



SPA

(Standards-Practice-Assessment)

Part I

คู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ตอนที่ 1

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

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

คู่มือนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

SPA (Standards-Practice-Assessment) Part I

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

คำนำ

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 จัดทำเสร็จสิ้นเมื่อปี พ.ศ. 2564 มีเนื้อหาหลักในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรโดยรวม

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

จากการทดลองใช้คู่มือฉบับนี้ พบว่าเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่โรงพยาบาลใช้ประโยชน์ในการพูดคุยทำความเข้าใจ ใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติซึ่งมีการขยายขอบเขตไปเกินกว่าที่อธิบายไว้ และยังใช้เป็นแนวทางพิจารณาในการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐานอีกด้วย

สรพ. หวังว่าความเข้าใจและการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น รวมทั้งจะมีข้อมูลเชิงปฏิบัติต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย และป้อนกลับมาที่ สรพ. เพื่อให้คู่มือฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

มีนาคม 2565

คำนำของผู้เรียบเรียง

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

เพื่อให้เห็นแนวทางการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติให้มากที่สุด คู่มือนี้จะให้คำแนะนำให้ทีมงานศึกษาแนวคิดสำคัญในเรื่องนั้นๆ ก่อนๆ และให้แนวทางสำหรับการค้นหาประเด็นที่มีความสำคัญตามบริบทขององค์กร โดยประมวลข้อมูลมาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ 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.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

มกราคม 2565

สารบัญ

คำนำ	ii
คำนำของผู้เรียบเรียง	iii
สารบัญ	iv
แนวคิด	1
SPA I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)	2
SPA I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)	15
SPA I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STG.1)	28
SPA I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (STG.2)	38
SPA I-3.1 เสียงของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCM.1)	43
SPA I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น (PCM.2)	51
SPA I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3)	57
SPA I-4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1)	65
SPA I-4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (MAK.2)	74
SPA I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (WKF.2)	82
SPA I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร (WKF.2)	98
SPA I-6.1 กระบวนการ (OPT.1)	110
SPA I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (OPT.2)	125

แนวคิด

SPA (Standards – Practice – Assessment)

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

การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้ง่าย ๆ โดยใช้วิธีการ “คุยกันเล่น – เห็นของจริง – อิงการวิจัย”

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

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

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

I-1 การนำองค์กร

SPA I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

ผู้นำระดับสูงซึ่งนำและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.

ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม

(1) ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจความมุ่งหมายและการใช้ประโยชน์ของวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม
 - วิสัยทัศน์ คือภาพอนาคตหรือทิศทางที่องค์กรจะมุ่งไป สิ่งที่ตั้งใจจะเป็น สิ่งที่ยากให้ผู้อื่นรับรู้ (Where are we going?) มีไว้เพื่อสร้างความฝันและแรงบันดาลใจ
 - พันธกิจ คือการระบุเหตุผลที่มีการจัดตั้งองค์กร (Why does the organization exist?)
 - ค่านิยม คือหลักการซึ่งนำและพฤติกรรมซึ่งเป็นที่ยึดมั่นว่าองค์กรและคนในองค์กรจะยึดถือในการปฏิบัติ
- ผู้นำระดับสูงทบทวนพันธกิจ วิสัยทัศน์ ขององค์กร
 - ทบทวนว่าพันธกิจจะบ่งชี้ว่าองค์กรต้องทำอะไรหรือให้คุณค่าอะไรให้กับชุมชนที่ให้บริการ ในลักษณะที่กระชับ
 - ตรวจสอบให้มั่นใจว่าวิสัยทัศน์นั้นจับใจ จำได้ ทำได้ เร้าใจ จุดประกาย มีความหมายต่อทุกคน
 - ทบทวนว่าวิสัยทัศน์ขององค์กรเหมาะสมที่จะเป็นตัวกำหนดบริบทสำหรับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการ
- ผู้นำระดับสูงเทียบเคียงและเชื่อมโยงค่านิยมขององค์กรกับค่านิยมของ HA/HPH พยายามใช้ประโยชน์จากค่านิยมขององค์กร และครอบคลุมค่านิยมของ HA/HPH ที่สำคัญครบถ้วน
 - ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ชยันทบทวน
 - เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่างยึดติด
 - ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้ (ขยายความเป็น 17 ข้อ ตามภาคผนวก 2 ของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 หน้า 218-236)
 - ค่านิยม systems perspective เป็นพื้นฐานสำคัญที่สุด ประกอบด้วย

- Synthesis เห็นการปรากฏอยู่และความเชื่อมโยงของระบบ/หน่วยงาน ต่างๆ ในองค์กร เป็นองค์กรรวมที่เป็นเนื้อเดียวกัน (unified whole) มีความเคารพในองค์ประกอบย่อยต่างๆ เหล่านั้น รับรู้และตอบสนองความต้องการของกันและกัน ให้ทุกข้อต่อของห่วงโซ่มีความ แข็งแรง
- Alignment ทำความเข้าใจและนำมาปฏิบัติซึ่งถ้อยคำหลักขององค์กร (วิสัยทัศน์ ค่านิยม สมรรถนะหลัก) ในทุกระดับ มีความสอดคล้องกันของเป้าหมาย แผน กระบวนการ วัตถุประสงค์ ปฏิบัติการ
- Integration องค์กรประกอบ/ระบบงาน/หน่วยงานต่างๆ ทำงานอย่างเชื่อมโยงกัน เป็นหนึ่ง เดียวกัน เอื้อต่อกันและกันเพื่อผลลัพธ์ที่ต้องการ

○ ทำความเข้าใจกับค่านิยมที่สัมพันธ์กับวัฒนธรรมองค์กรที่มาตรฐานนี้ให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็น ค่านิยมสำคัญที่จะนำไปสู่วัฒนธรรมองค์กรดังกล่าว

Ref	Culture	HA Core Values	องค์กรในฝัน
I-1.1 ค(3)	Learning culture	Learning	Learning Organization
I-5.2 ข(1)	Open communication & empowerment	Empowerment	Living Organization
I-1.1 ค(3)	Safety culture	Ethical and professional practice	High Reliability Organization
I-1.1 ค(3)	People-centered / customer-focused culture	Patient and customer focus	High Performance Organization
I-1.1 ค(3)	Improvement culture	Continuous process improvement	
I-5.2 ข(1)	High performance culture	Focus on results	

- ผู้นำระดับสูงมอบให้มีการจัดทำตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของการปฏิบัติตามค่านิยมเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้ง สิ่งที่ดีปฏิบัติ (Do) และสิ่งที่ไม่พึงปฏิบัติ (Don't) เพื่อสื่อสารในองค์กร
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ทบทวนหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงานว่ามีส่วน สนับสนุนให้พันธกิจขององค์กรบรรลุผลอย่างไร
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ถ่ายทอดวิสัยทัศน์และค่านิยมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน นำไปปฏิบัติ โดยเชื่อมโยงกับบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน เริ่มจากสิ่งที่สมาชิกปฏิบัติอยู่แล้ว และชวนกัน ยกกระตือรือร้นการปฏิบัติให้มากขึ้น
- ผู้นำพิจารณาว่าจะถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ไปยัง ผู้ส่งมอบ พันธมิตรที่สำคัญ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ด้วยวิธีการใด และมีจุดเน้นอย่างไรเพื่อประโยชน์ร่วมกัน
- ผู้นำระดับสูงเป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กรและการทำงานเป็นที่มา
 - ร่วมกันพิจารณาว่าจะนำค่านิยมขององค์กรและค่านิยมของ HA/HPH ไปปฏิบัติให้เห็นเป็นตัวอย่าง ได้อย่างไร และนำไปปฏิบัติเป็นแบบอย่างในผู้นำทุกระดับ

- ทำให้เห็นว่าผู้นำร่วมมือกันทำงานเป็นทีมในลักษณะ collective leadership
- ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความมุ่งมั่นของบุคลากรที่จะนำวิสัยทัศน์และค่านิยมมาสู่การปฏิบัติเพื่อผลการดำเนินงานที่ดีขององค์กร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม:

- กำหนดแนวทางปฏิบัติที่พึงประสงค์ (codes of conduct) ขององค์กรที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรม¹ (ethical principles) เป็นลายลักษณ์อักษร;
- ส่งเสริมการใช้หลักจริยธรรม ชี้้นำการตัดสินใจและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และสังคมโดยรวม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจความหมายของคำที่เกี่ยวข้อง
 - คุณธรรม (moral) เป็นคุณลักษณะที่อยู่ภายในตัวคน เป็นความดีงามในจิตใจที่ทำให้เคยชินต่อการประพฤติดี เป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีจริยธรรม เป็นจุดเริ่มของการพัฒนาเพื่อให้มีจริยธรรม
 - จริยธรรม (ethics) เป็นคุณลักษณะของความดีงามที่ปรากฏออกมาภายนอก ว่าเป็นการตัดสินใจและปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม
 - หลักจริยธรรม (ethical principles) คือหลักการหรือค่านิยมพื้นฐานที่แสดงถึงคุณลักษณะของการตัดสินใจและการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้บรรลุถึงสภาพชีวิตอันทรงคุณค่าที่พึงประสงค์ และไม่เกิดความเสียหายต่อองค์กร
 - แนวปฏิบัติที่พึงประสงค์หรือประมวลจรรยาบรรณ (code of conduct) คือกรอบแนวทางการประพฤติปฏิบัติที่อิงตามหลักจริยธรรมขององค์กร ระบุข้อปฏิบัติที่พึงกระทำและข้อห้ามต่างๆ
- ผู้นำระดับสูงกำหนดหลักจริยธรรมที่จะใช้ชี้้นำการตัดสินใจและการปฏิบัติของทุกคนในองค์กร โดยพิจารณาจาก

¹ หลักจริยธรรม หมายถึง หลักแห่งความประพฤติปฏิบัติชอบ ซึ่งมีรากฐานอยู่บนหลักคำสอนของศาสนา ปรัชญาและขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นหลักประพฤติปฏิบัติตนเพื่อบรรลุถึงสภาพชีวิตอันทรงคุณค่าที่พึงประสงค์ และไม่เกิดความเสียหายต่อองค์กร

○ หลักจริยธรรมสากล ได้แก่

- ความเที่ยงธรรม (justice) เช่น การปฏิบัติต่อทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน การกระจายทรัพยากร การไม่เลือกปฏิบัติ
- เคารพความอิสระและเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือก และให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การขอคำยินยอม การปรับการรักษาให้เหมาะกับสภาพจิตใจของแต่ละคน
- การทำความดีแก่อีก (beneficence) เช่น การปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบ รับผิดชอบ 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
 - ผู้นำระดับสูงปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างให้เห็นถึงความมุ่งมั่นต่อการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม
 - ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมในองค์กรเพื่อให้ทุกคนปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พึงประสงค์หรือประมวลจริยธรรม

○ มีกระบวนการที่สมดุลในเรื่องการให้ความรู้และรณรงค์, รางวัลและแรงจูงใจ, กฎระเบียบข้อบังคับ, สร้างบรรทัดฐานของสังคม, กำหนดเป็นนโยบาย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(3) ผู้นำระดับสูงมุ่งมั่นต่อการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมาย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปฏิบัติตนของผู้นำระดับสูงที่แสดงตัวอย่างความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามกฎหมาย	● การรับรู้จุดเน้นเรื่องการปฏิบัติตามกฎหมายจากผู้นำ

ข. การสื่อสาร (Communication)

(1) ผู้นำระดับสูงใช้การสื่อสารอย่างได้ผลและสร้างความผูกพันกับบุคลากรทั่วทั้งองค์กร และผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่สำคัญ:

- (i) สื่อสารสองทิศทาง อย่างเปิดเผย และเข้าใจง่าย กับทุกกลุ่มเป้าหมาย;
- (ii) สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญและความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงกับบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง ตามความจำเป็น;
- (iii) สร้างแรงบันดาลใจ จูงใจ เพื่อให้บุคลากรสร้างผลการดำเนินการที่ดีและให้ความสำคัญกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจวิธีการสื่อสารที่ได้ผล
 - ผู้รับสารที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้แก่ บุคลากรทั้งองค์กร ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - ช่องทางการสื่อสาร ซึ่งควรเน้นการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การสื่อสารสองทาง และการสื่อสารผ่านเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ
 - ประเด็นในการสื่อสาร ซึ่งควรให้ความสำคัญกับสิ่งที่องค์กรมุ่งเน้น (เข้มมุ่ง) การตัดสินใจที่สำคัญ ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง
- ผู้นำระดับสูงกำหนด/ทบทวนวิธีการสื่อสารกับบุคลากรในองค์กร (อาจจัดทำเป็นตารางแสดงถึงวิธีการสื่อสาร เนื้อหาที่สื่อสาร/กลุ่มเป้าหมาย ความถี่) รวมทั้งการสื่อสารไปสู่เครือข่ายที่ไม่เป็นทางการในองค์กร
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจการสร้าง ความผูกพันกับบุคลากรและการจูงใจเพื่อให้มีผลการดำเนินการที่ดี
 - ทำความเข้าใจระดับขั้นของความผูกพัน (ไม่ผูกพัน ทำเพราะความกลัว ทำเพราะหัวหน้าสั่ง ทำตามหน้าที่เต็มที รับผิดชอบหมายงานที่ทำทนาย สร้างสรรค์งานด้วยตนเองโดยไม่ถามว่าองค์กรให้อะไร)
 - ทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันและแรงจูงใจของบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเป็นสมาชิกที่มีคุณค่าของทีม การอยู่ในทีมที่ประสบความสำเร็จ การได้ทำงานที่มีความหมาย และการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความไว้วางใจกัน
 - ทำความเข้าใจบทบาทของผู้นำในการสร้างความผูกพันด้วยการโค้ช การนำด้วยวิสัยทัศน์/ความใฝ่ฝัน การเสริมพลัง การสร้างความไว้วางใจ
 - ทำความเข้าใจบทบาทของผู้นำในการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้มีผลการดำเนินการที่ดี ทั้งการสร้างแรงบันดาลใจ การจูงใจเพื่อพัฒนาตนเอง การยกย่องชมเชย การให้รางวัลหรือค่าตอบแทนเป็นตัวเงิน
 - ถ่ายทอดความรับผิดชอบในการสื่อสารไปยังผู้นำทุกระดับ
- ผู้นำระดับสูงใช้การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรในเรื่องการเสริมพลัง [I-5.2ข(1)]
 - ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจความมุ่งหมายของการให้อำนาจตัดสินใจ (empowerment) ในเชิงการบริหารจัดการ ว่ามุ่งให้อำนาจและความรับผิดชอบแก่บุคลากรเพื่อตัดสินใจ ณ จุดที่ใกล้ชิด

ผู้ป่วย / ผู้รับบริการมากที่สุด เพื่อช่วยให้บุคลากรสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย / ผู้รับบริการตั้งแต่เริ่มแรก รวมทั้งปรับปรุงกระบวนการและผลลัพธ์ของการทำงานในมารับผิดชอบของตน

- ผู้นำระดับสูงกำหนดขอบเขตการให้อำนาจตัดสินใจ (empowerment) แก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ตัวอย่างการตัดสินใจที่ผู้นำต้องการให้เกิดขึ้น รวมทั้งสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินความเข้าใจ (ผลของการสื่อสาร) ความมั่นใจ (ผลของการให้อำนาจตัดสินใจ) ความอยากทำ (ผลของการให้รางวัลและยกย่องชมเชย) ต่อทิศทางและจุดเน้นขององค์กร การมุ่งเน้นผลการดำเนินการที่ดี และนำผลการประเมินมาปรับปรุงการสื่อสาร การสร้างความผูกพัน การให้อำนาจตัดสินใจ และการจูงใจ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ค. ความสำเร็จขององค์กร (Organization's success)

(1) ผู้นำระดับสูงสร้างสภาพแวดล้อมที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ:

- (i) ทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจ และเป็นองค์กรที่คล่องตัว;
- (ii) ปลุกฝังการเรียนรู้ขององค์กรและบุคลากรแต่ละคนรวมทั้ง ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม;
- (iii) มีวัฒนธรรมที่ส่งเสริมความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและบุคลากร;
- (iv) มีการพัฒนาและเตรียมผู้นำในอนาคตขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - ความสำเร็จในปัจจุบัน หมายถึง การตอบสนองความต้องการของกิจการในปัจจุบัน การจัดการความเสี่ยง ความคล่องตัว และการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์
 - ความสำเร็จในอนาคต หมายถึง ความสามารถที่พร้อมรับมือสภาพแวดล้อมและปฏิบัติการในอนาคต
 - การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ ผู้นำควรคำนึงถึงระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ วัฒนธรรมองค์กร ระบบงาน ขีดความสามารถและอัตรากำลัง สมรรถนะหลักขององค์กร ทรัพยากร การสร้างนวัตกรรม ตลอดจนปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการบรรลุพันธกิจและวัตถุประสงค์ขององค์กร เช่น การกำหนดความคาดหวังที่ชัดเจน การติดตามความก้าวหน้า การให้ความช่วยเหลือในประเด็นที่เป็นความท้าทายต่างๆ
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและสร้างสภาพแวดล้อมที่ทำให้เป็นองค์กรที่คล่องตัว เช่น การปรับเปลี่ยนข้อบังคับหรือแนวทางปฏิบัติเมื่อจำเป็น การให้อำนาจแก่ผู้บริหารระดับต้นในการตัดสินใจเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การทำให้ระบบงานต่างๆ มีความยืดหยุ่นมากขึ้น
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในระดับองค์กรและบุคลากร เช่น การจัดให้มีแหล่งข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ที่เข้าถึงได้ง่ายรวมทั้งการเรียนรู้ผ่านระบบ internet, การส่งเสริมให้มีทักษะในการตั้งคำถามเพื่อแสวงหาความรู้ในงานประจำ, การส่งเสริมให้มีการรวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Community of Practice), การนำผลงานด้านการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล มาใช้เรียนรู้เพื่อการตัดสินใจในระดับองค์กร
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างนวัตกรรม เช่น การมีระบบข้อเสนอแนะ การฝึกอบรมความคิดสร้างสรรค์ การส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมเชิงระบบ การส่งเสริมให้แสวงหาและนำแนวคิดใหม่ๆ มาทดลองใช้โดยไม่ต้องกลัวความล้มเหลว การจัดสรรเวลาให้ฟรีจากงานประจำ การจัดตั้งทีมเฉพาะ การสร้างเวทีให้เกิดระบบนิเวศของการสร้างนวัตกรรม การเก็บเกี่ยวความคิดใหม่ๆ จากชุมชน (crowdsourcing) เป็นต้น

- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อสัมพันธภาพในการทำงานที่ดี
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อความร่วมมือและการประสานบริการ เช่น การจัดโครงสร้างการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนระบบบริการเฉพาะโรคที่มีการประสานในทุกขั้นตอนและทุกจุดบริการ การเข้าร่วมแก้ไขปัญหาที่มีความอ่อนไหว (sensitive) ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างหน่วยงาน
- ผู้นำสร้างวัฒนธรรมที่ส่งเสริมความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เช่น การรับรู้ข้อคิดเห็นของผู้ป่วยโดยผู้นำ การสร้างความสัมพันธ์กับตัวแทนชุมชน การเสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงานแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้โดยมีอำนาจใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม การบรรจุเรื่องประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นวาระประจำวาระแรกๆ ในการประชุมของผู้นำ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรวมกลุ่มกันเพื่อทำกิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยกัน
- ผู้นำสร้างวัฒนธรรมที่ส่งเสริมความผูกพันกับบุคลากร เช่น การรับฟังความคิดเห็นของบุคลากรโดยผู้นำเอง การสื่อสารให้บุคลากรรับรู้ความท้าทายและทิศทางที่ชัดเจนขององค์กร การสนับสนุนให้บุคลากรได้ทำงานที่ถนัด ทำหาย และสอดคล้องกับค่านิยมของตนเอง การสร้างบรรยากาศของการรับฟัง เคารพ ไว้วางใจ เชื่อใจ ร่วมมือ กล้าเสี่ยง การขอบคุณและยกย่องชมเชยในโอกาสที่เหมาะสม
- ผู้นำพัฒนาและเตรียมผู้นำในอนาคตขององค์กร ด้วยการกำหนดตำแหน่งบริหารที่ต้องจัดทำ succession plan กำหนด competency ในด้านการนำและการบริหาร ค้นหาผู้อยู่ในข่าย (candidate) จัดการพัฒนาและฝึกอบรม ติดตามผลการปฏิบัติงาน
- ประเมินสภาพแวดลอมด้านต่างๆ ทั้งในด้านการรับรู้ของบุคลากร และผลงานที่เกิดขึ้น และนำไปใช้วางแผนพัฒนาต่อเนื่อง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) ผู้นำระดับสูงทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง (Focus on Action):

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none">● การปฏิบัติที่เป็นจุดมุ่งเน้นทั้งในส่วนของกลยุทธ์ และการพัฒนาคุณภาพ และระดับความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว● บทเรียนหรือนวัตกรรมที่ผู้นำใช้กระตุ้นให้นำจุดเน้นไปสู่การปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none">● ผลการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามจุดมุ่งเน้น

(3) ผู้นำระดับสูงสนับสนุนความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:

- (i) กำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวัง ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย;
- (ii) ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย การเน้นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้;
- (iii) ทบทวนและกำกับติดตามผลการดำเนินการ และความก้าวหน้าของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาคุพสรรค.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

การกำหนดทิศทาง

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

วัฒนธรรมความปลอดภัย

- ผู้นำระดับสูงกำหนดเรื่องความปลอดภัยเป็นวัตถุประสงค์สำคัญในแผนกลยุทธ์
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะเกิดความปลอดภัยหรือความด้อยคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ และกำหนดมาตรการที่เป็นหลักประกันคุณภาพและความปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
 - การเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อนำมาสู่การป้องกัน (ทำ RCA ด้วยวิธีการที่เหมาะสม และปรับปรุงระบบที่มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น โดยใช้แนวคิด Human Factors Engineering)
 - การเตรียมบุคลากรให้มีความรู้และทักษะเพียงพอ
 - การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
 - การเฝ้าระวังผู้ป่วยเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วทันเวลาที่
 - การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์หรือหน่วยงานที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการนำ Patient & Personnel 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
- ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้ใช้การพูดคุยกันบ่อยๆ อย่างสั้นๆ ในทุกโอกาส เพื่อเพิ่มความตระหนักในเรื่องความเสี่ยง เช่น Morning Brief, Safety Brief, การทบทวนข้างเตียง, การส่งต่อระหว่างเวร
- ประเมินปัจจัยและตัวแปรสำคัญที่สะท้อนถึงการมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร เช่น ใช้ Patient Safety Culture Survey ของ AHRQ และนำผลที่ได้มาพิจารณาปรับปรุง

วัฒนธรรมของการเห็นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้

- ผู้นำเน้นให้บุคลากรทำความเข้าใจกับรูปธรรมของการปฏิบัติตาม core values ในเรื่อง patient and customer focus หรือ people-centered, continuous improvement และ learning ที่ได้จัดทำไว้ตามมาตรฐาน I-1.1ก (1)
- ผู้นำสร้างสิ่งแวดล้อม แรงจูงใจ และติดตามพฤติกรรมของบุคลากรที่สะท้อนวัฒนธรรมทั้งสามประการ

การทบทวนบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนา

- ผู้นำทบทวนบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในประเด็นข้างล่างนี้ และดำเนินการให้เข้มข้นมากขึ้น
 - การให้การฝึกอบรมที่สอดคล้องกับบทบาทของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
 - การให้โอกาสในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
 - การให้แนวทางและความช่วยเหลือ
 - การขจัดอุปสรรคในการพัฒนา
 - การสร้างแรงจูงใจและให้รางวัล
 - การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น ในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย รวมทั้งเทคโนโลยีและทรัพยากรสำหรับการติดตามวัดผล (tracking) และเปรียบเทียบผล
 - การปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพ

การกำกับติดตาม

- ผู้นำจัดให้มีระบบการรายงานความก้าวหน้าและผลการพัฒนาคุณภาพตามแผน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่ต้องการความช่วยเหลือ อย่างสม่ำเสมอ
- ผู้นำระดับต้นดำเนินการแก้ไขปัญหาอุปสรรคอย่างเต็มความสามารถ และกลับมารองขอการสนับสนุนขึ้นมาเป็นลำดับขั้นหากไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ด้วยตนเอง
- ผู้นำระดับสูงรับทราบความก้าวหน้าและผลการพัฒนา พิจารณาความพอเพียงของสิ่งที่ดำเนินการอยู่ และตอบสนองอย่างเหมาะสม (เช่น เพิ่มเป้าหมาย ปรับแผน สนับสนุนทรัพยากร)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

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

SPA I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม (Governance and Societal Contributions)

องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และการเป็นองค์กรที่ทำประโยชน์ให้สังคม

ก. การกำกับดูแลองค์กร (Organizational Governance)

