the Servant Leadership Philosophy and the COE model, which

provide a balanced approach to **patient focused care**

▶ ตัวอย่างอื่นๆ

- การร่วมมือกับชุมชนและองค์กรในท้องถิ่นเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนและสมาชิกในการดูแลสุขภาพของตนเอง
- การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์
- การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บูรณาการเข้าไปในชุมชน
- การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศในด้านอุบัติเหตุและโรคหัวใจ
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องทบทวนพันธกิจและสิ่งแวดล้อมขององค์กร แล้วร่วมกันกำหนดความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องนำความเชี่ยวชาญพิเศษที่กำหนดขึ้น มาจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาให้เกิดความเชี่ยวชาญยิ่งขึ้น และใช้แนวคิด 3P หรือ PDSA หรือ process management เพื่อติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

## ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร
- แนวทางการพัฒนาความเชี่ยวชาญพิเศษ

(2) องค์กรออกแบบระบบงานโดยรวม และสร้างนวัตกรรมให้กับระบบงาน โดยใช้ทรัพยากรจากภายนอก (และภายใน) อย่างเหมาะสม.

## กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันศึกษาตัวอย่างการกำหนดระบบงานโดยรวมของโรงพยาบาล
  - ▶ Sharp HealthCare (MBNQA winner 2007) กำหนดระบบงานของ enterprise ว่าประกอบด้วย Emergency Care, Home Care, Hospice Care, Inpatient Care, Long-term-care, Mental Health Care, Outpatient Care, Primary / Specialty, Rehabilitation, Urgent Care
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันศึกษาตัวอย่างการออกแบบ

และสร้างนวัตกรรมให้กับระบบงาน

- ▶ การพิจารณาว่างานใดจะทำเอง งานใดจะจ้างเหมาภายนอก และงานใดจะร่วมทุน/ร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก การพัฒนา software, การให้เอกชนลงทุนเทคโนโลยีราคาแพงในสถานที่ของรพ., การร่วมมือกับคลินิกเอกชนในการจัดการบริการผู้ป่วยนอก, การร่วมมือกับชุมชนในการดูแลผู้ป่วย
- ▶ การออกแบบระบบงานผ่าน value creation process เชื่อมโยงกระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการบริหาร และกระบวนการสนับสนุนเข้าด้วยกัน
- ▶ การเชื่อมโยงความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กรกับระบบงานหลักขององค์กร
- ▶ การจัดระบบงานที่สนับสนุนการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพและการให้บริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดระบบงานหลักของรพ. ศึกษาความต้องการของผู้รับบริการ กำหนดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของแต่ละระบบงาน พิจารณาทรัพยากรและกระบวนการเพื่อสนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ สร้างนวัตกรรมให้กับระบบงาน พิจารณาความร่วมมือกับภายนอกที่เป็นไปได้ กำหนดเป็นแผนพัฒนาโดยใช้ช่วงเวลาที่เหมาะสม

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ระบบงานโดยรวมของ รพ. และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของแต่ละระบบงาน
- นวัตกรรมเพื่อให้ระบบงานของ รพ. ได้ผล
- ความร่วมมือกับภายนอกที่ดำเนินการไปแล้ว และที่กำหนดเป็นแผนพัฒนา

## ข. การออกแบบกระบวนการทำงาน

- (1) องค์กรกำหนดกระบวนการทำงานสำคัญ ซึ่งสัมพันธ์กับความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร. กระบวนการเหล่านี้นำไปสู่การส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นๆ และความสำเร็จขององค์กร. (นำเสนอกระบวนการทำงานที่สำคัญ)
- (2) องค์กรจัดทำข้อกำหนด (คุณลักษณะที่คาดหวัง) ที่สำคัญของกระบวนการข้างต้น โดยใช้ข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นๆ ผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอก. (นำเสนอข้อกำหนด / ความคาดหวังที่สำคัญ)
- (3) องค์กรออกแบบและสร้างสรรค์นวัตกรรมสำหรับกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองข้อกำหนด / ความคาดหวังสำคัญข้างต้น โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย หลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร โอกาสที่จะต้องปรับเปลี่ยน ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น รอบเวลา ผลิตภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล.

## กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจมาตรฐานเรื่อง Process Management ซึ่งประกอบด้วย
  - ▶ การระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ (key work process) สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม (การกล่าวถึงกระบวนการในมาตรฐานบทนี้ ยังคงเป็นกระบวนการในภาพใหญ่ขององค์กร ซึ่งสามารถแตกย่อยลงไปได้อีกเมื่อไปพิจารณาในระดับหน่วยงาน)
    - กระบวนการจัดบริการสุขภาพ (healthcare process) ซึ่งสร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการ
    - กระบวนการทางธุรกิจหรือการดูแลกิจการ (business process) ซึ่งมีความสำคัญต่อความสำเร็จและความเติบโตขององค์กร เช่น การสร้างนวัตกรรม การวิจัยและพัฒนา การจัดหาเทคโนโลยี การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ การจัดการห่วงโซ่อุปทาน การจ้างเหมาหน่วยงานภายนอก การบริหารโครงการ การขายและการตลาด การระดมทุน กระบวนการนโยบายสาธารณะ
    - กระบวนการสนับสนุน (support process) เพื่อตอบสนองความต้องการภายในองค์กร เช่น การจัดการอาคารสถานที่ การทำความสะอาด เวชระเบียน การเงินการบัญชี บริการด้าน



