



SPA

(Standards-Practice-Assessment)



คู่มือนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ตอนที่ 1

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

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



SPA

(Standards-Practice-Assessment)



คู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ตอนที่ 1

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

คู่มือนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

SPA (Standards-Practice-Assessment) Part I

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5



จัดพิมพ์โดย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2027-8844 โทรสาร 0-2026-6680

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: ธันวาคม 2564

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

SPA (Standards-Practice-Assessment) Part I

คู่มือนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5.--นนทบุรี: สถาบัน, 2552.

152 หน้า.

1. โรงพยาบาล--มาตรฐาน. 2. โรงพยาบาล--บริการส่งเสริมสุขภาพ--มาตรฐาน. I. ชื่อเรื่อง.

ISBN 978-616-8024-50-8

ออกแบบและพิมพ์ที่ บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด

โทร. 0 2903 8257-9

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 จัดทำเสร็จสิ้นเมื่อปี พ.ศ. 2564 โดยมีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป ซึ่งมีเนื้อหาหลักในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรโดยรวม

เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาของมาตรฐานสามารถนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติได้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จึงได้จัดทำคู่มือฉบับนี้ขึ้น ซึ่งเป็นการขยายความกิจกรรมที่ควรดำเนินการสำหรับมาตรฐานแต่ละข้อ ซึ่งเป็นการขยายความ โดยอธิบายให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน ให้แนวทางการประเมินตนเองอย่างกระชับซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลของการปฏิบัติตามมาตรฐาน รวมทั้งมีการปรับเนื้อหาให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับมาตรฐานฉบับใหม่ และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง

จากการทดลองใช้คู่มือฉบับนี้ พบว่าเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่โรงพยาบาลใช้ประโยชน์ในการพูดคุยทำความเข้าใจ ใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติซึ่งมีการขยายขอบเขตไปเกินกว่าที่อธิบายไว้ และยังใช้เป็นแนวทางพิจารณาในการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐานอีกด้วย

สรพ.หวังว่าความเข้าใจและการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น รวมทั้งจะมีข้อมูลเชิงปฏิบัติต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย และป้อนกลับมาที่ สรพ.เพื่อให้คู่มือฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

กันยายน 2565

คำนำของผู้อยู่เบื้องหลัง

การปรับปรุงเอกสาร SPA (Standards-Practice-Assessment) สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ฉบับนี้ ยังคงใช้แนวคิด Empowerment Evaluation คือเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับสถานพยาบาลต่างๆ ในการนำไปปฏิบัติ และสามารถทำการประเมินผลเพื่อรับรู้ความสำเร็จและหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะปรากฏอยู่ทั้งในส่วนกิจกรรมที่ควรดำเนินการ (practice) และประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง (assessment)

เพื่อให้เห็นแนวทางการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติให้มากที่สุด คู่มือนี้จะให้คำแนะนำให้ทีมงานศึกษาแนวคิดสำคัญในเรื่องนั้นก่อนๆ และให้แนวทางสำหรับการค้นหาประเด็นที่มีความสำคัญตามบริบทขององค์กร โดยประมวลข้อมูลมาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ให้มากที่สุด รวมทั้ง Extended Evaluation Guide (EEG) สำหรับ Advanced HA และคำขยายความของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (MBNQA/TQA)

การชี้ให้เห็นแง่มุมที่หลากหลายของการนำไปปฏิบัติ อาจจะมากเกินไปสำหรับบางองค์กรที่อยู่ในช่วงเริ่มต้น จึงเป็นหน้าที่ของผู้นำขององค์กรที่จะพิจารณาว่าอะไรที่จะเป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติ แต่สำหรับองค์กรที่มุ่งสู่ Advanced HA แล้ว ทั้งหมดที่อยู่ในคู่มือนี้คือสิ่งที่พึงใช้ความพยายามดำเนินการให้มากที่สุด

อาจกล่าวได้ว่าคู่มือฉบับนี้เป็นคู่มือการเรียนรู้สำหรับผู้บริหารสถานพยาบาลที่ใช้สำหรับการเรียนรู้ด้วยตนเอง ด้วยการศึกษาวเคราะห์ข้อมูลขององค์กร ควบคู่ไปกับการดำเนินการยกระดับ Performance ขององค์กร

นพ.อนวัจน์ สุภษฏิกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

กันยายน 2565

| | |
|---|-----|
| คำนำ | III |
| คำนำของผู้เรียบเรียง..... | IV |
| สารบัญ | V |
| แนวคิด | 1 |
| SPA I - 1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership) | 3 |
| SPA I - 1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม (Governance and Societal Contributions) | 17 |
| SPA I - 2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)..... | 30 |
| SPA I - 2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)..... | 41 |
| SPA I - 3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Needs and Expectations)..... | 46 |
| SPA I - 3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Engagement)..... | 55 |
| SPA I - 3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patient Rights)..... | 63 |
| SPA I - 4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร (Measurement, Analysis and Improvement of Organizational Performance).... | 71 |
| SPA I - 4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ (Information and Knowledge Management)..... | 79 |
| SPA I - 5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (Workforce Environment)..... | 87 |

| | |
|--|-----|
| SPA I - 5.2 ความผูกพันของบุคลากร (Workforce Engagement)..... | 103 |
| SPA I - 6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)..... | 117 |
| SPA I - 6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (Operation Effectiveness)..... | 132 |
| ภาคผนวก ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ I ในระดับหน่วยงาน..... | 142 |

SPA (Standards–Practice–Assessment)

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

การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้ง่าย ๆ โดยใช้วิธีการ “คุยกันเล่น – เห็นของจริง – อิงการวิจัย”

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 นี้ มีกรอบข้อกำหนดและค่านิยมหลักที่ประยุกต์มาจากเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA/MBNQA) เป็นมาตรฐานที่เน้นกระบวนการและผลลัพธ์ รวมทั้งเน้นการนำมาตรฐานไปใช้อย่างเชื่อมโยงกันด้วยมุมมองเชิงระบบ

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

การจะตอบแบบประเมินตนเองได้จึงต้องนำมาตรฐานไปปฏิบัติแล้วระยะหนึ่ง

เพื่อให้ง่ายขึ้นในการปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาล สรพ.ได้จัดทำ SPA โดยมีแนวคิดดังนี้

- เน้นการมีกิจกรรมหรือกระบวนการพื้นฐานและการใช้ประโยชน์ในขั้นต้น
- เรียนรู้จากการใช้ประโยชน์กิจกรรมหรือกระบวนการเหล่านั้น เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกิจกรรมหรือกระบวนการให้เป็นระบบยิ่งขึ้น
- กระบวนการที่เป็นระบบ (systematic approach) คือกระบวนการที่กำหนดขั้นตอน ผู้รับผิดชอบ และรอบเวลาดำเนินการที่ชัดเจน ทำให้สามารถทำซ้ำได้เหมือนเดิม มีการวัดและประเมินผลอย่างเหมาะสมเพื่อปรับปรุงกระบวนการนั้นให้ได้ผลดียิ่งขึ้น (ควรแยกแยะให้ชัดเจนระหว่างการปรับปรุงกระบวนการด้านการจัดการภายในองค์กร กับกระบวนการด้านการให้บริการ)

- สิ่งที่เราควรระบุว่าเป็นแนวทางในการดำเนินการในเอกสารชุดนี้เป็นข้อเสนอให้ผู้นำและทีมงานของ โรงพยาบาลพิจารณาเท่านั้น ควรเลือกดำเนินการเฉพาะเท่าที่จะเป็นประโยชน์และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล แต่อย่างน้อยควรนำมาสู่ข้อมูลที่จะตอบในประเด็นสำคัญที่ระบุไว้ได้
- จุดเน้นในการตอบแบบประเมินตนเอง คือบทเรียนและผลลัพธ์ของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ ซึ่งบทเรียนนั้นควรผ่านการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญร่วมกันในทีมงานที่เกี่ยวข้อง นั่นคือการเน้นในส่วนของ Context และ Study หรือ Learning ในวงล้อ PDSA โดยไม่ต้องบรรยายวิธีการหรือหลักคิด เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระในการจัดทำเอกสาร

SPA I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

ผู้นำระดับสูงชี้แนะและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.

ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม

(1) ผู้นำระดับสูงชี้แนะองค์กร:

- (i) กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม เป็นลายลักษณ์อักษร และถ่ายทอดสิ่งเหล่านี้ลงสู่การปฏิบัติ;
- (ii) เป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กร และการทำงานเป็นทีม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจความมุ่งหมายและการใช้ประโยชน์ของวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม
 - วิสัยทัศน์ คือภาพอนาคตหรือทิศทางที่องค์กรจะมุ่งไป สิ่งที่ตั้งใจจะเป็นสิ่งที่อยากให้ผู้อื่นรับรู้ (Where are we going) มีไว้เพื่อสร้างความฝันและแรงบันดาลใจ
 - พันธกิจ คือการระบุเหตุผลที่มีการจัดตั้งองค์กร (Why does the organization exist)
 - ค่านิยม คือหลักการชี้แนะและพฤติกรรมซึ่งเป็นที่คาดหวังว่าองค์กรและคนในองค์กรจะยึดถือในการปฏิบัติ
 - ศึกษาเปรียบเทียบ Core Values & Concepts หรือ Principles ของ HA, MBNQA/TQA และ ISO9000 จากตารางข้างล่าง

| HA 2006 | MBNQA/TQA 2022 | ISO9000: 2015 |
|----------------------|-------------------------|---|
| ทิศทางนำ | | |
| Visionary Leadership | 2. Visionary Leadership | 2. Leadership |
| Systems Perspective | 1. Systems Perspective | 5. System Approach to Management 8. Mutually Beneficial Supplier Relationships |

| HA 2006 | MBNQA/TQA 2022 | ISO9000: 2015 |
|--------------------------------|----------------------------------|--|
| Agility | 5. Agility & Resilience | |
| ผู้รับผล | | |
| Patient/Customer Focus | 3. Customer-focused Excellence | 1. Customer Focus |
| Focus on Health | | |
| Community Responsibility | 9. Societal Contribution | |
| คนทำงาน | | |
| Value on Staff | 4. Valuing People | 3. Involvement of People |
| Individual Commitment | | |
| Teamwork | | |
| Ethic & Professional Standards | 10. Ethic & Transparency | |
| การพัฒนา | | |
| Creativity & Innovation | 7. Focus Success & Innovation | |
| Management by Fact | 8. Management by Fact | 7. Factual Approach to Decision |
| Continuous Process Improvement | | 4. Process Approach, 6. Continual Improvement |
| Focus on Results | 11. Delivering Value and Results | |
| Evidence-based Approach | | |
| พาเรียนรู้ | | |
| Learning | 6. Organizational Learning | |
| Empowerment | | |

- ผู้นำระดับสูงทบทวนพันธกิจ วิสัยทัศน์ ขององค์กร
 - ทบทวนว่าพันธกิจระบุชัดว่าองค์กรต้องทำอะไรหรือให้คุณค่าอะไรให้กับชุมชนที่ให้บริการ ในลักษณะที่กระชับ
 - ตรวจสอบให้มั่นใจว่าวิสัยทัศน์นั้นจับใจ จำได้ ทำได้ ไร้ใจ จุดประกาย มีความหมายต่อทุกคน
 - ทบทวนว่าวิสัยทัศน์ขององค์กรเหมาะสมที่จะเป็นตัวกำหนดบริบทสำหรับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
- ผู้นำระดับสูงเทียบเคียงและเชื่อมโยงค่านิยมขององค์กรกับค่านิยมของ HA/HPH พยายามใช้ประโยชน์จากค่านิยมขององค์กร และครอบคลุมค่านิยมของ HA/HPH ที่สำคัญครบถ้วน
 - ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน
 - เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่างยืดติด
 - ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้ (ขยายความเป็น 17 ข้อ ตามภาคผนวก 2 ของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 หน้า 218-236)

- ค่านิยม Systems Perspective เป็นพื้นฐานสำคัญที่สุด ประกอบด้วย
 - Synthesis เห็นการปรากฏอยู่และความเชื่อมโยงของระบบ/หน่วยงาน ต่างๆ ในองค์กร เป็นองค์รวมที่เป็นเนื้อเดียวกัน (unified whole) มีความเคารพในองค์ประกอบย่อยต่างๆ เหล่านั้น รับรู้ และตอบสนองความต้องการของกันและกัน ให้ทุกข้อต่อของห่วงโซ่มีความแข็งแรง
 - Alignment ทำความเข้าใจและนำมาปฏิบัติซึ่งถ้อยคำหลักขององค์กร (วิสัยทัศน์ ค่านิยม สมรรถนะหลัก) ในทุกระดับมีความสอดคล้องกันของเป้าหมาย แผน กระบวนการ วัตถุประสงค์ ปฏิบัติการ
 - Integration องค์ประกอบ/ระบบงาน/หน่วยงานต่างๆ ทำงานอย่างเชื่อมโยงกัน เป็นหนึ่งเดียวกัน เชื่อมต่อกันและกันเพื่อผลลัพธ์ที่ต้องการ
- ทำความเข้าใจกับค่านิยมที่สัมพันธ์กับวัฒนธรรมองค์กรที่มาตรฐานนี้ให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็นค่านิยมสำคัญที่จะนำไปสู่วัฒนธรรมองค์กรดังกล่าว

| Ref | Culture | HA Core Values | องค์กรในฝัน |
|------------|--|-----------------------------------|-------------------------------|
| I-1.1 ค(3) | Learning Culture | Learning | Learning Organization |
| I-5.2 ข(1) | Open Communication & Empowerment | Empowerment | Living Organization |
| I-1.1 ค(3) | Safety Culture | Ethical and Professional Practice | High Reliability Organization |
| I-1.1 ค(3) | People-Centered / Customer-Focused Culture | Patient and Customer Focus | High Performance Organization |
| I-1.1 ค(3) | Improvement Culture | Continuous Process Improvement | |
| I-5.2 ข(1) | High Performance Culture | Focus on Results | |

- ผู้นำระดับสูงมอบให้มีการจัดทำตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของการปฏิบัติตามค่านิยมเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งสิ่งที่พึงปฏิบัติ (do) และสิ่งที่ไม่พึงปฏิบัติ (don't) เพื่อสื่อสารในองค์กร
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ทบทวนหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงานว่ามีส่วนสนับสนุนให้พันธกิจขององค์กรบรรลุผลอย่างไร
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ถ่ายทอดวิสัยทัศน์และค่านิยมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนำไปปฏิบัติ โดยเชื่อมโยงกับบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน เริ่มจากสิ่งที่สมาชิกปฏิบัติอยู่แล้ว และชวนกันยกระดับการปฏิบัติให้มากขึ้น

- ผู้นำพิจารณาว่าจะถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ไปยัง ผู้ส่งมอบ พันธมิตรที่สำคัญ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ด้วยวิธีการใด และมีจุดเน้นอย่างไรเพื่อประโยชน์ร่วมกัน
- ผู้นำระดับสูงเป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กรและการทำงานเป็นทีม
 - ร่วมกันพิจารณาว่าจะนำค่านิยมขององค์กรและค่านิยมของ HA/HPH ไปปฏิบัติให้เห็นเป็นตัวอย่างได้อย่างไร และนำไปปฏิบัติเป็นแบบอย่างในผู้นำทุกระดับ
 - ทำให้เห็นว่าผู้นำร่วมมือกันทำงานเป็นทีมในลักษณะ Collective Leadership
- ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความมุ่งมั่นของบุคลากรที่จะนำวิสัยทัศน์และค่านิยมมาสู่การปฏิบัติเพื่อผลการดำเนินงานที่ดีขององค์กร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● การเทียบเคียงค่านิยมขององค์กรกับค่านิยมของ HA/HPH ● ตัวอย่างรูปธรรมของการปฏิบัติตามค่านิยมที่ใช้สื่อสารในองค์กร | <ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความมุ่งมั่นของบุคลากรในการนำวิสัยทัศน์และค่านิยมมาสู่การปฏิบัติ ● ตัวอย่างผลการดำเนินงานที่เป็นผลมาจากวิสัยทัศน์ ทั้งในระดับบริหารและระดับปฏิบัติ |

(2) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม:

- กำหนดแนวทางปฏิบัติที่พึงประสงค์ (codes of conduct) ขององค์กรที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรม (ethical principles) เป็นลายลักษณ์อักษร;
- ส่งเสริมการใช้หลักจริยธรรม ชี้้นำการตัดสินใจและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และสังคมโดยรวม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจความหมายของคำที่เกี่ยวข้อง
 - **คุณธรรม (moral)** เป็นคุณลักษณะที่อยู่ภายในตัวคน เป็นความดีงามในจิตใจที่ทำให้เคยชินต่อการประพฤติดี เป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีจริยธรรมเป็นจุดเริ่มของการพัฒนาเพื่อให้มีจริยธรรม
 - **จริยธรรม (ethics)** เป็นคุณลักษณะของความดีงามที่ปรากฏออกมาภายนอก ว่าเป็นการตัดสินใจและปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม
 - **หลักจริยธรรม (ethical principles)** คือหลักการหรือค่านิยมพื้นฐานที่แสดงถึงคุณลักษณะของการตัดสินใจและการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม

- ทำให้บรรลุถึงสภาพชีวิตอันทรงคุณค่าที่พึงประสงค์ และไม่เกิดความเสียหายต่อองค์กร
- **แนวปฏิบัติที่พึงประสงค์หรือประมวลจรรยาบรรณ (code of conduct)** คือกรอบแนวทางการประพฤติปฏิบัติที่อิงตามหลักจริยธรรมขององค์กร ระบุข้อปฏิบัติที่พึงกระทำและข้อห้ามต่าง ๆ
 - ผู้นำระดับสูงกำหนดหลักจริยธรรมที่จะใช้ชี้นำการตัดสินใจและการปฏิบัติของทุกคนในองค์กร โดยพิจารณาจาก
 - **หลักจริยธรรมสากล** ได้แก่
 - ความเที่ยงธรรม (justice) เช่น การปฏิบัติต่อทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน การกระจายทรัพยากร การไม่เลือกปฏิบัติ เป็นต้น
 - เคารพความอิสระและเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกและให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การขอคำยินยอม การปรับการรักษาให้เหมาะสมกับความพึงใจของแต่ละคน
 - การทำความดีเกื้อกูล (beneficence) เช่น การปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบ ระมัดระวัง เป็นไปตามมาตรฐานและความรู้ที่ทันสมัย ประเมินผลงานที่กระทำลงไป เป็นต้น
 - ความซื่อสัตย์ (fidelity) เช่น ความจริงใจ การสร้างความสัมพันธ์ การรักษาความลับ การสร้างความไว้วางใจ และการให้ข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์ การหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน เป็นต้น
 - ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (non-maleficence) ทั้งจากการกระทำและการไม่กระทำ
 - **มาตรฐานทางจริยธรรมข้าราชการพลเรือน**
 - การยึดมั่นและยืนหยัดทำในสิ่งที่ถูกต้อง (beneficence)
 - ความซื่อสัตย์สุจริตและความรับผิดชอบ (fidelity)
 - การปฏิบัติหน้าที่ด้วยความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้
 - การปฏิบัติหน้าที่โดยไม่เลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม (justice)
 - การมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน
 - ผู้นำระดับสูงสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดทำแนวปฏิบัติที่พึงประสงค์หรือประมวลจริยธรรม ตามหลักจริยธรรมที่องค์กรกำหนด และสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด (รวมถึงผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ) รับรู้
 - ผู้นำระดับสูงปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างให้เห็นถึงความมุ่งมั่นต่อการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม
 - ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมในองค์กรเพื่อให้ทุกคนปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พึงประสงค์หรือประมวลจริยธรรม

- มีกระบวนการที่สมดุลในเรื่องการให้ความรู้และแรงบันดาลใจ, รางวัลและแรงจูงใจ, กฎระเบียบข้อบังคับ, สร้างบรรทัดฐานของสังคม, กำหนดเป็นนโยบาย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● เอกสารแนวปฏิบัติที่พึงประสงค์หรือประมวลจริยธรรม ● ตัวอย่างการใช้หลักจริยธรรมเพื่อชี้้นำการตัดสินใจ | <ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประเมินการรับรู้หลักจริยธรรมและแนวปฏิบัติที่พึงประสงค์/ประมวลจริยธรรมของบุคลากร |

(3) ผู้นำระดับสูงมุ่งมั่นต่อการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมาย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องศึกษากฎหมายและการปฏิบัติตามกฎหมายในความรับผิดชอบของตน
 - กฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับด้านความปลอดภัย
 - กฎหมายควบคุมอาคาร
 - กฎหมายด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน
 - กฎหมายการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม และการควบคุมมลพิษ
 - กฎหมายเกี่ยวกับยา ชีววัตถุ และเครื่องมือแพทย์
 - กฎหมายวัตถุอันตราย
 - กฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านอาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ
 - กฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับอื่นๆ ที่องค์กรจะต้องปฏิบัติตาม
 - กฎหมายเกี่ยวกับการปกครอง
 - กฎหมายเกี่ยวกับการเงิน การคลัง การงบประมาณ การพัสดุ
 - กฎหมายเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสารสนเทศ
 - กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพ
 - กฎหมายเกี่ยวกับสถานพยาบาล
 - กฎหมายเกี่ยวกับการจ้างแรงงาน การจ้างงานผู้พิการ
 - กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค
 - กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ
- วิเคราะห์ช่องว่างที่ยังปฏิบัติตามกฎหมายได้ไม่ครบถ้วน วางแผนและดำเนินการปรับปรุง

- วิเคราะห์ความเสี่ยงที่จะไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย และจัดให้มีระบบที่จะเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด
- ผู้นำระดับสูงปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างของความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามกฎหมาย
- ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมขององค์กรที่ส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● การปฏิบัติตนของผู้นำระดับสูงที่แสดงตัวอย่างความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามกฎหมาย | <ul style="list-style-type: none"> ● การรับรู้จุดเน้นเรื่องการปฏิบัติตามกฎหมายจากผู้นำ |

ข. การสื่อสาร (Communication)

| |
|---|
| <p>(1) ผู้นำระดับสูงใช้การสื่อสารอย่างได้ผลและสร้างความผูกพันกับบุคลากรทั่วทั้งองค์กรและผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่สำคัญ:</p> <p>(i) สื่อสารสองทิศทาง อย่างเปิดเผย และเข้าใจง่าย กับทุกกลุ่มเป้าหมาย;</p> <p>(ii) สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญและความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงกับบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง ตามความจำเป็น;</p> <p>(iii) สร้างแรงบันดาลใจ จูงใจ เพื่อให้บุคลากรสร้างผลการดำเนินการที่ดีและให้ความสำคัญกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน.</p> |
|---|

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจวิธีการสื่อสารที่ได้ผล
 - ผู้รับสารที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้แก่ บุคลากรทั้งองค์กร ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - ช่องทางการสื่อสาร ซึ่งควรเน้นการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การสื่อสารสองทาง และการสื่อสารผ่านเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ
 - ประเด็นในการสื่อสาร ซึ่งควรให้ความสำคัญกับสิ่งที่องค์กรมุ่งเน้น (เช่น มุ่งการตัดสินใจที่สำคัญ ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง
- ผู้นำระดับสูงกำหนด/ทบทวนวิธีการสื่อสารกับบุคลากรในองค์กร (อาจจัดทำเป็นตารางแสดงถึงวิธีการสื่อสาร เนื้อหาที่สื่อสาร/กลุ่มเป้าหมาย ความถี่) รวมทั้งการสื่อสารไปสู่เครือข่ายที่ไม่เป็นทางการในองค์กร
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจการสร้าง ความผูกพันกับบุคลากรและการจูงใจ เพื่อให้มีผลการดำเนินการที่ดี

- ทำความเข้าใจระดับขั้นของความผูกพัน (ไม่ผูกพัน ทำเพราะความกลัว ทำเพราะหัวหน้าสั่ง ทำตามหน้าที่อย่างเต็มที่ รับมอบหมายงานที่ทำทาส สร้างสรรค์งานด้วยตนเองโดยไม่ถามว่าองค์กรให้อะไร)
- ทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันและแรงจูงใจของบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเป็นสมาชิกที่มีคุณค่าของทีม การอยู่ในทีมที่ประสบความสำเร็จ การได้ทำงานที่มีความหมาย และการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความไว้วางใจกัน
- ทำความเข้าใจบทบาทของผู้นำในการสร้างความผูกพันด้วยการโค้ช การนำด้วยวิสัยทัศน์/ความใฝ่ฝัน การเสริมพลัง การสร้างความไว้วางใจ
- ทำความเข้าใจบทบาทของผู้นำในการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้มีผลการดำเนินการที่ดี ทั้งการสร้างแรงบันดาลใจ การจูงใจเพื่อพัฒนาตนเอง การยกย่องชมเชย การให้รางวัลหรือค่าตอบแทนเป็นตัวเงิน
- ถ่ายทอดความรับผิดชอบในการสื่อสารไปยังผู้นำทุกระดับ
- ผู้นำระดับสูงใช้การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรในเรื่องการเสริมพลัง [I-5.2ข(1)]
 - ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจความมุ่งหมายของการให้อำนาจตัดสินใจ (empowerment) ในเชิงการบริหารจัดการ ว่ามุ่งให้อำนาจและความรับผิดชอบแก่บุคลากรเพื่อตัดสินใจ ณ จุดที่ใกล้ชิดผู้ป่วย/ผู้รับบริการมากที่สุด เพื่อช่วยให้บุคลากรสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ตั้งแต่เริ่มแรก รวมทั้งปรับปรุงกระบวนการและผลลัพธ์ของการทำงานในความรับผิดชอบของตน
 - ผู้นำระดับสูงกำหนดขอบเขตการให้อำนาจตัดสินใจ (empowerment) แก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ตัวอย่างการตัดสินใจที่ผู้นำต้องการให้เกิดขึ้น รวมทั้งสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินความเข้าใจ (ผลของการสื่อสาร) ความมั่นใจ (ผลของการให้อำนาจตัดสินใจ) ความอยากทำ (ผลของการให้รางวัลและยกย่องชมเชย) ต่อทิศทางและจุดเน้นขององค์กร การมุ่งเน้นผลการดำเนินการที่ดี และนำผลการประเมินมาปรับปรุงการสื่อสาร การสร้างความผูกพัน การให้อำนาจตัดสินใจ และการจูงใจ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ภาพรวมของวิธีการสื่อสารโดยสรุป | <ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประเมินประสิทธิผลของการสื่อสาร การสร้างความผูกพัน การให้อำนาจตัดสินใจ และการจูงใจ รวมทั้งการปรับปรุงที่เกิดขึ้น |

ก. ความสำเร็จขององค์กร (Organization's Success)

- (1) ผู้นำระดับสูงสร้างสภาพแวดล้อมที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ:
 - (i) ทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจ และเป็นองค์กรที่คล่องตัว;
 - (ii) ปลุกฝังการเรียนรู้ขององค์กรและบุคลากรแต่ละคน รวมทั้งส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม;
 - (iii) มีวัฒนธรรมที่ส่งเสริมความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและบุคลากร;
 - (iv) มีการพัฒนาและเตรียมผู้นำในอนาคตขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - ความสำเร็จในปัจจุบัน หมายถึง การตอบสนองความต้องการของกิจการในปัจจุบัน การจัดการความเสี่ยง ความคล่องตัว และการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์
 - ความสำเร็จในอนาคต หมายถึง ความสามารถที่พร้อมรับมือสภาพแวดล้อมและปฏิบัติการในอนาคต
 - การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ ผู้นำควรคำนึงถึงระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ วัฒนธรรมองค์กร ระบบงาน ขีดความสามารถและอัตรากำลังสมรรถนะหลักขององค์กร ทรัพยากร การสร้างนวัตกรรม ตลอดจนปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการบรรลุพันธกิจและวัตถุประสงค์ขององค์กร เช่น การกำหนดความคาดหวังที่ชัดเจน การติดตามความก้าวหน้า การให้ความช่วยเหลือในประเด็นที่เป็นความท้าทายมาก ๆ เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและสร้างสภาพแวดล้อมที่ทำให้เป็นองค์กรที่คล่องตัว เช่น การปรับเปลี่ยนข้อบังคับหรือแนวทางปฏิบัติเมื่อจำเป็น การให้อำนาจแก่ผู้บริหารระดับต้นในการตัดสินใจเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การทำให้ระบบงานต่างๆ มีความยืดหยุ่นมากขึ้น เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในระดับองค์กรและบุคลากร เช่น การจัดให้มีแหล่งข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ที่เข้าถึงได้ง่าย รวมทั้งการเรียนรู้ผ่านระบบ Internet, การส่งเสริมให้มีทักษะในการตั้งคำถามเพื่อแสวงหาความรู้ในงานประจำ, การส่งเสริมให้มีการรวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (community of practice), การนำผลงานด้านการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล มาใช้เรียนรู้เพื่อการตัดสินใจในระดับองค์กร

- ผู้นำระดับสูงทบทวนและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างนวัตกรรม เช่น การมีระบบข้อเสนอแนะ การฝึกอบรมความคิดสร้างสรรค์ การส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมเชิงระบบ การส่งเสริมให้แสวงหาและนำแนวคิดใหม่ๆ มาทดลองใช้โดยไม่ต้องกลัวความล้มเหลว การจัดสรรเวลาให้ฟรีจากงานประจำ การจัดตั้งทีมเฉพาะ การสร้างเวทีให้เกิดระบบนิเวศของการสร้างนวัตกรรม การเก็บเกี่ยวความคิดใหม่ๆ จากหมู่ชน (crowdsourcing) เป็นต้น
- ผู้นำสร้างวัฒนธรรมที่ส่งเสริมความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เช่น การรับรู้ข้อคิดเห็นของผู้ป่วยโดยผู้นำ การสร้างความสัมพันธ์กับตัวแทนชุมชน การเสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงานแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้โดยมีอำนาจใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม การบรรจุเรื่องประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นวาระประจำวาระแรกๆ ในการประชุมของผู้นำ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรวมกลุ่มกันเพื่อทำกิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยกัน เป็นต้น
- ผู้นำสร้างวัฒนธรรมที่ส่งเสริมความผูกพันกับบุคลากร เช่น การรับฟังความคิดเห็นของบุคลากรโดยผู้นำเอง การสื่อสารให้บุคลากรรับรู้ความท้าทายและทิศทางที่ชัดเจนขององค์กร การสนับสนุนให้บุคลากรได้ทำงานที่ถนัด ทำหาย และสอดคล้องกับค่านิยมของตนเอง การสร้างบรรยากาศของการรับฟัง เคารพ ไว้วางใจ ร่วมมือ กล้าเสี่ยง การขอบคุณและยกย่องชมเชยในโอกาสที่เหมาะสม การมีสัมพันธภาพ ความร่วมมือและการประสานงานที่ดี การเข้าร่วมแก้ปัญหาระหว่างหน่วยงานที่มีความอ่อนไหว เป็นต้น
- ผู้นำพัฒนาและเตรียมผู้นำในอนาคตขององค์กร ด้วยการกำหนดตำแหน่งบริหารที่ต้องจัดทำ Succession Plan กำหนด Competency ในด้านการนำและการบริหาร ค้นหาผู้ที่อยู่ในข่าย (candidate) จัดการพัฒนาและฝึกอบรม ติดตามผลการปฏิบัติงาน
- ประเมินสภาพแวดล้อมด้านต่างๆ ทั้งในด้านการรับรู้ของบุคลากร และผลงานที่เกิดขึ้น และนำไปใช้วางแผนพัฒนาต่อเนื่อง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● วิธีการใหม่ๆ หรือนวัตกรรมที่นำมาใช้ในการสร้างสภาพแวดล้อมและบรรยากาศ ● การปรับปรุงที่เป็นผลจากการทำ Leadership Walkround | <ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประเมินในสภาพแวดล้อมและบรรยากาศต่างๆ ข้างต้น และแผนพัฒนาที่เกิดขึ้น |

(2) ผู้นำระดับสูงทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง (focus on action):

- (i) กำหนดกลยุทธ์ที่มุ่งเน้น การพัฒนาคุณภาพ และการปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร;
- (ii) กำหนดความคาดหวังต่อผลการดำเนินการขององค์กร และจุดมุ่งเน้นที่การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ปวย/ผู้รับผลงาน.
- (iii) แสดงให้เห็นถึงภาวะความรับผิดชอบของผู้นำ (personnel accountability) ต่อการดำเนินการขององค์กร

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดการปฏิบัติที่เป็นจุดเน้นโดย
 - เลือกวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ หรือโอกาสสร้างนวัตกรรม มากำหนดเป็นจุดเน้นสำหรับการปฏิบัติ (หรือที่เรียกว่าเข็มมุ่ง)
 - ทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินการตามช่วงเวลาที่เหมาะสม วิเคราะห์ความก้าวหน้าในการพัฒนาตามแผน การบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์ขององค์กร นำประเด็นที่ไม่บรรลุเป้าหมายมากำหนดเป็นจุดเน้นในการพัฒนาที่สำคัญ (priority for improvement)
 - ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงาน ทุกระดับ ประเมินตนเองเพื่อระบุโอกาสพัฒนาตามลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ
 - กำหนดความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว โดยพิจารณาคุณค่าต่อผู้รับผลงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ อย่างสมดุล
- ผู้นำระดับสูงแสดงภาวะรับผิดชอบโดย
 - สื่อสารการปฏิบัติที่เป็นจุดเน้นไปยังหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง ให้การสนับสนุนการนำจุดเน้นไปสู่การปฏิบัติ
 - ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามจุดเน้น ให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">● การปฏิบัติที่เป็นจุดมุ่งเน้นทั้งในส่วนของกลยุทธ์และการพัฒนาคุณภาพ และระดับความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว● บทเรียนหรือนวัตกรรมที่ผู้นำใช้ กระตุ้นให้นำจุดเน้นไปสู่การปฏิบัติ | <ul style="list-style-type: none">● ผลการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามจุดมุ่งเน้น |

- (3) ผู้นำระดับสูงสนับสนุนความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:
- (i) กำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวัง ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย;
 - (ii) ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย การเน้นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้;
 - (iii) ทบทวนและกำกับติดตามผลการดำเนินการ และความก้าวหน้าของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรค.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

การกำหนดทิศทาง

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดหรือทบทวนทิศทางนโยบายในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งควรเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล
 - นโยบาย (policy) เป็นทิศทางทั่วไปขององค์กรเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยซึ่งประกาศโดยผู้บริหาร
 - เป้าประสงค์ (goals) คือข้อความที่กล่าวอย่างกว้างๆ ถึงผลลัพธ์ (ในที่นี้คือผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความปลอดภัย)
 - ลำดับความสำคัญ (priorities) หรือเข็มมุ่ง (hoshin) คือจุดเน้นที่องค์กรต้องการพัฒนาในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งควรมาจากการวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม
 - ความคาดหวัง (expectation) ควรมีทั้งเป้า (targets) ของประเด็นที่เป็นลำดับความสำคัญ และความคาดหวังต่อพฤติกรรมของบุคลากรในด้านคุณภาพและความปลอดภัย

วัฒนธรรมความปลอดภัย

- ผู้นำระดับสูงกำหนดเรื่องความปลอดภัยเป็นวัตถุประสงค์สำคัญในแผนกลยุทธ์
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะเกิดความไม่ปลอดภัยหรือความด้อยคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ และกำหนดมาตรการที่เป็นหลักประกันคุณภาพและความปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
 - การเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อนำมาสู่การป้องกัน (ทำ RCA ด้วยวิธีการที่เหมาะสม และปรับปรุงระบบที่มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น โดยใช้แนวคิด human factors engineering)
 - การเตรียมบุคลากรให้มีความรู้และทักษะเพียงพอ
 - การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
 - การเฝ้าระวังผู้ป่วยเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วทันทั่วทั้งที่

- การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์หรือหน่วยงานที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการนำ Patient & Personnel Safety Goals: SIMPLE มาศึกษา ปฏิบัติ และติดตาม ตามความเหมาะสม (ปฏิบัติให้มากที่สุด เลือกลดติดตามเท่าที่จำเป็น อาจจะใช้แนวคิดร่วมด้วยช่วยกัน One Staff One Issue แจกประเด็นความปลอดภัยให้บุคลากรที่อาสาสมัครไปติดตามการปฏิบัติในแต่ละประเด็น แล้วนำมารายงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ)
- ผู้นำทุกระดับสร้างความมั่นใจในระบบรายงานอุบัติการณ์ว่าจะไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้รายงาน ทั้งด้วยการกำหนดนโยบาย การทำความเข้าใจ และการปฏิบัติ
- ผู้นำระดับสูงจัดให้มี Patient Safety Leadership Walkround เพื่อสื่อสารทิศทางและค่านิยมในเรื่องความปลอดภัย รับทราบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากเจ้าหน้าที่
- ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้ใช้การพูดคุยกันบ่อยๆ อย่างสั้นๆ ในทุกโอกาส เพื่อเพิ่มความตระหนักในเรื่องความเสี่ยง เช่น Morning Brief, Safety Brief, การทบทวนข้างเตียง, การส่งต่อระหว่างเวร
- ประเมินปัจจัยและตัวแปรสำคัญที่สะท้อนถึงการมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร เช่น ใช้ Patient Safety Culture Survey ของ AHRQ และนำผลที่ได้มาพิจารณาปรับปรุง

วัฒนธรรมของการเห็นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้

- ผู้นำเน้นให้บุคลากรทำความเข้าใจกับรูปธรรมของการปฏิบัติตาม Core Values ในเรื่อง Patient and Customer Focus หรือ People-centred, Continuous Improvement และ Learning ที่ได้จัดทำไว้ตามมาตรฐาน I-1.1ก (1)
- ผู้นำสร้างสิ่งแวดล้อม แรงจูงใจ และติดตามพฤติกรรมของบุคลากรที่สะท้อนวัฒนธรรมทั้งสามประการ

การทบทวนบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนา

- ผู้นำทบทวนบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในประเด็นข้างล่างนี้ และดำเนินการให้เข้มข้นมากขึ้น
 - การให้การฝึกอบรมที่สอดคล้องกับบทบาทของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
 - การให้โอกาสในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
 - การให้แนวทางและความช่วยเหลือ
 - การขจัดอุปสรรคในการพัฒนา

- การสร้างแรงจูงใจและให้รางวัล
- การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น ในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย รวมทั้งเทคโนโลยีและทรัพยากรสำหรับการติดตามวัดผล (tracking) และเปรียบเทียบผล
- การปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพ

การกำกับติดตาม

- ผู้นำจัดให้มีระบบการรายงานความก้าวหน้าและผลการพัฒนาคุณภาพตามแผน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ
- ผู้นำระดับต้นดำเนินการแก้ไขปัญหาอุปสรรคอย่างเต็มความสามารถ และกลั่นกรองขอการสนับสนุนขึ้นมาเป็นลำดับชั้นหากไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ด้วยตนเอง
- ผู้นำระดับสูงรับทราบความก้าวหน้าและผลการพัฒนา พิจารณาความพอเพียงของสิ่งที่ดำเนินการอยู่ และตอบสนองอย่างเหมาะสม (เช่น เพิ่มเป้าหมาย ปรับแผน สนับสนุนทรัพยากร) เป็นต้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● การกำหนดทิศทาง: สรุปลำดับความสำคัญและความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ● วัฒนธรรมความปลอดภัย: การปรับปรุงที่เป็นผลจากการทำ Leadership Walkround และการประเมินระดับวัฒนธรรมความปลอดภัย ● การสร้างสิ่งแวดล้อม แรงจูงใจเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการมุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้ รวมทั้งวิธีการติดตามพฤติกรรมของบุคลากร ● การตอบสนองของผู้นำที่เป็นผลจากการกำกับติดตาม | <ul style="list-style-type: none"> ● ผลสำเร็จของการปฏิบัติตามนโยบายและลำดับความสำคัญในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ● ผลลัพธ์ที่แสดงแนวโน้มของระดับวัฒนธรรมด้านต่างๆ ที่มีการสำรวจ |