(1) องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบกำกับดูแลกิจการ ที่มีความรับผิดชอบในประเด็นต่อไปนี้:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจระบบการกำกับดูแลกิจการ (governance system) ในบริบทขององค์กร (หมายถึงระบบที่อยู่เหนือคณะผู้บริหาร) เช่น
 - คณะกรรมการโรงพยาบาลที่มีอำนาจกำกับดูแลผู้บริหารโรงพยาบาล (ในภาคเอกชนหรือองค์กรมหาชน)
 - ส่วนราชการต้นสังกัดของโรงพยาบาล รวมทั้งระบบการนิเทศงาน และการติดตามประเมินผลงานของโรงพยาบาลและผู้บริหาร รวมไปถึงการกำกับดูแลโดยระบบประกันสุขภาพหรือองค์กรวิชาชีพ
- ผู้นำระดับสูงทบทวนคุณค่าเพิ่มเติมที่ได้จากการติดตามประเมินผลและข้อเสนอแนะของระบบการกำกับดูแลกิจการ (รวมถึงระบบตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก), ติดตามการนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติ
- ผู้นำระดับสูงทบทวนพันธสัญญา (performance agreement) และระบบรายงานระหว่างผู้กำกับดูแลกิจการกับผู้บริหาร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการรับรู้ผลการดำเนินงานสำคัญขององค์กรโดยผู้กำกับดูแลกิจการ และให้ข้อคิดเห็นป้อนกลับต่อผู้บริหาร
- ผู้นำระดับสูงแสดงความรับผิดชอบต่อผู้กำกับดูแลกิจการในด้านต่างๆ ต่อไปนี้
 - การขอความเห็นชอบจากผู้กำกับดูแลกิจการในเรื่องทิศทาง วัตถุประสงค์ และแผนกลยุทธ์ขององค์กร
 - การบริหารงาน (operational management) ให้เป็นไปตามนโยบาย เป้าหมาย แผน และงบประมาณที่ได้รับความเห็นชอบจากผู้กำกับดูแลกิจการ รวมทั้งการรายงานความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคแก่ผู้กำกับดูแลกิจการอย่างสม่ำเสมอ

- การบริหารทางการเงิน (financial management) และงบประมาณ ให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับ มีการวางแผน ตรวจสอบ ควบคุมการเงินและสินทรัพย์ขององค์กรอย่างรัดกุม มีการใช้งบประมาณ ถูกต้องตามที่ได้รับอนุมัติและมีประสิทธิภาพ
- รายงานผลการดำเนินการขององค์กรให้แก่ผู้กำกับดูแลกิจการเป็นระยะ
- วิเคราะห์ความเสี่ยงต่อขอครหาในเรื่องความไม่โปร่งใสในการตัดสินใจของผู้บริหาร และดำเนินการ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบกระบวนการตัดสินใจและความโปร่งใสในการดำเนินงานของผู้บริหารระดับสูง
- วางระบบการตรวจสอบภายในและภายนอกที่เป็นอิสระและมีประสิทธิผล
- สร้างหลักประกันว่าการพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มอบหมายให้มีการสำรวจและรับเสียงสะท้อนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานของผู้บริหาร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

- คุณค่าเพิ่มและการปรับปรุงระบบงานที่เป็นผลจากข้อเสนอแนะของระบบการกำกับดูแลกิจการ (รวมถึงระบบตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก)

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

(2) องค์กรประเมินและปรับปรุง **ประสิทธิผล** การดำเนินการของ:

- ผู้นำระดับสูง;
- ระบบการนำ;
- ระบบกำกับดูแลองค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การประเมินผลการดำเนินการของผู้นำระดับสูง
 - การประเมินผลการดำเนินการของผู้นำอาจใช้การทบทวนภายในในกลุ่มผู้นำ (peer reviews) การประเมินอย่างเป็นทางการตามข้อตกลงการปฏิบัติงาน การรับฟังเสียงสะท้อนจากบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งด้วยวิธีที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ หรือการใช้คณะกรรมการประเมินผล ซึ่งเป็นบุคคลภายนอก
 - ผู้นำระดับสูง กำหนดสมรรถนะในด้านการบริหารจัดการ (managerial competency) นำมาใช้ในการประเมินและพัฒนาผู้นำระดับต่างๆ

- ผู้นำระดับสูง ทบทวนและปรับปรุงประสิทธิผลของระบบการนำขององค์กร ในประเด็นต่อไปนี้ โดยใช้การทบทวนภายในกลุ่มผู้นำ และการรับเสียงสะท้อนจากบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
 - การจัดโครงสร้างองค์กรที่สอดคล้องกับเป้าหมายและหน้าที่
 - การคำนึงถึงสมรรถนะและความต้องการของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - การกำหนดความคาดหวังต่อผลการดำเนินการในระดับที่ทำทนายและการเน้นย้ำค่านิยม
 - กลไกการตัดสินใจของผู้นำ การสื่อสารและนำผลการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ
 - การเลือกสรรและพัฒนาผู้นำ/ผู้บริหาร
 - ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำในสายงานต่างๆ
 - การสร้างความผูกพันและการทำงานเป็นทีมเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร
 - การกระตุ้นและสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม การเสี่ยงในระดับที่เหมาะสม
 - การมีกลไกสำหรับผู้นำในการประเมินตนเอง รับข้อมูลป้อนกลับ และนำไปสู่การปรับปรุง
- การประเมินผลระบบกำกับดูแลองค์กร
 - การประเมินผลระบบกำกับดูแลองค์กร อาจใช้การประเมินตนเองของกรรมการ ร่วมกับการรับฟังเสียงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการใช้คณะกรรมการประเมินผลซึ่งเป็นบุคคลภายนอก

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● การปรับปรุงประสิทธิผลของระบบการนำที่เป็นผลมาจากการทบทวน ● Managerial competency ที่เป็นปัญหาร่วมของผู้นำระดับต่างๆ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการประเมินระบบการนำ

(3) องค์กรวางระบบกำกับดูแลทางคลินิกที่มีประสิทธิผล:

- (i) กำหนดให้มีคณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกกำกับดูแลองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การทบทวนการดูแลผู้ป่วยหรือ การตรวจสอบทางคลินิก ผลสัมฤทธิ์ในการดูแลผู้ป่วย ประสิทธิภาพของผู้ป่วย การบริหารความเสี่ยง การวิจัย และพัฒนา การเปิดเผยข้อมูล การจัดการสารสนเทศ การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ และการผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร;
- (ii) คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกได้รับรายงานอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับผลการดำเนินการและกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และแสดงความรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน รวมทั้งสนับสนุนให้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและติดตามกำกับ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจความหมายของคำสำคัญในมาตรฐานข้อนี้
 - การกำกับดูแลทางคลินิก หมายถึงกรอบที่สถานพยาบาลใช้เพื่อแสดงความรับผิดชอบต่อ การรับรองคุณภาพและมาตรฐานในงานบริการ ตลอดจนยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การจัดการงานคลินิกบริการอย่างเหมาะสมและการสร้างสภาพแวดล้อมที่ช่วยเสริมสร้างงาน บริการที่เป็นเลิศ
 - คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิก หมายถึง คณะกรรมการที่มีหน้าที่กำกับดูแลกระบวนการและ ผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยทุกแง่มุม ซึ่งองค์กรควรใช้โครงสร้างของ คณะกรรมการชุดนี้ให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กรและสามารถทำหน้าที่ในการให้ความเห็นที่ เป็นประโยชน์อย่างอิสระ เช่น
 - คณะกรรมการที่กำกับดูแลธุรกิจขององค์กรอยู่แล้วของโรงพยาบาลเอกชน
 - คณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากต้นสังกัดให้ดูแลระบบคุณภาพและความปลอดภัย ของโรงพยาบาลในสังกัด
 - คณะกรรมการที่มีผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกเป็นองค์ประกอบสำคัญ
 - คณะกรรมการอื่นๆ ตามบริบทของโรงพยาบาล โดยมีผู้บริหารสูงสุดทางด้านสุขภาพ เป็นประธาน เป็นอย่างน้อย
- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจองค์ประกอบสำคัญที่จะต้องมีการรายงานในระบบกำกับดูแลทางคลินิก ทบทวน การดำเนินงานในเรื่องนั้น และผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ
 - การทบทวนการดูแลผู้ป่วย/การตรวจสอบทางคลินิก คือการเรียนรู้จากการทบทวนหรือการ ตรวจสอบกระบวนการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งอาจจะเป็นการทบทวน เปรียบเทียบกับ explicit criteria หรือแนวปฏิบัติทางคลินิก การทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีความรัดกุมขึ้น และอาจรวมถึงการนำแนวคิด Safety II มาใช้ในการทบทวน คือการทบทวนในกรณีที่ผลลัพธ์ดีภายใต้สถานการณ์ที่หลากหลาย ข้อมูลที่รายงานควรมีทั้ง (1) ความครอบคลุม/ความถี่ของการทบทวน (2) ตัวอย่างบทเรียนที่ได้ จากการทบทวน การปรับปรุงกระบวนการที่เกิดขึ้น และการติดตามผลของการปรับปรุง (ถ้ามี)

- ผลสัมฤทธิ์ของการดูแลผู้ป่วย มีองค์ประกอบสำคัญคือ (1) การออกแบบกระบวนการดูแลบนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการ (2) การติดตามผลลัพธ์การดูแลรักษา (3) การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย
- ประสบการณ์ของผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมให้มีการรับรู้และใช้ประโยชน์จากประสบการณ์ของผู้ป่วยด้วยวิธีที่หลากหลาย ซึ่งควรมีการรายงานการปรับปรุงระบบงานต่างๆ ที่เป็นผลจากการรับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วย
- การบริหารความเสี่ยง (ดูการปฏิบัติตามมาตรฐาน II-1.2) ควรมีการรายงานแนวโน้มของประสิทธิผลของการบริหารความเสี่ยง และปัจจัยองค์กรที่คณะกรรมการกำกับดูแลควรรู้
- การวิจัยและพัฒนา อาจมีลักษณะเป็น R2R หรือ health service research หรือ implementation หรือ clinical research ซึ่งควรมุ่งเน้นการสร้างความรู้หรือพิสูจน์ยืนยันประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยที่ทีมให้บริการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพของบุคลากรขององค์กร
- การเปิดเผยข้อมูล (openness) หมายถึงการเปิดเผยหรือแสดงข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา ประเด็นสำคัญที่สุดคือการทำให้อธิบายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้บริหารต้องตระหนักในความสำคัญของการออกแบบระบบที่รัดกุมด้วยแนวคิด human factors ร่วมกับการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการทำงานควบคู่ไปด้วย
- การจัดการสารสนเทศ (ดูการปฏิบัติตามมาตรฐาน I-4.1 และ I-4.2) รายงานควรครอบคลุมการใช้ประโยชน์จากการวัด วิเคราะห์ สารสนเทศ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการให้บริการผู้ป่วย
- การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ (continuing education-CE) ควรได้รับการส่งเสริมทั้งวิชาชีพที่มีกฎหมายรองรับ และวิชาชีพที่ไม่มีกฎหมายระบุไว้ ทั้งกิจกรรมที่ไปศึกษาและฝึกอบรมภายนอก กิจกรรมที่เรียนรู้ด้วยตนเองหรือเรียนรู้ร่วมกันภายในองค์กร โดยมีระบบการจัดเก็บคะแนนสะสมที่ใช้ในการติดตามได้
- การผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร (ดูการปฏิบัติตามมาตรฐาน I-6.1จ การจัดการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิก) สถานพยาบาลที่เป็นสถาบันการศึกษาหรือสถาบันสมทบซึ่งเป็นที่ฝึกอบรมอยู่ในข่ายที่จะต้องปฏิบัติตามมาตรฐานเรื่องนี้ กล่าวคือการทำงานโดยสรุปถึงความพร้อมของการผลิต/ร่วมผลิต และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของนักศึกษา/ผู้รับการฝึกอบรม
- การรายงานผลการดำเนินการ
 - ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบในการจัดทำสรุปรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานในแต่ละองค์ประกอบ เสนอให้คณะผู้บริหารรับทราบอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุกงวดสามเดือน โดยรายงานนี้ระบุถึงความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและความพยายามในการแก้ไข รวมทั้งการสนับสนุนที่ต้องการได้รับ

- คณะผู้บริหารพิจารณารายงานความก้าวหน้าและตอบสนองด้วยการให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม
- ผู้บริหารสูงสุดนำเสนอรายงานความก้าวหน้าและการตอบสนองที่ได้ทำลงไปให้แก่ คณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิก
- คณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิก ให้ข้อเสนอแนะและการสนับสนุนเพิ่มเติม เพื่อให้มั่นใจว่า มีการดำเนินการอย่างเหมาะสมและเพียงพอให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย
- คณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิกและผู้บริหารระดับสูง สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและติดตามกำกับ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม (Legal and Ethical Behavior)

(1) องค์กรส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย และกฎระเบียบ. ประกอบด้วย:

- (i) การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบด้านความปลอดภัย;
- (ii) การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ;
- (iii) การคาดการณ์และเตรียมการเชิงรุกต่อการดำเนินการหรือการปฏิบัติการณ์ที่มีผลกระทบเชิงลบต่อสังคมและความกังวลของสาธารณะ รวมถึงการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการทบทวนการปฏิบัติตามกฎหมายต่อไปนี้
 - กฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับด้านความปลอดภัย
 - กฎหมายควบคุมอาคาร
 - กฎหมายด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน
 - กฎหมายการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม และการควบคุมมลพิษ
 - กฎหมายเกี่ยวกับยา ชีววัตถุ และเครื่องมือแพทย์
 - กฎหมายวัตถุอันตราย
 - กฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านอาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ
 - กฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับอื่นๆ ที่องค์กรจะต้องปฏิบัติตาม
 - กฎหมายเกี่ยวกับการปกครอง
 - กฎหมายเกี่ยวกับการเงิน การคลัง การงบประมาณ การพัสดุ
 - กฎหมายเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสารสนเทศ
 - กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพ
 - กฎหมายเกี่ยวกับสถานพยาบาล
 - กฎหมายเกี่ยวกับการจ้างแรงงาน การจ้างงานผู้พิการ
 - กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค
 - กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการวิเคราะห์และคาดการณ์ในประเด็นสำคัญต่อไปนี้
 - การดำเนินการที่มีผลกระทบเชิงลบต่อสังคมและความกังวลของสาธารณะ เช่น ความปลอดภัยของผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย การเข้าถึงที่เท่าเทียมและทันการณ สิ่งคุกคามใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น การจัดการกับของเสียจากการให้บริการทางการแพทย์
 - โอกาสในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เช่น นโยบายในเรื่อง recycle การลดปริมาณขยะ การประหยัดพลังงาน นโยบาย green environment

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการปรับปรุงหรือกำหนดมาตรการสำคัญเพื่อตอบสนองต่อการวิเคราะห์ดังกล่าว กำหนดเป้าหมาย และวิธีการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (อาจจะใช้วิธีการประเมินเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพหรือร่วมกัน)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) องค์กรส่งเสริมและสร้างความมั่นใจว่าจะมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรมในปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี มีการติดตามกำกับ และดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - หลักจริยธรรมตาม SPA I-1.1ก(2)
 - พฤติกรรมที่มีจริยธรรม ครอบคลุมจริยธรรมทางการแพทย์และจริยธรรมในการปฏิบัติงาน เช่น ความตรงไปตรงมากับคู่ค้าหรือผู้ส่งมอบ การประเมินผลงานระหว่างหัวหน้ากับผู้ปฏิบัติงาน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการวิเคราะห์โอกาสและลักษณะการเกิดปัญหาจริยธรรมในขั้นตอนต่างๆ ของการปฏิบัติงาน ทั้งในด้านคลินิกและด้านอื่นๆ โดยอย่างน้อยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ และระบุเฉพาะประเด็นที่มีโอกาสเป็นปัญหาขององค์กร
 - การคิดค่าบริการ
 - การประชาสัมพันธ์
 - จริยธรรมและความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ
 - การตัดสินใจยุติการรักษา
 - การรับไว้/การส่งต่อ
 - การวิจัย
 - การรักษาผู้มีบุตรยาก

- การปลูกถ่ายอวัยวะ
- การกระทำโดยมีผลประโยชน์ทับซ้อน
- การป้องกันและการใช้สารสนเทศที่มีความอ่อนไหว
- การใช้เงินกองทุนอย่างเหมาะสม
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้กำหนดมาตรการป้องกันการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมตามหลักจริยธรรม จัดให้มีระบบติดตามกำกับ และการดำเนินการเมื่อมีการฝ่าฝืน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(3) องค์กรจัดให้มีกลไกเพื่อการรับรู้และจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ ด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทำความเข้าใจกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ (ethical dilemma) ต่อไปนี้
 - ความมุ่งหมายของมาตรฐานข้อนี้ เป็นไปเพื่อปกป้องคนทำงาน มิใช่การตัดสินผิดถูก
 - ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากต่อการตัดสินใจ (ethical dilemma) หมายถึง ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากต่อการตัดสินใจเนื่องจากมีฐานความคิดทางจริยธรรมที่ขัดแย้งกัน หากตัดสินใจบนฐานความคิดหนึ่ง ก็อาจขัดแย้งกับอีกฐานความคิดหนึ่งได้ ซึ่งควรมีความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลาย โดยผู้ช่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรับรู้และตัดสินใจ เช่น การตัดสินใจไม่ให้การรักษาหรือยุติการรักษา การให้การรักษาที่จำเป็นแต่ขัดกับความประสงค์ของผู้ป่วย การรับผู้ป่วยวิกฤตรายใหม่เข้าไปในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งจำเป็นต้องย้ายผู้ป่วยหนักที่มีอยู่เดิมออก
 - ขั้นตอนของการพิจารณาเมื่อเกิด ethical dilemma
 - Recognise รับรู้ว่าเกิดประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ เนื่องจากมีความขัดแย้งกันในค่านิยม หลักการ หลักจริยธรรม
 - Break วิเคราะห์เพื่อจำแนกประเด็นหรือหลักการที่ขัดแย้งกันออกมาให้ชัดเจน

- Seek หาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งต่าง ๆ 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 รวมรวมกรณีศึกษาไว้เพื่อประโยชน์สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพที่อาจต้องเผชิญสถานการณ์ดังกล่าว
- ผู้นำระดับสูงกำหนดให้มีกลไกช่วยเหลือ และลักษณะของการตัดสินใจที่เป็นไปได้
 - กลไกช่วยเหลือควรมีลักษณะเป็นที่ปรึกษาหรือคณะที่ปรึกษา อาจจะมีชุดเดียวหรือหลายชุดแยกตามลักษณะปัญหาก็ได้
 - ลักษณะของสถานการณ์และการตัดสินใจที่อาจพบ
 - กรณีฉุกเฉินที่ต้องตัดสินใจโดยเร่งด่วน อาจมีเวลาหรือไม่มีเวลาปรึกษาผู้อื่น
 - กรณีที่ใช้เวลาให้สถานการณ์คลี่คลาย
 - กรณีที่ต้องใช้ความพยายามมากกว่าธรรมดาเพื่อหาทางก้าวข้ามทางเลือกที่มีอยู่
 - กรณีที่ควรปรึกษาคณะที่ปรึกษาในองค์กร
 - กรณีที่ควรปรึกษาองค์กรวิชาชีพหรือหน่วยงานภายนอก

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างโอกาสที่จะพบ ethical dilemma และกลไกช่วยเหลือในกรณีเกิด ethical dilemma ● สร้างเหตุการณ์ ethical dilemma ที่เคยเกิดขึ้นใน 2-3 ปีที่ผ่านมา การใช้กลไกช่วยเหลือ และ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้องในเรื่อง ethical dilemma ● ประสิทธิภาพของกลไกสนับสนุนการตัดสินใจเมื่อเกิด ethical dilemma

บทเรียนที่เกิดขึ้น	
--------------------	--

ค. การทำประโยชน์ให้สังคม (Societal Contribution)

(1) องค์กรมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้สังคม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) องค์กรกำหนดชุมชนที่สำคัญ (key communities) เพื่อสนับสนุนและให้ความร่วมมือในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

1 – 2 กลยุทธ์ (Strategy)

SPA I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

ก. กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning Process)

(1) องค์กรมีกระบวนการในการวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสม:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนทำความเข้าใจความหมายต่อไปนี้
 - ความหมายของ “กลยุทธ์” (strategy) ในเชิงกว้าง อาจเป็นผลมาจากหรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้: การจัดบริการใหม่ รายได้ที่เพิ่มขึ้น การลงทุน การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร ความสัมพันธ์ใหม่ๆ กับบุคลากรหรืออาสาสมัคร 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 มาใช้โดย

ไม่ต้องเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมหรือพฤติกรรมของผู้คน เป็นการเปลี่ยนแปลงที่กำหนดเป้าหมายในรายละเอียดได้ตั้งแต่แรก ผู้คนเปลี่ยนเพียงทักษะ ไม่ต้องถึงขั้นเปลี่ยน mindset พฤติกรรม และวัฒนธรรม

- การเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม (transformational change) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่รู้ว่า future state จะเป็นอย่างไร ต้องมีการลองผิดลองถูกและเก็บข้อมูลไปข้างหน้า จึงเป็นการยากที่จะบริหารการเปลี่ยนแปลงด้วยการวางแผนที่ตายตัว ต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์ที่คาดการณไม่ได้ อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง วัฒนธรรม ระบบงาน ตลาด จะต้องมีการเปลี่ยนแปลง mindset และพฤติกรรมของผู้คน
 - ความคล่องตัวขององค์กร (organizational agility) หมายถึงความสามารถขององค์กรในการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์อย่างรวดเร็ว ขณะที่ความยืดหยุ่นในการปฏิบัติการ (operational flexibility) หมายถึงความสามารถในการปรับการปฏิบัติการเมื่อมีโอกาสหรือมีความจำเป็น รวมถึงการปรับที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์
- ผู้นำระดับสูงทบทวนกระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล ในประเด็นต่อไปนี้
 - ขั้นตอนและกำหนดเวลาการจัดทำแผน
 - กรอบเวลาของแผน
 - ผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผน
 - ข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการจัดทำแผน
 - กลยุทธ์ที่ได้ มีผลต่อการตัดสินใจและจัดสรรทรัพยากรอย่างไร
- ผู้นำระดับสูงรับรู้หรือเสาะหาข้อมูลจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว บุคลากรและข้อมูลจากชุมชนตามความเหมาะสม เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนระบบบริการ
- ผู้นำระดับสูงพิจารณาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงและความคล่องตัวขององค์กร
 - ตัวอย่างความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง เช่น จากการเน้น volume มาสู่การเน้น value, จากรูปแบบการดูแลในสถานพยาบาลมาสู่การดูแลต่อเนื่องถึงบ้านและชุมชน, จากการดูแลเป็น episode มาสู่ population-based care, การใช้ประโยชน์จาก digital technology, การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค
 - ตัวอย่างความคล่องตัวขององค์กร เช่น การรับมือกับสถานะเศรษฐกิจที่ผันผวนหรือโรคระบาด เทคโนโลยีที่ฉีกแนว
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ ดำเนินการวางแผนกลยุทธ์และพิจารณาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงและความคล่องตัวขององค์กร ตามขั้นตอนที่กำหนดไว้
 - การเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉมจะต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตั้งแต่เริ่มแรก เช่น การร่วมพิจารณาความจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง ภาพอนาคตที่ต้องการเห็น ซึ่งอาจต้องใช้ large group meeting technology ที่ให้ผลได้ในเวลาสั้นๆ, ส่งเสริมการพัฒนา

mindset พฤติกรรม และทักษะการเปลี่ยนแปลงให้กับบุคลากรทุกคน, ขอให้บุคลากรให้ความเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงและให้อำนาจในการออกแบบการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงานของตนเอง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้ในการจัดทำกลยุทธ์:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้เพื่อใช้ในการจัดทำกลยุทธ์
 - ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว ชุมชนที่รับผิดชอบ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ
 - สมรรถนะหลักขององค์กร หรือขีดความสามารถที่เป็นแกนหลักที่ทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจ และสร้างความได้เปรียบให้แก่องค์กร
 - ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ความเสี่ยงที่สำคัญ และโอกาสเชิงกลยุทธ์
 - ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ หมายถึง แรงกดดันต่างๆ ที่มีผลต่อความสำเร็จขององค์กรในอนาคต (แรงกดดันภายนอก เช่น ความต้องการของผู้รับผลงานหรือตลาด การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี ความเสี่ยงต่างๆ แรงกดดันภายใน เช่น ขีดความสามารถขององค์กรหรือบุคลากร)
 - ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ หมายถึงความได้เปรียบที่เป็นตัวตัดสินว่าองค์กรจะประสบความสำเร็จในอนาคต ซึ่งมักจะมาจากสมรรถนะหลักขององค์กร การใช้ประโยชน์จากความสัมพันธ์กับองค์กรภายนอก

- โอกาสเชิงกลยุทธ์ หมายถึง ภาพอนาคตใหม่ๆ หรือที่เปลี่ยนแปลงไป สำหรับผลิตภัณฑ์ บริการ กระบวนการ รูปแบบการดำเนินธุรกิจ พันธมิตร หรือตลาด
 - โอกาสเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม
 - การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ประชากร
 - นวัตกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีที่อาจมีผลต่อการจัดบริการ
 - ปัจจัยอื่นๆ ที่จะมีผลต่อความสำเร็จขององค์กร
 - มุมมอง / ความคาดหวังของผู้รับบริการและชุมชน
 - วัฒนธรรม นโยบาย แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยและการป้องกันความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย
 - สภาพแวดล้อมด้านความร่วมมือ การแข่งขัน และความสามารถขององค์กรเปรียบเทียบกับองค์กรที่มีลักษณะคล้ายกัน
 - วงรอบชีวิต (life cycle) ของบริการสุขภาพ
 - ความต้องการขององค์กรในด้านบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆ
 - ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากความหลากหลาย
 - โอกาสที่จะปรับเปลี่ยนการใช้ทรัพยากรไปสู่บริการสุขภาพที่มีความสำคัญสูงกว่า
 - ความเสี่ยงทางการเงิน สังคม จริยธรรม กฎระเบียบข้อบังคับ เทคโนโลยี และความเสี่ยงอื่นๆ
 - ความสามารถในการป้องกันและตอบสนองต่อภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน
 - ปัจจัยอื่นๆ ที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับองค์กร
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันปรับเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีรับรู้ เพื่อให้ได้รับรู้จุดบอดที่เป็นไปได้ในการวางแผน (potential blind spot) สิ่งที่ไม่เคยรู้มาก่อน จุดที่เรามองไม่เห็นด้วยตัวเอง ซึ่งอาจจะเป็นทั้งศักยภาพ จุดอ่อน หรือโอกาสและสิ่งคุกคาม (SWOT) ก็ได้ โดยอาศัยวิธีการต่อไปนี้
 - การรับฟังจากภายใน ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารทุกคนมีโอกาสเสนอความคิดเห็น ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานสร้างความสัมพันธ์และรับฟังความต้องการของผู้รับผลงานด้วยวิธีการต่างๆ
 - การรับฟังหรือแสวงหาจากภายนอก ตรวจสอบสิ่งแวดล้อมภายนอก มองไปนอกองค์กร มองไปที่กิจการอื่น มองไปที่พื้นที่อื่น แลกเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศกับองค์กรอื่น นำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาพิจารณาอย่างสม่ำเสมอ และมีการตัดสินใจที่เหมาะสม
 - ทำทายสมาชิกลงในทีมให้มองผ่านสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนและลองใช้จินตนาการ พิจารณาว่าจุดแข็งขององค์กรจะเป็นจุดอ่อนได้อย่างไร และจุดอ่อนขององค์กรจะเป็นจุดแข็งได้อย่างไร
 - ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างที่เราไม่คาดฝันมาก่อนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา และใช้คำถามต่อไปนี้
 - วันนี้เรารู้อะไร ที่เราไม่เคยรู้มาก่อนเมื่อ 5 ปีที่แล้ว
 - คนอื่นมีการเตรียมตัวอย่างไร ในสิ่งที่เราไม่ได้เตรียมตัวไว้ก่อน