กฎหมาย ประชาสัมพันธ์ ความสัมพันธ์กับชุมชน การจัดการ  
ห่วงโซ่อุปทาน

- ▶ การระบุข้อกำหนด (คุณลักษณะที่คาดหวัง) ที่สำคัญของกระบวนการ
- ▶ การออกแบบและสร้างสรรค์นวัตกรรมกระบวนการสำหรับการกระบวนการ (Design)
- ▶ การนำกระบวนการที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ (Action)
- ▶ การใช้ตัวชี้วัดเพื่อควบคุมกระบวนการ และเพื่อประเมินความสำเร็จของกระบวนการ(Learning)
- ▶ การปรับปรุงกระบวนการ (Improvement)
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการนำมาตรฐานเรื่อง Process Management หรือ PDSA หรือ 3P ไปสู่การปฏิบัติในขอบเขตต่อไปนี้
  - ▶ กระบวนการซึ่งเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ขององค์กร หรือวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร
  - ▶ สนับสนุนให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ขับเคลื่อน PDSA ในกระบวนการสำคัญที่ระบุไว้ใน service profile ของหน่วยงาน (สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน ค้นหาโอกาสพัฒนา ควบคุมกำกับการทำงาน ติดตามการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน และดำเนินการพัฒนาต่อเนื่อง)
  - ▶ กระบวนการสำคัญใน 3 กลุ่มที่กล่าวมา คือ กระบวนการจัดบริการสุขภาพ กระบวนการทางธุรกิจ และกระบวนการสนับสนุน (ซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับ service profile ของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือในมาตรฐานตอนที่ II และ III)
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบแต่ละกระบวนการสำคัญ ทำความเข้าใจขอบเขตของกระบวนการสำคัญในที่นี้ ว่าเป็นการมองกระบวนการจากระดับองค์กร หนึ่งกระบวนการอาจจะหมายถึงความถึงงานของหน่วยงานทั้งหน่วย และเราอาจจะคุ้นเคยกันในชื่อของระบบงาน เช่น กระบวนการเวชระเบียน ซึ่งเราค้นเคยกันในชื่อระบบเวชระเบียน ขณะที่บางระบบงานอาจจะแตกออกเป็นกระบวนการสำคัญจำนวนหนึ่ง เช่น ระบบ IC อาจจะจำแนกออกเป็นกระบวนการเฝ้าระวังการติดเชื้อ กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ ฯลฯ

- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบแต่ละกระบวนการสำคัญ ดำเนินการออกแบบกระบวนการที่รับผิดชอบ
  - ▶ วิเคราะห์ความต้องการและความหวังของผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ผู้ส่งมอบ ผู้ร่วมงานจากภายนอก ร่วมกับข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพ มาตรฐานวิชาชีพ และข้อมูลวิชาการต่างๆ เพื่อจัดทำข้อกำหนดของกระบวนการ (process requirement) ซึ่งเป็นวลีสั้นๆ ที่ระบุถึงความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้องต่อกระบวนการนั้นๆ ว่าอยากเห็นผลลัพธ์หรือคุณลักษณะอย่างไร
  - ▶ ทบทวนกระบวนการที่ใช้อยู่ว่าสามารถตอบสนองต่อข้อกำหนดของกระบวนการได้ดีเพียงใด
  - ▶ ออกแบบและสร้างสรรค์นวัตกรรมสำหรับกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองข้อกำหนด / ความคาดหวังสำคัญข้างต้น โดยใช้แนวคิด human factors engineering เข้ามาประยุกต์ใช้ ร่วมกับหลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร เพื่อเป้าหมายคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตราสารสรุปกระบวนการสำคัญและข้อกำหนดของแต่ละกระบวนการ (ครอบคลุมมากที่สุดเท่าที่จะทำได้)
- ตัวอย่างการออกแบบกระบวนการเพื่อตอบสนองต่อข้อกำหนด

#### **ค. ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน**

องค์กรสร้างความมั่นใจในการเตรียมพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานเพื่อรองรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน, โดยพิจารณาการป้องกัน การบริหารจัดการ ความต่อเนื่องของการให้บริการผู้ป่วยและชุมชน การเคลื่อนย้าย และการฟื้นฟู.

### กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกับทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์โอกาสที่ รพ.จะต้องเผชิญกับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน ทั้งที่มีผลกระทบต่อ รพ.โดยตรง และมีผลกระทบต่อชุมชนซึ่งทำให้ รพ.ต้องตอบสนอง
  - ▶ ภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉินที่มีผลกระทบต่อองค์กรโดยตรง เช่น

อัคคีภัย น้ำท่วม พายุ แผ่นดินไหว ระบบสาธารณูปโภคไม่ทำงาน  
มลภาวะในอากาศ เหตุระเบิด

- ▶ การมีภาระที่ต้องให้บริการมากขึ้นอย่างฉับพลัน เช่น การระบาดของโรคติดต่อ อุบัติเหตุหมู่ การเจ็บป่วยจากภัยธรรมชาติ
- ผู้บริหารระดับสูงมอบหมายให้ทีมที่เกี่ยวข้องวางแผนเตรียมความพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานเพื่อรองรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน โดยพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย
  - ▶ การเตรียมความพร้อมของสถานที่ เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ การสื่อสาร ฯลฯ
  - ▶ การบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุ
  - ▶ แผนสำรองเพื่อให้สามารถจัดบริการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง
  - ▶ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้อยู่ในที่ที่ปลอดภัย
  - ▶ การฟื้นฟูสภาพกิจการหลังเกิดเหตุ
- ทีมที่เกี่ยวข้องเรียนรู้จาก รพ.อื่นๆ ที่เคยมีประสบการณ์ เพื่อวางแผนรองรับให้รัดกุมและครอบคลุมประเด็นที่อาจมองไม่เห็น
- ทีมที่เกี่ยวข้องประเมินความพร้อมของระบบต่างๆ ที่ต้องรองรับเมื่อเกิดภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน จุดที่ไม่สมควรเปิดให้บริการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน จุดต่อแหลมที่จะเกิดความขลุกขลักในการปฏิบัติเมื่อเกิดสถานการณ์จริงในระดับรุนแรงกว่าที่คาด
- ทีมที่เกี่ยวข้องดำเนินการซักซ้อมทำความเข้าใจ หรือการซ้อมปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอตามความเหมาะสม โดยอาจร่วมกับหน่วยงานภายนอก และนำปัญหาข้อติดขัดมาปรับปรุงแก้ไข

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉินที่ รพ.มีโอกาสเผชิญ
- มีการจัดทำแผนรองรับในภาวะอะไรบ้าง มีการซักซ้อมความเข้าใจ หรือซ้อมแผนในแต่ละเรื่องบ่อยเพียงใด
- จากการประเมินความพร้อมของระบบและการซ้อมแผน พบปัญหาข้อติดขัดอะไร และนำมาปรับปรุงอย่างไร

---

## SPA I-6.2 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน

---

องค์กรนำกระบวนการทำงานสำคัญไปปฏิบัติ บริหารจัดการ และปรับปรุงกระบวนการดังกล่าว เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น และเพื่อบรรลุความสำเร็จขององค์กร.