SPA I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม (Governance and Societal Contributions)

องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และการเป็นองค์กรที่ทำประโยชน์ให้สังคม

ก. การกำกับดูแลองค์กร (Organizational Governance)

- (1) องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบกำกับดูแลกิจการ ที่มีความรับผิดชอบในประเด็นต่อไปนี้:
- (i) ทิศทาง วัตถุประสงค์ และแผนกลยุทธ์ขององค์กร;
 - (ii) การบริหารงาน (operational management) ของผู้นำระดับสูง;
 - (iii) การบริหารทางการเงิน (financial management) และงบประมาณ;
 - (iv) ผลการดำเนินการขององค์กรและความโปร่งใสในการดำเนินการ;
 - (v) การตรวจสอบภายในและภายนอกที่เป็นอิสระและมีประสิทธิภาพ;
 - (vi) การพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงให้ความสนใจระบบการกำกับดูแลกิจการ (governance system) ในบริบทขององค์กร (หมายถึงระบบที่อยู่เหนือคณะผู้บริหาร) เช่น
 - คณะกรรมการโรงพยาบาลที่มีอำนาจกำกับดูแลผู้บริหารโรงพยาบาล (ในภาคเอกชนหรือองค์กรมหาชน)
 - ส่วนราชการต้นสังกัดของโรงพยาบาล รวมทั้งระบบการนิเทศงาน และการติดตามประเมินผลงานของโรงพยาบาลและผู้บริหาร รวมไปถึงการกำกับดูแลโดยระบบประกันสุขภาพหรือองค์กรวิชาชีพ
- ผู้นำระดับสูงทบทวนคุณค่าเพิ่มเติมที่ได้จากการติดตามประเมินผลและข้อเสนอแนะของระบบการกำกับดูแลกิจการ (รวมถึงระบบตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก), ติดตามการนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติ
- ผู้นำระดับสูงทบทวนพันธสัญญา (performance agreement) และระบบรายงานระหว่างผู้กำกับดูแลกิจการ กับผู้บริหาร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการรับรู้ผลการดำเนินงานสำคัญขององค์กรโดยผู้กำกับดูแลกิจการ และให้ข้อคิดเห็นป้อนกลับต่อผู้บริหาร
- ผู้นำระดับสูงแสดงความรับผิดชอบต่อผู้กำกับดูแลกิจการในด้านต่างๆ ต่อไปนี้
 - การขอความเห็นชอบจากผู้กำกับดูแลกิจการในเรื่องทิศทาง วัตถุประสงค์ และแผนกลยุทธ์ขององค์กร

- การบริหารงาน (operational management) ให้เป็นไปตามนโยบาย เป้าหมาย แผน และงบประมาณที่ได้รับความเห็นชอบจากผู้กำกับดูแลกิจการ รวมทั้งการรายงานความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคแก่ผู้กำกับดูแลกิจการอย่างสม่ำเสมอ
- การบริหารทางการเงิน (financial management) และงบประมาณ ให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับ มีการวางแผน ตรวจสอบ ควบคุมการเงินและสินทรัพย์ขององค์กรอย่างรัดกุม มีการใช้งบประมาณถูกต้องตามที่ได้รับอนุมัติและมีประสิทธิภาพ
- รายงานผลการดำเนินการขององค์กรให้แก่ผู้กำกับดูแลกิจการเป็นระยะ
- วิเคราะห์ความเสี่ยงต่อข้อครหาในเรื่องความไม่โปร่งใสในการตัดสินใจของผู้บริหาร และดำเนินการเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบกระบวนการตัดสินใจและความโปร่งใสในการดำเนินงานของผู้บริหารระดับสูง
- วางระบบการตรวจสอบภายในและภายนอกที่เป็นอิสระและมีประสิทธิผล
- สร้างหลักประกันว่ามีการพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มอบหมายให้มีการสำรวจและรับเสียงสะท้อนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานของผู้บริหาร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● คุณค่าที่ได้รับและการปรับปรุงระบบงานที่เป็นผลจากข้อเสนอแนะของระบบการกำกับดูแลกิจการ (รวมทั้งระบบตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก) | <ul style="list-style-type: none"> ● ผลลัพธ์ของระบบกำกับดูแลด้านการเงินและการตรวจสอบ |

(2) องค์กรประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพ การดำเนินการของ:

- (i) ผู้นำระดับสูง;
- (ii) ระบบการนำ;
- (iii) ระบบกำกับดูแลองค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การประเมินผลการดำเนินการของผู้นำระดับสูง
 - การประเมินผลการดำเนินการของผู้นำอาจใช้การทบทวนภายในกลุ่มผู้นำ (peer reviews) การประเมินอย่างเป็นทางการตามข้อตกลงการปฏิบัติงาน การรับฟังเสียงสะท้อนจากบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งด้วยวิธีที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ หรือการใช้คณะกรรมการประเมินผลซึ่งเป็นบุคคลภายนอก
 - ผู้นำระดับสูง กำหนดสมรรถนะในด้านการบริหารจัดการ (managerial competency) นำมาใช้ในการประเมินและพัฒนาผู้นำระดับต่าง ๆ
- ผู้นำระดับสูง ทบทวนและปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการนำขององค์กร ในประเด็นต่อไปนี้ โดยใช้การทบทวนภายในกลุ่มผู้นำ และการรับเสียงสะท้อนจากบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
 - การจัดโครงสร้างองค์กรที่สอดคล้องกับเป้าหมายและหน้าที่
 - การคำนึงถึงสมรรถนะและความต้องการของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - การกำหนดความคาดหวังต่อผลการดำเนินการในระดับที่ท้าทายและการเน้นย้ำค่านิยม
 - กลไกการตัดสินใจของผู้นำ การสื่อสารและนำผลการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ
 - การเลือกสรรและพัฒนาผู้นำ/ผู้บริหาร
 - ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำในสายงานต่าง ๆ
 - การสร้างความผูกพันและการทำงานเป็นทีมเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร
 - การกระตุ้นและสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม ความเสี่ยงในระดับที่เหมาะสม
 - การมีกลไกสำหรับผู้นำในการประเมินตนเอง รับข้อมูลป้อนกลับ และนำไปสู่การปรับปรุง
- การประเมินผลระบบกำกับดูแลองค์กร
 - การประเมินผลระบบกำกับดูแลองค์กร อาจใช้การประเมินตนเองของกรรมการ ร่วมกับการรับฟังเสียงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการใช้คณะกรรมการประเมินผลซึ่งเป็นบุคคลภายนอก

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● การปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการนำที่เป็นผลมาจากการทบทวน ● Managerial Competency ที่เป็นปัญหาของผู้บริหารระดับต่างๆ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น | <ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประเมินระบบการนำ |

(3) องค์กรวางระบบกำกับดูแลทางคลินิกที่มีประสิทธิผล:

- (i) กำหนดให้มีคณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกกำกับดูแลองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การทบทวนการดูแลผู้ป่วยหรือการตรวจสอบทางคลินิก ผลสัมฤทธิ์ในการดูแลผู้ป่วย ประสิทธิภาพของผู้ป่วย การบริหารความเสี่ยง การวิจัยและพัฒนา การเปิดเผยข้อมูล การจัดการสารสนเทศ การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ และการผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร;
- (ii) คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกได้รับรายงานอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับผลการดำเนินการและกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และแสดงความรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน รวมทั้งสนับสนุนให้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและติดตามกำกับ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจความหมายของคำสำคัญในมาตรฐานข้อนี้
 - **การกำกับดูแลทางคลินิก** หมายถึง กรอบที่สถานพยาบาลใช้เพื่อแสดงความรับผิดชอบต่อในการธำรงคุณภาพและมาตรฐานในงานบริการ ตลอดจนจรรยาบรรณคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การจัดการงานคลินิกบริการอย่างเหมาะสมและการสร้างสภาพแวดล้อมที่ช่วยเสริมสร้างงานบริการที่เป็นเลิศ
 - **คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิก** หมายถึง คณะกรรมการที่มีหน้าที่กำกับดูแลกระบวนการและผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยทุกแง่มุม ซึ่งองค์กรควรใช้โครงสร้างของคณะกรรมการชุดนี้ให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กรและสามารถทำหน้าที่ในการให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างอิสระ อาทิ

- คณะกรรมการที่กำกับดูแลธุรกิจขององค์กรอยู่แล้วของโรงพยาบาล เอกชน
 - คณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากต้นสังกัดให้ดูแลระบบ คุณภาพและความปลอดภัยของโรงพยาบาลในสังกัด
 - คณะกรรมการที่มีผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกเป็นองค์ประกอบ สำคัญ
 - คณะกรรมการอื่นๆ ตามบริบทของโรงพยาบาล โดยมีผู้บริหาร สูงสุดทางด้านการแพทย์เป็นประธาน เป็นอย่างน้อย
- ผู้นำระดับสูงให้ความสนใจองค์ประกอบสำคัญที่จะต้องมีการรายงานในระบบกำกับ ดูแลทางคลินิก ทบทวนการดำเนินงานในเรื่องนั้น และผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ
 - การทบทวนการดูแลผู้ป่วย/การตรวจสอบทางคลินิก คือการเรียนรู้ จากการทบทวนหรือการตรวจสอบกระบวนการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์การ ดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งอาจจะเป็นการทบทวนเปรียบเทียบกับ Explicit Criteria หรือแนวปฏิบัติทางคลินิก การทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีความรัดกุมขึ้น และอาจ รวมถึงการนำแนวคิด Safety II มาใช้ในการทบทวน คือการทบทวนใน กรณีที่ผลลัพธ์ดีภายใต้สถานการณ์ที่หลากหลาย ข้อมูลที่รายงานควรมีทั้ง (1) ความครอบคลุม/ความถี่ของการทบทวน (2) ตัวอย่างบทเรียนที่ได้จาก การทบทวน การปรับปรุงกระบวนการที่เกิดขึ้น และการติดตามผลของการ ปรับปรุง (ถ้ามี)
 - ผลสัมฤทธิ์ของการดูแลผู้ป่วย มีองค์ประกอบสำคัญคือ (1) การออกแบบ กระบวนการดูแลบนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการ (2) การติดตามผลลัพธ์ การดูแลรักษา (3) การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย
 - ประสบการณ์ของผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมให้มีการรับรู้และใช้ประโยชน์ จากประสบการณ์ของผู้ป่วยด้วยวิธีที่หลากหลาย ซึ่งควรมีการรายงาน การปรับปรุงระบบงานต่างๆ ที่เป็นผลจากการรับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วย
 - การบริหารความเสี่ยง (ดูการปฏิบัติตามมาตรฐาน II-1.2) ควรมีการ รายงานแนวโน้มของประสิทธิผลของการบริหารความเสี่ยง และปัจจัยองค์กร ที่คณะกรรมการกำกับดูแลควรรับรู้
 - การวิจัยและพัฒนา อาจมีลักษณะเป็น R2R หรือ Health Service Research หรือ Implementation หรือ Clinical Research ซึ่งควรมุ่งเน้นการ สร้างความรู้หรือพิสูจน์ยืนยันประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยที่ทีมให้บริการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพของบุคลากรขององค์กร

- **การเปิดเผยข้อมูล (openness)** หมายถึงการเปิดเผยหรือแสดงข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา ประเด็นสำคัญที่สุดคือการให้ข้อเท็จจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้บริหารต้องตระหนักในความสำคัญของการออกแบบระบบที่รัดกุมด้วยแนวคิด Human Factors ร่วมกับการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการทำงานควบคู่ไปด้วย
- **การจัดการสารสนเทศ** (ดูการปฏิบัติตามมาตรฐาน I-4.1 และ I-4.2) รายงานควรครอบคลุมการใช้ประโยชน์จากการวัด วิเคราะห์ สารสนเทศ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการให้บริการผู้ป่วย
- **การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ (Continuing Education-CE)** ควรได้รับการส่งเสริมทั้งวิชาชีพที่มีกฎหมายรองรับ และวิชาชีพที่ไม่มีกฎหมายระบุไว้ ทั้งกิจกรรมที่ไปศึกษาและฝึกอบรมภายนอก กิจกรรมที่เรียนรู้ด้วยตนเองหรือเรียนรู้ร่วมกันภายในองค์กร โดยมีระบบการจัดเก็บคะแนนสะสมที่ใช้ในการติดตามได้
- **การผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร** (ดูการปฏิบัติตามมาตรฐาน I-6.1จ การจัดการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิก) สถานพยาบาลที่เป็นสถานบันการศึกษาหรือสถาบันสมทบซึ่งเป็นที่ฝึกอบรมอยู่ในข่ายที่จะต้องปฏิบัติตามมาตรฐานเรื่องนี้ กล่าวคือการรายงานโดยสรุปถึงความพร้อมของการผลิต/ร่วมผลิต และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของนักศึกษา/ผู้รับการฝึกอบรม
- **การรายงานผลการดำเนินการ**
 - ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบในการจัดทำสรุปรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานในแต่ละองค์ประกอบ เสนอให้คณะผู้บริหารรับทราบอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุกงวดสามเดือน เป็นต้น โดยรายงานนี้ระบุถึงความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและความพยายามในการแก้ไข รวมทั้งการสนับสนุนที่ต้องการได้รับ
 - คณะผู้บริหารพิจารณารายงานความก้าวหน้าและตอบสนองด้วยการให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม
 - ผู้บริหารสูงสุดนำเสนอรายงานความก้าวหน้าและการตอบสนองที่ได้ทำลงไปให้แก่คณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิก

- คณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิก ให้ข้อเสนอแนะและการสนับสนุนเพิ่มเติม เพื่อให้มั่นใจว่ามีการดำเนินการอย่างเหมาะสมและเพียงพอให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย
- คณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิกและผู้บริหารระดับสูง สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและติดตามกำกับ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ข้อเสนอแนะและการตอบสนองที่ได้รับจากคณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิก | <ul style="list-style-type: none"> ● การเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้น |

ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม (Legal and Ethical Behavior)

| |
|---|
| <p>(1) องค์กรส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย และกฎระเบียบ. ประกอบด้วย:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบด้านความปลอดภัย; (ii) การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง; (iii) การคาดการณ์และเตรียมการเชิงรุกต่อการดำเนินการหรือการปฏิบัติการณ์ที่มีผลกระทบเชิงลบต่อสังคมและความกังวลของสาธารณะ รวมถึงการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ. |
|---|

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการทบทวนการปฏิบัติตามกฎหมายต่อไปนี้
 - กฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับด้านความปลอดภัย
 - กฎหมายควบคุมอาคาร
 - กฎหมายด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน
 - กฎหมายการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม และการควบคุมมลพิษ
 - กฎหมายเกี่ยวกับยา ชีววัตถุ และเครื่องมือแพทย์
 - กฎหมายวัตถุอันตราย
 - กฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านอาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ
 - กฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับอื่นๆ ที่องค์กรจะต้องปฏิบัติตาม
 - กฎหมายเกี่ยวกับการปกครอง

- กฎหมายเกี่ยวกับการเงิน การคลัง การงบประมาณ การพัสดุ
 - กฎหมายเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสารสนเทศ
 - กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพ
 - กฎหมายเกี่ยวกับสถานพยาบาล
 - กฎหมายเกี่ยวกับการจ้างแรงงาน การจ้างงานผู้พิการ
 - กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค
 - กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการวิเคราะห์และคาดการณ์ในประเด็นสำคัญต่อไปนี้
 - การดำเนินการที่มีผลกระทบเชิงลบต่อสังคมและความกังวลของสาธารณะ เช่น ความปลอดภัยของผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย การเข้าถึงที่เท่าเทียมและทันการณ์ สิ่งคุกคามใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น การจัดการกับของเสียจากการให้บริการทางการแพทย์ เป็นต้น
 - โอกาสในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เช่น นโยบายในเรื่อง Recycle การลดปริมาณขยะ การประหยัดพลังงาน นโยบาย Green Environment เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการปรับปรุงหรือกำหนดมาตรการสำคัญเพื่อตอบสนองต่อการวิเคราะห์ดังกล่าว กำหนดเป้าหมาย และวิธีการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (อาจจะใช้วิธีการประเมินเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพหรือร่วมกัน)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ผลการวิเคราะห์ช่องว่างที่ปฏิบัติตามกฎหมายได้ไม่ครบถ้วน ความเสี่ยงที่จะไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย การดำเนินการปรับปรุง ● ผลการวิเคราะห์และคาดการณ์ในเรื่องผลกระทบด้านลบและความกังวลของสาธารณะ มาตรการตอบสนอง ● การดำเนินการในเรื่องการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า | <ul style="list-style-type: none"> ● การประเมินผลการบรรลุเป้าหมายในเรื่อง ● การปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ ● ความเสี่ยง ผลกระทบด้านลบ และความกังวลของสาธารณะ ● การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ● รายงานผลการประเมินหรือตรวจสอบจากหน่วยงานผู้รับผิดชอบ |

(2) องค์กรส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรม:

- (i) ส่งเสริมและทำให้มั่นใจว่าจะมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรม 15 ในปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี;
- (ii) มีการติดตามกำกับและดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - หลักจริยธรรมตาม SPA I-1.1ก(2)
 - พฤติกรรมที่มีจริยธรรม ครอบคลุมจริยธรรมทางการแพทย์และจริยธรรมในการปฏิบัติงาน เช่น ความตรงไปตรงมากับลูกค้าหรือผู้ส่งมอบ การประเมินผลงานระหว่างหัวหน้ากับผู้ปฏิบัติงาน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการวิเคราะห์โอกาสและลักษณะการเกิดปัญหาจริยธรรมในขั้นตอนต่างๆ ของการปฏิบัติงาน ทั้งในด้านคลินิกและด้านอื่นๆ โดยอย่างน้อยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ และระบุเฉพาะประเด็นที่มีโอกาสเป็นปัญหาขององค์กร
 - การคิดค่าบริการ
 - การประชาสัมพันธ์
 - จริยธรรมและความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ
 - การตัดสินใจยุติการรักษา
 - การรับไว้/การส่งต่อ
 - การวิจัย
 - การรักษาผู้มีบุตรยาก
 - การปลูกถ่ายอวัยวะ
 - การกระทำโดยมีผลประโยชน์ทับซ้อน
 - การป้องกันและการใช้สารสนเทศที่มีความอ่อนไหว
 - การใช้เงินกองทุนอย่างเหมาะสม
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้กำหนดมาตรการป้องกันการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมตามหลักจริยธรรม จัดให้มีระบบติดตามกำกับ และการดำเนินการเมื่อมีการฝ่าฝืน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการสำรวจหรือประเมินผลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในเชิงรุกได้ และนำมาดำเนินการตามความเหมาะสม เช่น
 - การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สุ่มเสี่ยงต่อการละเมิดหลักจริยธรรม ผลประโยชน์ทับซ้อน การใช้สารสนเทศที่มีประเด็นความอ่อนไหว
 - ความคิดเห็นของบุคลากรในเรื่องจริยธรรมขององค์กร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ประเด็นจริยธรรมที่องค์กรให้ความสำคัญ มาตรการป้องกันการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม | <ul style="list-style-type: none"> ● ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สุ่มเสี่ยงต่อการละเมิดหลักจริยธรรม ผลประโยชน์ทับซ้อน การใช้สารสนเทศที่มีประเด็นความอ่อนไหว ● ผลการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรต่อจริยธรรมขององค์กร |

(3) องค์กรจัดให้มีกลไกเพื่อการรับรู้และจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ ด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทำความเข้าใจกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ (ethical dilemma) ต่อไปนี้
 - ความมุ่งหมายของมาตรฐานข้อนี้ เป็นไปเพื่อปกป้องคนทำงาน มิใช่การตัดสินผิดถูก
 - ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากต่อการตัดสินใจ (ethical dilemma) หมายถึง ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากต่อการตัดสินใจเนื่องจากมีฐานความคิดทางจริยธรรมที่ขัดแย้งกัน หากตัดสินใจบนฐานความคิดหนึ่ง ก็อาจขัดแย้งกับอีกฐานความคิดหนึ่งได้ ซึ่งควรมีความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลาย โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรับรู้และตัดสินใจ เช่น การตัดสินใจไม่ให้การรักษาหรือยุติการรักษา การให้การรักษาที่จำเป็นแต่ขัดกับความประสงค์ของผู้ป่วย การรับผู้ป่วยวิกฤตรายใหม่เข้าไปในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งจำเป็นต้องย้ายผู้ป่วยหนักที่มีอยู่เดิมออก
 - ขั้นตอนของการพิจารณาเมื่อเกิด Ethical Dilemma
 - **Recognise** รับรู้ว่าเกิดประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ เนื่องจากมีความขัดแย้งกันในค่านิยม หลักการ หลักจริยธรรม
 - **Break** วิเคราะห์เพื่อจำแนกประเด็นหรือหลักการที่ขัดแย้งกันออกมาให้ชัดเจน
 - **Seek** หาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งต่างๆ ทั้งคำแนะนำขององค์กร วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และมุมมองของผู้ป่วย
 - **Decision** ตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุผลและหลักการที่รับฟังได้ (ถ้าทำได้) และบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

- **Critical Analysis** มีกลไกในองค์กรเข้ามาช่วยวิเคราะห์เชิงลึกกรอบด้าน กรณีที่ผู้เกี่ยวข้องไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
- **Court** อาจจะต้องขอความเห็นจากศาล กรณีที่ไม่สามารถหาข้อยุติได้
- ทบทวนประสบการณ์ขององค์กร
 - ตัวอย่าง Ethical Dilemma ที่เคยเกิดขึ้นในองค์กร จำแนกตามวิชาชีพต่างๆ รวมทั้ง Ethical Dilemma ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้บริหาร
 - การตัดสินใจที่เกิดขึ้น
 - กลไกที่ให้ความช่วยเหลือ
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการนำประเด็นที่ยากลำบากในการตัดสินใจเนื่องจากความไม่ลงตัวระหว่างมุมมองต่างๆ (เช่น การตัดสินใจการยุติการรักษา การเลือกช่วยชีวิตคนหนึ่งแต่ต้องสละโอกาสช่วยชีวิตอีกคนหนึ่ง เป็นต้น) มาเรียนรู้ร่วมกัน รวบรวมกรณีศึกษาไว้เพื่อประโยชน์สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพที่อาจต้องเผชิญสถานการณ์ดังกล่าว
- ผู้นำระดับสูงกำหนดให้มีกลไกช่วยเหลือ และลักษณะของการตัดสินใจที่เป็นไปได้
 - กลไกช่วยเหลือควรมีลักษณะเป็นที่ปรึกษาหรือคณะที่ปรึกษา อาจจะมีชุดเดี่ยวหรือหลายชุดแยกตามลักษณะปัญหาก็ได้
 - ลักษณะของสถานการณ์และการตัดสินใจที่อาจพบ
 - กรณีฉุกเฉินที่ต้องตัดสินใจโดยเร่งด่วน อาจมีเวลาหรือไม่มีเวลาปรึกษาผู้อื่น
 - กรณีที่ใช้เวลาให้สถานการณ์คลี่คลาย
 - กรณีที่ต้องใช้ความพยายามมากกว่าธรรมดาเพื่อหาทางก้าวข้ามทางเลือกที่มีอยู่
 - กรณีที่ควรปรึกษาคณะที่ปรึกษาในองค์กร
 - กรณีที่ควรปรึกษาองค์กรวิชาชีพหรือหน่วยงานภายนอก

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">● สรุปโอกาสที่จะพบ Ethical Dilemma และกลไกช่วยเหลือในกรณีเกิด Ethical Dilemma● สรุปเหตุการณ์ Ethical Dilemma ที่เคยเกิดขึ้นใน 2-3 ปีที่ผ่านมา การใช้กลไกช่วยเหลือ และบทเรียนที่เกิดขึ้น | <ul style="list-style-type: none">● ความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้องในเรื่อง Ethical Dilemma● ประสิทธิภาพของกลไกสนับสนุนการตัดสินใจเมื่อเกิด Ethical Dilemma |

ค. การทำประโยชน์ให้สังคม (Societal Contribution)

(1) องค์กรมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้สังคม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงให้ความสนใจในประเด็นต่อไปนี้
 - การทำประโยชน์ให้สังคม (societal contribution) หมายถึง การที่องค์กรเป็นการสร้างประโยชน์และความผาสุกให้แก่สังคมอย่างสมดุล เป็นการสนับสนุนเป้าหมายที่สำคัญของสังคมภายใต้ทรัพยากรที่องค์กรมีอยู่
 - การทำประโยชน์ให้สังคมมิใช่เป็นเพียงการประชาสัมพันธ์หรือสร้างภาพลักษณ์ให้องค์กร และมีความหมายมากกว่าการปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับ แต่เป็นการทำให้เหนือกว่าความรับผิดชอบขององค์กร เป็นการสร้างความแตกต่างในตลาด และอาจเป็นตัวขับเคลื่อนความผูกพันของผู้รับผลงานและบุคลากร
 - สิ่งที่องค์กรสามารถทำให้แก่สังคมได้อาจจะเป็น
 - การรักษาสิ่งแวดล้อมหรืออนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ
 - การเพิ่มความเข้มแข็งให้กับชุมชนโดยรอบ และการเตรียมพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน
 - การสนับสนุนหรือปรับปรุงบริการสาธารณะ เช่น การศึกษา บริการสุขภาพ เป็นต้น
 - การเป็นแบบอย่างที่ดีในประเด็นที่มีความสำคัญทางสังคม
 - การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจให้แก่ชุมชน
 - การแบ่งปันสารสนเทศ
 - กิจการที่เป็นหน้าที่ของสถานพยาบาลเรื่องการให้บริการสุขภาพแก่ชุมชน และการเสริมพลังชุมชน ถือว่าเป็นการปฏิบัติตามมาตรฐาน II-9
 - การทำประโยชน์ให้สังคมอาจทำได้โดย
 - ผนวกเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์
 - ผนวกเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวัน
 - จัดเป็นกิจกรรมพิเศษ
- ผู้นำระดับสูงร่วมวางแผนกับผู้เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อใช้ศักยภาพและทรัพยากรขององค์กรในการทำประโยชน์ให้สังคม รวมทั้งสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • สรุปกิจกรรมการทำประโยชน์ให้สังคม | <ul style="list-style-type: none"> • ผลกระทบที่สังคมได้รับจากกิจกรรมการทำประโยชน์ให้สังคมขององค์กร (อาจเป็นตัวเงินหรืออื่นๆ) |

(2) องค์กรกำหนดชุมชนที่สำคัญ (key communities) เพื่อสนับสนุนและให้ความร่วมมือในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้องกำหนดชุมชนที่สำคัญที่จะให้การสนับสนุนโดยใช้ศักยภาพขององค์กร
 - การสนับสนุนชุมชนในหัวข้อนี้หมายถึงการสนับสนุนที่อยู่นอกเหนือหน้าที่ความรับผิดชอบขององค์กร
 - ชุมชนในที่นี้อาจเป็นชุมชนทางภูมิศาสตร์ที่มีความสำคัญต่อองค์กร หรือสังคมโดยรวม
- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนและให้ความร่วมมือในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่งอาจเป็นการปรับปรุงหรืออนุรักษ์สิ่งแวดล้อม การสร้างเสริมสมรรถนะของชุมชน การจัดบริการ การเตรียมความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน การณรงค์และให้ความรู้แก่สังคมในวงกว้าง การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การสนับสนุนเศรษฐกิจของชุมชน
- ผู้นำระดับสูงร่วมวางแผนกับผู้เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อใช้ศักยภาพและทรัพยากรขององค์กรในการทำประโยชน์ให้สังคม รวมทั้งสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • สรุปกิจกรรมการสนับสนุนชุมชน | <ul style="list-style-type: none"> • ผลงาน ผลกระทบที่เกิดจากกิจกรรมการสนับสนุนชุมชน |

SPA I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้การดำเนินงานขององค์กร.

ก. กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning Process)

- (1) องค์กรมีกระบวนการในการวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสม:
- (i) มีกระบวนการ ขั้นตอน ผู้มีส่วนร่วม และกรอบเวลา ที่เหมาะสม;
 - (ii) มีการใช้ข้อมูลจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว บุคลากรและข้อมูลจากชุมชนตามความเหมาะสม ในการวางแผนระบบบริการ;
 - (iii) มีการพิจารณาถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการเป็นองค์กรที่มีความคล่องตัว;

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนทำความเข้าใจความหมายต่อไปนี้
 - ความหมายของ “กลยุทธ์” (strategy) ในเชิงกว้าง อาจเป็นผลมาจากหรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้: การจัดบริการใหม่ รายได้ที่เพิ่มขึ้น การลงทุน การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร ความสัมพันธ์ใหม่ๆ กับบุคลากรหรืออาสาสมัคร การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ การเป็นผู้นำในการวิจัย การเป็นผู้ให้บริการเชิงบูรณาการ การตอบสนองความต้องการของชุมชนหรือความต้องการด้านสาธารณสุข
 - การจัดทำกลยุทธ์ (strategy development) หมายถึงแนวทางที่องค์กรใช้เตรียมการสำหรับอนาคต ซึ่งอาจจะใช้วิธีการต่างๆ ในการคาดการณ์พยากรณ์ ทางเลือก ฉากทัศน์ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น นำไปสู่การตัดสินใจและจัดสรรทรัพยากร
 - การเปลี่ยนแปลงขององค์กรมีสามลักษณะ
 - การเปลี่ยนแปลงเชิงการพัฒนา (developmental change) เป็นการปรับปรุงในสิ่งที่ทำอยู่ ไม่ได้สร้างสิ่งใหม่ เช่น ปรับปรุงทักษะ กระบวนการ วิธีการ มาตรฐานงาน สภาวะแวดล้อม เป็นต้น

- **การเปลี่ยนแปลงเพื่อเปลี่ยนผ่าน (transitional change)** เป็นการทดแทนสิ่งเดิมด้วยบางอย่างที่เป็นสิ่งใหม่โดยสิ้นเชิง ต้องมีการออกแบบ New State และนำไปปฏิบัติ ต้องยอมละทิ้งวิธีปฏิบัติงานเดิมๆ อาจจะต้องใช้การจัดการและเครื่องมือบริหารการเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างของการเปลี่ยนแปลงลักษณะนี้ เช่น การปรับโครงสร้างองค์กร การควบรวมกิจการ การสร้างผลิตภัณฑ์และบริการใหม่ที่มาแทนของเก่า การนำ IT มาใช้ เป็นต้น โดยไม่ต้องเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมหรือพฤติกรรมของผู้คน เป็นการเปลี่ยนแปลงที่กำหนดเป้าหมายในรายละเอียดได้ตั้งแต่แรก ผู้คนเปลี่ยนเพียงทักษะ ไม่ต้องถึงขั้นเปลี่ยน Mindset พฤติกรรม และวัฒนธรรม
- **การเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม (transformational change)** เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่รู้ว่า Future State จะเป็นอย่างไร ต้องมีการลองผิดลองถูกและเก็บข้อมูลไปข้างหน้า จึงเป็นการยากที่จะบริหารการเปลี่ยนแปลงด้วยการวางแผนที่ตายตัว ต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้ อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง วัฒนธรรม ระบบงาน ตลาด จะต้องมีการเปลี่ยนแปลง Mindset และพฤติกรรมของผู้คน
 - **ความคล่องตัวขององค์กร (organizational agility)** หมายถึง ความสามารถขององค์กรในการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์อย่างรวดเร็ว ขณะที่**ความยืดหยุ่นในการปฏิบัติการ (operational flexibility)** หมายถึงความสามารถในการปรับการปฏิบัติการเมื่อมีโอกาสหรือมีความจำเป็น รวมถึงการปรับที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์
- **ผู้นำระดับสูงทบทวนกระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล ในประเด็นต่อไปนี้**
 - ขั้นตอนและกำหนดเวลาการจัดทำแผน
 - กรอบเวลาของแผน
 - ผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผน
 - ข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการจัดทำแผน
 - กลยุทธ์ที่ได้ มีผลต่อการตัดสินใจและจัดสรรทรัพยากรอย่างไร
- **ผู้นำระดับสูงรับรู้หรือเสาะหาข้อมูลจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว บุคลากร และข้อมูลจากชุมชนตามความเหมาะสม เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนระบบบริการ**

(ข้อกำหนดข้อนี้เน้นการแสดงที่มาของการกำหนดบริการที่สำคัญขององค์กร ซึ่งอาจจะไปตอบรวมในข้อ I-2.1ก(2)(i) ก็ได้)

- ผู้นำระดับสูงพิจารณาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงและความคล่องตัวขององค์กร
 - ตัวอย่างความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง เช่น จากการเน้นปริมาณ (volume) มาสู่การเน้นคุณค่า (value), จากรูปแบบการดูแลในสถานพยาบาล มาสู่การดูแลต่อเนื่องถึงบ้านและชุมชน, จากการดูแลเป็น Episode มาสู่ Population-based Care, การใช้ประโยชน์จาก Digital Technology, การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค เป็นต้น
 - ตัวอย่างความคล่องตัวขององค์กร เช่น การรับมือกับภาวะเศรษฐกิจที่ผันผวนหรือโรคระบาด เทคโนโลยีที่ฉีกแนว เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ ดำเนินการวางแผนกลยุทธ์และพิจารณาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงและความคล่องตัวขององค์กรตามขั้นตอนที่กำหนดไว้
 - การเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉมจะต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตั้งแต่เริ่มแรก เช่น การร่วมพิจารณาความจำเป็น ต้องมีการเปลี่ยนแปลง ภาพอนาคตที่ต้องการเห็น ซึ่งอาจต้องใช้ Large Group Meeting Technology ที่ให้ผลได้ในเวลาสั้นๆ, ส่งเสริมการพัฒนา Mindset พฤติกรรม และทักษะการเปลี่ยนแปลงให้กับบุคลากรทุกคน, ขอให้บุคลากรให้ความเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงและให้อำนาจในการออกแบบการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงานของตนเอง เป็นต้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● การปรับเปลี่ยนกระบวนการจัดทำกลยุทธ์ที่เกิดขึ้น ● การพิจารณาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงและความคล่องตัวขององค์กร | <ul style="list-style-type: none"> ● ประสิทธิภาพในการจัดทำและทบทวนกลยุทธ์ ● เสี่ยงสะท้อนของผู้เกี่ยวข้องและผู้ได้รับผลกระทบ |

- (2) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้ในการจัดทำกลยุทธ์:
- (i) ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว ชุมชนที่รับผิดชอบและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ;
 - (ii) สมรรถนะหลักขององค์กร;
 - (iii) ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ความเสี่ยงที่สำคัญ และโอกาสเชิงกลยุทธ์;
 - (iv) โอกาสเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม;
 - (v) จุดบอดที่อาจมีในกระบวนการวางแผน;
 - (vi) ความสามารถในการนำไปปฏิบัติ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้เพื่อใช้ในการจัดทำกลยุทธ์
 - ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว ชุมชนที่รับผิดชอบ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ
 - สมรรถนะหลักขององค์กร หรือขีดความสามารถที่เป็นแกนหลักที่ทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจ และสร้างรายได้เปรียบให้แก่องค์กร
 - ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ความเสี่ยงที่สำคัญ และโอกาสเชิงกลยุทธ์
 - ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ หมายถึง แรงกดดันต่างๆ ที่มีผลต่อความสำเร็จขององค์กรในอนาคต (แรงกดดันภายนอก เช่น ความต้องการของผู้รับผลงานหรือตลาด การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี ความเสี่ยงต่างๆ เป็นต้น, แรงกดดันภายใน เช่น ขีดความสามารถขององค์กรหรือบุคลากร เป็นต้น)
 - ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ หมายถึง ความได้เปรียบที่เป็นตัวตัดสินว่าองค์กรจะประสบความสำเร็จในอนาคต ซึ่งมักจะมาจากสมรรถนะหลักขององค์กร การใช้ประโยชน์จากความสัมพันธ์กับองค์กรภายนอก
 - โอกาสเชิงกลยุทธ์ หมายถึง ภาพอนาคตใหม่ๆ หรือที่เปลี่ยนแปลงไป สำหรับผลิตภัณฑ์ บริการ กระบวนการ รูปแบบการดำเนินธุรกิจ พันธมิตร หรือตลาด

- โอกาสเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม
 - การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ประชากร
 - นวัตกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีที่อาจมีผลต่อการจัดบริการ
 - อาจพิจารณาตาม PESTEL model (Politics, Economics, Social, Technological, Environmental, Legal)
- ปัจจัยอื่นๆ ที่จะมีผลต่อความสำเร็จขององค์กร
 - มุมมอง / ความคาดหวังของผู้รับบริการและชุมชน
 - วัฒนธรรม นโยบาย แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยและการป้องกันความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย
 - สภาพแวดล้อมด้านความร่วมมือ การแข่งขัน และความสามารถขององค์กรเปรียบเทียบกับองค์กรที่มีลักษณะคล้ายกัน
 - วงรอบชีวิต (life cycle) ของบริการสุขภาพ
 - ความต้องการขององค์กรในด้านบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆ
 - ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากความหลากหลาย
 - โอกาสที่จะปรับเปลี่ยนการใช้ทรัพยากรไปสู่บริการสุขภาพที่มีความสำคัญสูงกว่า
 - ความเสี่ยงทางการเงิน สังคม จริยธรรม กฎระเบียบข้อบังคับ เทคโนโลยี และความเสี่ยงอื่นๆ
 - ความสามารถในการป้องกันและตอบสนองต่อภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน
 - ปัจจัยอื่นๆ ที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับองค์กร
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันปรับเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีรับรู้ เพื่อให้ได้รับรู้จุดบอดที่เป็นไปได้ในการวางแผน (potential blind spot) สิ่งที่ไม่เคยรู้มาก่อน จุดที่เรามองไม่เห็นด้วยตัวเอง ซึ่งอาจจะเป็นทั้งศักยภาพ จุดอ่อน หรือโอกาสและสิ่งคุกคาม (SWOT) ก็ได้ โดยอาศัยวิธีการต่อไปนี้
 - การรับฟังจากภายใน ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารทุกคนมีโอกาสเสนอความคิดเห็น ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานสร้างความสัมพันธ์และรับฟังความต้องการของผู้รับผลงานด้วยวิธีการต่างๆ
 - การรับฟังหรือแสวงหาจากภายนอก ตรวจสอบสิ่งแวดล้อมภายนอก มองไปนอกองค์กร มองไปที่กิจการอื่น มองไปที่พื้นที่อื่น แลกเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศกับองค์กรอื่น นำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาพิจารณาอย่างสม่ำเสมอ และมีการตัดสินใจที่เหมาะสม