- มีความผิดพลาดหรือการเสียโอกาสอะไรที่ดูเหมือนจะเกิดขึ้นซ้ำได้อีก
- วัฒนธรรมของเรามีข้อจำกัดอะไร
- ประเด็นอะไรที่เป็นเรื่องที่น่ามาพูดคุยกันไม่ได้ในองค์กรแห่งนี้
- แผนกลยุทธ์ซึ่งจัดทำขึ้นเมื่อ 5 ปีที่แล้วมีความเหมาะสมเพียงใด
- มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างที่เราไม่ได้เตรียมตัวรับมือไว้สำหรับอนาคต (แม้เราจะคิดว่ามีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมากก็ตาม) ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ / ชุมชนที่รับผิดชอบ
 - ข้อมูลการมารับบริการ
 - ข้อมูลระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพในพื้นที่
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนความสามารถในการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ
 - ความสามารถในการระดมทรัพยากรและความรู้ที่จำเป็น
 - ความคล่องตัวขององค์กรในการปฏิบัติตามแผนฉุกเฉิน
 - ความสามารถในการเปลี่ยนแผนกลยุทธ์ในกรณีที่สถานการณ์บังคับและความสามารถในการปฏิบัติตามแผนที่มีการปรับเปลี่ยน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญ ● ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ● บทสรุปของการวิเคราะห์ข้อมูลคืออะไร นำผลการวิเคราะห์มาใช้วางแผนอย่างไร ● สรุป potential blind spot หรือสิ่งที่ไม่เคยรับรู้มาก่อน 	<ul style="list-style-type: none"> ● มีการวิเคราะห์ข้อมูลรอบด้านเพียงใด

(3) กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ส่งเสริมให้เกิดการสร้างนวัตกรรมขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนทำความเข้าใจความหมายต่อไปนี้
 - โอกาสเชิงกลยุทธ์ (strategic opportunities) เป็นการคาดการณ์สำหรับสิ่งใหม่ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงในด้าน ผลิตภัณฑ์ บริการ กระบวนการ รูปแบบการทำธุรกิจ พันธมิตร หรือตลาด การคาดการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นจากการคิดนอกกรอบ (outside-the-box thinking) การระดมสมอง การใช้ประโยชน์จากการค้นพบโดยบังเอิญ (serendipity) กระบวนการนวัตกรรมและการวิจัย การคาดการณ์จากสถานการณ์ปัจจุบันแบบไม่เป็นเส้นตรง (nonlinear extrapolation) และการใช้

วิธีการอื่นๆ เพื่อจินตนาการถึงอนาคตที่แตกต่างออกไป การจะเกิดความคิดเหล่านี้ได้ต้องอาศัย
สิ่งแวดล้อมที่อิสระ ไม่ถูกชี้นำหรือครอบงำ

- การพิจารณาว่าจะเลือกโอกาสเชิงกลยุทธ์ใดมาดำเนินการ จะต้องพิจารณาอย่างรอบด้านโดย
คำนึงถึง ความเสี่ยงสัมพัทธ์ การเงิน และอื่นๆ แล้วจึงตัดสินใจเลือก อาจเรียกว่าเป็นการตัดสินใจ
เสี่ยงอย่างชาญฉลาด (intelligent risk taking)
- นวัตกรรม (innovation) คือการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่มีความหมายเพื่อปรับปรุงผลิตภัณฑ์/
บริการ กระบวนการ ประสิทธิภาพขององค์กร นำไปสู่การสร้างคุณค่าใหม่ให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - เกิดจากการรับความคิด กระบวนการ เทคโนโลยี ผลิตภัณฑ์ หรือโมเดลธุรกิจ ใหม่ ๆ หรือ
นำมาใช้ด้วยวิธีการใหม่
 - ผลลัพธ์ทำให้เกิดการปรับปรุงแบบก้าวกระโดด (discontinuous or breakthrough) ใน
ผลลัพธ์ ผลผลิต/บริการ หรือกระบวนการ
 - นวัตกรรมเป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุน กระบวนการค้นหาโอกาสเชิงกลยุทธ์ และ
ความเต็มใจที่จะนำ intelligent risks มาดำเนินการ
 - นวัตกรรมระดับองค์กรที่ประสบความสำเร็จเกิดจาก multistep process ของการพัฒนา
และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตัดสินใจ การนำไปปฏิบัติ การประเมินผล และการเรียนรู้
 - นวัตกรรมอาจจะเกี่ยวกับเทคโนโลยี กระบวนการสำคัญขององค์กร โครงสร้างองค์กร
โมเดลธุรกิจ เพื่อทำงานให้บรรลุผลดียิ่งขึ้น
- ผู้นำระดับสูงดำเนินการต่อไปในช่วงของการวางแผนและการทบทวนกลยุทธ์
 - ร่วมกันกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ขององค์กร
 - พิจารณาความเสี่ยงและปัจจัยอื่นๆ อย่างรอบด้านและเลือกโอกาสเชิงกลยุทธ์มาดำเนินการ
 - ส่งเสริมให้ใช้นวัตกรรมเพื่อดำเนินการตามโอกาสเชิงกลยุทธ์ดังกล่าว

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● โอกาสเชิงกลยุทธ์ที่ตัดสินใจเลือกมาดำเนินการและ เหตุผลที่เลือก	● นวัตกรรมที่ตอบสนองต่อโอกาสเชิงกลยุทธ์

(4) องค์กรตัดสินใจเรื่องระบบงานขององค์กรว่ากระบวนการทำงานใดที่จะดำเนินการเองได้ กระบวนการทำงานใดที่
จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ และกระบวนการทำงานใดจะสร้างความร่วมมือกับองค์กรภายนอก.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจความหมายของคำว่าระบบงาน (work systems) ในภาพใหญ่ตามที่ MNBQA
ให้ความหมายไว้

- ระบบงานหมายถึงวิธีการที่ทำให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ ประกอบด้วยกระบวนการทำงานภายในและทรัพยากรภายนอกที่องค์กรนำมาพัฒนาและสร้างผลิตภัณฑ์/บริการ ส่งมอบให้แก่ลูกค้า และประสบความสำเร็จในตลาด
- ระบบงานเกี่ยวข้องกับบุคลากร พันธมิตรและผู้ส่งมอบหลัก ผู้รับช่วง คู่ความร่วมมือ และองค์กรประกอบอื่นๆ ในห่วงโซ่อุปทานที่จำเป็นเพื่อการผลิตและส่งมอบผลิตภัณฑ์และดำเนินธุรกิจ
- การตัดสินใจเกี่ยวกับระบบงานเป็นการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ เกี่ยวข้องกับการปกป้องและใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร และตัดสินใจว่าจะอะไรที่ควรซื้อหรือผลิตจากนอกองค์กร 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
 - งานที่ต้องทำให้สำเร็จตามพันธกิจและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กรคืออะไร
 - พิจารณาว่าอะไรเป็นงานที่ต้องคงไว้ทำเองเพื่อปกป้องและใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร
 - พิจารณาห่วงโซ่อุปทานที่จำเป็นเพื่อให้บริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทและผลงานของผู้ส่งมอบ พันธมิตร คู่ความร่วมมือ ผู้รับช่วง
 - พิจารณารูปแบบความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกใหม่ๆ เพื่อยกระดับประสิทธิภาพหรือขยายบริการอย่างยั่งยืน เช่น การพัฒนา software, การให้เอกชนลงทุนเทคโนโลยีราคาแพงในสถานี่ของ รพ., การร่วมมือกับคลินิกเอกชนในการจัดบริการผู้ป่วยนอก, การร่วมมือกับชุมชนในการดูแลผู้ป่วย
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องสรุปการตัดสินใจเรื่องระบบงาน
 - ระบบงานขององค์กรประกอบด้วยอะไรบ้าง
 - กระบวนการทำงานใดที่องค์กรจะดำเนินการเอง
 - กระบวนการทำงานใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ
 - กระบวนการทำงานใดจะทำโดยสร้างความร่วมมือกับองค์กรภายนอก
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณา “สมรรถนะหลักขององค์กร” (organization core competency) ในอนาคต
 - ทำความเข้าใจความหมายของสมรรถนะหลักขององค์กรว่าเป็นความสามารถขององค์กรที่เป็นหลักในการทำให้บรรลุพันธกิจ วิสัยทัศน์ เป็นสิ่งที่องค์กรเชี่ยวชาญ เป็นสมรรถนะโดยรวมขององค์กร (มิใช่สมรรถนะของบุคลากรแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่ม) เป็นสิ่งที่คนส่วนใหญ่ขององค์กรมีส่วนร่วม มีความสำคัญเชิงกลยุทธ์ ทำให้มีข้อได้เปรียบในการแข่งขัน อาจเกิดจากสิ่งต่อไปนี้

- ความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี
 - การให้บริการที่เป็นเอกลักษณ์
 - ตลาดเฉพาะกลุ่มที่น่าสนใจ (niche market)
 - ความเฉียบคมทางธุรกิจ (business acumen)
- ศึกษาตัวอย่างการกำหนดความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร
- การร่วมมือกับชุมชนและองค์กรในท้องถิ่นเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนและสมาชิกในการดูแลสุขภาพของตนเอง
 - การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์
 - การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บูรณาการเข้าไปในชุมชน
 - การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศในด้านอุบัติเหตุและโรคหัวใจ
- ทบทวนพันธกิจและสิ่งแวดล้อมขององค์กรแล้วร่วมกันกำหนด**สมรรถนะหลัก**ขององค์กรในอนาคต จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาให้เกิดความเชี่ยวชาญในสมรรถนะหลักดังกล่าว

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ระบบงานโดยรวมของ รพ. และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของแต่ละระบบงาน ● ความร่วมมือกับภายนอกที่ดำเนินการไปแล้ว และที่กำหนดเป็นแผนพัฒนา ● สมรรถนะหลักขององค์กรในอนาคตและแนวทางการพัฒนา 	<ul style="list-style-type: none"> ● ประโยชน์ของการร่วมมือหรือมอบหมายให้องค์กรภายนอกดำเนินการในบางกระบวนการ

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives)

- (1) องค์กรระบุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ เป้าประสงค์ (goals) ที่วัดได้และกำหนดเวลาที่จะบรรลุ.
- (2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และโอกาสเชิงกลยุทธ์.
- (3) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพ (health needs) ความต้องการบริการสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจในความหมายของวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ว่าเป็นความมุ่งหมายที่ชัดเจนขององค์กร เป็นสิ่งที่องค์กรจะต้องบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาว เป็นการกำหนดทิศทางระยะยาวขององค์กร และใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กร วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์จะมุ่งเน้นทั้งภายนอกและภายในองค์กร เกี่ยวข้องกับโอกาสและความท้าทายที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ตลาด บริการ หรือเทคโนโลยี
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนว่าวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่กำหนดขึ้นนั้น
 - เป็นทิศทางระยะยาวขององค์กร เป็นสิ่งที่องค์กรต้องบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาวหรือไม่
 - สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กรได้หรือไม่
 - มีการกำหนดเป้าประสงค์ที่วัดได้และกรอบเวลาที่จะบรรลุชัดเจนหรือไม่
 - มีการตอบสนองต่อความท้าทายที่สำคัญขององค์กรอย่างครบถ้วนหรือไม่
 - มีการใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และโอกาสเชิงกลยุทธ์ขององค์กรเพียงใด
 - ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มประชากรที่ให้บริการหรือไม่
 - มีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นหรือไม่
 - มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการเยียวยาหรือไม่
 - มุ่งไปที่ประเด็นสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กรหรือไม่ เช่น การเข้าถึงและตำแหน่งที่ตั้ง การปรับบริการให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย (customization) ชีตความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร การสร้างนวัตกรรมอย่างรวดเร็ว การบริหารความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้รับบริการอื่นๆ การใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และเทคโนโลยีสารสนเทศในกระบวนการดูแลคุณภาพและความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ การตอบสนองอย่างรวดเร็ว การให้บริการในลักษณะบูรณาการ การให้บริการที่มีต้นทุนต่ำ การสร้างพันธมิตรและแนวร่วมใหม่ๆ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เป้าประสงค์ระยะสั้น ระยะยาว	แผนปฏิบัติการระยะสั้น ระยะยาว	KPI	baseline	เป้าหมาย					ความสัมพันธ์				
				60	61	62	63	64	SC	CC	SA	SOp		

SPA I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ (Action Plan Development and Deployment)

(1) องค์กรจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ โดย:

- (i) มีกระบวนการในการจัดทำและอนุมัติแผนสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักขององค์กรภายในกรอบเวลาที่กำหนด;
- (ii) จัดทำแผนปฏิบัติการทั้งระยะสั้นและระยะยาว;
- (iii) มีแผนปฏิบัติการที่ระบุวัตถุประสงค์ของการดำเนินการ.

(2) องค์กรถ่ายทอดแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ:

- (i) ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการกับบุคลากรขององค์กร เพื่อให้บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์;
- (ii) ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการกับผู้ส่งมอบและพันธมิตรที่ร่วมในการขับเคลื่อนกลยุทธ์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบแผนกลยุทธ์แต่ละแผน มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน / ระบบงานต่าง ๆ นำแผนกลยุทธ์ไปจัดทำแผนปฏิบัติการอย่างสอดคล้องกันหน้าที่หลักขององค์กรภายในกรอบเวลาที่กำหนด และนำแผนไปปฏิบัติ
- ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน / ระบบงานต่าง ๆ วิเคราะห์ทิศทางในแผนกลยุทธ์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ร่วมกับบริบทหรือความต้องการของหน่วยงาน / ระบบงาน
 - จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับกลยุทธ์ขององค์กร ครอบคลุมทั้งแผนระยะสั้นที่เสร็จสิ้นภายใน 1 ปี และแผนระยะยาวที่ใช้เวลามากกว่า 1 ปี ระบุวัตถุประสงค์และเป้าประสงค์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ กิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงเพื่อบรรลุเป้าหมาย ทรัพยากรที่ต้องใช้ และกำหนดเวลาแล้วเสร็จที่ชัดเจน สามารถใช้ติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุผลลัพธ์ได้
 - จัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับงานประจำ มีการระบุวัตถุประสงค์ของการให้บริการ (จำนวนและประเภทของกิจกรรมบริการ) และอาจเชื่อมโยงกับแผนอื่นๆ เช่น แผนบุคลากร แผนการบริหารความเสี่ยง แผนการสื่อสาร และแผนการเงิน
 - มีกระบวนการในการอนุมัติแผนที่ชัดเจน
- องค์กรถ่ายทอดแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ:
 - ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน / ระบบงานต่าง ๆ ทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงาน สร้างความตระหนักในบทบาทของแต่ละคน ต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร และเป้าประสงค์ที่หน่วยงานต้องรับผิดชอบ

- มีการถ่ายทอดแผนปฏิบัติการให้แก่ผู้ส่งมอบและพันธมิตรที่ร่วมในการขับเคลื่อนกลยุทธ์โดยกลไกที่เหมาะสม
- ผู้นำระดับสูงจัดให้มีกลไกในการสร้างความเข้าใจและติดตามประเมินการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ส่งมอบและพันธมิตร ในรูปแบบต่างๆ เช่น เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตรวจเยี่ยมหน่วยงาน การรายงานความก้าวหน้า ฯลฯ
- ผู้นำระดับสูงสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการพัฒนา
 - วิเคราะห์ความยั่งยืนที่คาดหวัง เช่น วัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมการเรียนรู้
 - วิเคราะห์อุปสรรคต่อความยั่งยืนและปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืน และดำเนินการอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ตัวอย่างแผนปฏิบัติการในประเด็นที่ทำหาย ● ความยั่งยืนของการพัฒนาที่คาดหวังและการดำเนินการเพื่อสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนดังกล่าว 	<ul style="list-style-type: none"> ● คุณภาพของแผนปฏิบัติการที่จะนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ● การรับรู้แผนปฏิบัติการของบุคลากร

(3) องค์กรจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ อย่างเพียงพอเพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ และมี **การบริหารความเสี่ยง** เพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะสามารถรักษาความมั่นคงทางการเงิน (financial viability).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงวิเคราะห์ความต้องการทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อนำแผนปฏิบัติไปปฏิบัติให้บรรลุผล พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยงและบริหารจัดการเพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะสามารถรักษาความมั่นคงทางการเงินไว้ได้
- ผู้นำระดับสูงจัดลำดับความสำคัญและจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ ให้แก่แผนงาน ระบบงาน และหน่วยงานต่างๆ อย่างสมดุลและเพียงพอเพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(4) องค์กรจัดทำแผนด้านบุคลากรที่สำคัญเพื่อสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำแผนบุคลากรสนับสนุนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
 - ชีตความสามารถ (ความรู้ ความสามารถ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ) และอัตรากำลัง (จำนวนบุคลากร) ที่ต้องการเพื่อให้ปฏิบัติตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการได้สำเร็จ โอกาสที่จะมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและอัตรากำลัง
 - ผลกระทบของกลยุทธ์ที่มีโอกาสเกิดต่อบุคลากรขององค์กร
 - การบริหารจัดการบุคลากรให้สามารถสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ และระบบบริการสำคัญ เช่น
 - การเพิ่มอำนาจตัดสินใจ
 - การส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน วิชาชีพ และกับผู้บริหาร
 - การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร
 - การปรับระบบบริหารค่าตอบแทนและการยกย่องชมเชย
 - การศึกษาและฝึกอบรม เช่น การพัฒนาผู้นำในอนาคต การฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีใหม่ๆ ความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา
- จัดทำแผนบุคลากรที่สำคัญเพื่อสนับสนุนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ อย่างเหมาะสมกับพันธกิจ / โครงสร้างองค์กร / ทรัพยากร สอดคล้องกับความต้องการด้านบุคลากรในปัจจุบันและในอนาคต

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(5) องค์กรกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญเพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นสำคัญในแผนปฏิบัติการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผน (ถ้าเป็นไปได้ ควรใช้กรอบมาตรฐานตอนที่ IV เป็นตัวช่วยในการจัดกลุ่มของตัวชี้วัดร่วมด้วย)
- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกับทบทวนตัวชี้วัดที่ใช้อยู่และที่กำหนดขึ้นใหม่ ใช้แนวคิด dashboard ที่เลือกสรรตัวชี้วัดระดับสูงที่ครอบคลุมทุกแง่มุมจำนวนน้อยตัว และ cascade ไปสู่ระดับต่างๆ ในองค์กร

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ใช้แนวคิด theory of change ในการทบทวนและกำหนดตัววัด เพื่อให้ได้ตัววัดที่เป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมตามแผนกับเป้าประสงค์ของแผน ซึ่งสะท้อนสมมติฐานของการวางแผนการเปลี่ยนแปลง
- ผู้นำระดับสูงติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผน
 - ความก้าวหน้าและระดับผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามแผนหรือการคาดการณ์
 - สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ข. การทบทวนแผนปฏิบัติการ (Action Plan Review)

องค์กรมีกระบวนการทบทวนและปรับปรุงแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับภารกิจหลัก และนำแผนที่ปรับเปลี่ยนถ่ายทอดและนำไปสู่การปฏิบัติ ภายในกรอบเวลาที่กำหนดหรือตามความจำเป็น

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดแนวทางการติดตามสถานการณ์เพื่อรับรู้ความจำเป็นในการปรับปรุงแผนปฏิบัติการ
 - การติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผน
 - การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายนอก
- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ
- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องถ่ายทอดแผนปฏิบัติการที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติอย่างรวดเร็วหรือในกรอบเวลาที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในรอบปีที่ผ่านมาและที่มาของการปรับแก้ดังกล่าว	● ความเหมาะสมของการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ

1 – 3 ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

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

องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง

ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Patient/Customer Listening)

- (1) องค์กรรับฟัง สังเกต และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อให้มีข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์:
 - (i) นำข้อมูลที่ได้อ่านเรียนรู้วิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวัง;
 - (ii) มีวิธีการรับฟังที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ;
 - (iii) ค้นหาข้อมูลย้อนกลับจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างทันทั่วทั้งที่และสามารถนำไปใช้ได้
 - (iv) นำข้อมูลที่ได้อ่านไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดทิศทาง วางแผนกลยุทธ์ การออกแบบระบบบริการ ปรับปรุงกระบวนการทำงาน และสนับสนุนการตัดสินใจในการดำเนินการ
 - (v) ใช้ข้อมูลจากการรับฟังสร้างวัฒนธรรมที่เน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง (people centred or patient/customer focused culture)

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 เพื่อประโยชน์ในการกำหนดกลยุทธ์การตลาด (ถ้าจำเป็น)
 - ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น เครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายผู้ป่วย/ผู้บริโภครักษา 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)
 - ข้อมูลจากระบบรับคำร้องเรียนต่าง ๆ ทั้งภายในองค์กร ส่วนราชการ และระบบประกันสุขภาพ
 - ข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ (ข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์เป็นวิธีการที่รับฟังที่กำลังขยายตัว และควรครอบคลุมคำวิพากษ์วิจารณ์ผ่านสื่อที่องค์กรดูแลและที่องค์กรควบคุมไม่ได้)
 - การรับ immediate actionable feedback
 - ควรมีระบบที่ proactive ในการติดตามข้อมูลป้อนกลับ โดยมุ่งเน้นไปที่กลุ่มที่มีศักยภาพในการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และกลุ่มที่คาดว่าจะได้รับบริการที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง
 - ระยะเวลาในการติดตาม ควรดำเนินการทันทีเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ
 - วิธีการในการติดตามอาจจะเป็นการใช้โทรศัพท์ การใช้เครือข่ายหน่วยบริการในพื้นที่ การรับฟังจากชุมชน ฯลฯ
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันทบทวนข้อมูลที่ได้รับว่าเป็นข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน ออกแบบบริการ และปรับปรุงกระบวนการทำงานได้เพียงใด ปรับปรุงวิธีการรับฟังเพื่อให้ได้ข้อมูลดังกล่าว และนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์
 - ข้อมูลเพื่อการวางแผน ได้แก่ ความต้องการและความคาดหวังของชุมชนที่มีผลต่อการกำหนดทิศทางและการวางแผนกลยุทธ์ ทำให้ได้บริการใหม่ กลุ่มผู้รับบริการใหม่ วิธีการทำงานใหม่ ความร่วมมือใหม่ รวมถึงการสร้างศรัทธา ความเชื่อมั่น และภูมิคุ้มกันต่อสถานพยาบาล

- ข้อมูลเพื่อการออกแบบบริการ ได้แก่ความต้องการและความคาดหวังที่นำมาใช้กำหนดคุณลักษณะของบริการ (service offering) และข้อกำหนดของกระบวนการ (process requirement) รวมถึงความต้องการที่เป็นปัญหาสุขภาพซึ่งประชาชนอาจจะไม่ทราบหรือไม่รับรู้ เช่น พฤติกรรมสุขภาพต่างๆ²
- กักข้อมูลเพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงาน ได้แก่ความต้องการและความคาดหวังที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้ใช้ข้อมูลจากการรับฟังสร้างวัฒนธรรมที่เน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง (people centred or patient/customer focused culture)
 - การมุ่งคนหรือผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลางเบื้องต้น
 - การตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับผลงาน
 - การทำตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ลดของเสีย / ความผิดพลาด / ข้อร้องเรียน
 - การเข้าใจความต้องการด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ สร้างความสัมพันธ์ และสร้างประสบการณ์ที่ดี
 - ไวต่อการรับรู้ความต้องการของผู้รับผลงานที่เกิดขึ้นใหม่ คาดการณ์ความปรารถนาของผู้รับผลงานในอนาคต
 - Patient- and family-centered care³ ในความหมายที่กว้าง คือการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของ mutually beneficial partnerships ระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ป่วย และครอบครัว เน้นความร่วมมือกับผู้คนในทุกกลุ่มอายุ ทุกระดับบริการ และทุก setting ของบริการสุขภาพ มีเป้าหมายหลักเพื่อสุขภาพและสุขภาวะของบุคคลและครอบครัว และมีแนวคิดดังนี้ (1) dignity and respect รับฟังและให้เกียรติต่อมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว นำความรู้ ความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัวมาพิจารณาวางแผนและจัดบริการ (2) information sharing สื่อสารและแบ่งปันข้อมูลที่ครบถ้วนปราศจากอคติกับผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งนำมาสู่ (3) participation การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลและตัดสินใจ (4) collaboration ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ ในเรื่องการจัดบริการ การออกแบบสถานที่ การให้ความรู้ และการวิจัย
 - People-centred care⁴: การดูแลที่มุ่งเน้นและจัดระบบโดยใช้ความต้องการด้านสุขภาพและความคาดหวังของผู้คนและชุมชนเป็นตัวตั้งแทนการใช้โรคเป็นตัวตั้ง เป็นการขยายขอบเขตจากผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไปสู่ บุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม กล่าวคือให้ความสนใจกับสุขภาพของผู้คนในชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพเดียวกันรวมถึงบทบาทสำคัญของผู้คนเหล่านั้นที่มีต่อนโยบายสุขภาพ