### ก. การจัดการกระบวนการทำงาน

- (1) องค์กรนำกระบวนการทำงานที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ และสร้างความมั่นใจว่าจะเป็นไปตามข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการ (บรรลุคุณลักษณะที่คาดหวัง). มีการนำข้อมูลจากผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่น ผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอก มาใช้ในการจัดการกระบวนการดังกล่าว. องค์กรใช้ตัวชี้วัดผลงานสำคัญ และตัวชี้วัดระหว่างการปฏิบัติงาน เพื่อควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.
- (2) มีการพิจารณาความคาดหวังของผู้ป่วย. มีการอธิบายกระบวนการบริการสุขภาพและผลลัพธ์ที่น่าจะเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่สามารถตอบสนองได้. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและนำความสมัครใจ (preference) ของผู้ป่วยมาพิจารณาในการให้บริการ.
- (3) องค์กรพยายามที่ลดค่าใช้จ่ายโดยรวมในการตรวจสอบ ป้องกันการต้องทำงานซ้ำและความผิดพลาด.

### ข. การปรับปรุงกระบวนการทำงาน

องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อให้ได้ผลงานที่ดีขึ้น ลดความแปรปรวน ยกกระดับการจัดบริการสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพ และเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและทิศทางด้านบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปรับปรุงและบทเรียนระหว่างหน่วยงานและกระบวนการต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้และนวัตกรรมในองค์กร.

## กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ ทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติ จัดระบบสื่อสาร / ฝึกอบรม / แหล่งข้อมูล เพื่อการค้นคว้า / สิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติที่พึงประสงค์
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ กำหนดวิธีการที่จะใช้ติดตามและควบคุมการปฏิบัติงานประจำวัน เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นไปตามกระบวนการที่ออกแบบไว้ ซึ่งอาจจะเป็นการติดตามตัวชี้วัดสำคัญ การนิเทศ การสรุปย่อ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรายงาน ฯลฯ
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ ทบทวนวิธีการปฏิบัติงานที่ใช้อยู่ว่าเป็นไปตามกระบวนการที่ออกแบบไว้หรือไม่ สามารถตอบสนองต่อข้อกำหนดสำคัญของแต่ละกระบวนการหรือไม่
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ทบทวนในประเด็นต่อไปนี้และนำมาปรับปรุง
  - ▶ ความสามารถในการตอบสนองความคาดหวังของผู้ป่วย
  - ▶ ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังกับสิ่งที่ รพ.สามารถตอบสนองได้ และการอธิบายให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่เหมาะสม
  - ▶ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ พิจารณาหาโอกาสลดค่าใช้จ่ายโดยรวมสำหรับ
  - ▶ การตรวจสอบ
  - ▶ การทำงานซ้ำและความผิดพลาด
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ พิจารณาหาโอกาสพัฒนาด้วยการวิเคราะห์ที่หลากหลาย เช่น
  - ▶ การวิเคราะห์กระบวนการทำงาน และความต้องการของผู้รับผลงาน (ทั้งภายในและภายนอก)
  - ▶ การวิเคราะห์ความสูญเปล่าในกระบวนการทำงานตามแนวคิด lean
    - Defects rework: การทำงานซ้ำเนื่องจากความผิดพลาดหรือข้อบกพร่อง เช่น การตรวจเลือดซ้ำเนื่องจากเขียนฉลากผิด

- Overproduction: การทำงานหรือให้บริการมากเกินไป  
เช่น การถ่ายภาพรังสีทุกวันในหอผู้ป่วยวิกฤติ
  - Waiting: การรอคอย เช่น การที่แพทย์ต้องรอคอย portable X-ray ที่ห้องผ่าตัด
  - Not using staff talents: การไม่ใช้ภูมิปัญญาความสามารถของบุคลากร เช่น การที่หัวหน้างานเป็นผู้คิดคำตอบโดยไม่เปิดโอกาสให้บุคลากรใช้ความคิดสร้างสรรค์
  - Transportation: การเคลื่อนย้าย เช่น การผู้ป่วยต้องเคลื่อนย้ายไปตามจุดบริการต่างๆ ในการมาตรวจแต่ละครั้ง
  - Inventory: การมีวัสดุคงคลังมากเกินไป
  - Motion: การเคลื่อนที่ไปมา เช่น การที่แพทย์ต้องเดินไปๆ มาๆ เพื่อบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์
  - Excessive processing: ขั้นตอนที่มากเกินไป เช่น การถามผู้ป่วยในข้อมูลชุดเดียวกันซ้ำๆ
- ▶ อุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น ซึ่งบันทึกไว้ในระบบรายงานหรือการทบทวนเวชระเบียน
  - ▶ กิจกรรมทบทวนคุณภาพ ที่เริ่มต้นไว้ในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA
  - ▶ การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นกับเป้าหมายที่กำหนดไว้
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการทบทวนเกี่ยวกับ Process Management ในประเด็นต่อไปนี้
    - ▶ โอกาสที่จะมีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพไปจากเดิม เช่น จากบริการผู้ป่วยในเป็นบริการผู้ป่วยนอก จากบริการที่โรงพยาบาลเป็นบริการที่บ้าน การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ๆ (เช่น ระบบ IT และการสื่อสาร)
    - ▶ การนำข้อมูลจากผู้รับบริการ ผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอก มาใช้ในการออกแบบกระบวนการ และปฏิบัติตามกระบวนการที่ออกแบบไว้
    - ▶ การพิจารณาปัจจัยต่างๆ ในการปรับปรุงกระบวนการที่ดำเนินการอยู่ เช่น ผลลัพธ์สุขภาพที่ต้องการ ความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง หลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ

เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร ความทันเวลา การเข้าถึง การประสานงาน ความต่อเนื่องของการดูแล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจ ความคาดหวังที่หลากหลาย ความเพียงพอหรือขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะที่จำเป็น

- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการนำผลการพัฒนาคุณภาพและบทเรียนระหว่างหน่วยงานต่างๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดระบบคัดเลือกผลงานที่สามารถขยายผลไปใช้ได้ และสร้างกลไกเพื่อให้เกิดการขยายผลไปใช้ทั่วทั้ง รพ.
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินความเข้าใจและการนำ PDSA ไปใช้ในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญในหน่วยงานและระบบงานต่างๆ

### ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร คุณลักษณะที่คาดหวังของกระบวนการดังกล่าว
- การปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพที่สำคัญ
- ผลการพัฒนาคุณภาพที่มีการขยายผลไปใช้ทั่วทั้ง รพ.
- ผลการประเมินการนำ PDSA ไปใช้ในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญในหน่วยงานและระบบงานต่างๆ

---

## Self Enquiry I-6 การจัดการกระบวนการ

---

องค์กรนำกระบวนการทำงานสำคัญไปปฏิบัติ บริหารจัดการ และปรับปรุงกระบวนการดังกล่าว เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น และเพื่อบรรลุความสำเร็จขององค์กร.

