

คู่มือนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

SPA Part I

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 จัดทำเสร็จสิ้นเมื่อปี พ.ศ. 2560 มีเนื้อหาหลักในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรโดยรวม

เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาของมาตรฐาน สามารถนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติได้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จึงได้จัดทำคู่มือฉบับนี้ขึ้นเป็นการขยายความกิจกรรมที่ควรดำเนินการสำหรับมาตรฐานแต่ละข้อ โดยอธิบายให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน ให้นำทางการประเมินตนเองอย่างกระชับซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลของการปฏิบัติตามมาตรฐาน รวมทั้งมีการปรับเนื้อหาให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับมาตรฐานฉบับใหม่ และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง

จากการทดลองใช้คู่มือฉบับนี้ พบว่าเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่โรงพยาบาลใช้ประโยชน์ในการพูดคุยทำความเข้าใจ ใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติซึ่งมีการขยายขอบเขตไปเกินกว่าที่อธิบายไว้ และยังใช้เป็นแนวทางพิจารณาในการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐานอีกด้วย

สรพ. หวังว่าความเข้าใจและการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น รวมทั้งจะมีข้อมูลเชิงปฏิบัติต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย และป้อนกลับมาที่ สรพ. เพื่อให้คู่มือฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

2562

คำนำของผู้เรียบเรียง

การปรับปรุงเอกสาร SPA (Standards-Practice-Assessment) สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 ฉบับนี้ ยังคงใช้แนวคิด Empowerment Evaluation คือเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับสถานพยาบาลต่างๆ ในการนำไปปฏิบัติ และสามารถทำการประเมินผลเพื่อรับรู้ความสำเร็จและหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะปรากฏอยู่ทั้งในส่วนกิจกรรมที่ควรดำเนินการ (Practice) และประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (Assessment)

เพื่อให้เห็นแนวทางการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติให้มากที่สุด คู่มือนี้จะให้คำแนะนำให้ทีมงานศึกษาแนวคิดสำคัญในเรื่องนั้นๆ ก่อนๆ และให้แนวทางสำหรับการค้นหาประเด็นที่มีความสำคัญตามบริบทขององค์กร โดยประมวลข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ให้มากที่สุด รวมทั้ง Extended Evaluation Guide (EEG) สำหรับ Advanced HA และคำขยายความของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (MBNQA/TQA)

การชี้ให้เห็นแง่มุมที่หลากหลายของการนำไปปฏิบัติ อาจจะมากเกินไปสำหรับบางองค์กรที่อยู่ในช่วงเริ่มต้น จึงเป็นหน้าที่ของผู้นำขององค์กรที่จะพิจารณาว่าอะไรที่จะเป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติ แต่สำหรับองค์กรที่มุ่งสู่ Advanced HA แล้ว ทั้งหมดที่อยู่ในคู่มือนี้คือสิ่งที่พึงใช้ความพยายามดำเนินการให้มากที่สุด

อาจกล่าวได้ว่าคู่มือฉบับนี้เป็นคู่มือการเรียนรู้สำหรับผู้บริหารสถานพยาบาลที่ใช้สำหรับการเรียนรู้ด้วยตนเอง ด้วยการศึกษาวិเคราะห์ข้อมูลขององค์กร ควบคู่ไปกับการดำเนินการยกระดับ performance ขององค์กร

นพ.อนวัจน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

มีนาคม 2562

สารบัญ

คำนำ	ii
คำนำของผู้เรียบเรียง	iii
สารบัญ	iv
แนวคิด	1
SPA I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)	4
SPA I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)	13
SPA I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STG.1)	21
SPA I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (STG.2)	30
SPA I-3.1 เสียงของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCM.1)	33
SPA I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น (PCM.2)	37
SPA I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3)	43
SPA I-4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1)	48
SPA I-4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (MAK.2)	55
SPA I-5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน (WKF.2)	65
SPA I-5.2 ความผูกพันของกำลังคน (WKF.2)	76
SPA I-6.1 กระบวนการ (OPT.1)	85
SPA I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (OPT.2)	97

แนวคิด

SPA (Standards – Practice – Assessment)

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

การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้ง่าย ๆ โดยใช้วิธีการ “คุยกันเล่น – เห็นของจริง – อิงการวิจัย”

มาตรฐาน HA ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปีนี้มีกรอบข้อกำหนดและค่านิยมหลักที่ประยุกต์มาจากเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA/MBNQA) เป็นมาตรฐานที่เน้นกระบวนการและผลลัพธ์ รวมทั้งเน้นการนำมาตรฐานไปใช้อย่างเชื่อมโยงกันด้วยมุมมองเชิงระบบ

ในส่วน **P – Practice** ของ SPA สรพ.ได้จัดทำเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลในการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ ระบุถึงแนวคิดสำคัญที่ทีมงานควรศึกษาให้เข้าใจ ขั้นตอนในการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ การประเมินผล หรือเรียนรู้ที่ควรเกิดขึ้น ลงท้ายด้วยประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

การจะตอบแบบประเมินตนเองได้จึงต้องนำมาตรฐานไปปฏิบัติแล้วระยะหนึ่ง

เพื่อให้ก้าวหน้าขึ้นในการปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาล สรพ.ได้จัดทำ SPA โดยมีแนวคิดดังนี้

- เน้นการมีกิจกรรมหรือกระบวนการพื้นฐานและการใช้ประโยชน์ในขั้นต้น
- เรียนรู้จากการใช้ประโยชน์กิจกรรมหรือกระบวนการเหล่านั้น เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกิจกรรมหรือกระบวนการให้เป็นระบบยิ่งขึ้น
- กระบวนการที่เป็นระบบ (systematic approach) คือกระบวนการที่กำหนดขั้นตอน ผู้รับผิดชอบ และรอบเวลาดำเนินการที่ชัดเจน ทำให้สามารถทำซ้ำได้เหมือนเดิม มีการวัดและประเมินผลอย่างเหมาะสมเพื่อปรับปรุงกระบวนการนั้นให้ได้ผลดียิ่งขึ้น (ควรแยกแยะให้ชัดเจนระหว่างการปรับปรุงกระบวนการด้านการจัดการภายในองค์กร กับกระบวนการด้านการให้บริการ)
- สิ่งที่จะระบุว่าเป็นแนวทางในการดำเนินการในเอกสารชุดนี้เป็นข้อเสนอให้ผู้นำและทีมงานของ รพ.พิจารณาเท่านั้น ควรเลือกดำเนินการเฉพาะเท่าที่จะเป็นประโยชน์และเหมาะสมกับบริบทของ รพ. แต่อย่างน้อยควรนำมาสู่ข้อมูลที่จะตอบในประเด็นสำคัญที่ระบุไว้ได้
- จุดเน้นในการตอบแบบประเมินตนเอง คือบทเรียนและผลลัพธ์ของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ ซึ่งบทเรียนนั้นควรผ่านการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญร่วมกันในทีมงานที่เกี่ยวข้อง นั่นคือการเน้นในส่วนของ context และ study หรือ learning ในวงล้อ PDSA โดยไม่ต้องบรรยายวิธีการหรือหลักคิด เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระในการจัดทำเอกสาร

การตามรอย

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

Enquiry มีความหมายในเชิงของการค้นหาความจริง การเจาะลึก การทำความเข้าใจกับสถานการณ์ อาจมีความใกล้เคียงไปทางการวิจัย

คำถามที่อยู่ในแนวทางฉบับนี้มีเป้าหมายเพื่อต้องการกระตุ้นให้เกิดการถอดบทเรียนจากงานที่ทีมงานของโรงพยาบาลได้ทำลงไป การร่วมกันตอบคำถามควรมีลักษณะของการสนทนามากกว่ามุ่งทำเอกสาร การตอบควรนึกถึงรูปธรรมที่แท้จริงๆ เพื่อจะได้สามารถเจาะลึกต่อจากเรื่องดังกล่าวได้ ไม่ควรตอบตามหลักการซึ่งไม่เกิดประโยชน์

บทเรียนที่เกิดขึ้นอาจมีได้หลายลักษณะ เช่น

- ความเข้าใจ
 - ไม่เข้าใจความหมายของมาตรฐานหรือเรื่องราวนั้นๆ
 - ไม่เข้าใจเป้าหมาย คุณค่า หรือประโยชน์ของสิ่งที่ทำอยู่
- ความก้าวหน้าของการดำเนินการ
 - ไม่สามารถนำแนวคิดและเครื่องมือมาสู่การปฏิบัติได้
 - มีการนำแนวคิดและเครื่องมือมาปฏิบัติ แต่ยังไม่ครอบคลุม ไม่ครบถ้วน ไม่ตรงประเด็น ดิดรูปแบบ
 - มีการปฏิบัติแล้วแต่ยังไม่ได้มีการประเมินผลว่าสิ่งที่ทำนั้นเกิดประโยชน์เพียงใด บรรลุเป้าหมายหรือไม่
 - มีการปฏิบัติและมีการประเมินผล
 - มีการปฏิบัติ การประเมินผล และนำผลการประเมินมาปรับปรุง
- บทเรียนเกี่ยวกับเนื้อหา
 - ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน และการใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว
 - สิ่งที่เป็นความสำเร็จ และสิ่งที่ยังต้องดำเนินการต่อ
- บทเรียนและคุณค่าทั่วไป
 - หลักคิดสำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ
 - ความรู้สึกของผู้เกี่ยวข้อง

คำถามที่จัดทำขึ้นสำหรับการตามรอยและการถอดบทเรียนนี้ เป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการสนทนา เมื่อนำเรื่องเล่ามาเล่าสู่กันฟัง จะเห็นประเด็นที่อยากพูดคุยกันต่อเนื่อง ถ้าเป็นไปได้ ควรเชื่อมโยงเรื่องเล่าเข้ากับ core values ของกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

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

I-1 การนำองค์กร

SPA I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)

การกระทำของผู้นำระดับสูง ชี้นำและทำให้องค์กรยั่งยืน ผ่านวิสัยทัศน์และค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผลกับบุคลากร การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ.

ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม

(1) ผู้นำระดับสูงชี้นำองค์กรด้วยการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม เป็นลายลักษณ์อักษร และถ่ายทอดสิ่งเหล่านี้ลงสู่การปฏิบัติ รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจความมุ่งหมายและการใช้ประโยชน์ของวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม
 - วิสัยทัศน์ คือภาพอนาคตหรือทิศทางที่องค์กรจะมุ่งไป สิ่งที่ตั้งใจจะเป็น สิ่งที่ต้องการให้ผู้อื่นรับรู้ (Where are we going?) มีไว้เพื่อสร้างความฝันและแรงบันดาลใจ
 - พันธกิจ คือการระบุเหตุผลที่มีการจัดตั้งองค์กร (Why does the organization exist?)
 - ค่านิยม คือหลักการชี้นำและพฤติกรรมซึ่งเป็นที่คาดหวังว่าองค์กรและคนในองค์กรจะยึดถือในการปฏิบัติ
- ผู้นำระดับสูงทบทวนพันธกิจ วิสัยทัศน์ ขององค์กร
 - ทบทวนว่าพันธกิจจะบรรลุวัตถุประสงค์ต้องทำอะไรให้กับชุมชนที่ให้บริการ ในลักษณะที่กระชับ
 - ตรวจสอบให้มั่นใจว่าวิสัยทัศน์นั้นจับใจ จำได้ ทำได้ เร้าใจ จุด ประกาย มีความหมายต่อทุกคน
- ผู้นำระดับสูงเทียบเคียงและเชื่อมโยงค่านิยมขององค์กรกับค่านิยมของ HA/HPH พยายามใช้ประโยชน์จากค่านิยมขององค์กร และครอบคลุมค่านิยมของ HA/HPH ที่สำคัญครบถ้วน
 - ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ชยันทบทวน
 - เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด
 - ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้ (ขยายความเป็น 18 ข้อ ตามภาคผนวก 2 ของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 หน้า 169-187)
 - ค่านิยม systems perspective เป็นพื้นฐานสำคัญที่สุด ประกอบด้วย
 - Synthesis เห็นการปรากฏอยู่และความเชื่อมโยงของระบบ/หน่วยงาน ต่าง ๆ ในองค์กร เป็นองค์กรรวมที่เป็นเนื้อเดียวกัน (unified whole) มีความเคารพในองค์กรประกอบย่อยต่าง ๆ

เหล่านั้น รับรู้และตอบสนองความต้องการของกันและกัน ให้ทุกข้อต่อของห่วงโซ่มีความแข็งแรง

- Alignment ทำความเข้าใจและนำมาปฏิบัติซึ่งถ้อยคำหลักขององค์กร (วิสัยทัศน์ ค่านิยม สมรรถนะหลัก) ในทุกระดับ มีความสอดคล้องกันของเป้าหมาย แผน กระบวนการ วัตถุประสงค์ ปฏิบัติการ
 - Integration องค์กรประกอบ/ระบบงาน/หน่วยงานต่างๆ ทำงานอย่างเชื่อมโยงกัน เป็นหนึ่งเดียวกัน เอื้อต่อกันและกันเพื่อผลลัพธ์ที่ต้องการ
- ผู้นำระดับสูงมอบให้มีการจัดทำตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของการปฏิบัติตามค่านิยมเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งสิ่งที่พึงปฏิบัติ (Do) และสิ่งที่ไม่พึงปฏิบัติ (Don't) เพื่อสื่อสารในองค์กร
 - ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ทบทวนหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงานว่ามีส่วนสนับสนุนให้พันธกิจขององค์กรบรรลุผลอย่างไร
 - ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ถ่ายทอดวิสัยทัศน์และค่านิยมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนำไปปฏิบัติ โดยเชื่อมโยงกับบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน เริ่มจากสิ่งที่สมาชิกปฏิบัติอยู่แล้ว และชวนกันยกระดับการปฏิบัติให้มากขึ้น
 - ผู้นำระดับสูงร่วมกันพิจารณาว่าจะนำค่านิยมขององค์กรและค่านิยมของ HA/HPH ไปปฏิบัติให้เห็นเป็นตัวอย่างได้อย่างไร และนำไปปฏิบัติเป็นแบบอย่างในผู้นำทุกระดับ
 - ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความมุ่งมั่นของบุคลากรที่จะนำวิสัยทัศน์และค่านิยมมาสู่การปฏิบัติเพื่อผลการดำเนินงานที่ดีขององค์กร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

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

(2) ผู้นำระดับสูงกำหนดหลักจริยธรรมและแนวปฏิบัติที่พึงประสงค์เป็นลายลักษณ์อักษร ที่ช่วยชี้นำการตัดสินใจและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และสังคมโดยรวม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจความหมายของคำที่เกี่ยวข้อง
 - คุณธรรม (moral) เป็นคุณลักษณะที่อยู่ภายในตัวคน เป็นความตั้งใจที่แท้ที่ทำให้เคยชินต่อการประพฤติดี เป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีจริยธรรม เป็นจุดเริ่มของการพัฒนาเพื่อให้มีจริยธรรม

- จริยธรรม (ethics) เป็นคุณลักษณะของความดีงามที่ปรากฏออกมาภายนอก ว่าเป็นการตัดสินใจ และปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม
- หลักจริยธรรม (ethical principles) คือหลักการหรือค่านิยมพื้นฐานที่แสดงถึงคุณลักษณะของการตัดสินใจและการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม
- แนวปฏิบัติที่พึงประสงค์หรือประมวลจรรยาบรรณ (code of conduct) คือกรอบแนวทางการประพฤติปฏิบัติที่อิงตามหลักจริยธรรมขององค์กร ระบุข้อปฏิบัติที่พึงกระทำและข้อห้ามต่าง ๆ
- ผู้นำระดับสูงกำหนดหลักจริยธรรมที่จะใช้ชี้นำการตัดสินใจและการปฏิบัติของทุกคนในองค์กร โดยพิจารณาจาก
 - หลักจริยธรรมสากล ได้แก่
 - ความเที่ยงธรรม (justice) เช่น การปฏิบัติต่อทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน การกระจายทรัพยากร การไม่เลือกปฏิบัติ
 - เคารพความอิสระและเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือก และให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การขอคำยินยอม การปรับการรักษาให้เหมาะสมกับความพึงใจของแต่ละคน
 - การทำความดีแก่ผู้อื่น (beneficence) เช่น การปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบ ระมัดระวัง เป็นไปตามมาตรฐานและความรู้ที่ทันสมัย ประเมินผลงานที่กระทำลงไป
 - ความซื่อสัตย์ (fidelity) เช่น ความจริงใจ การสร้างความสัมพันธ์ การรักษาความลับ การสร้างความไว้วางใจ และการให้ข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์ การหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน
 - ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (non-maleficence) ทั้งจากการกระทำและการไม่กระทำ
 - มาตรฐานทางจริยธรรมข้าราชการพลเรือน
 - การยึดมั่นและยืนหยัดทำในสิ่งที่ถูกต้อง (=beneficence)
 - ความซื่อสัตย์สุจริตและความรับผิดชอบ (=fidelity)
 - การปฏิบัติหน้าที่ด้วยความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้
 - การปฏิบัติหน้าที่โดยไม่เลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม (=justice)
 - การมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน
- ผู้นำระดับสูงสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดทำแนวปฏิบัติที่พึงประสงค์หรือประมวลจริยธรรม ตามหลักจริยธรรมที่องค์กรกำหนด และสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด (รวมถึงผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ) รับรู้

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินการรับรู้หลักจริยธรรมและแนวปฏิบัติที่พึงประสงค์/ประมวลจริยธรรมของบุคลากร

(3) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรมที่ดี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงวิเคราะห์ความเสี่ยงที่จะมีการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายละเมิดหลักจริยธรรม และจัดให้มีระบบที่จะเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด
- ผู้นำระดับสูงปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างของความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรมที่ดี
- ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมขององค์กรที่ส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม
 - มีกระบวนการที่สมดุลในเรื่องการให้ความรู้และรณรงค์, รางวัลและแรงจูงใจ, กฎระเบียบข้อบังคับ, สร้างบรรทัดฐานของสังคม, กำหนดเป็นนโยบาย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สิ่ง ผู้นำพยายามดำเนินการส่งเสริม และการรับรู้ของบุคลากร

ข. การสื่อสาร

- (1) ผู้นำระดับสูงใช้การสื่อสารอย่างได้ผลและสร้างความผูกพันกับกำลังคนทั้งองค์กร และผู้รับบริการที่สำคัญ สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญและความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง จูงใจกำลังคนให้มีผลการดำเนินการที่ดี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจวิธีการสื่อสารที่ได้ผล
 - ผู้รับสารที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้แก่ กำลังคนทั้งองค์กร ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - ช่องทางการสื่อสาร ซึ่งควรเน้นการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การสื่อสารสองทาง และการสื่อสารผ่านเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ
 - ประเด็นในการสื่อสาร ซึ่งควรให้ความสำคัญกับสิ่งที่องค์กรมุ่งเน้น (เข็มมุ่ง) การตัดสินใจที่สำคัญ ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง
- ผู้นำระดับสูงกำหนด/ทบทวนวิธีการสื่อสารกับบุคลากรในองค์กร (อาจจัดทำเป็นตารางแสดงถึงวิธีการสื่อสาร เนื้อหาที่สื่อสาร/กลุ่มเป้าหมาย ความถี่) รวมทั้งการสื่อสารไปสู่เครือข่ายที่ไม่เป็นทางการในองค์กร
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจการสร้าง ความผูกพันกับกำลังคนและการจูงใจเพื่อให้มีผลการดำเนินการที่ดี
 - ทำความเข้าใจระดับขั้นของความผูกพัน (ไม่ผูกพัน ทำเพราะความกลัว ทำเพราะหัวหน้าสั่ง ทำตามหน้าที่เต็มที รับผิดชอบหมายงานที่ทำหาย สร้างสรรค์งานด้วยตนเองโดยไม่ถามว่าองค์กรให้อะไร)
 - ทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันและแรงจูงใจของกำลังคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเป็นสมาชิกที่มีคุณค่าของทีม การอยู่ในทีมที่ประสบความสำเร็จ การได้ทำงานที่มีความหมาย และการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความไว้วางใจกัน
 - ทำความเข้าใจบทบาทของผู้นำในการสร้างความผูกพันด้วยการโค้ช การนำด้วยวิสัยทัศน์/ความใฝ่ฝัน การเสริมพลัง การสร้างความไว้วางใจ
 - ทำความเข้าใจบทบาทของผู้นำในการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้มีผลการดำเนินการที่ดี ทั้งการสร้างแรงบันดาลใจ การจูงใจเพื่อพัฒนาตนเอง การยกย่องชมเชย การให้รางวัลหรือค่าตอบแทนเป็นตัวเงิน
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจความมุ่งหมายของการให้อำนาจตัดสินใจ (empowerment) ในเชิงการบริหารจัดการ ว่ามุ่งให้อำนาจและความรับผิดชอบแก่บุคลากรเพื่อตัดสินใจ ณ จุดที่ใกล้ชิดผู้ป่วย / ผู้รับบริการมากที่สุด เพื่อช่วยให้บุคลากรสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย / ผู้รับบริการตั้งแต่วินาทีแรก รวมทั้งปรับปรุงกระบวนการและผลลัพธ์ของการทำงานในความรับผิดชอบของตน
- ผู้นำระดับสูงกำหนดขอบเขตการให้อำนาจตัดสินใจ (empowerment) แก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ตัวอย่างการตัดสินใจที่ผู้นำต้องการให้เกิดขึ้น รวมทั้งสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินความเข้าใจ (ผลของการสื่อสาร) ความมั่นใจ (ผลของการให้อำนาจตัดสินใจ) ความอยากทำ (ผลของการให้รางวัลและยกย่องชมเชย) ต่อทิศทางและจุดเน้นขององค์กร การมุ่งเน้นผล **การดำเนินการที่ดี** และนำผลการประเมินมาปรับปรุงการสื่อสาร **การสร้างความผูกพัน** การให้อำนาจตัดสินใจ **และการจูงใจ**

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาพรวมของวิธีการสื่อสารโดยสรุป
- ผลการประเมินประสิทธิผลของการสื่อสาร **การสร้างความผูกพัน** การให้อำนาจตัดสินใจ **และการจูงใจ** รวมทั้งการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

ค. ผลการดำเนินงานขององค์กร

(1) ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ บรรลุพันธกิจ เป็นองค์กรที่คล่องตัว มีวัฒนธรรมความปลอดภัย มีการเรียนรู้ มีการสร้างนวัตกรรม และสร้างความผูกพันกับผู้รับบริการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ เช่น (1) การกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ และลำดับความสำคัญในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย (priority หรือเข็มมุ่งในแต่ละช่วงเวลา) (2) การสร้างหลักประกันว่าบริการที่จัดให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ (3) การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพด้วยการฝึกอบรมและให้โอกาส, การให้แนวทางและความช่วยเหลือ, การจัดอุปสรรคในการพัฒนา, การสร้างแรงจูงใจและให้รางวัล, การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น, การปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (4) และติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย (5) การส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบรรลุพันธกิจและวัตถุประสงค์ขององค์กร เช่น การกำหนดความคาดหวังที่ชัดเจน, การติดตามความก้าวหน้า, การให้ความช่วยเหลือในประเด็นที่เป็นความท้าทายต่างๆ
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความคล่องตัวขององค์กร เช่น การปรับเปลี่ยนข้อบังคับหรือแนวทางปฏิบัติเมื่อจำเป็น การให้อำนาจแก่ผู้บริหารระดับต้นในการตัดสินใจเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การทำให้ระบบงานต่างๆ มีความยืดหยุ่นมากขึ้น
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย โดย
 - กำหนดเรื่องความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเป็นวัตถุประสงค์สำคัญในแผนกลยุทธ์
 - ส่งเสริมให้มีการนำ Patient Safety Goals : SIMPLE มาศึกษา ปฏิบัติ และติดตาม ตามความเหมาะสม (ปฏิบัติให้มากที่สุด เลือกติดตามเท่าที่จำเป็น อาจจะใช้แนวคิดร่วมด้วยช่วยกัน One Staff One Issue แจกประเด็นความปลอดภัยให้บุคลากรที่อาสาสมัครไปติดตามการปฏิบัติในแต่ละประเด็น แล้วนำมารายงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ)
 - ผู้นำทุกระดับสร้างความมั่นใจในระบบรายงานอุบัติการณ์ว่าจะไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้รายงาน ทั้งด้วยการกำหนดนโยบาย การทำความเข้าใจ และการปฏิบัติ
 - ผู้นำระดับสูงจัดให้มี Patient Safety Leadership Walkround เพื่อสื่อสารทิศทางและค่านิยมในเรื่องความปลอดภัย รับทราบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากเจ้าหน้าที่
 - ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้นำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาวิเคราะห์ (ทำ RCA ด้วยวิธีการที่เหมาะสม) และปรับปรุงระบบที่มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น (ใช้แนวคิด Human Factors Engineering)

- ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้ใช้การพูดคุยกันบ่อยๆ อย่างสั้นๆ ในทุกโอกาส เพื่อเพิ่มความตระหนักในเรื่องความเสี่ยง เช่น Morning Brief, Safety Brief, การทบทวนข้างเตียง, การส่งต่อระหว่างเวร
- ประเมินปัจจัยและตัวแปรสำคัญที่สะท้อนถึงการมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร เช่น ใช้ Patient Safety Culture Survey ของ AHRQ หรือ [Manchester Patient Safety Framework](#) และนำผลที่ได้มาพิจารณาปรับปรุง
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในระดับองค์กรและบุคลากร เช่น การจัดให้มีแหล่งข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ที่เข้าถึงได้ง่ายรวมทั้งการเรียนรู้ผ่านระบบ internet, การส่งเสริมให้มีทักษะในการตั้งคำถามเพื่อแสวงหาความรู้ในงานประจำ, การส่งเสริมให้มีการรวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Community of Practice), การนำผลงานด้านการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล มาใช้เรียนรู้เพื่อการตัดสินใจในระดับองค์กร
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างนวัตกรรม เช่น การมีระบบข้อเสนอแนะ, การฝึกอบรมความคิดสร้างสรรค์, การส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมเชิงระบบ, การส่งเสริมให้แสวงหาและนำแนวคิดใหม่ๆ มาทดลองใช้
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสัมพันธภาพในการทำงานที่ดี
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความร่วมมือและการประสานบริการ เช่น การจัดโครงสร้างการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนระบบบริการเฉพาะโรคที่มีการประสานในทุกขั้นตอนและทุกจุดบริการ การเข้าร่วมแก้ไขปัญหาที่มีความอ่อนไหว (sensitive) ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างหน่วยงาน
- ประเมินบรรยากาศด้านต่างๆ ทั้งในด้านการรับรู้ของบุคลากร และผลงานที่เกิดขึ้น และนำไปใช้วางแผนพัฒนาต่อเนื่อง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- วิธีการใหม่ๆ หรือนวัตกรรมที่นำมาใช้ในการสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศ
- ผลการประเมินบรรยากาศในด้านต่างๆ ข้างต้น และแผนพัฒนาที่เกิดขึ้น
- การปรับปรุงที่เป็นผลจากการทำ Leadership Walkround
- ผลการประเมินระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(2) ผู้นำระดับสูงกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติเพื่อบรรลุพันธกิจและการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร ระบุการปฏิบัติที่จำเป็น และกำหนดความคาดหวังในการสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ปวย/ผู้รับผลงานอื่น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ (focus on action) โดย
 - เลือกวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์หรือประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญมากำหนดเป็นจุดเน้นสำหรับการปฏิบัติ
 - ทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินการตามช่วงเวลาที่เหมาะสม วิเคราะห์ความก้าวหน้าในการพัฒนาตามแผน การบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์ขององค์กร นำประเด็นที่ไม่บรรลุเป้าหมายมากำหนดเป็นจุดเน้นในการพัฒนา
 - กำหนดความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว โดยพิจารณาคุณค่าต่อผู้รับผลงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ อย่างสมดุล
- ผู้นำระดับสูงสื่อสารจุดเน้นสำหรับการปฏิบัติไปยังหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง ให้การสนับสนุนการนำจุดเน้นไปสู่การปฏิบัติ
- ผู้นำระดับสูงติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามจุดเน้น ให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- จุดเน้นของการพัฒนา และระดับความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว
- บทเรียนหรือนวัตกรรมที่ผู้นำใช้กระตุ้นให้นำจุดเน้นไปสู่การปฏิบัติ
- ผลการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามจุดเน้น

SPA I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)

องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม มีความรับผิดชอบต่อสังคม.

แสดงถึงระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ สร้างความมั่นใจว่ามีการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม และมีส่วนสนับสนุนต่อสุขภาพของชุมชน.

ก. การกำกับดูแลองค์กร

(1) ระบบกำกับดูแลองค์กร ทบทวนและประสบความสำเร็จในประเด็นต่อไปนี้: ความรับผิดชอบต่อในการกระทำของผู้นำระดับสูง ความรับผิดชอบต่อแผนกลยุทธ์ ความรับผิดชอบด้านการเงิน ความโปร่งใสในการดำเนินการ การตรวจสอบภายในและภายนอกที่เป็นอิสระและมีประสิทธิภาพ การพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจระบบการกำกับดูแลกิจการ (governance system) ในบริบทขององค์กร (หมายถึงระบบที่อยู่เหนือคณะผู้บริหาร) เช่น
 - คณะกรรมการโรงพยาบาลที่มีอำนาจกำกับดูแลผู้บริหารโรงพยาบาล (ในภาคเอกชนหรือองค์กรมหาชน)
 - ส่วนราชการต้นสังกัดของโรงพยาบาล รวมทั้งระบบการนิเทศงาน และการติดตามประเมินผลงานของโรงพยาบาลและผู้บริหาร รวมไปถึงการกำกับดูแลโดยระบบประกันสุขภาพหรือองค์กรวิชาชีพ
- ผู้นำระดับสูงทบทวนคุณค่าเพิ่มเติมที่ได้จากการติดตามประเมินผลและข้อเสนอแนะของระบบการกำกับดูแลกิจการ (รวมถึงระบบตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก), ติดตามการนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติ
- ผู้นำระดับสูงวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อข้อครหาในเรื่องความไม่โปร่งใสในการตัดสินใจของผู้บริหาร และดำเนินการเพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับทราบกระบวนการตัดสินใจและความโปร่งใสในการดำเนินงานของผู้บริหาร
- ผู้นำระดับสูงทบทวนพันธสัญญา (performance agreement) และระบบรายงานระหว่างผู้กำกับดูแลกิจการกับผู้บริหาร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการรับรู้ผลการดำเนินงานสำคัญขององค์กรโดยผู้กำกับดูแลกิจการ และให้ข้อคิดเห็นป้อนกลับต่อผู้บริหาร
- ผู้นำระดับสูง อาจมอบหมายให้มีการสำรวจและรับเสียงสะท้อนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานของผู้บริหาร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- คุณค่าเพิ่มและการปรับปรุงระบบงานที่เป็นผลมาจากข้อเสนอแนะของระบบการกำกับดูแลกิจการ (รวมถึงระบบตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก)

(2) องค์กรประเมินผลการดำเนินการของผู้ในระดับสูง ระบบการนำ ระบบกำกับดูแลองค์กร และนำผลการประเมิน มาใช้ปรับปรุงผู้นำและระบบการนำ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การประเมินผลการดำเนินการของผู้ในระดับสูง
 - การประเมินผลการดำเนินการของผู้นำอาจใช้การทบทวนภายในกลุ่มผู้นำ (peer reviews), การประเมินอย่างเป็นทางการตามข้อตกลงการปฏิบัติงาน, การรับฟังเสียงสะท้อนจากกำลังคนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งด้วยวิธีที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ, หรือการใช้คณะกรรมการประเมินผล ซึ่งเป็นบุคคลภายนอก
 - ผู้ในระดับสูง กำหนดสมรรถนะในด้านการบริหารจัดการ (managerial competency) นำมาใช้ในการประเมินและพัฒนาผู้นำระดับต่างๆ
- ผู้ในระดับสูง ทบทวนและปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการนำขององค์กร ในประเด็นต่อไปนี้ โดยใช้การทบทวนภายในกลุ่มผู้นำ และการรับเสียงสะท้อนจากกำลังคนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
 - การจัดโครงสร้างองค์กรที่สอดคล้องกับเป้าหมายและหน้าที่
 - การคำนึงถึงสมรรถนะและความต้องการของกำลังคนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - การกำหนดความคาดหวังต่อผลการดำเนินการในระดับที่ท้าทายและการเน้นย้ำค่านิยม
 - กลไกการตัดสินใจของผู้นำ การสื่อสารและนำผลการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ
 - การเลือกสรรและพัฒนาผู้นำ/ผู้บริหาร
 - ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำในสายงานต่างๆ
 - การสร้างความผูกพันและการทำงานเป็นทีมเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร
 - การกระตุ้นและสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม การเสี่ยงในระดับที่เหมาะสม
 - การมีกลไกสำหรับผู้นำในการประเมินตนเอง รับข้อมูลป้อนกลับ และนำไปสู่การปรับปรุง
- การประเมินผลระบบกำกับดูแลองค์กร
 - การประเมินผลระบบกำกับดูแลองค์กร อาจใช้การประเมินตนเองของกรรมการ ร่วมกับการรับฟังเสียงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการใช้คณะกรรมการประเมินผลซึ่งเป็นบุคคลภายนอก

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการนำที่เป็นผลมาจากการทบทวน
- Managerial competency ที่เป็นปัญหาพร้อมของผู้ในระดับต่างๆ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(3) องค์กรวางระบบกำกับดูแลทางคลินิกเพื่อกำกับดูแลองค์ประกอบสำคัญได้แก่ การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ การผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร การทบทวนการดูแลผู้ป่วยหรือการตรวจสอบทางคลินิก ผลสัมฤทธิ์ของการดูแลผู้ป่วย การวิจัยและพัฒนา การเปิดเผยข้อมูล การบริหารความเสี่ยง การจัดการสารสนเทศ และประสบการณ์ของผู้ป่วย. คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกได้รับรายงานอย่างสม่ำเสมอและแสดงความรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจองค์ประกอบสำคัญที่จะต้องมีการรายงานในระบบกำกับดูแลทางคลินิก ทบทวนการดำเนินงานในเรื่องนั้น และผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ
 - การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ (continuing education-CE) ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมทั้งวิชาชีพที่มีกฎหมายรองรับ และวิชาชีพที่ไม่มีกฎหมายระบุไว้ ทั้งกิจกรรมที่ไปศึกษาและฝึกอบรมภายนอก กิจกรรมที่เรียนรู้ด้วยตนเองหรือเรียนรู้ร่วมกันภายในองค์กร โดยมีระบบการจัดเก็บคะแนนสะสมที่ใช้ในการติดตามได้
 - การผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร (ดูการปฏิบัติตามมาตรฐาน I-6.1จ การจัดการเรียนการสอนด้านคลินิก) สถานพยาบาลที่เป็นสถาบันการศึกษาหรือสถาบันสมทบซึ่งเป็นที่ฝึกอบรมอยู่ในข่ายที่จะต้องปฏิบัติตามมาตรฐานเรื่องนี้ กล่าวคือการรายงานโดยสรุปถึงความพร้อมของการผลิต/ร่วมผลิต และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของนักศึกษา/ผู้รับการฝึกอบรม
 - การทบทวนการดูแลผู้ป่วย/การตรวจสอบทางคลินิก คือการเรียนรู้จากผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยซึ่งมักเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และนำมาสู่การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีความรัดกุมขึ้นและอาจรวมถึงการนำแนวคิด Safety II มาใช้ในการทบทวน คือการทบทวนในกรณีที่เกิดผลลัพธ์ดีภายใต้สถานการณ์ที่หลากหลาย ข้อมูลที่รายงานควรมีทั้ง (1) ความครอบคลุม/ความถี่ของการทบทวน (2) ตัวอย่างบทเรียนที่ได้จากการทบทวน การปรับปรุงกระบวนการที่เกิดขึ้น และการติดตามผลของการปรับปรุง (ถ้ามี)
 - ผลสัมฤทธิ์ของการดูแลผู้ป่วย มีองค์ประกอบสำคัญคือ (1) การออกแบบกระบวนการดูแลบนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการ (2) การติดตามผลลัพธ์การดูแลรักษา (3) การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย
 - การวิจัยและพัฒนา ซึ่งมีลักษณะเป็น R2R หรือ health service research หรือ implementation หรือ clinical research ซึ่งควรมุ่งเน้นการสร้างความรู้หรือพิสูจน์ยืนยันประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยที่มิให้บริการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพของกำลังคนขององค์กร
 - การเปิดเผยข้อมูล (openness) ประเด็นสำคัญที่สุดคือการทำให้อัจฉริยะแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้บริหารต้องตระหนักในสำคัญของการออกแบบระบบที่รัดกุมด้วยแนวคิด human factors ร่วมกับการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการทำงานควบคู่ไปด้วย

- การบริหารความเสี่ยง (ดูการปฏิบัติตามมาตรฐาน II-1.2) โดยควรมีการรายงานแนวโน้มของประสิทธิผลของการบริหารความเสี่ยง และปัจจัยองค์กรที่คณะกรรมการกำกับดูแลควรรู้
- การจัดการสารสนเทศ (ดูการปฏิบัติตามมาตรฐาน I-4.1 และ I-4.2) รายงานการครอบคลุมการใช้ประโยชน์จากการวัด วิเคราะห์ สารสนเทศ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการให้บริการผู้ป่วย
- ประสบการณ์ของผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมให้มีการรับรู้และใช้ประโยชน์จากประสบการณ์ของผู้ป่วย ด้วยวิธีที่หลากหลาย ซึ่งควรมีการรายงานการปรับปรุงระบบงานต่างๆ ที่เป็นผลจากการรับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วย
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบในการจัดทำสรุปรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานในแต่ละองค์ประกอบ เสนอให้คณะผู้บริหารรับทราบอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุกงวดสามเดือน โดยรายงานนี้ระบุถึงความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและความพยายามในการแก้ไข รวมทั้งการสนับสนุนที่ต้องการได้รับ
- คณะผู้บริหารพิจารณารายงานความก้าวหน้าและตอบสนองด้วยการให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม
- ผู้บริหารสูงสุดนำเสนอรายงานความก้าวหน้าและการตอบสนองที่ได้ทำลงไปให้แก่คณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิก เพื่อให้ข้อเสนอแนะและการสนับสนุนเพิ่มเติม ซึ่งองค์กรควรใช้โครงสร้างของคณะกรรมการชุดนี้ให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กรและสามารถทำหน้าที่ในการให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างอิสระ เช่น
 - คณะกรรมการที่กำกับดูแลธุรกิจขององค์กรอยู่แล้วของโรงพยาบาลเอกชน
 - คณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากต้นสังกัดให้ดูแลระบบคุณภาพและความปลอดภัยของโรงพยาบาลในสังกัด
 - คณะกรรมการที่มีผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกเป็นองค์ประกอบสำคัญ
 - คณะกรรมการอื่นๆ ตามบริบทของโรงพยาบาล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ข้อเสนอแนะและการตอบสนองที่ได้รับจากคณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิก
- การเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้น

ข. พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม

(1) องค์กรปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ คาดการณ์และเตรียมการเชิงรุกต่อผลกระทบเชิงลบต่อสังคม ความกังวลของสาธารณะ และอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการวิเคราะห์และคาดการณ์ในประเด็นสำคัญต่อไปนี้
 - กฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับที่องค์กรจะต้องปฏิบัติตาม และประเด็นที่อาจเป็นปัญหาในการปฏิบัติขององค์กร เช่น กฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับเกี่ยวกับวิชาชีพ การจ้างแรงงาน สถานพยาบาล อาชีวอนามัยและความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม การเงินการงบประมาณ การพัสดุ เทคโนโลยีสารสนเทศ
 - การคาดการณ์ผลกระทบเชิงลบต่อสังคม ความกังวลของสาธารณะ อันเนื่องมาจากการดำเนินงานขององค์กร
 - ความกังวลของสาธารณะ ควรครอบคลุมเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย การเข้าถึงที่เท่าเทียมและทันการณ์ สิ่งคุกคามใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น การจัดการกับของเสียจากการให้บริการทางการแพทย์
 - โอกาสในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (เช่น นโยบายในเรื่อง recycle, การลดปริมาณขยะ, การประหยัดพลังงาน, นโยบาย green environment)
- ผู้นำระดับสูงกำหนดมาตรการสำคัญเพื่อตอบสนองต่อการวิเคราะห์ดังกล่าว กำหนดเป้าหมาย และวิธีการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (อาจจะใช้วิธีการประเมินเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพหรือร่วมกัน)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การประเมินผลการบรรลุเป้าหมายในเรื่องการปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ, ความเสี่ยง ผลกระทบด้านลบ และความกังวลของสาธารณะ, การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

(2) องค์กรส่งเสริมและสร้างความมั่นใจว่าจะมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรมในปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี มีการติดตามกำกับ และดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทำความเข้าใจในหลักจริยธรรมตาม SPA I-1.1ก(2)
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการวิเคราะห์โอกาสและลักษณะการเกิดปัญหาจริยธรรมในขั้นตอนต่างๆ ของการปฏิบัติงาน ทั้งในด้านคลินิกและด้านอื่นๆ โดยอย่างน้อยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ และระบุเฉพาะประเด็นที่มีโอกาสเป็นปัญหาขององค์กร
 - การคิดค่าบริการ

- การประชาสัมพันธ์
- จริยธรรมและความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ
- การตัดสินใจยุติการรักษา
- การรับไว้/การส่งต่อ
- การวิจัย
- การรักษาผู้มีบุตรยาก
- การปลูกถ่ายอวัยวะ
- การกระทำโดยมีผลประโยชน์ทับซ้อน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้กำหนดมาตรการป้องกันการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมตามหลักจริยธรรม จัดให้มีระบบติดตามกำกับ และการดำเนินการเมื่อมีการฝ่าฝืน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ประเด็นจริยธรรมที่องค์กรให้ความสำคัญ มาตรการป้องกันการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม

(3) องค์กรจัดให้มีกลไกเพื่อการรับรู้และจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ ด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทำความเข้าใจกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ (ethical dilemma) ต่อไปนี้
 - ความมุ่งหมายของมาตรฐานข้อนี้ เป็นไปเพื่อปกป้องคนทำงาน มิใช่การตัดสินใจผิดถูก
 - Ethical dilemma เป็นประเด็นทางจริยธรรมที่ยากในการตัดสินใจเนื่องจากมีฐานคิดทางจริยธรรมที่ขัดแย้งกัน หากตัดสินใจบนฐานคิดหนึ่ง ก็อาจขัดแย้งกับอีกฐานคิดหนึ่ง
 - ขั้นตอนของการพิจารณาเมื่อเกิด ethical dilemma
 - Recognise รับรู้ว่าเกิดประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ เนื่องจากมีความขัดแย้งกันในค่านิยม หลักการ หลักจริยธรรม
 - Break วิเคราะห์เพื่อจำแนกประเด็นหรือหลักการที่ขัดแย้งกันออกมาให้ชัดเจน
 - Seek หาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งต่างๆ ทั้งคำแนะนำขององค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และมุมมองของผู้ป่วย
 - Decision ตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุผลและหลักการที่รับฟังได้ (ถ้าทำได้) และบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
 - Critical Analysis มีกลไกในองค์กรเข้ามาช่วยวิเคราะห์เชิงลึกรอบด้าน กรณีที่ผู้เกี่ยวข้องไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
 - Court อาจจะต้องขอความเห็นจากศาล กรณีที่ไม่สามารถหาข้อยุติได้

- ทบทวนประสบการณ์ขององค์กร
 - ตัวอย่าง ethical dilemma ที่เคยเกิดขึ้นในองค์กร จำแนกตามวิชาชีพต่างๆ รวมทั้ง ethical dilemma ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้บริหาร
 - การตัดสินใจที่เกิดขึ้น
 - กลไกที่ให้ความช่วยเหลือ
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการนำประเด็นที่ยากลำบากในการตัดสินใจเนื่องจากความไม่ลงตัวระหว่างมุมมองต่างๆ (เช่น การตัดสินใจการยุติการรักษา การเลือกช่วยชีวิตคนหนึ่งแต่ต้องสละโอกาสช่วยชีวิตอีกคนหนึ่ง) มาเรียนรู้ร่วมกัน รวบรวมกรณีศึกษาไว้เพื่อประโยชน์สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพที่อาจต้องเผชิญสถานการณ์ดังกล่าว
- ผู้นำระดับสูงกำหนดให้มีกลไกช่วยเหลือ และลักษณะของการตัดสินใจที่เป็นไปได้
 - กลไกช่วยเหลือควรมีลักษณะเป็นที่ปรึกษาหรือคณะที่ปรึกษา อาจจะมีชุดเดี่ยวหรือหลายชุดแยกตามลักษณะปัญหาก็ได้
 - ลักษณะของสถานการณ์และการตัดสินใจที่อาจพบ
 - กรณีฉุกเฉินที่ต้องตัดสินใจโดยเร่งด่วน อาจมีเวลาหรือไม่มีเวลาปรึกษาผู้อื่น
 - กรณีที่ใช้เวลาให้สถานการณ์คลี่คลาย
 - กรณีที่ต้องใช้ความพยายามมากกว่าธรรมดาเพื่อหาทางก้าวข้ามทางเลือกที่มีอยู่
 - กรณีที่ควรปรึกษาคณะที่ปรึกษาในองค์กร
 - กรณีที่ควรปรึกษาองค์กรวิชาชีพหรือหน่วยงานภายนอก

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปเหตุการณ์ ethical dilemma ที่เคยเกิดขึ้นใน 2-3 ปีที่ผ่านมา การใช้กลไกช่วยเหลือ และบทเรียนที่เกิดขึ้น

ค. ความรับผิดชอบต่อสังคม

(1) องค์กรมีส่วนรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคม ทั้งในด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงให้ความสนใจในประเด็นต่อไปนี้
 - ความรับผิดชอบต่อสังคม (societal responsibility) มิใช่การประชาสัมพันธ์หรือสร้างภาพลักษณ์ให้องค์กร แต่เป็นการสร้างประโยชน์และความผาสุกให้แก่สังคมอย่างสมดุล เป็นการสนับสนุนเป้าหมายที่สำคัญของสังคมภายใต้ทรัพยากรที่องค์กรมีอยู่
 - สิ่งที่องค์กรสามารถทำให้แก่สังคมได้อาจจะเป็น
 - การรักษาสิ่งแวดล้อมหรืออนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ
 - การเพิ่มความเข้มแข็งให้กับชุมชนโดยรอบ และการเตรียมพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน
 - การสนับสนุนหรือปรับปรุงบริการสาธารณะ เช่น การศึกษา บริการสุขภาพ
 - การเป็นแบบอย่างที่ดีในประเด็นที่มีความสำคัญทางสังคม
 - การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจให้แก่ชุมชน
 - การแบ่งปันสารสนเทศ
 - การสร้างประโยชน์และความผาสุกให้แก่สังคมอาจทำได้โดย
 - ผนวกเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์
 - ผนวกเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวัน
 - จัดเป็นกิจกรรมพิเศษ

1 – 2 การบริหารเชิงกลยุทธ์

SPA I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STG.1)