² ตัวอย่าง เกษตรกรเป็นโรคปวดหลังมาก อาจจะทำกรวิจัยสำรวจว่าเกษตรกรทำงานกันอย่างไรจึงปวดหลัง ทำอย่างไรจึงจะไม่ปวด แล้วนำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ควรเกิดขึ้นมาออกแบบบริการ

³ <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>

⁴ <https://healthstandards.org/general-updates/people-vs-patient-centred-care-whats-difference/>

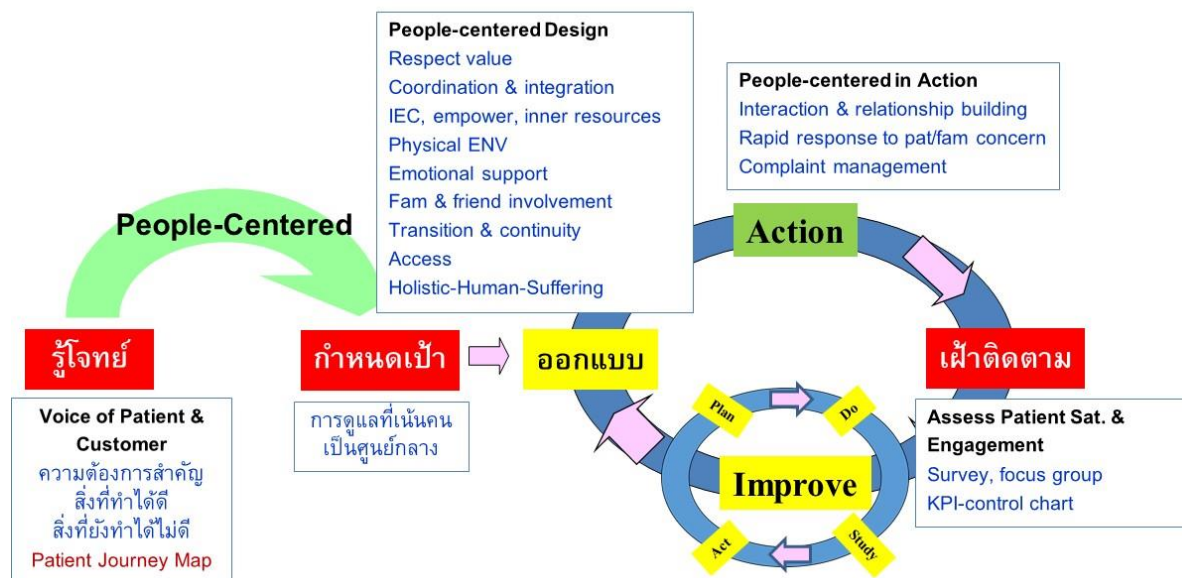
และบริการสุขภาพ โดยทุกคนที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญและมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกัน (ผู้ป่วย แพทย์ ครอบครัว นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ)

- การใช้คำว่า people-centred แทน patient-centred คือการที่ไม่มองผู้ป่วยอย่างลดทอน เหลือเพียงการเจ็บป่วย แต่มองว่าเป็นบุคคลที่มีความสามารถ มีความต้องการ และมี preferences ซึ่งสามารถเป็น full partner ในการดูแล ไม่ใช่เพียงผู้ถูกกระทำ
- People centered healthcare หรือ person centered healthcare (McCormack & McCance, 2017)⁵ คือการปรับเปลี่ยนจากการดูแลจาก traditional biomedical model ไปสู่ให้ความสำคัญกับ patient choice and autonomy ซึ่งวัฒนธรรมนี้มีองค์ประกอบสำคัญได้แก่
 - พื้นฐานอยู่ที่บุคลากร: มีความสามารถทางวิชาชีพ มี interpersonal skills มีความมุ่งมั่นกับงาน รู้จักตนเอง แสดงออกถึงค่านิยมและความเชื่อของตนเองอย่างชัดเจน
 - สิ่งแวดล้อมในการดูแล: skill mix ของผู้ให้บริการ ระบบที่เอื้อต่อการร่วมตัดสินใจ การแบ่งปันอำนาจ ความสัมพันธ์ของบุคลากร ระบบขององค์กรที่เกื้อหนุน การสร้างนวัตกรรม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ
 - กระบวนการที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง: การทำงานกับความเชื่อและค่านิยมของผู้ป่วย การเชื่อมต่อกับผู้ป่วยอย่างจริงใจ ความเอื้ออาทร การตัดสินใจร่วมกัน การดูแลแบบองค์รวม
 - ผลลัพธ์ที่คาดหวัง: good care experience ทั้งในมุมมองของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การมีส่วนร่วมในการดูแล ความรู้สึกของการมีสุขภาวะที่ดี และ existence of a healthful culture
- People-centered Organizational Cultures⁶ ในมุมมองของการบริหารองค์กรจะเน้นที่คนทำงาน โดยอยู่บนพื้นฐานความคิดว่า (1) ทุกคนมีความสำคัญ (2) เชื่อมมั่นว่าผู้คนช่วยกันหล่อหลอม วัฒนธรรมองค์กร (3) คนที่มีความสุขทำงานร่วมกันจะให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า (4) เพื่อประโยชน์ของทุกคน (Black & La Venture, 2015)
- ผู้นำทุกระดับนำข้อมูลเสียงจากผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น ที่เกี่ยวข้องกับบริการที่ตนรับผิดชอบ มาวิเคราะห์ และดำเนินการปรับปรุงระบบงานที่สะท้อนการสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งคนเป็นศูนย์กลาง
 - วิเคราะห์ข้อมูลความต้องการของผู้รับผลงานในปัจจุบันและการคาดการณ์ในอนาคต ความผิดพลาดและข้อร้องเรียนต่างๆ
 - สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรนำความเข้าใจความรู้สึกของผู้รับผลงาน คิดถึงผู้รับผลงาน ความต้องการ และประสบการณ์ที่ผู้รับผลงานได้รับเป็นเรื่องสำคัญที่สุด
 - ปรับปรุงระบบงานที่เอื้อต่อการตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างเป็นองค์รวม

⁵ <https://www.careexcellenceinstitute.com/creating-a-culture-of-person-centered-healthcare/>

⁶ http://t.www.na-businesspress.com/JOP/BlackJ_Web17_2_.pdf

People-centered Care



ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> • วิธีการรับฟังและเรียนรู้, ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม, พร้อมทั้งตัวอย่างการนำไปใช้ประโยชน์ • แนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไปของความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน 	<ul style="list-style-type: none"> • การใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้จากการรับฟัง • ผลการประเมินวัฒนธรรมคนหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ข. บริการสุขภาพ (Health Service Offering)

(1) องค์กรกำหนดกลุ่มผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน และกลุ่มที่ให้ความสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจเป้าหมายและแนวทางการจำแนกผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
 - เป้าหมายของการจำแนกกลุ่มคือ
 - 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 การจำแนกส่วนนี้อาจจำแนกได้ตามภูมิศาสตร์ ตามช่องทางการให้บริการ ตามเทคโนโลยีที่ใช้ ตามระบบประกันสุขภาพ ตามหน้าที่ในการให้บริการ (เพื่อบริการสังคม กับสร้างรายได้ให้ รพ.) ฯลฯ
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องจำแนกกลุ่มหรือส่วนผู้ป่วย / ผู้รับผลงานที่มีความหมายกับ รพ. โดยไม่ลืมที่จะพิจารณาผู้รับผลงานอื่นๆ ที่มีใช้ผู้รับบริการด้วย เช่น ผู้จ่ายเงิน นักศึกษา ชุมชน
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานพิจารณากลุ่มที่จะมุ่งเน้นหรือต้องใส่ใจเป็นพิเศษ พร้อมทั้งทำความเข้าใจเหตุผลที่ต้องมุ่งเน้นร่วมกัน เช่น
 - เป็นนโยบายของประเทศ
 - เพื่อความสำเร็จหรือความมั่นคงทางการเงินขององค์กร
 - เป็นปัญหาหรือความต้องการเฉพาะในพื้นที่
 - เป็นกลุ่มที่มีความท้าทายหรือยังมีโอกาสปรับปรุง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการจำแนกผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเป็นกลุ่มต่างๆ ที่มีความหมายต่อ รพ. ● กลุ่มผู้ป่วย / ผู้รับผลงานที่ รพ. จะมุ่งเน้นหรือใส่ใจเป็นพิเศษ พร้อมทั้งเหตุผลประกอบ 	<ul style="list-style-type: none"> ●

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจประเด็นต่อไปนี้
 - บริการสุขภาพที่องค์กรจัดบริการ (health service offerings)
 - Service offering ครอบคลุมทั้งตัว service และคุณลักษณะสำคัญของ service ตลอดวงจรชีวิตและห่วงโซ่การบริโภค (แต่ละหน่วยงานย่อย ควรวิเคราะห์ความแตกต่างของกลุ่มผู้รับบริการ เพื่อกำหนดบริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม เช่น OPD ศัลยกรรม กระจกอาจกำหนดบริการเฉพาะสำหรับ 1. ผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บทางกระดูกและกล้ามเนื้อ 2. ผู้ป่วยที่มีการเสื่อมสภาพของกระดูกและข้อ)
 - การกำหนดคุณลักษณะสำคัญของ service ควรมุ่งเน้น ลักษณะที่มีผลต่อความชื่นชอบ (preference) ของผู้ป่วย เช่น reliability, value, delivery, timeliness, customization, ease of use, customer support, relationship, privacy
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้อง (ทีมที่ดูแลผู้ป่วยในส่วนต่างๆ) รับผิดชอบ
 - การแบ่งหน้าที่เพื่อกำหนดลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพตามระดับและ setting
 - บริการสุขภาพในภาพรวม เช่น บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน บริการในคลินิกบริการทั่วไป และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - บริการสุขภาพตามสาขาการให้บริการ เช่น บริการสุขภาพสาขาเฉพาะทางต่างๆ และบริการศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่างๆ

- บริการสุขภาพตามความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน หมายถึง บริการสุขภาพที่คำนึงถึงความเฉพาะของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยแต่ละแผนก เช่น บริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ
- บริการสุขภาพเชิงรุกตาม setting ต่างๆ (สถานที่ / จุดบริการ / ช่องทางการให้บริการ) เช่น บริการเยี่ยม / ดูแลที่บ้าน บริการเชิงรุกในชุมชน / สถานประกอบการ และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ / สื่ออิเล็กทรอนิกส์

○ การทบทวน service offering

- ทบทวน service offering ที่ให้บริการอยู่ในปัจจุบัน เปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้มาจากการรับฟังใน I-3.1 ก และพิจารณาว่าควรมีการปรับปรุงคุณลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพที่มีอยู่อย่างไร
- พิจารณาว่าควรมีการเพิ่มเติมบริการสุขภาพอะไร และมีคุณลักษณะสำคัญอะไร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

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

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประเมินความพึงพอใจ/ความผูกพัน

ก. ประสบการณ์ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Experience)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - โอกาสในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมีระดับใดบ้าง เช่น
 - ระดับบุคคลระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้รับบริการ ตั้งแต่จุดแรกที่ผู้รับบริการมาถึง และโดยผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ
 - ระดับองค์กรกับตัวแทนของผู้รับบริการ
 - ระดับองค์กรกับผู้รับผลงานอื่นๆ เช่น ผู้จ่ายเงิน
 - ความผูกพันของลูกค้า หมายถึงการสื่อสารและเชื่อมต่อระหว่างลูกค้าและองค์กร โดยให้ลูกค้ามีส่วนร่วมในกระบวนการและมีโอกาสควบคุมกระบวนการ ทำให้เพิ่ม brand awareness & loyalty และบอกต่อ การเชื่อมต่อนี้อาจจะเป็น reaction, interaction, effect หรือ overall customer experience
 - ระดับขั้นของความผูกพันของผู้ป่วย (patient engagement)
 - พึงพอใจกับบริการที่ได้รับ
 - 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
 - การนำ patient preference มาพิจารณาในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น การเรียกขานชื่อตัวเลือกในการดูแลและวิธีรักษา เสื้อผ้าและการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ อาหาร/เครื่องดื่ม และมีอาหาร กิจกรรม/ความสนใจ/ความเป็นส่วนตัว/ผู้มาเยือน

- 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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● Good practice ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในระดับต่างๆ และมีการนำไปใช้ทั่วทั้ง รพ.	●

(2) องค์กรเกื้อหนุนผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ให้สามารถสืบค้นข้อมูล/สารสนเทศ และรับการช่วยเหลือ: (ดู II-1.1 ก.(9) ร่วมด้วย)

- (i) ข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับบริการที่มีและวิธีการเข้าถึง;
- (ii) สนับสนุนผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน มีความสะดวกในการเข้าถึงและรับบริการด้านสุขภาพและการจัดการด้านสุขภาพตนเองและครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนประสิทธิภาพของช่องทางต่างๆ ที่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานติดต่อกับ รพ. ต่อไปนี้
 - ช่องทางการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและบริการของ รพ. ควรมีหลายภาษาที่ตอบสนองความต้องการ ความหลากหลายของกลุ่มประชากรและชุมชน โดยคำนึงถึงอายุและความสามารถในการเข้าถึงและค้นหาข้อมูลดังกล่าว รวมถึงควรมีการสื่อสารและเผยแพร่ต่อสาธารณะที่ชัดเจน เช่น การเผยแพร่ผ่าน website

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ช่องทางการติดต่อสำหรับผู้รับบริการที่ รพ.มีให้ และประสิทธิผลของช่องทางดังกล่าว ● ข้อมูลเกี่ยวกับบริการและคุณภาพบริการที่ รพ. เผยแพร่ต่อสาธารณะ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ต่อการสืบค้นข้อมูลและการได้รับความช่วยเหลือ

(3) องค์กรจัดการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิผล:

(i) องค์กรจัดให้มีกระบวนการร้องเรียนที่สามารถเข้าถึงได้โดยทั่วไปและมีการสื่อสารกระบวนการดังกล่าวแก่สาธารณชน

(ii) องค์กรมีกระบวนการในการตรวจสอบและแก้ไขข้อร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ภายในระยะเวลาที่กำหนด

(iii) องค์กรรวบรวมและวิเคราะห์ข้อร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงในภาพรวมขององค์กร

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจเป้าหมายของระบบการจัดการกับคำร้องเรียนของผู้รับบริการ (customer complaint management system) ว่าเพื่อปรับเปลี่ยนประสบการณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการให้เป็นประสบการณ์เชิงบวก และป้องกันการเกิดซ้ำ
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องจัดระบบการจัดการกับคำร้องเรียนของผู้รับบริการ
 - การฝึกอบรมและสร้างความตระหนักแก่บุคลากรทุกระดับ
 - การจัดตั้งและฝึกอบรมทีมงานลูกค้าสัมพันธ์หรือทีมงานประสานความเข้าใจตามความเหมาะสม
 - การตอบสนองเบื้องต้น ณ จุดรับบริการ เมื่อมีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่พึงพอใจ
 - การสืบค้น แก้ปัญหา และแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบ
 - การดำเนินการในกรณีที่เกิดความสูญเสียรุนแรง
 - การประเมินผลการตอบสนองแต่ละราย (ความรวดเร็วในการตอบสนอง ระดับการแก้ปัญหาจากมุมมองของผู้รับบริการและมุมมองของเจ้าหน้าที่)
 - การจัดระบบรวบรวมข้อมูล
- มีการสื่อสารกระบวนการดังกล่าวแก่สาธารณชน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวางระบบในการตรวจสอบและแก้ไขข้อร้องเรียนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ให้เสร็จสิ้นภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์คำร้องเรียนอย่างสม่ำเสมอ (เช่น ลักษณะคำร้องเรียน ความถี่ แนวโน้ม และอาจรวมไปถึงการวิเคราะห์ root cause) นำมาจัดลำดับความสำคัญ สื่อสาร เพื่อให้มีการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์คำร้องเรียนที่มีลักษณะต่อไปนี้เป็นพิเศษ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพในประเด็นดังกล่าวอย่างจริงจัง
 - คำร้องเรียนที่สะท้อนถึงจุดอ่อนในระบบการดูแลผู้ป่วยของ รพ. (แม้จะมีเพียงน้อยราย)
 - คำร้องเรียนที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และไม่มีแนวโน้มลดลง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ผลการประเมินการตอบสนองคำร้องเรียน	● การแก้ไขข้อร้องเรียนภายในระยะเวลาที่กำหนด

<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียนและแนวโน้ม ● การพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นเนื่องจากคำร้องเรียนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง ● อัตราการนำข้อร้องเรียนไปปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร
--	---

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

(1) องค์กรประเมินความพึงพอใจ และ **ความไม่พึงพอใจ**ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่าง ๆ.

(2) องค์กรประเมินความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่าง ๆ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน ควรมุ่งไปสู่การหาโอกาสพัฒนามากกว่าความพอใจที่ได้คะแนนสูง
 - ควรมีการประเมินความพึงพอใจในประเด็นที่มีคุณค่าต่อผู้ป่วยและมีความสำคัญต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย
 - ควรมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อให้ได้สารสนเทศที่น่ามาใช้ประโยชน์ได้ เช่น
 - การเปรียบเทียบความพึงพอใจในแง่มุมต่าง ๆ
 - การเปรียบเทียบระหว่างความพึงพอใจต่อหน่วยงานหรือวิชาชีพต่างๆ
 - การวิเคราะห์แนวโน้มของความพึงพอใจในประเด็นที่สำคัญ
 - การประเมินความไม่พึงพอใจ ควรใช้วิธีการที่แตกต่างไปจากการใช้คะแนนต่ำสุดของความพึงพอใจ เช่น
 - คำถามปลายเปิดที่เป็นข้อเสนอแนะ
 - ข้อมูลจากระบบรับคำร้องเรียน
 - ข้อมูลจากการสังเกตหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ
 - การประเมินความผูกพันของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น
 - คำถามพื้นฐานคือการกลับมาใช้บริการซ้ำ การแนะนำผู้อื่นมาใช้บริการ
 - ความผูกพันที่แสดงออกจากการมาใช้บริการต่อเนื่อง: ผู้มีปัญหาที่ไม่มาติดต่อ ระยะเวลารอที่นานเกินเหตุ ผู้ที่ละเลิกความพยายามในการติดต่อ การขาด follow-up
 - ความผูกพันที่แสดงออกผ่านการดูแลตนเอง: การปฏิบัติตามคำแนะนำ ความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง การวัดระดับของ **patient activation** (ความพร้อมที่จะดูแลตนเอง)

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

SPA I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patient Rights)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย (Patient Charter)

(1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมที่เกี่ยวข้องวางระบบในการให้การคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย
 1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
 2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
 3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
 4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพ ของผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน
 5. ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และสิทธิในการขอเปลี่ยนแปลงเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่
 6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย
 7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่ได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นเข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
 8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือขอข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น
 9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้
- ทีมที่เกี่ยวข้องวางระบบเพื่อค้นหาโอกาสคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเชิงรุก หรือมีระบบคัดกรองเพื่อให้สัญญาณเตือนสำหรับผู้ป่วยที่เข้าข่าย เช่น ผู้บกพร่องทางกายหรือทางจิต
- ทีมที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดปัญหาหรือความไม่พร้อมในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วย (อาจจะใช้ FMEA วิเคราะห์) เช่น การขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ปรากฏในเวชระเบียน
- ทีมที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ควรใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย เช่น

- โอกาสที่จะมีการเลือกปฏิบัติ หรือมีความแตกต่างในการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็น (medical necessity) ในผู้ป่วยที่อยู่ใต้ระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน
- โอกาสที่ผู้รับบริการจะไม่ได้รับทราบข้อมูล หรือไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือได้รับข้อมูลในลักษณะที่ทำให้เกิดการตัดสินใจอย่างไม่เหมาะสม
- โอกาสที่ผู้ป่วยที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตจะไม่ได้รับการช่วยเหลือทันเวลาที่

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย (Patient Rights Protection Process)

(1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและทราบบทบาทของตนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดกิจกรรมสร้างความตระหนักและฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ทราบบทบาทในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย
- สร้างเจตคติที่ดีต่อการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย เช่น การทำเรื่องนี้ได้ดีคือการสร้างภูมิคุ้มกันให้องค์กรและเจ้าหน้าที่
- การจัดระบบพร้อมตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ
 - วิเคราะห์และออกแบบระบบงานเพื่อตอบสนองสิทธิผู้ป่วย
 - ตามรอยเพื่อรับรู้ความพร้อมและการปฏิบัติในการการคุ้มครองผู้ป่วย
 - ปรับปรุงให้ระบบมีความพร้อม

(2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดทำสื่อเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วยในลักษณะที่เข้าใจง่าย โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยในควรเป็นเอกสารประจำห้องหรือประจำเตียง
- หน้าที่อันพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ตามประกาศของแพทยสภา ที่ 50/2563
 - ข้อ 1 การเอาใจใส่และดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกระบวนการรักษาพยาบาล ทั้งนี้หากผู้ป่วยเห็นว่าไม่อาจทำตามคำแนะนำดังกล่าวได้ ผู้ป่วยควรแจ้งให้ทราบโดยทันที เพื่อหาทางออกที่ดีที่สุดร่วมกัน
 - ข้อ 2 ผู้ป่วยพึงเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพ “ที่เป็นจริงและอยู่ในความรับรู้” ของผู้ป่วย แก่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งนี้เพื่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะได้รับทราบข้อมูลด้านสุขภาพทั้งหมด อันจะเป็นประโยชน์ต่อการให้การรักษาพยาบาลและป้องกันมิให้เกิดผลเสียร้ายแรงต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อผู้ป่วยรายอื่น รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง
 - ข้อ 3 ผู้ป่วยพึงปฏิบัติตามระเบียบที่สถานพยาบาลกำหนดไว้
 - ข้อ 4 ผู้ป่วยพึงตระหนักว่าการใช้สิทธิการรักษาพยาบาล รวมทั้งสิทธิผู้ป่วยตามที่กำหนดไว้ ต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยท่านอื่น
 - ข้อ 5 ผู้ป่วยพึงหลีกเลี่ยงการกระทำการใด ๆ อันเป็นการรบกวนการปฏิบัติหน้าที่โดยชอบของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและบุคลากรสาธารณสุข หากมีกรณี que ผู้ป่วยไม่เห็นด้วยต่อการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว ท่านสามารถให้คำแนะนำหรือใช้สิทธิร้องเรียนได้ตามระเบียบปฏิบัติของสถานพยาบาลนั้นๆ
 - ข้อ 6 ผู้ป่วยพึงตระหนักว่า ห้องฉุกเฉินเป็นสถานที่ซึ่งจัดเตรียมไว้เป็นการเฉพาะเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ตกอยู่ใน “ภาวะเร่งด่วนและเป็นภัยอันตรายอันใกล้ต่อชีวิต” เป็นสำคัญ บุคลากรสาธารณสุขจะให้การรักษาตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์เป็นสำคัญ ดังนั้นพึงหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นการกระทำการใด ๆ อันเป็นการรบกวนการปฏิบัติหน้าที่โดยชอบของบุคลากรในห้องฉุกเฉิน

- ข้อ 7 ผู้ป่วยพึงตระหนักว่า “ทรัพย์สินในระบบสาธารณสุขมีราคาแพงและมีจำนวนจำกัด” ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ร่วมกับสถานพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีมาตรการในการจัดสรรการใช้ทรัพย์สินอันมีค่าอย่างระมัดระวัง การกระทำใดๆ ของผู้ป่วยโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์อาจส่งผลให้เกิดการสูญเสียทรัพย์สินอันมีค่า และส่งผลเสียร้ายแรงต่อการรักษาพยาบาลของตัวผู้ป่วยเอง รวมทั้งต่อผู้ป่วยท่านอื่น
- ข้อ 8 ผู้ป่วยพึงเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวของบุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วยท่านอื่น ในสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ห้ามกระทำการถ่ายรูป บันทึกเสียงหรือภาพเคลื่อนไหว รวมทั้งกระทำการอื่นใดที่คล้ายคลึงกันนี้ โดยมิได้รับความยินยอมก่อน
- ข้อ 9 ผู้ป่วยพึงตระหนักว่า "เอกสารลงนามในการให้ความยินยอมเพื่อรับการรักษาพยาบาล" เป็นเอกสารสำคัญที่ให้รายละเอียด ตลอดจนข้อจำกัดและความเสี่ยงของการรักษาพยาบาล ดังนั้นก่อนทำการลงนามในเอกสารดังกล่าว ผู้ป่วยต้องอ่านและทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ก่อน ทั้งนี้หากมีข้อสงสัยหรือมีความไม่เข้าใจใดๆ ควรสอบถามผู้เกี่ยวข้องก่อนการลงนามทุกครั้ง
- ข้อ 10 ผู้ป่วยพึงตระหนักว่า การละเลยหรือไม่ปฏิบัติตามรายละเอียดข้างต้น อาจส่งผลเสียต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเอง และในบางกรณี หากเกิดความเสียหายต่อสถานพยาบาลหรือผู้ป่วยท่านอื่น ท่านอาจได้รับโทษตามที่กฎหมายบัญญัติ

(3) มีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ตามรอยผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มไปตามจุดบริการต่างๆ 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 ความแตกต่างทางเพศ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(6) องค์กรสร้างหลักประกันในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเป็นธรรม ผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน.