- ทำทหายสมาชิกในที่มให้มองผ่านสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนและลองใช้จินตนาการพิจารณาว่าจุดแข็งขององค์กรจะเป็นจุดอ่อนได้อย่างไร และจุดอ่อนขององค์กรจะเป็นจุดแข็งได้อย่างไร
- ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างที่เราไม่คาดฝันมาก่อนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา และใช้คำถามต่อไปนี้
 - วันนี้เราเรียนรู้อะไร ที่เราไม่เคยรู้มาก่อนเมื่อ 5 ปีที่แล้ว
 - คนอื่นมีการเตรียมตัวอย่างไร ในสิ่งที่เราไม่ได้เตรียมตัวไว้ก่อน
 - มีความผิดพลาดหรือการเสียโอกาสอะไรที่ดูเหมือนจะเกิดซ้ำได้อีก
 - วัฒนธรรมของเรามีข้อจำกัดอะไร
 - ประเด็นอะไรที่เป็นเรื่องที่น่ามาพูดคุยกันไม่ได้ในองค์กรแห่งนี้
 - แผนกลยุทธ์ซึ่งจัดทำขึ้นเมื่อ 5 ปีที่แล้วมีความเหมาะสมเพียงใด
- มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างที่เราไม่ได้เตรียมตัวรับมือไว้สำหรับอนาคต (แม้เราจะคิดว่ามีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมากก็ตาม) ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ/ชุมชนที่รับผิดชอบ
 - ข้อมูลการมารับบริการ
 - ข้อมูลระดับความวิตกกังวลของปัญหาสุขภาพในพื้นที่
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนความสามารถในการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ หรือความเสี่ยงที่จะไม่บรรลุวัตถุประสงค์ของกลยุทธ์
 - ความสามารถในการระดมทรัพยากรและความรู้ที่จำเป็น
 - ความคล่องตัวขององค์กรในการปฏิบัติตามแผนฉุกเฉิน
 - ความสามารถในการเปลี่ยนแผนกลยุทธ์ในกรณีที่สถานการณ์บังคับและความสามารถในการปฏิบัติตามแผนที่มีการปรับเปลี่ยน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญ ● ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ● บทสรุปของการวิเคราะห์ข้อมูลคืออะไร นำผลการวิเคราะห์มาใช้วางแผนอย่างไร ● สรุป Potential Blind Spot หรือสิ่งที่ไม่เคยรับรู้มาก่อน | <ul style="list-style-type: none"> ● มีการวิเคราะห์ข้อมูลรอบด้านเพียงใด เพียงพอสำหรับจัดทำกลยุทธ์หรือไม่ |

(3) กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ส่งเสริมให้เกิดการสร้างนวัตกรรมขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนทำความเข้าใจความหมายต่อไปนี้
 - โอกาสเชิงกลยุทธ์ (strategic opportunities) เป็นการคาดการณ์สำหรับสิ่งใหม่ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงในด้าน ผลิตภัณฑ์ บริการ กระบวนการ รูปแบบการทำธุรกิจ พันธมิตร หรือตลาด การคาดการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นจากการคิดนอกกรอบ (outside-the-box thinking) การระดมสมอง การใช้ประโยชน์จากการค้นพบโดยบังเอิญ (serendipity) กระบวนการนวัตกรรมและการวิจัย การคาดการณ์จากสถานการณ์ปัจจุบันแบบไม่เป็นเส้นตรง (nonlinear extrapolation) และการใช้วิธีการอื่นๆ เพื่อจินตนาการถึงอนาคตที่แตกต่างออกไป การจะเกิดความคิดเหล่านี้ได้ต้องอาศัยสิ่งแวดล้อมที่อิสระ ไม่ถูกชี้นำหรือครอบงำ
 - การพิจารณาว่าจะเลือกโอกาสเชิงกลยุทธ์ใดมาดำเนินการ จะต้องพิจารณาอย่างรอบด้านโดยคำนึงถึง ความเสี่ยงสัมพัทธ์ การเงิน และอื่นๆ แล้วจึงตัดสินใจเลือก อาจเรียกว่าเป็นการตัดสินใจเสี่ยงอย่างชาญฉลาด (intelligent risk taking)
 - นวัตกรรม (innovation) คือการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่มีความหมายเพื่อปรับปรุงผลิตภัณฑ์/บริการ กระบวนการ ประสิทธิภาพขององค์กร นำไปสู่การสร้างคุณค่าใหม่ให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - เกิดจากการรับความคิด กระบวนการ เทคโนโลยี ผลิตภัณฑ์ หรือโมเดลธุรกิจ ใหม่ ๆ หรือนำมาใช้ด้วยวิธีการใหม่
 - ผลลัพธ์ทำให้เกิดการปรับปรุงแบบก้าวกระโดด (discontinuous or breakthrough) ในผลลัพธ์ ผลผลิต/บริการ หรือกระบวนการ
 - นวัตกรรมเป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุน กระบวนการค้นหาโอกาสเชิงกลยุทธ์ และความเต็มใจที่จะนำ Intelligent Risks มาดำเนินการ
 - นวัตกรรมระดับองค์กรที่ประสบความสำเร็จเกิดจาก Multistep Process ของการพัฒนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตัดสินใจ การนำไปปฏิบัติ การประเมินผล และการเรียนรู้
 - นวัตกรรมอาจจะเกี่ยวกับเทคโนโลยี กระบวนการสำคัญขององค์กร โครงสร้างองค์กร โมเดลธุรกิจ เพื่อทำงานให้บรรลุผลดียิ่งขึ้น
- ผู้นำระดับสูงดำเนินการต่อไปนี้ในช่วงของการวางแผนและการทบทวนกลยุทธ์
 - ร่วมกันกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ขององค์กร

- พิจารณาความเสี่ยงและปัจจัยอื่นๆ อย่างรอบด้านและเลือกโอกาสเชิงกลยุทธ์มาดำเนินการ
- ส่งเสริมให้ใช้นวัตกรรมเพื่อดำเนินการตามโอกาสเชิงกลยุทธ์ดังกล่าว

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● โอกาสเชิงกลยุทธ์ที่ตัดสินใจเลือกมาดำเนินการและเหตุผลที่เลือก | <ul style="list-style-type: none"> ● นวัตกรรมที่ตอบสนองต่อโอกาสเชิงกลยุทธ์ |

(4) องค์กรตัดสินใจเรื่องระบบงานขององค์กรว่ากระบวนการทำงานใดที่จะดำเนินการเองได้ กระบวนการทำงานใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ และกระบวนการทำงานใดจะสร้างความร่วมมือกับองค์กรภายนอก.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจความหมายของคำว่าระบบงาน (work systems) ในภาพใหญ่ตามที่ MNBQA ให้ความหมายไว้
 - ระบบงานหมายถึงวิธีการที่ทำให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ ประกอบด้วยกระบวนการทำงานภายในและทรัพยากรภายนอกที่องค์กรนำมาพัฒนาและสร้างผลิตภัณฑ์/บริการ ส่งมอบให้แก่ลูกค้า และประสบความสำเร็จในตลาด
 - ระบบงานเกี่ยวข้องกับบุคลากร พันธมิตรและผู้ส่งมอบหลัก ผู้รับช่วง คู่ความร่วมมือ และองค์ประกอบอื่นๆ ในห่วงโซ่อุปทานที่จำเป็นเพื่อการผลิตและส่งมอบผลิตภัณฑ์และดำเนินธุรกิจ
 - การตัดสินใจเกี่ยวกับระบบงานเป็นการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ เกี่ยวข้องกับการปกป้องและใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร และตัดสินใจว่าอะไรที่ควรซื้อหรือผลิตจากนอกองค์กรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและองค์กรยังมีที่อย่างยั่งยืนในตลาด
- 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

- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - งานที่ต้องทำให้สำเร็จตามพันธกิจและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กรคืออะไร
 - พิจารณาว่าอะไรเป็นงานที่ต้องคงไว้ทำเองเพื่อปกป้องและใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร
 - พิจารณาห่วงโซ่อุปทานที่จำเป็นเพื่อการให้บริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทและผลงานของผู้ส่งมอบ พันธมิตร คู่ความร่วมมือ ผู้รับช่วง
 - พิจารณารูปแบบความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกใหม่ๆ เพื่อยกระดับประสิทธิภาพหรือขยายบริการอย่างยั่งยืน เช่น การพัฒนา Software การให้เอกชนลงทุนเทคโนโลยีราคาแพงในสถานที่ของโรงพยาบาล การร่วมมือกับคลินิกเอกชนในการจัดบริการผู้ป่วยนอก การร่วมมือกับชุมชนในการดูแลผู้ป่วย
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องสรุปการตัดสินใจเรื่องระบบงาน
 - ระบบงานขององค์กรประกอบด้วยอะไรบ้าง
 - กระบวนการทำงานใดที่องค์กรจะดำเนินการเอง
 - กระบวนการทำงานใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ
 - กระบวนการทำงานใดจะทำโดยสร้างความร่วมมือกับองค์กรภายนอก
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณา “สมรรถนะหลักขององค์กร” (organization core competency) ในอนาคต
 - ทำความเข้าใจความหมายของสมรรถนะหลักขององค์กรว่าเป็นความสามารถขององค์กรที่เป็นหลักในการทำให้บรรลุพันธกิจ วิสัยทัศน์ เป็นสิ่งที่องค์กรเชี่ยวชาญ เป็นสมรรถนะโดยรวมขององค์กร (ไม่ใช่สมรรถนะของบุคลากรแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่ม) เป็นสิ่งที่คนส่วนใหญ่ขององค์กรมีส่วนร่วม มีความสำคัญเชิงกลยุทธ์ ทำให้มีข้อได้เปรียบในการแข่งขัน อาจเกิดจากสิ่งต่อไปนี้
 - ความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี
 - การให้บริการที่เป็นเอกลักษณ์
 - ตลาดเฉพาะกลุ่มที่น่าสนใจ (niche market)
 - ความเฉียบคมทางธุรกิจ (business acumen)
 - ศึกษาตัวอย่างการกำหนดความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร
 - การร่วมมือกับชุมชนและองค์กรในท้องถิ่นเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนและสมาชิกในการดูแลสุขภาพของตนเอง
 - การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์
 - การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บูรณาการเข้าไปในชุมชน

- การเป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศในด้านอุบัติเหตุและโรคหัวใจ
- ทบทวนพันธกิจและสิ่งแวดล้อมขององค์กรแล้วร่วมกันกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กรในอนาคต จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาให้เกิดความเชี่ยวชาญในสมรรถนะหลักดังกล่าว

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ระบบงานโดยรวมของโรงพยาบาล และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของแต่ละระบบงาน ● ความร่วมมือกับภายนอกที่ดำเนินการไปแล้ว และที่กำหนดเป็นแผนพัฒนา ● สมรรถนะหลักขององค์กรในอนาคต และแนวทางการพัฒนา | <ul style="list-style-type: none"> ● ประโยชน์ของการร่วมมือหรือมอบหมายให้องค์กรภายนอกดำเนินการในบางกระบวนการ |

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives)

| |
|---|
| <p>(1) องค์กรระบุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ เป้าประสงค์ (goals) ที่วัดได้และกำหนดเวลาที่จะบรรลุ.</p> <p>(2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และโอกาสเชิงกลยุทธ์.</p> <p>(3) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพ (health needs) ความต้องการบริการสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ.</p> |
|---|

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจในความหมายของวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ว่าเป็นความมุ่งมั่นที่ชัดเจนขององค์กร เป็นสิ่งที่องค์กรจะต้องบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาว เป็นการกำหนดทิศทางระยะยาวขององค์กร และใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กร วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์จะมุ่งเน้นทั้งภายนอกและภายในองค์กร เกี่ยวข้องกับโอกาสและความท้าทายที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ตลาด บริการ หรือเทคโนโลยี
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนว่าวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่กำหนดขึ้นนั้น
 - เป็นทิศทางระยะยาวขององค์กร เป็นสิ่งที่องค์กรต้องบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาวหรือไม่

- สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กรได้หรือไม่
- มีการกำหนดเป้าประสงค์ที่วัดได้และกรอบเวลาที่จะบรรลุชัดเจนหรือไม่
- มีการตอบสนองต่อความท้าทายที่สำคัญขององค์กรอย่างครบถ้วนหรือไม่
- มีการใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และโอกาสเชิงกลยุทธ์ ขององค์กรเพียงใด
- ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มประชากรที่ให้บริการหรือไม่
- มีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นหรือไม่
- มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการเยียวยาหรือไม่
- มุ่งไปที่ประเด็นสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กรหรือไม่ เช่น การเข้าถึงและตำแหน่งที่ตั้ง การปรับบริการให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย (customization) ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร การสร้างนวัตกรรมอย่างรวดเร็ว การบริหารความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้รับบริการอื่นๆ การใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และเทคโนโลยีสารสนเทศในกระบวนการดูแล คุณภาพและความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ การตอบสนองอย่างรวดเร็ว การให้บริการในลักษณะบูรณาการ การให้บริการที่มีต้นทุนต่ำ การสร้างพันธมิตรและแนวร่วมใหม่ๆ เป็นต้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

- ตารางสรุปแสดงวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ กรอบเวลาและเป้าหมายที่ต้องการบรรลุในแต่ละช่วงเวลา (รวมทั้งตัวชี้วัดที่จะใช้ติดตาม) และความสัมพันธ์กับความท้าทายเชิงกลยุทธ์ (strategic challenges-SC), สมรรถนะหลักขององค์กร (core competencies-CC), ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ (strategic advantages-SA) และโอกาสเชิงกลยุทธ์ (strategic opportunities-SOp)

| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | เป้าประสงค์ระยะสั้น ระยะยาว | แผนปฏิบัติการระยะสั้น ระยะยาว | KPI | baseline | เป้าหมาย | | | | | ความสัมพันธ์ | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----|----------|----------|----|----|----|----|--------------|----|-----|--|--|
| | | | | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | SC | CC | SA | SOp | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

SPA I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ (Action Plan Development and Deployment)

- (1) องค์กรจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ โดย:
 - (i) มีกระบวนการในการจัดทำและอนุมัติแผนสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักขององค์กรภายในกรอบเวลาที่กำหนด;
 - (ii) จัดทำแผนปฏิบัติการทั้งระยะสั้นและระยะยาว;
 - (iii) มีแผนปฏิบัติการที่ระบุวัตถุประสงค์ของการดำเนินการ.
- (2) องค์กรถ่ายทอดแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ:
 - (i) ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการกับบุคลากรขององค์กร เพื่อให้บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์;
 - (ii) ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการกับผู้ส่งมอบและพันธมิตรที่ร่วมในการขับเคลื่อนกลยุทธ์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบแผนกลยุทธ์แต่ละแผน มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน/ระบบงานต่างๆ นำแผนกลยุทธ์ไปจัดทำแผนปฏิบัติการอย่างสอดคล้องกันหน้าที่หลักขององค์กรภายในกรอบเวลาที่กำหนด และนำแผนไปปฏิบัติ
- ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน/ระบบงานต่างๆ วิเคราะห์ทิศทางในแผนกลยุทธ์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ร่วมกับบริบทหรือความต้องการของหน่วยงาน/ระบบงาน
 - จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับกลยุทธ์ขององค์กร ครอบคลุมทั้งแผนระยะสั้นที่เสร็จสิ้นภายใน 1 ปี และแผนระยะยาวที่ใช้เวลามากกว่า 1 ปี ระบุวัตถุประสงค์และเป้าประสงค์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ กิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงเพื่อบรรลุเป้าหมาย ทรัพยากรที่ต้องใช้ และกำหนดเวลาแล้วเสร็จที่ชัดเจน สามารถใช้ติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุผลลัพธ์ได้
 - จัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับงานประจำ มีการระบุวัตถุประสงค์ของการให้บริการ (จำนวนและประเภทของกิจกรรมบริการ) และอาจเชื่อมโยงกับแผนอื่นๆ เช่น แผนบุคลากร แผนการบริหารความเสี่ยง แผนการสื่อสาร และแผนการเงิน

- มีกระบวนการในการอนุมัติแผนที่ชัดเจน
- องค์กรถ่ายทอดแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ:
 - ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน/ระบบงานต่างๆ ทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงาน สร้างความตระหนักในบทบาทของแต่ละคน ต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร และเป้าประสงค์ที่หน่วยงานต้องรับผิดชอบ
 - มีการถ่ายทอดแผนปฏิบัติการให้แก่ผู้ส่งมอบและพันธมิตรที่ร่วมในการขับเคลื่อนกลยุทธ์โดยกลไกที่เหมาะสม
- ผู้นำระดับสูงจัดให้มีกลไกในการสร้างความเข้าใจและติดตามประเมินการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ส่งมอบและพันธมิตร ในรูปแบบต่างๆ เช่น เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตรวจเยี่ยมหน่วยงาน การรายงานความก้าวหน้า เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการพัฒนา
 - วิเคราะห์ความยั่งยืนที่คาดหวัง เช่น วัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมการเรียนรู้
 - วิเคราะห์อุปสรรคต่อความยั่งยืนและปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืน และดำเนินการอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ตัวอย่างแผนปฏิบัติการในประเด็นที่ท้าทาย ● ความยั่งยืนของการพัฒนาที่คาดหวัง และการดำเนินการเพื่อสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนดังกล่าว | <ul style="list-style-type: none"> ● คุณภาพของแผนปฏิบัติการที่จะนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ● การรับรู้แผนปฏิบัติการของบุคลากร |

(3) องค์กรจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่น ๆ อย่างเพียงพอเพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ และมีการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะสามารถรักษาความมั่นคงทางการเงิน (financial viability).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงวิเคราะห์ความต้องการทรัพยากรเพื่อนำแผนไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ
 - ทรัพยากรครอบคลุมด้านการเงิน บุคลากร พื้นที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ เทคโนโลยี และทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น
 - ประเมินความเสี่ยงด้านการเงินและบริหารจัดการเพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะสามารถรักษาความมั่นคงทางการเงินไว้ได้
 - จัดลำดับความสำคัญของความต้องการทรัพยากรของแต่ละแผนงาน
- ผู้นำระดับสูงจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่น ๆ ให้แก่แผนงาน ระบบงาน และหน่วยงานต่างๆ อย่างสมดุลและเพียงพอเพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับทรัพยากรด้านการเงินและทรัพยากรด้านอื่น ๆ รวมทั้งแผนงานที่อาจจะได้รับผลกระทบ และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว | <ul style="list-style-type: none"> ● ความเพียงพอของการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ |

(4) องค์กรจัดทำแผนด้านบุคลากรที่สำคัญเพื่อสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำแผนบุคลากรสนับสนุนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
 - ขีดความสามารถ (ความรู้ ความสามารถ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ) และอัตรากำลัง (จำนวนบุคลากร) ที่ต้องการเพื่อให้ปฏิบัติตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการได้สำเร็จ โอกาสที่จะมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและอัตรากำลัง

- ผลกระทบของกลยุทธ์ที่มีโอกาสเกิดต่อบุคลากรขององค์กร
- การบริหารจัดการบุคลากรให้สามารถสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ และระบบบริการสำคัญ อาทิ
 - การเพิ่มอำนาจตัดสินใจ
 - การส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานระหว่างหน่วยงานวิชาชีพ และกับผู้บริหาร
 - การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร
 - การปรับระบบบริหารค่าตอบแทนและการยกย่องชมเชย
 - การศึกษาและฝึกอบรม เช่น การพัฒนาผู้นำในอนาคต การฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีใหม่ๆ ความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในปัจจุบันและในอนาคต
- จัดทำแผนบุคลากรที่สำคัญเพื่อสนับสนุนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ อย่างเหมาะสมกับพันธกิจ / โครงสร้างองค์กร / ทรัพยากร สอดคล้องกับความต้องการด้านบุคลากรในปัจจุบันและในอนาคต

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● สรุปแผนบุคลากรที่สำคัญเพื่อสนับสนุนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ | <ul style="list-style-type: none"> ● ความเหมาะสมของแผนบุคลากร ● ความสำเร็จในการปฏิบัติตามแผนบุคลากร |

(5) องค์กรกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญเพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นสำคัญในแผนปฏิบัติการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผน (ถ้าเป็นไปได้ ควรใช้กรอบมาตรฐาน ตอนที่ IV เป็นตัวช่วยในการจัดกลุ่มของตัวชี้วัดร่วมด้วย)
- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกับทบทวนตัวชี้วัดที่ใช้อยู่และที่กำหนดขึ้นใหม่ ใช้แนวคิด Dashboard ที่เลือกสรรตัวชี้วัดระดับสูงที่ครอบคลุมทุกแง่มุมจำนวนน้อยตัว และ Cascade ไปสู่ระดับต่างๆ ในองค์กร
- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ใช้แนวคิด Theory of Change ในการทบทวนและกำหนดตัวชี้วัด เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่เป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมตามแผนกับเป้าประสงค์ของแผน ซึ่งสะท้อนสมมติฐานของการวางแผนการเปลี่ยนแปลง

- ผู้นำระดับสูงติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผน
 - ความก้าวหน้าและระดับผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามแผนหรือการขาดการณ์
 - สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● สรุปตัวชี้วัดสำคัญทั้งหมดที่ผู้บริหารระดับสูงใช้ติดตามความก้าวหน้า โดยแสดงความสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์หรือเป้าหมายของแผนปฏิบัติการ | <ul style="list-style-type: none"> ● ความครอบคลุมประเด็นสำคัญและ Alignment ของตัววัด |

ข. การทบทวนแผนปฏิบัติการ (Action Plan Review)

องค์กรมีกระบวนการทบทวนและปรับปรุงแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับภารกิจหลัก และนำแผนที่ปรับเปลี่ยนถ่ายทอดและนำไปสู่การปฏิบัติ ภายในกรอบเวลาที่กำหนดหรือตามความจำเป็น

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดแนวทางการติดตามสถานการณ์เพื่อรับรู้ความจำเป็นในการปรับปรุงแผนปฏิบัติการ
 - การติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผน
 - การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายนอก
- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการตามความจำเป็น
- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องถ่ายทอดแผนปฏิบัติการที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติอย่างรวดเร็วหรือในกรอบเวลาที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในรอบปีที่ผ่านมาและที่มาของการปรับเปลี่ยนดังกล่าว | <ul style="list-style-type: none"> ● ความเหมาะสมของการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ |

SPA I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Needs and Expectations)

องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง

ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Patient/Customer Listening)

- (1) องค์กรรับฟัง สังเกต และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อให้มีข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์:
- (i) นำข้อมูลที่ได้มาเรียนรู้/วิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวัง;
 - (ii) มีวิธีการรับฟังที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ;
 - (iii) ค้นหาข้อมูลป้อนกลับจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างทันที่และสามารถนำไปใช้ได้
 - (iv) นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดทิศทาง วางแผนกลยุทธ์ การออกแบบระบบบริการ ปรับปรุงกระบวนการทำงาน และสนับสนุนการตัดสินใจในการดำเนินการ
 - (v) ใช้ข้อมูลจากการรับฟังสร้างวัฒนธรรมที่เน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง (people centred or patient/customer focused culture)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - เสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (voice of patient / customer) คือกระบวนการที่รับฟังสารสนเทศเกี่ยวกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ซึ่งควรเป็นกระบวนการเชิงรุก (proactive) และควรมีการสร้างนวัตกรรมในการรับฟังอย่างต่อเนื่องเพื่อรับรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ทั้งที่ระบุชัดเจนและมีได้ระบุชัดเจน เพื่อนำไปใช้สร้างความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
 - ในการรับฟังเสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน อาจรวบรวมข้อมูลประเภทต่างๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการและมีความผูกพันกับองค์กร เช่น ข้อมูลจากการสำรวจ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ ข้อมูลจากระบบประกันสุขภาพ ข้อมูลการตลาดและการขาย ข้อมูลจากระบบรับคำร้องเรียน

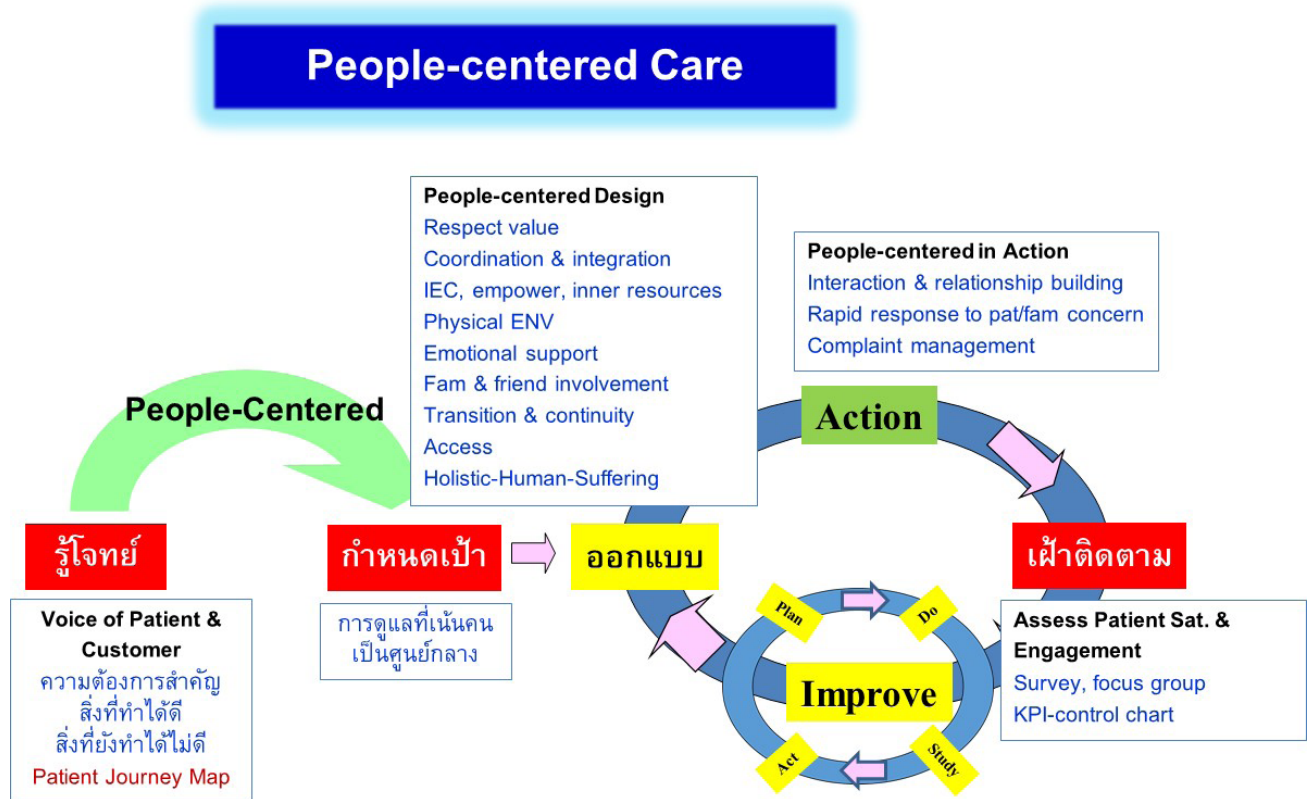
- การรับฟังในช่วงเวลาต่างๆ ของวงรอบชีวิตของการเป็นผู้รับผลงาน อาจใช้วิธีการที่แตกต่างกันและมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน ตัวอย่างการแบ่งวงรอบชีวิตของการเป็นผู้รับผลงาน เช่น ก่อนเข้ารับบริการ การรับบริการครั้งแรก การดูแลต่อเนื่อง และสิ้นสุดการรับบริการ เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ส่วนการตลาด และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อกำหนดวิธีการรับฟังที่เหมาะสม
 - กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น (patient/other customer group) อาจแบ่งเป็น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยในชุมชน ผู้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค
 - ส่วนการตลาด (market segments) อาจแบ่งตามภูมิลำเนา ระบบประกันสุขภาพ กลุ่มวัย อาชีพ/สถานประกอบการ เพื่อประโยชน์ในการกำหนดกลยุทธ์การตลาด (ถ้าจำเป็น)
 - ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น เครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายผู้ป่วย/ผู้บริโภครายจ่ายในระบบประกันสุขภาพ
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดวิธีการรับฟังความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ ซึ่งควรใช้วิธีการที่หลากหลายและเป็นวิธีการเชิงรุก โดยรับฟังทั้ง (1) การรับฟังโดยทั่วไป (2) การรับฟังระหว่างเข้ารับบริการ (3) การรับฟังทันทีหลังการเข้ารับบริการ (4) กลุ่มที่อาจจะเป็นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานในอนาคต
 - ข้อมูลทางระบาดวิทยาและข้อมูลการใช้บริการ เพื่อรับทราบปัญหาความต้องการสุขภาพที่สำคัญ
 - ข้อมูลจากการสำรวจ การตลาดและการขยาย การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม
 - ข้อมูลจากการสังเกตหรือมีปฏิสัมพันธ์ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ เช่น การตามเป็นเงาผู้ป่วย (patient shadowing) การทำแผนที่เดินทางผู้ป่วย (patient journey map)
 - ข้อมูลจากระบบรับคำร้องเรียนต่างๆ ทั้งภายในองค์กร ส่วนราชการ และระบบประกันสุขภาพ
 - ข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ (ข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์เป็นวิธีการที่รับฟังที่กำลังขยายตัว และควรครอบคลุมคำวิพากษ์วิจารณ์ผ่านสื่อที่องค์กรดูแลและที่องค์กรควบคุมไม่ได้)

- การรับ Immediate Actionable Feedback
 - ควรมีระบบที่ Proactive ในการติดตามข้อมูลป้อนกลับ โดยมุ่งเน้นไปที่กลุ่มที่มีศักยภาพในการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และกลุ่มที่คาดว่าจะได้รับบริการที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง
 - ระยะเวลาในการติดตาม ควรดำเนินการทันทีเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ
 - วิธีการในการติดตามอาจจะเป็นการใช้โทรศัพท์ การใช้เครือข่ายหน่วยบริการในพื้นที่ การรับฟังจากชุมชน
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันทบทวนข้อมูลที่ได้รับว่าเป็นข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน ออกแบบบริการ และปรับปรุงกระบวนการทำงานได้เพียงใด ปรับปรุงวิธีการรับรู้เพื่อให้ได้ข้อมูลดังกล่าว และนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์
 - **ข้อมูลเพื่อการวางแผน** ได้แก่ ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและชุมชนที่มีผลต่อการกำหนดทิศทางและการวางแผนกลยุทธ์ ทำให้ได้บริการใหม่ กลุ่มผู้รับบริการใหม่ วิธีการทำงานใหม่ ความร่วมมือใหม่ รวมถึงการสร้างศรัทธา ความเชื่อมั่น และภูมิคุ้มกันต่อสถานพยาบาล
 - **ข้อมูลเพื่อการออกแบบบริการ** ได้แก่ ความต้องการและความคาดหวังที่นำมาใช้กำหนดคุณลักษณะของบริการ (service offering) และข้อกำหนดของกระบวนการ (process requirement) รวมถึงความต้องการที่เป็นปัญหาสุขภาพซึ่งประชาชนอาจจะไม่ทราบหรือไม่รับรู้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เช่น เมื่อพบว่าเกษตรกรมีปัญหาอาการปวดหลังมาก ข้อมูลที่จะนำมาใช้ออกแบบบริการคือข้อมูลที่ได้จากการศึกษาว่าเกษตรกรทำงานกันอย่างไรจึงปวดหลัง ทำอย่างไรจึงจะไม่ปวด แล้วนำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ควรจะเกิดขึ้นมาออกแบบบริการ เป็นต้น
 - **ข้อมูลเพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงาน** ได้แก่ ความต้องการและความคาดหวังที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ เสี่ยงสะท้อนจากการเข้ารับบริการ
 - **ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการดำเนินการ** เช่น ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากร การจัดอัตราค่าลัง การเตรียมรับมือกับความหลากหลายของสถานการณ์ การแก้ปัญหาในงานประจำ เป็นต้น

- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้ใช้ข้อมูลจากการรับฟังสร้างวัฒนธรรมที่เน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง (people centred or patient/customer focused culture)
 - การมุ่งคนหรือผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลางเบื้องต้น
 - การตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับผลงาน
 - การทำตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ลดของเสีย/ความผิดพลาด/ข้อร้องเรียน
 - การเข้าใจความต้องการด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ สร้างความสัมพันธ์ และสร้างประสบการณ์ที่ดีในทุกจุดสัมผัส (touch point) ของการได้รับบริการ
 - ไวต่อการรับรู้ความต้องการของผู้รับผลงานที่เกิดขึ้นใหม่ คาดการณ์ความปรารถนาของผู้รับผลงานในอนาคต
 - Patient- and Family-centred Care ในความหมายที่กว้าง คือการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของ Mutually Beneficial Partnerships ระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ป่วย และครอบครัว เน้นความร่วมมือกับผู้คนในทุกกลุ่มอายุทุกระดับบริการ และทุก Setting ของบริการสุขภาพ มีเป้าหมายหลักเพื่อสุขภาพและสุขภาวะของบุคคลและครอบครัว และมีแนวคิดดังนี้ (1) Dignity and Respect รับฟังและให้เกียรติต่อมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว นำความรู้ ความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัวมาพิจารณาวางแผน และจัดบริการ (2) Information Sharing สื่อสารและแบ่งปันข้อมูลที่ครบถ้วนปราศจากอคติกับผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งนำมาสู่ (3) Participation การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลและตัดสินใจ (4) Collaboration ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ ในเรื่องการจัดบริการ การออกแบบสถานที่ การให้ความรู้ และการวิจัย
 - People-centred Care การดูแลที่มุ่งเน้นและจัดระบบโดยใช้ความต้องการด้านสุขภาพและความคาดหวังของผู้คนและชุมชนเป็นตัวตั้งแทนการใช้โรคเป็นตัวตั้ง เป็นการขยายขอบเขตจากผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไปสู่บุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม กล่าวคือให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้คนในชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพเดียวกันรวมถึงบทบาทสำคัญของผู้คนเหล่านั้น ที่มีต่อนโยบายสุขภาพและบริการสุขภาพ โดยทุกคนที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญและมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกัน (ผู้ป่วย แพทย์ ครอบครัว นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ)

- การใช้คำว่า People-centred แทน Patient-centred คือการที่ไม่มองผู้ป่วยอย่างลดทอนเหลือเพียงการเจ็บป่วย แต่มองว่าเป็นบุคคลที่มีความสามารถ มีความต้องการ และมี Preferences ซึ่งสามารถเป็น Full Partner ในการดูแล ไม่ใช่เพียงผู้ถูกกระทำ
 - People-centred Healthcare หรือ Person-centred Healthcare (McCormack & McCance, 2017) คือการปรับเปลี่ยนจากการดูแลจาก Traditional Biomedical Model ไปสู่ให้ความสำคัญกับ Patient Choice and Autonomy ซึ่งวัฒนธรรมนี้มีองค์ประกอบสำคัญได้แก่
 - พื้นฐานอยู่ที่บุคลากร: มีความสามารถทางวิชาชีพ มี Interpersonal Skills มีความมุ่งมั่นกับงาน รู้จักตนเอง แสดงออกถึงค่านิยมและความเชื่อของตนเองอย่างชัดเจน
 - สิ่งแวดล้อมในการดูแล: Skill Mix ของผู้ให้บริการ ระบบที่เอื้อต่อการร่วมตัดสินใจ การแบ่งปันอำนาจ ความสัมพันธ์ของบุคลากร ระบบขององค์กรที่เกื้อหนุน การสร้างนวัตกรรม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ
 - กระบวนการที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง: การทำงานกับความเชื่อและค่านิยมของผู้ป่วย การเชื่อมต่อกับผู้ป่วยอย่างจริงจัง ความเอื้ออาทร การตัดสินใจร่วมกัน การดูแลแบบองค์รวม
 - ผลลัพธ์ที่คาดหวัง: Good Care Experience ทั้งในมุมมองของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การมีส่วนร่วมในการดูแล ความรู้สึกของการมีสุขภาวะที่ดี และ Existence of a Healthful Culture
 - People-centred Organizational Cultures ในมุมมองของการบริหารองค์กร จะเน้นที่คนทำงาน โดยอยู่บนพื้นฐานความคิดว่า (1) ทุกคนมีความสำคัญ (2) เชื่อมั่นว่าผู้คนช่วยกันหล่อหลอมวัฒนธรรมองค์กร (3) คนที่มีความสุขทำงานร่วมกันจะให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า (4) เพื่อประโยชน์ของทุกคน (Black & La Venture, 2015)
- ผู้นำทุกระดับนำข้อมูลเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ที่เกี่ยวข้องกับบริการที่ตนรับผิดชอบ มาวิเคราะห์และดำเนินการปรับปรุงระบบงานที่สะท้อนการสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งคนเป็นศูนย์กลาง
 - วิเคราะห์ข้อมูลความต้องการของผู้รับผลงานในปัจจุบันและการคาดการณ์ในอนาคต ความผิดพลาดและข้อร้องเรียนต่างๆ

- สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรนำความเข้าใจความรู้สึของผู้รับผลงาน คิดถึงผู้รับผลงาน ความต้องการ และประสบการณ์ที่ผู้รับผลงานได้รับเป็นเรื่องสำคัญที่สุด
- ปรับปรุงระบบงานที่เอื้อต่อการตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน อย่างเป็นองค์รวม



นพ.อนุวัฒน์ ศุภชติกุล ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● วิธีการรับฟังและเรียนรู้, ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน แต่ละกลุ่ม, พร้อมทั้งตัวอย่างการนำไปใช้ประโยชน์ ● แนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไปของความ ต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน | <ul style="list-style-type: none"> ● การใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้จากการรับฟัง ● ผลการประเมินวัฒนธรรมคนหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง |

ข. บริการสุขภาพ (Health Service Offering)

(1) องค์กรกำหนดกลุ่มผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน และกลุ่มที่ให้ความสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องต้องทำความเข้าใจเป้าหมายและแนวทางการจำแนกผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
 - เป้าหมายของการจำแนกกลุ่มคือ
 - กำหนดวิธีการรับฟังความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม
 - รับรู้ความต้องการและความคาดหวังที่แตกต่างกันในผู้ป่วย/ผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม เพื่อสามารถตอบสนองได้อย่างเหมาะสม
 - กำหนดกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่จะมุ่งเน้นหรือต้องใส่ใจเป็นพิเศษ (เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความต้องการที่ซับซ้อน หรือเป็นกลุ่มที่มีความหมายต่อความอยู่รอดของโรงพยาบาล)
 - การจำแนกกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และการจำแนกส่วนการตลาด อาจมีแนวทางพิจารณาที่แตกต่างกัน
 - การจำแนกกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ควรจำแนกตามลักษณะความต้องการและความคาดหวังที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านหรือชุมชน เป็นต้น
 - การจำแนกส่วนการตลาด เป็นการจำแนกผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันด้วยเป้าหมายเพื่อที่จะค้นหาส่วนที่ให้ผลตอบแทนต่อการทำธุรกิจสูงสุด (high yield segments) ซึ่งจะมีความสำคัญสำหรับภาคเอกชน หรือในภาครัฐที่ต้องพึ่งตนเองด้านการเงินมากขึ้น การจำแนกส่วนนี้อาจจำแนกได้ตามภูมิศาสตร์ ตามช่องทางการให้บริการ ตามเทคโนโลยีที่ใช้ ตามระบบประกันสุขภาพ ตามหน้าที่ในการให้บริการ (เพื่อบริการสังคม กับสร้างรายได้ให้โรงพยาบาล) เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องจำแนกกลุ่มหรือส่วนผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่มีความหมายกับโรงพยาบาลโดยไม่ลืมที่จะพิจารณาผู้รับผลงานอื่นๆ ที่มีใช้ผู้รับบริการด้วย เช่น ผู้จ่ายเงิน นักศึกษา ชุมชน เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานพิจารณากลุ่มที่จะมุ่งเน้นหรือต้องใส่ใจเป็นพิเศษ พร้อมทั้งทำความเข้าใจเหตุผลที่ต้องมุ่งเน้นร่วมกัน อาทิ