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์

(1) องค์กรมีการวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสม ในด้านกรอบเวลา ขั้นตอน ผู้มีส่วนร่วม. มีการพิจารณาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม และความคล่องตัวขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนทำความเข้าใจความหมายต่อไปนี้
 - ความหมายของ “กลยุทธ์” (strategy) ในเชิงกว้าง อาจเป็นผลมาจากหรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้: การจัดการใหม่, รายได้ที่เพิ่มขึ้น, การลงทุน, การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร, ความสัมพันธ์ใหม่ๆ กับบุคลากรหรืออาสาสมัคร, การเป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศ, การเป็นผู้นำในการวิจัย, การเป็นผู้ให้บริการเชิงบูรณาการ, การตอบสนองความต้องการของชุมชนหรือความต้องการด้านสาธารณสุข
 - การจัดทำกลยุทธ์ (strategy development) หมายถึงแนวทางที่องค์กรใช้เตรียมการสำหรับอนาคต ซึ่งอาจจะใช้วิธีการต่างๆ ในการคาดการณ์ พยากรณ์ ทางเลือก ฉากทัศน์ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น นำไปสู่การตัดสินใจและจัดสรรทรัพยากร
 - การเปลี่ยนแปลงขององค์กรมีสามลักษณะ
 - การเปลี่ยนแปลงเชิงการพัฒนา (Developmental Change) เป็นการปรับปรุงในสิ่งที่ทำอยู่ ไม่ได้สร้างสิ่งใหม่ เช่น ปรับปรุงทักษะ กระบวนการ วิธีการ มาตรฐานงาน สภาวะแวดล้อม
 - การเปลี่ยนแปลงเพื่อเปลี่ยนผ่าน (Transitional Change) เป็นการทดแทนสิ่งเดิมด้วยบางอย่างที่เป็นสิ่งใหม่โดยสิ้นเชิง ต้องมีการออกแบบ new state และนำไปปฏิบัติ ต้องยอมละทิ้งวิธีปฏิบัติงานเดิมๆ อาจจะต้องใช้การจัดการและเครื่องมือบริหารการเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างของการเปลี่ยนแปลงลักษณะนี้ เช่น การปรับโครงสร้างองค์กร การควบรวมกิจการ การสร้างผลิตภัณฑ์และบริการใหม่ที่มาแทนของเก่า การนำ IT มาใช้โดยไม่ต้องเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมหรือพฤติกรรมของผู้คน เป็นการเปลี่ยนแปลงที่กำหนดเป้าหมายในรายละเอียดได้ตั้งแต่แรก ผู้คนเปลี่ยนเพียงทักษะ ไม่ต้องถึงขั้นเปลี่ยน mindset พฤติกรรม และวัฒนธรรม

- 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 หรือโมเดลธุรกิจใหม่ๆ 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
- ผู้นำระดับสูงดำเนินการต่อไปในช่วงของการวางแผนและการทบทวนกลยุทธ์
 - ร่วมกันกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ขององค์กร
 - พิจารณาความเสี่ยงและปัจจัยอื่นๆ อย่างรอบด้านและเลือกโอกาสเชิงกลยุทธ์มาดำเนินการ
 - ส่งเสริมให้ใช้นวัตกรรมเพื่อดำเนินการตามโอกาสเชิงกลยุทธ์ดังกล่าว

(3) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้ในการจัดทำกลยุทธ์: ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ/ชุมชนที่รับผิดชอบ ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ สิ่งที่คุณค่าความสำเร็จ โอกาสเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อม จุดบอดที่เป็นไปได้ในการวางแผน ความสามารถในการนำไปปฏิบัติ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้เพื่อใช้ในการจัดทำกลยุทธ์
 - ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ/ชุมชนที่รับผิดชอบ

- ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ (ความอยู่รอดและความยั่งยืนขององค์กร, ทุนมนุษย์) ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ สิ่งที่คุณค่าความสำเร็จ
- โอกาสเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อม
- ปัจจัยอื่นๆ ที่จะมีผลต่อความสำเร็จขององค์กร
 - มุมมอง / ความคาดหวังของผู้รับบริการและชุมชน
 - วัฒนธรรม นโยบาย แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยและการป้องกันความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย
 - สภาพแวดล้อมด้านความร่วมมือ การแข่งขัน และความสามารถขององค์กรเปรียบเทียบกับองค์กรที่มีลักษณะคล้ายกัน
 - วงรอบชีวิต (life cycle) ของบริการสุขภาพ
 - นวัตกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีที่อาจมีผลต่อการจัดบริการ
 - ความต้องการขององค์กรในด้านบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆ
 - โอกาสที่จะปรับเปลี่ยนการใช้ทรัพยากรไปสู่บริการสุขภาพที่มีความสำคัญสูงกว่า
 - ความเสี่ยงทางการเงิน สังคม จริยธรรม กฎระเบียบข้อบังคับ เทคโนโลยี และความเสี่ยงอื่นๆ
 - ความสามารถในการป้องกันและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน
 - สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปของระบบบริการสุขภาพและเศรษฐกิจ
 - 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
 - ทำทนายสมาชิกในทีมให้มองผ่านสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนและลองใช้จินตนาการ พิจารณาว่าจุดแข็งขององค์กรจะเป็นจุดอ่อนได้อย่างไร และจุดอ่อนขององค์กรจะเป็นจุดแข็งได้อย่างไร
 - ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างที่เราไม่คาดฝันมาก่อนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา และใช้คำถามต่อไปนี้
 - วันนี้เราเรียนรู้อะไร ที่เราไม่เคยรู้มาก่อนเมื่อ 5 ปีที่แล้ว
 - คนอื่นมีการเตรียมตัวอย่างไร ในสิ่งที่เราไม่ได้เตรียมตัวไว้ก่อน
 - มีความผิดพลาดหรือการเสียโอกาสอะไรที่ดูเหมือนจะเกิดขึ้นซ้ำได้อีก

- วัฒนธรรมของเรามีข้อจำกัดอะไร
- ประเด็นอะไรที่เป็นเรื่องที่น่ามาพูดคุยกันไม่ได้ในองค์กรแห่งนี้
- แผนกลยุทธ์ซึ่งจัดทำขึ้นเมื่อ 5 ปีที่แล้วมีความเหมาะสมเพียงใด
- มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบางอย่างที่เราไม่ได้เตรียมตัวรับมือไว้สำหรับอนาคต (แม้เราจะคิดว่ามีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมากก็ตาม) ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ / ชุมชนที่รับผิดชอบ
 - ข้อมูลการมารับบริการ
 - ข้อมูลระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพในพื้นที่
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนความสามารถในการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ
 - ความสามารถในการระดมทรัพยากรและความรู้ที่จำเป็น
 - ความคล่องตัวขององค์กรในการปฏิบัติตามแผนสำรอง
 - การปรับเปลี่ยนแผนและปฏิบัติตามแผนที่มีการปรับเปลี่ยน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญ
- ความจำเป็นที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม ความคล่องตัวขององค์กร โอกาสเชิงกลยุทธ์ ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์
- สรุป potential blind spot หรือสิ่งที่ไม่เคยรับรู้มาก่อน

(4) องค์กรกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กรที่จะทำให้บรรลุพันธกิจขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจความหมายของ “สมรรถนะหลักขององค์กร” (organization core competency)
 - เป็นความสามารถขององค์กรที่มีลักษณะสำคัญดังนี้
 - เป็นหลักในการทำให้บรรลุพันธกิจ วิสัยทัศน์
 - องค์กรมีความเชี่ยวชาญมากที่สุด (areas of greatest expertise)
 - มีความสำคัญเชิงกลยุทธ์ ทำให้มีข้อได้เปรียบในการแข่งขัน
 - ถ้าขาดสมรรถนะหลักที่จำเป็น จะกลายเป็นความท้าทายเชิงกลยุทธ์ขององค์กร
 - สมรรถนะหลักขององค์กรอาจเกิดจากสิ่งต่อไปนี้
 - ความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี
 - การให้บริการที่เป็นเอกลักษณ์
 - ตลาดเฉพาะกลุ่มที่น่าสนใจ (niche market)
 - business acumen ในเรื่องเฉพาะ

- ความเข้าใจที่อาจสับสนหรือคลาดเคลื่อน
 - สมรรถนะหลักขององค์กรเป็นสมรรถนะโดยรวมขององค์กร แตกต่างจากสมรรถนะหลักของบุคลากร (staff core competency) ซึ่งเป็นสมรรถนะของบุคลากรแต่ละคนที่ต้องมีให้สอดคล้องกับค่านิยมหลักขององค์กร
 - สมรรถนะหลักขององค์กรเป็นความสามารถที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จตามพันธกิจ เป็นความสามารถที่คนส่วนใหญ่ขององค์กรมีส่วนร่วม การระบุว่าความเชี่ยวชาญเฉพาะหรือศูนย์ความเป็นเลิศคือสมรรถนะหลักขององค์กรอาจจะแคบเกินไป
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องศึกษาตัวอย่างการกำหนดความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร
 - Mercy Health System (MBNQA winner 2007)
 - 1) partnering with physicians to create and maintain an effective **integrated healthcare delivery system**
 - 2) engaging employees and physicians using the Servant Leadership Philosophy and the COE model, which provide a balanced approach to **patient focused care**
 - ตัวอย่างอื่นๆ
 - การร่วมมือกับชุมชนและองค์กรในท้องถิ่นเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนและสมาชิกในการดูแลสุขภาพของตนเอง
 - การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์
 - การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บูรณาการเข้าไปในชุมชน
 - การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศในด้านอุบัติเหตุและโรคหัวใจ
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องทบทวนพันธกิจและสิ่งแวดล้อมขององค์กร แล้วร่วมกันกำหนด**สมรรถนะหลัก**ขององค์กร
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องนำ**สมรรถนะหลักขององค์กร**ที่กำหนดขึ้นมาจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาให้เกิดความเชี่ยวชาญยิ่งขึ้น และใช้แนวคิด 3P หรือ PDSA หรือ process management เพื่อติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- **สมรรถนะหลัก**ขององค์กร
- **แนวทางการพัฒนาสมรรถนะหลัก**ขององค์กร

(5) องค์กรตัดสินใจเรื่องกระบวนการทำงานขององค์กรว่ากระบวนการทำงานใดที่จะดำเนินการเอง และกระบวนการทำงานใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ โดยพิจารณาสมรรถนะหลักขององค์กรเองและองค์กรภายนอก การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และความร่วมมือกับภายนอกเพื่อความยั่งยืนและประสิทธิภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจความหมายของคำว่าระบบงาน (work systems) ในภาพใหญ่ตามที่ MNBQA ให้ความหมายไว้
 - ระบบงานหมายถึงวิธีการที่ทำให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ ประกอบด้วยกระบวนการทำงานภายในและทรัพยากรภายนอก ที่องค์กรนำมาพัฒนาและสร้างผลิตภัณฑ์/บริการ ส่งมอบให้แก่ลูกค้า และประสบความสำเร็จในตลาด
 - ระบบงานเกี่ยวข้องกับกำลังคน พันธมิตรและผู้ส่งมอบหลัก ผู้รับช่วง คู่ความร่วมมือ และองค์กรประกอบอื่นๆ ในห่วงโซ่อุปทานที่จำเป็นเพื่อการผลิตและส่งมอบผลิตภัณฑ์และดำเนินธุรกิจ
 - การตัดสินใจเกี่ยวกับระบบงานเป็นการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ เกี่ยวข้องกับการปกป้องและใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร และตัดสินใจว่าอะไรที่ควรซื้อหรือผลิตจากนอกองค์กร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและองค์กรยังมีที่ยั่งยืนในตลาด
- 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
 - งานที่ต้องทำให้สำเร็จตามพันธกิจขององค์กรคืออะไร
 - พิจารณาว่าอะไรเป็นงานที่ต้องคงไว้ทำเองเพื่อปกป้องและใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร
 - พิจารณาห่วงโซ่อุปทานที่จำเป็นเพื่อให้บริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทและผลงานของผู้ส่งมอบ พันธมิตร คู่ความร่วมมือ ผู้รับช่วง
 - ทบทวนประสิทธิภาพของการให้หน่วยงานภายนอกทำงานแทนในรูปแบบต่างๆ
 - พิจารณารูปแบบความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกใหม่ๆ เพื่อยกระดับประสิทธิภาพหรือขยายบริการ เช่น
 - การพัฒนา software, การให้เอกชนลงทุนเทคโนโลยีราคาแพงในสถานที่ของ รพ., การร่วมมือกับคลินิกเอกชนในการจัดบริการผู้ป่วยนอก, การร่วมมือกับชุมชนในการดูแลผู้ป่วย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ระบบงานโดยรวมของ รพ. และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของแต่ละระบบงาน
- ความร่วมมือกับภายนอกที่ดำเนินการไปแล้ว และที่กำหนดเป็นแผนพัฒนา

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

- (1) มีการจัดทำวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญ และกรอบเวลาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เหล่านั้น. (นำเสนอวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญ)
- (1) **องค์กรระบุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ ค่าเป้าหมายและกำหนดเวลาที่จะบรรลุ.**
- (2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และโอกาสเชิงกลยุทธ์. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สะท้อนสมดุลระหว่างความต้องการด้านต่างๆ ขององค์กร.
- (3) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ **ตอบสนองต่อความต้องการบริการสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มผู้รับบริการ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อม.**

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจในความหมายของวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ว่าเป็นความมุ่งหมายที่ชัดเจนขององค์กร เป็นสิ่งที่องค์กรจะต้องบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาว เป็นการกำหนดทิศทางระยะยาวขององค์กร และใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กร วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์จะมุ่งเน้นทั้งภายนอกและภายในองค์กร เกี่ยวข้องกับโอกาสและความท้าทายที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ตลาด บริการ หรือเทคโนโลยี
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนว่าวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่กำหนดขึ้นนั้น
 - เป็นทิศทางระยะยาวขององค์กร เป็นสิ่งที่องค์กรต้องบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาวหรือไม่
 - สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กรได้หรือไม่
 - มีการกำหนดกรอบเวลาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ชัดเจนหรือไม่
 - มีการตอบสนองต่อความท้าทายที่สำคัญขององค์กรอย่างครบถ้วนหรือไม่
 - มีการใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และโอกาสเชิงกลยุทธ์ขององค์กรเพียงใด
 - ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มประชากรที่ให้บริการหรือไม่
 - มีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นหรือไม่
 - มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมหรือไม่
 - มุ่งไปที่ประเด็นสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กรหรือไม่ เช่น การเข้าถึงและตำแหน่งที่ตั้ง, การปรับบริการให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย (customization), ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร, การสร้างนวัตกรรมอย่างรวดเร็ว, การบริหารความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้รับบริการอื่นๆ, การใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และเทคโนโลยีสารสนเทศในกระบวนการดูแล,

คุณภาพและความปลอดภัย, การสร้างเสริมสุขภาพ, การตอบสนองอย่างรวดเร็ว, การให้บริการในลักษณะบูรณาการ, การให้บริการที่มีต้นทุนต่ำ, การสร้างพันธมิตรและแนวร่วมใหม่ๆ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- 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				
				60	61	62	63	64	SC	CC	SA	SOp		

SPA I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (STG.2)

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและการถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ

- (1) องค์กรจัดทำแผนปฏิบัติการระยะสั้นและระยะยาว เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.
- (2) องค์กรถ่ายทอดแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในองค์กร ผู้ส่งมอบและพันธมิตรที่ร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์. บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบแผนกลยุทธ์แต่ละแผน มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน / ระบบงานต่าง ๆ นำแผนกลยุทธ์ไปจัดทำแผนปฏิบัติการ และนำแผนไปปฏิบัติ
- ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน / ระบบงานต่าง ๆ วิเคราะห์ทิศทางในแผนกลยุทธ์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ร่วมกับบริบทหรือความต้องการของหน่วยงาน / ระบบงาน เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการที่มีเป้าหมายชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ระบุกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงเพื่อบรรลุเป้าหมาย ทรัพยากรที่ต้องใช้ และกำหนดเวลาแล้วเสร็จที่ชัดเจน ซึ่งสามารถติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุผลลัพธ์ได้
- ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน / ระบบงานต่าง ๆ ทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงาน สร้างความตระหนักในบทบาทของแต่ละคน ต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร และเป้าหมายที่หน่วยงานต้องรับผิดชอบ
- ผู้นำระดับสูงจัดให้มีกลไกในการสร้างความเข้าใจและติดตามประเมินการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานในรูปแบบต่าง ๆ เช่น เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตรวจเยี่ยมหน่วยงาน การรายงานความก้าวหน้า ฯลฯ
- ผู้นำระดับสูงสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการพัฒนา
 - วิเคราะห์ความยั่งยืนที่คาดหวัง เช่น วัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมการเรียนรู้
 - วิเคราะห์อุปสรรคต่อความยั่งยืนและปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืน และดำเนินการอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่างแผนปฏิบัติการในประเด็นที่ทำหายมาก ๆ
- ความยั่งยืนของการพัฒนาที่คาดหวังและการดำเนินการเพื่อสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนดังกล่าว

- (3) องค์กรจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่น ๆ เพียงพอเพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงวิเคราะห์ความต้องการทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อนำแผนปฏิบัติไปปฏิบัติให้บรรลุผล พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับทรัพยากรดังกล่าว จัดหาทรัพยากรที่จำเป็น
- ผู้นำระดับสูงจัดลำดับความสำคัญและจัดสรรทรัพยากรให้แก่แผนงาน ระบบงาน และหน่วยงานต่างๆ อย่างสมดุล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับทรัพยากรด้านการเงินและทรัพยากรด้านอื่นๆ รวมทั้งแผนงานที่อาจจะได้รับผลกระทบ และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว

(4) องค์กรจัดทำแผนด้านกำลังคนที่สำคัญเพื่อสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำแผนกำลังคนสนับสนุนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
 - ชี้ความสามารถและอัตรากำลังที่ต้องการเพื่อให้ปฏิบัติตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการได้สำเร็จ โอกาสที่จะมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและอัตรากำลัง
 - ผลกระทบของกลยุทธ์ที่มีโอกาสเกิดต่อกำลังคนขององค์กร
 - ความต้องการอื่นๆ เกี่ยวกับกำลังคน เช่น
 - การเพิ่มอำนาจตัดสินใจ
 - การส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน วิชาชีพ และกับผู้บริหาร
 - การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร
 - การปรับระบบบริหารค่าตอบแทนและการยกย่องชมเชย
 - การศึกษาและฝึกอบรม เช่น การพัฒนาผู้นำในอนาคต การฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีใหม่ๆ ความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา
- จัดทำแผนกำลังคนที่สำคัญเพื่อสนับสนุนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ อย่างเหมาะสมกับพันธกิจ / โครงสร้างองค์กร / ทรัพยากร สอดคล้องกับความต้องการด้านกำลังคนในปัจจุบันและในอนาคต

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปแผนกำลังคนที่สำคัญเพื่อสนับสนุนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ

(5) องค์กรกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้าและความสำเร็จของการนำนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปตัวชี้วัดสำคัญทั้งหมดที่ผู้บริหารระดับสูงใช้ติดตามความก้าวหน้า โดยแสดงความสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์หรือเป้าหมายของแผนปฏิบัติการ

ข. การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ

องค์กรปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการเมื่อมีความจำเป็น และนำแผนที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผน
 - ความก้าวหน้าและระดับผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามแผนหรือการคาดการณ์
 - สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป
- ผู้นำระดับสูงพิจารณาความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในรอบปีที่ผ่านมาและที่มาของการปรับเปลี่ยนดังกล่าว

1 – 3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

SPA I-3.1 เสียงของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCM.1)

องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ในการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวัง.

ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น

- (1) องค์กรรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในปัจจุบัน เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ รวมทั้งการรับฟังข้อมูลป้อนกลับทันทีหลังเข้ารับบริการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนจัดบริการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.
- (2) องค์กรรับฟังเสียงจากกลุ่มที่น่าจะเป็นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในอนาคต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - เสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (voice of patient / customer) คือกระบวนการที่ใช้รับฟังสารสนเทศเกี่ยวกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ซึ่งควรเป็นกระบวนการเชิงรุก (proactive) และควรมีการสร้างนวัตกรรมในการรับฟังอย่างต่อเนื่อง เพื่อรับรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ทั้งที่ระบุชัดเจนและมีได้ระบุชัดเจน เพื่อนำไปใช้สร้างความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
 - ในการรับฟังเสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน อาจรวบรวมข้อมูลประเภทต่างๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการและมีความผูกพันกับองค์กร เช่น ข้อมูลจากการสำรวจ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ ข้อมูลจากระบบประกันสุขภาพ ข้อมูลการตลาดและการขาย ข้อมูลจากระบบรับคำร้องเรียน
 - การรับฟังในช่วงเวลาต่างๆ ของวงจรชีวิตของการเป็นผู้รับผลงาน อาจใช้วิธีการที่แตกต่างกัน และมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน ตัวอย่างการแบ่งวงจรชีวิตของการเป็นผู้รับผลงาน เช่น ก่อนเข้ารับบริการ การรับบริการครั้งแรก การดูแลต่อเนื่อง และสิ้นสุดการรับบริการ
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ส่วนการตลาด และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อกำหนดวิธีการรับฟังที่เหมาะสม
 - กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น (patient / other customer group) อาจจะแบ่งเป็น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยในชุมชน ผู้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค
 - ส่วนการตลาด (market segments) อาจจะแบ่งตามภูมิสำเนา ระบบประกันสุขภาพ กลุ่มวัย อาชีพ/สถานประกอบการ

- ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น เครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายผู้ป่วย/ผู้บริโภคร ผู้จ่ายเงินในระบบประกันสุขภาพ
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดวิธีการรับฟังผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เหมาะสมกับกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งควรใช้วิธีการที่หลากหลายและเป็นวิธีการเชิงรุก โดยรับฟังทั้ง (1) การรับฟังโดยทั่วไป (2) การรับฟังระหว่างเข้าระบบบริการ (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 ฯลฯ
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันทบทวนข้อมูลที่ได้รับว่าเป็นข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนจัดบริการและปรับปรุงกระบวนการทำงานได้เพียงใด และปรับปรุงวิธีการรับรู้เพื่อให้ได้ข้อมูลดังกล่าว
 - ข้อมูลความต้องการและความคาดหวังที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ
 - ข้อมูลความต้องการและความคาดหวังที่สามารถนำไปใช้ในการนำเสนอบริการใหม่ๆ และกำหนดคุณลักษณะของบริการ (service offering)
 - ความต้องการที่เป็นปัญหาสุขภาพซึ่งประชาชนอาจจะไม่ทราบหรือไม่รับรู้ เช่น พฤติกรรมสุขภาพต่างๆ¹ เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาออกแบบบริการที่สอดคล้องกับปัญหา
 - ข้อมูลเพื่อสร้างศรัทธา ความเชื่อมั่น และภูมิคุ้มกันต่อ รพ.

¹ ตัวอย่าง เกษตรกรเป็นโรคปวดหลังมาก อาจจะทำกรวิจัยสำรวจว่าเกษตรกรทำงานกันอย่างไรจึงปวดหลัง ทำอย่างไรจึงจะไม่ปวด แล้วนำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ควรเกิดขึ้นมาออกแบบบริการ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

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

ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น

(1) องค์กรประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน ควรมุ่งไปสู่การหาโอกาสพัฒนามากกว่าความพอใจที่ได้คะแนนสูง
 - ควรมีการประเมินความพึงพอใจในประเด็นที่มีคุณค่าต่อผู้ป่วยและมีความสำคัญต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย
 - ควรมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อให้ได้สารสนเทศที่นำมาใช้ประโยชน์ได้ เช่น
 - การเปรียบเทียบความพึงพอใจในแง่มุมต่างๆ
 - การเปรียบเทียบระหว่างความพึงพอใจต่อหน่วยงานหรือวิชาชีพต่างๆ
 - การวิเคราะห์แนวโน้มของความพึงพอใจในประเด็นที่สำคัญ
 - การประเมินความไม่พึงพอใจ ควรใช้วิธีการที่แตกต่างไปจากการใช้คะแนนต่ำสุดของความพึงพอใจ เช่น
 - คำถามปลายเปิดที่เป็นข้อเสนอแนะ
 - ข้อมูลจากระบบรับคำร้องเรียน
 - ข้อมูลจากการสังเกตหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ
 - การประเมินความผูกพันของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น
 - คำถามพื้นฐานคือการกลับมาใช้บริการซ้ำ การแนะนำผู้อื่นมาใช้บริการ
 - ความผูกพันที่แสดงออกจากการมาใช้บริการต่อเนื่อง: ผู้มีปัญหาที่ไม่มาติดต่อ, ระยะเวลาที่นานเกินเหตุ, ผู้ที่ละเลิกความพยายามในการติดต่อ, การขาด follow-up
 - ความผูกพันที่แสดงออกผ่านการดูแลตนเอง: การปฏิบัติตามคำแนะนำ, ความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพันของผู้รับบริการ โดยพิจารณาวิธีการวัดผลให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม

- การประเมินความพึงพอใจ อาจจะใช้การสำรวจ การรับเสียงสะท้อนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การรับข้อร้องเรียน
- การเก็บข้อมูลอาจจะใช้ internet การติดต่อกับบุคคลโดยตรง การใช้หน่วยงานที่สาม หรือโดยไปรษณีย์
- เนื่องจากคะแนนความพึงพอใจจะมีปัญหาในเรื่องของความน่าเชื่อถือ การให้ความสำคัญกับการติดตามอัตราความพึงพอใจในระดับที่มากที่สุดหรือ top box อาจจะเป็นประโยชน์มากกว่าการติดตามค่าเฉลี่ย และควรให้ความสำคัญกับหัวข้อประเมินที่ได้ค้ำคำตอบความไม่พึงพอใจมากกว่าหัวข้ออื่นๆ ว่ามีสาเหตุจากอะไร
- ควรกำหนดวิธีการสุ่มตัวอย่างที่ทำให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ใช้จำนวนที่เหมาะสมที่จะไม่เป็นภาระ ดำเนินการในภาพรวมของ รพ. แต่สามารถให้ข้อมูลเฉพาะสำหรับแต่ละหน่วยได้
- ผู้นำระดับสูงสร้างความมั่นใจว่าผู้เกี่ยวข้องนำประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาไปดำเนินการปรับปรุง
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนาวิธีการประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ ความผูกพัน และการรับข้อมูลป้อนกลับจากผู้รับบริการ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
 - ความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง
 - การบรรลุผลสัมฤทธิ์ของวิธีการที่ใช้อยู่
 - การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น (เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร แนวโน้มของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

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

SPA I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น (PCM.2)

องค์กรสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น ด้วยการตอบสนองความต้องการและสร้างความสัมพันธ์.