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
- ผู้นำองค์กรวางระบบการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิก ควบคู่กับเป้าหมายการพัฒนาความรู้เพื่อการดูแลผู้ป่วย เช่น
 - การจัดตั้งคณะกรรมการด้านจริยธรรม หรือการมีระบบอำนวยความสะดวกในการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมภายนอก
 - การสื่อสาร การขอความยินยอม และการมีระบบรับคำร้องเรียนจากผู้เข้าร่วมงานวิจัย
 - การมีระบบคุณภาพ ความปลอดภัย และบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมกับโครงการวิจัย
 - การมีระบบติดตามกำกับ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ (Care for Patients with Specific Needs)

(1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยเด็ก สร้างความมั่นใจว่าเด็กได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และได้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษตามความจำเป็น
 - การจัดสถานที่เฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยเด็ก
 - การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากไฟฟ้า เครื่องจักรกล น้ำยา หรือสารอันตรายต่างๆ
 - หน่วยบริการผู้ป่วยเด็กมีเครื่องมือและยาเฉพาะสำหรับเด็ก เช่น เครื่องดมยาสลบ เครื่องพ่นยา เครื่องปรับหยดน้ำเกลือ ชุดให้สารน้ำ เครื่องช่วยชีวิต
 - เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและยาสำหรับเด็ก
 - เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษต่อเด็กที่ป่วยหนัก เด็กที่มีความผิดปกติทางร่างกายหรือประสาทสัมผัส เด็กที่เรื้อรัง เด็กที่ไม่มีญาติมาเฝ้าดูแล
 - พ่อแม่หรือผู้ปกครองได้รับการส่งเสริมให้อยู่เฝ้าเด็กระหว่างการนอนโรงพยาบาล
- ทีมดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ วางระบบการดูแลโดยพิจารณาประเด็นสำคัญต่อไปนี้
 - การวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และการออกแบบระบบเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว

- การประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม

(3) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกตัว หรือต้องถูกผูกยึด ได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● Good practice ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ (ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกหรือผูกยึด)	● ประสิทธิภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง

(4) ผู้ป่วยที่มีอาจเกิดผลกระทบจากการจัดการดูแลตามกฎหมายเฉพาะ ควรได้รับการดูแลที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
●	●

I – 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

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

องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.

ก.การวัดผลการดำเนินการ (Performance Measurement)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่อง performance measurement system ที่จะช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จ
 - ผลการดำเนินการ (Performance) หมายถึงผลสำเร็จของงานที่ได้รับมอบหมาย เป็น output & outcome ของกระบวนการ ผลิตภัณฑ์/บริการ ซึ่งอาจพิจารณาตามมาตรฐานตอนที่ IV คือ (1) ผลด้านการดูแลสุขภาพ (2) ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (รวมทั้งผลการดำเนินการของระบบบริการ) (3) ผลด้านบุคลากร (4) ผลด้านการนำและการกำกับดูแลองค์กร (5) ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ (รวมทั้งระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย) (6) ผลด้านการเงิน ตลาด และกลยุทธ์
 - IEEA เน้นผลการดำเนินการที่สำคัญแยกออกมาอีก 2 เรื่อง
 - ระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของประสิทธิผลของกระบวนการสำคัญ) ครอบคลุมข้อมูลที่ได้จากกระบวนการตรวจสอบ (audit information) ข้อมูลจากการประเมินความเสี่ยง (risk assessment) ข้อมูลอุบัติการณ์เกี่ยวกับความ

ปลอดภัยของผู้ป่วย และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (patient safety incidents/adverse events)

- ผลการดำเนินการของระบบบริการ (ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน) ครอบคลุมข้อมูลที่ได้จาก การร้องเรียน (complaint) คำชมเชยและข้อเสนอนะ (compliment and concerns) ตัววัดผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วย (patient reported outcome measures) รายงานความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (patient/service user's satisfaction) รายงานการใช้ประโยชน์และประสิทธิภาพของบริการ (utilization and efficiency of services)
- การวัดผลการดำเนินการ (performance measurement) มักจะวัดเทียบกับค่าคาดการณ์ มาตรฐาน ผลลัพธ์ที่ผ่านมา เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ขององค์กรอื่น
- องค์กรวัดผลการดำเนินการเพื่อ
 - นำมาใช้ในการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลจริง
 - เพื่อกำหนดทิศทางขององค์กร 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 ควรพิจารณาตัวเลือกต่างๆ 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 โดยที่ผู้นำและผู้รับผิดชอบ
- เพื่อติดตามผลการดำเนินการขององค์กร
 - ผลการดำเนินการโดยรวมขององค์กร
 - ผลการดำเนินการของแต่ละแผนงาน / ระบบ / หน่วยงาน / การดูแลผู้ป่วย
- ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้มีตัววัดที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน (alignment) เพื่อให้ตัววัดเป็นเครื่องมือในการถ่ายทอดทิศทางขององค์กรสู่ทุกส่วนขององค์กร และผลการวัดเป็นการแสดงความสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้รับการถ่ายทอดมา
 - แนวทางในการสร้างความสอดคล้อง
 - Alignment ด้วยวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และเข็มมุ่ง รวมทั้งนโยบายของหน่วยเหนือ โดยการถ่ายทอดวัตถุประสงค์และเข็มมุ่งลงไปตามระดับต่างๆ ขององค์กร
 - Alignment ด้วยมาตรฐาน HA ตอนที่ IV (systems -> operation -> clinical outcome & stakeholder focus results -> financial)
 - วิธีการกำหนดตัววัดที่สอดคล้องกัน (การรวมตัววัดจากหน่วยย่อย)
 - ใช้ตัววัดเดียวกัน (1) ใช้ตัววัดระดับองค์กรเป็นผลรวมของตัววัดจากหน่วยย่อย เช่น ความพึงพอใจ (2) เลือกตัววัดสำคัญบางตัวจากบางหน่วยมาเป็นตัววัดขององค์กร เช่น clinical outcome indicator
 - ใช้ตัววัดที่ต่างกัน เช่น ปรับหน่วยวัดเพื่อรวมตัววัดที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น การรวมอุบัติการณ์ตามระดับความรุนแรง หรือประมาณการความเสียหายของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นวันนอนที่เพิ่มขึ้น/ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น
 - ใช้ composite indicator เพื่อให้มีการรวมตัววัดหลายตัวเข้าด้วยกันและอาจมีการถ่วงน้ำหนักร่วมด้วย
- แนวคิดที่อาจนำมาพิจารณาร่วมด้วย
 - การลดภาระและความซ้ำซ้อนในการเก็บข้อมูล
 - การเลือกตัวชี้วัดผลงานที่มีความสำคัญต่อผลงานโดยรวมขององค์กรจากแหล่งข้อมูลทุกระดับ
 - การบูรณาการ (integration) ตัวชี้วัดจากแหล่งต่างๆ เพื่อให้เป็นข้อมูลและสารสนเทศที่ครอบคลุมทั้งองค์กร
 - ผสมผสานตัววัดจากหลายแหล่งเข้าในระบบเดียวกันและจัดกลุ่มใหม่
 - ใช้แนวคิดการวัดเพื่อการพัฒนา ลดโทษของการวัดเพื่อ judgment / accountability
- ผู้นำระดับสูงทบทวนตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามว่าได้นำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจและสร้างนวัตกรรมเพียงใด

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● Tree diagram แสดง alignment ของตัวชี้วัดตามลำดับชั้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● KPI ที่เลือกวัดครอบคลุม KPI ที่สำคัญครบถ้วน เพียงใด มี alignment & integration เพียงใด มีการวัดที่สม่ำเสมอและได้ข้อมูลที่ถูกต้องนำเชื่อถือเพียงใด

(2) องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลจริง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบ รวมทั้งแหล่งข้อมูลที่ใช้ ผลการเปรียบเทียบและการตัดสินใจที่เกิดขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผลของการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่มีต่อการกำหนดเป้าประสงค์ที่ทำหาย และส่งเสริมการปรับปรุงแบบก้าวกระโดด

(3) ระบบการวัดผลการดำเนินการขององค์กรมีความคล่องตัว และสามารถให้ข้อมูลได้อย่างทันท่วงทีเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ข. การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินการ (Performance Analysis and Review)

(1) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินผลการดำเนินการและขีดความสามารถขององค์กร:

- (i) ความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ;
- (ii) ความสำเร็จขององค์กร;
- (iii) ขีดความสามารถในการตอบสนองความต้องการขององค์กรและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดวงรอบเวลาของการทบทวนประเมินผลงานที่จะดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ (เช่น ทุก 3 เดือน)
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจความหมายและความสำคัญของการวิเคราะห์เพื่อสนับสนุนการทบทวนประเมินผลงาน
 - การวิเคราะห์ (analysis) หมายถึงการตรวจสอบข้อมูลและข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจที่ดี การวิเคราะห์องค์กรในภาพรวมจะช่วยชี้้นำการตัดสินใจและการบริหารจัดการเพื่อบรรลุผลลัพธ์สำคัญและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร
 - การวิเคราะห์ที่ดีจะช่วยสนับสนุนการประเมินผลงานขององค์กร ทราบต้นเหตุของปัญหา และช่วยจัดลำดับความสำคัญในการใช้ทรัพยากร โดยการวิเคราะห์อาจทำได้ดังนี้
 - การประเมินแนวโน้มของตัววัดผลการดำเนินการที่สำคัญ เช่น ผลผลิตภาพ รอบเวลา ปฏิบัติการณ์ ผลด้านการเงิน รวมถึงแนวโน้มทางเศรษฐกิจและตลาดที่มีผลกระทบต่อองค์กรในระยะยาว
 - การคาดการณ์ทั้งในระดับองค์กร ระดับธุรกิจโดยรวม การคาดการณ์เทคโนโลยี
 - การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มย่อย เช่น ตามลักษณะกลุ่มผู้ป่วยและหน่วยงานที่ดูแล ตามปัจจัยที่ทำให้ผลลัพธ์ต่างกัน รวมถึงการตัดกลุ่มที่ไม่ตรงประเด็นออกจากการวิเคราะห์
 - การเปรียบเทียบกับค่าเทียบเคียง ซึ่งอาจเป็นค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ค่าเป้าหมายของประเทศ ค่า top ของประเทศหรือสากล คู่เทียบในกิจการอื่น เช่น การเปรียบเทียบต้นทุน คุณภาพ ผลผลิตภาพ
 - การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างกระบวนการต่างๆ ระหว่างกระบวนการกับผลลัพธ์ เช่น การพัฒนาคุณภาพกับความพึงพอใจของผู้รับผลงาน การเรียนรู้ของบุคคลและองค์กรกับมูลค่าเพิ่มต่อบุคลากร การจัดการความรู้และการสร้างนวัตกรรม ผลด้านการปฏิบัติการกับผลด้านการเงิน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามวงรอบเวลาของการทบทวนประเมินผลงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหมาย
- ผู้นำระดับสูงพิจารณาข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์แล้วเพื่อประเมินสิ่งต่อไปนี้

- ความสำเร็จขององค์กรตามพันธกิจและเป้าประสงค์
- ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
- ความสามารถในการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงขององค์กรและสิ่งแวดล้อมภายนอก
- ผู้นำระดับสูงทบทวนการวิเคราะห์ข้อมูลว่าได้ข้อมูลที่มีความหมายตามความต้องการหรือไม่ มีโอกาสปรับปรุงการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ (Using Data for Performance Improvement)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการพัฒนาและสร้างนวัตกรรม (ซึ่งอาจจะเรียกว่าเข็มมุ่ง หรือจุดมุ่งเน้นในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ก็ได้)
 - ทบทวนผลการดำเนินการที่ติดตามในข้อ I-4.1ก(1) การใช้ข้อมูลเปรียบเทียบในข้อ I-4.1ก(2) และผลการวิเคราะห์ข้อมูลในข้อ I-4.1ข
 - กำหนดประเด็นสำคัญที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายหรือต้องการเร่งรัด เพื่อให้ทั้งองค์กรร่วมกันพัฒนาหรือสร้างนวัตกรรม
- การถ่ายทอดและติดตาม
 - ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดลำดับความสำคัญเพื่อการพัฒนาและสร้างนวัตกรรมที่กำหนดขึ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการ ผ่านแผนพัฒนาคุณภาพของระดับและส่วนงานต่างๆ [II-1.2ก(7)]
 - ผู้นำระดับสูงติดตามกระตุ้นการพัฒนาและสร้างนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง และติดตามผลลัพธ์ของการปรับปรุงในรอบต่อไปของการทบทวนประเมินผลงาน
 - ผู้นำระดับสูงทบทวนการกำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการพัฒนาและสร้างนวัตกรรม เพื่อให้มั่นใจว่าได้กำหนดจุดมุ่งเน้นในประเด็นสำคัญจริงๆ และไม่ละเลยในบางประเด็นที่อาจถูกมองข้ามไป

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

SPA I-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ (Information and Knowledge Management)

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

ก. ข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information)

(1) องค์กรตรวจสอบข้อมูลและทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ ในด้านต่างๆ ดังนี้:

- (i) ความถูกต้อง (accuracy) เป็นไปตามวัตถุประสงค์ (validity);
- (ii) ความคงสภาพ (integrity) เชื่อถือได้ (reliability);
- (iii) ความเป็นปัจจุบัน (current).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศและผู้ใช้สารสนเทศ ทำความเข้าใจความหมายของคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศต่อไปนี้
 - Accuracy (ถูกต้อง)
 - มีทั้งความถูกต้องของรูปแบบ (form) และความคงเส้นคงวา (content)
 - รูปแบบ เช่น รูปแบบของการเขียนวันที่ ที่ต้องเข้าใจว่าหมายถึงอะไร
 - ความคงเส้นคงวา หมายถึงการบันทึกสิ่งเดียวกันให้เหมือนกัน
 - มุ่งเน้นที่ความถูกต้องเพียงพอสำหรับจุดประสงค์ในการใช้งาน โดยควรบันทึกข้อมูลเพียงครั้งเดียว ณ จุดที่เกิดกิจกรรม
 - Validity (ใช้การได้ตามวัตถุประสงค์)
 - หมายถึง การวัดในสิ่งที่ตั้งใจวัด (เป็น possible accurate value มิได้หมายความว่าข้อมูลที่ valid จะเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง) ใช้เพื่อขจัดข้อมูลที่ invalid หรือไม่สามารถใช้การได้
 - มุ่งเน้นที่การบันทึกและใช้ตามข้อกำหนดและคำจำกัดความที่เกี่ยวข้อง
 - Integrity (คงสภาพ)
 - หมายถึงการรักษาความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลไว้ได้ เมื่อมีการนำข้อมูลไปใช้หรือประมวลผล
 - Physical integrity ป้องกันปัญหาทางด้าน electromechanical
 - Logical integrity ป้องกันปัญหาจาก software bugs, การออกแบบ และ human error
 - Reliability (เชื่อถือได้)
 - หมายถึงกระบวนการเก็บข้อมูลมีความคงเส้นคงวา

- สะท้อนการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่แท้จริงได้ variation มิได้เกิดจากการเก็บข้อมูล
 - มีการระบุแหล่งที่มาของข้อมูล หรือมีการตรวจสอบจาก 3rd party
 - Current/timeliness (เป็นปัจจุบัน)
 - หมายถึงข้อมูลเป็นปัจจุบัน เกิดจากการเก็บข้อมูลทันทีที่เกิดเหตุการณ์หรือทำกิจกรรม
 - พร้อมใช้ในเวลาที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ใช้
 - Completeness (สมบูรณ์)
 - มีข้อกำหนดของความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ชัดเจน
 - กระบวนการเก็บข้อมูลทำให้ได้ข้อมูลตามข้อกำหนด
 - มีการตรวจสอบประจำปี
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบวิเคราะห์จุดที่จะมีโอกาสเกิดปัญหาในแต่ละมิติของคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ และประเมินคุณภาพในมิติดังกล่าวเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบ
- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ พิจารณาการจัดการต่อไปนี้อย่างมั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ
 - การกำกับดูแลและการนำ (Governance and Leadership)
 - มีการกำหนดผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องคุณภาพข้อมูลอย่างชัดเจน
 - องค์กรมีวัตถุประสงค์เรื่องคุณภาพข้อมูลที่ชัดเจน
 - องค์กรมีการติดตามและทบทวนคุณภาพข้อมูลอย่างได้ผล
 - นโยบาย (Policies)
 - มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติพร้อมใช้ และได้รับการนำไปปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร
 - ระบบและกระบวนการ (Systems and Processes)
 - มีระบบที่เหมาะสมสำหรับเก็บ รวบรวม บันทึก วิเคราะห์ และรายงานข้อมูลที่ใช้เพื่อการติดตามคุณภาพข้อมูล
 - มีการควบคุมเพื่อให้มั่นใจว่าระบบสารสนเทศให้ความมั่นใจในคุณภาพของข้อมูล
 - บุคลากรและทักษะ (People and Skills)
 - มีการสื่อสารอย่างชัดเจนถึงหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ
 - 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 จัด outlier, เพิ่มเติมข้อมูลที่ขาดหาย
- Data quality control
 - จำกัดการบันทึกข้อมูล
 - ประมวลผลสถิติ: severity of inconsistency, incompleteness, accuracy, precision, missing/unknown
 - ป้องกันการนำข้อมูลที่ไม่สมควรใช้ไปใช้
- Data quality check
 - ตรวจสอบ completeness & precision ที่จุดบันทึกข้อมูล
 - ตรวจสอบ validity กับ Reference Data สำหรับค่าที่มีการกำหนดไว้
 - ตรวจสอบ accuracy สำหรับข้อมูลทั้งหมดจาก 3rd party
 - ตรวจสอบ consistency/reliability สำหรับข้อมูลประเภทเดียวกัน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) องค์กรทำให้มั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นมีความพร้อมใช้สำหรับบุคลากร ผู้บริหาร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และหน่วยงานภายนอก ในรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้งานและทันต่อเหตุการณ์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศของ รพ.สำรวจความต้องการใช้ข้อมูลและสารสนเทศของ บุคลากร / ผู้บริหาร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / หน่วยงานภายนอก และดำเนินการสำรวจซ้ำเป็นระยะ
- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศของ รพ.ทบทวนความพร้อมใช้งานของข้อมูลและสารสนเทศที่มีอยู่ เปรียบเทียบกับความต้องการใช้ วางแผนพัฒนาในส่วนที่ยังไม่สามารถตอบสนองได้ โดยพิจารณาให้สมดุลในความต้องการใช้งานต่อไปนี้
 - การดูแลผู้ป่วย
 - การบริหารจัดการ
 - การตรวจสอบทางคลินิกและการพัฒนาคุณภาพ
 - การศึกษาและการวิจัย

- ผู้บริหารระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาข้อกำหนดของมาตรฐานเกี่ยวกับการจัดการระบบสารสนเทศขององค์กร เช่น ข้อกำหนดของ COBIT® (Control Objectives for Information and related Technology) ซึ่งมีองค์ประกอบพื้นฐาน 4 ประการได้แก่ ความต้องการขององค์กร, ทรัพยากรด้าน IT, กระบวนการด้าน IT, และสารสนเทศขององค์กร
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องวางแผนและระบบการจัดการสารสนเทศให้เหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบการจัดการสารสนเทศของ รพ. และดำเนินการปรับปรุงตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ข. ความรู้ขององค์กร (Organizational Knowledge)

(1) องค์กรสร้างและจัดการความรู้ขององค์กร ประกอบด้วย:

- (i) รวบรวมและถ่ายทอดความรู้จากการปฏิบัติของบุคลากร;
- (ii) ผสมผสาน เชื่อมโยง และประมวลข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ใหม่;
- (iii) รวบรวมและถ่ายทอดความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการสร้างนวัตกรรม และวางแผนกลยุทธ์;
- (iv) การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของ healthcare intervention & technology มาประยุกต์ใช้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันศึกษาแนวคิด กลยุทธ์ และเครื่องมือเกี่ยวกับการจัดการความรู้
 - การจัดการความรู้ขององค์กรต้องมุ่งเน้นที่ความรู้ที่บุคลากรต้องใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อการปรับปรุงกระบวนการ / ผลิตภัณฑ์ / บริการ และใช้นวัตกรรมเพื่อเพิ่มคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการและองค์กร
 - ควรมีกลไกการแบ่งปันความรู้ของบุคลากรและองค์กร เพื่อให้มั่นใจว่าจะรักษาการทำงานที่ให้การดำเนินการที่ต่อเนื่อง
 - องค์กรควรกำหนดว่าความรู้ใดสำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงาน (critical knowledge) และทำให้มีกระบวนการแบ่งปันสารสนเทศนี้อย่างเป็นระบบโดยเฉพาะอย่างยิ่งสารสนเทศที่เป็นความรู้ส่วนบุคคลที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคลากร (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, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การแก้ปัญหาที่หน่วยงานซึ่งไม่มีในตำราหรือคู่มือ, การเก็บเกี่ยวความรู้จากผู้อาวุโสหรือผู้ที่จะออกจากที่ทำงาน, การพัฒนาจิตตปัญญาของบุคลากรผ่านสุนทรียสนทนา ฯลฯ
 - การเรียนรู้จากผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และองค์กรภายนอก เช่น การเชิญผู้ป่วยมาร่วมให้ข้อคิดเห็น และนำเสนอความต้องการเพื่อปรับปรุงบริการเฉพาะเรื่อง, การทำ benchmark กับองค์กรภายนอกที่ทำได้ดี, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลภายนอกในเวทีต่างๆ ฯลฯ
 - การผสมผสานและหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ใหม่ที่จะสร้างความสำเร็จได้เปรียบให้องค์กร อาจเป็นการประมวลความคิดเห็น หรือเกี่ยวข้องกับการจัดการชุดข้อมูลขนาดใหญ่

ใหญ่ (big data) และประเภทของสารสนเทศที่หลากหลาย (เช่น ตัวเลข วิดีทัศน์ ข้อความ) รวมถึงการใช้ data science & data analytics ที่ซับซ้อน

- การรวบรวมและนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการสร้างนวัตกรรมและวางแผนกลยุทธ์ อาจจะเป็นความรู้จากการติดตามประเมินผลงานภายในองค์กร หรือความรู้จากภายนอก
- การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการดูแลรักษามาประยุกต์ใช้ เช่น การใช้ gap analysis วิเคราะห์โอกาสพัฒนา, การใช้แนวคิด Human Factors Engineering เพื่อออกแบบระบบงานให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ง่าย, การตามรอยการปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยเน้นความครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญให้มากที่สุด และเชื่อมโยงกับการวัดผลทางด้านคลินิก
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินประสิทธิภาพของการจัดการความรู้ และนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบการจัดการความรู้

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การจัดการเพื่อให้บุคลากรมีความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติหน้าที่	● ระดับการจัดกิจกรรมการจัดการเรียนรู้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และผลการประเมินประสิทธิภาพของการจัดการความรู้

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำในระดับต่างๆ และทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันดำเนินการต่อไปนี้
 - การระบุหน่วยงานที่มีผลงานดีและแนวทางการปฏิบัติที่ดี (good practice หรือ best practice)
 - การกำหนดหลักเกณฑ์ว่าอะไรคือผลงานที่ดี (เช่น ตัววัดผลของหน่วยงาน) และแนวทางการปฏิบัติที่ดี
 - การจัดทำบัญชีรายการกิจกรรมพัฒนาในลักษณะต่างๆ ซึ่งอาจประมวลผลย้อนหลังไป 3-5 ปี
 - การระบุหน่วยงานที่มีผลงานดี (จากตัววัดผลของหน่วยงานเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่น)
 - การระบุแนวทางปฏิบัติที่ดี (จากผลงานตัววัดของหน่วยงาน หรือจากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ)

- การจัดทำสรุ่ยย่อแนวทางปฏิบัติที่ดีเพื่อประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- การแลกเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติที่ดี ผ่านเวทีและช่องทางการสื่อสารต่างๆ
- การขยายผลการปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร โดยผู้นำมีบทบาทอย่าง proactive
 - คัดเลือกแนวทางปฏิบัติที่ดีที่ต้องการส่งเสริมให้มีการขยายผล
 - มอบหมายตัวแทนของผู้นำเป็นผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อน
 - เริ่มขยายผลจำนวนน้อย (เช่น สามหน่วยงาน) ไปยังหน่วยงานที่สมัครใจ และประมวลบทเรียนว่าจำเป็นต้องมีการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติอย่างไร
 - พิจารณาขยายผลสู่ส่วนอื่นๆ จนครอบคลุมทั้งองค์กร (ตามความเหมาะสม)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การขยายผลการนำแนวทางปฏิบัติที่ดีไปใช้ในส่วนอื่นๆ ขององค์กร	●

(3) องค์กรใช้ความรู้และทรัพยากรขององค์กร ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทุกระดับให้ความสนใจแนวคิดการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร ซึ่งหมายความว่า การเรียนรู้ควรเป็น
 - ส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวันที่ทำจนเป็นกิจวัตร
 - สิ่งส่งผลต่อการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุโดยตรง
 - การเน้นการสร้างองค์ความรู้และแบ่งปันความรู้ทั่วทั้งองค์กร
 - สิ่งที่เกิดจากการมองเห็นโอกาสในการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญและมีความหมาย รวมทั้งการสร้างนวัตกรรม
- ผู้นำทุกระดับขับเคลื่อนการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าในวิถีการปฏิบัติงานประจำวัน
 - บูรณาการการจัดการความรู้กับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เช่น การใช้ Peer Assist และ AAR ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ, การเรียนรู้จากการประเมินผลโครงการ, ใช้เป้าหมายขององค์กรและหน่วยงานเป็นตัวกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพและการจัดการความรู้
 - ส่งเสริมการสังเกต การตั้งคำถาม การหาข้อมูลมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การนำความรู้ใหม่ไปสู่การปฏิบัติ และปรับปรุงคู่มือการปฏิบัติงานตามความเหมาะสม
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมการเรียนรู้ระดับองค์กร (organizational learning)

- การเรียนรู้ระดับองค์กร อาจเกิดจากการปรับปรุงแนวทางที่มีอยู่แล้วอย่างต่อเนื่อง หรือการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ / การสร้างนวัตกรรมที่นำไปสู่เป้าประสงค์ใหม่ แนวทางใหม่ ผลิตภัณฑ์และตลาดใหม่
- การเรียนรู้ระดับองค์กร ส่งผลดังนี้
 - การเพิ่มคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงาน ผ่านบริการ / ผลิตภัณฑ์ใหม่ หรือที่ปรับปรุง
 - การสร้างโอกาสใหม่ๆ หรือรูปแบบใหม่ๆ ทางธุรกิจ รวมทั้งกระบวนการใหม่ๆ
 - การลดความผิดพลาด ของเสีย ความสูญเสีย และต้นทุนที่เกี่ยวข้อง
 - การเพิ่มผลิตภาพและประสิทธิผลในการใช้ทรัพยากรทั้งหมดขององค์กร
 - ความคล่องตัวในการจัดการการเปลี่ยนแปลงและภาวะชะงักงัน

I – 5 บุคลากร (Workforce)

SPA I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (Workforce Environment)

องค์กรบริหารขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อต่อสวัสดิภาพ⁷ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร.