### การเตรียมตัวของผู้เยี่ยม

- ทำความเข้าใจความหมายของความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร ว่าเป็นความสามารถที่สำคัญขององค์กร ทำให้เกิดความได้เปรียบคนอื่น นำไปสู่ความสำเร็จขององค์กร

### กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์

- ผู้รับผิดชอบการเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน
- หัวหน้าหน่วยงาน
- ผู้ปฏิบัติงาน

### ประเด็นคำถามผู้รับผิดชอบการเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน

- ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่ รพ.มีโอกาสเผชิญมีอะไรบ้าง มีการประเมินความพร้อมของระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องไว้อย่างไร จุดใดที่เป็นจุดต่อแหลมที่จะเกิดความขลุกขลักในการปฏิบัติเมื่อเกิดสถานการณ์จริงในระดับรุนแรงกว่าที่คาด



## ประเด็นคำถามหัวหน้าหน่วยงาน

- จาก service profile ที่หน่วยงานจัดทำไว้ มีการนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน ค้นหาโอกาสพัฒนา ควบคุม กำกับการทำงาน และติดตามการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานอย่างไร
- เลือกกระบวนการสำคัญของหน่วยงานมาหนึ่งกระบวนการ พุดคุยกันถึงเรื่องการใช้ความต้องการของผู้รับผลงานและข้อมูลอื่นๆ เพื่อสรุปว่า process requirement (ข้อกำหนดของกระบวนการหรือคุณลักษณะที่คาดหวังจากกระบวนการ) คืออะไร แล้วนำ process requirement นั้นไปใช้ออกแบบกระบวนการ และกำหนดวิธีการติดตามกำกับให้บรรลุ requirement ได้อย่างไร
- ถ้ามองภาพรวมการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานทุกรูปแบบ การพัฒนาเหล่านั้นครอบคลุมโอกาสพัฒนาที่ได้รับการระบุไว้เพียงใด การพัฒนาเหล่านั้นสอดคล้องกับเป้าหมายและประเด็นสำคัญของหน่วยงานและของโรงพยาบาลเพียงใด มีอะไรที่เป็นเรื่องสำคัญสมควรเร่งพัฒนาในช่วงนี้
- ได้เรียนรู้จากผลการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอื่นอย่างไร มีการนำผลการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอื่นมาปฏิบัติในหน่วยงานของผู้ถูกสัมภาษณ์อะไรบ้าง การขยายผลนั้นผ่านทางช่องทางใด

## ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงาน

- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกงานในหน้าที่ของตนขึ้นมาพูดคุยกัน ให้เล่าถึงเป้าหมายของงานนั้น วิธีการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การรับรู้ว่ามีสิ่งที่ทำนั้นบรรลุเป้าหมายหรือไม่ โอกาสพัฒนาในงานนั้น อาจจะรวมไปถึงความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้ที่จะรับงานไปทำต่อ

## ภาคผนวก ก. Hospital Survey on Patient Safety Culture



### HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE

#### คำแนะนำ

แบบสอบถามนี้เป็นการถามความเห็นของท่านเกี่ยวกับประเด็นเรื่องความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ความผิดพลาดทางการแพทย์ และการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่าน ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีในการตอบ

- “เหตุการณ์” (*event*) หมายถึง ความผิดพลาด (*error*), ความผิดพลาด (*mistake*), อุบัติการณ์ (*incident*), อุบัติเหตุ (*accident*), หรือความเบี่ยงเบน (*deviation*), ไม่ว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหรือไม่
- “ความปลอดภัยของผู้ป่วย” (“*Patient safety*”) หมายถึงการหลีกเลี่ยงหรือการป้องกันการบาดเจ็บต่อผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### SECTION A: พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานของท่าน

ในการสำรวจนี้ ให้นักถึงหน่วยงานของท่านว่าเป็นพื้นที่ปฏิบัติงาน แผนก หรือ clinical area ของโรงพยาบาล ซึ่งท่านใช้เวลาทำงานมากที่สุดหรือให้การดูแลทางคลินิกมากที่สุด

พื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานหลักของท่านในโรงพยาบาลนี้คืออะไร ให้ทำเครื่องหมายในวงกลมเพียง 1 ที่

- a. Many different hospital units/No specific unit (ทำงานในหลายหน่วยงานไม่มีหน่วยงานเฉพาะ)
- b. Medicine (non-surgical)       g. Intensive care unit       i. Radiology
- (any type)
- c. Surgery       h. Psychiatry/mental health       m. Anesthesiology
- d. Obstetrics       i. Rehabilitation       n. Other, please specify:
- e. Pediatrics       j. Pharmacy
- f. Emergency department       k. Laboratory
-

โปรดระบุว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความเกี่ยวกับพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่านต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมายในวงกลม

	Strongly Disagree	Disagree	Neither	Agree	Strongly Agree
คิดถึงพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่าน	▼	▼	▼	▼	▼
1. สมาชิกในหน่วยงานนี้ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน.....	①	②	③	④	⑤
2. เรามีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานของหน่วยงาน.....	①	②	③	④	⑤
3. ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว, เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม.....	①	②	③	④	⑤
4. สมาชิกในหน่วยงานนี้ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติกัน...	①	②	③	④	⑤
5. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มีชั่วโมงทำงานมากเกินไปที่จะให้การ ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด.....	①	②	③	④	⑤
6. เรากำลังเร่งพัฒนางานเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย...	①	②	③	④	⑤
7. เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราวหรือเจ้าหน้าที่จากภายนอก มากเกินไป จนทำให้ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด.....	①	②	③	④	⑤
8. เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าการผิดพลาดของตนจะถูกนำมาจัดการ ลงโทษ (held against them).....	①	②	③	④	⑤
9. ที่นี่ ความผิดพลาดทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก...	①	②	③	④	⑤
10. การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่นี่เป็นเพราะเหตุบังเอิญ (by chance).....	①	②	③	④	⑤
11. ถ้าส่วนใดในหน่วยนี้มีงานยุ่ง จะมีคนอื่นมาช่วยเหลือ.....	①	②	③	④	⑤
12. เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงาน คือตัวบุคคล ไม่ใช่ปัญหา.....	①	②	③	④	⑤
13. เราประเมินประสิทธิภาพ หลังจากที่เราดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อ ยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย.....	①	②	③	④	⑤
14. เราทำงานแบบอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode) พยายามทำงาน มากเกินไป เร่งรีบเกินไป.....	①	②	③	④	⑤
15. แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัย สำหรับผู้ป่วย.....	①	②	③	④	⑤
16. เจ้าหน้าที่กังวลว่าการผิดพลาด (mistake) ของตนจะถูก เก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ.....	①	②	③	④	⑤
17. เรามีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงานนี้.....	①	②	③	④	⑤
18. แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี.....	①	②	③	④	⑤