ก. การใช้ข้อมูลเพื่อจัดบริการและอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น

(1) องค์กรนำความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น มากำหนดคุณลักษณะของบริการ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจประเด็นต่อไปนี้
 - สินค้าและบริการที่องค์กรนำเสนอในท้องตลาด (product offerings)
 - Product ในที่นี้หมายถึงทั้งผลิตภัณฑ์/บริการ และบริการสนับสนุน บริการสุขภาพอาจใช้คำว่า health service offerings
 - Product offering ครอบคลุมทั้งตัว product และคุณลักษณะสำคัญของ product ตลอดวงจรชีวิตและห่วงโซ่การบริโภค
 - การกำหนดคุณลักษณะสำคัญของ product ควรมุ่งเน้น ลักษณะที่มีผลต่อความชื่นชอบ (preference) ของผู้ป่วย เช่น reliability, value, delivery, timeliness, customization, ease of use, customer support, relationship, privacy
 - ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้อง (ทีมที่ดูแลผู้ป่วยในส่วนต่างๆ)
 - ทบทวน product offering ที่ให้บริการอยู่ในปัจจุบัน เปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้มาจากการรับฟังใน I-3.1 ก และพิจารณาว่าควรมีการปรับปรุงคุณลักษณะสำคัญของ product (บริการสุขภาพ) ที่มีอยู่อย่างไร
 - พิจารณาว่าควรมีการเพิ่มเติม product อะไร และมีคุณลักษณะสำคัญอะไร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปบริการสุขภาพและคุณลักษณะสำคัญของบริการดังกล่าว โดยเชื่อมโยงกับข้อมูลเสียงจากผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น
 - สิ่งที่ได้จัดให้บริการในปัจจุบัน
 - สิ่งที่มีการเพิ่มเติมหรือปรับปรุงในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา
 - แผนที่จะมีการปรับปรุงในอนาคต

(2) องค์กรเกื้อหนุนผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น ในการค้นหาข้อมูลข่าวสาร การเข้ารับบริการ และรับการช่วยเหลือ. (ดู II-1.1 ก.(10) ร่วมด้วย)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนประสิทธิภาพของช่องทางต่าง ๆ ที่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานติดต่อกับ รพ. ต่อไปนี้
 - ช่องทางการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและบริการของ รพ.
 - ช่องทางการขอรับบริการจาก รพ.
 - ช่องทางการขอรับการช่วยเหลือเพิ่มเติม ทั้งในส่วนของ การสนับสนุนการดูแลตนเองที่บ้านและด้านอื่น ๆ
 - ช่องทางการเสนอข้อร้องเรียน
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาช่องทางต่าง ๆ ให้มีความหลากหลายยิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ เช่น
 - การค้นหาข้อมูลทาง internet ซึ่งมีข้อมูลต่างๆ ที่ผู้รับบริการต้องการ
 - การขอรับบริการด้วยระบบนัด การเพิ่มช่องทางให้บริการต่างๆ เช่น การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การให้บริการร่วมกับชุมชน ฯลฯ
 - ช่องทางในการเสนอข้อร้องเรียนที่สะดวกและมีประสิทธิภาพ เช่น การมองหาผู้รับบริการที่มีโอกาสเกิดปัญหาหรือความไม่พึงพอใจในเชิงรุก, การมี patient representative, การใช้ voice record และการมีระบบตอบสนองที่มีประสิทธิภาพ (ดูข้อต่อไป)
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องจัดทำแนวทางปฏิบัติมาตรฐานสำหรับช่องทางการติดต่อต่างๆ ข้างต้น สื่อสารและติดตามให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตาม
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องประเมินประสิทธิผลของช่องทางการติดต่อต่างๆ และพัฒนาให้เป็นระบบยิ่งขึ้น
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับบริการและคุณภาพบริการที่สมควรเผยแพร่ต่อสาธารณะ ตลอดจนช่องทางต่างๆ ที่จะใช้เผยแพร่ มอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการ
 - ข้อมูลบริการและวิธีการเข้าถึงบริการ
 - ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพของประชาชน
 - ข้อมูลเกี่ยวกับผลการดูแลผู้ป่วย คุณภาพบริการ และผลการดำเนินการขององค์กร ที่สามารถเผยแพร่ได้

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ช่องทางการติดต่อสำหรับผู้รับบริการที่ รพ. มีให้ และประสิทธิผลของช่องทางดังกล่าว
- ข้อมูลเกี่ยวกับบริการและคุณภาพบริการที่ รพ. เผยแพร่ต่อสาธารณะ

(3) องค์กรจำแนกกลุ่มผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น และกำหนดกลุ่มที่จะให้ความสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจเป้าหมายและแนวทางการจำแนกผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน
 - เป้าหมายของการจำแนกกลุ่มหรือส่วนคือ
 - กำหนดวิธีการรับฟังความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม
 - รับรู้ความต้องการและความคาดหวังที่แตกต่างกันในผู้ป่วย / ผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม เพื่อสามารถตอบสนองได้อย่างเหมาะสม
 - กำหนดกลุ่มผู้ป่วย / ผู้รับผลงานที่จะมุ่งเน้นหรือต้องใส่ใจเป็นพิเศษ (เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความต้องการที่ซับซ้อน หรือเป็นกลุ่มที่มีความหมายต่อความอยู่รอดของ รพ.)
 - การจำแนกกลุ่มผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน และการจำแนกส่วนการตลาด อาจมีแนวทางพิจารณาที่แตกต่างกัน
 - การจำแนกกลุ่มผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ควรจำแนกตามลักษณะความต้องการและความคาดหวังที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านหรือชุมชน
 - การจำแนกส่วนการตลาด เป็นการจำแนกผู้ป่วย / ผู้รับผลงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันด้วยเป้าหมายเพื่อที่จะค้นหาส่วนที่ให้ผลตอบแทนต่อการทำธุรกิจสูงสุด (high yield segments) ซึ่งจะมีความสำคัญสำหรับภาคเอกชน หรือในภาครัฐที่ต้องพึ่งตนเองด้านการเงินมากขึ้น การจำแนกส่วนอาจจำแนกได้ตามภูมิศาสตร์ ตามช่องทางการให้บริการ ตามเทคโนโลยีที่ใช้ ตามระบบประกันสุขภาพ ตามหน้าที่ในการให้บริการ (เพื่อบริการสังคม กับสร้างรายได้ให้ รพ.) ฯลฯ
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องจำแนกกลุ่มหรือส่วนผู้ป่วย / ผู้รับผลงานที่มีความหมายกับ รพ. ไม่ลืมนที่จะพิจารณาผู้รับผลงานอื่นๆ ที่มีใช้ผู้รับบริการด้วย เช่น ผู้จ่ายเงิน นักศึกษา ชุมชน
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานพิจารณากลุ่มที่จะมุ่งเน้นหรือต้องใส่ใจเป็นพิเศษ พร้อมทั้งทำความเข้าใจเหตุผลที่ต้องมุ่งเน้นร่วมกัน เช่น
 - เป็นนโยบายของประเทศ
 - เพื่อความสำเร็จหรือความมั่นคงทางการเงินขององค์กร
 - เป็นปัญหาหรือความต้องการเฉพาะในพื้นที่
 - เป็นกลุ่มที่มีความท้าทายหรือยังมีโอกาสปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

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

ข. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น

(1) องค์กรสร้างและจัดการความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพันกับองค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - โอกาสในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมีระดับใดบ้าง เช่น
 - ระดับบุคคลระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้รับบริการ ตั้งแต่จุดแรกที่ผู้รับบริการมาถึง และโดยผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ
 - ระดับองค์กรกับตัวแทนของผู้รับบริการ
 - ระดับองค์กรกับผู้รับผลงานอื่น ๆ เช่น ผู้จ่ายเงิน
 - ความผูกพันของลูกค้า หมายถึงการสื่อสารและเชื่อมต่อระหว่างลูกค้าและองค์กร โดยให้ลูกค้ามีส่วนร่วมในกระบวนการและมีโอกาสควบคุมกระบวนการ ทำให้เพิ่ม brand awareness & loyalty และบอกต่อ การเชื่อมต่อนี้อาจจะเป็น reaction, interaction, effect หรือ overall customer experience
 - ระดับขั้นของความผูกพันของผู้ป่วย (patient engagement)
 - ฟังพอใจกับบริการที่ได้รับ
 - มีโอกาสซักถามและได้รับข้อมูล
 - มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนดูแลตนเอง
 - มี ownership ในการดูแลสุขภาพของตนเอง
 - มีส่วนในการสร้างสุขภาวะให้แก่เพื่อนผู้ป่วยและสังคม เช่น กลุ่ม self-help group
- ผู้นำระดับสูงจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์และหา good practice ในการสร้างความสัมพันธ์และสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงานแต่ละระดับ (อาจจะใช้เทคนิค Appreciative Inquiry หรือ dialogue) คัดเลือกวิธีการที่สมควรได้รับการขยายผล และมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบดำเนินการขยายผล
 - ตัวอย่างวิธีการในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น เสมือนญาติมิตรอย่างง่าย ๆ คือการใช้ Momma Test ให้เจ้าหน้าที่ตั้งคำถามว่าถ้าผู้ป่วยรายนี้เป็นแม่ของตัวเอง จะพอใจกับการดูแลที่เป็นอยู่หรือไม่ ถ้าไม่พอใจจะทำอย่างไร
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการทำการศึกษา วิเคราะห์ เพื่อหาโอกาสพัฒนาในการสร้างความสัมพันธ์ดังต่อไปนี้
 - ความต้องการของผู้เกี่ยวข้องในเรื่องการสร้างความสัมพันธ์ และช่องทางการติดต่อ
 - การบรรลุผลสัมฤทธิ์ของวิธีการที่ใช้อยู่

- ผู้รับบริการมีความรู้สึกอย่างไรต่อปฏิสัมพันธ์ที่ผู้ให้บริการ ณ จุดต่างๆ แสดงออกต่อตน
 - ระดับความร่วมมือในการบำบัดรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว (ทั้งการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล การตัดสินใจ และการปฏิบัติตามแผน) เป็นอย่างไร ผู้ป่วยกลุ่มใดที่ยังเป็นปัญหาอยู่ มีโอกาสพัฒนาขึ้นได้อย่างไร
- ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อมั่นศรัทธาของผู้รับบริการมีอะไรบ้าง รพ.สามารถปรับปรุงปัจจัยดังกล่าวอย่างไรได้บ้าง
 - การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น (เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร แนวโน้มของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ)
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการพัฒนาตามโอกาสที่วิเคราะห์ได้

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในระดับต่างๆ และมีการนำไปใช้ทั่วทั้ง รพ.
- การพัฒนาการสร้างความสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อ และระบบจัดการกับคำร้องเรียน โดยระบุที่มาและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

(2) องค์กรจัดการกับคำร้องเรียนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น อย่างทันท่วงทีและได้ผล เพื่อเรียกความเชื่อมั่นกลับคืนมา และป้องกันการเกิดซ้ำ. มีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจกำหนดเป้าหมายของระบบการจัดการกับคำร้องเรียนของผู้รับบริการ (customer complaint management system) ว่าเพื่อปรับเปลี่ยนประสบการณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการให้เป็นประสบการณ์เชิงบวก และป้องกันการเกิดซ้ำ
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องจัดระบบการจัดการกับคำร้องเรียนของผู้รับบริการ
 - การฝึกอบรมและสร้างความตระหนักแก่บุคลากรทุกระดับ
 - การจัดตั้งและฝึกอบรมทีมงานลูกค้าสัมพันธ์หรือทีมงานประสานความเข้าใจตามความเหมาะสม
 - การตอบสนองเบื้องต้น ณ จุดรับบริการ เมื่อมีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่พึงพอใจ
 - การสืบค้น แก้ปัญหา และแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบ
 - การดำเนินการในกรณีที่เกิดความสูญเสียรุนแรง
 - การประเมินผลการตอบสนองแต่ละราย (ความรวดเร็วในการตอบสนอง ระดับการแก้ปัญหาจากมุมมองของผู้รับบริการและมุมมองของเจ้าหน้าที่)
 - การจัดระบบรวบรวมข้อมูล

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์คำร้องเรียนอย่างสม่ำเสมอ (เช่น ลักษณะคำร้องเรียน ความถี่ แนวโน้ม และอาจรวมไปถึงการวิเคราะห์ root cause) นำมาจัดลำดับความสำคัญ สื่อสาร เพื่อให้มีการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์คำร้องเรียนที่มีลักษณะต่อไปนี้เป็นพิเศษ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพในประเด็นดังกล่าวอย่างจริงจัง
 - คำร้องเรียนที่สะท้อนถึงจุดอ่อนในระบบการดูแลผู้ป่วยของ รพ. (แม้จะมีเพียงน้อยราย)
 - คำร้องเรียนที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และไม่มีแนวโน้มลดลง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินการตอบสนองคำร้องเรียน
- ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียนและแนวโน้ม
- การพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นเนื่องจากคำร้องเรียน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

SPA I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

(1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมที่เกี่ยวข้องวางระบบในการให้การคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย
 1. สิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
 2. สิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน
 3. สิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือโดยทันทีเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต
 4. สิทธิที่จะทราบชื่อ สกุล และประเภท ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ให้บริการแก่ตน
 5. สิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และสิทธิในการขอเปลี่ยนตัวผู้ให้บริการหรือสถานบริการ
 6. สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองโดยเคร่งครัด
 7. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัย
 8. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ
 9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้
- ทีมที่เกี่ยวข้องวางระบบเพื่อค้นหาโอกาสคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเชิงรุก หรือมีระบบคัดกรองเพื่อให้สัญญาณเตือนสำหรับผู้ป่วยที่เข้าข่าย เช่น ผู้บกพร่องทางกายหรือทางจิต
- ทีมที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดปัญหาหรือความไม่พร้อมในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วย (อาจจะใช้ FMEA วิเคราะห์) เช่น การขอความเห็นที่สอง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ปรากฏในเวชระเบียน
- ทีมที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ควรใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย เช่น
 - โอกาสที่จะมีการเลือกปฏิบัติ หรือมีความแตกต่างในการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็น (medical necessity) ในผู้ป่วยที่อยู่ใต้ระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน
 - โอกาสที่ผู้รับบริการจะไม่ได้รับทราบข้อมูล หรือไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือได้รับข้อมูลในลักษณะที่ทำให้เกิดการตัดสินใจอย่างไม่เหมาะสม
 - โอกาสที่ผู้ป่วยที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตจะไม่ได้รับการช่วยเหลือทันที่

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในการวางระบบเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามประเด็นโอกาสเกิดปัญหาต่าง ๆ ที่วิเคราะห์มาไว้หรือพบปัญหาจากการตามรอย

ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

(1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและทราบบทบาทของตนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดกิจกรรมสร้างความตระหนัก และฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ที่ทราบบทบาทในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย
- สร้างเจตคติที่ดีต่อการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย เช่น การทำเรื่องนี้ได้ดีคือการสร้างภูมิคุ้มกันให้องค์กรและเจ้าหน้าที่
- การจัดระบบพร้อมตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ
 - วิเคราะห์และออกแบบระบบงานเพื่อตอบสนองสิทธิผู้ป่วย
 - ตามรอยเพื่อรับรู้ความพร้อมและการปฏิบัติในการการคุ้มครองผู้ป่วย
 - ปรับปรุงให้ระบบมีความพร้อม

(2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดทำสื่อเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วยในลักษณะที่เข้าใจง่าย โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยในควรเป็นเอกสารประจำห้องหรือประจำเตียง

(3) มีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ตามรอยผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไปตามจุดบริการต่างๆ และพิจารณาว่าในแต่ละขั้นตอนของการให้บริการนั้น มีโอกาสอะไรบ้างที่จะละเมิดสิทธิผู้ป่วย
- ประมวลผลข้อมูล จัดลำดับความสำคัญ มอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการปรับปรุงและสร้างความเข้าใจ

(4) มีการจัดการเพื่อให้เกิดสวัสดิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ. ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- วิเคราะห์ว่าในสถานการณ์ใดบ้างที่ผู้ป่วยมีโอกาสถูกทำร้ายจากการให้บริการ
 - การทำร้ายด้านร่างกาย เช่น ในผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเด็ก

- การทำร้ายด้านจิตใจ เช่น การใช้คำพูดหรือการกระทำที่คุกคาม เป็นปรักษ์ ไม่เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ปิดโอกาสที่จะแสดงความคิดเห็น การข่มขู่ การกักขัง
- การทำร้ายด้านสังคม เช่น การใช้คำพูดหรือการกระทำบางอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย
- วางแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการทำร้ายผู้ป่วยในสถานการณ์ดังกล่าว

(5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(6) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(7) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิกได้รับการคุ้มครองสิทธิ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ศึกษาข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์
 - ความครอบคลุมของ “การศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์” หมายความว่าการศึกษาวิจัย และการทดลองเภสัชผลิตภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ การศึกษาธรรมชาติของโรค การวินิจฉัย การรักษา การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน โรคที่กระทำต่อมนุษย์ รวมทั้งการศึกษาวิจัยจากเวชระเบียน และสิ่งส่งตรวจต่างๆ จากร่างกายของมนุษย์ด้วย
 - การได้รับความยินยอมจากผู้ถูกทดลอง และพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลอง จากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการทดลองนั้น
 - การปฏิบัติต่อผู้ถูกทดลองเช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - การรับผิดชอบต่ออันตรายหรือผลเสียหายเนื่องจากการทดลองที่บังเกิดต่อผู้ถูกทดลอง อันมิใช่ความผิดของผู้ถูกทดลองเอง
 - การได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมที่เกี่ยวข้องแล้วเท่านั้น

- การปฏิบัติตามแนวทางจริยธรรมของการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ และจรรยาบรรณของนักวิจัย
- ผู้อำนวยการวางระบบการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิก ควบคู่กับเป้าหมายการพัฒนาความรู้เพื่อการดูแลผู้ป่วย เช่น
 - การจัดตั้งคณะกรรมการด้านจริยธรรม หรือการมีระบบอำนาจความสะดวกในการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมภายนอก
 - การสื่อสาร การขอความยินยอม และการมีระบบรับคำร้องเรียนจากผู้เข้าร่วมงานวิจัย
 - การมีระบบคุณภาพ ความปลอดภัย และบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมกับโครงการวิจัย
 - การมีระบบติดตามกำกับ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในกระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย (การสร้างความตระหนัก การสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบ การคำนึงถึงสิทธิในทุกกิจกรรม การปกป้องจากการถูกทำร้าย การเคารพความเป็นส่วนตัว การไม่เลือกปฏิบัติ การคุ้มครองสิทธิในผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย)

ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

(1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์. การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อ และวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(2) ผู้รับบริการที่เป็นเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยเด็ก สร้างความมั่นใจว่าเด็กได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และได้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษตามความจำเป็น
 - การจัดสถานที่เฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยเด็ก
 - การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากไฟฟ้า เครื่องจักรกล น้ำยา หรือสารอันตรายต่างๆ
 - หน่วยบริการผู้ป่วยเด็กมีเครื่องมือและยาเฉพาะสำหรับเด็ก เช่น เครื่องดมยาสลบ เครื่องพ่นยา เครื่องปรับหยดน้ำเกลือ ชุดให้สารน้ำ เครื่องช่วยชีวิต
 - เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและยาสำหรับเด็ก
 - เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษต่อเด็กที่ป่วยหนัก เด็กที่มีความผิดปกติทางร่างกายหรือประสาทสัมผัส เด็กที่เรียนรู้ช้า เด็กที่ไม่มีญาติมาเฝ้าดูแล
 - พ่อแม่หรือผู้ปกครองได้รับการส่งเสริมให้อยู่เฝ้าเด็กระหว่างการนอนโรงพยาบาล
- ทีมดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ วางระบบการดูแลโดยพิจารณาประเด็นสำคัญต่อไปนี้
 - การวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้กลุ่มนี้ และการออกแบบระบบเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว
 - การประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม

(3) มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก หรือผูกยึด อย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ (ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกหรือผูกยึด)

1 – 4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

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

องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กร และส่งเสริมการเรียนรู้.

ก. การวัดผลการดำเนินการ

(1) องค์กรกำหนด รวบรวม และเชื่อมโยงข้อมูล / ตัวชี้วัดสำคัญ ที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อใช้ติดตาม การปฏิบัติงานประจำวัน ผลการดำเนินการขององค์กร และความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และ แผนปฏิบัติการ.