ก. ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร (Workforce Capability and Capacity)

(1) องค์กรจัดทำแผนบุคลากร:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจความหมายของคำที่ใช้ในมาตรฐานและสมมติฐานต่างๆ
 - **บุคลากร** หมายถึง บุคคลทุกคนปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จภายใต้การดูแลและควบคุมขององค์กร ได้แก่ บุคลากรประจำ พนักงานชั่วคราว พนักงานที่ทำงานไม่เต็มเวลา พนักงานตามสัญญาจ้าง ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ อาสาสมัคร รวมทั้งผู้นำและผู้บริหารทุกระดับ
 - **ขีดความสามารถของบุคลากร** (workforce capability) หมายถึง ความสามารถขององค์กรที่จะทำงานให้สำเร็จโดยอาศัย **สมรรถนะ** (ความรู้ ทักษะ ความสามารถ) โดยรวมของบุคลากร ซึ่งอาจจำแนกเป็น
 - **สมรรถนะทั่วไป** หรือ core competency เช่น การสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้เกี่ยวข้อง การสร้างนวัตกรรม การพัฒนากระบวนการทำงาน การตอบสนองการเปลี่ยนแปลง
 - **สมรรถนะเฉพาะงาน** หรือ technical competency หรือ functional competency
 - **สมรรถนะด้านการจัดการ** หรือ managerial competency

⁷ **สวัสดิภาพ** (security) หมายถึง การปราศจากภัยอันตราย มั่นคง ปลอดภัย ปราศจากการบาดเจ็บ หรือตาย รวมทั้งการสูญเสียทรัพย์สินของมีค่า หรือเสียเวลาไป รวมถึง การดำรงชีวิตอยู่อย่างสุขกาย สุขใจ มีความมั่นใจในการประกอบกิจกรรมต่างๆ และมีการเตรียมป้องกันภัยไว้ล่วงหน้าอย่างถูกต้อง เหมาะสม และสม่ำเสมอ ในสถานที่ทำงาน

- ความเพียงพอของบุคลากร (workforce capacity) หมายถึง การมีบุคลากรที่จำเป็นเพียงพอเพื่อ บรรลุผลสำเร็จขององค์กร สามารถส่งมอบคุณค่าให้ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานได้ตามแผน และตอบสนอง ความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปได้
- สมมติฐานหรือแนวทางที่ควรหลีกเลี่ยง
 - การเพิ่มจำนวนคนที่มีทักษะไม่เหมาะสม เพื่อชดเชยการขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะ
 - การจ้างคนจำนวนน้อยแต่ทักษะสูงกว่า สำหรับกระบวนการที่ต้องการคนจำนวนมากที่มี ทักษะน้อยหรือทักษะที่แตกต่างกัน
- หลักที่ควรใช้พิจารณา
 - การมีจำนวนคนที่เหมาะสมและทักษะที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จ
 - การมองไปข้างหน้าเพื่อคาดการณ์ความจำเป็นด้านขีดความสามารถและอัตรากำลังใน อนาคต จะทำให้องค์กรมีเวลาเพียงพอสำหรับการฝึกอบรม การว่าจ้าง การปรับเปลี่ยน ตำแหน่งของบุคลากร และการเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงระบบงาน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนบริหารทรัพยากรบุคคล โดยเชื่อมกับ I-2.2ก(4)
 - แผนบริหารทรัพยากรบุคคลประกอบด้วย การกำหนดขีดความสามารถ (ความรู้ ทักษะ ความสามารถ) และระดับบุคลากรที่ต้องการในแต่ละส่วนงาน โดยพิจารณา
 - ข้อกำหนดขององค์กรวิชาชีพ กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
 - ความต้องการบุคลากรตามพันธกิจ ลักษณะผู้ป่วย ภาระงาน และปัญหาการดูแลผู้ป่วยใน ปัจจุบัน
 - ความต้องการบุคลากรในอนาคต รวมทั้งความต้องการตามแผนกลยุทธ์ และการ เปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี
 - กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง (ตามความรู้ความสามารถและข้อกำหนดในกฎหมาย) และนำไปใช้ในการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ
 - วางแผนดำเนินการเพื่อให้ได้บุคลากรที่มีขีดความสามารถและจำนวนตามความต้องการ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดทำกำหนดคำบรรยายลักษณะงานหรือใบกำหนดหน้าที่งาน (job description) ของ บุคลากร (ทั้งบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัคร) ระบุหน้าที่รับผิดชอบ ขอบเขตการ ปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงานที่คาดหวัง และสมรรถนะที่ต้องมี

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) องค์กรมีวิธีการที่มีประสิทธิผล ในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และดูแลบุคลากรใหม่:

- (i) การรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพในด้านต่างๆ เช่น ใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์;
- (ii) การจัดให้บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ ได้รับการปฐมนิเทศอย่างเป็นทางการ ได้รับการฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ในเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารบุคลากรทำความเข้าใจเป้าหมายหรือ requirement ของกระบวนการบริหารบุคลากร (การสรรหา ตรวจสอบ/ประเมินคุณสมบัติ ว่าจ้าง บรรจุ เก็บบันทึกประวัติ และรักษาบุคลากร)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนแนวทางปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน
 - การประเมินคุณสมบัติ (evaluation of credentials)
 - มีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการรวบรวมหลักฐานคุณสมบัติ ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพแต่ละคน
 - มีการสอบถามสารสนเทศดังกล่าวจากแหล่งข้อมูลต้นกำเนิดด้วยวิธีการซึ่งเป็นที่ยอมรับ
 - มีกระบวนการที่ทำให้มั่นใจว่าบุคลากรอื่นๆ ซึ่งติดตามแพทย์อิสระมาให้บริการแก่ผู้ป่วย และมีได้เป็นบุคลากรขององค์กร เป็นผู้มีหลักฐานคุณสมบัติเหมาะสมตามข้อกำหนดขององค์กร
 - มีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการระบุหน้าที่รับผิดชอบและจัดมอบหมายงานทางคลินิก บนพื้นฐานของคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
 - มีการจัดทำและเก็บรักษาแฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรแต่ละคน ตามรูปแบบมาตรฐานและมีความเป็นปัจจุบัน
 - มีการทบทวนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และขอบเขตการปฏิบัติงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำ อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 3 ปี
 - การปฐมนิเทศบุคลากรใหม่
 - มีความร่วมมือในการกำหนดเนื้อหาสำคัญสำหรับการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ ทั้งในภาพรวมและเนื้อหาเฉพาะของหน่วยงาน
 - บุคลากรใหม่ได้รับการปฐมนิเทศตามเนื้อหาที่กำหนด เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กร ค่านิยม วัฒนธรรม ความคาดหวัง และสิ่งที่ควรรู้
 - บุคลากรใหม่ด้านคลินิก ได้รับการปฐมนิเทศ เรียนรู้และฝึกอบรม เพื่อให้มั่นใจว่ามีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ในเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน เหมาะสมกับหน้าที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการที่มีความเสี่ยงสูงหรือการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง มีระบบพี่เลี้ยง / กำกับดูแล / ให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

- บุคลากรใหม่นอกสายงานด้านคลินิก ได้รับการปฐมนิเทศ เรียนรู้และฝึกอบรม เพื่อให้มั่นใจว่ามีความรู้และทักษะเหมาะสมกับหน้าที่รับผิดชอบ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนว่ากระบวนการที่ใช้อยู่ นั้นบรรลุผลตามเป้าหมายหรือข้อกำหนดของแต่ละกระบวนการเพียงใด
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องปรับปรุงกระบวนการบริหารบุคลากร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
●	● ประสิทธิภาพของการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และดูแลบุคลากรใหม่

(3) องค์กรเตรียมบุคลากรให้พร้อมต่อความต้องการขององค์กรที่กำลังเปลี่ยนแปลง เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการลดบุคลากรและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากบุคลากรไม่เพียงพอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - การเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและอัตรากำลัง เช่น ปริมาณผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น แบบแผนการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลง เทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง ทิศทางนโยบายขององค์กรเกี่ยวกับการขยายหรือลดบริการ
 - โอกาสที่จะประสบปัญหา เช่น การลดลงของบุคลากร ผลกระทบจากบุคลากรที่ไม่เพียงพอ (ทั้งด้านขีดความสามารถและอัตรากำลัง) ผลกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาแนวทางการรับมือกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงและการป้องกันปัญหาข้างต้น (ทั้งระยะสั้นและระยะยาว) เพื่อเป็นหลักประกันว่าองค์กรและหน่วยงานจะทำหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย
 - การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความก้าวหน้าในสายงาน
 - การป้องกันการลดจำนวนบุคลากร
 - การลดผลกระทบในกรณีจำเป็นต้องลดจำนวนบุคลากร
 - การเตรียมการและบริหารในช่วงที่มีการเพิ่มจำนวนบุคลากร
 - การเตรียมบุคลากรสำหรับการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างองค์กรและระบบงาน เช่น การฝึกอบรม การศึกษา เพื่อให้มีทักษะและความสามารถใหม่ๆ การโอนย้ายหรือว่าจ้างบุคลากรในตำแหน่งหน้าที่ใหม่

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ผลการวิเคราะห์โอกาสเกิดปัญหาและการตอบสนอง 	<ul style="list-style-type: none"> ความพร้อมและความสามารถในการรับมือการเปลี่ยนแปลง

- (4) องค์กรจัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ สนับสนุนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น รวมทั้ง ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร:
- (i) กำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพและและปฏิบัติงานอื่น;
 - (ii) มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถ และข้อกำหนดในกฎหมาย;
 - (iii) กลไกการทำงานและแนวทางสนับสนุน การประสานงานภายใน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการประสานงานกับบริการภายนอกที่เกี่ยวข้อง;
 - (iv) มีการกำกับดูแล สนับสนุน และให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม;
 - (v) ทบทวนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และสิทธิการดูแลรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 3 ปี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาเป้าหมายของการจัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากร ซึ่งประกอบด้วย การบรรลุผลสำเร็จขององค์กร การใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร และการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วย (และอาจรวมการตอบสนองต่อความท้าทาย, การใช้ core values, การตอบสนองความเปลี่ยนแปลง)
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนว่าการจัดระบบและการบริหารใดบ้างที่หนุนเสริมให้บรรลุเป้าหมายข้างต้น (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
 - การทำงานร่วมกันโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เช่น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน
 - การประสานงานภายในและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ใช้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการทำงาน โดยมีการบันทึกที่เอื้อต่อการสื่อสารระหว่างสมาชิก

- การประสานงานกับบริการภายนอกที่เกี่ยวข้อง
- ระบบการรายงาน การขอคำปรึกษา
- การวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกันภายในทีม และระหว่างสาขา/วิชาชีพ
- การทบทวนและเรียนรู้ร่วมกัน
- การส่งเสริมให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วย การสนับสนุนให้หน่วยงานสนับสนุนรับรู้คุณค่างานของตนที่มีต่อผู้ป่วย
- การจัดระบบที่คล่องตัวในการทำงาน เช่น การใช้ cell concept หรือ one stop service, การพัฒนากระบวนการทำงานให้ Lean และไร้รอยต่อ, การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ
- การมีทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันมองภาพรวมของการให้บริการ การติดตามผลการดูแลผู้ป่วยและขับเคลื่อนการพัฒนา

○ การปฏิบัติตามข้อกำหนดและการจัดทำข้อกำหนด

- การกำหนดบทบาทหน้าที่ ขอบเขตการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานอื่น
 - การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถและข้อกำหนดในกฎหมาย
 - การทบทวนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และสิทธิการดูแลรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 3 ปี
 - การจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ มาตรการที่ใช้ร่วมกัน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการพัฒนาการบริหารและจัดระบบบุคลากรตามโอกาสพัฒนาที่พบ มีการกำกับดูแล สนับสนุน และให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● Good practice ในการจัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากร	● การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพยายามในการจัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากรกับผลสำเร็จขององค์กรและการดูแลผู้ป่วย

ข. การสนับสนุนการทำงานและสวัสดิภาพของบุคลากร (Workforce Work Support and Security)

(1) องค์กรสร้างความมั่นใจในการปรับปรุงและสนับสนุนเพื่อให้บุคลากรเข้าถึงสิ่งจำเป็นในการทำงานได้อย่างสะดวก และตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดและสำรวจว่าสิ่งจำเป็นในการทำงานสำหรับบุคลากรมีอะไรบ้าง
 - ความสะดวกในการเข้าถึงสถานที่ทำงานที่จะช่วยเพิ่มผลผลิตภาพในการทำงานสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัด และบุคลากรทั่วไป ทั้งในด้านกายภาพ เทคโนโลยี และทัศนคติ
 - เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการทำงาน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานของบุคลากรตามโอกาสพัฒนาที่พบ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
●	● ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการเข้าถึงสถานที่ และสิ่งจำเป็นในการทำงาน

(2) องค์กรทำให้มั่นใจว่าสถานที่ทำงานมีสวัสดิภาพสำหรับบุคลากร มีการประเมินความปลอดภัยของสถานที่ทำงาน มีมาตรการปกป้องคนทำงานจากความรุนแรง การกลั่นแกล้ง การคุกคาม และการล่วงละเมิด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
-----------------------	------------------

<ul style="list-style-type: none"> ● การปรับปรุงด้านสวัสดิภาพในที่ทำงาน 	<ul style="list-style-type: none"> ● จำนวนและแนวโน้มของอุบัติเหตุเกี่ยวกับสวัสดิภาพของบุคลากร
--	--

(3) องค์กรกำหนดจำนวนชั่วโมงการทำงานโดยคำนึงถึงสุขภาพ ความเครียด และประสิทธิภาพของบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบให้ผู้เกี่ยวข้องพิจารณาชั่วโมงทำงานที่เหมาะสม เพื่อให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่มีผลเสียต่อสุขภาพ โดยพิจารณาข้อมูลต่างๆ อย่างสมดุล
 - ภาระงานและจำนวนบุคลากรที่มีอยู่
 - มาตรฐานจำนวนชั่วโมงทำงานที่ควรจะเป็น
 - ทางเลือกในการจัดระบบการทำงาน เช่น การชอยช่วงเวลาทำงานให้สั้นลง การจัดระบบที่ยืดหยุ่นเกี่ยวกับช่วงเวลาทำงาน การหมุนเวียนบุคลากรจากหน่วยงานอื่นมาช่วยงาน การจัดหาบุคลากรเสริมจากภายนอก
- ผู้เกี่ยวข้องสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับภาระงาน ชั่วโมงทำงานและผลกระทบต่อสุขภาพของบุคลากรเป็นระยะ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงการจัดระบบการทำงาน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ค. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (Workforce Health and Safety)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องศึกษาและทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของบุคลากรสุขภาพ
 - 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: Lane (ambulance) and legal issues
 - E: environment and working conditions (& violence)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากรอย่างเป็นระบบ โดยพิจารณาให้สอดคล้องกับลักษณะงานของบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน วางแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันอันตราย การปฏิบัติเมื่อ expose ต่อความเสี่ยง รวมทั้งการให้ความรู้ การจัดระบบรายงานและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อให้สามารถประเมินการปฏิบัติตามแนวทางและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ โดยครอบคลุม
 - ความเสี่ยงจากการทำงานที่พบบ่อย เช่น sprains, strains, contusion, cuts, punctures
 - ความเสี่ยงจากปัจจัยด้านการยศาสตร์ หรือความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
 - ความเสี่ยงจากการทำงานที่มีอันตรายสูง เช่น การติดเชื้อ สารเคมี (ยาเคมีบำบัด ยาผสมสลบ สารเคมีในห้องปฏิบัติการ) ปัจจัยทางกายภาพ (รังสี ความร้อน ไฟฟ้า เลเซอร์) และสิ่งแวดล้อม
 - ความเสี่ยงอื่นๆ เช่น ความเครียดจากการทำงาน ความรุนแรง ความก้าวร้าว การคุกคาม

- อันตรายที่สามารถป้องกันได้ด้วยการให้วัคซีน ยา หัตถการ และการใช้อุปกรณ์ป้องกัน
 - จัดให้ได้รับวัคซีนป้องกันโรคสำหรับบุคลากรในสายงาน / หน่วยงานต่างๆ หรือทดสอบการมีภูมิคุ้มกันโรคตามความเหมาะสม และบันทึกประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรคในประวัติสุขภาพ โดยวัคซีนที่ควรพิจารณาได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีสำหรับผู้ที่มีโอกาสสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งสูง, วัคซีนป้องกันโรคอื่นๆ เช่น influenza, MMR, varicella, DPT, meningococcal vaccine
 - การให้วัคซีนและยาเพื่อการป้องกันโรค เช่น post-exposure prophylaxis สำหรับ HIV, HVB, rabies
 - การจัดให้มีอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) ที่เหมาะสมเพียงพอ

○ การดูแลบุคลากรที่เป็น second victim

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ทั้งในส่วนของบุคลากร และผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของบุคลากร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) บุคลากรทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพ.

- (i) บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงานและมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน;
- (ii) บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินสมรรถภาพการทำงาน และเพื่อประเมินการเจ็บป่วยหรือการติดเชื้อเนื่องจากการทำงาน ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนและปรับปรุงระบบการประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าทำงาน การจัดทำข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน และการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน

⁸ ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจาก <http://www.health.state.ny.us/prevention/immunization/toolkits/docs/hospital.pdf>

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนความเหมาะสมของข้อมูลสุขภาพพื้นฐานของบุคลากร
 - การตรวจสุขภาพทั่วไปเมื่อแรกรับ
 - ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน
 - ประวัติการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อซึ่งอาจจะทำให้เสี่ยงต่อการรับหรือแพร่กระจายโรคติดต่อ
 - ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ
 - พฤติกรรมสุขภาพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดระบบให้ข้อมูลสุขภาพของบุคลากรมีความเชื่อมต่อกับบันทึกสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และสามารถเข้าถึงได้ตามความเหมาะสม
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดระบบการตรวจสุขภาพประจำปี (หรือบ่อยกว่านั้น) เพื่อประเมินสมรรถภาพการทำงาน และเพื่อประเมินการเจ็บป่วยหรือการติดเชื้อเนื่องจากการทำงาน ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ ประมวลผลข้อมูล และตอบสนองอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(3) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน.

- บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม;
- องค์กรจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อ การจำกัดการปฏิบัติหน้าที่ และการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● การเจ็บป่วย / บาดเจ็บจากการทำงานที่สำคัญ ● มาตรการสำคัญในการป้องกันและดูแล 	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วย / บาดเจ็บจากการทำงาน และการตอบสนองที่เกิดขึ้น

(4) องค์กรเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ.

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีระบบ สิ่งแวดล้อม กิจกรรม ที่เอื้อต่อการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและแบบอย่างวัฒนธรรมองค์กรในการสร้างเสริมสุขภาพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดเวทีให้บุคลากรร่วมกันพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - ข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
 - การละเว้นจากแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา
 - การเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การใช้รถใช้ถนน อาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย
 - การใช้วิธีการที่หลากหลายในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ศิลปะ ดนตรี งานอดิเรก
 - วิธีการส่งเสริมให้บุคลากรส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพ
- ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร และการเรียนรู้แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่บุคลากรเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งสำหรับตนเองและสำหรับผู้ป่วย โดยเน้นบทบาทความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องออกแบบกระบวนการที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและปฏิบัติในการดูแลสุขภาพสำหรับบุคลากรแต่ละกลุ่ม (ควรพิจารณาให้สอดคล้องกับประเด็นสำคัญในบุคลากรกลุ่มที่มีโรคประจำตัว กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และกลุ่มทั่วไป)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดให้มีระบบติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพของบุคลากรทั้งในด้านพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ระบบ สิ่งแวดล้อม กิจกรรม ที่โรงพยาบาลจัดขึ้น ● เพื่อส่งเสริมการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพในกิจกรรมต่างๆ และบุคลากรกลุ่มต่างๆ

<ul style="list-style-type: none">• ข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรม สุขภาพที่ดี วิธีการส่งเสริมให้บุคลากรร่วมเป็น แบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพ• ประเด็นสำคัญในบุคลากรแต่ละกลุ่ม การจัด กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและปฏิบัติการการ ดูแลสุขภาพตนเอง	
---	--

ง. ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร (Workforce Life and Well-being)

(1) องค์กรส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร:

- (i) กระบวนการเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี เช่น การจัดการความเครียด (stress management) การป้องกันและจัดการภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome) การติดตามวัดระดับภาระงาน (workload monitoring) การจัดการความสมดุลชีวิตและการทำงาน (management of work-life balance) การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle) และแผนวิถีชีวิตสุขภาพดี (health lifestyle programmes) เป็นต้น;
- (ii) บุคลากรได้รับการดูแล สนับสนุนและคำแนะนำที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีนโยบายส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร และมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ
 - การจัดการความเครียด
 - วิเคราะห์สถานการณ์ด้วยการใช้เครื่องมือในการประเมินความเครียดที่เหมาะสม เช่น แบบประเมินความเครียด (ST-5), Perceived Stress Scale (PSS)
 - จัดระบบให้คำแนะนำปรึกษาที่เหมาะสมให้ผู้ที่มีความเครียดมีทางเลือกที่หลากหลาย เช่น การค้นหาตัวกระตุ้น การปรับเปลี่ยนวิธีการมองสถานการณ์ การให้ลำดับความสำคัญ การกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ การฝึกใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การหลีกเลี่ยงความสุดโต่ง
 - การป้องกันและจัดการภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome)
 - เสริมพลังให้บุคลากรรับรู้สัญญาณเตือนของภาวะหมดไฟ เช่น รู้สึกเหนื่อยๆ ตลอดเวลา ไม่มีแรงจูงใจในการทำงาน มองโลกในแง่ลบ มีความเครียดเรื้อรังรบกวนจนไม่มีสมาธิ มีความสุขน้อยลง
 - เสริมพลังให้บุคลากรประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะหมดไฟและตอบสนองอย่างเหมาะสม โดยอาจจะเริ่มตั้งแต่ภาวะที่ไม่พอใจกับงานที่ทำ (bore out) ภาวะพลังงานตกชั่วคราวที่เกิดขึ้นทันที (brown out) หรือภาวะหมดไฟ เหนื่อยล้า คิดลบกับงานที่ทำ (burn out)
 - ส่งเสริมให้เพื่อนร่วมงานและหัวหน้างานมีบทบาทในการรับรู้ภาวะหมดไฟของผู้ร่วมงาน แต่เนิ่นๆ และให้ความช่วยเหลือ (recognize & reverse)
 - ผู้นำระดับสูงร่วมกันค้นหาวิธีการที่ผู้นำระดับต่างๆ จะมีส่วนในการลดภาวะเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน เช่น การสื่อสารที่เปิดกว้าง การนำโดยทำเป็นตัวอย่าง การเปิดรับเสียงสะท้อนจากบุคลากร การกำหนดเป้าหมายและส่งเสริมโอกาสก้าวหน้าในสายงาน
 - การติดตามวัดระดับภาระงาน อาจใช้หลายวิธีร่วมกัน

- Patient-based approach เป็นการประเมินจากข้อมูลผู้ป่วย เช่น จำนวนผู้ป่วย ระดับความหนักของผู้ป่วยหรือเวลาที่ต้องใช้ในการดูแล
 - Operator-based approach เป็นการประเมินจากความรู้สึของผู้ปฏิบัติงาน เช่น NASA Task Index
- การจัดการความสมดุลชีวิตและการทำงาน โดยพิจารณาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ช่วงเวลาของชีวิตและสิ่งที่มีความสำคัญ ธรรมชาติของงานที่รับผิดชอบ ลักษณะของงานที่ทำให้เกิดความสุข โอกาสของความกลมกลืนระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน ความพอใจกับบทบาทของตนเอง ความช่วยเหลือของเพื่อนร่วมงาน การวางแผนและจัดการกับความคาดหวัง
 - การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle) หรือ แผนวิถีชีวิตสุขภาพดี (health lifestyle programmes) มีเป้าหมายเพื่อสุขภาพที่ดี แข็งแรงและมีความสุข โดยให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 องค์ประกอบ คือ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การนอนหลับ ความสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน การทำงาน และการพักผ่อน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) องค์กรให้การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรอย่างเหมาะสมกับบุคลากรแต่ละกลุ่ม. ด้วยมาตรการต่อไปนี้:

- (i) การประกาศนโยบาย;
- (ii) การจัดบริการ;
- (iii) การให้สิทธิประโยชน์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจว่าการเกื้อหนุนบุคลากร (workforce support) สามารถมีอะไรได้บ้าง
 - การจัดบริการ
 - สิ่งอำนวยความสะดวก
 - การให้คำปรึกษาทั้งในเรื่องส่วนตัวและอาชีพการงาน การพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพการงาน และการช่วยบุคลากรมีความพร้อมในการปฏิบัติงานในหน้าที่ใหม่
 - กิจกรรมสนับสนุนการหรืองานประเพณี
 - การยกย่องชมเชยทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ
 - การช่วยให้หางานใหม่เมื่อถูกเลิกจ้าง ผลประโยชน์เมื่อเกษียณอายุ
 - การให้สิทธิประโยชน์

- ชั่วโมงการทำงานแบบยืดหยุ่น
 - การอนุญาตให้ลาหยุดกรณีพิเศษเพื่อรับผิดชอบครอบครัวและเพื่อบริการชุมชน
 - การให้การศึกษานอกเหนือจากงานในหน้าที่
 - การดูแลสุขภาพ
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องสำรวจความต้องการของบุคลากรแต่ละกลุ่มเกี่ยวกับนโยบายการจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ ที่โรงพยาบาลสามารถสนับสนุนให้มีบรรยากาศในการทำงานที่ดี (อาจใช้วิธีการต่างๆ เช่น แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม)
 - ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนสิ่งที่โรงพยาบาลจัดให้แก่บุคลากรว่ามีโอกาสปรับปรุงในส่วนใดได้อีก ออกแบบให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคลากรแต่ละกลุ่ม (ควรมีการทบทวนเป็นประจำทุกปี) และดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● นโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ที่จัดให้แก่บุคลากร 	<ul style="list-style-type: none"> ● ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการดูแลและเกื้อหนุนที่องค์กรจัดให้

SPA I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร (Workforce Engagement)

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อรักษาบุคคลไว้ และให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี.