**SECTION B: หัวหน้าที่งานของท่าน**

โปรดระบุว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความเกี่ยวกับหัวหน้าที่ใกล้ชิดท่านที่สุดต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมายในวงกลม

คิดถึงพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่าน	Strongly			Strongly	
	Disagree	Disagree	Neither	Agree	Agree
1. หัวหน้าที่งานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามีการปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่กำหนดไว้.....	①	②	③	④	⑤
2. หัวหน้าที่งานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ปฏิบัติงานอย่างจริงจัง.....	①	②	③	④	⑤
3. เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้าที่งานจะขอให้เราทำงานเร็วขึ้น แม้ว่าอาจจะเกิดการดำเนินงานที่ลัดขั้นตอน (shortcuts) และอาจส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น.....	①	②	③	④	⑤
4. หัวหน้าที่งานของฉันมักจะมองข้ามปัญหาความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก.....	①	②	③	④	⑤

**SECTION C: Communications**

สิ่งต่อไปนี้เกิดขึ้นในพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่านบ่อยเพียงใด ตอบโดยทำเครื่องหมายในวงกลม

คิดถึงพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่าน	Strongly			Strongly	
	Disagree	Disagree	Neither	Agree	Agree
1. เราได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์.....	①	②	③	④	⑤
2. เจ้าหน้าที่ที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วย.....	①	②	③	④	⑤
3. เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด (errors) ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้.....	①	②	③	④	⑤
4. เจ้าหน้าที่ที่กล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า.....	①	②	③	④	⑤
5. ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก.....	①	②	③	④	⑤
6. เจ้าหน้าที่ที่ไม่กล้าซักถามเมื่อเห็นว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง.....	①	②	③	④	⑤

**SECTION D: ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์**

ในพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่าน เมื่อเกิดความผิดพลาดต่อไปนี้ จะมีการรายงานบ่อยเพียงใด ให้คำตอบโดยทำเครื่องหมายในวงกลม

	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไข ก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วย.....	①	②	③	④	⑤
2. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย.....	①	②	③	④	⑤
3. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น <u>และอาจจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยแต่ไม่เกิด</u> .....	①	②	③	④	⑤

**SECTION E: ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)**

โปรดให้คะแนนความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวม สำหรับพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานของท่าน ให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Excellent ดีเยี่ยม	Very Good ดีมาก	Acceptable ยอมรับได้	Poor ไม่ดี	Failing ตก

### SECTION F: โรงพยาบาลของท่าน

โปรดระบุว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความโรงพยาบาลของท่านต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมายในวงกลม

คิดถึงโรงพยาบาลของท่าน	Strongly			Strongly	
	Disagree	Disagree	Neither	Agree	Agree
	▼	▼	▼	▼	▼
1. ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริม ความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย.....	①	②	③	④	⑤
2. หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลไม่ค่อยร่วมมือกัน.....	①	②	③	④	⑤
3. ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานมักจะถูกมองข้ามไป.....	①	②	③	④	⑤
4. มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลที่ต้อง ทำงานร่วมกัน.....	①	②	③	④	⑤
5. ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญมักจะสูญหายไปหรือไม่มีการ สื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร.....	①	②	③	④	⑤
6. มักจะรู้สึกไม่มีความสุขเมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จาก หน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล.....	①	②	③	④	⑤
7. มักจะเกิดปัญหาขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ	①	②	③	④	⑤
8. การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัย ของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด (top priority).....	①	②	③	④	⑤
9. ดูเหมือนว่าผู้บริหารโรงพยาบาลจะสนใจในความปลอดภัยของ ผู้ป่วยต่อเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น.....	①	②	③	④	⑤
10. หน่วยงานในโรงพยาบาลทำงานร่วมกันได้ดีเพื่อให้การดูแลที่ดี ที่สุดสำหรับผู้ป่วย.....	①	②	③	④	⑤
11. มักจะเกิดปัญหากับผู้ป่วยขึ้นในช่วงเปลี่ยนเวร.....	①	②	③	④	⑤

### SECTION G: จำนวนการรายงานเหตุการณ์

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา, ท่านได้บันทึกและส่งรายงานจำนวนเท่าไร ให้เลือกตอบเพียง 1 ข้อ

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> a. ไม่มีรายงาน  | <input type="radio"/> d. 6 - 10 รายงาน        |
| <input type="radio"/> b. 1 - 2 รายงาน | <input type="radio"/> e. 11 - 20 รายงาน       |
| <input type="radio"/> c. 3 - 5 รายงาน | <input type="radio"/> f. 21 รายงานหรือมากกว่า |

### SECTION H: ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลต่อไปนี้จะช่วยในการวิเคราะห์ผลการสำรวจให้เลือก 1 คำตอบโดยทำเครื่องหมายในวงกลม

- ท่านทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้มานานเท่าไร
 

<input type="radio"/> a. น้อยกว่า 1 ปี	<input type="radio"/> d. 11 - 15 ปี
<input type="radio"/> b. 1 - 5 ปี	<input type="radio"/> e. 16 - 20 ปี
<input type="radio"/> c. 6 - 10 ปี	<input type="radio"/> f. 21 ปีหรือมากกว่า

2. ท่านทำงานในพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานปัจจุบันมานานเท่าไร
 

<input type="radio"/> a. น้อยกว่า 1 ปี	<input type="radio"/> d. 11 - 15 ปี
<input type="radio"/> b. 1 - 5 ปี	<input type="radio"/> e. 16 - 20 ปี
<input type="radio"/> c. 6 - 10 ปี	<input type="radio"/> f. 21 ปีหรือมากกว่า
3. โดยทั่วไป ท่านทำงานชั่วโมงละกี่สัปดาห์ในโรงพยาบาลนี้
 

<input type="radio"/> a. น้อยกว่า 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	<input type="radio"/> d. 60 - 79 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
<input type="radio"/> b. 20 - 39 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	<input type="radio"/> e. 80 - 99 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
<input type="radio"/> c. 40 - 59 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	<input type="radio"/> f. 100 ชั่วโมงต่อสัปดาห์หรือมากกว่า
4. ท่านมีตำแหน่งอะไรในโรงพยาบาลนี้ เลือกข้อที่เหมาะสมที่สุดกับตำแหน่งงานของท่าน
 