[ดู II-1.1 ก(6) ร่วมด้วย-องค์กรวัดผลงานคุณภาพทั้งในระดับกระบวนการและผลลัพธ์ โดยครอบคลุมประเด็นเหล่านี้ เป็นอย่างต่ำ: การกำกับดูแลองค์กร, การกำกับดูแลทางคลินิก, การบริหารจัดการองค์กร ซึ่งครอบคลุมกิจกรรม การให้บริการ การบริหารทรัพยากรบุคคล การควบคุมการติดเชื้อ การจัดการความเสี่ยง, การให้บริการและ ประสิทธิภาพของการให้บริการ, ผลการดำเนินงานของระบบบริหารงานคุณภาพ, ความพึงพอใจของผู้ป่วยแล ผู้รับบริการ, ตัวชี้วัดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการดูแลหรือบริการสุขภาพที่ให้บริการ]

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่อง performance measurement system ที่จะช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จ
 - ผลการดำเนินการ (Performance) หมายถึงผลสำเร็จของงานที่ได้รับมอบหมาย เป็น output & outcome ของกระบวนการ ผลิตภัณฑ์/บริการ โดยทั่วไปจะพิจารณาผลการดำเนินการเป็น 4 ประเภทคือ ผลิตภัณฑ์/บริการ การมุ่งเน้นลูกค้า ปฏิบัติการ การเงินและการตลาด
 - การวัดผลการดำเนินการ (performance measurement) มักจะวัดเทียบกับค่าคาดการณ์ มาตรฐาน ผลลัพธ์ที่ผ่านมา เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ขององค์กรอื่น
 - องค์กรวัดผลการดำเนินการเพื่อ
 - นำมาใช้ในการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลจริง
 - เพื่อกำหนดทิศทางขององค์กร และจัดสรรทรัพยากรในระดับต่างๆ 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 ควรพิจารณาตัวเลือกต่าง ๆ ตั้งแต่ต้นน้ำ (ทรัพยากรและการเตรียมความพร้อมของทรัพยากร) กลางน้ำ (กระบวนการทำงาน) ปลายน้ำ (ผลลัพธ์ ผลผลิต ผลกระทบ) ซึ่งอาจจะเป็นตัวเลขจากการนับ การวัด หรือนำมาคำนวณเป็นสัดส่วน
 - ตัววัดตัวเดียวกันอาจมีวิธีการนำเสนอข้อมูลได้หลายแบบ เช่น จำนวนหรืออัตราหรือช่วงห่างของการเกิดเหตุการณ์ ระยะเวลาหรืออัตราที่ผ่านเกณฑ์
- 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
 - Alignment ด้วยมาตรฐาน HA ตอนที่ IV
 - วิธีการกำหนดตัววัดที่สอดคล้องกัน
 - ใช้ตัววัดเดียวกัน (1) ใช้ตัววัดระดับองค์กรเป็นผลรวมของตัววัดจากหน่วยย่อย เช่น ความพึงพอใจ (2) เลือกตัววัดสำคัญบางตัวจากบางหน่วยมาเป็นตัววัดขององค์กร เช่น clinical outcome indicator

- ใช้ตัววัดที่ต่างกัน เช่น ปรับหน่วยวัดเพื่อรวมตัววัดที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น การรวมอุบัติการณ์ตามระดับความรุนแรง หรือประมาณการความเสียหายของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นวันนอนที่เพิ่มขึ้น/ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น
 - ใช้ composite score เพื่อให้มีการรวมตัววัดหลายตัวเข้าด้วยกันและอาจมีการถ่วงน้ำหนักร่วมด้วย
- แนวคิดที่อาจนำมาพิจารณาร่วมด้วย
 - การลดภาระและความซ้ำซ้อนในการเก็บข้อมูล
 - การเลือกตัวชี้วัดผลงานที่มีความสำคัญต่อผลงานโดยรวมขององค์กรจากแหล่งข้อมูลทุกระดับ
 - การบูรณาการ (integration) ตัวชี้วัดจากแหล่งต่างๆ เพื่อให้เป็นข้อมูลและสารสนเทศที่ครอบคลุมทั้งองค์กร
 - ผสมผสานตัววัดจากหลายแหล่งเข้าในระบบเดียวกันและจัดกลุ่มใหม่
 - ใช้แนวคิดการวัดเพื่อการพัฒนา ลดโทษของการวัดเพื่อ judgment / accountability
- ผู้นำระดับสูงทบทวนตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามว่าได้นำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจและสร้างนวัตกรรมเพียงใด

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Tree diagram แสดง alignment ของตัวชี้วัดตามลำดับชั้น

(2) องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจโดยอิงข้อเท็จจริง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบ (comparative data and information) ต่อไปนี้
 - การใช้ประโยชน์
 - เป็นสิ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงผลงานขององค์กร
 - ทำให้เกิดความเข้าใจกระบวนการและผลงานขององค์กรได้ดีขึ้น
 - ช่วยในการวิเคราะห์และตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษและการสร้างพันธมิตร
 - แหล่งข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบอาจจะเป็น
 - ระดับผลงานที่ดีที่สุด
 - ระดับผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ
 - ผลงานของกลุ่มแข่ง
 - ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันคัดเลือกแหล่งข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบที่สำคัญต่อความสำเร็จขององค์กร
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในส่วนของตนเปรียบเทียบกับตัวเปรียบเทียบ และนำเสนอผู้นำเพื่อให้มีการตัดสินใจอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบ รวมทั้งแหล่งข้อมูลที่ใช้ ผลการเปรียบเทียบและการตัดสินใจที่เกิดขึ้น

(3) องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลจากเสียงของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น เพื่อสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งคนเป็นศูนย์กลาง.

[ดู I-3.2 ก(1) ร่วมด้วย-องค์กรนำความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น มากำหนดคุณลักษณะของบริการ]

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทุกระดับทำความเข้าใจแนวคิดของการสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งคน (หรือผู้รับผลงาน) เป็นศูนย์กลาง
 - การตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับผลงาน
 - การทำตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ลดของเสีย / ความผิดพลาด / ข้อร้องเรียน
 - การเข้าใจความต้องการด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ สร้างความสัมพันธ์ และสร้างประสบการณ์ที่ดี
 - ไวต่อการรับรู้ความต้องการของผู้รับผลงานที่เกิดขึ้นใหม่ คาดการณ์ความปรารถนาของผู้รับผลงานในอนาคต
- ผู้นำทุกระดับนำข้อมูลเสียงจากผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น ที่เกี่ยวข้องกับบริการที่ตนรับผิดชอบ มาวิเคราะห์และดำเนินการปรับปรุงระบบงานที่สะท้อนการสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งคนเป็นศูนย์กลาง
 - วิเคราะห์ข้อมูลความต้องการของผู้รับผลงานในปัจจุบันและการคาดการณ์ในอนาคต ความผิดพลาดและข้อร้องเรียนต่างๆ
 - สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรนำความเข้าใจความรู้สึกของผู้รับผลงาน คิดถึงผู้รับผลงาน ความต้องการ และประสบการณ์ที่ผู้รับผลงานได้รับเป็นเรื่องสำคัญที่สุด
 - ปรับปรุงระบบงานที่เอื้อต่อการตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างเป็นองค์รวม

(4) ระบบการวัดผลการดำเนินการขององค์กรมีความคล่องตัว ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสปรับปรุงระบบการวัดผลงานขององค์กร โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
 - ความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง

- การบรรลุผลสัมฤทธิ์ของวิธีการที่ใช้อยู่
- การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น (เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร แนวโน้มของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ)
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการพัฒนาตามโอกาสที่วิเคราะห์ได้

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับปรุงระบบการวัดผลงานขององค์กร และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ข. การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ

(1) องค์กรวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ เพื่อประเมินความสำเร็จขององค์กร ความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ รวมถึงการตอบสนองต่อความต้องการขององค์กรและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดวงรอบเวลาของการทบทวนประเมินผลงานที่จะดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ (เช่น ทุก 3 เดือน)
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจความหมายและความสำคัญของการวิเคราะห์เพื่อสนับสนุนการทบทวนประเมินผลงาน
 - การวิเคราะห์ (analysis) หมายถึงการตรวจสอบข้อมูลและข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจที่ดี การวิเคราะห์องค์กรในภาพรวมจะช่วยชี้้นำการตัดสินใจและการบริหารจัดการเพื่อบรรลุผลลัพธ์สำคัญและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร
 - การวิเคราะห์ประกอบด้วย การประเมินแนวโน้ม, การคาดการณ์ทั้งในระดับองค์กร ระดับธุรกิจ โดยรวม การคาดการณ์เทคโนโลยี, การเปรียบเทียบ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล และการหาความสัมพันธ์ระหว่างกัน เพื่อสนับสนุนการทบทวนผลงานขององค์กร การทราบต้นเหตุของปัญหา และช่วยจัดลำดับความสำคัญในการใช้ทรัพยากร
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามวงรอบเวลาของการทบทวนประเมินผลงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหมาย
- ผู้นำระดับสูงพิจารณาข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์แล้วเพื่อประเมินสิ่งต่อไปนี้
 - ความสำเร็จขององค์กรตามพันธกิจและเป้าประสงค์
 - ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
 - ความสามารถในการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงขององค์กรและสิ่งแวดล้อมภายนอก.
- ผู้นำระดับสูงทบทวนการวิเคราะห์ข้อมูลว่าได้ข้อมูลที่มีความหมายตามความต้องการหรือไม่ มีโอกาสปรับปรุงการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นผลของการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบปีที่ผ่านมา
- โอกาสและการปรับปรุงการวิเคราะห์ข้อมูล

ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลงาน

(1) องค์กรนำผลการทบทวนผลการดำเนินการมาใช้จัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและโอกาสสร้างนวัตกรรม และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร.

[ดู II-1.1 ก(7) ร่วมด้วย-มีการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินตนเองและการประเมินผลการดำเนินงานมาใช้ในการประเมินและชี้้นำการพัฒนาคุณภาพ]

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุง (ซึ่งอาจจะเรียกว่าเข็มมุ่งหรือจุดมุ่งเน้นในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ก็ได้)
 - ทบทวนผลการดำเนินการที่ติดตามในข้อ I-4.1ก(1) การใช้ข้อมูลเปรียบเทียบในข้อ I-4.1ก(2) และผลการวิเคราะห์ข้อมูลในข้อ I-4.1ข
 - กำหนดประเด็นสำคัญที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายหรือต้องการเร่งรัด เพื่อให้ทั้งองค์กรร่วมกันพัฒนาหรือสร้างนวัตกรรม
- การถ่ายทอดและติดตาม
 - ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงที่กำหนดขึ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการ
 - ผู้นำระดับสูงติดตามกระต้นการปรับปรุงกระบวนการสำคัญอย่างต่อเนื่อง และติดตามผลลัพธ์ของการปรับปรุงในรอบต่อไปของการทบทวนประเมินผลงาน
 - ผู้นำระดับสูงทบทวนการกำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุง เพื่อให้มั่นใจว่าได้กำหนดจุดมุ่งเน้นในประเด็นสำคัญจริงๆ และไม่ละเลยในบางประเด็นที่อาจถูกมองข้ามไป

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา การดำเนินการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

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

องค์กรมีข้อมูล สารสนเทศ สินทรัพย์ความรู้ ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.

ก. ข้อมูลและสารสนเทศ

(1) องค์กรตรวจสอบและทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศว่ามีความแม่นยำถูกต้อง (accuracy & validity) คงสภาพ (integrity) เชื่อถือได้ (reliability) และเป็นปัจจุบัน (currency).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศและผู้ใช้สารสนเทศ ทำความเข้าใจความหมายของคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศต่อไปนี้
 - Accuracy (ถูกต้อง)
 - มีทั้งความถูกต้องของรูปแบบ (form) และความคงเส้นคงวา (content)
 - รูปแบบ เช่น รูปแบบของการเขียนวันที่ ที่ต้องเข้าใจว่าหมายถึงอะไร
 - ความคงเส้นคงวา หมายถึงการบันทึกสิ่งเดียวกันให้เหมือนกัน
 - มุ่งเน้นที่ความถูกต้องเพียงพอสำหรับจุดประสงค์ในการใช้งาน โดยควรบันทึกข้อมูลเพียงครั้งเดียว ณ จุดที่เกิดกิจกรรม
 - Validity (ใช้การได้)
 - หมายถึง การวัดในสิ่งที่ตั้งใจวัด (เป็น possible accurate value มิได้หมายความว่าข้อมูลที่ valid จะเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง) ใช้เพื่อขจัดข้อมูลที่ invalid หรือไม่สามารถใช้การได้
 - มุ่งเน้นที่การบันทึกและใช้ตามข้อกำหนดและคำจำกัดความที่เกี่ยวข้อง
 - Integrity (คงสภาพ)
 - หมายถึงการรักษาความถูกต้องของข้อมูลตลอดอายุการใช้งาน
 - Physical integrity ป้องกันปัญหาด้าน electromechanical
 - Logical integrity ป้องกันปัญหาจาก software bugs, การออกแบบ และ human error
 - Reliability (เชื่อถือได้)
 - หมายถึงกระบวนการเก็บข้อมูลมีความคงเส้นคงวา
 - สะท้อนการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่แท้จริงได้ variation มิได้เกิดจากการเก็บข้อมูล
 - มีการระบุแหล่งที่มาของข้อมูล หรือมีการตรวจสอบจาก 3rd party
 - Currency/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
 - องค์กรทำให้มั่นใจว่าบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องคุณภาพของข้อมูลมีทักษะที่จำเป็น
- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ พิจารณาเลือกใช้เครื่องมือต่อไปนี้อย่างมั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ
 - 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 สำหรับข้อมูลประเภทเดียวกัน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(2) **องค์กรทำให้มั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับบุคลากร ผู้บริหาร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และหน่วยงานภายนอก มีความพร้อมใช้ ในรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้งานและทันต่อเหตุการณ์.**

- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศของ รพ.สำรวจความต้องการใช้ข้อมูลและสารสนเทศของ บุคลากร / ผู้บริหาร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / หน่วยงานภายนอก และดำเนินการสำรวจซ้ำเป็นระยะ
- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศของ รพ.ทบทวนความพร้อมใช้งานของข้อมูลและสารสนเทศที่มีอยู่ เปรียบเทียบกับความต้องการใช้ วางแผนพัฒนาในส่วนที่ยังไม่สามารถตอบสนองได้ โดยพิจารณาให้สมดุล ในความต้องการใช้งานต่อไปนี้
 - 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
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องวางแผนและระบบการจัดการสารสนเทศให้เหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบการจัดการสารสนเทศของ รพ. และดำเนินการปรับปรุงตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความต้องการของผู้ใช้และความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ระบบสารสนเทศในด้านต่างๆ
- ผลการประเมินประสิทธิภาพของระบบการจัดการสารสนเทศและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

ข. การจัดการระบบสารสนเทศ

(1) องค์กรทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ (reliability) ของระบบสารสนเทศ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ ทำความเข้าใจความหมายของความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศต่อไปนี้
 - ความเชื่อถือได้ของระบบ (system reliability)
 - ความมั่นคงปลอดภัย (security) ของระบบสารสนเทศ
 - ความพร้อมใช้ (availability) ทั้งในภาวะปกติและในภาวะฉุกเฉิน
 - ความเข้ากันได้ (compatibility)
 - การใช้งาน (usability) การวัดการรับรู้หรือประสบการณ์ในการใช้งาน
 - ความเสถียรของฮาร์ดแวร์ (hardware stability)
 - ความสามารถในการดัดแปลง (adaptability)
 - ความสามารถในการใช้งานทดแทนกัน (replaceability)
 - การทำงานของฮาร์ดแวร์ (hardware performance)
 - ความเชื่อถือได้ของสารสนเทศ (information reliability) นอกเหนือจากที่ระบุไว้ใน I-4.2 ก(1) แล้ว ควรพิจารณาคุณสมบัติต่อไปนี้ร่วมด้วย
 - 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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความน่าเชื่อถือของระบบสารสนเทศ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น
- (2) องค์กรทำให้มั่นใจในความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล หรือข้อมูล / สารสนเทศที่ถ้ารั่วไหลแล้วจะเกิดผลกระทบได้มาก. มีการรักษาความลับและการเข้าถึงตามสิทธิที่เหมาะสม. มีการป้องกัน ตรวจสอบ และฟื้นฟูระบบสารสนเทศจากการถูกโจมตีจากภายนอก.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ ร่วมกันกำหนดกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อการให้บริการ ผู้ป่วย และข้อมูล / สารสนเทศที่อ่อนไหวหรือมีความสำคัญสูง ซึ่งหากระบบถูกโจมตีหรือข้อมูลรั่วไหลแล้ว จะเกิดผลกระทบได้มาก
- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ ดำเนินการในสิ่งต่อไปนี้
 - การปฏิบัติตามกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยในการประกอบธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ และกระบวนการที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการละเมิดการรักษาความลับและความมั่นคงปลอดภัย
 - การรักษาความปลอดภัยบนไซเบอร์ (cybersecurity) ซึ่งครอบคลุมการปกป้องมิให้เกิดการสูญเสียข้อมูลที่มีความอ่อนไหวเกี่ยวกับบุคลากร ลูกค้า และองค์กร, การปกป้องสินทรัพย์ทางปัญญา, การปกป้องมิให้เกิดการรั่วไหล, และนำข้อมูลไปใช้ในทางที่ผิดที่ส่งผลด้านการเงิน กฎหมาย และชื่อเสียงขององค์กร
 - เฝ้าระวังสิ่งคุกคามความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยบนไซเบอร์
 - ระบุและจัดลำดับความสำคัญของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และประเภทของข้อมูล / สารสนเทศ เพื่อการรักษาความมั่นคงปลอดภัย / ป้องกันภัยจากการโจมตีบนไซเบอร์
 - ป้องกันระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจากการโจมตีบนไซเบอร์

- ตรวจสอบ ตอบสนอง และฟื้นฟู / กู้คืนจากการถูกโจมตีทางไซเบอร์
- ฝึกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์
- การรักษาความลับและการเข้าถึง
 - การระบุผู้ที่ได้รับสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศแต่ละประเภท
 - ข้อผูกพันของผู้ใช้ในการรักษาความลับของสารสนเทศ
 - กระบวนการที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการละเมิดการรักษาความลับ
 - การปกป้องคุ้มครองข้อมูลและสารสนเทศไม่ให้ถูกแก้ไขเปลี่ยนแปลง และเข้าถึงหรือนำไปใช้โดยผู้ที่ไม่มียุติ/ไม่ได้รับอนุญาต

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การจัดระบบป้องกันความปลอดภัย ผลการเฝ้าระวัง และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(3) ในกรณีที่มีการส่งข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย องค์กรพึงกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นการรักษาความลับของผู้ป่วยโดยยังคงการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องไว้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ศึกษา ทำความเข้าใจแบบแผนและปริมาณของการใช้สื่อสังคมในการส่งข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษา (เช่น การปรึกษา การส่งต่อ)
- เชิญชวนผู้เกี่ยวข้องมาแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดการรั่วไหลของข้อมูลที่ต้องเป็นความลับของผู้ป่วยสู่สังคมภายนอก และแนวทางการป้องกัน เช่น
 - การหลีกเลี่ยงขอคำปรึกษาในกลุ่ม และการปรึกษาผู้ป่วยครั้งละหลายๆ คนพร้อมกัน
 - การลบข้อมูลบ่งชี้ตัวผู้ป่วยออกจากภาพหรือข้อมูล และใช้รหัสทดแทนตามความเหมาะสม (แต่ก็พึงตระหนักว่าแม้ลบข้อมูลบ่งชี้้ออกแล้ว บางกรณีก็อาจจะสามารถระบุตัวผู้ป่วยได้)
 - การลบข้อมูลทันทีที่หมดความจำเป็น
- ใช้ความเห็นร่วมของผู้เกี่ยวข้องเป็นหลักในการขับเคลื่อน มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่หนุนเสริมความเห็นร่วมเหล่านั้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปฏิบัติที่เป็นผลจากความเห็นร่วมของผู้เกี่ยวข้อง

ค. ความรู้ขององค์กร

(1) องค์กรสร้างและจัดการความรู้ขององค์กร มีการรวบรวมและถ่ายทอดความรู้จากการปฏิบัติ ประมวลผลข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อสร้างความรู้ใหม่ ใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการสร้างนวัตกรรมและวางแผนกลยุทธ์. มีการนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของ **healthcare intervention & technology** มาประยุกต์ใช้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันศึกษาแนวคิด กลยุทธ์ และเครื่องมือเกี่ยวกับการจัดการความรู้
 - การจัดการความรู้ขององค์กรต้องมุ่งเน้นที่ความรู้ที่บุคลากรต้องใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อการปรับปรุงกระบวนการ / ผลิตภัณฑ์ / บริการ และใช้นวัตกรรมเพื่อเพิ่มคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการและองค์กร
 - ควรมีกิจกรรมแบ่งปันความรู้ของบุคลากรและองค์กร เพื่อให้มั่นใจว่าจะรักษาการทำงานที่ให้การดำเนินการที่ต่อเนื่อง
 - องค์กรควรกำหนดว่าความรู้ใดสำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงาน และทำให้มีกระบวนการแบ่งปันสารสนเทศนี้อย่างเป็นทางการโดยเฉพาะอย่างยิ่งสารสนเทศที่เป็นความรู้ส่วนบุคคลที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคลากร (implicit knowledge)
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับบุคลากรของ รพ. เพื่อให้ รพ. ประสบความสำเร็จ รวมทั้งแหล่งที่มาของความรู้ดังกล่าว (ครอบคลุมทั้ง explicit knowledge และ tacit knowledge)
- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีโครงสร้างพื้นฐานในการจัดการความรู้ และสร้างระบบแรงจูงใจที่เหมาะสม
- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีการจัดการความรู้ในด้านต่อไปนี้
 - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากร เช่น การจัดตั้ง Community of Practice ในหัวข้อที่บุคลากรสนใจร่วมกัน, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลยุทธ์การนำ scientific evidence ไปสู่การปฏิบัติ, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การแก้ปัญหาที่หน้างานซึ่งไม่มีในตำราหรือคู่มือ, การเก็บเกี่ยวความรู้จากผู้อาวุโสหรือผู้ที่ออกจากที่ทำงาน, การพัฒนาจิตตปัญญาของบุคลากรผ่านสุนทรียสนทนา ฯลฯ
 - การเรียนรู้จากผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และองค์กรภายนอก เช่น การเชิญผู้ป่วยมาร่วมให้ข้อคิดเห็น และนำเสนอความต้องการเพื่อปรับปรุงบริการเฉพาะเรื่อง, การทำ benchmark กับองค์กรภายนอกที่ทำได้ดี, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลภายนอกในเวทีต่างๆ ฯลฯ
 - การประมวลและนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการสร้างนวัตกรรมและวางแผนกลยุทธ์ ซึ่งอาจจะเป็นความรู้จากการติดตามประเมินผลงานภายในองค์กร หรือความรู้จากภายนอก
 - การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการดูแลรักษา มาประยุกต์ใช้ เช่น การใช้ gap analysis วิเคราะห์โอกาสพัฒนา, การใช้แนวคิด Human Factors Engineering เพื่อออกแบบระบบงานให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ง่าย, การตามรอยการปฏิบัติในสถานการณ์

จริง โดยเน้นความครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญให้มากที่สุด และเชื่อมโยงกับการวัดผลทางด้านคลินิก

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินประสิทธิภาพของการจัดการความรู้ และนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบการจัดการความรู้

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความรู้ที่จำเป็นสำหรับบุคลากร
- Good practice ในด้านการจัดการความรู้ของ รพ.
- ระดับการจัดกิจกรรมการจัดการเรียนรู้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และผลการประเมินประสิทธิภาพของการจัดการความรู้

(2) องค์กรระบุหน่วยงานหรือหน่วยปฏิบัติการที่มีผลงานดี ระบุแนวทางการปฏิบัติที่ดีเพื่อแลกเปลี่ยนและนำไปปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำในระดับต่างๆ และทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันดำเนินการต่อไปนี้
 - การระบุหน่วยงานที่มีผลงานดีและแนวทางการปฏิบัติที่ดี (good practice หรือ best practice)
 - การกำหนดหลักเกณฑ์ว่าอะไรคือผลงานที่ดี (เช่น ตัววัดผลของหน่วยงาน) และแนวทางการปฏิบัติที่ดี
 - การจัดทำบัญชีรายการกิจกรรมพัฒนาในลักษณะต่างๆ ซึ่งอาจประมวลผลย้อนหลังไป 3-5 ปี
 - การระบุหน่วยงานที่มีผลงานดี (จากตัววัดผลของหน่วยงานเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่น)
 - การระบุแนวทางปฏิบัติที่ดี (จากผลงานตัววัดของหน่วยงาน หรือจากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ)
 - การจัดทำสรุปย่อแนวทางปฏิบัติที่ดีเพื่อประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
 - การแลกเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติที่ดี ผ่านเวทีและช่องทางการสื่อสารต่างๆ
 - การขยายผลการปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร โดยผู้นำมีบทบาทอย่าง proactive
 - คัดเลือกแนวทางปฏิบัติที่ดีที่ต้องการส่งเสริมให้มีการขยายผล
 - มอบหมายตัวแทนของผู้นำเป็นผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อน
 - เริ่มขยายผลจำนวนน้อย (เช่น สามหน่วยงาน) ไปยังหน่วยงานที่สนใจ และประมวลบทเรียนว่าจะต้องมีการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติอย่างไร
 - พิจารณาขยายผลสู่ส่วนอื่นๆ จนครอบคลุมทั้งองค์กร (ตามความเหมาะสม)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การขยายผลการนำแนวทางปฏิบัติที่ดีไปใช้ในส่วนอื่นๆ ขององค์กร

(3) องค์กรใช้ความรู้และทรัพยากรขององค์กร ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทุกระดับทำความเข้าใจแนวคิดการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร ซึ่งหมายความว่า การเรียนรู้ควรเป็น
 - ส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวันที่ทำจนเป็นกิจวัตร
 - สิ่งที่ส่งผลต่อการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุโดยตรง
 - การเน้นการสร้างองค์ความรู้และแบ่งปันความรู้ทั่วทั้งองค์กร
 - สิ่งที่เกิดจากการมองเห็นโอกาสในการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญและมีความหมาย รวมทั้งการสร้างนวัตกรรม
- ผู้นำทุกระดับขับเคลื่อนการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าในวิถีการปฏิบัติงานประจำวัน
 - บูรณาการการจัดการความรู้กับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เช่น การใช้ Peer Assist และ AAR ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ, การเรียนรู้จากการประเมินผลโครงการ, ใช้เป้าหมายขององค์กรและหน่วยงานเป็นตัวกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพและการจัดการความรู้
 - ส่งเสริมการสังเกต การตั้งคำถาม การหาข้อมูลมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การนำความรู้ใหม่ไปสู่การปฏิบัติ และปรับปรุงคู่มือการปฏิบัติงานตามความเหมาะสม
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมการเรียนรู้ระดับองค์กร (organizational learning)
 - การเรียนรู้ระดับองค์กร อาจเกิดจากการปรับปรุงแนวทางที่มีอยู่แล้วอย่างต่อเนื่อง หรือการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ / การสร้างนวัตกรรมที่นำไปสู่เป้าประสงค์ใหม่ แนวทางใหม่ ผลิตภัณฑ์และตลาดใหม่
 - การเรียนรู้ระดับองค์กร ส่งผลดังนี้
 - การเพิ่มคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงาน ผ่านบริการ / ผลิตภัณฑ์ใหม่ หรือที่ปรับปรุง
 - การสร้างโอกาสใหม่ๆ หรือรูปแบบใหม่ๆ ทางธุรกิจ รวมทั้งกระบวนการใหม่ๆ
 - การลดความผิดพลาด ของเสีย ความสูญเสีย และต้นทุนที่เกี่ยวข้อง
 - การเพิ่มผลิตภาพและประสิทธิผลในการใช้ทรัพยากรทั้งหมดขององค์กร
 - ความคล่องตัวในการจัดการการเปลี่ยนแปลงและภาวะชะงักงัน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- แนวทางและผลลัพธ์ของการทำให้การเรียนรู้ฝังลึกเข้าในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร

1 – 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

SPA I-5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน (WKF.2)

องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลังเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ. องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อให้กำลังคนมีสุขภาพดีและมีความปลอดภัย.