ก. การประเมินความผูกพันของบุคลากร (Assessment of Workforce Engagement)

(1) องค์กรกำหนดปัจจัยที่ขับเคลื่อนให้เกิดความผูกพันของบุคลากร ในแต่ละกลุ่ม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น คณะกรรมการทรัพยากรบุคคล) ร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องความผูกพันของบุคลากร
 - ความผูกพันของบุคลากร หมายถึง
 - ระดับของมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล
 - การเพิ่มคุณค่าให้กับงานอย่างสอดคล้องกับพันธกิจและเป้าหมายขององค์กร ด้วยความแข็งขันและมี passion สามารถปรากฏเห็นได้จากสีหน้า เจตคติในการทำงาน และการสื่อสารในที่ทำงาน
 - “การผูกใจบุคลากร” หรือทำให้เกิด “ร่วมด้วย ช่วยกัน”
 - การสร้างความผูกพัน ครอบคลุมการสร้างความสัมพันธ์ การสร้างความพึงพอใจ การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร การบริหารค่าตอบแทนและสร้างแรงจูงใจ การฝึกอบรม
 - บุคลากรที่มีความผูกพันกับองค์กร จะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร งานที่ได้รับมอบหมายเป็นงานที่มีคุณค่า สอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัว สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร มีแรงจูงใจในตนเองสูง มีความมั่นใจที่จะเสนอแนวคิดใหม่ๆ มีความรับผิดชอบต่อความสำเร็จของงาน
- ผู้นำระดับสูงกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนการจำแนกกลุ่มบุคลากร และความต้องการหรือลักษณะร่วมของบุคลากรในแต่ละกลุ่ม
- ผู้นำระดับสูงกับทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของบุคลากรแต่ละกลุ่มของ รพ.
 - พิจารณปัจจัยที่มีผลด้านความผูกพันของบุคลากรต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย
 - ความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ
 - ได้ทำงานที่มีคุณค่า มีความหมาย ทำทาย
 - โอกาสได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถ
 - ความก้าวหน้าในอาชีพการงาน ความมั่นคงในงาน
 - สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความไว้วางใจ ความร่วมมือ ความสัมพันธ์ ความเป็นธรรมชาติ
 - ระดับของการได้รับมอบอำนาจในการตัดสินใจ

- การได้รับโอกาส การยกย่องชมเชย
- ทำความเข้าใจกับปัจจัยบั่นทอนความผูกพัน (factors Inhibiting engagement) ซึ่งได้จากการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากร การสอบถามกลุ่มตัวอย่าง การสำรวจความคิดเห็นจากบล็อกหรือการสัมภาษณ์บุคลากรที่ลาออก
- นำปัจจัยที่วิเคราะห์ได้ไปประเมินสถานการณ์ในองค์กร (อาจจะใช้การสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ผู้ลาออกหรือผู้ที่ยังคงทำงานอยู่) จำแนกความแตกต่างของปัจจัยดังกล่าวในแต่ละกลุ่ม (ถ้าเป็นไปได้) ดำเนินการปรับปรุงในจุดที่เป็นโอกาสพัฒนาที่สำคัญ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) องค์กรประเมินความผูกพัน และความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่ม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร โดยพิจารณาปัจจัยสำคัญที่วิเคราะห์ไว้ใน 1-5.2ก(1)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(3) องค์กรนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ในการสร้างความผูกพันกับบุคลากรเพื่อให้บุคลากรมีแรงจูงใจที่จะสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาพิจารณาปรับปรุงปัจจัยที่ขับเคลื่อนให้เกิดความผูกพันของบุคลากรและมีแรงจูงใจที่จะสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดี

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ข. วัฒนธรรมองค์กร (Organizational Culture)

(1) องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร:

- (i) มีการสื่อสารที่เปิดกว้าง;
- (ii) มีการทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดี;
- (iii) เอื้อต่อการนำวิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์กรไปใช้;
- (iv) เสริมพลังบุคลากร;
- (v) เห็นคุณค่าและความหมายของคนและงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันทำความเข้าใจความหมายและแนวคิดต่อไปนี้
 - การทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดีหรือมีผลการปฏิบัติงานที่ดี (high performance) ประกอบด้วยลักษณะต่าง ๆ ได้แก่
 - การมีจุดเน้นที่สอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร
 - การมุ่งเน้นผู้ช่วยและผู้รับผลงาน และการตอบสนองต่อความต้องการของธุรกิจและตลาดที่เปลี่ยนแปลงไป
 - ความยืดหยุ่น การสร้างนวัตกรรม การเอื้ออำนาจในการตัดสินใจ การแบ่งปันความรู้และทักษะ การสื่อสารและการถ่ายทอดสารสนเทศที่ดี
 - บุคลากรที่ผูกพันกับองค์กรจะทำให้ผลการดำเนินการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ องค์กรประกอบสำคัญในการสร้างความผูกพันกับองค์กร ได้แก่
 - การทำงานที่มีคุณค่า ทัศนคติขององค์กรชัดเจน
 - มีสำนึกในภาระความรับผิดชอบต่อผลการดำเนินการ
 - มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย มีความไว้วางใจ มีประสิทธิภาพ และให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน
 - ความสอดคล้องของงานกับค่านิยมของบุคลากรแต่ละคนทำให้มีแรงจูงใจและตระหนักในคุณค่าของงาน
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันวางแผนเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมที่ช่วยให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดีดังนี้
 - วัฒนธรรมการสื่อสารที่เปิดกว้าง
 - มีช่องทางสื่อสารข้อมูลสำคัญจากผู้นำให้บุคลากรรับรู้อย่างทั่วถึง
 - บุคลากรมีโอกาสซักถามในประเด็นข้อสงสัยและได้รับคำตอบ
 - บุคลากรมีโอกาสเสนอข้อคิดเห็นที่สร้างสรรค์ ความคิดเห็นที่แตกต่างและหลากหลายเป็นที่ต้อนรับ
 - มีบรรยากาศของความไว้วางใจในการรายงานและให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์

- มีบรรยากาศของความปลอดภัยในการเสนอความคิดเห็นในเวทีประชุมต่างๆ
- มีการใช้เครือข่ายที่ไม่เป็นทางการในการสื่อสาร
- วัฒนธรรมการทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดี
 - การมีจุดเน้นที่สอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร มีการถ่ายทอดเป้าหมายไปสู่ระดับและทีมงานต่างๆ โดยที่ทีมงานสามารถปรับเป้าหมายให้อยู่ในวิสัยที่เป็นไปได้ (catch ball technique หรือ Hoshin planning) การส่งเสริมให้แต่ละคนมีเป้าหมายการทำงานที่วัดได้และความหมาย
 - การมุ่งเน้นคุณค่าที่ผู้ปวยและผู้รับผลงานจะได้รับ ด้วยการทำความเข้าใจความต้องการของผู้ปวยและผู้รับผลงานอย่างลึกซึ้งในทุกด้าน
 - ความร่วมมือ การสื่อสารและการแบ่งปันความรู้/ทักษะ ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพต่างสาขา ต่างหน่วยงาน และต่างสถานที่
- วัฒนธรรมที่เอื้อต่อการนำวิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์กรไปใช้
 - ความชัดเจนในการแปลความหมายวิสัยทัศน์และค่านิยมให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน รวมทั้งการให้อิสระในการแปลความหมายแก่บุคลากร
 - ผู้นำส่งเสริมให้บุคลากรเชื่อมโยงการปฏิบัติงานประจำกับวิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์กร
- วัฒนธรรมการเสริมพลังบุคลากร
 - การให้อำนาจตัดสินใจ และความคิดริเริ่ม เช่น การกำหนดทรัพยากรที่บุคลากรสามารถตัดสินใจใช้เพื่อแก้ปัญหาหน้างานได้เอง ระบบข้อเสนอแนะ การมีแรงจูงใจให้เสนอแนะความคิดเห็นเริ่มมาปฏิบัติ
 - ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากวัฒนธรรม และความคิดเห็นที่หลากหลายของบุคลากร เช่น ระบบข้อเสนอแนะ การสนทนากลุ่มในสมาชิกที่มีลักษณะหลากหลาย การนำวัฒนธรรมในท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ
- การเห็นคุณค่าและความหมายของคนและงาน
 - การที่บุคลากรได้รับการฝึกฝนให้เติบโตด้านในหรือรับรู้ชีวิตด้านใน (Inner life) เห็นคุณค่าของตัวเอง เพื่อนร่วมงาน และครอบครัว รับรู้และเข้าใจว่าทุกคนมีความหมาย มีการทำงานด้วยความตระหนักในคุณค่าและความหมายของงานกับตัวเอง กับเพื่อนร่วมงาน กับองค์กรมีสำนึกร่วมกับชุมชน และมีพลังศรัทธาในงานและชีวิต การสร้างวัฒนธรรมดังกล่าว อาจใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อรับรู้ความรู้สึกของคนทำงานและสร้างเป้าหมายร่วมกัน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การส่งเสริมและปรับปรุงวัฒนธรรมด้านต่างๆ ที่	● ผลลัพธ์ของการประเมินและปรับปรุงวัฒนธรรม

นำไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร	
---------------------------------------	--



ค. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร (Performance Management and Development)

(1) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน (performance management system) ของบุคลากร เพื่อสร้างผลงานที่ดี พัฒนาความรู้ความสามารถให้เหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย และนำไปปฏิบัติให้สำเร็จผล:

- (i) การสื่อสารความคาดหวังและช่วยเหลือให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ได้อย่างสม่ำเสมอ;
- (ii) การประเมินผลการปฏิบัติงานและสมรรถนะที่สัมพันธ์กับภาระงานเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง;
- (iii) การบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชยหรือการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร;
- (iv) มีแนวทางที่ชัดเจนสำหรับการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพกับกลุ่มบุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานต่ำกว่าเกณฑ์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับ performance management system
 - Performance Management System-PMS เป็นเครื่องมือในการบริหาร ที่เน้นการสื่อสารระหว่างผู้บริหารกับบุคลากร ให้ทุกคนมีจุดสนใจร่วมกันที่พันธกิจ ทิศทางและค่านิยมขององค์กร ทำให้ผู้บริหารสามารถนำพลังของบุคลากรมาใช้เพื่อบรรลุประโยชน์ของทั้ง 3 ฝ่าย คือ การบรรลุเป้าประสงค์ขององค์กร ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และประโยชน์ต่อบุคลากร
 - องค์ประกอบที่สำคัญของระบบ
 - การสื่อสารเพื่อให้ทุกคนเข้าใจเป้าหมายของระบบ PMS และเกิดความตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา
 - การที่ทุกคนมีบทบาทที่ชัดเจนในเรื่องนี้ เริ่มจากผู้นำระดับสูงกำหนด strategic priorities ซึ่งจะถูกถ่ายทอดมาเป็นเป้าหมายในระดับต่างๆ ที่ผู้นำจะถูกประเมินผลงาน หัวหน้าหน่วยงานใช้ประเมินผลงานของบุคลากรและพูดคุยกับบุคลากรแต่ละคน
 - การพัฒนาทักษะของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งผู้นำและบุคลากร (บุคลากรควรเป็นผู้จัดทำ performance plan ของตนหลังจากที่ได้รับทราบข้อมูลของหน่วยงานและเป้าหมายของหัวหน้า เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการพูดคุยระหว่างหัวหน้างานกับบุคลากรในหน่วยงาน
 - ระบบต่างๆ จะต้องสนับสนุน PMS และใช้ข้อมูลจาก PMS เพื่อสนับสนุนระบบที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรบุคคลอื่นๆ เช่น การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร, การคัดสรรและเลื่อนตำแหน่ง, การบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย และการสร้างแรงจูงใจ
 - การประเมินผลระบบ PMS ที่ชัดเจน เริ่มจากการประเมิน compliance ไปสู่การประเมินคุณภาพและสัมฤทธิ์ผล
- การนำ PMS ไปสู่การปฏิบัติ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันกำหนด strategic priorities ที่จะใช้ในการประเมินผลงาน และเป้าหมายที่สามารถวัดได้ (เริ่มด้วยสิ่งที่มีความหมายสำหรับทุกคน และสามารถวัดได้ไม่ยาก จำนวนน้อยที่สุด)
 - ผู้นำระดับสูงทดลองใช้ PMS กับผู้นำระดับกลาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นคุณค่าของระบบ
 - ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้พัฒนาทักษะของหัวหน้าหน่วยงานและบุคลากรในการที่จะนำ PMS ไปใช้ให้เกิดประโยชน์
 - ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ นำ PMS ไปสู่การปฏิบัติ โดยเน้นความสำคัญของการสื่อสารระหว่างหัวหน้าหน่วยงานกับบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ การประเมินสมรรถนะและผลการปฏิบัติงานที่สัมพันธ์กับหน้าที่รับผิดชอบและภาระงาน
 - ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันสร้างความเชื่อมโยงระบบ PMS กับกระบวนการที่เกี่ยวข้องและระบบอื่นๆ ตามความเหมาะสม เช่น การบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย การสร้างแรงจูงใจ
 - ผู้นำระดับสูงกำหนดแนวทางที่ชัดเจนสำหรับกลุ่มบุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานต่ำกว่าเกณฑ์ และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ
- การประเมินและปรับปรุงระบบ PMS
 - มีการประเมินผลระบบ PMS เป็นประจำทุกปี เริ่มจากการประเมิน compliance (การปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบไว้) ไปสู่การประเมินคุณภาพและสัมฤทธิ์ผล
 - สำหรับ รพ.ของรัฐ ควรวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของระบบประเมินผลงานบุคลากรที่ใช้อยู่ ชำรงในส่วนที่เป็นจุดแข็ง และพัฒนาระบบเพื่อแก้ไขจุดอ่อนตามข้อเสนอแนะในส่วนนี้ อาจจะดำเนินการทดลองในขอบเขตที่เหมาะสมก่อน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) ระบบการเรียนรู้และพัฒนา สนับสนุนความต้องการขององค์กรและการพัฒนาตนเองของบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ อาสาสมัคร ผู้บริหาร และผู้นำ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้:

- (i) สมรรถนะหลักขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การบรรลุผลสำเร็จของแผนปฏิบัติการ;

- (ii) การปรับปรุงผลการดำเนินการ/การพัฒนาคุณภาพขององค์กร ความปลอดภัยของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงขององค์กร และนวัตกรรม;
- (iii) จริยธรรมในการให้บริการสุขภาพ จริยธรรมวิชาชีพ และจริยธรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจองค์กร;
- (iv) การทบทวนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ ให้เป็นไปตามข้อกำหนดเพื่อการต่ออายุใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ
- (v) การดูแลที่ยึดมิติคนเป็นศูนย์กลาง⁹ มิติทางสังคมและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย รับรู้คุณค่าและความหมายของงานที่ทำ และมีการเติบโตจากภายใน;
- (vi) การสร้างเสริมสุขภาพ;
- (vii) การใช้ความรู้และทักษะใหม่ในการปฏิบัติงาน และพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานเพิ่มเติมตามผลการประเมินการปฏิบัติงาน;
- (viii) ความจำเป็นและความต้องการในการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ และสิ่งที่หัวหน้างานและผู้บริหารระบุ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณากำหนดสมมูลของการพัฒนาบุคลากร 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, การ

⁹ การดูแลที่ยึดมิติคนเป็นศูนย์กลาง (people centred care) หมายถึง การดูแลที่คำนึงถึงปัจจัย ความสำคัญ ความต้องการ และข้อจำกัด ของแต่ละคนเป็นหลักในการดูแล เช่น การมุ่งเน้นบูรณาการการดูแลผู้ป่วย สิทธิผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ การจัดการข้อร้องเรียน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร การให้ข้อมูลและลงนามยินยอมรับการดูแลรักษา ความเชื่อทางวัฒนธรรม และความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ แต่ละกลุ่ม

ดำเนินการฝึกอบรมและสร้างโอกาสการเรียนรู้, การหนุนเสริมให้นำความรู้และทักษะใหม่ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน, การประเมินประสิทธิผลของระบบ, การปรับปรุงระบบ,

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องรวบรวมข้อมูลเพื่อกำหนด learning need ในระดับองค์กรและระดับหน่วยงาน ดังต่อไปนี้
 - พิจารณาสมรรถนะหลัก (core competency) ขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การบรรลุผลสำเร็จของแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
 - พิจารณาประเด็นเรื่องการปรับปรุงผลการดำเนินการ / การพัฒนาคุณภาพขององค์กร ความปลอดภัยของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงขององค์กร การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี และนวัตกรรม
 - พิจารณาประเด็นเรื่องจริยธรรมในการให้บริการสุขภาพ จริยธรรมวิชาชีพ และจริยธรรมในการประกอบกิจการหรือจริยธรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจขององค์กร
 - พิจารณาประเด็นเรื่องการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ซึ่งขยายความไปสู่การดูแลที่ยึดมิติคนเป็นศูนย์กลาง การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพ ความปลอดภัย (รวมทั้งการใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล ความเสี่ยง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนทางคลินิก การตามรอยทางคลินิก)
 - พิจารณา learning needs ที่เป็นการต้องการของบุคลากร ร่วมกับที่หัวหน้างาน ผู้บริหาร และผู้นำระดับสูงระบุอย่างสมดุล เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร และเติมเต็มส่วนขาดที่พบจากการประเมินผลการปฏิบัติงาน
 - พิจารณาข้อกำหนดเรื่องการต่ออายุใบประกอบวิชาชีพ
 - พิจารณาประเด็นเรื่อง non-technical skill ความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) และการพัฒนาจิตตปัญญา / การใช้มิติด้านสังคมและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการรับรู้คุณค่าและความหมายของงานที่ทำ และการเติบโตจากภายใน
- การพัฒนาและเรียนรู้สำหรับผู้นำ ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้เพิ่มเติม
 - พิจารณาประเด็นการพัฒนาคุณสมบัติการเป็นผู้นำเฉพาะตัว และจริยธรรมในการประกอบกิจการ
 - พิจารณาบทบาทของผู้นำในการพัฒนาความรู้ขององค์กร การใช้การเรียนรู้ระดับองค์กรและการสร้างนวัตกรรมเป็นเครื่องมือในการจัดการ
 - พิจารณาความรู้ความสามารถในการนำองค์กรสู่ความยั่งยืน การคิดเชิงกลยุทธ์ การบริหารกลยุทธ์ บทบาทในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง
 - พิจารณาบทบาทของผู้นำต่อการส่งเสริม สนับสนุน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมการมุ่งเน้นผู้ป่วย
 - การสร้างความผูกพันกับบุคลากร และการพัฒนาบุคลากร
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันออกแบบวิธีการพัฒนาบุคลากรที่หลากหลาย เช่น
 - การฝึกอบรมระหว่างปฏิบัติงาน โดยมีระบบพี่เลี้ยง
 - การเรียนในห้องเรียน
 - การเรียนจากคอมพิวเตอร์

- การเรียนทางไกล
- การได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในลักษณะโครงการ (project based)
- ผู้นำทุกระดับ อาจส่งเสริมและร่วมมือกับบุคลากรในการกำหนดประเด็นที่ต้องพัฒนาและเรียนรู้สำหรับแต่ละบุคคล (Individual Learning and Development Needs) และแผนพัฒนาของแต่ละบุคคล
- ผู้นำทุกระดับหนุนเสริมให้นำความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่ได้จากการเรียนรู้มาปฏิบัติ
 - หัวหน้าหน่วยงานจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับความจำเป็น ประสบการณ์ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรค เกี่ยวกับการนำความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่ได้จากการเรียนรู้มาปฏิบัติ รวมทั้งมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค
 - หัวหน้าหน่วยงานสังเกต ตรวจสอบ หรือประเมินการนำความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่สำคัญมาสู่ปฏิบัติ ในหน่วยงาน
 - ผู้นำกำหนดระบบแรงจูงใจที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● การปรับระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากร ให้มีความสมดุลยิ่งขึ้น (จุดใดที่ได้รับความสำคัญมากขึ้น) ● สรุป learning need ที่สำคัญของบุคลากรกลุ่มต่างๆ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้ (อาจนำเสนอในลักษณะตาราง) ● การเชื่อมโยงข้อมูลจากฐานข้อมูลความเสี่ยง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนทางคลินิก การตามรอยทางคลินิก มาสู่การกำหนด learning need 	<ul style="list-style-type: none"> ●

(3) องค์กรประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา โดยพิจารณาเชื่อมโยงกับผลการประเมินความผูกพันของบุคลากร ผลการปฏิบัติงานของบุคลากร และผลการดำเนินการขององค์กรร่วมด้วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจแนวคิดของการประเมินประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้ ใน 4 ระดับต่อไปนี้
 - Reactive evaluation ประเมินความรู้สึกต่อประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคลากร

- Learning evaluation ประเมินความรู้ที่เพิ่มขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมองค์กรประเมินประสิทธิผล และประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา โดยพิจารณาความผูกพันของบุคลากร ผลการปฏิบัติงานของบุคลากร และผลการดำเนินการขององค์กรร่วมด้วย
- Behaviour evaluation ประเมินการประยุกต์ใช้ความรู้ในงานที่รับผิดชอบ เช่น การสังเกตโดยหัวหน้างาน การสัมภาษณ์ หรือการประเมินตนเอง
- Result evaluation ประเมินผลกระทบต่อผลการดำเนินการของแต่ละบุคคล หน่วยงาน และองค์กร รวมทั้งผลกระทบต่อผลการดำเนินการที่เกี่ยวกับลูกค้า ซึ่งเป็นตัววัดที่ใช้ในระบบบริหารอยู่แล้ว แต่ต้องเลือกตัวชี้วัดที่สัมพันธ์กับหน้าที่รับผิดชอบของผู้ถูกประเมิน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการพัฒนาและเรียนรู้ โดยพิจารณาแนวทางต่อไปนี้
 - องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา มีการประเมินระบบการเรียนรู้และพัฒนา อย่างน้อยความครอบคลุมของการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ความครอบคลุมของผู้เข้าร่วม/โอกาสการเข้าร่วมเรียนรู้ ความพึงพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆ ของการเรียนรู้ ความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในประเด็นที่ต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด
 - การประเมินพิจารณาการประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้รับในงานที่รับผิดชอบร่วมด้วย มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานของทั้งองค์กร หรือการประยุกต์ใช้ความรู้ในงานที่รับผิดชอบของผู้อบรม
 - การประเมินพิจารณาผลงานขององค์กรซึ่งเป็นตัววัดที่ใช้ในระบบบริหารอยู่แล้วร่วมด้วย มีการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างทรัพยากรที่ใช้และระดับกิจกรรมการเรียนรู้ กับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหรือผลงานขององค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความผูกพันของบุคลากร
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องนำผลการประเมินมาปรับปรุงระบบการพัฒนาและเรียนรู้ของบุคลากร (ทั้งระดับปฏิบัติการและผู้นำ)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

	<ul style="list-style-type: none"> ○ ความพึงพอใจต่อองค์กรประกอบต่างๆ ของการเรียนรู้ ○ ความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในประเด็นที่ต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ○ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานของทั้งองค์กร หรือการประยุกต์ใช้ความรู้ในงานที่รับผิดชอบของผู้อบรม ○ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหรือผลงานขององค์กรที่เปลี่ยนแปลงไป ที่สามารถแสดงความสัมพันธ์กับการลงทุนด้านการเรียนรู้และพัฒนา
--	--

(4) องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากร วางแผนการสร้างผู้บริหารและผู้นำในอนาคต.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาแนวทางการจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากรสายงานต่างๆ เช่น โอกาสที่เป็นไปได้ในปัจจุบันและในอนาคตสำหรับแต่ละสายงาน, คุณสมบัติและเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง, การพัฒนาและฝึกอบรม, การประเมินตัวบุคคล
- ผู้นำระดับสูงวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำในอนาคต
 - การสร้าง pool ของผู้มีศักยภาพที่จะเป็นผู้นำในอนาคต
 - การสร้างเสริมสมรรถนะด้านการบริหารให้แก่ผู้มีศักยภาพผ่านกิจกรรมเรียนรู้ต่างๆ และโครงการที่ได้รับมอบหมาย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

I – 6 การปฏิบัติการ

SPA I-6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ มีการจัดการเครือข่ายอุปทาน¹⁰ และมีการจัดการนวัตกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. การออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงาน (Healthcare Service and Processes Design)

(1) องค์กรระบุข้อกำหนดบริการสุขภาพที่สำคัญ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร.