- เป็นนโยบายของประเทศ
- เพื่อความสำเร็จหรือความมั่นคงทางการเงินขององค์กร
- เป็นปัญหาหรือความต้องการเฉพาะในพื้นที่
- เป็นกลุ่มที่มีความท้าทายหรือยังมีโอกาสปรับปรุง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ผลการจำแนกผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเป็นกลุ่มต่างๆ ที่มีความหมายต่อโรงพยาบาล ● กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่โรงพยาบาลจะมุ่งเน้นหรือใส่ใจเป็นพิเศษ พร้อมทั้งเหตุผลประกอบ | <ul style="list-style-type: none"> ● การเปลี่ยนแปลงวิธีการฟังเสียงของผู้รับบริการที่เป็นผลจากการจำแนกกลุ่ม ● การเปลี่ยนแปลงการจัดบริการให้แก่กลุ่มผู้รับบริการที่องค์กรมุ่งเน้น |

(2) องค์กรกำหนดลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพ/ความต้องการ ความคาดหวัง ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน. การกำหนดลักษณะสำคัญครอบคลุม:

- (i) บริการสุขภาพในภาพรวม;
- (ii) บริการสุขภาพตามสาขาการให้บริการ;
- (iii) บริการสุขภาพตามความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน;
- (iv) บริการสุขภาพเชิงรุกตามสถานที่/จุดบริการ/ช่องทางให้บริการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - บริการสุขภาพที่องค์กรจัดบริการ (health service offerings)
 - Service offering ครอบคลุมทั้งตัว Service และคุณลักษณะสำคัญของ Service ตลอดวงจรชีวิตและห่วงโซ่การบริโภค
 - การกำหนดคุณลักษณะสำคัญของ Service ควรมุ่งเน้น ลักษณะที่มีผลต่อความชื่นชอบ (Preference) ของผู้ป่วย เช่น Reliability, Value, Delivery, Timeliness, Customization, Ease of Use, Customer Support, Relationship, Privacy เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้อง (ทีมที่ดูแลผู้ป่วยในส่วนต่างๆ) รับผิดชอบ
 - การแบ่งหน้าที่เพื่อกำหนดลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพตามระดับและ Setting

- บริการสุขภาพในภาพรวม ได้แก่ บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน บริการในคลินิกบริการทั่วไป และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - บริการสุขภาพตามสาขาการให้บริการ ได้แก่ บริการสุขภาพ สาขาเฉพาะทางต่าง ๆ และบริการศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่าง ๆ ซึ่งหน่วยงานย่อยในแต่ละสาขาก็อาจกำหนดลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพสำหรับหน่วยงานนั้น ๆ
 - บริการสุขภาพตามความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน หมายถึง บริการสุขภาพที่คำนึงถึงความเฉพาะของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยแต่ละแผนก เช่น บริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ หรือ เช่น OPD ศัลยกรรมกระดูกอาจกำหนดละเอียดลงไปถึง (1) ผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บทางกระดูกและกล้ามเนื้อ (2) ผู้ป่วยที่มีการเสื่อมสภาพของกระดูกและข้อ เป็นต้น
 - บริการสุขภาพเชิงรุกตาม Setting ต่าง ๆ (สถานที่/จุดบริการ/ช่องทางการให้บริการ) เช่น บริการเยี่ยม/ดูแลที่บ้าน บริการเชิงรุกในชุมชน/สถานประกอบการ และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์/สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น
- การทบทวน Service Offering
- ทบทวน Service Offering ที่ให้บริการอยู่ในปัจจุบัน เปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้มาจากการรับฟังใน I-3.1ก และพิจารณาว่าควรมีการปรับปรุงคุณลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพ ที่มีอยู่อย่างไร
 - พิจารณาว่าควรมีการเพิ่มเติมบริการสุขภาพอะไร และมีคุณลักษณะสำคัญอะไร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● สรุปบริการสุขภาพในภาพรวมและคุณลักษณะสำคัญของบริการดังกล่าว โดยเชื่อมโยงกับข้อมูลเสี่ยงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน <ul style="list-style-type: none"> ○ สิ่งที่จัดให้บริการในปัจจุบัน ○ สิ่งที่มีการเพิ่มเติมหรือปรับปรุงในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา ○ แผนที่จะมีการปรับปรุงในอนาคต | <ul style="list-style-type: none"> ● ร้อยละของสาขาบริการและหน่วยบริการที่มีการจัดทำลักษณะสำคัญของบริการที่ชัดเจน สอดคล้องกับความต้องการ และนำไปใช้ประโยชน์ในการสื่อสารกับทีมงาน |

SPA I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Engagement)

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประเมินความพึงพอใจ/ความผูกพัน

ก. ประสบการณ์ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Experience)

(1) องค์กรสร้างและจัดการความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน โดยเคารพในความชอบส่วนบุคคล (respect personal preferences) เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพันกับองค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - โอกาสในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมีระดับใดบ้าง เช่น
 - ระดับบุคคลระหว่างผู้ปฏิบัติงานทุกระดับกับผู้รับบริการ ตั้งแต่จุดแรกที่ผู้รับบริการ และตลอดทุกช่วงเวลาของการให้บริการ
 - ระดับองค์กรกับตัวแทนของผู้รับบริการ
 - ระดับองค์กรกับผู้รับผลงานอื่นๆ เช่น ผู้จ่ายเงิน เป็นต้น
 - ความผูกพันของลูกค้า หมายถึงการสื่อสารและเชื่อมต่อระหว่างลูกค้าและองค์กร โดยให้ลูกค้ามีส่วนร่วมในกระบวนการและมีโอกาสควบคุมกระบวนการ ทำให้เพิ่ม Brand Awareness & Loyalty และบอกต่อการเชื่อมต่อนี้ว่าจะเป็น Reaction, Interaction, Effect หรือ Overall Customer Experience
 - ระดับขั้นของความผูกพันของผู้ป่วย (Patient Engagement)
 - พึงพอใจกับบริการที่ได้รับ
 - มีโอกาสซักถามและได้รับข้อมูล
 - มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนดูแลตนเอง
 - มี Ownership ในการดูแลสุขภาพของตนเอง
 - มีส่วนในการสร้างสุขภาวะให้แก่เพื่อนผู้ป่วยและสังคม เช่น กลุ่ม Self-help Group เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์และหา Good Practice ในการสร้างความสัมพันธ์และสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานแต่ละระดับ (อาจจะใช้เทคนิค appreciative inquiry หรือ dialogue) คัดเลือกวิธีการที่สมควรได้รับการขยายผล และมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบดำเนินการขยายผล

- ตัวอย่างวิธีการในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นเสมือนญาติมิตรอย่างง่าย ๆ คือการใช้ Momma Test ให้เจ้าหน้าที่ตั้งคำถามว่าถ้าผู้ป่วยรายนี้เป็นแม่ของตัวเอง จะพอใจกับการดูแลที่เป็นอยู่หรือไม่ ถ้าไม่พอใจจะทำอย่างไร
- การนำ Patient Preference มาพิจารณาในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น การเรียกขานชื่อ ตัวเลือกในการดูแลและวิธีการรักษา เสื้อผ้าและการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ อาหาร/เครื่องดื่ม และมืออาหาร กิจกรรม/ความสนใจ/ความเป็นส่วนตัว/ผู้มาเยือน เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการทำการศึกษา วิเคราะห์ เพื่อหาโอกาสพัฒนาในการสร้างความสัมพันธ์ ดังต่อไปนี้
 - ความต้องการของผู้เกี่ยวข้องในเรื่องการสร้างความสัมพันธ์ และช่องทางการติดต่อ
 - การบรรลุผลสัมฤทธิ์ของวิธีการที่ใช้อยู่
 - ผู้รับบริการมีความรู้สึกอย่างไรต่อปฏิสัมพันธ์ที่ผู้ให้บริการ ณ จุดต่างๆ แสดงออกต่อตน
 - ระดับความร่วมมือในการบำบัดรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว (ทั้งการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล การตัดสินใจ และการปฏิบัติตามแผน) เป็นอย่างไร ผู้ป่วยกลุ่มใดที่ยังเป็นปัญหาอยู่ มีโอกาสพัฒนาขึ้นได้อย่างไร
 - ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อมั่นศรัทธาของผู้รับบริการมีอะไรบ้าง โรงพยาบาลสามารถปรับปรุงปัจจัยดังกล่าวอย่างไรได้บ้าง
 - การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น (เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร แนวโน้มของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ เป็นต้น)
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการพัฒนาตามโอกาสที่วิเคราะห์ได้

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Good Practice ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในระดับต่างๆ และมี การนำไปใช้ทั่วทั้งโรงพยาบาล | <ul style="list-style-type: none"> ● ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อ ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ |

- (2) องค์กรเกื้อหนุนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ให้สามารถสืบค้นข้อมูล/สารสนเทศ และรับการช่วยเหลือ: (ดู II-1.1 ก.(9) ร่วมด้วย)
- (i) ข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับบริการที่มีและวิธีการเข้าถึง;
 - (ii) สนับสนุนผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน มีความสะดวกในการเข้าถึงและรับบริการด้านสุขภาพ และการจัดการด้านสุขภาพตนเองและครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนประสิทธิภาพของช่องทางต่าง ๆ ที่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานติดต่อกับโรงพยาบาล อาทิ
 - ช่องทางการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและบริการของโรงพยาบาลควรมีหลายภาษาที่ตอบสนองความต้องการ ความหลากหลายของกลุ่มประชากร และชุมชน โดยคำนึงถึงอายุและความสามารถในการเข้าถึงและค้นหาข้อมูลดังกล่าว รวมถึงควรมีการสื่อสารและเผยแพร่ต่อสาธารณะที่ชัดเจน เช่น การเผยแพร่ผ่าน Website เป็นต้น
 - ช่องทางการขอรับบริการจากโรงพยาบาล
 - ช่องทางการขอรับการช่วยเหลือเพิ่มเติม ทั้งในส่วนของ การสนับสนุนการดูแลตนเองที่บ้านและด้านอื่น ๆ
 - ช่องทางการเสนอข้อร้องเรียน
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาช่องทางต่าง ๆ ให้มีความหลากหลายยิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ อาทิ
 - การค้นหาข้อมูลทาง Internet ซึ่งมีข้อมูลต่างๆ ที่ผู้รับบริการต้องการ
 - การขอรับบริการด้วยระบบนัด การเพิ่มช่องทางให้บริการต่างๆ เช่น การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การให้บริการร่วมกับชุมชน อาทิ
 - ช่องทางในการเสนอข้อร้องเรียนที่สะดวกและมีประสิทธิภาพ เช่น การมองหาผู้รับบริการที่มีโอกาสเกิดปัญหาหรือความไม่พึงพอใจในเชิงรุก, การมี Patient Representative, การใช้ Voice Record และการมีระบบตอบสนองที่มีประสิทธิภาพ (ดูข้อต่อไป)
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องจัดทำแนวทางปฏิบัติมาตรฐานสำหรับช่องทางการติดต่อต่างๆ ข้างต้น สื่อสารและติดตามให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตาม
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องประเมินประสิทธิผลของช่องทางการติดต่อต่างๆ และพัฒนาให้เป็นระบบยิ่งขึ้น
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนการเกื้อหนุนและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

- ทบทวนความต้องการด้านการเกื้อหนุนและให้ความช่วยเหลือที่เคยได้รับการร้องขอ เช่น การติดต่อกับญาติ การขอความช่วยเหลือในประเด็นด้านกฎหมาย เป็นต้น
- ทบทวนความพร้อมของทีมงานในการเกื้อหนุนและให้ความช่วยเหลือ
- จัดทำแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับบริการและคุณภาพบริการที่สมควรเผยแพร่ต่อสาธารณะ ตลอดจนช่องทางต่างๆ ที่จะใช้เผยแพร่ มอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการ
 - ข้อมูลบริการและวิธีการเข้าถึงบริการ
 - ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพของประชาชน
 - ข้อมูลเกี่ยวกับผลการดูแลผู้ป่วย คุณภาพบริการ และผลการดำเนินการขององค์กร ที่สามารถเผยแพร่ได้

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ช่องทางการติดต่อสำหรับผู้รับบริการที่โรงพยาบาลมีให้ และประสิทธิผลของช่องทางดังกล่าว ● ข้อมูลเกี่ยวกับบริการและคุณภาพบริการที่โรงพยาบาลเผยแพร่ต่อสาธารณะ | <ul style="list-style-type: none"> ● ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ต่อการสืบค้นข้อมูลและการได้รับความช่วยเหลือ |

(3) องค์กรจัดการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน อย่างทันที่และมีประสิทธิผล:

- (i) องค์กรจัดให้มีกระบวนการร้องเรียนที่สามารถเข้าถึงได้โดยทั่วไปและมีการสื่อสารกระบวนการดังกล่าวแก่สาธารณะ
- (ii) องค์กรมีกระบวนการในการตรวจสอบและแก้ไขข้อร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (iii) องค์กรรวบรวมและวิเคราะห์ข้อร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงในภาพรวมขององค์กร

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจเป้าหมายของระบบการจัดการกับคำร้องเรียนของผู้รับบริการ (customer complaint management system) ว่าเพื่อปรับเปลี่ยนประสบการณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการให้เป็นประสบการณ์เชิงบวก และป้องกันการเกิดซ้ำ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องจัดระบบการจัดการกับคำร้องเรียนของผู้รับบริการ
 - การฝึกอบรมและสร้างความตระหนักแก่บุคลากรทุกระดับ
 - การจัดตั้งและฝึกอบรมทีมงานลูกค้าสัมพันธ์หรือทีมงานประสานความเข้าใจตามความเหมาะสม
 - การตอบสนองเบื้องต้น ณ จุดรับบริการ เมื่อมีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่พึงพอใจ
 - การสืบค้น แก้ปัญหา และแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบ
 - การดำเนินการในกรณีที่เกิดความสูญเสียรุนแรง
 - การประเมินผลการตอบสนองแต่ละราย (ความรวดเร็วในการตอบสนอง ระดับการแก้ปัญหาจากมุมมองของผู้รับบริการและมุมมองของเจ้าหน้าที่)
 - การจัดระบบรวบรวมข้อมูล
- มีการสื่อสารกระบวนการดังกล่าวแก่สาธารณะ
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวางระบบในการตรวจสอบและแก้ไขข้อร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ให้เสร็จสิ้นภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์คำร้องเรียนอย่างสม่ำเสมอ (เช่น ลักษณะคำร้องเรียน ความถี่ แนวโน้ม และอาจรวมไปถึงการวิเคราะห์ root cause เป็นต้น) นำมาจัดลำดับความสำคัญ สื่อสาร เพื่อให้มีการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์คำร้องเรียนที่มีลักษณะต่อไปนี้เป็นพิเศษ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพในประเด็นดังกล่าวอย่างจริงจัง
 - คำร้องเรียนที่สะท้อนถึงจุดอ่อนในระบบการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล (แม้จะมีเพียงน้อยราย)
 - คำร้องเรียนที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และไม่มีแนวโน้มลดลง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประเมินการตอบสนองคำร้องเรียน ● ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียน และแนวโน้ม ● การพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นเนื่องจากคำร้องเรียน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น | <ul style="list-style-type: none"> ● การแก้ไขข้อร้องเรียนภายในระยะเวลาที่กำหนด ● ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง ● อัตราการนำข้อร้องเรียนไปปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร |

ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Determination of Patient/Customer Satisfaction and Engagement)

- (1) องค์กรประเมินความพึงพอใจ และความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่าง ๆ.
- (2) องค์กรประเมินความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่าง ๆ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน ควรมุ่งไปสู่การหาโอกาสพัฒนา มากกว่าความพอใจที่ได้คะแนนสูง
 - ควรมีการประเมินความพึงพอใจในประเด็นที่มีคุณค่าต่อผู้ป่วยและมีความสำคัญต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย
 - ควรมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อให้ได้สารสนเทศที่นำมาใช้ประโยชน์ได้ เช่น
 - การเปรียบเทียบความพึงพอใจในแง่มุมต่าง ๆ
 - การเปรียบเทียบระหว่างความพึงพอใจต่อหน่วยงานหรือวิชาชีพต่าง ๆ
 - การวิเคราะห์แนวโน้มของความพึงพอใจในประเด็นที่สำคัญ
 - การประเมินความไม่พึงพอใจ ควรใช้วิธีการที่แตกต่างไปจากการใช้คะแนนต่ำสุดของความพึงพอใจ อาทิ
 - คำถามปลายเปิดที่เป็นข้อเสนอแนะ
 - ข้อมูลจากระบบรับคำร้องเรียน
 - ข้อมูลจากการสังเกตหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ
 - การประเมินความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น
 - คำถามพื้นฐานคือการกลับมาใช้บริการซ้ำ การแนะนำผู้อื่นมาใช้บริการ
 - ความผูกพันที่แสดงออกจากการมาใช้บริการต่อเนื่อง: ผู้มีปัญหาที่ไม่มาติดต่อ ระยะเวลารอที่นานเกินเหตุ ผู้ที่ละเลิกความพยายามในการติดต่อ การขาด Follow-up
 - ความผูกพันที่แสดงออกผ่านการดูแลตนเอง: การปฏิบัติตามคำแนะนำ ความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง การวัดระดับของ Patient Activation (ความพร้อมที่จะดูแลตนเอง) อาทิ

- การยอมรับความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง
- การให้ความสำคัญกับการมีบทบาทที่เข้มข้นในการดูแลสุขภาพของตนเอง
- ความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของยาแต่ละตัวที่แพทย์สั่ง
- ความรู้ว่าจะเมื่อไรที่ดูแลปัญหาได้ด้วยตนเอง เมื่อไรต้องไปพบแพทย์
- ความมั่นใจที่จะสื่อสารสิ่งที่ตนเองห่วงกังวล
- ความมั่นใจในการใช้ยาด้วยตนเอง
- การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เช่น การกิน การออกกำลังกาย ทั้งในยามปกติและยามที่มีความกดดันหรือความเครียด เป็นต้น
- ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง
- ความมั่นใจในการหาคำตอบสำหรับปัญหาสุขภาพใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพันของผู้รับบริการ โดยพิจารณาวิธีการวัดผลให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม
 - การประเมินความพึงพอใจ อาจจะใช้การสำรวจ การรับเสียงสะท้อนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การรับข้อร้องเรียน
 - การเก็บข้อมูลอาจจะใช้ Internet การติดต่อบุคคลโดยตรง การใช้หน่วยงานที่สาม หรือโดยไปรษณีย์
 - เนื่องจากคะแนนความพึงพอใจจะมีปัญหาในเรื่องของความน่าเชื่อถือ การให้ความสำคัญกับการติดตามอัตราความพึงพอใจในระดับที่มากที่สุด หรือ Top Box อาจจะเป็นประโยชน์มากกว่าการติดตามค่าเฉลี่ย และควรให้ความสำคัญกับหัวข้อประเมินที่ได้รับคำตอบความไม่พึงพอใจมากกว่าหัวข้ออื่นๆ ว่ามีสาเหตุจากอะไร
 - ควรกำหนดวิธีการสุ่มตัวอย่างที่ทำให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ใช้จำนวนที่เหมาะสมที่จะไม่เป็นภาระ ดำเนินการในภาพรวมของโรงพยาบาล แต่สามารถให้ข้อมูลเฉพาะสำหรับแต่ละหน่วยได้
- ผู้นำระดับสูงสร้างความมั่นใจว่าผู้เกี่ยวข้องนำประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาไปดำเนินการปรับปรุง

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนาวิธีการประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ ความผูกพัน และการรับข้อมูลป้อนกลับจากผู้รับบริการ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
 - ความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง
 - การบรรลุผลสัมฤทธิ์ของวิธีการที่ใช้อยู่
 - การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น (เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร แนวโน้มของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ เป็นต้น)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ความแตกต่างของวิธีการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจในผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม ● การพัฒนาที่เป็นผลมาจากการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ● การพัฒนาวิธีการประเมินความพึงพอใจและติดตามข้อมูลป้อนกลับ | <ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม |

SPA I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patient Rights)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย (Patient Charter)

(1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมที่เกี่ยวข้องวางระบบในการให้การคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย
 1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับบริการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
 2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษามีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
 3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
 4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพ ของผู้ให้การรักษายาบาลแก่ตน
 5. ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่
 6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่ได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
 8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือขอข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น
 9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้
- ทีมที่เกี่ยวข้องวางระบบเพื่อค้นหาโอกาสคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเชิงรุก หรือมีระบบคัดกรองเพื่อให้สัญญาณเตือนสำหรับผู้ป่วยที่เข้าข่าย เช่น ผู้บกพร่องทางกายหรือทางจิต เป็นต้น
 - ทีมที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดปัญหาหรือความไม่พร้อมในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วย (อาจจะใช้ FMEA วิเคราะห์) และปรับปรุงกระบวนการ เช่น การขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ปรากฏในเวชระเบียน เป็นต้น
 - ทีมที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ควรใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย และวางแนวทางปฏิบัติ อาทิ
 - โอกาสที่จะมีการเลือกปฏิบัติ หรือมีความแตกต่างในการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็น (medical necessity) ในผู้ป่วยที่อยู่ใต้ระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน
 - โอกาสที่ผู้รับบริการจะไม่ได้รับทราบข้อมูล หรือไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือได้รับข้อมูลในลักษณะที่ทำให้เกิดการตัดสินใจอย่างไม่เหมาะสม
 - โอกาสที่ผู้ป่วยที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตจะไม่ได้รับการช่วยเหลือทันเวลาที่

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● การวางระบบเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามประเด็นโอกาสเกิดปัญหาต่างๆ ที่วิเคราะห์มาได้ หรือที่พบปัญหาจากการตามรอย | <ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประเมินการให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย |

ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย (Patient Rights Protection Process)

(1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและเคารพสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดกิจกรรมสร้างความตระหนักและฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ที่ทราบบทบาทในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย
- สร้างเจตคติที่ดีต่อการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย เช่น การทำเรื่องนี้ได้ดีคือการสร้างภูมิคุ้มกันให้องค์กรและเจ้าหน้าที่ เป็นต้น
- การจัดระบบพร้อมตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ
 - วิเคราะห์และออกแบบระบบงานเพื่อตอบสนองสิทธิผู้ป่วย
 - ตามรอยเพื่อรับรู้ความพร้อมและการปฏิบัติในการคุ้มครองผู้ป่วย
 - ปรับปรุงให้ระบบมีความพร้อม

(2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดทำสื่อเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วยในลักษณะที่เข้าใจง่าย โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยใน ควรเป็นเอกสารประจำห้องหรือประจำเตียง
- หน้าที่อันพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ตามประกาศของแพทยสภา ที่ 50/2563
 - ข้อ 1 การเอาใจใส่และดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกระบวนการรักษาพยาบาล ทั้งนี้หากผู้ป่วยเห็นว่าไม่อาจทำตามคำแนะนำดังกล่าวได้ ผู้ป่วยควรแจ้งให้ทราบโดยทันที เพื่อหาทางออกที่ดีที่สุดร่วมกัน
 - ข้อ 2 ผู้ป่วยพึงเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพ “ที่เป็นจริงและอยู่ในความรับรู้” ของผู้ป่วย แก่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งนี้เพื่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะได้รับทราบข้อมูลด้านสุขภาพทั้งหมด อันจะเป็นประโยชน์ต่อการให้การรักษาพยาบาลและป้องกันมิให้เกิดผลเสียร้ายแรงต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อผู้ป่วยรายอื่น รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง
 - ข้อ 3 ผู้ป่วยพึงปฏิบัติตามระเบียบที่สถานพยาบาลกำหนดไว้
 - ข้อ 4 ผู้ป่วยพึงตระหนักว่าการใช้สิทธิการรักษาพยาบาล รวมทั้งสิทธิผู้ป่วยตามที่กำหนดไว้ ต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยท่านอื่น
 - ข้อ 5 ผู้ป่วยพึงหลีกเลี่ยงการกระทำใดๆ อันเป็นการรบกวนการปฏิบัติหน้าที่โดยชอบของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและบุคลากรสาธารณสุข หากมีกรณี que ผู้ป่วยไม่เห็นด้วยต่อการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว ท่านสามารถให้

- คำแนะนำหรือใช้สิทธิร้องเรียนได้ตามระเบียบปฏิบัติของสถานพยาบาลนั้นๆ
- ข้อ 6 ผู้ป่วยพึงตระหนักว่า ห้องฉุกเฉินเป็นสถานที่ซึ่งจัดเตรียมไว้เป็นการเฉพาะเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ตกอยู่ใน “ภาวะเร่งด่วนและเป็นภัยอันตรายอันใกล้ต่อชีวิต” เป็นสำคัญ บุคลากรสาธารณสุขจะให้การรักษาตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์เป็นสำคัญ ดังนั้นพึงหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นการกระทำการใดๆ อันเป็นการรบกวนการปฏิบัติหน้าที่โดยชอบของบุคลากรในห้องฉุกเฉิน
- ข้อ 7 ผู้ป่วยพึงตระหนักว่า “ทรัพยากรในระบบสาธารณสุขมีราคาแพงและมีจำนวนจำกัด” ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมร่วมกับสถานพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีมาตรการในการจัดสรรการใช้ทรัพยากรอันมีค่าอย่างระมัดระวัง การกระทำการใดๆ ของผู้ป่วยโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์อาจส่งผลให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรอันมีค่า และส่งผลเสียร้ายแรงต่อการรักษาพยาบาลของตัวผู้ป่วยเอง รวมทั้งต่อผู้ป่วยท่านอื่น
- ข้อ 8 ผู้ป่วยพึงเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวของบุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วยท่านอื่น ในสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ห้ามกระทำการถ่ายรูป บันทึกเสียงหรือภาพเคลื่อนไหว รวมทั้งกระทำการอื่นใดที่คล้ายคลึงกันนี้ โดยมีได้รับความยินยอมก่อน
- ข้อ 9 ผู้ป่วยพึงตระหนักว่า “เอกสารลงนามในการให้ความยินยอมเพื่อรับการรักษาพยาบาล” เป็นเอกสารสำคัญที่ให้รายละเอียด ตลอดจนข้อจำกัดและความเสี่ยงของการรักษาพยาบาล ดังนั้นก่อนทำการลงนามในเอกสารดังกล่าว ผู้ป่วยต้องอ่านและทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ก่อน ทั้งนี้หากมีข้อสงสัยหรือมีความไม่เข้าใจใดๆ ควรสอบถามผู้เกี่ยวข้องก่อนการลงนามทุกครั้ง
- ข้อ 10 ผู้ป่วยพึงตระหนักว่า การละเลยหรือไม่ปฏิบัติตามรายละเอียดข้างต้น อาจส่งผลเสียต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเอง และในบางกรณี หากเกิดความเสียหายต่อสถานพยาบาลหรือผู้ป่วยท่านอื่น ท่านอาจได้รับโทษตามที่กฎหมายบัญญัติ

(3) มีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ตามรอยผู้ป่วยตั้งแต่แรกเข้าไปตามจุดบริการต่างๆ และพิจารณาว่าในแต่ละขั้นตอนของการให้บริการนั้น มีโอกาสอะไรบ้างที่จะละเมิดสิทธิผู้ป่วย
- ประมวลผลข้อมูล จัดลำดับความสำคัญ มอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการปรับปรุงและสร้างความเข้าใจ

(4) มีการจัดการเพื่อให้เกิดสวัสดิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- วิเคราะห์ว่าในสถานการณ์ใดบ้างที่ผู้ป่วยมีโอกาสถูกทำร้ายจากการให้บริการ
 - การทำร้ายด้านร่างกาย เช่น ในผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น
 - การทำร้ายด้านจิตใจ เช่น การใช้คำพูดหรือการกระทำที่คุกคาม เป็นปรักษ์ ไม่เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ปิดโอกาสที่จะแสดงความคิดเห็น การข่มขู่ การกักขัง เป็นต้น
 - การทำร้ายด้านสังคม เช่น การใช้คำพูดหรือการกระทำบางอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย เป็นต้น
- วางแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการทำร้ายผู้ป่วยในสถานการณ์ดังกล่าว

(5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ความแตกต่างทางเพศ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ตรวจสอบว่าโอกาสที่ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการเคารพความเป็นส่วนตัว ความแตกต่างทางเพศ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยม และความเชื่อส่วนบุคคล จะเกิดขึ้นในสถานการณ์ใดบ้าง เช่น การซักประวัติที่ OPD, การ Expose ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยรวม, ค่านิยมและความเชื่อตามประเพณี เป็นต้น
- วางแนวทางปฏิบัติเพื่อให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในโอกาสดังกล่าว

(6) องค์กรสร้างหลักประกันในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเป็นธรรม ผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(7) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิกได้รับการคุ้มครองสิทธิ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ศึกษาข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์
 - ความครอบคลุมของ “การศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์” หมายความว่า การศึกษาวิจัย และการทดลองเภสัชผลิตภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ การศึกษาธรรมชาติของโรค การวินิจฉัย การรักษา การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่กระทำต่อมนุษย์ รวมทั้งการศึกษาวิจัยจากเวชระเบียนและสิ่งส่งตรวจต่างๆ จากร่างกายของมนุษย์ด้วย
 - การได้รับความยินยอมจากผู้ถูกทดลอง และพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลองจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการทดลองนั้น
 - การปฏิบัติต่อผู้ถูกทดลองเช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - การรับผิดชอบต่ออันตรายหรือผลเสียหายเนื่องจากการทดลองที่บังเกิดต่อผู้ถูกทดลอง อันมิใช่ความผิดของผู้ถูกทดลองเอง
 - การได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมที่เกี่ยวข้องแล้วเท่านั้น
 - การปฏิบัติตามแนวทางจริยธรรมของการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ และจรรยาบรรณของนักวิจัย
- ผู้นำองค์กรวางระบบการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิก ควบคู่กับเป้าหมายการพัฒนาความรู้เพื่อการดูแลผู้ป่วย อาทิ
 - การจัดตั้งคณะกรรมการด้านจริยธรรม หรือการมีระบบอำนวยความสะดวกในการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมภายนอก
 - การสื่อสาร การขอความยินยอม และการมีระบบรับคำร้องเรียนจากผู้เข้าร่วมงานวิจัย
 - การมีระบบคุณภาพ ความปลอดภัย และบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมกับโครงการวิจัย
 - การมีระบบติดตามกำกับ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Good Practice ในกระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย (การสร้างความตระหนัก การสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบ การคำนึงถึงสิทธิในทุกกิจกรรม การปกป้องจากการถูกทำร้าย การเคารพความเป็นส่วนตัว การไม่เลือกปฏิบัติ การคุ้มครองสิทธิในผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย) | <ul style="list-style-type: none"> ● การประเมินผลลัพธ์จากมุมมองของผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ เช่น การรับรู้สิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วย การดูแลที่ได้รับการปกป้องและเคารพความเป็นส่วนตัว ฯลฯ |

ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ: (Care for Patients with Specific Needs)

(1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบ่งชี้หรือกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายวางระบบการดูแลโดยพิจารณาประเด็นสำคัญต่อไปนี้
 - การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - การเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้จากไปอย่างสงบ
 - การประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม
 - การตัดสินใจเกี่ยวกับการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว
 - การช่วยเหลือ ให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาแก่ญาติหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

(2) ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยเด็ก สร้างความมั่นใจว่าเด็กได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และได้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษตามความจำเป็น
 - การจัดสถานที่เฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยเด็ก
 - การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากไฟฟ้า เครื่องจักรกล น้ำยา หรือสารอันตรายต่างๆ
 - หน่วยบริการผู้ป่วยเด็กมีเครื่องมือและยาเฉพาะสำหรับเด็ก เช่น เครื่องดมยาสลบ เครื่องพ่นยา เครื่องปรับหยดน้ำเกลือ ชุดให้สารน้ำ เครื่องช่วยชีวิต
 - เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและยาสำหรับเด็ก
 - เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษต่อเด็กที่ป่วยหนัก เด็กที่มีความผิดปกติทางร่างกายหรือประสาทสัมผัส เด็กที่เรื้อรัง เด็กที่ไม่มีญาติมาเฝ้าดูแล
 - พ่อแม่หรือผู้ปกครองได้รับการส่งเสริมให้อยู่เฝ้าเด็กระหว่างการนอนโรงพยาบาล

- ทีมดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ วางระบบการดูแลโดยพิจารณาประเด็นสำคัญต่อไปนี้
 - การวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และการออกแบบระบบเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว
 - การประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม

(3) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกตัว หรือต้องถูกผูกยึด ได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(4) ผู้ป่วยที่มีอาจเกิดผลกระทบจากการจัดการดูแลตามกฎหมายเฉพาะ ควรได้รับการดูแลที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้บริหารระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่อาจได้รับผลกระทบจากการจัดการดูแลตามกฎหมายเฉพาะ เช่น การแยกกักตัวตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ การบังคับบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด การดูแลเด็กตาม พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก เป็นต้น
- ทีมดูแลผู้ป่วยศึกษาข้อกำหนดของกฎหมายที่ต้องปฏิบัติตาม วิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล กำหนดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม ทำให้มั่นใจว่าผู้เกี่ยวข้องรับทราบและปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติดังกล่าว

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Good Practice ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ (ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกหรือผูกยึด) | <ul style="list-style-type: none"> ● ประสิทธิภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง |

SPA I-4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร (Measurement, Analysis, and Improvement of Organizational Performance)

องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.