ก. ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน

(1) องค์กรจัดทำแผนบริหารทรัพยากรบุคคลที่คำนึงถึงข้อกำหนดของสภาวิชาชีพพร้อมกับบริบทขององค์กร. แผนระบุขีดความสามารถและกำลังคนที่ต้องการในแต่ละส่วนงานเพื่อให้สามารถจัดบริการที่ต้องการได้. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถและข้อกำหนดในกฎหมาย. ขอบเขตการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงาน และสมรรถนะ ของบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และรวมถึงอาสาสมัคร (ถ้ามีข้อบ่งชี้กรณีอาสาสมัคร) เป็นไปตามตำแหน่งงานของบุคคลเหล่านั้น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจความหมายของคำที่ใช้ในมาตรฐานและสมมติฐานต่างๆ
 - **กำลังคน** หมายถึง บุคลากรประจำ พนักงานชั่วคราว พนักงานที่ทำงานไม่เต็มเวลา พนักงานจ้างตามสัญญา ผู้นำและผู้บริหารทุกระดับ ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัคร
 - **ขีดความสามารถของกำลังคน (workforce capability)** หมายถึง ความรู้ ทักษะ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญของกำลังคนในภาพรวมที่ทำให้ห้องกรบรรลุผลสำเร็จของงานด้วย อาจพิจารณาขีดความสามารถโดยจำแนกเป็น
 - ขีดความสามารถทั่วไป หรือ core competency เช่น การสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การสร้างนวัตกรรม การพัฒนากระบวนการทำงาน การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง
 - ขีดความสามารถเฉพาะงาน หรือ technical competency
 - ขีดความสามารถด้านการจัดการ หรือ managerial competency
 - **ความเพียงพอของกำลังคน (workforce capacity)** หมายถึง ความสามารถขององค์กรที่ทำให้มั่นใจว่ามีระดับของกำลังคนเพียงพอในการบรรลุผลสำเร็จของงาน และส่งมอบผลิตภัณฑ์และบริการให้ผู้ป่วย/ ลูกค้ายื่นได้ รวมทั้งความสามารถในการตอบสนองต่อระดับความต้องการตามฤดูกาลและตามความผันแปรของความต้องการ
 - สมมติฐานหรือแนวทางที่ควรหลีกเลี่ยง
 - การเพิ่มจำนวนคนที่มีทักษะไม่เหมาะสม เพื่อชดเชยการขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะ

- การจ้างคนจำนวนน้อยแต่ทักษะสูงกว่า สำหรับกระบวนการที่ต้องการคนจำนวนมากที่มีทักษะน้อยหรือทักษะที่แตกต่างกัน
 - หลักที่ควรใช้พิจารณา
 - การมีจำนวนคนที่เหมาะสมและทักษะที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จ
 - การมองไปข้างหน้าเพื่อคาดการณ์ความจำเป็นด้านขีดความสามารถและอัตรากำลังในอนาคต จะทำให้องค์กรมีเวลาเพียงพอสำหรับการฝึกอบรม การว่าจ้าง การปรับเปลี่ยนตำแหน่งของบุคลากร และการเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงระบบงาน
 - ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนบริหารทรัพยากรบุคคล
 - กำหนดขีดความสามารถ (ความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ) และระดับกำลังคนที่ต้องการในแต่ละส่วนงาน โดยพิจารณา
 - ข้อกำหนดขององค์กรวิชาชีพ กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
 - ความต้องการกำลังคนตามพันธกิจ ลักษณะผู้ป่วย ภาระงาน และปัญหาการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน
 - ความต้องการกำลังคนในอนาคต รวมทั้งความต้องการตามแผนกลยุทธ์ และการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี
 - กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง (ตามความรู้ความสามารถและข้อกำหนดในกฎหมาย) และนำไปใช้ในการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ
 - วางแผนดำเนินการเพื่อให้ได้กำลังคนที่มีขีดความสามารถและจำนวนตามความต้องการ
 - ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดทำกำหนดคำบรรยายลักษณะงานหรือใบกำหนดหน้าที่งาน (job description) ของกำลังคน (ทั้งบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัคร) ระบุหน้าที่รับผิดชอบ ขอบเขตการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงานที่คาดหวัง และสมรรถนะที่ต้องมี

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินขีดความสามารถและระดับกำลังคน และการตอบสนองที่เกิดขึ้น

(2) องค์กรมีวิธีการที่มีประสิทธิผล ในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และรักษากำลังคน. มีการรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพในด้านใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์. บุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัครที่มาปฏิบัติงานใหม่ ได้รับการปฐมนิเทศอย่างเป็นทางการ ได้รับการฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน. มีการทบทวนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และขอบเขตการปฏิบัติงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำ อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 3 ปี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารกำลังคนทำความเข้าใจเป้าหมายหรือ requirement ของกระบวนการบริหารกำลังคน (การสรรหา ตรวจสอบ/ประเมินคุณสมบัติ ว่าจ้าง บรรจุ เก็บบันทึกประวัติ และรักษา กำลังคน)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนแนวทางปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน
 - การประเมินคุณสมบัติ (evaluation of credentials)
 - มีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการรวบรวมหลักฐานคุณสมบัติ ของผู้ประกอบการวิชาชีพด้านบริการสุขภาพแต่ละคน
 - มีการสอบถามสารสนเทศดังกล่าวจากแหล่งข้อมูลต้นกำเนิดด้วยวิธีการซึ่งเป็นที่ยอมรับ
 - มีกระบวนการที่ทำให้มั่นใจว่าบุคลากรอื่นๆ ซึ่งติดตามแพทย์อิสระมาให้บริการแก่ผู้ป่วย และมีได้เป็นบุคลากรขององค์กร เป็นผู้มีหลักฐานคุณสมบัติเหมาะสมตามข้อกำหนดขององค์กร
 - มีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการระบุหน้าที่รับผิดชอบและจัดมอบหมายงานทางคลินิก บนพื้นฐานของคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
 - มีการจัดทำและเก็บรักษาแฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรแต่ละคน ตามรูปแบบมาตรฐานและมีความเป็นปัจจุบัน
 - มีการทบทวนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และขอบเขตการปฏิบัติงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำ อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 3 ปี
 - การปฐมนิเทศกำลังคนใหม่
 - มีความร่วมมือในการกำหนดเนื้อหาสำคัญสำหรับการปฐมนิเทศกำลังคนใหม่ ทั้งในภาพรวมและเนื้อหาเฉพาะของหน่วยงาน
 - กำลังคนใหม่ได้รับการปฐมนิเทศตามเนื้อหาที่กำหนด เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กร ค่านิยม วัฒนธรรม ความคาดหวัง และสิ่งที่ควรรู้
 - กำลังคนใหม่ด้านคลินิก ได้รับการปฐมนิเทศ เรียนรู้และฝึกอบรม เพื่อให้มั่นใจว่ามีความรู้ และทักษะเหมาะสมกับหน้าที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการที่มีความเสี่ยงสูงหรือ การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง มีระบบพี่เลี้ยง/กำกับดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม
 - กำลังคนใหม่นอกสายงานด้านคลินิก ได้รับการปฐมนิเทศ เรียนรู้และฝึกอบรม เพื่อให้มั่นใจว่ามีความรู้และทักษะเหมาะสมกับหน้าที่รับผิดชอบ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนว่ากระบวนการที่ใช้อยู่ นั้นบรรลุผลตามเป้าหมายหรือ requirement ของแต่ละกระบวนการเพียงใด
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องปรับปรุงกระบวนการบริหารกำลังคน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินประสิทธิผลของกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคล และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(3) องค์กรเตรียมกำลังคนให้พร้อมต่อความต้องการขององค์กรที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการลดกำลังคนและผลกระทบที่เกิดจากกำลังคนไม่เพียงพอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันที่ทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - การเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและอัตรากำลัง เช่น ปริมาณผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น แบบแผนการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลง เทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง ทิศทางนโยบายขององค์กรเกี่ยวกับการขยายหรือลดบริการ
 - โอกาสที่จะประสบปัญหา เช่น การลดลงของกำลังคน ผลกระทบจากกำลังคนที่ไม่เพียงพอ (ทั้งด้านขีดความสามารถและอัตรากำลัง) ผลกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับที่ทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาแนวทางการรับมือกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงและการป้องกันปัญหาข้างต้น (ทั้งระยะสั้นและระยะยาว) เพื่อเป็นหลักประกันว่าองค์กรและหน่วยงานจะทำหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการวิเคราะห์โอกาสเกิดปัญหาและการตอบสนอง

(4) องค์กรจัดระบบการทำงานและบริหารกำลังคนเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ ใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่จากสมรรถนะหลักขององค์กร และสนับสนุนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและที่ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาเป้าหมายของการจัดระบบการทำงานและบริหารกำลังคน ซึ่งประกอบด้วย การบรรลุผลสำเร็จขององค์กร การใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร และการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วย (และอาจรวมการตอบสนองต่อความท้าทาย, การใช้ core values, การตอบสนองความเปลี่ยนแปลง)
- ผู้นำระดับสูงและที่ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนว่าการจัดระบบและการบริหารใดบ้างที่หนุนเสริมให้บรรลุเป้าหมายข้างต้น (เช่น โครงสร้าง ทิศทาง แรงจูงใจ การสื่อสาร การกำหนดเป้าหมาย การรายงานและติดตามผล การเรียนรู้) อะไรเป็นจุดแข็ง อะไรเป็นโอกาสพัฒนา
 - เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
 - เพื่อใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่จากสมรรถนะหลักขององค์กร (ขีดความสามารถสำคัญที่ทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจ) ควรพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - จะจัดระบบการทำงานอย่างไรเพื่อให้เกิดสมรรถนะหลักดังกล่าว

- จะใช้ประโยชน์จากองค์ประกอบต่างๆ ของสมรรถนะหลักที่มีอยู่ (เช่น เทคโนโลยี การจัดการ สินทรัพย์ทางปัญญา พันธมิตร) มาเอื้อต่อการทำงานได้อย่างไร
 - เพื่อสนับสนุนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วย ควรพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - การกำหนดบทบาทหน้าที่และ autonomy ของแต่ละวิชาชีพที่ชัดเจน
 - การทำงานร่วมกันโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เช่น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน
 - การใช้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการทำงาน โดยมีการบันทึกที่เอื้อต่อการสื่อสารระหว่างสมาชิก
 - ระบบการรายงาน การขอคำปรึกษา
 - การวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกันภายในทีม และระหว่างสาขา/วิชาชีพ
 - การทบทวนและเรียนรู้ร่วมกัน
 - การส่งเสริมให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วย การสนับสนุนให้หน่วยงานสนับสนุนรับรู้คุณค่างานของตนที่มีต่อผู้ป่วย
 - การจัดระบบที่คล่องตัวในการทำงาน เช่น การใช้ cell concept หรือ one stop service, การพัฒนากระบวนการทำงานให้ Lean และไร้รอยต่อ, การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ
 - การมีทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันมองภาพรวมของการให้บริการ การติดตามผลการดูแลผู้ป่วยและขับเคลื่อนการพัฒนา
 - ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการพัฒนาการบริหารและจัดระบบบุคลากรตามโอกาสพัฒนาที่พบ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในการจัดระบบการทำงานและบริหารกำลังคน

ข. บรรยายภาพการทำงานของกำลังคน

(1) องค์กรสร้างความมั่นใจและดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้สถานที่ทำงานเอื้อต่อสุขภาพ ความปลอดภัย มีการป้องกันภัย สะดวกในการเข้าถึง. (พิจารณาประเมินร่วมกับหัวข้อ II-3.1 ก)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจในความสำคัญว่าความสะดวกในการเข้าถึงสถานที่ทำงานสามารถทำให้ผลผลิตภาพเพิ่มขึ้น เพื่อให้กำลังคนที่มีข้อจำกัดสามารถทำงานได้ตามศักยภาพของตน สถานที่ทำงานที่มีความพร้อมต้องสามารถเข้าถึงได้ทั้งทางกายภาพ เทคโนโลยี และทัศนคติ
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงาน พิจารณาประเด็นเรื่องสุขภาพ ความปลอดภัย สวัสดิภาพ และความสะดวกในการเข้าถึงสำหรับกำลังคน ว่ามีจุดเสี่ยงและโอกาสพัฒนาอะไรบ้าง
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานของกำลังคนตามโอกาสพัฒนาที่พบ

(2) องค์กรให้การดูแลและเกื้อหนุนกำลังคนด้วยนโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ เหมาะสมกับกำลังคนแต่ละกลุ่ม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจว่าการเกื้อหนุนกำลังคน (workforce support) สามารถมีอะไรบ้าง
 - การให้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวก โปรแกรมผลประโยชน์ ชั่วโงมการทำงานแบบยืดหยุ่น
 - การให้คำปรึกษาทั้งในเรื่องส่วนตัวและอาชีพการงาน การพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพการงาน และการช่วยบุคลากรมีความพร้อมในการปฏิบัติงานในหน้าที่ใหม่
 - กิจกรรมสนับสนุนการหรืองานประเพณี
 - การดูแลสุขภาพ ณ สถานที่ทำงาน การดูแลเด็กและผู้สูงอายุ
 - การยกย่องชมเชยทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ
 - การให้การศึกษานอกเหนือจากงานในหน้าที่
 - การอนุญาตให้ลาหยุดกรณีพิเศษเพื่อรับผิดชอบครอบครัวและเพื่อบริการชุมชน
 - การช่วยให้หางานใหม่เมื่อถูกเลิกจ้าง ผลประโยชน์เมื่อเกษียณอายุ
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องสำรวจความต้องการของบุคลากรแต่ละกลุ่มเกี่ยวกับนโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ ที่โรงพยาบาลสามารถสนับสนุนให้มีบรรยากาศในการทำงานที่ดี (อาจใช้วิธีการต่างๆ เช่น แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม)ตต

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนสิ่งที่โรงพยาบาลจัดให้แก่บุคลากรว่ามีโอกาสปรับปรุงในส่วนใดได้อีก **ออกแบบให้เหมาะสมกับความต้องการของกำลังคนแต่ละกลุ่ม** (ควรมีการทบทวนเป็นประจำทุกปี) และดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- นโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ที่จัดให้แก่บุคลากร

ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน

(1) องค์กรจัดให้มีโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยเพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน

ประกอบด้วย:

- การจัดให้มีเสื้อผ้าและอุปกรณ์ป้องกันตัวสำหรับกำลังคน;
- การประเมินสถานที่ทำงาน ในประเด็นความเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน;
- การติดตามวัดระดับภาระงานและการจัดการความเครียด;
- การให้ภูมิคุ้มกันแก่กำลังคน;
- การป้องกันอันตรายจากการหยิบ จับ ยก ด้วยมือ;
- การป้องกันอันตรายจากการถูกเข็มที่มุด;
- การป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงาน เช่น รังสี แก๊ส สารเคมี สารอื่นๆ และการติดเชื้อ;
- การจัดการกับความรุนแรง ความก้าวร้าว และการคุกคาม;
- การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องศึกษาและทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาชีพอนามัยและความปลอดภัยของบุคลากรสุขภาพ
 - การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ
 - จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข CDC
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องศึกษาเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากร (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: Lend (ambulance) and legal issues
 - E: environment and working conditions (& violence)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากรอย่างเป็นระบบ โดยพิจารณาให้สอดคล้องกับลักษณะงานของบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน โดยครอบคลุม
 - ความเสี่ยงจากการทำงานที่พบบ่อย เช่น sprains, strains, contusion, cuts, punctures
 - ความเสี่ยงจากการทำงานที่มีอันตรายสูง เช่น การติดเชื้อ สารเคมี บั๊จจัยทางกายภาพ (รังสี ความร้อน ไฟฟ้า เลเซอร์) และสิ่งแวดล้อม
 - ความเสี่ยงอื่นๆ เช่น ความเครียดจากการทำงาน ความรุนแรง ความก้าวร้าว การคุกคาม
 - อันตรายที่สามารถป้องกันได้ด้วยการให้ภูมิคุ้มกันและการใช้อุปกรณ์ป้องกัน

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องวางแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันอันตราย การสร้างภูมิคุ้มกัน และการปฏิบัติเมื่อ expose ต่อความเสี่ยง รวมทั้งการให้ความรู้ การจัดระบบรายงานและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อให้สามารถประเมินการปฏิบัติตามแนวทางและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้
 - จัดให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรคของบุคลากรในสายงาน / หน่วยงานต่างๆ หรือทดสอบการมีภูมิคุ้มกันโรคตามความเหมาะสม และบันทึกประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรคในประวัติสุขภาพ โดยวัคซีนที่ควรพิจารณาได้แก่²
 - วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีสำหรับผู้ที่มีโอกาสสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งสูง
 - วัคซีนป้องกันโรคอื่นๆ เช่น influenza, MMR, varicella, DPT, meningococcal vaccine
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ทั้งในส่วนของบุคลากร และผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของบุคลากร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความเสี่ยงต่อสุขภาพสำคัญจำแนกตามบุคลากรกลุ่มต่างๆ มาตรการป้องกันที่สำคัญ
- แนวทางการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่บุคลากร และผลการดำเนินงาน
- ข้อมูลที่ใช้ติดตามประเมินผล และการตอบสนองที่เกิดขึ้น
- ผลการปฏิบัติตาม Personnel Safety Goals

(2) องค์กรเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในด้านวิถีปฏิบัติขององค์กร และพฤติกรรมสุขภาพของกำลังคนแต่ละคน. กำลังคนมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพกาย ใจ สังคม ของตน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่บุคลากรเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งสำหรับตนเองและสำหรับผู้ป่วย โดยเน้นบทบาทความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องออกแบบกระบวนการที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและปฏิบัติการการดูแลสุขภาพสำหรับบุคลากรแต่ละกลุ่ม (ควรพิจารณาให้สอดคล้องกับประเด็นสำคัญในบุคลากรกลุ่มที่มีโรคประจำตัวกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และกลุ่มทั่วไป)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดให้มีระบบติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพของบุคลากรทั้งในด้านพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ระบบ สิ่งแวดล้อม กิจกรรม ที่โรงพยาบาลจัดขึ้นเพื่อส่งเสริมการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพ
- ข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี วิธีการส่งเสริมให้บุคลากรร่วมเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพ
- ประเด็นสำคัญในบุคลากรแต่ละกลุ่ม การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและปฏิบัติการการดูแลสุขภาพตนเอง ผลลัพธ์ของการติดตามประเมินผล

(3) บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงานและมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน. บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินการเจ็บป่วยและการติดเชื้อเนื่องจากการทำงาน ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนและปรับปรุงระบบการประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าทำงาน การจัดทำข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน และการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนความเหมาะสมของข้อมูลสุขภาพพื้นฐานของบุคลากร
 - การตรวจสุขภาพทั่วไปเมื่อแรกรับ
 - ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน
 - ประวัติการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อซึ่งอาจจะทำให้เสี่ยงต่อการรับหรือแพร่กระจายโรคติดต่อ
 - ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ
 - พฤติกรรมสุขภาพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดระบบให้ข้อมูลสุขภาพของบุคลากรมีความเชื่อมต่อกับบันทึกสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และสามารถเข้าถึงได้ตามความเหมาะสม
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดระบบการตรวจสุขภาพประจำปี (หรือบ่อยกว่านั้น) ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ ประมวลผลข้อมูล และตอบสนองอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน

- ผลการตรวจสุขภาพของบุคลากรและการตอบสนอง

(4) กำลังคนที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน ได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม. องค์กรจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อ การจำกัดการปฏิบัติหน้าที่ และการดูแลกำลังคนที่สัมผัสเชื้อ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย / บาดเจ็บ, ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ, การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อ³ / เจ็บป่วย / บาดเจ็บ, การจำกัดการปฏิบัติงาน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องซักซ้อมความเข้าใจ ตรวจสอบความพร้อม และตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วย / บาดเจ็บจากการทำงานและทบทวนมาตรการป้องกัน / การดูแล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การเจ็บป่วย / บาดเจ็บจากการทำงานที่สำคัญ มาตรการสำคัญในการป้องกันและดูแล
- ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วย / บาดเจ็บจากการทำงาน และการตอบสนองที่เกิดขึ้น

³ Post exposure prophylaxis เมื่อสัมผัสเชื้อ HIV, HVB, rabies

SPA I-5.2 ความผูกพันของกำลังคน (WKF.2)

องค์กรสร้างความผูกพันกับกำลังคน มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อให้กำลังคนมีผลการดำเนินการที่ดี.