<input type="radio"/> a. พยาบาลวิชาชีพ	<input type="radio"/> h. โภชนาการ/นักกำหนดอาหาร
<input type="radio"/> b. ผู้ช่วยแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติ	<input type="radio"/> i. ผู้ช่วย เสมียน เลขานุการ ของหน่วยงาน
<input type="radio"/> c. LVN / LPN	<input type="radio"/> j. Respiratory Therapist
<input type="radio"/> d. พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย	<input type="radio"/> k. นักกายภาพบำบัด อาชีวบำบัด วจิบำบัด
<input type="radio"/> e. แพทย์ (Attending/Staff Physician)	<input type="radio"/> l. เทคนิคเขียน (เช่น EKG, เทคนิคการแพทย์, รังสีการแพทย์)
<input type="radio"/> f. แพทย์ประจำบ้าน / แพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม	<input type="radio"/> m. ผู้บริหาร
<input type="radio"/> g. เกสซกร	<input type="radio"/> n. อื่นๆ โปรดระบุ:
5. ในตำแหน่งงานของท่าน ท่านมีปฏิสัมพันธ์หรือสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วยหรือไม่
 

<input type="radio"/> a. ใช่
<input type="radio"/> b. ไม่ใช่
6. ท่านทำงานในสาขาหรือวิชาชีพนี้มานานเท่าไร
 

<input type="radio"/> a. น้อยกว่า 1 ปี	<input type="radio"/> d. 11 - 15 ปี
<input type="radio"/> b. 1 - 5 ปี	<input type="radio"/> e. 16 - 20 ปี
<input type="radio"/> c. 6 - 10 ปี	<input type="radio"/> f. 21 ปีหรือมากกว่า

**SECTION I: ความคิดเห็นของท่าน**

ขอให้ท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาด หรือการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่านอย่างอิสระ

ขอขอบคุณสำหรับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้

---

## ภาคผนวก ๔.1 Are We Making Progress as Leader?

---

### A Message to Leaders

ในสิ่งแวดล้อมปัจจุบัน ถ้าเราอยู่เฉยๆ เราก็คงกลายเป็นผู้ที่ล้าหลัง การตัดสินใจที่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสมเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง การติดตามการตัดสินใจเหล่านั้นก็เป็นเรื่องท้าทาย ในการสำรวจข้อมูลจากผู้นำ มัลนิธ Malcom Baldrige ได้เรียนรู้ว่าผู้นำสูงสุดเชื่อว่าการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัตินั้นยากกว่าการจัดทำกลยุทธ์ถึงสามเท่า ถ้าการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติเป็นเรื่องท้าทาย คำถามก็คือ เราได้ทำให้เกิดความก้าวหน้าขึ้นหรือไม่ บุคลากรของเราเห็นด้วยหรือไม่ เราทราบได้อย่างไร

- ค่านิยม ทัศนคติ พันธกิจ และแผนงานต่างๆ ได้รับการนำไปปฏิบัติหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- ค่านิยม ทัศนคติ พันธกิจ และแผนงานต่างๆ เป็นที่เข้าใจและได้รับการสนับสนุนจากทีมงานของท่านหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- ค่านิยม ทัศนคติ พันธกิจ และแผนงานต่างๆ ได้รับการสื่อสาร เข้าใจ และสนับสนุนโดยบุคลากรของท่านหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- การสื่อสารของท่านได้ผลหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- ข้อมูลที่สื่อ่นั้นเป็นที่ยอมรับหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร

Are We Making Progress As Leaders? เป็นเอกสารคู่กับแบบสอบถามบุคลากร Are We Making Progress? ซึ่งได้รับการออกแบบเพื่อให้ท่านเห็นว่าการรับรู้ของท่านสอดคล้องกับของบุคลากรหรือไม่ ช่วยให้ท่านกำหนดจุดเน้นในการพัฒนาและการสื่อสารในจุดที่ต้องการความใส่ใจมากที่สุด

การรับรู้ของท่านในฐานะผู้นำมีความสำคัญต่อองค์กร แบบสอบถามชุดนี้มีคำถาม 40 ข้อ สำหรับคำถามแต่ละข้อ ให้ท่านทำเครื่องหมายในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, ไม่เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, เห็นด้วย, เห็นด้วยอย่างยิ่ง) สิ่งที่ท่านรู้สึกจะช่วยให้เราตัดสินใจว่าจุดใดเป็นจุดที่เราต้องปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงมากที่สุด เรามีโอกาสที่จะเปรียบเทียบการรับรู้ของทีมงานของเรากับบุคลากรของเราเพื่อดูว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ เราจะไม่พิจารณาคำตอบของแต่ละคน แต่จะใช้ข้อมูลจากทีมงานทั้งหมดเพื่อการตัดสินใจ



	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>CATEGORY 1: LEADERSHIP</b>					
<b>1a</b> บุคลากรของเรารับรู้และเข้าใจพันธกิจขององค์กร (สิ่งที่เราพยายามทำให้บรรลุ)					
<b>1b</b> บุคลากรของเรารับรู้และเข้าใจวิสัยทัศน์ขององค์กร (จุดหมายที่เราพยายามไปให้ถึงในอนาคต)					
<b>1c</b> ทีมนำของเราใช้ค่านิยมขององค์กรเพื่อชี้นำองค์กรและบุคลากรของเรา					
<b>1d</b> ทีมนำของเราสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานซึ่งช่วยในการทำงานของบุคลากร					
<b>1e</b> ทีมนำของเราแบ่งปันข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับองค์กร					
<b>1f</b> ทีมนำของเราถามบุคลากรว่ามีความคิดเห็นอย่างไร					
<b>CATEGORY 2: STRATEGIC PLANNING</b>					
<b>2a</b> ทีมนำของเราถามบุคลากรของเราเพื่อขอความคิดเห็นในระหว่างการวางแผนสำหรับอนาคต					
<b>2b</b> องค์กรของเราส่งเสริมให้นำความคิดใหม่ๆ (นวัตกรรม) มาใช้					
<b>2c</b> บุคลากรของเราเรียนรู้แผนขององค์กรในส่วนที่จะกระทบต่อพวกเขาและงานของพวกเขา					
<b>2d</b> บุคลากรของเรารู้วิธีการที่จะรายงานความก้าวหน้าในส่วนที่เป็นแผนในความพร้อมรับผิดชอบของกลุ่มที่ตนเป็นสมาชิก					
<b>2e</b> องค์กรของเรามีความยืดหยุ่นและสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วเมื่อจำเป็น					
<b>CATEGORY 3: CUSTOMER AND MARKET FOCUS</b>					
<b>3a</b> บุคลากรของเราเชื่อว่าผู้รับผลงานที่สำคัญที่สุดของพวกเขาคือใคร					
<b>3b</b> บุคลากรของเราหมั่นถามผู้รับผลงานของตน เกี่ยวกับ need and want ของผู้รับผลงาน					
<b>3c</b> บุคลากรของเราถามผู้รับผลงานว่าพอใจหรือไม่พอใจกับงานที่ตนให้บริการ					
<b>3d</b> บุคลากรของเราได้รับอนุญาตให้ตัดสินใจแก้ปัญหาให้กับผู้รับผลงาน					