ก. การวัดผลการดำเนินการ (Performance Measurement)

- (1) องค์กรใช้ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อติดตามการปฏิบัติงานและผลการดำเนินการขององค์กร ในลักษณะที่เชื่อมโยงและสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน:
- (i) ติดตามการปฏิบัติงานประจำวัน;
 - (ii) ติดตามความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ;
 - (iii) ติดตามผลการดำเนินการโดยรวม ครอบคลุมผลลัพธ์ด้านบริการสุขภาพ ประสิทธิภาพของกระบวนการ ระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ผลการดำเนินการของระบบบริการ ผลลัพธ์ด้านบุคลากร ผลลัพธ์ด้านการนำและการกำกับดูแลองค์กร ผลลัพธ์ด้านการเงิน ตลาด และกลยุทธ์. (ดูตอนที่ IV ร่วมด้วย)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่อง Performance Measurement System ที่จะช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จ
 - ผลการดำเนินการ (performance) หมายถึงผลสำเร็จของงานที่ได้รับมอบหมาย เป็น Output & Outcome ของกระบวนการ ผลิตภัณฑ์/บริการ ซึ่งอาจพิจารณาตามมาตรฐานตอนที่ IV คือ (1) ผลด้านการดูแลสุขภาพ (2) ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (รวมทั้งผลการดำเนินการของระบบบริการ) (3) ผลด้านบุคลากร (4) ผลด้านการนำและการกำกับดูแลองค์กร (5) ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ (รวมทั้งระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย) (6) ผลด้านการเงิน ตลาด และกลยุทธ์

- IEAA เน้นผลการดำเนินการที่สำคัญแยกออกมาอีก 2 เรื่อง
 - ระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของประสิทธิผลของกระบวนการสำคัญ) ครอบคลุมข้อมูลที่ได้จากกระบวนการตรวจสอบ (audit information) ข้อมูลจากการประเมินความเสี่ยง (risk assessment) ข้อมูลอุบัติการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (patient safety incidents/adverse events)
 - ผลการดำเนินการของระบบบริการ (ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน) ครอบคลุมข้อมูลที่ได้จาก การร้องเรียน (complaint) คำชมเชยและข้อเสนอนแนะ (compliment and concerns) ตัววัดผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วย (patient reported outcome measures) รายงานความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (patient/service user's satisfaction) รายงานการใช้ประโยชน์และประสิทธิภาพของบริการ (utilization and efficiency of services)
- การวัดผลการดำเนินการ (performance measurement) มักจะวัดเทียบกับค่าคาดการณ์ มาตรฐาน ผลลัพธ์ที่ผ่านมา เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ขององค์กรอื่น
- องค์กรวัดผลการดำเนินการเพื่อ
 - นำมาใช้ในการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลจริง
 - เพื่อกำหนดทิศทางขององค์กร และจัดสรรทรัพยากรในระดับต่าง ๆ ให้สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับทิศทางขององค์กร
 - ควบคุมกระบวนการให้เป็นไปตามที่ออกแบบไว้
 - รับทราบการบรรลุเป้าหมาย ปรับแผนหากไม่บรรลุเป้าหมาย กำหนดเป้าหมายในรอบต่อไปให้ท้าทายยิ่งขึ้น
- องค์กรกำหนดตัววัด จากแนวคิด (concept) ที่อยู่ในเป้าหมาย
 - เป้าหมายมีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับองค์กร (วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์), ระดับระบบงาน (เป้าหมายของระบบงาน), ระดับการดูแลผู้ป่วย (เป้าหมายการดูแลผู้ป่วย หรือ patient treatment goal), ระดับหน่วยงาน (เป้าหมายของหน่วยงาน), ระดับกระบวนการ (ลักษณะคุณภาพของกระบวนการ หรือ process requirement), ระดับโครงการพัฒนา (เป้าหมายของการพัฒนา)
 - แนวคิดในเป้าหมาย คือ Keyword ที่เป็นคำคุณศัพท์ ลักษณะคุณภาพ หรือมิติคุณภาพ

- จากแนวคิดสู่ตัววัด ควรพิจารณาตัวเลือกต่างๆ ตั้งแต่ต้นน้ำ (ทรัพยากรและการเตรียมความพร้อมของทรัพยากร) กลางน้ำ (กระบวนการทำงาน) ปลายน้ำ (ผลลัพธ์ ผลผลิต ผลกระทบ) ซึ่งอาจจะเป็นตัวเลขาจากการนับ การวัด หรือนำมาคำนวณเป็นสัดส่วน
 - ตัววัดตัวเดียวกันอาจมีวิธีการนำเสนอข้อมูลได้หลายแบบ เช่น จำนวนหรืออัตราหรือช่วงห่างของการเกิดเหตุการณ์ ระยะเวลาหรืออัตราที่ผ่านเกณฑ์ เป็นต้น
- ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้มีการใช้ตัววัดเพื่อการติดตามต่อไปนี้
 - เพื่อติดตามการปฏิบัติงานประจำวัน
 - ใช้ตัววัดเชิงกระบวนการ (in-process measure) ของแต่ละแผนงาน/ระบบ/หน่วยงาน/การดูแลผู้ป่วย
 - เพื่อติดตามความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
 - ใช้ตัววัดของแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
 - เปรียบเทียบการบรรลุเป้าหมายตามแผน โดยทีมนำและผู้รับผิดชอบ
 - เพื่อติดตามผลการดำเนินการขององค์กร
 - ผลการดำเนินการโดยรวมขององค์กร
 - ผลการดำเนินการของแต่ละแผนงาน/ระบบ/หน่วยงาน/การดูแลผู้ป่วย
- ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้มีตัววัดที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน (alignment) เพื่อให้ตัววัดเป็นเครื่องมือในการถ่ายทอดทิศทางขององค์กรสู่ทุกส่วนขององค์กร และผลการวัดเป็นการแสดงความสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้รับการถ่ายทอดมา
 - แนวทางในการสร้างความสอดคล้อง
 - Alignment ด้วยวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และเข็มมุ่ง รวมทั้งนโยบายของหน่วยเหนือ โดยการถ่ายทอดวัตถุประสงค์และเข็มมุ่งลงไปตามระดับต่างๆ ขององค์กร
 - Alignment ด้วยมาตรฐาน HA ตอนที่ IV (systems → operation → clinical outcome & stakeholder focus results → financial)
 - วิธีการกำหนดตัววัดที่สอดคล้องกัน (การรวมตัววัดจากหน่วยย่อย)
 - ใช้ตัววัดเดียวกัน (1) ใช้ตัววัดระดับองค์กรเป็นผลรวมของตัววัดจากหน่วยย่อย เช่น ความพึงพอใจ เป็นต้น (2) เลือกตัววัดสำคัญบางตัวจากบางหน่วยมาเป็นตัววัดขององค์กร เช่น clinical outcome indicator เป็นต้น
 - ใช้ตัววัดที่ต่างกัน เช่น ปรับหน่วยวัดเพื่อรวมตัววัดที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น การรวมอุบัติการณ์ตามระดับความรุนแรง หรือ

ประมาณการความเสียหายของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นวันนอนที่เพิ่มขึ้น/ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น

- ใช้ Composite Indicator เพื่อให้มีการรวมตัววัดหลายตัวเข้าด้วยกัน และอาจมีการถ่วงน้ำหนักร่วมด้วย
- แนวคิดที่อาจนำมาพิจารณาร่วมด้วย
 - การลดภาระและความซ้ำซ้อนในการเก็บข้อมูล
 - การเลือกตัวชี้วัดผลงานที่มีความสำคัญต่อผลงานโดยรวมขององค์กรจากแหล่งข้อมูลทุกระดับ
 - การบูรณาการ (integration) ตัวชี้วัดจากแหล่งต่างๆ เพื่อให้เป็นข้อมูลและสารสนเทศที่ครอบคลุมทั้งองค์กร
 - ผสมผสานตัววัดจากหลายแหล่งเข้าในระบบเดียวกันและจัดกลุ่มใหม่
 - ใช้แนวคิดการวัดเพื่อการพัฒนา ลดโทษของการวัดเพื่อ Judgement/ Accountability
- ผู้นำระดับสูงทบทวนตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามว่าได้นำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจและสร้างนวัตกรรมเพียงใด

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Tree Diagram แสดง Alignment ของตัวชี้วัดตามลำดับชั้น | <ul style="list-style-type: none"> ● KPI ที่เลือกวัดครอบคลุม KPI ที่สำคัญครบถ้วนเพียงใด มี Alignment & Integration เพียงใด มีการวัดที่สม่ำเสมอ และได้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพียงใด |

(2) องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลจริง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบ (comparative data and information) ต่อไปนี้
 - การใช้ประโยชน์
 - เป็นสิ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงผลงานขององค์กร
 - ทำให้เกิดความเข้าใจกระบวนการและผลงานขององค์กรได้ดีขึ้น
 - ช่วยในการวิเคราะห์และตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษและการสร้างพันธมิตร

- แหล่งข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบอาจจะเป็น
 - ระดับผลงานที่ดีที่สุด
 - ระดับผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ
 - ผลงานของกลุ่ม
 - ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันคัดเลือกแหล่งข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบที่สำคัญต่อความสำเร็จขององค์กร
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในส่วนของตนเปรียบเทียบกับตัวเปรียบเทียบ และนำเสนอผู้นำเพื่อให้มีการตัดสินใจอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|---|
| ● ข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบ รวมทั้งแหล่งข้อมูลที่ใช้ ผลการเปรียบเทียบและการตัดสินใจที่เกิดขึ้น | ● ผลของการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่มีต่อการกำหนดเป้าประสงค์ที่ทำนาย และส่งเสริมการปรับปรุงแบบก้าวกระโดด |

(3) ระบบการวัดผลการดำเนินการขององค์กรมีความคล่องตัว และสามารถให้ข้อมูลได้อย่างทันทั่วถึงเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสปรับปรุงระบบการวัดผลการดำเนินการขององค์กร โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
 - ความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง
 - การบรรลุผลสัมฤทธิ์ของวิธีการที่ใช้อยู่
 - การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น (เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร แนวโน้มของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ เป็นต้น)
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการพัฒนาตามโอกาสที่วิเคราะห์ได้
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องติดตามการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด ผลกระทบต่อความต้องการข้อมูลผลการดำเนินการ และดำเนินการปรับเปลี่ยนเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการใช้
- ผู้นำระดับสูงมอบให้ผู้เกี่ยวข้องสรุปการปรับปรุงระบบการวัดผลการดำเนินการซึ่งแสดงให้เห็นความคล่องตัวหรือการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (เช่น การปรับปรุงระบบการวัดผลในสถานการณ์โควิด-19 เป็นต้น)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| ● การปรับปรุงระบบการวัดการดำเนินงานขององค์กร | ● ความรวดเร็วในการปรับระบบวัดผลการดำเนินการเพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลง |

ข. การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินการ (Performance Analysis and Review)

- (1) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินผลการดำเนินการและขีดความสามารถขององค์กร:
- ความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ;
 - ความสำเร็จขององค์กร;
 - ขีดความสามารถในการตอบสนองความต้องการขององค์กรและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดวงรอบเวลาของการทบทวนประเมินผลงานที่จะดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ (เช่น ทุก 3 เดือน)
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจความหมายและความสำคัญของการวิเคราะห์เพื่อสนับสนุนการทบทวนประเมินผลงาน
 - การวิเคราะห์ (analysis) หมายถึงการตรวจสอบข้อมูลและข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจที่ดี การวิเคราะห์องค์กรในภาพรวมจะช่วยชี้้นำการตัดสินใจและการบริหารจัดการเพื่อบรรลุผลลัพธ์สำคัญและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร
 - การวิเคราะห์ที่ดีจะช่วยสนับสนุนการประเมินผลงานขององค์กร ทราบต้นเหตุของปัญหา และช่วยจัดลำดับความสำคัญในการใช้ทรัพยากร โดยการวิเคราะห์อาจทำได้ดังนี้
 - การประเมินแนวโน้มของตัววัดผลการดำเนินการที่สำคัญ เช่น ผลผลิตภาพ รอบเวลา อุบัติการณ์ ผลด้านการเงิน รวมถึงแนวโน้มทางเศรษฐกิจและตลาดที่มีผลกระทบต่อองค์กรในระยะยาว เป็นต้น
 - การคาดการณ์ทั้งในระดับองค์กร ระดับธุรกิจโดยรวม การคาดการณ์เทคโนโลยี
 - การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มย่อย เช่น ตามลักษณะกลุ่มผู้ป่วยและหน่วยงานที่ดูแล ตามปัจจัยที่ทำให้ผลลัพธ์ต่างกัน รวมถึงการตัดกลุ่มที่ไม่ตรงประเด็นออกจากการวิเคราะห์ เป็นต้น

- การเปรียบเทียบกับค่าเทียบเคียง ซึ่งอาจเป็นค่าเฉลี่ยของกลุ่มค่าเป้าหมายของประเทศ ค่า Top ของประเทศหรือสากล คู่เทียบในกิจการอื่น เช่น การเปรียบเทียบต้นทุน คุณภาพ ผลิตภาพ เป็นต้น
- การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างกระบวนการต่างๆ ระหว่างกระบวนการกับผลลัพธ์ เช่น การพัฒนาคุณภาพกับความพึงพอใจของผู้รับผลงาน การเรียนรู้ของบุคคลและองค์กรกับมูลค่าเพิ่มต่อบุคลากร การจัดการความรู้และการสร้างนวัตกรรม ผลด้านการปฏิบัติการกับผลด้านการเงิน เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามวงรอบเวลาของการทบทวนประเมินผลงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหมาย
- ผู้นำระดับสูงพิจารณาข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์แล้วเพื่อประเมินสิ่งต่อไปนี้
 - ความสำเร็จขององค์กรตามพันธกิจและเป้าประสงค์
 - ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
 - ความสามารถในการตอบสนองความต้องการขององค์กรและสิ่งแวดล้อมภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไป
- ผู้นำระดับสูงทบทวนการวิเคราะห์ข้อมูลว่าได้ข้อมูลที่มีความหมายตามความต้องการหรือไม่ มีโอกาสปรับปรุงการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นผลของการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบปีที่ผ่านมา ● โอกาสและการปรับปรุงการวิเคราะห์ข้อมูล | <ul style="list-style-type: none"> ● ศักยภาพ คุณภาพ ความตรงประเด็น/การใช้ประโยชน์ได้ ของการวิเคราะห์ข้อมูล |

ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ (Using Data for Performance Improvement)

(1) องค์กรนำผลการทบทวนผลการดำเนินการมาใช้จัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและโอกาสสร้างนวัตกรรม และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร. (ดู II-1.1ก.(6) ร่วมด้วย)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง นำผลการทบทวนผลการดำเนินการมากำหนดลำดับความสำคัญของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและโอกาสสร้างนวัตกรรม (ซึ่งอาจจะเรียกว่าเข็มมุ่ง หรือจุดมุ่งเน้นในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ก็ได้)
 - ใช้ผลการดำเนินการที่ติดตามในข้อ I-4.1ก(1) การใช้ข้อมูลเปรียบเทียบในข้อ I-4.1ก(2) และผลการวิเคราะห์ข้อมูลในข้อ I-4.1ข
 - กำหนดประเด็นสำคัญที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายหรือต้องการเร่งรัด เพื่อให้ทั้งองค์กรร่วมกันพัฒนาหรือสร้างนวัตกรรม และกำหนดลำดับความสำคัญอย่างชัดเจน
- การถ่ายทอดและติดตาม
 - ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดลำดับความสำคัญเพื่อการพัฒนาและสร้างนวัตกรรมที่กำหนดขึ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการ ผ่านแผนพัฒนาคุณภาพของระดับและส่วนงานต่าง ๆ [II-1.2ก(7)]
 - ผู้นำระดับสูงติดตามกระตุ้นการพัฒนาและสร้างนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง และติดตามผลลัพธ์ของการปรับปรุงในรอบต่อไปของการทบทวนประเมินผลงาน
 - ผู้นำระดับสูงทบทวนการกำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการพัฒนาและสร้างนวัตกรรม เพื่อให้มั่นใจว่าได้กำหนดจุดมุ่งเน้นในประเด็นสำคัญจริงๆ และไม่ละเลยในบางประเด็นที่อาจถูกมองข้ามไป

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|--|
| ● ลำดับความสำคัญเพื่อการพัฒนาและสร้างนวัตกรรมในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา | ● ความสามารถในการนำโอกาสพัฒนาและสร้างนวัตกรรมไปสู่การปฏิบัติ |

SPA I-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ (Information and Knowledge Management)

องค์กรมีข้อมูล (data) สารสนเทศ (information) สินทรัพย์ความรู้ (knowledge asset) ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.

ก. ข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information)

- (1) องค์กรตรวจสอบข้อมูลและทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ ในด้านต่าง ๆ ดังนี้:
- (i) ความถูกต้อง (accuracy) เป็นไปตามวัตถุประสงค์ (validity);
 - (ii) ความคงสภาพ (integrity) เชื่อถือได้ (reliability);
 - (iii) ความเป็นปัจจุบัน (current).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศและผู้ใช้สารสนเทศ ทำความเข้าใจความหมายของคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศต่อไปนี้
 - Accuracy (ถูกต้อง)
 - มีทั้งความถูกต้องของรูปแบบ (form) และความคงเส้นคงวา (content)
 - รูปแบบ เช่น รูปแบบของการเขียนวันที่ ที่ต้องเข้าใจว่าหมายถึงอะไร
 - ความคงเส้นคงวา หมายถึงการบันทึกสิ่งเดียวกันให้เหมือนกัน
 - มุ่งเน้นที่ความถูกต้องเพียงพอสำหรับจุดประสงค์ในการใช้งาน โดยควรบันทึกข้อมูลเพียงครั้งเดียว ณ จุดที่เกิดกิจกรรม
 - Validity (ใช้การได้ตามวัตถุประสงค์)
 - หมายถึง การวัดในสิ่งที่ตั้งใจวัด (เป็น possible accurate value มีได้หมายความว่าข้อมูลที่ valid จะเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง) ใช้เพื่อขจัดข้อมูลที่ Invalid หรือไม่สามารใช้การได้
 - มุ่งเน้นที่การบันทึกและใช้ตามข้อกำหนดและคำจำกัดความที่เกี่ยวข้อง
 - Integrity (คงสภาพ)
 - หมายถึงการรักษาความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลไว้ได้ เมื่อมีการนำข้อมูลไปใช้หรือประมวลผล
 - Physical Integrity ป้องกันปัญหาด้าน Electromechanical
 - Logical Integrity ป้องกันปัญหาจาก Software Bugs, การออกแบบ และ Human Error

- Reliability (เชื่อถือได้)
 - หมายถึงกระบวนการเก็บข้อมูลมีความคงเส้นคงวา
 - สะท้อนการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่แท้จริงได้ Variation มีได้เกิดจากการเก็บข้อมูล
 - มีการระบุแหล่งที่มาของข้อมูล หรือมีการตรวจสอบจาก 3rd Party
- Current/Timeliness (เป็นปัจจุบัน)
 - หมายถึงข้อมูลเป็นปัจจุบัน เกิดจากการเก็บข้อมูลทันทีที่เกิดเหตุการณ์หรือทำกิจกรรม
 - พร้อมใช้ในเวลาที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ใช้
- Completeness (สมบูรณ์)
 - มีข้อกำหนดของความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ชัดเจน
 - กระบวนการเก็บข้อมูลทำให้ได้ข้อมูลตามข้อกำหนด
 - มีการตรวจสอบประจำปี
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบวิเคราะห์จุดที่จะมีโอกาสเกิดปัญหาในแต่ละมิติของคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ และประเมินคุณภาพในมิติดังกล่าวเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบ
- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ พิจารณาการจัดการต่อไปนี้อย่างมั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ
 - การกำกับดูแลและการนำ (governance and leadership)
 - มีการกำหนดผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องคุณภาพข้อมูลอย่างชัดเจน
 - องค์กรมีวัตถุประสงค์เรื่องคุณภาพข้อมูลที่ชัดเจน
 - องค์กรมีการติดตามและทบทวนคุณภาพข้อมูลอย่างได้ผล
 - นโยบาย (policies)
 - มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติพร้อมใช้ และได้รับการนำไปปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร
 - ระบบและกระบวนการ (systems and processes)
 - มีระบบที่เหมาะสมสำหรับเก็บ รวบรวม บันทึก วิเคราะห์ และรายงานข้อมูลที่ใช้เพื่อการติดตามคุณภาพข้อมูล
 - มีการควบคุมเพื่อให้มั่นใจว่าระบบสารสนเทศให้ความมั่นใจในคุณภาพของข้อมูล
 - บุคลากรและทักษะ (people and skills)
 - มีการสื่อสารอย่างชัดเจนถึงหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ

- องค์การทำให้มั่นใจว่าบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องคุณภาพของข้อมูลมีทักษะที่จำเป็น
 - ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ พิจารณาเลือกใช้เครื่องมือต่อไปนี้เพื่อปรับปรุงและทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ
 - Data Quality Tools (เครื่องมือเพื่อการปรับปรุงคุณภาพข้อมูล)
 - Data Profiling, Data Standardization, Geocoding, Matching or Linking, Monitoring, Batch & Real Time, ISO 8000
 - Data Quality Assurance
 - Data Profiling เพื่อค้นหาความไม่คงเส้นคงวาหรือความผิดปกติของข้อมูล
 - Data Cleansing เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูล เช่น ขจัด Outlier, เพิ่มเติมข้อมูลที่ขาดหาย
 - Data Quality Control
 - จำกัดการบันทึกข้อมูล
 - ประมวลผลสถิติ: Severity of Inconsistency, Incompleteness, Accuracy, Precision, Missing/Unknown
 - ป้องกันการนำข้อมูลที่ไม่สมควรใช้ไปใช้
 - Data Quality Check
 - ตรวจสอบ Completeness & Precision ที่จุดบันทึกข้อมูล
 - ตรวจสอบ Validity กับ Reference Data สำหรับค่าที่มีการกำหนดไว้
 - ตรวจสอบ Accuracy สำหรับข้อมูลทั้งหมดจาก 3rd Party
 - ตรวจสอบ Consistency/Reliability สำหรับข้อมูลประเภทเดียวกัน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● การปรับปรุงคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ | <ul style="list-style-type: none"> ● ความรวดเร็วในการสอบทาน ● ความถูกต้องของข้อมูล ● ความเชื่อถือได้และความปลอดภัยของข้อมูล |

(2) องค์กรทำให้มั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นมีความพร้อมใช้สำหรับบุคลากร ผู้บริหาร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และหน่วยงานภายนอก ในรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้งานและทันต่อเหตุการณ์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลสำรวจความต้องการใช้ข้อมูลและสารสนเทศของ บุคลากร/ผู้บริหาร/ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน/หน่วยงานภายนอก และดำเนินการสำรวจซ้ำเป็นระยะ
- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลทบทวนความพร้อมใช้งานของข้อมูลและสารสนเทศที่มีอยู่ เปรียบเทียบกับความต้องการใช้ วางแผนพัฒนาในส่วนที่ยังไม่สามารถตอบสนองได้ โดยพิจารณาให้สมดุลในความต้องการใช้งานต่อไปนี้
 - การดูแลผู้ป่วย
 - การบริหารจัดการ
 - การตรวจสอบทางคลินิกและการพัฒนาคุณภาพ
 - การศึกษาและการวิจัย
- ผู้บริหารระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาข้อกำหนดของมาตรฐานเกี่ยวกับการจัดการระบบสารสนเทศขององค์กร เช่น ข้อกำหนดของ COBIT® (Control Objectives for Information and related Technology) ซึ่งมีองค์ประกอบพื้นฐาน 4 ประการได้แก่ ความต้องการขององค์กร, ทรัพยากรด้าน IT, กระบวนการด้าน IT, และสารสนเทศขององค์กร เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องวางแผนและระบบการจัดการสารสนเทศให้เหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบการจัดการสารสนเทศของโรงพยาบาล และดำเนินการปรับปรุงตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ความต้องการของผู้ใช้และความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ระบบสารสนเทศในด้านต่างๆ | <ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประเมินประสิทธิภาพ (ความพร้อมใช้ เชื่อถือได้ ใช้งานง่าย) ของระบบสารสนเทศ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น |

ข. ความรู้ขององค์กร (Organizational Knowledge)

- (1) องค์กรสร้างและจัดการความรู้ขององค์กร ประกอบด้วย:
- (i) รวบรวมและถ่ายทอดความรู้จากการปฏิบัติของบุคลากร;
 - (ii) ผสมผสาน เชื่อมโยง และประมวลข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ใหม่;
 - (iii) รวบรวมและถ่ายทอดความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการสร้างนวัตกรรม และวางแผนกลยุทธ์;
 - (iv) การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของ Healthcare Intervention & Technology มาประยุกต์ใช้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันศึกษาแนวคิด กลยุทธ์ และเครื่องมือเกี่ยวกับการจัดการความรู้
 - การจัดการความรู้ขององค์กรต้องมุ่งเน้นที่ความรู้ที่บุคลากรต้องใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อการปรับปรุงกระบวนการ/ผลิตภัณฑ์/บริการ และใช้นวัตกรรมเพื่อเพิ่มคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการและองค์กร
 - ควรมีกกลไกการแบ่งปันความรู้ของบุคลากรและองค์กร เพื่อให้มั่นใจว่าจะรักษาการทำงานที่ให้ผลการดำเนินการที่ดีอย่างต่อเนื่อง
 - องค์กรควรกำหนดว่าความรู้ใดสำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงาน (critical knowledge) และทำให้มีกระบวนการแบ่งปันสารสนเทศนี้อย่างเป็นระบบโดยเฉพาะอย่างยิ่งสารสนเทศที่เป็นความรู้ส่วนบุคคลที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคลากร (implicit knowledge)
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จ รวมทั้งแหล่งที่มาของความรู้ดังกล่าว (ครอบคลุมทั้ง explicit knowledge และ tacit knowledge)
- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีโครงสร้างพื้นฐานในการจัดการความรู้ และสร้างระบบแรงจูงใจที่เหมาะสม
- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีการจัดการความรู้ในด้านต่อไปนี้
 - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากร เช่น การจัดตั้ง Community of Practice ในหัวข้อที่บุคลากรสนใจร่วมกัน, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลยุทธ์การนำ Scientific Evidence ไปสู่การปฏิบัติ, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การแก้ปัญหาที่หน้างานซึ่งไม่มีในตำราหรือคู่มือ, การเก็บเกี่ยวความรู้จากผู้อาวุโสหรือผู้ที่จะออกจากที่ทำงาน, การพัฒนาจิตตปัญญาของบุคลากรผ่านสุนทรียสนทนา เป็นต้น
 - การเรียนรู้จากผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และองค์กรภายนอก เช่น การเชิญผู้ป่วยมาร่วมให้ข้อคิดเห็นและนำเสนอความต้องการเพื่อปรับปรุงบริการเฉพาะเรื่อง,

การทำ Benchmark กับองค์กรภายนอกที่ทำได้ดี, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลภายนอกในเวทีต่างๆ เป็นต้น

- การผสมผสานและหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ใหม่ที่จะสร้างรายได้เปรียบให้องค์กร อาจเป็นการประมวลผลความคิดเห็นหรือเกี่ยวข้องกับการจัดการชุดข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) และประเภทของสารสนเทศที่หลากหลาย (เช่น ตัวเลข วิดีทัศน์ ข้อความ เป็นต้น) รวมถึงการใช้ Data Science & Data Analytics ที่ซับซ้อน
 - การรวบรวมและนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการสร้างนวัตกรรมและวางแผนกลยุทธ์ อาจจะเป็นความรู้จากการติดตามประเมินผลงานภายในองค์กร หรือความรู้จากภายนอก
 - การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการดูแลรักษา มาประยุกต์ใช้ เช่น การใช้ Gap Analysis วิเคราะห์โอกาสพัฒนา, การใช้แนวคิด Human Factors Engineering เพื่อออกแบบระบบงานให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ง่าย, การตามรอยการปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยเน้นความครอบคลุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญให้มากที่สุด และเชื่อมโยงกับการวัดผลทางด้านคลินิก เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินประสิทธิภาพของการจัดการความรู้ และนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบการจัดการความรู้

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● การจัดการเพื่อให้บุคลากรมีความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติหน้าที่ | <ul style="list-style-type: none"> ● ระดับการจัดกิจกรรมการจัดการเรียนรู้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และผลการประเมินประสิทธิภาพของการจัดการความรู้ |

(2) องค์กรแลกเปลี่ยนวิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่ดี (good practice) ขององค์กร. ดังนี้:

- (i) ระบุหน่วยงานหรือหน่วยปฏิบัติการที่มีผลงานดี;
- (ii) ระบุวิธีหรือแนวทางการปฏิบัติที่ดีเพื่อการแลกเปลี่ยน;
- (iii) นำวิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่ดีไปปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำในระดับต่างๆ และทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันดำเนินการต่อไปนี้
 - การระบุหน่วยงานที่มีผลงานดีและแนวทางการปฏิบัติที่ดี (good practice หรือ best practice)

- การกำหนดหลักเกณฑ์ว่าอะไรคือผลงานที่ดี (เช่น ตัววัดผลของหน่วยงาน เป็นต้น) และแนวทางการปฏิบัติที่ดี
 - การจัดทำบัญชีรายการกิจกรรมพัฒนาในลักษณะต่างๆ ซึ่งอาจประมวลผลย้อนหลังไป 3-5 ปี
 - การระบุหน่วยงานที่มีผลงานดี (จากตัววัดผลของหน่วยงาน เปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่น)
 - การระบุแนวทางปฏิบัติที่ดี (จากผลงานตัววัดของหน่วยงาน หรือจากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ)
 - การจัดทำสรุปย่อแนวทางปฏิบัติที่ดีเพื่อประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- การแลกเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติที่ดี ผ่านเวทีและช่องทางการสื่อสารต่างๆ
 - การขยายผลการปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร โดยผู้นำมีบทบาทอย่าง

Proactive

- คัดเลือกแนวทางปฏิบัติที่ดีที่ต้องการส่งเสริมให้มีการขยายผล
- มอบหมายตัวแทนของผู้นำเป็นผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อน
- เริ่มขยายผลจำนวนน้อย (เช่น สามหน่วยงาน เป็นต้น) ไปยังหน่วยงานที่สมัครใจ และประมวลบทเรียนว่าจะต้องมีการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติอย่างไร
- พิจารณาขยายผลสู่ส่วนอื่นๆ จนครอบคลุมทั้งองค์กร (ตามความเหมาะสม)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● วิธีการและตัวอย่างการขยายผลการนำแนวทางปฏิบัติที่ดีไปใช้ในส่วนอื่นๆ ขององค์กร | <ul style="list-style-type: none"> ● ประสิทธิภาพในการจัดสรรและขยายผลแนวทางปฏิบัติที่ดี |

(3) องค์กรใช้ความรู้และทรัพยากรขององค์กร ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทุกระดับทำความเข้าใจแนวคิดการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร ซึ่งหมายความว่า การเรียนรู้ควรเป็น
 - ส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวันที่ทำจนเป็นกิจวัตร
 - สิ่งส่งผลต่อการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุโดยตรง

- การเน้นการสร้างองค์ความรู้และแบ่งปันความรู้ทั่วทั้งองค์กร
- สิ่งที่เกิดจากการมองเห็นโอกาสในการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญและมีความหมาย รวมทั้งการสร้างนวัตกรรม
- ผู้นำทุกระดับขับเคลื่อนการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าในวิถีการปฏิบัติงานประจำวัน
 - บูรณาการการจัดการความรู้กับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เช่น การใช้ Peer Assist และ AAR ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ, การเรียนรู้จากการประเมินผลโครงการ, ใช้เป้าหมายขององค์กรและหน่วยงานเป็นตัวกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพและการจัดการความรู้
 - ส่งเสริมการสังเกต การตั้งคำถาม การหาข้อมูลมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การนำความรู้ใหม่ไปสู่การปฏิบัติ และปรับปรุงคู่มือการปฏิบัติงานตามความเหมาะสม
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมการเรียนรู้ระดับองค์กร (organizational learning)
 - การเรียนรู้ระดับองค์กร อาจเกิดจากวิธีการต่างๆ ต่อไปนี้
 - การใช้ข้อมูลและความคิดจากบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - การปรับปรุงแนวทางที่มีอยู่แล้วอย่างต่อเนื่อง
 - การแบ่งปันวิธีการปฏิบัติที่ดี
 - การเทียบเคียง
 - การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ / การสร้างนวัตกรรม
 - การวิจัยและพัฒนา
 - การเรียนรู้ระดับองค์กร ส่งผลดังนี้
 - การเพิ่มคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงาน ผ่านบริการ/ผลิตภัณฑ์ใหม่ หรือที่ปรับปรุง
 - การสร้างโอกาสใหม่ๆ หรือรูปแบบใหม่ๆ ทางธุรกิจ รวมทั้งกระบวนการใหม่ๆ
 - การลดความผิดพลาด ของเสีย ความสูญเสียน และต้นทุนที่เกี่ยวข้อง
 - การเพิ่มผลผลิตภาพและประสิทธิผลในการใช้ทรัพยากรทั้งหมดขององค์กร
 - ความคล่องตัวในการจัดการการเปลี่ยนแปลงและภาวะชะงักงัน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● วิธีการปลูกฝังการเรียนรู้ในการปฏิบัติงานประจำวัน ● วิธีการสร้างการเรียนรู้ระดับองค์กร | <ul style="list-style-type: none"> ● ผลกระทบของการเรียนรู้ระดับองค์กร |

SPA I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (Workforce Environment)

องค์กรบริหารขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อต่อ สวัสดิภาพ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร.

ก. ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร (Workforce Capability and Capacity)

(1) องค์กรจัดทำแผนบุคลากร:

- (i) กำหนดระดับอัตรากำลังและทักษะที่ต้องการเพื่อการจัดบริการและการปฏิบัติงานตามพันธกิจ โดยพิจารณาข้อเสนอแนะขององค์กรวิชาชีพ;
- (ii) แผนบุคลากรตอบสนองต่อแผนกลยุทธ์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจความหมายของคำที่ใช้ในมาตรฐานและสมมติฐานต่างๆ
 - **บุคลากร** หมายถึง บุคคลทุกคนปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จภายใต้การดูแลและควบคุมขององค์กร ได้แก่ บุคลากรประจำ พนักงานชั่วคราว พนักงานที่ทำงานไม่เต็มเวลา พนักงานตามสัญญาจ้าง ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ อาสาสมัคร รวมทั้งผู้นำและผู้บริหารทุกระดับ
 - **ขีดความสามารถของบุคลากร (workforce capability)** หมายถึง ความสามารถขององค์กรที่จะทำงานให้สำเร็จโดยอาศัย สมรรถนะ (ความรู้ ทักษะ ความสามารถ) โดยรวมของบุคลากร ซึ่งอาจจำแนกเป็น
 - สมรรถนะทั่วไป หรือ Core Competency เช่น การสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การสร้างนวัตกรรม การพัฒนากระบวนการทำงาน การตอบสนองการเปลี่ยนแปลง
 - สมรรถนะเฉพาะงาน หรือ Technical Competency หรือ Functional Competency
 - สมรรถนะด้านการจัดการ หรือ Managerial Competency
 - **ความเพียงพอของบุคลากร (workforce capacity)** หมายถึง การมีบุคลากรที่จำเป็นเพียงพอเพื่อบรรลุผลสำเร็จขององค์กร สามารถส่งมอบคุณค่าให้ผู้ป่วย/

- ผู้รับผลงานได้ตามแผน และตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปได้
- สมมติฐานหรือแนวทางที่ควรหลีกเลี่ยง
 - การเพิ่มจำนวนคนที่มีทักษะไม่เหมาะสม เพื่อชดเชยการขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะ
 - การจ้างคนจำนวนน้อยแต่ทักษะสูงกว่า สำหรับกระบวนการที่ต้องการคนจำนวนมากที่มีทักษะน้อยหรือทักษะที่แตกต่างกัน
- หลักที่ควรใช้พิจารณา
 - การมีจำนวนคนที่เหมาะสมและทักษะที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จ
 - การมองไปข้างหน้าเพื่อคาดการณ์ความจำเป็นด้านขีดความสามารถและอัตรากำลังในอนาคต จะทำให้องค์กรมีเวลาเพียงพอสำหรับการฝึกอบรม การว่าจ้าง การปรับเปลี่ยนตำแหน่งของบุคลากร และการเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงระบบงาน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนบริหารทรัพยากรบุคคล โดยเชื่อมกับ I-2.2ก(4)
 - แผนบริหารทรัพยากรบุคคลประกอบด้วยข้อกำหนดขีดความสามารถ (ความรู้ ทักษะ ความสามารถ) และระดับบุคลากรที่ต้องการในแต่ละส่วนงาน โดยพิจารณา
 - ข้อกำหนดขององค์กรวิชาชีพ กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
 - ความต้องการบุคลากรตามพันธกิจ ลักษณะผู้ป่วย ภาระงาน และปัญหาการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน
 - ความต้องการบุคลากรในอนาคต รวมทั้งความต้องการตามแผนกลยุทธ์ และการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี
 - กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง (ตามความรู้ความสามารถและข้อกำหนดในกฎหมาย) และนำไปใช้ในการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ
 - วางแผนดำเนินการเพื่อให้ได้บุคลากรที่มีขีดความสามารถและจำนวนตามความต้องการ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดทำกำหนดคำบรรยายลักษณะงานหรือใบกำหนดหน้าที่งาน (job description) ของบุคลากร (ทั้งบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัคร) ระบุหน้าที่รับผิดชอบ ขอบเขตการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงานที่คาดหวัง และสมรรถนะที่ต้องมี

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ผลการประเมินขีดความสามารถและระดับบุคลากร และการตอบสนองที่เกิดขึ้น | <ul style="list-style-type: none"> ความเหมาะสมของแผนบุคลากร (สอดคล้องกับกลยุทธ์ ความจำเป็นในปัจจุบันและอนาคต ข้อกำหนดขององค์กรวิชาชีพ) |

(2) องค์กรมีวิธีการที่มีประสิทธิผล ในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และดูแลบุคลากรใหม่:

- (i) การรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพในด้านต่าง ๆ เช่น ใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์;
- (ii) การจัดให้บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ ได้รับการปฐมนิเทศอย่างเป็นทางการ ได้รับการฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารบุคลากรทำความเข้าใจเป้าหมายหรือ Requirement ของกระบวนการบริหารบุคลากร (การสรรหา ตรวจสอบ/ประเมินคุณสมบัติ ว่าจ้าง บรรจุ เก็บบันทึกประวัติ และรักษาบุคลากร)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนแนวทางปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน
 - การประเมินคุณสมบัติ (evaluation of credentials)
 - มีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการรวบรวมหลักฐานคุณสมบัติ ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพแต่ละคน
 - มีการสอบทานสารสนเทศดังกล่าวจากแหล่งข้อมูลต้นกำเนิดด้วยวิธีการซึ่งเป็นที่ยอมรับ
 - มีกระบวนการที่ทำให้มั่นใจว่าบุคลากรอื่นๆ ซึ่งติดตามแพทย์อิสระ มาให้บริการแก่ผู้ป่วยและมีได้เป็นบุคลากรขององค์กร เป็นผู้ที่มีหลักฐานคุณสมบัติเหมาะสมตามข้อกำหนดขององค์กร
 - มีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการระบุหน้าที่รับผิดชอบและจัดมอบหมายงานทางคลินิก บนพื้นฐานของคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
 - มีการจัดทำและเก็บรักษาแฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรแต่ละคน ตามรูปแบบมาตรฐานและมีความเป็นปัจจุบัน
 - มีการทบทวนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และขอบเขตการปฏิบัติงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำ อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 3 ปี

- การปฐมนิเทศและดูแลบุคลากรใหม่
 - มีความร่วมมือในการกำหนดเนื้อหาสำคัญสำหรับการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ ทั้งในภาพรวมและเนื้อหาเฉพาะของหน่วยงาน
 - บุคลากรใหม่ได้รับการปฐมนิเทศตามเนื้อหาที่กำหนด เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กร ค่านิยม วัฒนธรรม ความคาดหวัง และสิ่งที่ควรรู้
 - บุคลากรใหม่ด้านคลินิก ได้รับการปฐมนิเทศ เรียนรู้และฝึกอบรม เพื่อให้มั่นใจว่ามีความรู้ทักษะ และประสบการณ์ ในเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน เหมาะสมกับหน้าที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการที่มีความเสี่ยงสูงหรือการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง มีระบบพี่เลี้ยง/กำกับดูแล/ให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม
 - บุคลากรใหม่นอกสายงานด้านคลินิก ได้รับการปฐมนิเทศ เรียนรู้และฝึกอบรม เพื่อให้มั่นใจว่ามีความรู้และทักษะเหมาะสมกับหน้าที่รับผิดชอบ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนว่ากระบวนการที่ใช้อยู่นั้นบรรลุผลตามเป้าหมายหรือข้อกำหนดของแต่ละกระบวนการเพียงใด
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องปรับปรุงกระบวนการบริหารบุคลากร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|---|
| ● จุดเน้นของการปฐมนิเทศและดูแลบุคลากรใหม่และวิธีการได้มาซึ่งจุดเน้นดังกล่าว | ● ประสิทธิภาพของการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และดูแลบุคลากรใหม่ |

(3) องค์กรเตรียมบุคลากรให้พร้อมต่อความต้องการขององค์กรที่กำลังเปลี่ยนแปลง เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการลดบุคลากรและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากบุคลากรไม่เพียงพอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - การเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและอัตรากำลัง เช่น ปริมาณผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น แบบแผนการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลง เทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง ทิศทางนโยบายขององค์กรเกี่ยวกับการขยายหรือลดบริการ เป็นต้น
 - โอกาสที่จะประสบปัญหา เช่น การลดลงของบุคลากร ผลกระทบจากบุคลากรที่ไม่เพียงพอ (ทั้งด้านขีดความสามารถและอัตรากำลัง) ผลกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาแนวทางการรับมือกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงและการป้องกันปัญหาข้างต้น (ทั้งระยะสั้นและระยะยาว) เพื่อเป็นหลักประกันว่าองค์กรและหน่วยงานจะทำหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย
 - การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความก้าวหน้าในสายงาน
 - การป้องกันการลดจำนวนบุคลากร
 - การลดผลกระทบในกรณีจำเป็นต้องลดจำนวนบุคลากร
 - การเตรียมการและบริหารในช่วงที่มีการเพิ่มจำนวนบุคลากร
 - การเตรียมบุคลากรสำหรับการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างองค์กรและระบบงาน เช่น การฝึกอบรม การศึกษา เพื่อให้มีทักษะและความสามารถใหม่ๆ การโอนย้ายหรือว่าจ้างบุคลากรในตำแหน่งหน้าที่ใหม่ เป็นต้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|---|
| ● ผลการวิเคราะห์โอกาสเกิดปัญหาและการตอบสนอง | ● ความพร้อมและความสามารถในการรับมือการเปลี่ยนแปลง |

(4) องค์กรจัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ สนับสนุนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น รวมทั้ง ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร:

- กำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพและและผู้ปฏิบัติงานอื่น;
- มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถ และข้อกำหนดในกฎหมาย;
- กลไกการทำงานและแนวทางสนับสนุน การประสานงานภายใน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการประสานงานกับบริการภายนอกที่เกี่ยวข้อง;
- มีการกำกับดูแล สนับสนุน และให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม;
- ทบทวนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และสิทธิการดูแลรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 3 ปี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาเป้าหมายของการจัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากร ซึ่งประกอบด้วย การบรรลุผลสำเร็จขององค์กร การใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร และการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วย (และอาจรวมการตอบสนองต่อความท้าทาย, การใช้ Core Values, การตอบสนองความเปลี่ยนแปลง)
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนว่าการจัดระบบและการบริหารใดบ้างที่หนุนเสริมให้บรรลุเป้าหมายข้างต้น (เช่น โครงสร้าง ทิศทาง แรงจูงใจ การสื่อสาร

การกำหนดเป้าหมาย การรายงานและติดตามผล การเรียนรู้ เป็นต้น) อะไรเป็นจุดแข็ง อะไรเป็นโอกาสพัฒนา

- เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
- เพื่อใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่จากสมรรถนะหลักขององค์กร (ขีดความสามารถสำคัญที่ทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจ) ควรพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - จะจัดระบบการทำงานอย่างไรเพื่อให้เกิดสมรรถนะหลักดังกล่าว
 - จะใช้ประโยชน์จากองค์ประกอบต่างๆ ของสมรรถนะหลักที่มีอยู่ (เช่น เทคโนโลยี การจัดการ สินทรัพย์ทางปัญญา พันธมิตร เป็นต้น) มาเอื้อต่อการทำงานได้อย่างไร
- เพื่อสนับสนุนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วย ควรพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - การทำงานร่วมกันโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เช่น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน
 - การประสานงานภายในและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ใช้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการทำงาน โดยมีการบันทึกที่เอื้อต่อการสื่อสารระหว่างสมาชิก
 - การประสานงานกับบริการภายนอกที่เกี่ยวข้อง
 - ระบบการรายงาน การขอคำปรึกษา
 - การวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกันภายในทีม และระหว่างสาขา/วิชาชีพ
 - การทบทวนและเรียนรู้ร่วมกัน
 - การส่งเสริมให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วย การสนับสนุนให้หน่วยงานสนับสนุนรับรู้คุณค่างานของตนที่มีต่อผู้ป่วย
 - การจัดระบบที่คล่องตัวในการทำงาน เช่น การใช้ Cell Concept หรือ One Stop Service, การพัฒนากระบวนการทำงานให้ Lean และไร้รอยต่อ, การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นต้น
 - การมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันมองภาพรวมของการให้บริการ การติดตามผลการดูแลผู้ป่วยและขับเคลื่อนการพัฒนา
- การปฏิบัติตามข้อกำหนดและการจัดทำข้อกำหนด
 - การกำหนดบทบาทหน้าที่ ขอบเขตการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานอื่น
 - การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถและข้อกำหนดในกฎหมาย
 - การทบทวนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และสิทธิการดูแลรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 3 ปี

- การจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ มาตรการที่ใช้ร่วมกัน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการพัฒนาการบริหารและจัดระบบบุคลากรตามโอกาสพัฒนาที่พบ มีการกำกับดูแล สนับสนุน และให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| ● Good Practice ในการจัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากร | ● การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพยายามในการจัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากร กับผลสำเร็จขององค์กรและการดูแลผู้ป่วย |

ข. การสนับสนุนการทำงานและสวัสดิภาพของบุคลากร (Workforce Work Support and Security)

(1) องค์กรสร้างความมั่นใจในการปรับปรุงและสนับสนุนเพื่อให้บุคลากรเข้าถึงสิ่งจำเป็นในการทำงานได้อย่างสะดวกและตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดและสำรวจว่าสิ่งจำเป็นในการทำงานสำหรับบุคลากรมีอะไรบ้าง
 - ความสะดวกในการเข้าถึงสถานที่ทำงานที่จะช่วยเพิ่มผลผลิตในการทำงานสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดและบุคลากรทั่วไป ทั้งในด้านกายภาพ เทคโนโลยี และทัศนคติ
 - เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการทำงาน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานของบุคลากรตามโอกาสพัฒนาที่พบ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|--|
| ● การปรับปรุงให้บุคลากรเข้าถึงสิ่งจำเป็นในการทำงาน | ● ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการเข้าถึงสถานที่และสิ่งจำเป็นในการทำงาน |

(2) องค์กรทำให้มั่นใจว่าสถานที่ทำงานมีสวัสดิภาพสำหรับบุคลากร มีการประเมินความปลอดภัยของสถานที่ทำงาน มีมาตรการปกป้องคนทำงานจากความรุนแรง การกลั่นแกล้ง การคุกคาม และการล่วงละเมิด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาความต้องการด้านสวัสดิภาพ (security) ในสถานที่ทำงานสำหรับบุคลากร
 - สวัสดิภาพ หมายถึงมีความมั่นคงปลอดภัย ปราศจากภัยอันตราย การบาดเจ็บ การเสียชีวิต การถูกทำร้าย การสูญเสียทรัพย์สินของมีค่าหรือเสียเวลาไป รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่อย่างสุขกาย สุขใจ มีความมั่นใจในการประกอบกิจกรรมต่างๆ มีการเตรียมการป้องกันภัยในสถานที่ทำงานล่วงหน้า
 - การทำให้มั่นใจว่าสถานที่ทำงานมีสวัสดิภาพควรครอบคลุมถึง
 - สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ระบบการเตือนภัย
 - การเตรียมป้องกันภัยล่วงหน้าอย่างเหมาะสม และการรับมือเมื่อเกิดภัยอันตราย
 - การปกป้องคนทำงานจากความรุนแรง การกลั่นแกล้ง การคุกคาม และการล่วงละเมิด
- ผู้นำระดับสูงมอบให้ผู้เกี่ยวข้องประเมินและปรับปรุงความปลอดภัยของสถานที่ทำงานอย่างสม่ำเสมอ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--------------------------------------|---|
| ● การปรับปรุงด้านสวัสดิภาพในที่ทำงาน | ● จำนวนและแนวโน้มของอุบัติการณ์เกี่ยวกับสวัสดิภาพของบุคลากร |

(3) องค์กรกำหนดจำนวนชั่วโมงการทำงานโดยคำนึงถึงสุขภาพ ความเครียด และประสิทธิภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบให้ผู้เกี่ยวข้องพิจารณาชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม เพื่อให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่มีผลเสียต่อสุขภาพ โดยพิจารณาข้อมูลต่างๆ อย่างสมดุล
 - ภาระงานและจำนวนบุคลากรที่มีอยู่

- มาตรฐานจำนวนชั่วโมงทำงานที่ควรจะเป็น
- ทางเลือกในการจัดระบบการทำงาน เช่น การชอยช่วงเวลาดำเนินงานให้สั้นลง การจัดระบบที่ยืดหยุ่นเกี่ยวกับช่วงเวลาทำงาน การหมุนเวียนบุคลากรจากหน่วยงานอื่นมาช่วยงาน การจัดหาบุคลากรเสริมจากภายนอก เป็นต้น
- ผู้เกี่ยวข้องสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับภาระงาน ชั่วโมงทำงานและผลกระทบต่อสุขภาพของบุคลากรเป็นระยะ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงการจัดระบบการทำงาน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---------------------------------------|---|
| ● การปรับปรุงเกี่ยวกับชั่วโมงการทำงาน | ● ความพึงพอใจและผลกระทบต่อสุขภาพของบุคลากร เนื่องจากการจัดชั่วโมงการทำงาน |

ค. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (Workforce Health and Safety)

- (1) องค์กรจัดให้มีโปรแกรมเพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร โดยมีการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องทั้งในภาวะปกติและในสถานการณ์ภัยพิบัติ/ภาวะฉุกเฉิน (ดู I-6.2 ค ร่วมด้วย):
- (i) มีการป้องกันการติดเชื้อจากการทำงาน โดยเฉพาะ วัณโรค โรคติดต่อทางเดินหายใจ หรือ โรคอุบัติใหม่ ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และ เอชไอวี;
 - (ii) มีการป้องกันอันตรายจากเข็มและของมีคม รวมทั้งการสัมผัสเลือด สารคัดหลั่งที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ;
 - (iii) มีการป้องกันอันตรายจากสารเคมี เช่น สารเคมีในห้องปฏิบัติการ, ยาผสม และยาเคมีบำบัด;
 - (iv) มีการป้องกันอันตรายจากปัจจัยกายภาพอื่นๆ เช่น ความร้อน แสง เสียง รังสี;
 - (v) มีการป้องกันอันตรายจากปัจจัยด้านการยศาสตร์;
 - (vi) มีอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) ที่เหมาะสมเพียงพอ;
 - (vii) มีการให้วัคซีน ยา หรือหัตถการที่เหมาะสมแก่บุคลากรเพื่อการป้องกันโรค.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องต้องศึกษาและทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาชีพอนามัยและความปลอดภัยของบุคลากรสุขภาพ
 - การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ
 - จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข CDC
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องต้องศึกษาเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากร (personel safety-SIMPLE)
 - S: Security and Privacy of Information and Social Media
 - I: Infection & Exposure
 - M: Mental Health (mindfulness, second victim, burnout) & Mediation
 - P: Process of Work (physical, chemical, radiation, biochemical hazard)
 - L: Lane (ambulance) and Legal Issues
 - E: Environment and Working Conditions (& violence)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากรอย่างเป็นระบบ โดยพิจารณาให้สอดคล้องกับลักษณะงานของบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน วางแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันอันตราย การปฏิบัติเมื่อ Expose ต่อความเสี่ยง รวมทั้งการให้ความรู้ การจัดระบบรายงานและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อให้สามารถประเมินการปฏิบัติตามแนวทางและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ โดยครอบคลุม
 - ความเสี่ยงจากการทำงานที่พบบ่อย เช่น Sprains, Strains, Contusion, Cuts, Punctures เป็นต้น
 - ความเสี่ยงจากปัจจัยด้านการยศาสตร์ หรือความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
 - ความเสี่ยงจากการทำงานที่มีอันตรายสูง เช่น การติดเชื้อ สารเคมี (ยาเคมีบำบัด ยาดมสลบ สารเคมีในห้องปฏิบัติการ) ปัจจัยทางกายภาพ (รังสีความร้อน ไฟฟ้า เลเซอร์) และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น
 - ความเสี่ยงอื่นๆ เช่น ความเครียดจากการทำงาน ความรุนแรง ความก้าวร้าว การคุกคาม
 - อันตรายที่สามารถป้องกันได้ด้วยการให้วัคซีน ยา หัตถการ และการใช้อุปกรณ์ป้องกัน
 - จัดให้ได้รับวัคซีนป้องกันโรคสำหรับบุคลากรในสายงาน/หน่วยงานต่างๆ หรือทดสอบการมีภูมิคุ้มกันโรคตามความเหมาะสม และบันทึกประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรคในประวัติสุขภาพ โดยวัคซีนที่ควรพิจารณา ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีสำหรับผู้ที่มี

โอกาสสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งสูง, วัคซีนป้องกันโรคอื่นๆ เช่น Influenza, MMR, Varicella, DPT, Meningococcal Vaccine เป็นต้น

- การให้วัคซีนและยาเพื่อการป้องกันโรค เช่น Post-exposure prophylaxis สำหรับ HIV, HVB, rabies
 - การจัดให้มีอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) ที่เหมาะสมเพียงพอ
 - การดูแลบุคลากรที่เป็น Second Victim
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ทั้งในส่วนของบุคลากร และผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของบุคลากร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ความเสี่ยงต่อสุขภาพสำคัญจำแนกตามบุคลากรกลุ่มต่างๆ มาตรการป้องกันที่สำคัญ ● แนวทางการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่บุคลากร และผลการดำเนินงาน ● ข้อมูลที่ใช้ติดตามประเมินผล และการตอบสนองที่เกิดขึ้น | <ul style="list-style-type: none"> ● ผลการปฏิบัติตาม Personnel Safety Goals และมาตรการป้องกันต่างๆ |

(2) บุคลากรทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพ.

(i) บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงานและมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน;

(ii) บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินสมรรถภาพการทำงาน และเพื่อประเมินการเจ็บป่วยหรือการติดเชื้อเนื่องจากการทำงาน ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนและปรับปรุงระบบการประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าทำงาน การจัดทำข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน และการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนความเหมาะสมของข้อมูลสุขภาพพื้นฐานของบุคลากร
 - การตรวจสุขภาพทั่วไปเมื่อแรกเริ่ม
 - ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน
 - ประวัติการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อซึ่งอาจจะทำให้เสี่ยงต่อการรับหรือแพร่กระจายโรคติดต่อ

- ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ
- พฤติกรรมสุขภาพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดระบบให้ข้อมูลสุขภาพของบุคลากรมีความเชื่อมต่อกับบันทึกสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และสามารถเข้าถึงได้ตามความเหมาะสม
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดระบบการตรวจสุขภาพประจำปี (หรือบ่อยกว่านั้น) เพื่อประเมินสมรรถภาพการทำงาน และเพื่อประเมินการเจ็บป่วยหรือการติดเชื้อเนื่องจากการทำงาน ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ ประมวลผลข้อมูล และตอบสนองอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|--|
| ● การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน | ● ผลการตรวจสุขภาพของบุคลากรและการตอบสนอง |

| |
|---|
| <p>(3) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน.</p> <p>(i) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม;</p> <p>(ii) องค์กรจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อ การจำกัดการปฏิบัติหน้าที่ และการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อ.</p> |
|---|

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย / บาดเจ็บ, ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ, การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อ / เจ็บป่วย / บาดเจ็บ, การจำกัดการปฏิบัติหน้าที่
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องซักซ้อมความเข้าใจ ตรวจสอบความพร้อม และตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วย / บาดเจ็บจากการทำงานและทบทวนมาตรการป้องกัน / การดูแล

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| ● การเจ็บป่วย/บาดเจ็บจากการทำงานที่สำคัญ มาตรการสำคัญในการป้องกันและดูแล | ● ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วย/บาดเจ็บจากการทำงาน และการตอบสนองที่เกิดขึ้น |

(4) องค์กรเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ.

- (i) องค์กรมีนโยบายและวิถีปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ;
- (ii) บุคลากรแต่ละคนมีพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ;
- (iii) บุคลากรมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพกาย ใจ สังคม ของตน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีระบบ สิ่งแวดล้อม กิจกรรม ที่เอื้อต่อการเป็นแบบอย่าง พฤติกรรมสุขภาพที่ดีและแบบอย่างวัฒนธรรมองค์กรในการสร้างเสริมสุขภาพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดเวทีให้บุคลากรร่วมกันพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - ข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
 - การละเว้นจากแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น
 - การเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การใช้รถใช้ถนน อาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย เป็นต้น
 - การใช้วิธีการที่หลากหลายในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ศิลปะ ดนตรี งานอดิเรก เป็นต้น
 - วิธีการส่งเสริมให้บุคลากรส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพ
- ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร และการเรียนรู้แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่บุคลากรเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งสำหรับตนเองและสำหรับผู้ป่วย โดยเน้นบทบาทความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพของตนเอง
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องออกแบบกระบวนการที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและปฏิบัติการดูแลสุขภาพสำหรับบุคลากรแต่ละกลุ่ม (ควรพิจารณาให้สอดคล้องกับประเด็นสำคัญในบุคลากรกลุ่มที่มีโรคประจำตัว กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และกลุ่มทั่วไป)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดให้มีระบบติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพของบุคลากร ทั้งในด้านพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ระบบ สิ่งแวดล้อม กิจกรรมที่โรงพยาบาลจัดขึ้น เพื่อส่งเสริมการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพ ● ข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี วิธีการส่งเสริมให้บุคลากรร่วมเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพ ● ประเด็นสำคัญในบุคลากรแต่ละกลุ่ม การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและปฏิบัติการ การดูแลสุขภาพตนเอง | <ul style="list-style-type: none"> ● ผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ในกิจกรรมต่างๆ และบุคลากรกลุ่มต่างๆ |

จ. ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร (Workforce Life and Well-being)

| |
|--|
| <p>(1) องค์กรส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) กระบวนการเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี เช่น การจัดการความเครียด (stress management) การป้องกันและจัดการภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome) การติดตามวัดระดับภาระงาน (workload monitoring) การจัดการความสมดุลชีวิตและการทำงาน (management of work-life balance) การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle) และแผนวิถีชีวิตสุขภาพดี (health lifestyle programmes) เป็นต้น; (ii) บุคลากรได้รับการดูแล สนับสนุนและคำแนะนำที่เหมาะสม. |
|--|

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีนโยบายส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร และมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ
 - การจัดการความเครียด
 - วิเคราะห์สถานการณ์ด้วยการใช้เครื่องมือในการประเมินความเครียดที่เหมาะสม เช่น แบบประเมินความเครียด (ST-5), Perceived Stree Scale (PSS)
 - จัดระบบให้คำแนะนำปรึกษาที่เหมาะสมให้ผู้ที่มีความเครียดมีทางออกที่หลากหลาย เช่น การค้นหาตัวกระตุ้น การปรับเปลี่ยนวิธีการมองสถานการณ์ การให้ลำดับความสำคัญ การกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ การฝึกใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การหลีกเลี่ยงความสุดโต่ง

- การป้องกันและจัดการภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome)
 - เสริมพลังให้บุคลากรรับรู้สัญญาณเตือนของภาวะหมดไฟ เช่น รู้สึกเหนื่อยๆ ตลอดเวลา ไม่มีแรงจูงใจในการทำงาน มองโลกในแง่ลบ มีความเครียดเรื้อรังรบกวนจนไม่มีสมาธิ มีความสุขน้อยลง
 - เสริมพลังให้บุคลากรประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะหมดไฟและตอบสนองอย่างเหมาะสม โดยอาจจะเริ่มตั้งแต่ภาวะที่ไม่พอใจกับงานที่ทำ (bore out) ภาวะพลังงานตกชั่วคราวที่เกิดขึ้นทันที (brown out) หรือภาวะหมดไฟ เหนื่อยล้า คิดลบกับงานที่ทำ (burn out)
 - ส่งเสริมให้เพื่อนร่วมงานและหัวหน้างานมีบทบาทในการรับรู้ภาวะหมดไฟของผู้ร่วมงานแต่เนิ่นๆ และให้ความช่วยเหลือ (recognize & reverse)
 - ผู้นำระดับสูงร่วมกันค้นหาวิธีการที่ผู้นำระดับต่างๆ จะมีส่วนในการลดภาวะเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน เช่น การสื่อสารที่เปิดกว้าง การนำโดยทำเป็นตัวอย่าง การเปิดรับเสียงสะท้อนจากบุคลากร การกำหนดเป้าหมายและส่งเสริมโอกาสก้าวหน้าในสายงาน
- การติดตามวัดระดับภาระงาน อาจใช้หลายวิธีร่วมกัน
 - Patient-based Approach เป็นการประเมินจากข้อมูลผู้ป่วย เช่น จำนวนผู้ป่วย ระดับความหนักของผู้ป่วยหรือเวลาที่ต้องใช้ในการดูแล
 - Operator-based Approach เป็นการประเมินจากความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงาน เช่น NASA Task Index เป็นต้น
- การจัดการความสมดุลชีวิตและการทำงาน โดยพิจารณาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ช่วงเวลาของชีวิตและสิ่งให้ความสำคัญ ธรรมชาติของงานที่รับผิดชอบ ลักษณะของงานที่ทำให้เกิดความสุข โอกาสของความกลมกลืนระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน ความพอใจกับบทบาทของตนเอง ความช่วยเหลือของเพื่อนร่วมงาน การวางแผนและจัดการกับความคาดหวัง เป็นต้น
- การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle) หรือ แผนวิถีชีวิตสุขภาพดี (health lifestyle programmes) มีเป้าหมายเพื่อสุขภาพที่ดี แข็งแรงและมีความสุข โดยให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 องค์ประกอบ คือ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การนอนหลับ ความสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน การทำงาน และการพักผ่อน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|---|
| ● แผนงานริเริ่มที่นำมาปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร | ● ผลการประเมินความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร |

- (2) องค์กรให้การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรอย่างเหมาะสมกับบุคลากรแต่ละกลุ่ม.
ด้วยมาตรการต่อไปนี้:
- (i) การประกาศนโยบาย;
 - (ii) การจัดบริการ;
 - (iii) การให้สิทธิประโยชน์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจว่าการเกื้อหนุนบุคลากร (workforce support) สามารถมีอะไรได้บ้าง
 - การจัดบริการ
 - สิ่งอำนวยความสะดวก
 - การให้คำปรึกษาทั้งในเรื่องส่วนตัวและอาชีพการงาน การพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพการงาน และการช่วยบุคลากรมีความพร้อมในการปฏิบัติงานในหน้าที่ใหม่
 - กิจกรรมสันทนาการหรืองานประเพณี
 - การยกย่องชมเชยทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ
 - การช่วยให้หางานใหม่เมื่อถูกเลิกจ้าง ผลประโยชน์เมื่อเกษียณอายุ
 - การให้สิทธิประโยชน์
 - ชั่วโมงการทำงานแบบยืดหยุ่น
 - การอนุญาตให้ลาหยุดกรณีพิเศษเพื่อรับผิดชอบครอบครัวและเพื่อบริการชุมชน
 - การให้การศึกษานอกเหนือจากงานในหน้าที่
 - การดูแลสุขภาพ
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องสำรวจความต้องการของบุคลากรแต่ละกลุ่มเกี่ยวกับนโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ ที่โรงพยาบาลสามารถสนับสนุนให้มีบรรยากาศในการทำงานที่ดี (อาจใช้วิธีการต่างๆ เช่น แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม เป็นต้น)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนสิ่งที่โรงพยาบาลจัดให้แก่บุคลากรว่ามีโอกาสปรับปรุงในส่วนใดได้อีก ออกแบบให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคลากรแต่ละกลุ่ม (ควรมีการทบทวนเป็นประจำทุกปี) และดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| ● นโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ ที่จัดให้แก่บุคลากร | ● ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการดูแล และเกื้อหนุนที่องค์กรจัดให้ |

SPA I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร (Workforce Engagement)

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อรักษาบุคคลไว้ และให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี.

ก. การประเมินความผูกพันของบุคลากร (Assessment of Workforce Engagement)

(1) องค์กรกำหนดปัจจัยที่ขับเคลื่อนให้เกิดความผูกพันของบุคลากร ในแต่ละกลุ่ม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น คณะกรรมการทรัพยากรบุคคล) ร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องความผูกพันของบุคลากร
 - ความผูกพันของบุคลากร หมายถึง
 - ระดับของมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล
 - การเพิ่มคุณค่าให้กับงานอย่างสอดคล้องกับพันธกิจและเป้าหมายขององค์กร ด้วยความเข้มข้นและมี passion สามารถปรากฏเห็นได้จากสีหน้า เจตคติในการทำงาน และการสื่อสารในที่ทำงาน
 - “การผูกใจบุคลากร” หรือทำให้เกิด “ร่วมด้วย ช่วยกัน”
 - การสร้างความผูกพัน ครอบคลุมการสร้างความสัมพันธ์ การสร้างความพึงพอใจ การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร การบริหารค่าตอบแทนและสร้างแรงจูงใจ การฝึกอบรม
 - บุคลากรที่มีความผูกพันกับองค์กร จะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร งานที่ได้รับมอบหมายเป็นงานที่มีคุณค่า สอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัว สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร มีแรงจูงใจในตนเองสูง มีความมั่นใจที่จะเสนอแนวคิดใหม่ๆ มีความรับผิดชอบต่อความสำเร็จของงาน
- ผู้นำระดับสูงกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนการจำแนกกลุ่มบุคลากร และความต้องการหรือลักษณะร่วมของบุคลากรในแต่ละกลุ่ม
- ผู้นำระดับสูงกับทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของบุคลากรแต่ละกลุ่มของโรงพยาบาล
 - พิจารณาปัจจัยที่มีผลด้านความผูกพันของบุคลากรต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย
 - ความรู้สึกที่ตนเองมีความสำคัญ
 - ได้ทำงานที่มีคุณค่า มีความหมาย ทำทาย

- โอกาสได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถ
 - ความก้าวหน้าในอาชีพการงาน ความมั่นคงในงาน
 - สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความไว้วางใจ ความร่วมมือ ความสัมพันธ์
ความเป็นธรรม
 - ระดับของการได้รับมอบอำนาจในการตัดสินใจ
 - การได้รับโอกาส การยกย่องชมเชย
- ทำความเข้าใจกับปัจจัยบั่นทอนความผูกพัน (factors Inhibiting engagement) ซึ่งได้จากการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากร การสอบถามกลุ่มตัวอย่าง การสำรวจความคิดเห็นจากบล็อก หรือการสัมภาษณ์บุคลากรที่ลาออก
 - นำปัจจัยที่วิเคราะห์ได้ไปประเมินสถานการณ์ในองค์กร (อาจจะใช้การสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ผู้ที่ลาออกหรือผู้ที่ยังคงทำงานอยู่) จำแนกความแตกต่างของปัจจัยดังกล่าวในแต่ละกลุ่ม (ถ้าเป็นไปได้) ดำเนินการปรับปรุงในจุดที่เป็นโอกาสพัฒนาที่สำคัญ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความผูกพันและความพึงพอใจ (ระบุความแตกต่างในแต่ละกลุ่ม ถ้ามี) | |

(2) องค์กรประเมินความผูกพัน และความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่ม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร โดยพิจารณาปัจจัยสำคัญที่วิเคราะห์ไว้ใน I-5.2ก(1)
 - ทีมงานที่เกี่ยวข้องพึงระมัดระวังในการแปลความหมายข้อมูลที่ได้รับ โดยแยกแยะให้ชัดเจนระหว่าง
 - ความพึงพอใจต่อปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน
 - ระดับความผูกพันของบุคลากร ซึ่งควรสะท้อนออกมาด้านความทุ่มเทในการทำงาน
 - ไม่ผูกพัน
 - ทำเพราะความกลัว
 - ทำเพราะหัวหน้าสั่ง

- ทำตามหน้าที่เต็มที่
 - รับมอบหมายงานที่ทำทนาย
 - สร้างสรรค์งานด้วยตนเองโดยไม่ถามว่าองค์กรให้อะไร
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องอาจใช้วิธีการประเมินความผูกพันที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการร่วมกัน
- การประเมินที่เป็นทางการ หมายถึง วิธีการประเมินที่มีการวางรูปแบบอย่างเป็นระบบ มีการสื่อสารวิธีการประเมิน/ผลการประเมิน และมีการนำผลการประเมินไปใช้ในวงกว้าง
 - การประเมินที่ไม่เป็นทางการ หมายถึง วิธีการประเมินในลักษณะกิจกรรมเสริมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา การสร้างความสัมพันธ์ หรือการค้นหาข้อมูลเบื้องต้น เพื่อนำไปสู่การวางแผนเชิงระบบ โดยการใช้ Focus Group หรือ Exit Interview

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|-----------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร |

(3) องค์กรนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ในการสร้างความผูกพันกับบุคลากรเพื่อให้บุคลากรมีแรงจูงใจที่จะสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาพิจารณาปรับปรุงปัจจัยที่ขับเคลื่อนให้เกิดความผูกพันของบุคลากรและมีแรงจูงใจที่จะสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดี
- หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ใช้เครื่องมือเพื่อสร้างความผูกพันกับบุคลากรในหน่วยงาน เช่น
 - แนวคิด Joy in Work ของ IHI ถามบุคลากรด้วยคำถาม “What matters to you?” นี้ถึงวันที่มีความสุขและประสบความสำเร็จในการทำงาน และหาปัจจัยที่ควรปรับปรุงร่วมกัน
 - แนวคิด One-on-One Meeting หัวหน้าพบปะพูดคุยกับบุคลากรในหน่วยงานทุกเดือนเพื่อสื่อสารความคาดหวัง รับทราบความก้าวหน้าในการพัฒนาตนเอง และปัญหาในการทำงาน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|-------------------------|
| ● การปรับปรุงปัจจัยขับเคลื่อนที่มีผลต่อความผูกพันและแรงจูงใจที่จะสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดี | ● ผลลัพธ์ของการปรับปรุง |

ข. วัฒนธรรมองค์กร (Organizational Culture)

- (1) องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร:
- มีการสื่อสารที่เปิดกว้าง;
 - มีการทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดี;
 - เอื้อต่อการนำวิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์กรไปใช้;
 - เสริมพลังบุคลากร;
 - เห็นคุณค่าและความหมายของคนและงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันทำความเข้าใจความหมายและแนวคิดต่อไปนี้
 - การทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดีหรือมีผลการปฏิบัติงานที่ดี (high performance) ประกอบด้วยลักษณะต่าง ๆ ได้แก่
 - การมีจุดเน้นที่สอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร
 - การมุ่งเน้นผู้ช่วยและผู้รับผลงาน และการตอบสนองต่อความต้องการของธุรกิจและตลาดที่เปลี่ยนแปลงไป
 - ความยืดหยุ่น การสร้างนวัตกรรม การเอื้ออำนาจในการตัดสินใจ การแบ่งปันความรู้และทักษะ การสื่อสารและการถ่ายทอดสารสนเทศที่ดี
 - บุคลากรที่ผูกพันกับองค์กรจะทำให้ผลการดำเนินการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญองค์กรประกอบสำคัญในการสร้างความผูกพันกับองค์กร ได้แก่
 - การทำงานที่มีคุณค่า รัชติศาสตร์ขององค์กรชัดเจน
 - มีสำนึกในภาระความรับผิดชอบต่อผลการดำเนินการ
 - มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย มีความไว้วางใจ เชื่อใจ มีประสิทธิผล และให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน

- ความสอดคล้องของงานกับค่านิยมของบุคลากรแต่ละคนทำให้มีแรงจูงใจและตระหนักในคุณค่าของงาน
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันวางแผนเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมที่ช่วยให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดีดังนี้
 - วัฒนธรรมการสื่อสารที่เปิดกว้าง
 - มีช่องทางสื่อสารข้อมูลสำคัญจากผู้นำให้บุคลากรรับรู้อย่างทั่วถึง
 - บุคลากรมีโอกาสซักถามในประเด็นข้อสงสัยและได้รับคำตอบ
 - บุคลากรมีโอกาสเสนอข้อคิดเห็นที่สร้างสรรค์ ความคิดเห็นที่แตกต่างและหลากหลาย
 - มีบรรยากาศของความไว้วางใจในการรายงานและให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์
 - มีบรรยากาศของความปลอดภัยในการเสนอความคิดเห็นในเวทีประชุมต่างๆ
 - มีการใช้เครือข่ายที่ไม่เป็นทางการในการสื่อสาร
 - วัฒนธรรมการทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดี
 - การมีจุดเน้นที่สอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร มีการถ่ายทอดเป้าหมายไปสู่ระดับและทีมงานต่างๆ โดยที่ทีมงานสามารถปรับเป้าหมายให้อยู่ในวิสัยที่เป็นไปได้ (catch ball technique หรือ hoshin planning) การส่งเสริมให้แต่ละคนมีเป้าหมายการทำงานที่วัดได้และความหมาย
 - การมุ่งเน้นคุณค่าที่ผู้ปวยและผู้รับผลงานจะได้รับ ด้วยการทำความเข้าใจความต้องการของผู้ปวยและผู้รับผลงานอย่างลึกซึ้งในทุกด้าน
 - ความร่วมมือ การสื่อสารและการแบ่งปันความรู้/ทักษะ ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพต่างสาขา ต่างหน่วยงาน และต่างสถานที่
 - วัฒนธรรมที่เอื้อต่อการนำวิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์กรไปใช้
 - ความชัดเจนในการแปลความหมายวิสัยทัศน์และค่านิยมให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน รวมทั้งการให้อิสระในการแปลความหมายแก่บุคลากร
 - ผู้นำส่งเสริมให้บุคลากรเชื่อมโยงการปฏิบัติงานประจำกับวิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์กร

- วัฒนธรรมการเสริมพลังบุคลากร
 - การให้อำนาจตัดสินใจ และความคิดริเริ่ม เช่น การกำหนดทรัพยากรที่บุคลากรสามารถตัดสินใจใช้เพื่อแก้ปัญหาหน้างานได้เอง ระบบข้อเสนอแนะ การมีแรงจูงใจให้เสนอแนะนำความคิดริเริ่มมาปฏิบัติ
 - ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากวัฒนธรรม และความคิดเห็นที่หลากหลายของบุคลากร เช่น ระบบข้อเสนอแนะ การสนทนากลุ่มในสมาชิกที่มีลักษณะหลากหลาย การนำวัฒนธรรมในท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ
- วัฒนธรรมการเห็นคุณค่าและความหมายของคนและงาน
 - บุคลากรได้รับการฝึกฝนให้เติบโตด้านในหรือรับรู้ชีวิตด้านใน (Inner life) เห็นคุณค่าของตัวเอง เพื่อนร่วมงาน และครอบครัวข้างรับรู้และเข้าใจว่าทุกคนมีความหมาย มีการทำงานด้วยความตระหนักในคุณค่าและความหมายของงานกับตัวเอง กับเพื่อนร่วมงาน กับองค์กร มีสำนึกร่วมกับชุมชน มีพลังศรัทธาในงานและชีวิต โดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อรับรู้ความรู้สึกของคนทำงานและสร้างเป้าหมายร่วมกัน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● การส่งเสริมและปรับปรุงวัฒนธรรมด้านต่าง ๆ ที่นำไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร | <ul style="list-style-type: none"> ● ผลลัพธ์ของการประเมินและปรับปรุงวัฒนธรรม |

ค. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร (Performance Management and Development)

- (1) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน (performance management system) ของบุคลากร เพื่อสร้างผลงานที่ดี พัฒนาความรู้ความสามารถให้เหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย และนำไปปฏิบัติให้สำเร็จผล:
- (i) การสื่อสารความคาดหวังและช่วยเหลือให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดีอย่างสม่ำเสมอ;
 - (ii) การประเมินผลการปฏิบัติงานและสมรรถนะที่สัมพันธ์กับภาระงานเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง;
 - (iii) การบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชยหรือการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร;
 - (iv) มีแนวทางที่ชัดเจนสำหรับการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพกับกลุ่มบุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานต่ำกว่าเกณฑ์.

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 เป็นต้น
 - การประเมินผลระบบ PMS ที่ชัดเจน เริ่มจากการประเมิน Compliance ไปสู่การประเมินคุณภาพและสัมฤทธิ์ผล
- การนำ PMS ไปสู่การปฏิบัติ
 - ผู้นำระดับสูงร่วมกันกำหนด Strategic Priorities ที่จะใช้ในการประเมินผลงาน และเป้าหมายที่สามารถวัดได้ (เริ่มด้วยสิ่งที่มีความหมายสำหรับทุกคน และสามารถวัดได้ไม่ยาก จำนวนน้อยที่สุด)
 - ผู้นำระดับสูงทดลองใช้ PMS กับผู้นำระดับกลาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นคุณค่าของระบบ
 - ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้พัฒนาทักษะของหัวหน้าหน่วยงานและบุคลากรในการที่จะนำ PMS ไปใช้ให้เกิดประโยชน์
 - ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ นำ PMS ไปสู่การปฏิบัติ โดยเน้นความสำคัญของการสื่อสารระหว่างหัวหน้าหน่วยงานกับบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ การประเมินสมรรถนะและผลการปฏิบัติงานที่สัมพันธ์กับหน้าที่รับผิดชอบและภาระงาน
 - ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันสร้างความเชื่อมโยงระบบ PMS กับกระบวนการที่เกี่ยวข้องและระบบอื่นๆ ตามความเหมาะสม เช่น การบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย การสร้างแรงจูงใจ เป็นต้น
 - ผู้นำระดับสูงกำหนดแนวทางที่ชัดเจนสำหรับกลุ่มบุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานต่ำกว่าเกณฑ์ และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ
- การประเมินและปรับปรุงระบบ PMS
 - มีการประเมินผลระบบ PMS เป็นประจำทุกปี เริ่มจากการประเมิน compliance (การปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบไว้) ไปสู่การประเมินคุณภาพและสัมฤทธิ์ผล
 - สำหรับโรงพยาบาลภาครัฐ ควรวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของระบบประเมินผลงานบุคลากรที่ใช้อยู่ ชำรงในส่วนที่เป็นจุดแข็ง และพัฒนาระบบเพื่อแก้ไขจุดอ่อนตามข้อเสนอแนะในส่วนนี้ อาจจะต้องดำเนินการทดลองในขอบเขตที่เหมาะสมก่อน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Strategic Priorities ที่นำมาใช้ในการประเมินผลงานบุคลากรในระบบ PMS ● ความเชื่อมโยงระหว่างระบบ PMS กับระบบที่เกี่ยวข้องอื่นๆ | <ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประเมินระบบ PMS (รวมถึงความครอบคลุมในการนำ PMS ไปใช้ ความถี่ในการพูดคุยเรื่องผลการดำเนินงานระหว่างหัวหน้างานกับบุคลากรแต่ละคน ผลของการปรับปรุงระบบ PMS ต่อความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง) |

(2) ระบบการเรียนรู้และพัฒนา สนับสนุนความต้องการขององค์กรและการพัฒนาตนเองของบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ อาสาสมัคร ผู้บริหาร และผู้นำ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้:

- (i) สมรรถนะหลักขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การบรรลุผลสำเร็จของแผนปฏิบัติการ;
- (ii) การปรับปรุงผลการดำเนินการ/การพัฒนาคุณภาพขององค์กร ความปลอดภัยของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงขององค์กร และนวัตกรรม;
- (iii) จริยธรรมในการให้บริการสุขภาพ จริยธรรมวิชาชีพ และจริยธรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจองค์กร;
- (iv) การทบทวนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ ให้เป็นไปตามข้อกำหนดเพื่อการต่ออายุใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ
- (v) การดูแลที่ยึดมิติคนเป็นศูนย์กลาง มิติทางสังคมและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย รับรู้คุณค่าและความหมายของงานที่ทำ และมีการเติบโตจากภายใน;
- (vi) การสร้างเสริมสุขภาพ;
- (vii) การใช้ความรู้และทักษะใหม่ในการปฏิบัติงาน และพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานเพิ่มเติมตามผลการประเมินการปฏิบัติงาน;
- (viii) ความจำเป็นและความต้องการในการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ และสิ่งที่หัวหน้างานและผู้บริหารระบุ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณากำหนดสมดุลงของการพัฒนาบุคลากร ดังตัวอย่างในแนวมุมต่อไปนี้
 - สมดุลระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเองกับการเรียนรู้ตามหลักสูตรที่มีการจัดอบรม

- สมดุลระหว่างการเรียนรู้ที่เป็นทางการกับที่ไม่เป็นทางการ
- สมดุลระหว่างการฝึกอบรมภายในองค์กรกับการฝึกอบรมภายนอกองค์กร
- สมดุลระหว่างการเรียนรู้ความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับการเรียนรู้ความรู้ที่ชัดเจน (explicit knowledge)
- สมดุลระหว่างการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ กับการเรียนรู้ทางทฤษฎี
- สมดุลระหว่างบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับบุคคล หน่วยงาน และโรงพยาบาล
- สมดุลระหว่างความต้องการการเรียนรู้ของบุคลากรกับวัตถุประสงค์ขององค์กร
- สมดุลระหว่างการพัฒนาความรู้เพื่อการทำงานกับการพัฒนาจิตปัญญา
- สมดุลระหว่างการพัฒนา Technical Skill กับ Non-technical Skill (เช่น การสื่อสาร การตัดสินใจ การทำงานเป็นทีม การแก้ปัญหา การแปลความหมายและใช้ข้อมูล คอมพิวเตอร์ เป็นต้น)
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องกำหนดองค์ประกอบของระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนด Learning Need, การออกแบบวิธีการพัฒนาบุคลากรที่หลากหลาย, การดำเนินการฝึกอบรมและสร้างโอกาสการเรียนรู้, การหนุนเสริมให้นำความรู้และทักษะใหม่ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน, การประเมินประสิทธิผลของระบบ, การปรับปรุงระบบ,
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องรวบรวมข้อมูลเพื่อกำหนด Learning Need ในระดับองค์กรและระดับหน่วยงาน ดังต่อไปนี้
 - พิจารณาสมรรถนะหลัก (core competency) ขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การบรรลุผลสำเร็จของแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
 - พิจารณาประเด็นเรื่องการปรับปรุงผลการดำเนินการ / การพัฒนาคุณภาพขององค์กร ความปลอดภัยของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงขององค์กร การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี และนวัตกรรม
 - พิจารณาประเด็นเรื่องจริยธรรมในการให้บริการสุขภาพ จริยธรรมวิชาชีพ และจริยธรรมในการประกอบกิจการหรือจริยธรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจขององค์กร
 - พิจารณาประเด็นเรื่องการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ซึ่งขยายความไปสู่การดูแลที่ยึดมิติคนเป็นศูนย์กลาง การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพ ความปลอดภัย (รวมทั้งการใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลความเสี่ยง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนทางคลินิก การตามรอยทางคลินิก)
 - การดูแลที่ยึดมิติคนเป็นศูนย์กลาง (people centred care) หมายถึง การดูแลที่คำนึงถึงปัจจัย ความสำคัญ ความต้องการ และข้อจำกัด