ก. ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน

(1) องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร ให้เกิดการสื่อสารที่เปิดกว้าง การทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดี การเสริมพลังของกำลังคน และกำลังคนมีความผูกพัน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันทำความเข้าใจความหมายและแนวคิดต่อไปนี้
 - การทำงานที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีหรือมีผลการดำเนินการที่ดี (high performance) ประกอบด้วยลักษณะต่าง ๆ ได้แก่
 - การมีจุดเน้นที่สอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร
 - การมุ่งเน้นผู้ช่วยและผู้รับผลงาน และการตอบสนองต่อความต้องการของธุรกิจและตลาดที่เปลี่ยนแปลงไป
 - ความยืดหยุ่น การสร้างนวัตกรรม การเอื้ออำนาจในการตัดสินใจ การแบ่งปันความรู้และทักษะ การสื่อสารและการถ่ายทอดสารสนเทศที่ดี
 - กำลังคนที่ผูกพันกับองค์กรจะทำให้ผลการดำเนินการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ องค์กรประกอบสำคัญในการสร้างความผูกพันกับองค์กร ได้แก่
 - การทำงานที่มีคุณค่า ทัศนคติขององค์กรชัดเจน
 - มีสำนึกในภาระความรับผิดชอบต่อผลการดำเนินการ
 - มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย มีความไว้วางใจ มีประสิทธิผล และให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน
 - ความสอดคล้องของงานกับค่านิยมของกำลังคนแต่ละคนทำให้มีแรงจูงใจและตระหนักในคุณค่าของงาน
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันวางแผนเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมที่ช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดีดังนี้
 - วัฒนธรรมการสื่อสารที่เปิดกว้าง
 - มีช่องทางสื่อสารข้อมูลสำคัญจากผู้นำให้กำลังคนรับรู้อย่างทั่วถึง
 - กำลังคนมีโอกาสซักถามในประเด็นข้อสงสัยและได้รับคำตอบ
 - กำลังคนมีโอกาสเสนอข้อคิดเห็นที่สร้างสรรค์ ความคิดเห็นที่แตกต่างและหลากหลายเป็นที่ต้อนรับ
 - มีบรรยากาศของความไว้วางใจในการรายงานและให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์

- มีบรรยากาศของความปลอดภัยในการเสนอความคิดเห็นในเวทีประชุมต่างๆ
- มีการใช้เครือข่ายที่ไม่เป็นทางการในการสื่อสาร
- วัฒนธรรมการทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดี
 - การมีจุดเน้นที่สอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร มีการถ่ายทอดเป้าหมายไปสู่ระดับและทีมงานต่างๆ โดยที่ทีมงานสามารถปรับเป้าหมายให้อยู่ในวิสัยที่เป็นไปได้ (catch ball technique หรือ Hoshin planning) การส่งเสริมให้แต่ละคนมีเป้าหมายการทำงานที่วัดได้และความหมาย
 - การมุ่งเน้นคุณค่าที่ผู้ป่วยและผู้รับผลงานจะได้รับ ด้วยการทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอย่างลึกซึ้งในทุกด้าน
 - ความร่วมมือ การสื่อสารและการแบ่งปันความรู้/ทักษะ ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพต่างสาขา ต่างหน่วยงาน และต่างสถานที่
- วัฒนธรรมการเสริมพลัง
 - การให้อำนาจตัดสินใจ และความคิดริเริ่ม เช่น การกำหนดทรัพยากรที่บุคลากรสามารถตัดสินใจใช้เพื่อแก้ปัญหาหน้างานได้เอง ระบบข้อเสนอแนะ การมีแรงจูงใจให้เสนอแนะความคิดเห็นเริ่มมาปฏิบัติ
 - ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากวัฒนธรรม และความคิดเห็นที่หลากหลายของบุคลากร เช่น ระบบข้อเสนอแนะ การสนทนากลุ่มในสมาชิกที่มีลักษณะหลากหลาย การนำวัฒนธรรมในท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ
- วัฒนธรรมที่ส่งเสริมความผูกพัน โดยมุ่งเน้นปัจจัยต่อไปนี้
 - การทำให้กำลังคนรู้ทิศทางขององค์กรชัดเจน ได้ทำงานที่มีคุณค่าซึ่งสอดคล้องกับค่านิยมของตนเอง
 - มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย มีความไว้วางใจ มีประสิทธิภาพ และให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- Good practice ในการสร้างวัฒนธรรมให้เกิดการสื่อสารที่เปิดกว้าง การทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดี การเสริมพลังของกำลังคน และกำลังคนมีความผูกพัน

(2) องค์กรระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันของกำลังคน ในแต่ละกลุ่มของกำลังคน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น คณะกรรมการทรัพยากรบุคคล) ร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องความผูกพันของกำลังคน
 - ความผูกพันของกำลังคน หมายถึง

- ระดับของมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล
- การเพิ่มคุณค่าให้กับงานอย่างสอดคล้องกับพันธกิจและเป้าหมายขององค์กร ด้วยความแข็งแกร่งและมี passion สามารถปรากฏเห็นได้จากสีหน้า เจตคติในการทำงาน และการสื่อสารในที่ทำงาน
- “การผูกใจบุคลากร” หรือทำให้เกิด “ร่วมด้วย ช่วยกัน”
 - การสร้างความผูกพัน ครอบคลุมการสร้างความสัมพันธ์ การสร้างความพึงพอใจ การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร การบริหารค่าตอบแทนและสร้างแรงจูงใจ การฝึกอบรม
 - บุคลากรที่มีความผูกพันกับองค์กร จะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร งานที่ได้รับมอบหมายเป็นงานที่มีคุณค่า สอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัว สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร มีแรงจูงใจในตนเองสูง มีความมั่นใจที่จะเสนอแนวคิดใหม่ๆ มีความรับผิดชอบต่อความสำเร็จของงาน
- ผู้นำระดับสูงกับทีมงานที่เกี่ยวข้องของบทบาทการจำแนกกลุ่มบุคลากร และความต้องการหรือลักษณะร่วมของบุคลากรในแต่ละกลุ่ม
- ผู้นำระดับสูงกับทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของกำลังคนแต่ละกลุ่มของ รพ.
 - พิจารณาปัจจัยที่มีผลด้านความผูกพันของกำลังคนต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย
 - ความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ
 - ได้ทำงานที่มีคุณค่า มีความหมาย ทำทาย
 - โอกาสได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถ
 - ความก้าวหน้าในอาชีพการงาน ความมั่นคงในงาน
 - สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความไว้วางใจ ความร่วมมือ ความสัมพันธ์ ความเป็นธรรม
 - ระดับของการได้รับมอบอำนาจในการตัดสินใจ
 - การได้รับโอกาส การยกย่องชมเชย
 - ทำความเข้าใจกับปัจจัยบั่นทอนความผูกพัน (factors inhibiting engagement) ซึ่งได้จากการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากร การสอบถามกลุ่มตัวอย่าง การสำรวจความคิดเห็นจากบล็อกหรือการสัมภาษณ์บุคลากรที่ลาออก
 - นำปัจจัยที่วิเคราะห์ได้ไปประเมินสถานการณ์ในองค์กร (อาจจะใช้การสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ผู้ที่ลาออกหรือผู้ที่ยังคงทำงานอยู่) จำแนกความแตกต่างของปัจจัยดังกล่าวในแต่ละกลุ่ม (ถ้าเป็นไปได้) ดำเนินการปรับปรุงในจุดที่เป็นโอกาสพัฒนาที่สำคัญ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความผูกพันและความพึงพอใจ (ระบุความแตกต่างในแต่ละกลุ่ม ถ้ามี)

(3) องค์กรประเมินและปรับปรุงความผูกพันของกำลังคน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร โดยพิจารณาปัจจัยสำคัญที่วิเคราะห์ไว้ใน 1-5.2ก(2)
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาพิจารณาปรับปรุงปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของบุคลากร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(4) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน (performance management system) ของกำลังคนส่งเสริมให้บุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และรวมถึงอาสาสมัคร (ถ้ามีข้อบ่งชี้กรณีอาสาสมัคร) สร้างผลงานที่ดี หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย และการนำแผนไปปฏิบัติให้สำเร็จผล โดยนำเรื่องการบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย และการสร้างแรงจูงใจมาพิจารณาด้วย. มีการประเมินผลการปฏิบัติงานและสมรรถนะเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง.

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 เริ่มจากผู้นำระดับสูงกำหนด strategic priorities ซึ่งจะถูกถ่ายทอดมาเป็นเป้าหมายในระดับต่างๆ ที่ผู้นำจะถูกประเมินผลงาน หัวหน้าหน่วยงานใช้ประเมินผลงานของบุคลากรและพูดคุยกับบุคลากรแต่ละคน
 - การพัฒนาทักษะของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งผู้นำและบุคลากร (บุคลากรควรเป็นผู้จัดทำ performance plan ของตนหลังจากที่ได้รับทราบข้อมูลของหน่วยงานและเป้าหมายของหัวหน้า เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการพูดคุยระหว่างหัวหน้างานกับบุคลากรในหน่วยงาน
 - ระบบต่างๆ จะต้องสนับสนุน PMS และใช้ข้อมูลจาก PMS เพื่อสนับสนุนระบบที่เกี่ยวข้อง ทรัพยากรบุคคลอื่นๆ เช่น การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร, การคัดสรรและเลื่อนตำแหน่ง, การบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย และการสร้างแรงจูงใจ

- การประเมินผลระบบ PMS ที่ชัดเจน เริ่มจากการประเมิน compliance ไปสู่การประเมินคุณภาพและสัมฤทธิ์ผล
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันกำหนด strategic priorities ที่จะใช้ในการประเมินผลงาน และเป้าหมายที่สามารถวัดได้ (เริ่มด้วยสิ่งที่มีความหมายสำหรับทุกคน และสามารถวัดได้ไม่ยาก จำนวนน้อยที่สุด)
- ผู้นำระดับสูงทดลองใช้ PMS กับผู้นำระดับกลาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นคุณค่าของระบบ
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้พัฒนาทักษะของหัวหน้าหน่วยงานและบุคลากรในการที่จะนำ PMS ไปใช้ให้เกิดประโยชน์
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ นำ PMS ไปสู่การปฏิบัติ โดยเน้นความสำคัญของการสื่อสารระหว่างหัวหน้าหน่วยงานกับบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยทุก 3 เดือน)
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันสร้างความเชื่อมโยงระบบ PMS กับระบบอื่นๆ ตามความเหมาะสม
- ประเมินผลระบบ PMS เป็นประจำทุกปี เริ่มจากการประเมิน compliance (การปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบไว้) ไปสู่การประเมินคุณภาพและสัมฤทธิ์ผล
- สำหรับ รพ.ของรัฐ ควรวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของระบบประเมินผลงานบุคลากรที่ใช้อยู่ ชำรงในส่วนที่เป็นจุดแข็ง และพัฒนาระบบเพื่อแก้ไขจุดอ่อนตามข้อเสนอแนะในส่วนนี้ อาจจะดำเนินการทดลองในขอบเขตที่เหมาะสมก่อน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

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

ข. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ

(1) ระบบการเรียนรู้และพัฒนา สนับสนุนความต้องการขององค์กรและการพัฒนาตนเองของบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ อาสาสมัคร ผู้บริหาร และผู้นำ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้:

- สมรรถนะหลักขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การบรรลุผลสำเร็จของแผนปฏิบัติการ;
- การปรับปรุงผลการดำเนินการ/การพัฒนาคุณภาพขององค์กร ความปลอดภัยของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงขององค์กร และนวัตกรรม;
- จริยธรรมในการให้บริการสุขภาพ และจริยธรรมในการประกอบกิจการ;
- การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น มิติทางจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย และการสร้างเสริมสุขภาพ;
- การใช้ความรู้และทักษะใหม่ในการปฏิบัติงาน;
- ความจำเป็นและความต้องการในการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ และสิ่งที่หัวหน้างานและผู้บริหารระบุ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณากำหนดสมรรถนะของการพัฒนาบุคลากร ดังตัวอย่างในแนบมุมต่อไปนี้
 - สมดุลระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเองกับการเรียนรู้ตามหลักสูตรที่มีการจัดอบรม
 - สมดุลระหว่างการเรียนรู้ที่เป็นทางการกับที่ไม่เป็นทางการ
 - สมดุลระหว่างการฝึกอบรมภายในองค์กรกับการฝึกอบรมภายนอกองค์กร
 - สมดุลระหว่างการเรียนรู้ความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับการเรียนรู้ความรู้ที่ชัดเจน (explicit knowledge)
 - สมดุลระหว่างการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ กับการเรียนรู้ทางทฤษฎี
 - สมดุลระหว่างบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับบุคคล หน่วยงาน และ รพ.
 - สมดุลระหว่างความต้องการการเรียนรู้ของบุคลากรกับวัตถุประสงค์ขององค์กร
 - สมดุลระหว่างการพัฒนาความรู้เพื่อการทำงานกับการพัฒนาจิตปัญญา
 - สมดุลระหว่างการพัฒนา technical skill กับ non-technical skill (เช่น การสื่อสาร การตัดสินใจ การทำงานเป็นทีม การแก้ปัญหา การแปลความหมายและใช้ข้อมูล คอมพิวเตอร์)
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องกำหนดองค์ประกอบของระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนด learning need, การออกแบบวิธีการพัฒนาบุคลากรที่หลากหลาย, การดำเนินการฝึกอบรมและสร้างโอกาสการเรียนรู้, การหนุนเสริมให้นำความรู้และทักษะใหม่ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน, การประเมินประสิทธิผลของระบบ, การปรับปรุงระบบ,
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องรวบรวมข้อมูลเพื่อกำหนด learning need ในระดับองค์กรและระดับหน่วยงาน ดังต่อไปนี้
 - พิจารณาสมรรถนะหลัก (core competency) ขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การบรรลุผลสำเร็จของแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ

- พิจารณาประเด็นเรื่องการปรับปรุงผลการดำเนินการ / การพัฒนาคุณภาพขององค์กร ความปลอดภัยของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงขององค์กร การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี และนวัตกรรม
- พิจารณาประเด็นเรื่องจริยธรรมในการให้บริการสุขภาพ และจริยธรรมในการประกอบกิจการ
- พิจารณาประเด็นเรื่องการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพ ความปลอดภัย (รวมทั้งการใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลความเสี่ยง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนทางคลินิก การตามรอยทางคลินิก)
- พิจารณา learning needs ที่เป็นความต้องการของบุคลากร ร่วมกับที่หัวหน้างาน ผู้บริหาร และผู้นำระดับสูงระบุอย่างสมดุล เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร
- พิจารณาข้อกำหนดเรื่องการต่ออายุใบประกอบวิชาชีพ
- พิจารณาประเด็นเรื่อง non-technical skill ความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) และการพัฒนาจิตตปัญญา / การใช้มิติด้านจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย
- การพัฒนาและเรียนรู้สำหรับผู้นำ ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้เพิ่มเติม
 - พิจารณาประเด็นการพัฒนาคุณสมบัติการเป็นผู้นำเฉพาะตัว และจริยธรรมในการประกอบกิจการ
 - พิจารณาบทบาทของผู้นำในการพัฒนาความรู้ขององค์กร การใช้การเรียนรู้ระดับองค์กรและการสร้างนวัตกรรมเป็นเครื่องมือในการจัดการ
 - พิจารณาความรู้ความสามารถในการนำองค์กรสู่ความยั่งยืน การคิดเชิงกลยุทธ์ การบริหารกลยุทธ์ บทบาทในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง
 - พิจารณาบทบาทของผู้นำต่อการส่งเสริม สนับสนุน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมการมุ่งเน้นผู้ป่วย
 - การสร้างความผูกพันกับกำลังคน และการพัฒนากำลังคน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันออกแบบวิธีการพัฒนาบุคลากรที่หลากหลาย เช่น
 - การฝึกอบรมระหว่างปฏิบัติงาน โดยมีระบบพี่เลี้ยง
 - การเรียนในห้องเรียน
 - การเรียนจากคอมพิวเตอร์
 - การเรียนทางไกล
 - การได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในลักษณะโครงการ (project based)
- ผู้นำทุกระดับ อาจส่งเสริมและร่วมมือกับบุคลากรในการกำหนดประเด็นที่ต้องพัฒนาและเรียนรู้สำหรับแต่ละบุคคล (Individual Learning and Development Needs) และแผนพัฒนาของแต่ละบุคคล
- ผู้นำทุกระดับหนุนเสริมให้นำความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่ได้จากการเรียนรู้มาปฏิบัติ
 - หัวหน้าหน่วยงานจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับความจำเป็น ประสบการณ์ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรค เกี่ยวกับการนำความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่ได้จากการเรียนรู้มาปฏิบัติ รวมทั้งมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค

- หัวหน้าหน่วยงานสังเกต ตรวจสอบ หรือประเมินการนำความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่สำคัญมาสู่วิปฏิบัติ ในหน่วยงาน
- ผู้นำกำหนดระบบแรงจูงใจที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

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

(2) องค์กรประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา โดยพิจารณาความผูกพันของกำลังคน ผลการปฏิบัติงานของกำลังคน และผลการดำเนินการขององค์กรร่วมด้วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจแนวคิดของการประเมินประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้ ใน 4 ระดับต่อไปนี้
 - Reactive evaluation ประเมินความรู้สึกต่อประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคลากร
 - Learning evaluation ประเมินความรู้ที่เพิ่มขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมองค์กรประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา โดยพิจารณาความผูกพันของกำลังคน ผลการปฏิบัติงานของกำลังคน และผลการดำเนินการขององค์กรร่วมด้วย
 - Behaviour evaluation ประเมินการประยุกต์ใช้ความรู้ในงานที่รับผิดชอบ เช่น การสังเกตโดยหัวหน้างาน การสัมภาษณ์ หรือการประเมินตนเอง
 - Result evaluation ประเมินผลกระทบต่อผลการดำเนินการของแต่ละบุคคล หน่วยงาน และองค์กร รวมทั้งผลกระทบต่อผลการดำเนินการเกี่ยวกับลูกค้า ซึ่งเป็นตัววัดที่ใช้ในระบบบริหารอยู่แล้ว แต่ต้องเลือกตัวชี้วัดที่สัมพันธ์กับหน้าที่รับผิดชอบของผู้ถูกประเมิน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการพัฒนาและเรียนรู้ โดยพิจารณาแนวทางต่อไปนี้
 - องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา มีการประเมินระบบการเรียนรู้และพัฒนา อย่างน้อยความครอบคลุมของการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ความครอบคลุมของผู้เข้าร่วม/โอกาสการเข้าร่วมเรียนรู้ ความพึงพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆ ของการเรียนรู้ ความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในประเด็นที่ต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด

- การประเมินพิจารณาการประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้รับในงานที่รับผิดชอบร่วมด้วย มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานของทั้งองค์กร หรือการประยุกต์ใช้ความรู้ในงานที่รับผิดชอบของผู้อบรม
- การประเมินพิจารณาผลงานขององค์กรซึ่งเป็นตัววัดที่ใช้ในระบบบริหารอยู่แล้วร่วมด้วย มีการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างทรัพยากรที่ใช้และระดับกิจกรรมการเรียนรู้ กับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหรือผลงานขององค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความผูกพันของกำลังคน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องนำผลการประเมินมาปรับปรุงระบบการพัฒนาและเรียนรู้ของกำลังคน (ทั้งระดับปฏิบัติการและผู้นำ)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินระบบการพัฒนาและเรียนรู้ของกำลังคน (ทั้งระดับปฏิบัติการและผู้นำ) และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น
 - ความครอบคลุมของเนื้อหาการจัดกิจกรรมเรียนรู้
 - ความครอบคลุมของผู้เข้าร่วม/โอกาสการเข้าร่วมเรียนรู้
 - ความพึงพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆ ของการเรียนรู้
 - ความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในประเด็นที่ต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด
 - การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานของทั้งองค์กร หรือการประยุกต์ใช้ความรู้ในงานที่รับผิดชอบของผู้อบรม
 - ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหรือผลงานขององค์กรที่เปลี่ยนแปลงไป ที่สามารถแสดงความสัมพันธ์กับการลงทุนด้านการเรียนรู้และพัฒนา

(3) องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของกำลังคน วางแผนการสร้างผู้บริหารและผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- แนวทางการจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงาน
- แนวทางการวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำ

I – 6 การปฏิบัติการ

SPA I-6.1 กระบวนการ (OPT.1)

องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ / กระบวนการทำงานที่สำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. การออกแบบบริการและกระบวนการ

(1) องค์กรระบุข้อกำหนดของบริการสุขภาพที่สำคัญ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์ (product requirement)
 - ข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์เป็นเอกสารที่ระบุข้อกำหนดทั้งหมดของผลิตภัณฑ์ใดผลิตภัณฑ์หนึ่ง เพื่อให้ผู้คนเข้าใจว่าผลิตภัณฑ์นั้นจะทำอะไรได้บ้าง โดยทั่วไปแล้วจะเริ่มต้นเขียนจากมุมมองของผู้ใช้หรือผู้รับผลงาน เพื่อนำไปใช้แสดงรายละเอียดในข้อกำหนดเฉพาะเชิงเทคนิค (technical requirement หรือ functional specification) ต่อไป
 - องค์ประกอบของข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์
 - วัตถุประสงค์ (objective) อธิบายปัญหาของผู้รับผลงาน และความสัมพันธ์กับวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ขององค์กร
 - ลักษณะสำคัญ (features) ของผลิตภัณฑ์ สิ่งที่ใช้ใช้งานต้องการ และสิ่งที่ผลิตภัณฑ์นี้จะช่วยแก้ปัญหาหรือหาทางออกให้ผู้ใช้
 - สมมติฐาน ข้อจำกัด และสิ่งที่ไม่อยู่ในขอบเขต
 - แผนการประเมินและตัววัด performance ของผลิตภัณฑ์
- ผู้นำและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันประยุกต์แนวคิดเรื่องข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์ (product requirement) มาใช้กับข้อกำหนดของบริการสุขภาพ (healthcare service requirement) เช่น การศึกษาลักษณะสำคัญของการจัดบริการสุขภาพที่ดีซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนด
 - Comprehensiveness: มีบริการที่หลากหลายเพื่อตอบสนองความต้องการของประชากรกลุ่มเป้าหมาย เช่น มีทั้งการป้องกัน การรักษา การประคับประคอง การฟื้นฟูสภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ
 - Accessibility: สามารถเข้าถึงได้โดยไม่มีอุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย ภาษา วัฒนธรรม ภูมิศาสตร์ อาจมีการจัดบริการที่บ้าน ในชุมชน ในที่ทำงาน หรือในสถานพยาบาล
 - Coverage: ครอบคลุมทุกคนที่เป็นประชากรเป้าหมายที่กำหนดไว้

- Continuity: ให้บริการอย่างต่อเนื่องตลอดทุกช่วงจังหวะของการเจ็บป่วย ผ่านเครือข่ายบริการและระดับบริการต่างๆ
 - Quality: ให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้ผล ปลอดภัย ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ในเวลาที่เหมาะสม
 - Person-centredness: จัดบริการโดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง มิใช่โรคหรือการเงิน ผู้ป่วยเป็นหุ้นส่วนในการดูแลสุขภาพของตนเอง
 - Coordination: มีการประสานงานที่ดีระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ ระหว่างผู้ให้บริการประเภทต่างๆ ระหว่างการดูแลประเภทต่างๆ ระหว่างการดูแลระดับต่างๆ ทั้งในภาวะปกติและการเตรียมพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งการประสานงานกับภาคบริการสังคม และพันธมิตรที่เป็นองค์กรชุมชน
 - Accountability and efficiency: มีการบริหารจัดการที่ดีเพื่อลดความสูญเปล่าให้เหลือน้อยที่สุด ผู้บริหารได้รับมอบอำนาจที่จำเป็นเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้และแสดงภาวะรับผิดชอบต่อผลงานที่เกิดขึ้น มีกลไกประเมินผลโดยภาคประชาสังคมมีส่วนร่วม
 - ผู้นำร่วมกับผู้เกี่ยวข้องระบุบริการสุขภาพ และข้อกำหนดของบริการสุขภาพที่องค์กรให้บริการ 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) องค์กรนำหลักฐานทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ เทคโนโลยี ความรู้ขององค์กร คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ความคล่องตัว ความปลอดภัย และมีคุณภาพต่างๆ มาใช้ในการออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจมาตรฐานเรื่อง Process Management ซึ่งประกอบด้วย
 - การระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ (key work process) สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม (การกล่าวถึงกระบวนการในมาตรฐานฉบับนี้ ยังคงเป็นกระบวนการในภาพใหญ่ขององค์กร ซึ่งสามารถแตกย่อยลงไปได้อีกเมื่อไปพิจารณาในระดับหน่วยงาน)
 - กระบวนการจัดบริการสุขภาพ (healthcare process) ซึ่งสร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการ
 - กระบวนการทางธุรกิจหรือการดูแลกิจการ (business process) ซึ่งมีความสำคัญต่อความสำเร็จและความเติบโตขององค์กร เช่น การสร้างนวัตกรรม การวิจัยและพัฒนา การจัดหาเทคโนโลยี การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ การจัดการห่วงโซ่อุปทาน

การจ้างเหมาหน่วยงานภายนอก การบริหารโครงการ การขายและการตลาด การระดม
ทุน กระบวนการนโยบายสาธารณะ