	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3e บุคลากรของเราทราบว่าผู้รับผลงานที่สำคัญที่สุดขององค์กรคือใคร					
<b>CATEGORY 4: MEASUREMENT, ANALYSIS, AND KNOWLEDGE MANAGEMENT</b>					
4a บุคลากรของเราใช้วิธีการวัดคุณภาพงานของตน					
4b บุคลากรของเราใช้ข้อมูลข่าวสารนี้เพื่อปรับปรุงงานของตน					
4c บุคลากรของเราคิดว่าตัวชี้วัดที่พวกเขาใช้อยู่ใน fit เข้ากับตัวชี้วัดการพัฒนาโดยรวมขององค์กรอย่างไร					
4d บุคลากรของเราได้รับข้อมูลข่าวสารทั้งหมดที่จำเป็นสำหรับการทำงานของตน					
4e บุคลากรของเราคิดว่าองค์กรโดยรวมของเรากำลังทำอะไรอยู่					
<b>CATEGORY 5: WORKFORCE FOCUS</b>					
5a บุคลากรของเราให้ความร่วมมือและทำงานเป็นทีม					
5b ทีมนำของเราส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรของเราพัฒนาทักษะการทำงานเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่					
5c บุคลากรของเราได้รับการยกย่องชมเชยจากงานที่กระทำ					
5d องค์กรของเรามีสถานที่ทำงานที่ปลอดภัย					
5e ผู้บริหารและองค์กรของเรามีความห่วงใยเกี่ยวกับบุคลากรของเรา					
5f บุคลากรของเรามุ่งมั่นต่อความสำเร็จขององค์กร					
<b>CATEGORY 6: PROCESS MANAGEMENT</b>					
6a บุคลากรของเราสามารถได้รับทุกสิ่งทุกอย่างที่ต้องการเพื่อการทำงานของตน					
6b องค์กรของเรามีกระบวนการที่ดีเพื่อทำงานขององค์กร					
6c บุคลากรของเราสามารถควบคุมกระบวนการทำงานที่ตนรับผิดชอบ					
6d องค์กรของเรามีการเตรียมพร้อมเพื่อรับเหตุฉุกเฉิน/ภัยพิบัติ					

	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>CATEGORY 7: RESULTS</b>					
<b>7a</b> ผลผลิตจากงานของบุคลากรของเราเป็นไปตามข้อกำหนดทุกประการ					
<b>7b</b> ผู้รับผลงานของบุคลากรของเราพอใจกับงานที่บุคลากรมอบให้					
<b>7c</b> บุคลากรของเราเชื่อว่าองค์กรของเรามีผลงานด้านการเงินดีเพียงใด					
<b>7d</b> องค์กรของเรามีบุคคลและทักษะที่เหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ					
<b>7e</b> องค์กรของเราจัดอุปสรรคต่อความก้าวหน้าขององค์กร					
<b>7f</b> องค์กรของเราปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ					
<b>7g</b> องค์กรของเราปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมในระดับสูง					
<b>7h</b> องค์กรของเราช่วยให้บุคลากรให้บริการแก่ชุมชน					
<b>7i</b> บุคลากรของเราเชื่อมั่นว่าองค์กรของเราเป็นที่ที่ดีสำหรับการทำงาน					

---

## ภาคผนวก ๔.2 Are We Making Progress? (แบบสอบถามสำหรับบุคลากร)

---

### (สำหรับผู้นำ) A Message to Leaders

ในสิ่งแวดล้อมปัจจุบัน ถ้าเราอยู่เฉยๆ เราก็จะกลายเป็นผู้ที่ล้าหลัง การตัดสินใจที่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสมเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง การติดตามการตัดสินใจเหล่านั้นก็เป็นเรื่องท้าทาย ในการสำรวจข้อมูลจากผู้นำ มุลนิธิ Malcolm Baldrige ได้เรียนรู้ว่าผู้นำสูงสุดเชื่อว่าการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัตินั้นยากกว่าการจัดทำกลยุทธ์ถึงสามเท่า ถ้าการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติเป็นเรื่องท้าทาย คำถามก็คือ เราได้ทำให้เกิดความก้าวหน้าขึ้นหรือไม่ บุคลากรของเราเห็นด้วยหรือไม่ เราทราบได้อย่างไร

- ค่านิยม ทัศนคติ พันธกิจ และแผนงานต่างๆ ได้รับการนำไปปฏิบัติหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- ค่านิยม ทัศนคติ พันธกิจ และแผนงานต่างๆ เป็นที่เข้าใจและได้รับการสนับสนุนจากทีมงานของท่านหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- ค่านิยม ทัศนคติ พันธกิจ และแผนงานต่างๆ ได้รับการสื่อสาร เข้าใจ และสนับสนุนโดยบุคลากรของท่านหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- การสื่อสารของท่านได้ผลหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร
- ข้อมูลที่สื่อ่นั้นเป็นที่ยอมรับหรือไม่ ท่านทราบได้อย่างไร

Are We Making Progress? เป็นเอกสารคู่กับแบบสอบถามบุคลากร Are We Making Progress As Leaders? ซึ่งได้รับการออกแบบเพื่อให้ท่านเห็นว่าการรับรู้ของท่านสอดคล้องกับของบุคลากรหรือไม่ ช่วยให้ท่านกำหนดจุดเน้นในการพัฒนาและการสื่อสารในจุดที่ต้องการความใส่ใจมากที่สุด

### (สำหรับบุคลากร) Are We Making Progress?

ความเห็นของท่านมีความสำคัญต่อเรา แบบสอบถามชุดนี้มีคำถาม 40 ข้อ สำหรับคำถามแต่ละข้อ ให้ท่านทำเครื่องหมายในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, ไม่เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, เห็นด้วย, เห็นด้วยอย่างยิ่ง) สิ่งที่ท่านรู้สึกจะช่วยให้เราตัดสินใจว่าจุดใดเป็นจุดที่เราต้องปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงมากที่สุด เรามีโอกาสที่จะเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ในระดับของงานกับบุคลากรของเราเพื่อดูว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ เราจะไม่พิจารณาคำตอบของแต่ละคน แต่จะใช้ข้อมูลจากทีมงานทั้งหมดเพื่อการตัดสินใจ