ของแต่ละคนเป็นหลักในการดูแล เช่น การมุ่งเน้นบูรณาการ การดูแลผู้ป่วย สิทธิผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ การจัดการข้อร้องเรียน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร การให้ข้อมูลและ ลงนามยินยอมรับการดูแลรักษา ความเชื่อทางวัฒนธรรม และความ ต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ แต่ละกลุ่ม

- พิจารณาประเด็นเรื่อง Non-technical Skill ความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) และการพัฒนาจิตตปัญญา / การใช้มิติด้านสังคมและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการรับรู้คุณค่าและความหมายของงานที่ทำ และการเติบโตจากภายใน
- พิจารณา Learning Needs ที่เป็นความต้องการของบุคลากร ร่วมกับที่หัวหน้างาน ผู้บริหาร และผู้นำระดับสูงระบอบอย่างสมดุล เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร และเติมเต็มส่วนขาดที่พบจากการประเมินผลการปฏิบัติงาน
- พิจารณาข้อกำหนดเรื่องการต่ออายุใบประกอบวิชาชีพ
- การพัฒนาและเรียนรู้สำหรับผู้นำ ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้เพิ่มเติม
 - พิจารณาประเด็นการพัฒนาคุณสมบัติการเป็นผู้นำเฉพาะตัว และจริยธรรมในการประกอบกิจการ
 - พิจารณาบทบาทของผู้นำในการพัฒนาความรู้ขององค์กร การใช้การเรียนรู้ระดับองค์กรและการสร้างนวัตกรรมเป็นเครื่องมือในการจัดการ
 - พิจารณาความรู้ความสามารถในการนำองค์กรสู่ความยั่งยืน การคิดเชิงกลยุทธ์ การบริหารกลยุทธ์ บทบาทในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง
 - พิจารณาบทบาทของผู้นำต่อการส่งเสริม สนับสนุน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมการมุ่งเน้นผู้ป่วย
 - การสร้างความผูกพันกับบุคลากร และการพัฒนาบุคลากร
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันออกแบบวิธีการพัฒนาบุคลากรที่หลากหลาย เช่น
 - การฝึกอบรมระหว่างปฏิบัติงาน โดยมีระบบพี่เลี้ยง
 - การเรียนในห้องเรียน
 - การเรียนจากคอมพิวเตอร์
 - การเรียนทางไกล
 - การได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในลักษณะโครงการ (project-based)
- ผู้นำทุกระดับ อาจส่งเสริมและร่วมมือกับบุคลากรในการกำหนดประเด็นที่ต้องพัฒนา และเรียนรู้สำหรับแต่ละบุคคล (individual learning and development needs) และแผนพัฒนาของแต่ละบุคคล

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ● การปรับระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรให้มีความสมดุลยิ่งขึ้น (จุดใดที่ได้รับความสำคัญมากขึ้น) ● สรุป Learning Need ที่สำคัญของบุคลากรกลุ่มต่างๆ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้อาจนำเสนอในลักษณะตาราง) ● การเชื่อมโยงข้อมูลจากฐานข้อมูลความเสี่ยง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนทางคลินิก การตามรอยทางคลินิก มาสู่การกำหนด Learning Need | |

(3) องค์กรประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา โดยพิจารณาเชื่อมโยงกับผลการประเมินความผูกพันของบุคลากร ผลการปฏิบัติงานของบุคลากร และผลการดำเนินการขององค์กรร่วมด้วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจแนวคิดของการประเมินประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้ ใน 4 ระดับต่อไปนี้
 - Reactive Evaluation ประเมินความรู้สึกต่อประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคลากร
 - Learning Evaluation ประเมินความรู้ที่เพิ่มขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรม องค์กรประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา โดยพิจารณาความผูกพันของบุคลากร ผลการปฏิบัติงานของบุคลากร และผลการดำเนินการขององค์กรร่วมด้วย

- Behaviour Evaluation ประเมินการประยุกต์ใช้ความรู้ในงานที่รับผิดชอบ เช่น การสังเกตโดยหัวหน้างาน การสัมภาษณ์ หรือการประเมินตนเอง เป็นต้น
- Result Evaluation ประเมินผลกระทบต่อผลการดำเนินการของแต่ละบุคคล หน่วยงาน และองค์กร รวมทั้งผลกระทบต่อผลการดำเนินการที่เกี่ยวกับลูกค้า ซึ่งเป็นตัววัดที่ใช้ในระบบบริหารอยู่แล้ว แต่ต้องเลือกตัวชี้วัดที่สัมพันธ์กับหน้าที่รับผิดชอบของผู้ถูกประเมิน (ถ้าเป็นไปได้ ควรประเมินให้ถึงระดับนี้)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการพัฒนาและเรียนรู้ โดยพิจารณาแนวทางต่อไปนี้
 - องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา มีการประเมินระบบการเรียนรู้และพัฒนา อย่างน้อยความครอบคลุมของการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ความครอบคลุมของผู้เข้าร่วม/โอกาสการเข้าร่วมเรียนรู้ ความพึงพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆ ของการเรียนรู้ ความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในประเด็นที่ต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด
 - การประเมินพิจารณาการประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้รับในงานที่รับผิดชอบร่วมด้วย มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานของทั้งองค์กร หรือการประยุกต์ใช้ความรู้ในงานที่รับผิดชอบของผู้อบรม
 - การประเมินพิจารณาผลงานขององค์กรซึ่งเป็นตัววัดที่ใช้ในระบบบริหารอยู่แล้วร่วมด้วย มีการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างทรัพยากรที่ใช้และระดับกิจกรรมการเรียนรู้ กับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหรือผลงานขององค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความผูกพันของบุคลากร
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องนำผลการประเมินมาปรับปรุงระบบการพัฒนาและเรียนรู้ของบุคลากร (ทั้งระดับปฏิบัติการและผู้นำ)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● วิธีการประเมินระบบการพัฒนาและเรียนรู้ของบุคลากร | <ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประเมินระบบการพัฒนาและเรียนรู้ของบุคลากร (ทั้งระดับปฏิบัติการและผู้นำ) และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น <ul style="list-style-type: none"> ○ ความครอบคลุมของเนื้อหาการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ○ ความครอบคลุมของผู้เข้าร่วม/โอกาสการเข้าร่วมเรียนรู้ |

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|-----------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ ความพึงพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆของการเรียนรู้ ○ ความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในประเด็นที่ต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ○ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานของทั้งองค์กร หรือการประยุกต์ใช้ความรู้ในงานที่รับผิดชอบของผู้อบรม ○ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหรือผลงานขององค์กรที่เปลี่ยนแปลงไป ที่สามารถแสดงความสัมพันธ์กับการลงทุนด้านการเรียนรู้และพัฒนา |

(4) องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากร วางแผนการสร้างผู้บริหารและผู้นำในอนาคต.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาแนวทางการจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากรสายงานต่างๆ เช่น โอกาสที่เป็นไปได้ในปัจจุบัน และในอนาคตสำหรับแต่ละสายงาน คุณสมบัติและเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาและฝึกอบรม การประเมินตัวบุคคล เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำในอนาคต
 - การสร้าง Pool ของผู้มีศักยภาพที่จะเป็นผู้นำในอนาคต
 - การสร้างเสริมสมรรถนะด้านการบริหารให้แก่ผู้มีศักยภาพผ่านกิจกรรมเรียนรู้ต่างๆ และโครงการที่ได้รับมอบหมาย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางการจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงาน ● แนวทางการวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำ | <ul style="list-style-type: none"> ● ความพึงพอใจของบุคลากรในเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงาน ● ความสำเร็จในการสร้างผู้บริหารและผู้นำในอนาคต |

SPA I-6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ มีการจัดการเครือข่ายอุปทาน และมีการจัดการนวัตกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. การออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงาน (Healthcare Service and Processes Design)

(1) องค์กรระบุข้อกำหนดบริการสุขภาพที่สำคัญ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์ (product requirement)
 - ข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์เป็นเอกสารที่ระบุข้อกำหนดทั้งหมดของผลิตภัณฑ์ใดผลิตภัณฑ์หนึ่ง (ในที่นี้ผลิตภัณฑ์คือบริการสุขภาพ) เพื่อให้ผู้คนเข้าใจว่าผลิตภัณฑ์นั้นจะทำอะไรได้บ้าง โดยทั่วไปแล้วจะเริ่มต้นเขียนจากมุมมองของผู้ใช้หรือผู้รับผลงาน เพื่อนำไปใช้แสดงรายละเอียดในข้อกำหนดเฉพาะเชิงเทคนิค (technical requirement หรือ functional specification) ต่อไป
 - ข้อกำหนดของบริการสุขภาพ (healthcare service requirement) ควรมีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะของบริการสุขภาพ (healthcare service offering)
 - องค์ประกอบของข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์
 - วัตถุประสงค์ (objective) อธิบายปัญหาของผู้รับผลงาน และความสัมพันธ์กับวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ขององค์กร
 - ลักษณะสำคัญ (features) ของผลิตภัณฑ์ สิ่งที่ใช้งานต้องการ และสิ่งที่ผลิตภัณฑ์นี้จะช่วยแก้ปัญหาหรือหาทางออกให้ผู้ใช้
 - สมมติฐาน ข้อจำกัด และสิ่งที่ไม่อยู่ในขอบเขต
 - แผนการประเมินและตัววัด Performance ของผลิตภัณฑ์

- ผู้นำและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันประยุกต์แนวคิดเรื่องข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์ (product requirement) มาใช้กับข้อกำหนดของบริการสุขภาพ (healthcare service requirement) เช่น การศึกษาลักษณะสำคัญของการจัดบริการสุขภาพที่ดีซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนด
 - **Comprehensiveness:** มีบริการที่หลากหลายเพื่อตอบสนองความต้องการของประชากรกลุ่มเป้าหมาย เช่น มีทั้งการป้องกัน การรักษา การประคับประคอง การฟื้นฟูสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ
 - **Accessibility:** สามารถเข้าถึงได้โดยไม่มีอุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย ภาษา วัฒนธรรม ภูมิศาสตร์ อาจมีการจัดบริการที่บ้าน ในชุมชน ในที่ทำงาน หรือในสถานพยาบาล
 - **Coverage:** ครอบคลุมทุกคนที่เป็นประชากรเป้าหมายที่กำหนดไว้
 - **Continuity:** ให้บริการอย่างต่อเนื่องตลอดทุกช่วงจังหวะของการเจ็บป่วย ผ่านเครือข่ายบริการและระดับบริการต่างๆ
 - **Quality:** ให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้ผล ปลอดภัย ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ในเวลาที่เหมาะสม
 - **Person-centredness:** จัดบริการโดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง มีใช้โรคหรือการเงิน ผู้ป่วยเป็นหุ้นส่วนในการดูแลสุขภาพของตนเอง
 - **Coordination:** มีการประสานงานที่ดีระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ ระหว่างผู้ให้บริการประเภทต่างๆ ระหว่างการดูแลประเภทต่างๆ ระหว่างการดูแลระดับต่างๆ ทั้งในภาวะปกติและการเตรียมพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งการประสานงานกับภาคบริการสังคม และพันธมิตรที่เป็นองค์กรชุมชน
 - **Accountability and Efficiency:** มีการบริหารจัดการที่ดีเพื่อลดความสูญเปล่าให้เหลือน้อยที่สุด ผู้บริหารได้รับมอบอำนาจที่จำเป็นเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้และแสดงภาวะรับผิดชอบต่อผลงานที่เกิดขึ้น มีกลไกประเมินผลโดยภาคประชาสังคมมีส่วนร่วม
- ผู้นำร่วมกับผู้เกี่ยวข้องระบุบริการสุขภาพ และข้อกำหนดของบริการสุขภาพทั้งในภาพรวมขององค์กร และบริการเฉพาะของแต่ละสาขา โดยพิจารณาจาก
 - ระดับการให้บริการตามพันธกิจขององค์กร
 - ความต้องการของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ซึ่งสรุปไว้ในคุณลักษณะบริการ (service offering) ตามมาตรฐาน I-3.2ก(1)
 - กฎหมาย กฎระเบียบ ข้อกำหนดขององค์กรวิชาชีพและ 3rd Party Payer
 - แนวคิดเรื่อง Product Requirement และคุณลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพที่ดี

- (2) องค์กรระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ และข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการเหล่านี้.
- (3) องค์กรออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงานให้ตอบสนองต่อข้อกำหนดโดยนำหลักฐานทางวิชาการ **กฎหมาย** แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ เทคโนโลยี ความรู้ขององค์กร คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ความคล่องตัว ความปลอดภัย และมีคุณภาพต่างๆ มาใช้

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจมาตรฐานเรื่อง Process Management ซึ่งประกอบด้วย
 - การระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ (key work process) สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม (การกล่าวถึงกระบวนการในมาตรฐานบทนี้ ยังคงเป็นกระบวนการในภาพใหญ่ขององค์กร ซึ่งสามารถแตกย่อยลงไปได้อีกเมื่อไปพิจารณาในระดับหน่วยงาน)
 - กระบวนการจัดบริการสุขภาพ (healthcare process) ซึ่งสร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการ และเป็นไปตามข้อกำหนดของบริการสุขภาพ
 - กระบวนการทางธุรกิจหรือการดูแลกิจการ (business process) ซึ่งมีความสำคัญต่อความสำเร็จและความเติบโตขององค์กร เช่น การสร้างนวัตกรรม การวิจัยและพัฒนา การจัดหาเทคโนโลยี การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ การจัดการห่วงโซ่อุปทาน การจ้างเหมาหน่วยงานภายนอก การบริหารโครงการ การขายและการตลาด การระดมทุน กระบวนการนโยบายสาธารณะ
 - กระบวนการสนับสนุน (support process) เพื่อตอบสนองความต้องการภายในองค์กร เช่น การจัดการอาคารสถานที่ การทำความสะอาด เวชระเบียน การเงินการบัญชี บริการด้านกฎหมาย ประชาสัมพันธ์ ความสัมพันธ์กับชุมชน การจัดการห่วงโซ่อุปทาน
 - การระบุข้อกำหนด (คุณลักษณะที่คาดหวัง) ที่สำคัญของกระบวนการ
 - การออกแบบและสร้างสรรค์นวัตกรรมกระบวนการสำหรับกระบวนการ (design)
 - การนำกระบวนการที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ (action)
 - การใช้ตัวชี้วัดเพื่อควบคุมกระบวนการ และเพื่อประเมินความสำเร็จของกระบวนการ (learning)
 - การปรับปรุงกระบวนการ (Improvement)
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการนำมาตรฐานเรื่อง Process Management หรือ PDSA หรือ 3P (Purpose-Process-Performance) ไปสู่การปฏิบัติในขอบเขตต่อไปนี้

- กระบวนการซึ่งเกี่ยวข้องกับความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร หรือ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร
- สนับสนุนให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ขับเคลื่อน PDSA ในกระบวนการสำคัญ ที่ระบุไว้ใน Service Profile ของหน่วยงาน (สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน ค้นหาโอกาสพัฒนา ควบคุมกำกับการทำงาน ติดตามการบรรลุเป้าหมาย ของหน่วยงาน และดำเนินการพัฒนาต่อเนื่อง)
- กระบวนการสำคัญใน 3 กลุ่มที่กล่าวมา คือ กระบวนการจัดบริการสุขภาพ กระบวนการทางธุรกิจ และกระบวนการสนับสนุน (ซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับ Service Profile ของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือในมาตรฐานตอนที่ II และ III)
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบแต่ละกระบวนการสำคัญ ทำความเข้าใจขอบเขต ของกระบวนการสำคัญในที่นี้ ว่าเป็นการมองกระบวนการจากระดับองค์กร หนึ่งกระบวนการอาจจะหมายความว่าความถึงงานของหน่วยงานทั้งหน่วย และเราอาจจะ ค้นเคยกันในเรื่องของระบบงาน เช่น กระบวนการเวชระเบียน ซึ่งเราค้นเคยกันในเรื่อง ระบบเวชระเบียน ขณะที่บางระบบงานอาจจะแตกออกเป็นกระบวนการสำคัญจำนวน หนึ่ง เช่น ระบบ IC อาจจะจำแนกออกเป็นกระบวนการเฝ้าระวังการติดเชื้อ กระบวน ทำให้ปราศจากเชื้อ ฯลฯ
- ผู้นำระดับต่างๆ กำหนดกระบวนการสำคัญและกระบวนการสนับสนุนในความรับผิดชอบ (กระบวนการสำคัญควรนำไปสู่การส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และ ความสำเร็จขององค์กร)
 - กระบวนการซึ่งสัมพันธ์กับ Core Competency และกลยุทธ์ขององค์กร
 - กระบวนการของระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (ตามมาตรฐานตอนที่ I และ II)
 - กระบวนการในการดูแลผู้ป่วย (ตามมาตรฐานตอนที่ III)
 - กระบวนการของหน่วยงาน
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบแต่ละกระบวนการสำคัญ ดำเนินการออกแบบ กระบวนการที่รับผิดชอบ
 - วิเคราะห์ความต้องการและความหวังของผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ผู้ส่งมอบ ผู้ร่วมงานจากภายนอก ร่วมกับข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพ มาตรฐาน วิชาชีพ และข้อมูลวิชาการต่างๆ เพื่อจัดทำข้อกำหนดของกระบวนการ (process requirement) ซึ่งเป็นวลีสั้นๆ ที่ระบุถึงความคาดหวังของ ผู้เกี่ยวข้องต่อกระบวนการนั้นๆ ว่าอยากเห็นผลลัพธ์หรือคุณลักษณะอย่างไร
 - ทบทวนกระบวนการที่ใช้อยู่ว่าสามารถตอบสนองต่อข้อกำหนดของ กระบวนการได้ดีเพียงใด

- ออกแบบและสร้างสรรค์นวัตกรรมสำหรับกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองข้อกำหนด / ความคาดหวังสำคัญข้างต้น โดยใช้แนวคิด Human Factors Engineering และ Design Thinking เข้ามาประยุกต์ใช้ ร่วมกับหลักฐานทางวิชาการ กฎหมาย มาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ความคล่องตัว เพื่อเป้าหมายคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ตีร่างสรุปรูปกระบวนการสำคัญและข้อกำหนดของแต่ละกระบวนการ (ครอบคลุมให้มากที่สุด) ● ตัวอย่างการออกแบบกระบวนการเพื่อตอบสนองต่อข้อกำหนด ตามแนวคิดการออกแบบต่างๆ ใน I-6.1ก(3) | |

ข. การนำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติและปรับปรุงกระบวนการ (Process Management and Improvement)

(1) องค์กรทำให้มั่นใจว่าการปฏิบัติงานประจำวันของกระบวนการทำงานต่างๆ เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ. มีการใช้ข้อมูล / ตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ ทบทวนบทบาทของตนในการนำกระบวนการที่ออกแบบไว้ไปสู่การปฏิบัติ
 - Information
 - คู่มือการปฏิบัติงานที่ User Friendly และเป็นปัจจุบัน
 - การเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็น ณ จุดใช้งาน
 - Education & Training การฝึกอบรมความรู้และทักษะที่จำเป็น ทั้ง Technical & Non-technical Skill
 - Mindfulness & Situation Awareness มีสติ มีความตื่นรู้ และตระหนักในสถานการณ์ต่างๆ

- การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อส่งเสริมและทำให้ง่ายในการปฏิบัติที่พึงประสงค์
- Process Control
 - กลไกการรับรู้การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
 - การใช้ Process Indicator เพื่อควบคุมกระบวนการ
- Go & See การไปร่วมเรียนรู้และแก้ปัญหากับผู้ปฏิบัติงานที่หน้างาน
- AAR & Process Refinement การทบทวนปัญหาหลังปฏิบัติงานและปรับปรุงกระบวนการที่เป็นเรื่องเล็กๆ น้อยๆ
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ กำหนดวิธีการที่จะใช้ติดตามและควบคุมการปฏิบัติงานประจำวัน เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นไปตามกระบวนการที่ออกแบบไว้ ซึ่งอาจจะเป็นการติดตามตัวชี้วัดสำคัญ การนิเทศ การสรุปย่อ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรายงาน ฯลฯ
 - การกำหนดตัววัดในกระบวนการ (in-process measures) ควรพิจารณา กำหนดจุดวิกฤติในกระบวนการ (ขั้นตอนสำคัญที่หากเกิดปัญหาแล้วมีผลกระทบรุนแรง) เพื่อวัดและสังเกตการณ์ ซึ่งควรเริ่มทำโดยเร็วที่สุดในช่วงต้น ๆ ของกระบวนการเพื่อลดปัญหาและค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดจากการเบี่ยงเบนไปจากสิ่งที่คาดหวังให้เหลือน้อยที่สุด
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ ทบทวนวิธีการปฏิบัติงานที่ใช้ อยู่ว่าเป็นไปตามกระบวนการที่ออกแบบไว้หรือไม่ สามารถตอบสนองต่อข้อกำหนดสำคัญของแต่ละกระบวนการหรือไม่
 - การใช้ Process Performance เพื่อให้มั่นใจในการปฏิบัติ
 - กำหนดระดับหรือมาตรฐานของ Performance ของกระบวนการ และมีการติดตาม
 - หากมีความเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานที่กำหนดไว้ ต้องมีมาตรการแก้ไข โดยพิจารณาด้านเทคโนโลยี หรือบุคลากร หรือทั้งสองเรื่อง และเน้นการแก้ปัญหาที่ Root Cause ของความเบี่ยงเบน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|--|
| ● ตัวอย่างการใช้ข้อมูล/ตัวชี้วัดในการควบคุมกระบวนการ | ● ผลการรับรู้การปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดของกระบวนการ |

(2) องค์กรจัดทำ อนุมัติ ทบทวน และปรับปรุงเอกสารนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนการดำเนินงานและระเบียบปฏิบัติสำหรับหน้าที่สำคัญขององค์กรตามระยะเวลาที่กำหนด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบให้ผู้เกี่ยวข้องจัดระบบการควบคุมเอกสารที่สำคัญต่อไปนี้
 - นโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนการดำเนินงาน ขององค์กร
 - ระเบียบปฏิบัติสำหรับกระบวนการต่างๆ ที่ออกแบบไว้ใน I-6.1ก(3) เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน หรือ Procedures & Work Instructions
- ระบบควบคุมเอกสารประกอบด้วย การจัดทำ การอนุมัติ การควบคุม การปรับปรุง เป็นระยะตามกำหนดเวลาหรือตามความจำเป็น
 - ผู้มีอำนาจลงนามเป็นผู้อนุมัติการเผยแพร่และใช้เอกสารการอนุมัติอาจอยู่ในรูปแบบของลายเซ็น หรือการอนุมัติผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่มีรหัสผ่าน หรืออยู่ในรูปแบบรายงานการประชุมที่บันทึกมติการอนุมัติของคณะกรรมการกำกับดูแล
 - มีการจัดการที่ทำให้มั่นใจว่าเฉพาะเอกสารรุ่นล่าสุดอยู่ ณ จุดที่จะมีการนำไปใช้
 - มีการจัดการที่ทำให้มั่นใจว่าเอกสารอยู่ในสภาพที่อ่านได้ง่ายและการเปลี่ยนแปลงสามารถสังเกตได้ง่าย (โดยใช้ชื่อเอกสาร วันที่ออก เลขที่เอกสาร หรือเครื่องหมายอื่นๆ ที่เหมาะสม)
 - มีการปรับปรุงเอกสารเป็นระยะตามความจำเป็น และมีการอนุมัติใหม่
 - มีการป้องกันไม่ให้มีการใช้เอกสารที่ยกเลิกไปแล้ว โดยไม่ตั้งใจ และวิธีการระบุเอกสารที่ยกเลิกไปแล้วในกรณีที่เอกสารนั้นยังต้องถูกจัดเก็บไว้เพื่อจุดประสงค์บางอย่าง
 - มีการประยุกต์ใช้กระบวนการควบคุมเอกสารกับเอกสารที่ได้รับมาจากภายนอกองค์กร
- เอกสารระเบียบปฏิบัติสำหรับกระบวนการต่างๆ ควรระบุสิ่งต่อไปนี้
 - วัตถุประสงค์หรือข้อกำหนดของกระบวนการ
 - ระบุขั้นตอนการปฏิบัติ: ใคร ทำอะไร อย่างไร
 - ระบุเงื่อนไขการปฏิบัติ ว่าถ้ามีทางเลือกในการปฏิบัติ จะใช้เกณฑ์อะไรในการตัดสินใจ
 - ถ้ามีความเสี่ยงสำคัญ ให้พิจารณาว่าจะป้องกันอย่างไร
 - ระบุว่าในสถานการณ์ที่แตกต่างไปจากปกติหรือเกิดเหตุไม่คาดฝัน จะมีแนวทางใช้ดุลยพินิจอย่างไร

- ระบบการมี Feedback Loop ระหว่างขั้นตอนสำคัญเพื่อให้มั่นใจว่ามีการส่งต่อระหว่างขั้นตอนตามที่คาดหวังไว้
- ระบบข้อมูลที่จะต้องมีการติดตาม (monitor)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● การออกแบบและปรับปรุงระบบเกี่ยวกับเอกสารสำคัญ | <ul style="list-style-type: none"> ● ความเป็นปัจจุบัน ความง่ายในการเข้าถึงของเอกสารควบคุม |

(3) องค์กรมีกระบวนการสนับสนุนที่เอื้อต่อการบรรลุสัมฤทธิ์ผลของบริการสุขภาพและความต้องการสำคัญขององค์กร

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทุกระดับร่วมกันทำความเข้าใจความหมายของกระบวนการสนับสนุน และเหตุที่แยกข้อกำหนดเรื่องนี้ออกมา
 - กระบวนการสนับสนุน คือกระบวนการที่สนับสนุน
 - กระบวนการที่สร้างคุณค่าขององค์กร หรือการบรรลุสัมฤทธิ์ผลของบริการสุขภาพ
 - กระบวนการบริหารกิจการขององค์กร
 - กระบวนการเหล่านี้มักไม่ได้รับการออกแบบในรายละเอียดร่วมกับกระบวนการหลักหรือบริการสุขภาพ และมักไม่ขึ้นกับข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์ แต่ขึ้นกับความต้องการขององค์กรมากกว่า
 - กระบวนการเหล่านี้อาจถูกระบุไว้ในระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล และกระบวนการสำคัญของหน่วยงานแล้ว ในหัวข้อนี้จึงเป็นการทบทวนเพื่อให้มั่นใจว่ามีการจัดการกระบวนการดังกล่าวอย่างเหมาะสม
 - ตัวอย่างของกระบวนการสนับสนุน เช่น กระบวนการด้านการเงินและบัญชี การจัดการอาคารสถานที่ งานบริการด้านกฎหมาย งานบริการด้านทรัพยากรบุคคล การประชาสัมพันธ์ และงานด้านบริหารอื่น ๆ
- ผู้รับผิดชอบกระบวนการสนับสนุน
 - พิจารณาความสัมพันธ์ของกระบวนการสนับสนุนกับการบรรลุสัมฤทธิ์ผลของบริการสุขภาพ หรือการบริหารกิจการขององค์กร
 - ระบุความต้องการสำคัญขององค์กรต่อกระบวนการสนับสนุน (ขอให้สังเกตว่ามาตรฐานนี้เน้นไปที่ความต้องการสำคัญขององค์กร ซึ่งควรเป็นเป้าหมายของกระบวนการสนับสนุน)

- ออกแบบกระบวนการสนับสนุนเพื่อให้ตอบสนองความต้องการสำคัญขององค์กร นำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติ มีการควบคุมกำกับเช่นเดียวกับการจัดการกระบวนการสำคัญ มีการประเมินผลการตอบสนองความต้องการสำคัญขององค์กร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● สรุปรูปความต้องการสำคัญขององค์กรที่มีต่อกระบวนการสนับสนุนต่างๆ | <ul style="list-style-type: none"> ● การที่กระบวนการสนับสนุนตอบสนองความต้องการสำคัญขององค์กร |

(4) องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อ:

- (i) ปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพและยกระดับผลการดำเนินการขององค์กร;
- (ii) เสริมสร้างความแข็งแกร่งของสมรรถนะหลักขององค์กร;
- (iii) ลดความแปรปรวนของกระบวนการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทบทวนผลการดำเนินการขององค์กร ตาม I-4.1ข(1) ลำดับความสำคัญที่กำหนดไว้ใน I-4.1ค(1) นำโอกาสพัฒนามาจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพตาม II-1.1ก(7) และถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติในประเด็นต่อไปนี้
 - การยกระดับบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่ดีขึ้น มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ครอบคลุมผู้ป่วยได้มากขึ้น มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น
 - การยกระดับผลการดำเนินการขององค์กร เช่น ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
 - การเสริมสร้างความแข็งแกร่งของสมรรถนะหลักขององค์กร
 - พิจารณาสมรรถนะหลักขององค์กรที่เป็นจุดแข็งหรือข้อได้เปรียบอยู่แล้วว่าจะสามารถทำให้ดียิ่งขึ้นได้หรือไม่ อย่างไร
 - พิจารณาสมรรถนะหลักขององค์กรที่ยังเป็นจุดอ่อนหรือยังมีไม่เพียงพอ หาทางปรับปรุงเพื่อให้เกิดขึ้นหรือมีมากขึ้น
 - พิจารณาพัฒนาสมรรถนะหลักขององค์กรในอนาคต
 - การลดความแปรปรวนของกระบวนการ (process variation) ซึ่งทำได้ 2 Approach

- ใช้ Control Chart ศึกษา Variation ของกระบวนการ และตอบสนองต่อ Variation ตามลักษณะว่าเป็น Special Cause หรือ Common Cause ถ้าเป็น Special Cause ก็ต้องหาสาเหตุให้พบและตอบสนองตามสาเหตุ ถ้าเป็น Common Cause ต้องคิดถึงการออกแบบกระบวนการใหม่
- ใช้แนวคิด Safety-II เรียนรู้จากการทำงานประจำที่ไม่เกิดอุบัติเหตุ แต่มี Variation เนื่องจากสถานการณ์หรือการปฏิบัติของผู้เกี่ยวข้อง แล้ววางมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อรองรับสถานการณ์ต่างๆ ให้มี Variation น้อยที่สุด

- การตอบสนองความต้องการขององค์กรและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงโอกาสปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการ

- ผู้นำทุกระดับสนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงกระบวนการทำงานในทุกพื้นที่และทุกระดับ ได้แก่ ในระดับหน่วยงาน ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค ในการทำงานของแต่ละระบบงาน ในระดับภาพรวมขององค์กร รวมทั้งส่งเสริมการปรับปรุงในลักษณะสหสาขาวิชาชีพหรือคร่อมสายงาน
- ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้มีการใช้แนวคิดและเครื่องมือคุณภาพที่หลากหลายในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน เช่น Simplicity, Visual Management, PDSA/CQI, Lean, Six Sigma, R2R, Design Thinking, Information Technology รวมถึงการใช้ Change Concepts ต่างๆ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● สรุปการปรับปรุงกระบวนการสำคัญและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น | <ul style="list-style-type: none"> ● ผลกระทบสำคัญที่เกิดจากการปรับปรุงกระบวนการ |

ค. การจัดการเครือข่ายอุปทาน (Supply Network Management)

- (1) องค์กรจัดการเครือข่ายอุปทาน เพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะได้รับบริการคุณภาพที่ไม่ได้ดำเนินการเอง / ผลิตภัณฑ์ พลัง และบริการอื่น ที่มีคุณภาพสูง โดย:
- (i) เลือกผู้ส่งมอบ ที่ตรงกับความต้องการขององค์กร;
 - (ii) มีการจัดทำข้อกำหนดที่ชัดเจนและรัดกุมเพื่อนำไปใช้กำกับติดตามและประเมินผู้ส่งมอบ;
 - (iii) มีการวัดและประเมินผลการดำเนินการของผู้ส่งมอบ;
 - (iv) ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ส่งมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุง;
 - (v) จัดการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงกันไว้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - **เครือข่ายอุปทาน (supply network)** หมายถึง ความสัมพันธ์ขององค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกันในการส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือระบบบริการจากผู้ส่งมอบไปยังองค์กร (รวมทั้งจากองค์กรไปยังผู้รับผลงาน) ตามแนวคิดระบบนิเวศที่มีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งอาจต้องมีการประสานกับผู้ส่งมอบจำนวนมาก หรือองค์กรอาจเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายที่ซับซ้อน โดยมีความเชื่อมโยงและพึ่งพาซึ่งกันและกันมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่เป็นห่วงโซ่ง่ายๆ เหมือนห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ในอดีต
 - ความครอบคลุมของการจัดการเครือข่ายอุปทาน
 - **บริการสุขภาพที่จัดหาให้แก่ผู้ป่วยโดยที่องค์กรไม่ได้ดำเนินการเอง** ซึ่งอาจจะเป็น (1) การอนุญาตหรือทำสัญญาให้หน่วยงานกลุ่มบุคคล หรือองค์กรอื่นมาจัดบริการในสถานพยาบาล หรือ (2) การส่งผู้ป่วยไปรับบริการภายนอกองค์กร
 - **ผลิตภัณฑ์และพลัง** เช่น เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ วัสดุการแพทย์ที่จำเป็น เป็นต้น
 - **บริการอื่นๆ** เช่น งานทำความสะอาด งานรักษาความปลอดภัย งานบริการอาหาร ระบบขนส่งคมนาคมระหว่างองค์กร ที่องค์กรจ้างเหมาหน่วยงานภายนอก เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้แต่ละส่วนงานทบทวนในประเด็นต่อไปนี้
 - หน่วยงานได้รับมอบผลิตภัณฑ์และบริการอะไรจากผู้ส่งมอบภายนอกบ้าง
 - หน่วยงานใดเป็นผู้ใช้ หน่วยงานใดเป็นผู้ดำเนินการจัดหา

- ประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงที่สำคัญสำหรับผลิตภัณฑ์และบริการนั้นคืออะไร เช่น
 - Cold Chain สำหรับวัคซีนและเวชภัณฑ์บางประเภท
 - ระบบ QA ของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - การตรวจสอบและควบคุมงานระหว่างการก่อสร้าง
 - กระบวนการวิเคราะห์ระบบไปจนถึง User Acceptance Test ในการตรวจรับ Software
- มีการจัดทำข้อกำหนดที่ครอบคลุมประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงดังกล่าวไว้อย่างชัดเจนและรัดกุมเพียงใด มีการนำข้อกำหนดดังกล่าวไปใช้กำกับติดตามและประเมินผู้ส่งมอบอย่างไร
- มีกระบวนการคัดเลือกผู้ส่งมอบอย่างไรที่ทำให้มั่นใจว่าได้ผู้ส่งมอบที่มีความรับผิดชอบ สามารถส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือบริการตามข้อกำหนดได้
- การตรวจรับผลิตภัณฑ์และบริการมีความเข้มงวดพอหรือไม่ที่จะทำให้มั่นใจว่ามีคุณภาพตามข้อกำหนดเพียงใด ผู้ตรวจรับมีความรู้ด้านเทคนิคเพียงพอหรือไม่ มีงานอะไรที่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญภายนอก
- มีการส่งข้อมูลป้อนกลับให้แก่ผู้ส่งมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างไร
- มีการจัดการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงกับข้อกำหนดอย่างไร
- ส่วนงานที่เกี่ยวข้องนำปัญหาที่พบมาปรับปรุงระบบหรือเสนอต่อผู้นำเพื่อดำเนินการตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|--------------------------------------|
| ● สรุปผลการทบทวนที่สำคัญและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น | ● ผลลัพธ์ของการจัดการเครือข่ายอุปทาน |

จ. การจัดการนวัตกรรม (Innovation Management)

(1) องค์กรส่งเสริมให้นำโอกาสเชิงกลยุทธ์และโอกาสสร้างนวัตกรรมอื่นๆ มาพัฒนา นวัตกรรม มีการสนับสนุนการเงินและทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้องทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องนวัตกรรม
 - นวัตกรรมคือการเปลี่ยนแปลงสำคัญ (การฉีกแนวหรือการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดด) ในด้านผลลัพธ์ ผลิตภัณฑ์ บริการ หรือกระบวนการ เพื่อเพิ่ม

- คุณค่าหรือสร้างคุณค่าใหม่ให้แก่ผู้รับผลงานหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- ประเภทต่างๆ ของนวัตกรรมอาจจัดกลุ่มได้ดังนี้
 - Configuration (โครงสร้าง) เช่น รูปแบบการทำธุรกิจ การสร้างเครือข่าย โครงสร้างองค์กร กระบวนการทำงาน
 - Offering (สิ่งที่หยิบยื่นให้) เช่น ผลิตภัณฑ์ บริการสุขภาพ ระบบงานที่ใช้ร่วมกัน
 - Experience (ประสบการณ์) เช่น ช่องทางการส่งมอบ การช่วยเหลือผู้รับผลงาน การสร้างความผูกพันกับผู้รับผลงาน
 - การสร้างนวัตกรรมที่ประสบความสำเร็จในระดับองค์กรเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยหลายขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและการแบ่งปันความรู้ การตัดสินใจที่จะนำไปใช้ การดำเนินการการประเมินผล และการเรียนรู้.
 - ทักษะสำคัญของผู้ที่จะสร้างนวัตกรรมคือการตั้งคำถาม การสังเกต การสร้างเครือข่าย การทดลอง และการเชื่อมโยงเพื่อนำไปสู่ความคิดใหม่ๆ
 - บรรยากาศที่เอื้อต่อการเกิดนวัตกรรม
 - Challenge/engagement มีประเด็นท้าทายให้คนทำงานที่ผูกพัน
 - Idea time มีเวลา (นอกเวลาทำงานปกติ) ในการสร้างสรรค์ไอเดียใหม่ๆ
 - Idea Support องค์กรมีระบบสนับสนุนไอเดียใหม่ๆ
 - Trust & Openness รู้สึกปลอดภัยในการเสนอไอเดียที่แตกต่าง
 - Playfulness รู้สึกผ่อนคลายและสามารถที่จะสนุกในที่ทำงาน
 - Conflict Levels Productive Conflict ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องการ
 - Debates กล้าที่จะถกเถียงปัญหาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน
 - Freedom มีอิสระในการทำงาน
 - Risk-taking กล้าที่จะลองสิ่งใหม่ๆ และพร้อมรับความผิดพลาด
 - Dynamism องค์กรเจอเหตุการณ์หรือสิ่งใหม่ๆ
 - ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้องวางแนวทางสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมต่อไปนี้
 - ลักษณะของนวัตกรรมที่ควรเกิดขึ้น
 - การพัฒนานวัตกรรมตามโอกาสเชิงกลยุทธ์
 - การพัฒนานวัตกรรมในงานประจำ
 - แนวทางการสนับสนุน
 - สร้างบรรยากาศของการเปิดรับการแสดงความคิดและการให้ข้อเสนอแนะ