- กระบวนการสนับสนุน (support process) เพื่อตอบสนองความต้องการภายในองค์กร
เช่น การจัดการอาคารสถานที่ การทำความสะอาด เวชระเบียน การเงินการบัญชี บริการ
ด้านกฎหมาย 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
 - กระบวนการซึ่งเกี่ยวข้องกับความสำเร็จพิเศษขององค์กร หรือวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร
 - สนับสนุนให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ขับเคลื่อน PDSA ในกระบวนการสำคัญที่ระบุไว้ใน service profile ของหน่วยงาน (สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน ค้นหาโอกาสพัฒนา ควบคุมกำกับการทำงาน ติดตามการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน และดำเนินการพัฒนาต่อเนื่อง)
 - กระบวนการสำคัญใน 3 กลุ่มที่กล่าวมา คือ กระบวนการจัดบริการสุขภาพ กระบวนการทางธุรกิจ และกระบวนการสนับสนุน (ซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับ service profile ของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือในมาตรฐานตอนที่ II และ III)
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบแต่ละกระบวนการสำคัญ ทำความเข้าใจขอบเขตของกระบวนการสำคัญในที่นี้ ว่าเป็นการมองกระบวนการจากระดับองค์กร หนึ่งกระบวนการอาจจะหมายถึงความถึงงานของหน่วยงานทั้งหน่วย และเราอาจจะคุ้นเคยกันในชื่อของระบบงาน เช่น กระบวนการเวชระเบียน ซึ่งเรารู้คุ้นเคยกันในชื่อระบบเวชระเบียน ขณะที่บางระบบงานอาจจะแตกออกเป็นกระบวนการสำคัญจำนวนหนึ่ง เช่น ระบบ IC อาจจะจำแนกออกเป็นกระบวนการเฝ้าระวังการติดเชื้อ กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ ฯลฯ
- ผู้นำระดับต่างๆ กำหนดกระบวนการสำคัญและกระบวนการสนับสนุนในความรับผิดชอบ (กระบวนการสำคัญควรนำไปสู่การส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และความสำเร็จขององค์กร)
 - กระบวนการซึ่งสัมพันธ์กับ core competency และกลยุทธ์ขององค์กร
 - กระบวนการของระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (ตามมาตรฐานตอนที่ I และ II)
 - กระบวนการของหน่วยงาน
 - กระบวนการในการดูแลผู้ป่วย (ตามมาตรฐานตอนที่ III)
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบแต่ละกระบวนการสำคัญ ดำเนินการออกแบบกระบวนการที่รับผิดชอบ

- วิเคราะห์ความต้องการและความหวังของผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ผู้ส่งมอบ ผู้ร่วมงานจากภายนอก ร่วมกับข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพ มาตรฐานวิชาชีพ และข้อมูลวิชาการต่างๆ เพื่อจัดทำข้อกำหนดของกระบวนการ (process requirement) ซึ่งเป็นวลีสั้นๆ ที่ระบุถึงความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้องต่อกระบวนการนั้นๆ ว่าอยากเห็นผลลัพธ์หรือคุณลักษณะอย่างไร
- ทบทวนกระบวนการที่ใช้อยู่ว่าสามารถตอบสนองต่อข้อกำหนดของกระบวนการได้ดีเพียงใด
- ออกแบบและสร้างสรรค์นวัตกรรมสำหรับกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองข้อกำหนด / ความคาดหวังสำคัญข้างต้น โดยใช้แนวคิด human factors engineering และ design thinking เข้ามาประยุกต์ใช้ ร่วมกับหลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ความคล่องตัว เพื่อเป้าหมายคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตารางสรุปกระบวนการสำคัญและข้อกำหนดของแต่ละกระบวนการ (ครอบคลุมมากที่สุดเท่าที่จะทำได้)
- ตัวอย่างการออกแบบกระบวนการเพื่อตอบสนองต่อข้อกำหนด ตามแนวคิดการออกแบบต่างๆ ใน I-6.1ก (3)

(4) นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน กระบวนการ/ระเบียบปฏิบัติ และรายงานการประชุมที่สำคัญ ได้รับการจัดทำเป็นเอกสาร มีการอนุมัติ มีการควบคุม ข้อมูลเป็นปัจจุบัน มีการทบทวนปรับปรุงเป็นระยะตามกำหนดเวลาหรือตามความจำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้มีระดับสูงมอบให้ผู้เกี่ยวข้องจัดระบบการควบคุมเอกสารที่สำคัญต่อไปนี้
 - นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน ขององค์กร
 - ระเบียบปฏิบัติสำหรับกระบวนการต่างๆ ที่ออกแบบไว้ใน I-6.1ก(3) เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน หรือ procedures & work instructions
 - รายงานการประชุมที่สำคัญ
- ระบบควบคุมเอกสารประกอบด้วย การจัดทำ การอนุมัติ การควบคุม การปรับปรุงเป็นระยะตามกำหนดเวลาหรือตามความจำเป็น
 - ผู้มีอำนาจลงนามเป็นผู้อนุมัติการเผยแพร่และใช้เอกสารการอนุมัติอาจอยู่ในรูปแบบของลายเซ็น หรือการอนุมัติผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่มีรหัสผ่าน หรืออยู่ในรูปแบบรายงานการประชุมที่บันทึกมติ การอนุมัติของคณะกรรมการกำกับดูแล
 - มีการจัดการที่ทำให้มั่นใจว่าเฉพาะเอกสารรุ่นล่าสุดอยู่ ณ จุดที่จะมีการนำไปใช้
 - มีการจัดการที่ทำให้มั่นใจว่าเอกสารอยู่ในสภาพที่อ่านได้ง่ายและการเปลี่ยนแปลงสามารถสังเกตได้ง่าย (โดยใช้ชื่อเอกสาร วันที่ออก เลขที่เอกสาร หรือเครื่องหมายอื่นๆที่เหมาะสม)
 - มีการปรับปรุงเอกสารเป็นระยะตามความจำเป็น และมีการอนุมัติใหม่

- มีการป้องกันไม่ให้มีการใช้เอกสารที่ยกเลิกไปแล้ว โดยไม่ตั้งใจ และวิธีการระบุเอกสารที่ยกเลิกไปแล้วในกรณีที่เอกสารนั้นยังต้องถูกจัดเก็บไว้เพื่อจุดประสงค์บางอย่าง
- มีการประยุกต์ใช้กระบวนการควบคุมเอกสารกับเอกสารที่ได้รับมาจากภายนอกองค์กร
- เอกสารระเบียบปฏิบัติสำหรับกระบวนการต่างๆ ควรระบุสิ่งต่อไปนี้
 - วัตถุประสงค์หรือข้อกำหนดของกระบวนการ
 - ระบุขั้นตอนการปฏิบัติ: ใคร ทำอะไร อย่างไร
 - ระบุเงื่อนไขการปฏิบัติ ว่าถ้ามีทางเลือกในการปฏิบัติ จะใช้เกณฑ์อะไรในการตัดสินใจ
 - ถ้ามีความเสี่ยงสำคัญ ให้พิจารณาว่าจะป้องกันอย่างไร
 - ระบุว่าในสถานการณ์ที่แตกต่างไปจากปกติหรือเกิดเหตุไม่คาดฝัน จะมีแนวทางใช้ดุลยพินิจอย่างไร
 - ระบุการมี feedback loop ระหว่างขั้นตอนสำคัญเพื่อให้มั่นใจว่ามีการส่งต่อระหว่างขั้นตอนตามที่คาดหวังไว้
 - ระบุข้อมูลที่จะต้องมีการติดตาม (monitor)

ข. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ

(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) ควรพิจารณากำหนดจุดวิกฤติในกระบวนการเพื่อวัดและสังเกตการณ์ ซึ่งควรเริ่มทำโดยเร็วที่สุดในช่วงต้น ๆ ของกระบวนการเพื่อลดปัญหาและค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดจากการเบี่ยงเบนไปจากสิ่งที่คาดหวังให้เหลือน้อยที่สุด
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ ทบทวนวิธีการปฏิบัติงานที่ใช้อยู่ว่าเป็นไปตามกระบวนการที่ออกแบบไว้หรือไม่ สามารถตอบสนองต่อข้อกำหนดสำคัญของแต่ละกระบวนการหรือไม่
 - การใช้ Process Performance เพื่อให้มั่นใจในการปฏิบัติ
 - กำหนดระดับหรือมาตรฐานของ performance ของกระบวนการ และมีการติดตาม
 - หากมีความเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานที่กำหนดไว้ ต้องมีมาตรการแก้ไข โดยพิจารณา ด้านเทคโนโลยี หรือนุคลากร หรือทั้งสองเรื่อง และเน้นการแก้ปัญหาที่ root cause ของความเบี่ยงเบน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่างการใช้ข้อมูล/ตัวชี้วัดในการควบคุมกระบวนการ

(2) องค์กรระบุกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ. การปฏิบัติงานประจำวันของกระบวนการสนับสนุนเหล่านี้ตอบสนองต่อความต้องการสำคัญขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทุกระดับร่วมกันทำความเข้าใจความหมายของกระบวนการสนับสนุน และเหตุที่แยกข้อกำหนดเรื่องนี้ออกมา
 - กระบวนการสนับสนุน คือกระบวนการที่สนับสนุน
 - กระบวนการที่สร้างคุณค่าขององค์กร หรือกระบวนการบริการสุขภาพ
 - กระบวนการบริหารกิจการขององค์กร
 - กระบวนการเหล่านี้มักไม่ได้รับการออกแบบในรายละเอียดร่วมกับกระบวนการหลักหรือบริการสุขภาพ และมักไม่ขึ้นกับข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์ แต่ขึ้นกับความต้องการขององค์กรมากกว่า
 - กระบวนการเหล่านี้อาจถูกระบุไว้ในระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล และกระบวนการสำคัญของหน่วยงานแล้ว ในหัวข้อนี้จึงเป็นการทบทวนเพื่อให้มั่นใจว่ามีการจัดการกระบวนการดังกล่าวอย่างเหมาะสม
 - ตัวอย่างของกระบวนการสนับสนุน เช่น กระบวนการด้านการเงินและบัญชี การจัดการอาคารสถานที่ งานบริการด้านกฎหมาย งานบริการด้านทรัพยากรบุคคล การประชาสัมพันธ์ และงานด้านบริหารอื่น ๆ

- ผู้รับผิดชอบกระบวนการสนับสนุน ระบุข้อกำหนดของกระบวนการ ออกแบบกระบวนการ นำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติ มีการควบคุมกำกับเพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนด เช่นเดียวกับการจัดการกระบวนการสำคัญ

(3) องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อยกระดับการจัดการบริการสุขภาพและผลการดำเนินการขององค์กร เสริมสร้างความแข็งแกร่งของสมรรถนะหลักขององค์กร และลดความแปรปรวนของกระบวนการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทบทวนผลการดำเนินการขององค์กร ตาม I-4.1ข(1) และลำดับความสำคัญที่กำหนดไว้ใน I-4.1ค(1) และถ่ายทอดโอกาสพัฒนาไปสู่การปฏิบัติในประเด็นต่อไปนี้
 - การยกระดับบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ครอบคลุมผู้ป่วยได้มากขึ้น มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น
 - การยกระดับผลการดำเนินการขององค์กร เช่น ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
 - การเสริมสร้างความแข็งแกร่งของสมรรถนะหลักขององค์กร
 - การลดความแปรปรวนของกระบวนการ
 - การตอบสนองความต้องการขององค์กรและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงโอกาสปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการบริการ
- 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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปการปรับปรุงกระบวนการสำคัญและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ค. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน

(1) องค์กรจัดการห่วงโซ่อุปทานเพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะได้รับผลิตภัณฑ์และบริการ ที่มีคุณภาพสูง โดย:

- การเลือกผู้ส่งมอบ (ทั้งผลิตภัณฑ์และบริการ) ที่ตรงกับความต้องการขององค์กร;
- มีการจัดทำข้อกำหนดที่ชัดเจนและรัดกุม;
- มีการวัดและประเมินผลการดำเนินการของผู้ส่งมอบ;
- ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ส่งมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุง;
- จัดการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงกันไว้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้แต่ละส่วนงานทบทวนในประเด็นต่อไปนี้
 - หน่วยงานได้รับมอบผลิตภัณฑ์และบริการ (ครอบคลุมการจ้างเหมาทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและในส่วนบริการสนับสนุนอื่นๆ) อะไรจากผู้ส่งมอบภายนอกบ้าง หน่วยงานใดเป็นผู้ใช้ หน่วยงานใดเป็นผู้ดำเนินการจัดหา
 - ประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงที่สำคัญสำหรับผลิตภัณฑ์และบริการนั้นคืออะไร เช่น
 - Cold chain สำหรับวัคซีนและเวชภัณฑ์บางประเภท
 - ระบบ QA ของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - การตรวจสอบและควบคุมงานระหว่างการก่อสร้าง
 - กระบวนการวิเคราะห์ระบบไปจนถึง User Acceptance Test ในการตรวจรับ software
 - มีการจัดทำข้อกำหนดที่ครอบคลุมประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงดังกล่าวไว้อย่างชัดเจนและรัดกุมเพียงใด
 - มีกระบวนการคัดเลือกผู้ส่งมอบอย่างไรที่ทำให้มั่นใจว่าได้ผู้ส่งมอบที่มีความรับผิดชอบ สามารถส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือบริการตามข้อกำหนดได้
 - การตรวจรับผลิตภัณฑ์และบริการมีความเข้มงวดพอหรือไม่ที่จะทำให้มั่นใจว่ามีคุณภาพตามข้อกำหนดเพียงใด ผู้ตรวจรับมีความรู้ด้านเทคนิคเพียงพอหรือไม่ มีงานอะไรที่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญภายนอก
 - มีการส่งข้อมูลป้อนกลับให้แก่ผู้ส่งมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างไร
 - มีการจัดการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงกับข้อกำหนดอย่างไร
- ส่วนงานที่เกี่ยวข้องนำปัญหาที่พบบมาปรับปรุงระบบหรือเสนอต่อผู้นำเพื่อดำเนินการตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปผลการทบทวนที่สำคัญและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

ง. การจัดการนวัตกรรม

(1) องค์กรส่งเสริมให้นำโอกาสเชิงกลยุทธ์มาพัฒนานวัตกรรม มีการสนับสนุนการเงินและทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้องทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องนวัตกรรม
 - นวัตกรรมคือการเปลี่ยนแปลงสำคัญ (การฉีกแนวหรือการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดด) ในด้านผลลัพธ์ ผลิตภัณฑ์ บริการ หรือกระบวนการ เพื่อเพิ่มคุณค่าหรือสร้างคุณค่าใหม่ให้แก่ผู้รับผลงาน หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - ประเภทต่างๆ ของนวัตกรรมอาจจัดกลุ่มได้ดังนี้
 - Configuration (โครงสร้าง) เช่น รูปแบบการทำธุรกิจ การสร้างเครือข่าย โครงสร้างองค์กร กระบวนการทำงาน
 - Offering (สิ่งที่หยิบยื่นให้) เช่น ผลิตภัณฑ์ บริการสุขภาพ ระบบงานที่ใช้ร่วมกัน
 - Experience (ประสบการณ์) เช่น ช่องทางการส่งมอบ การช่วยเหลือผู้รับผลงาน การสร้างความผูกพันกับผู้รับผลงาน
 - การสร้างนวัตกรรมที่ประสบความสำเร็จในระดับองค์กรเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยหลายขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและการแบ่งปันความรู้ การตัดสินใจที่จะนำไปใช้ การดำเนินการ การประเมินผล 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
 - สร้างบรรยากาศของการเปิดรับการแสดงความคิดเห็นและการให้ข้อเสนอแนะ
 - การฝึกอบรมที่จำเป็นเพื่อให้มีทักษะในการคิดสร้างสรรค์และการออกแบบทดลองเพื่อสร้างนวัตกรรม
 - การให้โอกาสให้ทีมงานสามารถลองผิดลองถูกได้
 - การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น โดยมีแนวทางพิจารณาจัดลำดับความสำคัญ และเกณฑ์การยุติการสนับสนุนเมื่อเห็นว่าไม่คุ้มค่า
 - การสร้างแรงจูงใจ
 - การขยายผลการใช้นวัตกรรม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปแนวทางการสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก

- (1) การเข้าร่วมกับสถาบันการศึกษาในการจัดการศึกษาและฝึกอบรมแก่บุคลากรสาธารณสุข ได้รับความเห็นชอบและกำกับติดตามโดยผู้กำกับดูแลกิจการและผู้อำนวยการ (เฉพาะกรณีที่สถานพยาบาลไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสถาบันการศึกษา).
- (2) องค์กรมีทรัพยากรที่เพียงพอในการสนับสนุนการจัดการศึกษาและฝึกอบรม:
 - จำนวนและความเชี่ยวชาญของอาจารย์ผู้สอน;
 - จำนวนและลักษณะที่หลากหลายของผู้ป่วย;
 - สถานที่ เทคโนโลยี และทรัพยากรอื่นๆ.
- (3) มีการระบุตัวอาจารย์ผู้สอนพร้อมทั้งภาระรับผิดชอบและอำนาจตัดสินใจที่ชัดเจนตามข้อกำหนดของหลักสูตร.
- (4) มีการกำกับดูแลที่เพียงพอสำหรับแต่ละระดับของนักศึกษาและผู้รับการฝึก เพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วย และการได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่ใกล้เคียงกัน. มีความชัดเจนในการบันทึกหลักฐานของการกำกับดูแล และความชัดเจนในการใช้บันทึกของนักศึกษาหรือผู้รับการฝึกเป็นหลักฐานทางกฎหมาย.
- (5) มีการจัดทำข้อตกลงในความร่วมมือที่จะสนับสนุนกันและกันระหว่างองค์กรและสถาบันการศึกษา รวมถึงหน้าที่รับผิดชอบที่คาดหวัง ระดับของการปฏิบัติที่อนุญาตให้นักศึกษาและผู้รับการฝึก. มีการจัดทำเอกสารเกี่ยวกับสถานะและการบรรลุเป้าหมายการเรียนรู้ของนักศึกษาและผู้รับการฝึก.
- (6) นักศึกษาและผู้รับการฝึกปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติขององค์กรทุกฉบับ.
- (7) องค์กรสร้างเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแก่นักศึกษาและผู้รับการฝึก เป็นต้นแบบที่ดีของระบบคุณภาพ เช่น องค์กรแพทย์ ความปลอดภัยในการใช้ยา การเรียนรู้จากความผิดพลาด ระบบบริหารความเสี่ยง ฯลฯ. นักศึกษาและผู้รับการฝึกเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของระบบคุณภาพและความปลอดภัย.
- (8) มีการติดตามประเมินผลโปรแกรมการเรียนการสอนทางคลินิก ทั้งในมิติด้านการเรียนรู้ และคุณภาพ/ความปลอดภัย ของการให้บริการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาว่าจะต้องปฏิบัติตามมาตรฐานข้อนี้อย่างไร
 - องค์กรที่มีการศึกษาเป็นพันธกิจหลักอยู่แล้ว เน้นการปฏิบัติตามข้อย่อย (6) (7) (8)
 - องค์กรที่พันธกิจหลักคือการให้บริการ พิจารณาว่าเป็นสถาบันสมทบในการจัดการศึกษาและฝึกอบรมให้แก่บุคลากรสาธารณสุขหรือไม่ ถ้าเป็น ให้ปฏิบัติตามข้อย่อยทุกข้อ
- จุดเน้นสำคัญของการปฏิบัติตามมาตรฐานเรื่องนี้
 - นักศึกษาและผู้รับการฝึกได้เรียนรู้และฝึกทักษะตามข้อกำหนดของหลักสูตร
 - นักศึกษาและผู้รับการฝึกมีความเข้าใจและเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ผ่านการได้เห็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นต้นแบบที่ดี และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัย
 - คุณภาพและความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากนักศึกษาและผู้รับการฝึก

- องค์กรให้ความสำคัญกับบทบาทต่อไปนี้
 - การสร้างต้นแบบที่ดีของระบบคุณภาพ
 - การใช้ทุกโอกาสและกรณีศึกษาเพื่อสร้างการเรียนรู้ให้แก่นักศึกษาและผู้รับการฝึกให้มากที่สุด
 - การมีนโยบายและแนวปฏิบัติ ระบบกำกับดูแล ระบบให้คำปรึกษา และระบบติดตาม เพื่อเป็นหลักประกันความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปแนวทางการจัดการเรียนการสอนด้านคลินิกที่สำคัญ และผลการประเมิน

SPA I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (OPT.2)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการจัดการการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ลูกค้าอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ

(1) องค์กรควบคุมต้นทุนโดยรวมของการปฏิบัติการ ด้วยการป้องกันอุบัติเหตุ ความผิดพลาด และการต้องทำงานซ้ำ, การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ, การนำเรื่องของรอบเวลา ผลิตภาพ ปัจจัยด้านประสิทธิภาพ และประสิทธิผลอื่นๆ มาพิจารณากระบวนการทำงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาโอกาสที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานในประเด็นต่อไปนี้
 - การป้องกันอุบัติเหตุ ความผิดพลาด และการต้องทำงานซ้ำ โดยคัดเลือกประเด็นที่มีโอกาสส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการแก้ปัญหาหรือการชดเชยสูง
 - การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ ด้วยการออกแบบระบบให้ป้องกันความผิดพลาด การใช้ระบบ automation และการสร้างจิตสำนึกคุณภาพให้ทุกคนทำในสิ่งที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก
 - การลดความสูญเปล่าของกระบวนการที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่า ตามแนวคิด Lean
 - การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ซึ่งแสดงถึง effectiveness of intervention มาพิจารณายกเลิกการตรวจรักษาที่ไม่ได้ผลหรือไม่มีหลักฐานยืนยัน เช่น โปรแกรมการให้ยาสมเหตุผล รวมทั้งการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ดังตัวอย่างการใช้ Choosing Wisely® เป็นแหล่งข้อมูล
 - การออกแบบระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการวิเคราะห์ต้นทุนต่อการรักษาโรคและรายหัตถการ (ในลักษณะต่อครั้งของการเข้ารับบริการ และพัฒนาต่อไปเป็นตลอด episode ของการเจ็บป่วย) นำมาวิเคราะห์เพื่อเรียนรู้ variation วางแนวทางจัดการลด variation และแนวทางดูแลกลุ่มที่เป็น high cost และ outlier

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความพยายามในการควบคุมต้นทุนการปฏิบัติการขององค์กร และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ข. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน

(1) องค์กรทำให้เกิดสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงการป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ต้นเหตุของความล้มเหลว และการทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับปรุงมาตรการป้องกัน ข้อมูลแสดงความพร้อมในการรับมือกับเหตุการณ์ที่ไม่ปลอดภัย

(2) องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการเตรียมพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน โดยคำนึงถึงการป้องกัน การบริหารจัดการ ความต่อเนื่องของการให้บริการ การเคลื่อนย้าย การทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม การพึ่งพากำลังคน ผู้ส่งมอบ และพันธมิตร. องค์กรทำให้มั่นใจว่าระบบสารสนเทศมีความมั่นคงปลอดภัย และพร้อมใช้อย่างต่อเนื่อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกับทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์โอกาสที่ รพ. จะต้องเผชิญกับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน ทั้งที่มีผลกระทบต่อ รพ. โดยตรง และมีผลกระทบต่อชุมชนซึ่งทำให้ รพ. ต้องตอบสนอง
 - ภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉินที่มีผลกระทบต่อองค์กรโดยตรง เช่น อัคคีภัย น้ำท่วม พายุ แผ่นดินไหว ระบบสาธารณสุขภาคไม่ทำงาน มลภาวะในอากาศ เหตุระเบิด

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉินที่ รพ.มีโอกาสเผชิญ
- มีการจัดทำแผนรองรับในภาวะอะไรบ้าง มีการซักซ้อมความเข้าใจหรือซ้อมแผนในแต่ละเรื่องบ่อยเพียงใด
- จากการประเมินความพร้อมของระบบและการซ้อมแผน พบปัญหาข้อติดขัดอะไร และนำมาปรับปรุงอย่างไร