	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>CATEGORY 1: LEADERSHIP</b>					
<b>1a</b> ฉันรับรู้และเข้าใจพันธกิจขององค์กร (สิ่งที่องค์กรพยายามทำให้บรรลุ)					
<b>1b</b> ฉันรับรู้และเข้าใจวิสัยทัศน์ขององค์กร (จุดหมายที่องค์กรพยายามไปให้ถึงในอนาคต)					
<b>1c</b> ผู้นำระดับสูงของฉันใช้ค่านิยมขององค์กรเพื่อชี้นำพวกเรา					
<b>1d</b> ผู้นำระดับสูงของฉันสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานซึ่งช่วยในการทำงานของฉัน					
<b>1e</b> ผู้นำระดับสูงของฉันแบ่งปันข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับองค์กร					
<b>1f</b> ผู้นำระดับสูงของฉันถามว่าฉันมีความคิดเห็นอย่างไร					
<b>CATEGORY 2: STRATEGIC PLANNING</b>					
<b>2a</b> องค์กรของฉันขอความคิดเห็นของฉัน ในระหว่างการวางแผนสำหรับอนาคต					
<b>2b</b> องค์กรของฉันส่งเสริมให้นำความคิดใหม่ๆ (นวัตกรรม) มาใช้					
<b>2c</b> ฉันรับรู้แผนขององค์กรในส่วนที่จะกระทบต่อฉันและงานของฉัน					
<b>2d</b> ฉันรู้วิธีการที่จะรายงานความก้าวหน้าในส่วนที่เป็นแผนในความรับผิดชอบของกลุ่มที่ฉันเป็นสมาชิก					
<b>2e</b> องค์กรของฉันมีความยืดหยุ่นและสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วเมื่อจำเป็น					
<b>CATEGORY 3: CUSTOMER AND MARKET FOCUS</b>					
<b>3a</b> ฉันรับรู้ว่าผู้รับผลงานที่สำคัญที่สุดของฉันคือใคร					
<b>3b</b> ฉันหมั่นถามผู้รับผลงานของฉัน เกี่ยวกับ need and want ของผู้รับผลงาน					
<b>3c</b> ฉันถามผู้รับผลงานว่าพอใจหรือไม่พอใจกับงานที่ฉันให้บริการ					
<b>3d</b> ฉันได้รับอนุญาตให้ตัดสินใจแก้ปัญหาให้กับผู้รับผลงานของฉัน					
<b>3e</b> ฉันรับรู้ว่าผู้รับผลงานที่สำคัญที่สุดขององค์กรคือใคร					

	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>CATEGORY 4: MEASUREMENT, ANALYSIS, AND KNOWLEDGE MANAGEMENT</b>					
4a ฉันรู้วิธีการวัดคุณภาพงานของฉัน					
4b ฉันใช้ข้อมูลข่าวสารนี้เพื่อปรับปรุงงานของฉัน					
4c ฉันรู้ว่าตัวชี้วัดที่ฉันใช้ในงานของฉัน fit เข้ากับตัวชี้วัดการพัฒนาโดยรวมขององค์กรอย่างไร					
4d ฉันได้รับข้อมูลข่าวสารทั้งหมดที่จำเป็นสำหรับการทำางานของฉัน					
4e ฉันรู้ว่าองค์กรของฉันโดยรวมกำลังทำอะไรอยู่					
<b>CATEGORY 5: WORKFORCE FOCUS</b>					
5a ผู้คนที่ฉันทำงานด้วยให้ความร่วมมือและทำงานเป็นทีม					
5b ผู้นำระดับสูงของฉันส่งเสริมและสนับสนุนให้ฉันพัฒนาทักษะการทำงานเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่					
5c ฉันได้รับการยกย่องชมเชยจากงานที่ฉันทำ					
5d ฉันมีสถานที่ทำงานที่ปลอดภัย					
5e ผู้บริหารและองค์กรของฉันมีความห่วงใยในตัวฉัน					
5f ฉันมุ่งมั่นต่อความสำเร็จขององค์กร					
<b>CATEGORY 6: PROCESS MANAGEMENT</b>					
6a ฉันสามารถได้รับทุกสิ่งทุกอย่างที่ต้องการเพื่อการทำงานของฉัน					
6b เรามีกระบวนการที่ดีเพื่อทำงานของเรา					
6c ฉันสามารถควบคุมกระบวนการทำงานที่ฉันรับผิดชอบ					
6d เรามีการเตรียมพร้อมเพื่อรับเหตุฉุกเฉินภัยพิบัติ					

	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>CATEGORY 7: RESULTS</b>					
<b>7a</b> ผลผลิตจากงานของฉันเป็นไปตามข้อกำหนดทุกประการ					
<b>7b</b> ผู้รับผลงานของฉันพอใจกับงานที่ฉันมอบให้					
<b>7c</b> ฉันรู้ว่าองค์กรของเรามีผลงานด้านการเงินดีเพียงใด					
<b>7d</b> องค์กรของฉันมีบุคคลและทักษะที่เหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ					
<b>7e</b> องค์กรของฉันจัดอุปสรรคต่อความก้าวหน้าขององค์กร					
<b>7f</b> องค์กรของฉันปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ					
<b>7g</b> องค์กรของฉันปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมในระดับสูง					
<b>7h</b> องค์กรของฉันช่วยให้บุคลากรให้บริการแก่ชุมชน					
<b>7i</b> องค์กรของฉันเป็นที่ที่ดีสำหรับการทำงาน					





คู่มือฉบับนี้เป็นการขยายความกิจกรรมที่ควรดำเนินการ  
สำหรับ **มาตรฐาน ตอนที่ 1** แต่ละข้อ  
โดยอธิบายให้เห็นรูปแบบของการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน  
และให้แนวทางการประเมินตนเองอย่างกระชับ  
ซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลของการปฏิบัติตามมาตรฐาน

จากการทดลองใช้คู่มือฉบับนี้  
พบว่าเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่โรงพยาบาลใช้ประโยชน์ในการพูดคุยทำความเข้าใจ  
ใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติซึ่งมีการขยายขอบเขตไปเกินกว่าที่อธิบายไว้  
และยังใช้เป็นแนวทางพิจารณาในการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐานอีกด้วย

ISBN 978-974-235-589-0



9 789742 355890

ราคา 120 บาท