- การฝึกอบรมที่จำเป็นเพื่อให้มีทักษะในการคิดสร้างสรรค์และการออกแบบทดลองเพื่อสร้างนวัตกรรม
- การให้โอกาสให้ทีมงานสามารถลองผิดลองถูกได้
- การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น โดยมีแนวทางพิจารณาจัดลำดับความสำคัญ และเกณฑ์การยุติการสนับสนุนเมื่อเห็นว่าไม่คุ้มค่า
- การสร้างแรงจูงใจ
- การขยายผลการใช้นวัตกรรม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● สรุปแนวทางการสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น | <ul style="list-style-type: none"> ● ความตื่นตัว/การมีส่วนร่วมในการสร้างนวัตกรรม ● จำนวน ลักษณะนวัตกรรม และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนวัตกรรม |

**จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิก
(Clinical Education and Training Management)**

(1) การจัดการเรียนการสอนทางคลินิกต้องคำนึงถึงการบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน/ผู้ฝึก/ผู้เรียน และการได้รับความรู้/ประสบการณ์ของผู้ฝึก / ผู้เรียนอย่างเหมาะสม ดังนี้:

- (i) มีการจัดการเรียนการสอนที่มีเนื้อหาเป็นไปตามหลักสูตรหรือแผนการฝึกอบรม;
- (ii) มีระบบการบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่เพียงพอสำหรับแต่ละระดับของนักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรม เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และการได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษา / ผู้รับการฝึกอบรมที่ใกล้เคียงกัน;
- (iii) มีการบันทึกหลักฐานของการกำกับดูแลนักศึกษาหรือผู้รับการฝึกอบรม;
- (iv) องค์กรสร้างเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแก่นักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรม เป็นต้นแบบที่ดีของระบบคุณภาพ เช่น องค์กรแพทย์ ความปลอดภัยในการใช้ยา การเรียนรู้จากความผิดพลาด ระบบบริหารความเสี่ยง ฯลฯ นักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรมเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของระบบคุณภาพและความปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้เกี่ยวข้องให้ความสนใจจุดเน้นสำคัญของการปฏิบัติตามมาตรฐานเรื่องนี้
 - นักศึกษาและผู้รับการฝึกได้เรียนรู้และฝึกทักษะตามข้อกำหนดของหลักสูตร
 - นักศึกษาและผู้รับการฝึกมีความเข้าใจและเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ผ่านการได้เห็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นต้นแบบที่ดี และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัย
 - คุณภาพและความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากนักศึกษาและผู้รับการฝึก
- องค์กรให้ความสำคัญกับบทบาทต่อไปนี้
 - การสร้างต้นแบบที่ดีของระบบคุณภาพ
 - การใช้ทุกโอกาสและกรณีศึกษาเพื่อสร้างการเรียนรู้ให้แก่นักศึกษาและผู้รับการฝึกให้มากที่สุด
 - การมีนโยบายและแนวปฏิบัติ ระบบกำกับดูแล ระบบให้คำปรึกษา และระบบติดตาม เพื่อเป็นหลักประกันความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● สรุปแนวทางการจัดการเรียนการสอนด้านคลินิกที่สำคัญ และผลการประเมิน | <ul style="list-style-type: none"> ● การประเมินผลการจัดการเรียนการสอนและการฝึกอบรมโดยนักศึกษา/ผู้รับการฝึกอบรม ทั้งเนื้อหาตามหลักสูตร และเนื้อหาด้านคุณภาพและความปลอดภัย ● การประเมินผลด้านคุณภาพและความปลอดภัยจากบริการที่กระทำโดยนักศึกษา/ผู้รับการฝึกอบรม |

SPA I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (Operation Effectiveness)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการบริหารจัดการในการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ (Process Efficiency and Effectiveness)

(1) องค์กรควบคุมต้นทุนโดยรวมของการปฏิบัติการ ด้วยการป้องกันอุบัติการณ์ ความผิดพลาด และการทำงานซ้ำ, การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ, การนำเรื่องของรอบเวลา ผลผลิตภาพ ปัจจัยด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลอื่นๆ มาพิจารณากระบวนการทำงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาโอกาสที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานในประเด็นต่อไปนี้
 - การป้องกันอุบัติการณ์ ความผิดพลาด และการต้องทำงานซ้ำ โดยคัดเลือกประเด็นที่มีโอกาสส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการแก้ปัญหาหรือการชดเชยสูง
 - การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ ด้วยการออกแบบระบบให้ป้องกันความผิดพลาด การใช้ระบบ Automation และการสร้างจิตสำนึกคุณภาพให้ทุกคนทำในสิ่งที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก
 - การลดความสูญเปล่าของกระบวนการที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่า ตามแนวคิด Lean
 - การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ซึ่งแสดงถึง Effectiveness of Intervention มาพิจารณายกเลิกการตรวจรักษาที่ไม่ได้ผลหรือไม่มีหลักฐานยืนยัน เช่น โปรแกรมการใช้ยาสมเหตุสมผล รวมทั้งการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ดังตัวอย่างการใช้ Choosing Wisely® เป็นแหล่งข้อมูล
 - การออกแบบระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการวิเคราะห์ต้นทุนต่อการรักษา รายโรคและรายหัตถการ (ในลักษณะต่อครั้งของการเข้ารับบริการ และพัฒนาต่อไปเป็นตลอด episode ของการเจ็บป่วย) นำมาวิเคราะห์เพื่อเรียนรู้ Variation วางแนวทางจัดการลด Variation และแนวทางดูแลกลุ่มที่เป็น High Cost และ Outlier

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|-------------------------|
| ● ความพยายามในการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ | ● ผลลัพธ์ของการปรับปรุง |

ข. การจัดการระบบสารสนเทศ (Information System Management)

(1) องค์กรทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ (reliability) ของระบบสารสนเทศ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ ทำความเข้าใจความหมายของความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศต่อไปนี้
 - ความเชื่อถือได้ของระบบ (system reliability)
 - ความมั่นคงปลอดภัย (security) ของระบบสารสนเทศ
 - ความพร้อมใช้ (availability) ทั้งในภาวะปกติและในภาวะฉุกเฉิน
 - ความเข้ากันได้ (compatibility)
 - การใช้งาน (usability) การจัดการรับรู้หรือประสบการณ์ในการใช้งาน
 - ความเสถียรของฮาร์ดแวร์ (hardware stability)
 - ความสามารถในการดัดแปลง (adaptability)
 - ความสามารถในการใช้งานทดแทนกัน (replaceability)
 - การทำงานของฮาร์ดแวร์ (hardware performance)
 - ความเชื่อถือได้ของสารสนเทศ (information reliability) นอกเหนือจากที่ระบุไว้ใน I-4.2 ก(1) แล้ว ควรพิจารณาคูณสมบัติต่อไปนี้ร่วมด้วย
 - ความสามารถในการเข้าถึง (accessibility)
 - ความสามารถในการเคลื่อนย้าย พกพา ใช้ได้หลายระบบ (portability)
 - ความสามารถในการค้นหา สืบค้น (searchability)
 - ความเชื่อถือได้ของการใช้งาน (usage reliability)
 - การตอบสนอง (responsiveness)
 - ระบบพร้อมที่จะใช้งานได้จริง ตรงตามที่ใช้กำหนด และสามารถยอมรับได้ (acceptance)
 - ประสิทธิภาพ (efficiency)
 - ความสามารถในการเรียนรู้ (learnability)
 - ความสามารถในการจดจำ (memorability)
 - ความเชื่อถือได้ของการให้บริการ (service reliability)
 - การตอบสนอง (responsiveness)
 - ความพร้อมให้บริการ (availability)
 - การรับประกัน (assurance)
 - คุณภาพการให้บริการ (quality)
 - ความเข้าใจผู้ใช้ (empathy)

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบวิเคราะห์จุดที่จะมีโอกาสเกิดปัญหาในแต่ละองค์ประกอบของความน่าเชื่อถือของระบบสารสนเทศ ออกแบบและปรับปรุงตามความเหมาะสม โดยอย่างน้อยครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้
 - องค์กรมีนโยบายด้านความมั่นคงปลอดภัยของสารสนเทศ (รวมถึงการคงสภาพของข้อมูล) เป็นลายลักษณ์อักษร ตามกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ
 - มีการนำนโยบายความมั่นคงปลอดภัยของสารสนเทศไปปฏิบัติและมีการเฝ้าติดตามการปฏิบัติตามนโยบาย
 - องค์กรสร้างความมั่นใจว่าฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์มีความเชื่อถือได้ ป้องกันไม่ให้ข้อมูลรั่วไหล และใช้งานง่าย
 - องค์กรสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ มีความพร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่อง (continued availability) ในภาวะฉุกเฉิน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|--|
| ● การปรับปรุงความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ | ● ผลการประเมินความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ |

- (2) องค์กรทำให้มั่นใจในการรักษาความมั่นคงและปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล/สารสนเทศ และระบบการปฏิบัติการที่สำคัญ ทั้งในรูปแบบที่จับต้องได้และอิเล็กทรอนิกส์ ถ้ารั่วไหลแล้วจะเกิดผลกระทบได้มาก. โดยมีการดำเนินการดังนี้:
- (i) มีระบบการรักษาความลับและกำหนดการเข้าถึงทางกายภาพและทางอิเล็กทรอนิกส์ตามสิทธิที่เหมาะสม;
 - (ii) ระบุและจัดลำดับความสำคัญของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบปฏิบัติการที่สำคัญ เพื่อให้มีความปลอดภัย;
 - (iii) ดูแลความมั่นคง ปลอดภัย และพร้อมใช้ของข้อมูลและระบบสารสนเทศในกรณีเกิดภัยพิบัติ;
 - (iv) ทำให้มั่นใจว่าบุคลากร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน พันธมิตร และผู้ส่งมอบ เข้าใจและปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนในด้านความปลอดภัยและการรักษาความความมั่นคงทางโลกไซเบอร์;
 - (v) เผื่อระวังภัยคุกคามความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ที่เกิดขึ้นใหม่;
 - (vi) ป้องกันระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบปฏิบัติการที่สำคัญจากเหตุการณ์ที่อาจกระทบต่อความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ ตรวจสอบ ทบทวนอง ฟันฟูระบบสารสนเทศ และกู้คืนจากการถูกโจมตีทางไซเบอร์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศร่วมกันกำหนด ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล/สารสนเทศ และระบบการปฏิบัติการที่สำคัญ ที่ถ้ารั่วไหลแล้วจะเกิดผลกระทบได้มาก
- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศทำให้มั่นใจในความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลและระบบปฏิบัติการที่มีความสำคัญสูง ด้วยการดำเนินการในสิ่งต่อไปนี้
 - ทบทวนและปรับปรุงให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ
 - เกี่ยวกับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยในการประกอบธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ และกระบวนการที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการละเมิดการรักษาความลับและความมั่นคงปลอดภัย
 - เกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล
 - ระบุและจัดลำดับความสำคัญของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบปฏิบัติการที่สำคัญ วิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความมั่นคงปลอดภัย และใช้มาตรการต่างๆ เพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว

- จัดให้มีระบบรักษาความลับของข้อมูล/สารสนเทศ และกำหนดการเข้าถึงตามสิทธิที่เหมาะสม (ทั้งการเข้าถึงทางกายภาพ และการเข้าถึงทางอิเล็กทรอนิกส์)
 - การระบุผู้ที่ได้รับสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศแต่ละประเภท
 - ข้อผูกพันของผู้ใช้ในการรักษาความลับของสารสนเทศ
 - กระบวนการที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการละเมิดการรักษาความลับ
 - การปกป้องคุ้มครองข้อมูลและสารสนเทศไม่ให้ถูกแก้ไขเปลี่ยนแปลง และเข้าถึงหรือนำไปใช้โดยผู้ที่ไม่ได้สิทธิ/ไม่ได้รับอนุญาต
- วางแผน เตรียมการ ฝึกซ้อม ตรวจสอบ เพื่อให้มั่นใจในความมั่นคงปลอดภัย และพร้อมใช้ของข้อมูลและระบบสารสนเทศในกรณีเกิดภัยพิบัติ
- ทำให้มั่นใจว่าบุคลากร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน พันธมิตร และผู้ส่งมอบ เข้าใจและปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนในด้านความปลอดภัย และการรักษาความมั่นคงทางโลกไซเบอร์
- การรักษาความปลอดภัยบนไซเบอร์ (cybersecurity) ซึ่งครอบคลุมการปกป้องมิให้เกิดการสูญเสียชีวิตที่มีความอ่อนไหวเกี่ยวกับบุคลากร ลูกค้า และองค์กร, การปกป้องสินทรัพย์ทางปัญญา, การปกป้องมิให้เกิดการรั่วไหล, และนำข้อมูลไปใช้ในทางที่ผิดที่ส่งผลด้านการเงิน กฎหมาย และชื่อเสียงขององค์กร
 - เผื่อระวังสิ่งคุกคามความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยบนไซเบอร์
 - ระบุและจัดลำดับความสำคัญของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และประเภทของข้อมูล/สารสนเทศ เพื่อการรักษาความมั่นคงปลอดภัย/ป้องกันภัยจากการโจมตีบนไซเบอร์
 - ป้องกันระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจากการโจมตีบนไซเบอร์
 - ตรวจสอบ ตอบสนอง และฟื้นฟู/กู้คืนจากการถูกโจมตีทางไซเบอร์
 - ฝึกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|--|
| ● การจัดระบบเพื่อให้มั่นใจในความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลและระบบสารสนเทศ | ● ความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้ของข้อมูลและระบบสารสนเทศ |

(3) กรณีที่มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine and information-sharing platforms) เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย องค์กรพึงกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นการรักษาความลับของผู้ป่วยโดยยังคงการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องไว้ และมีการดำเนินการที่สอดคล้องตามมาตรฐานวิชาชีพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ศึกษาทำความเข้าใจแบบแผนและปริมาณของการใช้สื่อสังคมในการส่งข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษา (เช่น การปรึกษา การส่งต่อ เป็นต้น)
- ศึกษาแนวทางต่างๆ
 - แนวทางปฏิบัติในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
 - ข้อเสนอแนะขององค์กรวิชาชีพ
- เชิญชวนผู้เกี่ยวข้องมาแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดการรั่วไหลของข้อมูลที่ต้องเป็นความลับของผู้ป่วยสู่สังคมภายนอก และแนวทางการป้องกัน เช่น
 - การหลีกเลี่ยงขอคำปรึกษาในกลุ่ม และการปรึกษาผู้ป่วยครั้งละหลายๆ คนพร้อมกัน
 - การลบข้อมูลบ่งชี้ตัวผู้ป่วยออกจากภาพหรือข้อมูล และใช้รหัสทดแทนตามความเหมาะสม (แต่ก็พึงตระหนักว่าแม้ลบข้อมูลบ่งชี้่ออกแล้ว บางกรณีก็อาจจะสามารถระบุตัวผู้ป่วยได้)
 - การลบข้อมูลทันทีที่หมดความจำเป็น
- ใช้ความเห็นร่วมของผู้เกี่ยวข้องเป็นหลักในการขับเคลื่อน มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่หนุนเสริมความเห็นร่วมเหล่านั้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|---|
| ● นโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เป็นผลจากความเห็นร่วมของผู้เกี่ยวข้อง | ● อุบัติการณ์จากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วย |

ค. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน
(Safety and Emergency/Disaster Preparedness)

(1) องค์กรทำให้เกิดสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงการป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ต้นเหตุของความล้มเหลว และการทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์ความเสี่ยงในเรื่องสภาพแวดล้อมของการทำงานที่ปลอดภัย ซึ่งอาจครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้
 - ความปลอดภัยด้านโครงสร้างอาคารสถานที่
 - ความปลอดภัยด้านสวัสดิภาพของบุคลากรและผู้รับบริการ
 - ความปลอดภัยจากความล้มเหลวของระบบสาธารณูปโภค
 - ความปลอดภัยจากอัคคีภัย
 - ความปลอดภัยจากการเดินทางหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - ความปลอดภัยจากปัจจัยด้านกายภาพ เช่น รังสี สารเคมี ก๊าซ ไฟฟ้า ความร้อน แสง เสียง เป็นต้น
 - ความปลอดภัยจากการติดเชื้อหรือสารชีววัตถุ
- ผู้รับผิดชอบดำเนินการดังนี้
 - ทบทวนและปรับปรุงมาตรการป้องกันต่างๆ
 - จัดให้มีระบบตรวจสอบเพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ
 - นำอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาวิเคราะห์สาเหตุและดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
 - ทบทวนแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์ ตรวจสอบความพร้อมและฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจว่าจะสามารถรับมือและฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้อย่างรวดเร็ว

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ● การปรับปรุงมาตรการป้องกัน ข้อมูลแสดงความพร้อมในการรับมือกับเหตุการณ์ที่ไม่ปลอดภัย | |

(2) องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เพื่อระบุภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และส่งผลต่อความต้องการด้านบริการสุขภาพในพื้นที่.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์ภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ ที่อาจเกิดขึ้นได้และส่งผลกระทบต่อการทำงานขององค์กรและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น
 - เหตุการณ์ที่มีผลสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (เช่น พายุ น้ำท่วม แผ่นดินไหว มลภาวะในอากาศ เหตุระเบิด เป็นต้น)
 - เหตุการณ์ที่ทำให้บริการผู้ป่วยต้องหยุดชะงัก (เช่น ระบบสาธารณสุขภาคไม่สามารถใช้งานได้ เป็นต้น)
 - เหตุการณ์ที่ทำให้ความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน (เช่น การระบาดของโรคติดต่อ อารูชีวภาพ ดึกถล่ม อุบัติเหตุหมู่ การเจ็บป่วยจากภัยธรรมชาติ)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่โรงพยาบาล มีโอกาสประสบ ผลกระทบต่อการดำเนินงาน และความต้องการบริการที่จะเกิดขึ้น | |

(3) องค์กรจัดทำและทบทวนแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน/แผนฟื้นฟูจากภัยพิบัติ แผนบริหารความต่อเนื่องขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการเตรียมความพร้อมของระบบงาน บุคลากรและสถานที่ ในการดำเนินการ โดยคำนึงถึง:

- (i) การป้องกันภัยพิบัติ;
- (ii) การบริหารจัดการให้เกิดความต่อเนื่องของระบบบริการ และระบบสารสนเทศ;
- (iii) การเคลื่อนย้าย ทรัพยากรและโครงสร้าง;
- (iv) การฟื้นฟูให้กลับสู่สภาพเดิมหรือการปรับปรุงสู่ระบบใหม่.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน และแผนบริหารความต่อเนื่องขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการเตรียมความพร้อมของระบบงาน บุคลากร และสถานที่ทำงานเพื่อรองรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน โดยพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - องค์ประกอบของแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน / ภัยพิบัติ
 - การระบุประเภท โอกาสเกิด และผลที่จะตามมา

- บทบาทขององค์กรในการรับมือหรือลดความรุนแรงของผลกระทบอันเกิดจากภัยพิบัติที่มีต่อองค์กรหรือการทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพขององค์กร
- กลยุทธ์การสื่อสารเมื่อเกิดเหตุการณ์
- การจัดการทรัพยากรเมื่อเกิดเหตุการณ์ รวมทั้งแหล่งทรัพยากรทางเลือก
- การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- การมอบหมายบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรเมื่อเกิดเหตุการณ์การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติแต่ละประเภท
- แผนการดำเนินการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ควรครอบคลุม
 - การดูแลผู้ป่วย
 - การแยกผู้ป่วยและการจัดการสิ่งปนเปื้อน
 - กิจกรรมช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และครอบครัว
 - การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น
 - ระบบสาธารณสุขปกติ
 - การรักษาความปลอดภัย
 - การสื่อสาร
 - การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้อยู่ในที่ที่ปลอดภัยเมื่อจำเป็น รวมทั้งการพิจารณาเรื่องทรัพยากรและโครงสร้างที่ต้องใช้
 - การจัดเตรียมสถานที่สำรอง
 - การประสานงานกับองค์กรอื่น
 - การรายงานการดำเนินการเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- แผนบริหารจัดการเพื่อให้ระบบสารสนเทศมีมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้อย่างต่อเนื่องเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ
- การฟื้นฟูให้กลับคืนสู่สภาพเดิมหรือการปรับปรุงสู่ระบบใหม่
- การทบทวนแผนและความพร้อม
 - ผู้นำระดับสูงประเมินความครอบคลุมสมบูรณ์ของแผน และสร้างความมั่นใจว่าจะมีการนำแผนไปสู่การปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์
 - ทีมที่เกี่ยวข้องทบทวนบทเรียนการนำแผนไปปฏิบัติ (ถ้ามี) และปรับปรุงแผนตามความเหมาะสม
 - ทีมที่เกี่ยวข้องเรียนรู้จากโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่เคยมีประสบการณ์ เพื่อวางแผนรองรับให้รัดกุมและครอบคลุมประเด็นที่อาจมองไม่เห็น
 - ทีมที่เกี่ยวข้องประเมินและทำให้มั่นใจในความพร้อมรับมือต่อภาวะฉุกเฉิน/ภัยพิบัติ

- ความพร้อมของระบบต่างๆ กำลังคน ผู้ส่งมอบ และพันธมิตร ที่ต้องรองรับเมื่อเกิดภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน
- จุดที่ไม่สมควรเปิดให้บริการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน จุดอ่อนแวมที่จะเกิดความชุกชลักในการปฏิบัติเมื่อเกิดสถานการณ์จริงในระดับรุนแรงกว่าที่คาด

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● มีการจัดทำแผนรองรับในภาวะอะไรบ้าง มีการซักซ้อมความเข้าใจหรือซ้อมแผนในแต่ละเรื่องบ่อยเพียงใด ● จากการประเมินความพร้อมของระบบ และการซ้อมแผน พบปัญหาข้อติดขัดอะไร และนำมาปรับปรุงอย่างไร | <ul style="list-style-type: none"> ● ความครอบคลุมสมบูรณ์ของแผนแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน ● บทเรียนการนำแผนไปปฏิบัติ (ถ้ามี) และการปรับปรุงแผนที่เกิดขึ้น ● ความพร้อมในการรับมือกับภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ |

(4) องค์กรดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทดสอบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการจัดฝึกอบรมและดำเนินการฝึกซ้อมเจ้าหน้าที่ตามแผนที่วางไว้ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละครั้ง
- ทีมที่เกี่ยวข้องดำเนินการซักซ้อมทำความเข้าใจ หรือการซ้อมปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอตามความเหมาะสม โดยอาจร่วมกับหน่วยงานภายนอก
- สรุปผลการฝึกซ้อมและนำผลที่ได้มาพัฒนาปรับปรุงแผน รวมทั้งการเสริมสร้างทักษะองค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องให้เหมาะสมกับสถานการณ์
- องค์กรทำให้มั่นใจว่ากิจการอิสระที่ให้บริการในสถานพยาบาลปฏิบัติตามแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน/ภัยพิบัติ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

| การปฏิบัติ (practice) | ผลลัพธ์ (result) |
|---|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ● แผนที่มีการฝึกซ้อม วันที่ฝึกซ้อม หน่วยงานที่ร่วมฝึกซ้อม ผลการฝึกซ้อม และสิ่งที่มีการปรับปรุงแก้ไข | |

มาตรฐานตอนที่ I เป็นข้อกำหนดเกี่ยวกับการบริหารองค์กรในภาพรวม ซึ่งเป็นบทบาทโดยตรงของผู้บริหารระดับสูง แต่จะเกิดผลได้ต้องมีการถ่ายทอดลงไปเป็นลำดับชั้นจนถึงผู้ปฏิบัติงาน จึงเป็นหน้าที่ของผู้บริหารระดับต้นที่จะต้องทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างทิศทางนโยบายที่กำหนดโดยผู้บริหารระดับสูงกับผู้ปฏิบัติงาน

แนวทางต่อไปนี้เป็นคำถามที่ผู้บริหารระดับต้นจะใช้เพื่อสร้างการเรียนรู้กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของตน

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง

- วิสัยทัศน์ขององค์กรคืออะไร คำสำคัญในวิสัยทัศน์ที่หน่วยงานของเราสามารถมีส่วนร่วมได้คืออะไร สมาชิกในหน่วยงานของเราทำอะไรบ้างเพื่อให้องค์กรเข้าใกล้วิสัยทัศน์มากขึ้น
- ค่านิยมสำคัญขององค์กรที่จะทำให้หน่วยงานและองค์กรของเราประสบความสำเร็จมีอะไรบ้าง พฤติกรรมอะไรในที่ทำงานของเราที่จะสะท้อนการปฏิบัติตามค่านิยมดังกล่าว พวกเราจะทำให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างไร พฤติกรรมอะไรที่ไม่พึงปรารถนา พวกเราจะป้องกันพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างไร
- เป้าหมายของหน่วยงานคืออะไร พันธกิจขององค์กรคืออะไร เป้าหมายของหน่วยงานของเราสนับสนุนพันธกิจขององค์กรอย่างไร
- หน่วยงานของเราสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ การเรียนรู้ การสร้างนวัตกรรม อย่างเป็นบ้าง
- เมื่อใช้คำว่า “วัฒนธรรมความปลอดภัย” ในหน่วยงานของเรา เราคาดหวังพฤติกรรมอะไรบ้างจากที่ทำงาน พวกเราพยายามทำอะไรบ้างเพื่อให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว
- เวทีหรือกลไกการสื่อสารสองทางในหน่วยงานของเรามีอะไรบ้าง การสื่อสารที่สมาชิกในหน่วยงานต้องการมากที่สุดคือประเด็นอะไร
- อะไรคือวิธีการจูงใจที่ได้ผลที่สุดที่ทำให้ทีมงานในหน่วยงานมุ่งเน้นทำงานให้ได้ผลงานดีขึ้น
- อะไรคือจุดเน้นที่การปฏิบัติการ (focus on action) ขององค์กร เพื่อให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์ หน่วยงานของเราดำเนินการอย่างไรต่อจุดเน้นดังกล่าว

I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการกำเริบโยชน์ให้สังคม

- อะไรคือจุดแข็งของผู้นำและระบบการนำขององค์กร ถ้าได้พรวิเศษ เราอยากให้มีการปรับปรุงในเรื่องผู้นำและระบบการนำอะไรบ้าง
- สมมติว่าเราเป็นตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กร เราจะเสนอแนะให้องค์กรทำอะไรบ้าง

- หน่วยงานของเรามีบทบาทอย่างไรในการป้องกันผลกระทบเชิงลบเนื่องจากการจัดบริการขององค์กร
- หน่วยงานของเรามีบทบาทอย่างไรในการทำให้องค์กรปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย
- หน่วยงานของเรามีบทบาทอย่างไรในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม
- อะไรคือโอกาสเกิดพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรมในหน่วยงานเราท่าน หน่วยงานของเรา มีการป้องกันและป้องปรามพฤติกรรมเหล่านั้นอย่างไร เราจะรับรู้ได้อย่างไรว่ามีการปฏิบัติที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรมเกิดขึ้น

I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์

- สมรรถนะหลักขององค์กรคืออะไร หน่วยงานของเรามีส่วนในการสร้างความเข้มแข็งให้กับสมรรถนะหลักขององค์กรอย่างไร
- ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กรคืออะไร หน่วยงานของเรามีส่วนในการสร้างและใช้ประโยชน์จากข้อได้เปรียบดังกล่าวอย่างไร
- องค์กรภายนอกที่ทำงานใกล้ชิดกับหน่วยงานของเรา (พันธมิตร คู่ความร่วมมือ ผู้ส่งมอบ contractor) มีอะไรบ้าง เป้าหมายของความร่วมมือคืออะไร มีความคาดหวังต่อกันและกันอะไรบ้าง วิธีการเพื่อให้ประสบความสำเร็จมีอะไรบ้าง
- หน่วยงานของเรามีบทบาทอะไรบ้างในการเสนอข้อมูลหรือข้อคิดเห็นเพื่อจัดทำแผนกลยุทธ์ (หรือแผนยุทธศาสตร์) ขององค์กร เราอยากมีบทบาทอะไรมากกว่าที่เป็นอยู่ เราเห็นปัญหาหรือมีข้อเสนอแนะอะไรต่อการจัดทำแผนกลยุทธ์ขององค์กร
- สมาชิกในหน่วยงานเห็นว่าแผนกลยุทธ์ขององค์กรที่กำลังใช้อยู่มีความท้าทายมากน้อยเพียงใด ถ้ามีโอกาสปรับตัวจุดประสงค์เชิงกลยุทธ์ได้ เราจะปรับอะไร อย่างไร
- สมาชิกในหน่วยงานเห็นว่าแผนกลยุทธ์ขององค์กรที่กำลังใช้อยู่ ตอบสนองต่อความท้าทายเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญหรือไม่ เพียงใด
- สมาชิกในหน่วยงานเห็นว่าแผนกลยุทธ์ขององค์กรที่กำลังใช้อยู่ ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านบริการสุขภาพของชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบหรือไม่ เพียงใด
- โอกาสเชิงกลยุทธ์ขององค์กรคืออะไร หน่วยงานของเรามีส่วนร่วมในการใช้โอกาสดังกล่าวอย่างไร
- หน่วยงานของเรานำแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพมาปฏิบัติอย่างไรบ้าง

I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

- หน่วยงานของเรามีส่วนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์อะไรบ้าง นอกจากการจัดทำแผนปฏิบัติการแล้ว มีวิธีการอย่างไรเพื่อให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว
- หน่วยงานของเราได้รับการสนับสนุนทรัพยากรอะไรบ้างเพื่อปฏิบัติตามแผน หน่วยงานของเราพบความขาดแคลนที่มีผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนหรือไม่ อย่างไร

- เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของแผนปฏิบัติการและแผนกลยุทธ์ หน่วยงานของเราจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนในด้านทรัพยากรบุคคลอะไรบ้าง (จำนวน ความสามารถ รูปแบบการทำงาน)
- ตัวชี้วัดของหน่วยงานของเราสอดคล้องกับตัววัดในวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ข้อใดบ้าง ทีมงานของเรามีโอกาสดูผลงานขององค์กรและของหน่วยงานอื่นๆ ในตัวชี้วัดดังกล่าวหรือไม่ มีการสรุปผลการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานและองค์กรอย่างไร

I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

- กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของหน่วยงานคืออะไร กลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มที่องค์กรมุ่งเน้นหรือไม่
- ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสำคัญของหน่วยงานของเรามีอะไรบ้าง ความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับบริการที่หน่วยงานของเราเหมือนหรือต่างจากผู้รับบริการที่หน่วยงานอื่นอย่างไร ความต้องการและความคาดหวังที่ทีมงานตอบสนองได้ดีมีอะไรบ้าง
- ถ้าจะทำให้หน่วยงานของเรามุ่งเน้นผู้ป่วยให้มากขึ้น ควรทำอะไรบ้าง มีโอกาสสร้างนวัตกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับบริการอะไรบ้าง
- หน่วยงานของเรามีวิธีการรับรู้เสียง (ความต้องการ ความคาดหวัง ประสิทธิภาพ) ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างไรบ้าง วิธีใดที่ได้ผลดี มีโอกาสปรับปรุงวิธีการรับรู้ะไรได้อีกบ้าง

I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

- หน่วยงานของเราส่งมอบคุณค่าอะไรให้กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
- ทีมงานของเรามีวิธีสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างไรบ้าง วิธีการดังกล่าวมีข้อดีอย่างไร มีโอกาสที่จะปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์อย่างไรบ้าง
- อะไรคือข้อร้องเรียนหรือโอกาสได้รับข้อร้องเรียนในหน่วยงานของเรา ข้อร้องเรียนดังกล่าวเหมือนหรือต่างจากหน่วยงานอื่นอย่างไร มีการดำเนินการอย่างไรเพื่อตอบสนองต่อข้อร้องเรียนหรือโอกาสได้รับข้อร้องเรียนดังกล่าว
- สิ่ง que ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมีความพึงพอใจในระดับสูง ต่อบริการที่หน่วยงานของเราจัดมีอะไรบ้าง
- สิ่ง que ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานยังไม่พึงพอใจต่อบริการที่หน่วยงานของเราจัดมีอะไรบ้าง
- สมาชิกมีข้อเสนอแนะอะไรต่อระบบการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่กำลังใช้อยู่

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย

- ประเด็นสิทธิผู้ป่วยที่หน่วยงานของเราให้ความสำคัญมีอะไรบ้าง มีการดำเนินการอย่างไรในเรื่องเหล่านั้น
- ประเด็นสิทธิผู้ป่วยที่ยังไม่ชัดเจนในการปฏิบัติ หรือยังปฏิบัติได้ไม่ดีมีอะไรบ้าง มีข้อเสนอเพื่อปรับปรุงอย่างไร

- หน่วยงานของเราและผู้เกี่ยวข้องไปนี้หรือไม่: ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลระดับประคอง เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ท่านมีแนวทางปฏิบัติอย่างไรเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยดังกล่าว

I-4.1 การวัด วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร

- หน่วยงานของเราใช้ตัวชี้วัดอะไรบ้างเพื่อติดตามผลการปฏิบัติงานประจำวัน หรือควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามข้อกำหนด
- หน่วยงานของเราใช้ตัวชี้วัดอะไรบ้างเพื่อติดตามการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน เป้าหมายดังกล่าวสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์อะไรบ้าง
- การติดตามตัวชี้วัดดังกล่าวนำไปสู่การตัดสินใจหรือการพัฒนาคุณภาพอะไรของหน่วยงาน
- หน่วยงานมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร เพื่อประเมินผลการดำเนินงานและขีดความสามารถของหน่วยงาน
- องค์กรมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร หน่วยงานได้รับทราบและใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์ดังกล่าวอย่างไร
- หน่วยงานของเรานำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ประโยชน์เพื่อกำหนดโอกาสพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอย่างไร

I-4.2 การจัดการสารสนเทศ และการจัดการความรู้

- ข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นเพื่อให้บริการ การบริหารและพัฒนาหน่วยงานของเรามีอะไรบ้าง ระบบสารสนเทศขององค์กรสนับสนุนให้เราได้รับข้อมูลดังกล่าวเพียงใด
- สมาชิกในหน่วยงานเชื่อมั่นในระบบสารสนเทศขององค์กรเพียงใด มีเหตุการณ์อะไรบ้างที่ทำให้ท่านเกิดข้อสงสัยในเรื่องความพร้อมใช้และความมั่นคงปลอดภัยของระบบสารสนเทศ
- หน่วยงานของเรามีความต้องการด้านสารสนเทศอะไรเพิ่มเติม ช่องทางการแสดงความต้องการเป็นอย่างไร
- หน่วยงานของเรามีกิจกรรมจัดการความรู้อะไรบ้าง มีความรู้เชิงปฏิบัติอะไรที่หน่วยงานของท่านนำมาใช้ประโยชน์ในการทำงาน มีความรู้เชิงปฏิบัติอะไรที่ต้องการเพิ่มเติม
- สมาชิกในหน่วยงานมั่นใจในการปฏิบัติของทีมงานเกี่ยวกับการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศเพียงใด อะไรเป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร

- หน่วยงานของเรามีกำลังคนจำนวนเพียงพอที่จะปฏิบัติหน้าที่บรรลุเป้าหมายอย่างมีคุณภาพและปลอดภัยหรือไม่ หากไม่เพียงพอ มีวิธีการอย่างไรเพื่อลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์
- ความรู้และทักษะของบุคลากรในหน่วยงานของเรา มีเพียงพอที่จะปฏิบัติหน้าที่ที่กำหนดไว้หรือไม่
- หน่วยงานของเรามีลักษณะของการจัดระบบงานของบุคลากรเพื่อปฏิบัติหน้าที่ให้สำเร็จตามเป้าหมายอย่างไร

- ความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรในหน่วยงานของเรามีอะไรบ้าง หน่วยงานของเรามีแนวทางในการป้องกันและดูแลเมื่อเจ็บป่วยอย่างไร

I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร

- บุคลากรที่มีความผูกพันกับองค์กรในหน่วยงานของเรามีลักษณะอย่างไร หน่วยงานและองค์กรดำเนินการอย่างไรเพื่อให้บุคลากรมีความผูกพัน
- อะไรบ้างที่จะช่วยให้บุคลากรของหน่วยงานสร้างผลงานที่ดี หน่วยงานและองค์กรดำเนินการอย่างไรในปัจจุบันดังกล่าว
- ระบบประเมินผลงานของหน่วยงานและองค์กรช่วยให้บุคลากรมีการปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนอย่างไร มีอะไรที่ควรรักษาไว้ และมีอะไรที่ควรปรับปรุง
- ในรอบปีที่ผ่านมา บุคลากรในหน่วยงานได้เข้ารับการพัฒนาและฝึกอบรมอะไรบ้าง การอบรมดังกล่าวมีที่มาหรือเหตุผลอย่างไร มีการนำสิ่งที่ได้จากการพัฒนาและฝึกอบรมมาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างไร
- มีการพัฒนาและฝึกอบรมอะไรอีกบ้างที่บุคลากรของหน่วยงานควรได้รับเพิ่มเติม
- องค์กรและหน่วยงานสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อให้บุคลากรได้พัฒนาและเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างไร

I-6.1 กระบวนการทำงาน

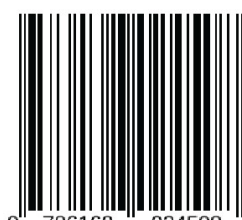
- กระบวนการสำคัญของหน่วยงานของเราที่ส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานคืออะไร ข้อกำหนดของกระบวนการดังกล่าวคืออะไร
- หน่วยงานของเราใช้หลักอะไรในการออกแบบกระบวนการทำงานเพื่อให้บรรลุข้อกำหนดของกระบวนการ ได้นำประเด็นเหล่านี้มาพิจารณาอย่างไร: ความปลอดภัยของผู้ป่วย ข้อมูลวิชาการ เทคโนโลยีใหม่ๆ ประสิทธิภาพ การมุ่งเน้นผู้ป่วย
- หน่วยงานของเรามีบทบาทอย่างไรในการรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน มีการเตรียมความพร้อมและฝึกซ้อมอย่างไรบ้าง ผลการฝึกซ้อมนำมาสู่การปรับปรุงอะไร

I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ

- หน่วยงานของเรามีวิธีการเฝ้าอำนาจและทำให้มั่นใจอย่างไรว่ามีการปฏิบัติตามกระบวนการที่ออกแบบไว้ และบรรลุข้อกำหนดของกระบวนการ
- หน่วยงานของเราใช้ตัวชี้วัดอะไรเพื่อควบคุมกระบวนการทำงาน
- หน่วยงานของเรทำอะไรบ้างเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร หรือลดค่าใช้จ่าย
- ในรอบปีที่ผ่านมา หน่วยงานของเรามีการปรับปรุงกระบวนการทำงานหรือพัฒนาคุณภาพในเรื่องอะไรบ้าง ผลลัพธ์ของการปรับปรุงหรือพัฒนาเป็นอย่างไร กิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับจุดเน้นขององค์กรอย่างไร
- มีการนำผลการปรับปรุงหรือพัฒนามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่นอย่างไร มีการขยายผลอย่างไร

“SPA เป็นแนวทางสำหรับสถานพยาบาลในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ
และสามารถทำการประเมินผล เพื่อรับรู้ความสำเร็จ และหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง
โดยใช้แนวทางการประเมินตนเองอย่างกระชับ ซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลการปฏิบัติตามมาตรฐาน
ประกอบด้วย เกณฑ์มาตรฐาน **(Standards)**, กิจกรรมที่ควรดำเนินการให้เห็นเป็นรูปธรรม **(Practice)**,
และ ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง **(Assessment)”**

978-616-8024-50-8



9 786168 024508

ราคา 200 บาท