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

¹⁰ เครือข่ายอุปทาน (supply network) หมายถึง ความสัมพันธ์ขององค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกันในการส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือระบบบริการ จากผู้ส่งมอบไปยังองค์กร ตามแนวคิดระบบนิเวศที่มีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งอาจต้องมีการประสานกับผู้ส่งมอบจำนวนมาก หรือองค์กรอาจเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายที่ซับซ้อน โดยมีความเชื่อมโยงและพึ่งพาซึ่งกันและกันมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่เป็นห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ในอดีต

- Comprehensiveness: มีบริการที่หลากหลายเพื่อตอบสนองความต้องการของประชากรกลุ่มเป้าหมาย เช่น มีทั้งการป้องกัน การรักษา การประคับประคอง การฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ
- Accessibility: สามารถเข้าถึงได้โดยไม่มีอุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย ภาษา วัฒนธรรม ภูมิศาสตร์ อาจมีการจัดบริการที่บ้าน ในชุมชน ในที่ทำงาน หรือในสถานพยาบาล
- Coverage: ครอบคลุมทุกคนที่เป็นประชากรเป้าหมายที่กำหนดไว้
- Continuity: ให้บริการอย่างต่อเนื่องตลอดทุกช่วงจังหวะของการเจ็บป่วย ผ่านเครือข่ายบริการและระดับบริการต่างๆ
- Quality: ให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้ผล ปลอดภัย ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ในเวลาที่เหมาะสม
- Person-centredness: จัดบริการโดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง มีชีวิตหรือการเงิน 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) องค์กรออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงานให้ตอบสนองต่อข้อกำหนดโดยนำหลักฐานทางวิชาการ กฎหมาย แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ เทคโนโลยี ความรู้ขององค์กร คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ความคล่องตัว ความปลอดภัย และมีคุณภาพต่างๆ มาใช้

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจมาตรฐานเรื่อง Process Management ซึ่งประกอบด้วย

- กระบวนการบูรณาการการทำงานที่สำคัญ (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 การระดมทุน กระบวนการนโยบายสาธารณะ
 - กระบวนการสนับสนุน (support process) เพื่อตอบสนองความต้องการภายในองค์กร เช่น การจัดการอาคารสถานที่ การทำความสะอาด เวชระเบียน การเงินการบัญชี บริการด้านกฎหมาย ประชาสัมพันธ์ ความสัมพันธ์กับชุมชน การจัดการห่วงโซ่อุปทาน
- การระบุข้อกำหนด (คุณลักษณะที่คาดหวัง) ที่สำคัญของกระบวนการ
- การออกแบบและสร้างสรรค์นวัตกรรมกระบวนการสำหรับกระบวนการ (Design)
- การนำกระบวนการที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ (Action)
- การใช้ตัวชี้วัดเพื่อควบคุมกระบวนการ และเพื่อประเมินความสำเร็จของกระบวนการ(Learning)
- การปรับปรุงกระบวนการ (Improvement)
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการนำมาตรฐานเรื่อง Process Management หรือ PDSA หรือ 3P (Purpose-Process-Performance) ไปสู่การปฏิบัติในขอบเขตต่อไปนี้
 - กระบวนการซึ่งเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์เฉพาะขององค์กร หรือวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร
 - สนับสนุนให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ขับเคลื่อน PDSA ในกระบวนการสำคัญที่ระบุไว้ใน service profile ของหน่วยงาน (สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน ค้นหาโอกาสพัฒนา ควบคุมกำกับการทำงาน ติดตามการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน และดำเนินการพัฒนาต่อเนื่อง)
 - กระบวนการสำคัญใน 3 กลุ่มที่กล่าวมา คือ กระบวนการจัดบริการสุขภาพ กระบวนการทางธุรกิจ และกระบวนการสนับสนุน (ซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับ service profile ของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือในมาตรฐานตอนที่ II และ III)
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบแต่ละกระบวนการสำคัญ ทำความเข้าใจขอบเขตของกระบวนการสำคัญในที่นี้ ว่าเป็นการมองกระบวนการจากระดับองค์กร หนึ่งกระบวนการอาจจะหมายถึงงานของหน่วยงานทั้งหน่วย และเราอาจจะคุ้นเคยกันในชื่อของระบบงาน เช่น กระบวนการเวชระเบียน ซึ่งเราคุ้นเคยกันในชื่อระบบเวชระเบียน ขณะที่บางระบบงานอาจจะแตกออกเป็นกระบวนการสำคัญจำนวนหนึ่ง เช่น ระบบ IC อาจจะจำแนกออกเป็นกระบวนการเฝ้าระวังการติดเชื้อ กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ ฯลฯ

- ผู้นำระดับต่างๆ กำหนดกระบวนการสำคัญและกระบวนการสนับสนุนในความรับผิดชอบ (กระบวนการสำคัญควรนำไปสู่การส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และความสำเร็จขององค์กร)
 - กระบวนการซึ่งสัมพันธ์กับ core competency และกลยุทธ์ขององค์กร
 - กระบวนการของระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (ตามมาตรฐานตอนที่ I และ II)
 - กระบวนการในการดูแลผู้ป่วย (ตามมาตรฐานตอนที่ III)
 - กระบวนการของหน่วยงาน
- 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 กฎหมาย มาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ความคล่องตัว เพื่อเป้าหมายคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ข. การนำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติและปรับปรุงกระบวนการ (Process Management and Improvement)

(1) องค์กรทำให้มั่นใจว่าการปฏิบัติงานประจำวันของกระบวนการทำงานต่างๆ เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ. มีการใช้ข้อมูล / ตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ ทบทวนบทบาทของตนในการนำกระบวนการที่ออกแบบไว้ไปสู่การปฏิบัติ
 - Information
 - คู่มือการปฏิบัติงานที่ user friendly และเป็นปัจจุบัน
 - การเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็น ณ จุดใช้งาน
 - Education & Training การฝึกอบรมความรู้และทักษะที่จำเป็น ทั้ง technical & non-technical skill
 - Mindfulness & situation awareness มีสติ มีความตื่นรู้ และตระหนักในสถานการณ์ต่างๆ
 - การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อส่งเสริมและทำให้ง่ายในการปฏิบัติที่พึงประสงค์
 - Process Control
 - กลไกการรับรู้การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
 - การใช้ process indicator เพื่อควบคุมกระบวนการ
 - Go & See การไปร่วมเรียนรู้และแก้ปัญหากับผู้ปฏิบัติงานที่หน้างาน
 - AAR & Process Refinement การทบทวนปัญหาหลังปฏิบัติงานและปรับปรุงกระบวนการที่เป็นเรื่องเล็กๆ น้อยๆ
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ กำหนดวิธีการที่จะใช้ติดตามและควบคุมการปฏิบัติงานประจำวัน เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นไปตามกระบวนการที่ออกแบบไว้ ซึ่งอาจจะเป็นการติดตามตัวชี้วัดสำคัญ การนิเทศ การสรุปย่อ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรายงาน ฯลฯ
 - การกำหนดตัววัดในกระบวนการ (in-process measures) ควรพิจารณากำหนดจุดวิกฤติในกระบวนการ (ขั้นตอนสำคัญที่หากเกิดปัญหาแล้วมีผลกระทบรุนแรง) เพื่อวัดและสังเกตการณ์ ซึ่งควรเริ่มทำโดยเร็วที่สุดในช่วงต้น ๆ ของกระบวนการเพื่อลดปัญหาและค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดจากการเบี่ยงเบนไปจากสิ่งที่คาดหวังให้เหลือน้อยที่สุด
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ ทบทวนวิธีการปฏิบัติงานที่ใช้อยู่ว่าเป็นไปตามกระบวนการที่ออกแบบไว้หรือไม่ สามารถตอบสนองต่อข้อกำหนดสำคัญของแต่ละกระบวนการหรือไม่
 - การใช้ Process Performance เพื่อให้มั่นใจในการปฏิบัติ
 - กำหนดระดับหรือมาตรฐานของ performance ของกระบวนการ และมีการติดตาม

- หากมีความเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานที่กำหนดไว้ ต้องมีมาตรการแก้ไข โดยพิจารณา ด้านเทคโนโลยี หรือบุคลากร หรือทั้งสองเรื่อง และเน้นการแก้ปัญหาที่ root cause ของ ความเบี่ยงเบน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ตัวอย่างการใช้ข้อมูล/ตัวชี้วัดในการควบคุม กระบวนการ 	<ul style="list-style-type: none"> ●

(2) องค์กรจัดทำ อนุมัติ ทบทวน และปรับปรุงเอกสารนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนการดำเนินงานและระเบียบปฏิบัติสำหรับหน้าที่สำคัญขององค์กรตามระยะเวลาที่กำหนด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบให้ผู้เกี่ยวข้องจัดระบบการควบคุมเอกสารที่สำคัญต่อไปนี้
 - นโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนการดำเนินงาน ขององค์กร
 - ระเบียบปฏิบัติสำหรับกระบวนการต่างๆ ที่ออกแบบไว้ใน I-6.1ก(3) เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน หรือ procedures & work instructions
- ระบบควบคุมเอกสารประกอบด้วย การจัดทำ การอนุมัติ การควบคุม การปรับปรุงเป็นระยะตาม กำหนดเวลาหรือตามความจำเป็น
 - ผู้มีอำนาจลงนามเป็นผู้อนุมัติการเผยแพร่และใช้เอกสารการอนุมัติอาจอยู่ในรูปแบบของลายเซ็น หรือการอนุมัติผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่มีรหัสผ่าน หรืออยู่ในรูปแบบรายงานการประชุมที่บันทึกมติ การอนุมัติของคณะกรรมการกำกับดูแล
 - มีการจัดการที่ทำให้มั่นใจว่าเฉพาะเอกสารรุ่นล่าสุดอยู่ ณ จุดที่จะมีการนำไปใช้
 - มีการจัดการที่ทำให้มั่นใจว่าเอกสารอยู่ในสภาพที่อ่านได้ง่ายและการเปลี่ยนแปลงสามารถสังเกต ได้ง่าย (โดยใช้ชื่อเอกสาร วันที่ออก เลขที่เอกสาร หรือเครื่องหมายอื่นๆที่เหมาะสม)
 - มีการปรับปรุงเอกสารเป็นระยะตามความจำเป็น และมีการอนุมัติใหม่
 - มีการป้องกันไม่ให้มีการใช้เอกสารที่ยกเลิกไปแล้ว โดยไม่ตั้งใจ และวิธีการระบุเอกสารที่ยกเลิกไป แล้วในกรณีนี้เอกสารนั้นยังต้องถูกจัดเก็บไว้เพื่อจุดประสงค์บางอย่าง
 - มีการประยุกต์ใช้กระบวนการควบคุมเอกสารกับเอกสารที่ได้รับมาจากภายนอกองค์กร
- เอกสารระเบียบปฏิบัติสำหรับกระบวนการต่างๆ ควรระบุสิ่งต่อไปนี้
 - วัตถุประสงค์หรือข้อกำหนดของกระบวนการ
 - ระบุขั้นตอนการปฏิบัติ: ใคร ทำอะไร อย่างไร
 - ระบุเงื่อนไขการปฏิบัติ ว่าถ้ามีทางเลือกในการปฏิบัติ จะใช้เกณฑ์อะไรในการตัดสินใจ

- ถ้ามีความเสี่ยงสำคัญ ให้พิจารณาว่าจะป้องกันอย่างไร
- ระบุว่าในสถานการณ์ที่แตกต่างไปจากปกติหรือเกิดเหตุไม่คาดฝัน จะมีแนวทางใช้ดุลยพินิจอย่างไร
- ระบุการมี feedback loop ระหว่างขั้นตอนสำคัญเพื่อให้มั่นใจว่ามีการส่งต่อระหว่างขั้นตอนตามที่คาดหวังไว้
- ระบุข้อมูลที่จะต้องมีการติดตาม (monitor)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
●	●

(3) องค์กรมีกระบวนการสนับสนุนที่เอื้อต่อการบรรลุสัมฤทธิ์ผลของบริการสุขภาพและความต้องการสำคัญขององค์กร

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทุกระดับร่วมกันทำความเข้าใจความหมายของกระบวนการสนับสนุน และเหตุที่แยกข้อกำหนดเรื่องนี้ออกมา
 - กระบวนการสนับสนุน คือกระบวนการที่สนับสนุน
 - กระบวนการที่สร้างคุณค่าขององค์กร หรือการบรรลุสัมฤทธิ์ผลของบริการสุขภาพ
 - กระบวนการบริหารกิจการขององค์กร
 - กระบวนการเหล่านี้มักไม่ได้รับการออกแบบในรายละเอียดร่วมกับกระบวนการหลักหรือบริการสุขภาพ และมักไม่ขึ้นกับข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์ แต่ขึ้นกับความต้องการขององค์กรมากกว่า
 - กระบวนการเหล่านี้อาจถูกระบุไว้ในระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล และกระบวนการสำคัญของหน่วยงานแล้ว ในหัวข้อนี้จึงเป็นการทบทวนเพื่อให้มั่นใจว่ามีการจัดการกระบวนการดังกล่าวอย่างเหมาะสม
 - ตัวอย่างของกระบวนการสนับสนุน เช่น กระบวนการด้านการเงินและบัญชี การจัดการอาคารสถานที่ งานบริการด้านกฎหมาย งานบริการด้านทรัพยากรบุคคล การประชาสัมพันธ์ และงานด้านบริหารอื่น ๆ
- ผู้รับผิดชอบกระบวนการสนับสนุน ระบุข้อกำหนดของกระบวนการ ออกแบบกระบวนการ นำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติ มีการควบคุมกำกับเพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนด เช่นเดียวกับการจัดการกระบวนการสำคัญ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
●	●

- (4) องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อ:
- (i) ปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพและยกระดับผลการดำเนินการขององค์กร;
 - (ii) เสริมสร้างความแข็งแกร่งของสมรรถนะหลักขององค์กร;
 - (iii) ลดความแปรปรวนของกระบวนการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทบทวนผลการดำเนินการขององค์กร ตาม I-4.1ข(1) ลำดับความสำคัญที่กำหนดไว้ใน I-4.1ค(1) นำโอกาสพัฒนามาจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพตาม II-1.1ก(7) และถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติในประเด็นต่อไปนี้
 - การยกระดับบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ครอบคลุมผู้ป่วยได้มากขึ้น มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น
 - การยกระดับผลการดำเนินการขององค์กร เช่น ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
 - การเสริมสร้างความแข็งแกร่งของสมรรถนะหลักขององค์กร
 - พิจารณาสมรรถนะหลักขององค์กรที่เป็นจุดแข็งหรือข้อได้เปรียบอยู่แล้วว่าจะสามารถทำให้ดียิ่งขึ้นได้หรือไม่ อย่างไร
 - พิจารณาสมรรถนะหลักขององค์กรที่ยังเป็นจุดอ่อนหรือยังมีไม่เพียงพอ หาทางปรับปรุงเพื่อให้เกิดขึ้นหรือมีมากขึ้น
 - การลดความแปรปรวนของกระบวนการ (process variation) ซึ่งทำได้ 2 approach
 - ใช้ control chart ศึกษา variation ของกระบวนการ และตอบสนองต่อ variation ตามลักษณะว่าเป็น special cause หรือ common cause ถ้าเป็น special cause ก็ต้องหาสาเหตุให้พบและตอบสนองตามสาเหตุ ถ้าเป็น common cause ต้องคิดถึงการออกแบบกระบวนการใหม่
 - ใช้แนวคิด Safety-II เรียนรู้จากการทำงานประจำที่ไม่เกิดอุบัติเหตุ แต่มี variation เนื่องจากสถานการณ์หรือการปฏิบัติของผู้เกี่ยวข้อง แล้ววางมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อรองรับสถานการณ์ต่างๆ ให้มี variation น้อยที่สุด
 - การตอบสนองความต้องการขององค์กรและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงโอกาสปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการ
- ผู้นำทุกระดับสนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงกระบวนการทำงานในทุกพื้นที่และทุกระดับ ได้แก่ ในระดับหน่วยงาน ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค ในการทำงานของแต่ละระบบงาน ในระดับภาพรวมขององค์กร รวมทั้งส่งเสริมการปรับปรุงในลักษณะสหสาขาวิชาชีพหรือคร่อมสายงาน
- ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้มีการใช้แนวคิดและเครื่องมือคุณภาพที่หลากหลายในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน เช่น simplicity, visual management, PDSA/CQI, Lean, Six Sigma, R2R, design thinking, information technology รวมถึงการใช้ change concepts ต่างๆ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปการปรับปรุงกระบวนการสำคัญและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	●

ค. การจัดการเครือข่ายอุปทาน (Supply Network Management)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - เครือข่ายอุปทาน (supply network) หมายถึง ความสัมพันธ์ขององค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกันในการส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือระบบบริการ จากผู้ส่งมอบไปยังองค์กร (รวมทั้งจากองค์กรไปยังผู้รับผลงาน) ตามแนวคิดระบบนิเวศที่มีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งอาจต้องมีการประสานกับผู้ส่งมอบจำนวนมาก หรือองค์กรอาจเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายที่ซับซ้อน โดยมีความเชื่อมโยงและพึ่งพาซึ่งกันและกันมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่เป็นห่วงโซ่ง่ายๆ เหมือนห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ในอดีต
 - ความครอบคลุมของการจัดการเครือข่ายอุปทาน
 - บริการสุขภาพที่จัดหาให้แก่ผู้ป่วยโดยที่องค์กรไม่ได้ดำเนินการเอง ซึ่งอาจจะเป็น (1) การอนุญาตหรือทำสัญญาให้หน่วยงาน กลุ่มบุคคล หรือองค์กรอื่นมาจัดบริการในสถานพยาบาล หรือ (2) การส่งผู้ป่วยไปรับบริการภายนอกองค์กร
 - ผลิตภัณฑ์และพัสดุ เช่น เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ วัสดุการแพทย์ที่จำเป็น
 - บริการอื่นๆ เช่น งานทำความสะอาด งานรักษาความปลอดภัย งานบริการอาหาร ระบบขนส่งคมนาคมระหว่างองค์กร ที่องค์กรจ้างเหมาหน่วยงานภายนอก
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้แต่ละส่วนงานทบทวนในประเด็นต่อไปนี้
 - หน่วยงานได้รับมอบผลิตภัณฑ์และบริการอะไรจากผู้ส่งมอบภายนอกบ้าง หน่วยงานใดเป็นผู้ใช้ หน่วยงานใดเป็นผู้ดำเนินการจัดหา
 - ประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงที่สำคัญสำหรับผลิตภัณฑ์และบริการนั้นคืออะไร เช่น
 - Cold chain สำหรับวัคซีนและเวชภัณฑ์บางประเภท
 - ระบบ QA ของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - การตรวจสอบและควบคุมงานระหว่างการก่อสร้าง

- กระบวนการวิเคราะห์ระบบไปจนถึง User Acceptance Test ในการตรวจรับ software
 - มีการจัดทำข้อกำหนดที่ครอบคลุมประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงดังกล่าวไว้อย่างชัดเจนและรัดกุมเพียงพอ มีการนำข้อกำหนดดังกล่าวไปใช้กำกับติดตามและประเมินผู้ส่งมอบอย่างไร
 - มีกระบวนการคัดเลือกผู้ส่งมอบอย่างไรที่ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้ส่งมอบที่มีความรับผิดชอบ สามารถส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือบริการตามข้อกำหนดได้
 - การตรวจรับผลิตภัณฑ์และบริการมีความเข้มงวดพอหรือไม่ที่จะทำให้มั่นใจว่ามีคุณภาพตามข้อกำหนดเพียงพอ ผู้ตรวจรับมีความรู้ด้านเทคนิคเพียงพอหรือไม่ มีงานอะไรที่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญภายนอก
 - มีการส่งข้อมูลป้อนกลับให้แก่ผู้ส่งมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างไร
 - มีการจัดการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงกับข้อกำหนดอย่างไร
- ส่วนงานที่เกี่ยวข้องต้องหาปัญหาที่พบมาปรับปรุงระบบหรือเสนอต่อผู้นำเพื่อดำเนินการตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ง. การจัดการนวัตกรรม (Innovation Management)

(1) องค์กรส่งเสริมให้นำโอกาสเชิงกลยุทธ์และโอกาสสร้างนวัตกรรมอื่นๆ มาพัฒนานวัตกรรม 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
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้องวางแนวทางสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมต่อไป

- ลักษณะของนวัตกรรมที่ควรเกิดขึ้น
 - การพัฒนานวัตกรรมตามโอกาสเชิงกลยุทธ์
 - การพัฒนานวัตกรรมในงานประจำ
- แนวทางการสนับสนุน
 - สร้างบรรยากาศของการเปิดรับการแสดงความคิดเห็นและการให้ข้อเสนอแนะ
 - การฝึกอบรมที่จำเป็นเพื่อให้มีทักษะในการคิดสร้างสรรค์และการออกแบบทดลองเพื่อสร้างนวัตกรรม
 - การให้โอกาสให้ทีมงานสามารถทดลองผิดลองถูกได้
 - การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น โดยมีแนวทางพิจารณาจัดลำดับความสำคัญ และเกณฑ์การยุติการสนับสนุนเมื่อเห็นว่าไม่คุ้มค่า
 - การสร้างแรงจูงใจ
 - การขยายผลการใช้นวัตกรรม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิก (Clinical Education and Training Management)

- (1) การจัดการเรียนการสอนทางคลินิกต้องคำนึงถึงการบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน/ผู้ฝึก/ผู้เรียน และการได้รับความรู้/ประสบการณ์ของผู้ฝึก / ผู้เรียนอย่างเหมาะสม ดังนี้:
- (i) มีการจัดการเรียนการสอนที่มีเนื้อหาเป็นไปตามหลักสูตรหรือแผนการฝึกอบรม;
 - (ii) มีระบบการบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่เพียงพอสำหรับแต่ละระดับของนักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรม เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และการได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษา / ผู้รับการฝึกอบรมที่ใกล้เคียงกัน;
 - (iii) มีการบันทึกหลักฐานของการกำกับดูแลนักศึกษาหรือผู้รับการฝึกอบรม;
 - (iv) องค์กรสร้างเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแก่นักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรม เป็นต้นแบบที่ดีของระบบคุณภาพ เช่น องค์กรแพทย์ ความปลอดภัยในการใช้ยา การเรียนรู้จากความผิดพลาด ระบบบริหารความเสี่ยง ฯลฯ. นักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรมเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของระบบคุณภาพและความปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

	<p>ความปลอดภัย</p> <ul style="list-style-type: none">● การประเมินผลด้านคุณภาพและความปลอดภัยจากบริการที่กระทำโดยนักศึกษา / ผู้รับการฝึกอบรม
--	--

SPA I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (Operation Effectiveness)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการ**บริหารจัดการ**ในการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ (Process Efficiency and Effectiveness)

(1) องค์กรควบคุมต้นทุนโดยรวมของการปฏิบัติการ ด้วยการป้องกันอุบัติเหตุ ความผิดพลาด และการทำงานซ้ำ, การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ, การนำเรื่องของรอบเวลา ผลิตภาพ ปัจจัยด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลอื่นๆ มาพิจารณากระบวนการทำงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ข. การจัดการระบบสารสนเทศ (Information System Management)

(1) องค์กรทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ (reliability) ของระบบสารสนเทศ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ ทำความเข้าใจความหมายของความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศต่อไปนี้
 - ความเชื่อถือได้ของระบบ (system reliability)
 - ความมั่นคงปลอดภัย (security) ของระบบสารสนเทศ
 - ความพร้อมใช้ (availability) ทั้งในภาวะปกติและในภาวะฉุกเฉิน
 - ความเข้ากันได้ (compatibility)
 - การใช้งาน (usability) 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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
●	● ผลการประเมินความน่าเชื่อถือของระบบสารสนเทศ

(2) องค์กรทำให้มั่นใจในการรักษาความมั่นคงและปลอดภัย ของข้อมูลส่วนบุคคล (และ)ข้อมูล/สารสนเทศ และระบบการปฏิบัติการที่สำคัญ ทั้งในรูปแบบที่จับต้องได้และอิเล็กทรอนิกส์ (ที่)ถ้ารั่วไหลแล้วจะเกิดผลกระทบได้มาก. โดยมีการดำเนินการดังนี้:

- มีระบบการรักษาความลับและกำหนดการเข้าถึงทางกายภาพและทางอิเล็กทรอนิกส์ตามสิทธิที่เหมาะสม;
- ระบุและจัดลำดับความสำคัญของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบปฏิบัติการที่สำคัญ เพื่อให้มีความปลอดภัย;
- ดูแลความมั่นคง ปลอดภัย และพร้อมใช้ของข้อมูลและระบบสารสนเทศในกรณีเกิดภัยพิบัติ;
- ทำให้มั่นใจว่าบุคลากร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน พันธมิตร และผู้ส่งมอบ เข้าใจและปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนในด้านความปลอดภัยและการรักษาความความมั่นคงทางโลกไซเบอร์;
- เฝ้าระวังภัยคุกคามความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ที่เกิดขึ้นใหม่;
- ป้องกันระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบปฏิบัติการที่สำคัญจากเหตุการณ์ที่อาจกระทบต่อความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ ตรวจสอบ ฟันฟุระบบสารสนเทศและกู้คืนจากการถูกโจมตีทางไซเบอร์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ ร่วมกันกำหนดกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อการให้บริการผู้ป่วย และข้อมูล / สารสนเทศที่อ่อนไหวหรือมีความสำคัญสูง ซึ่งหากระบบถูกโจมตีหรือข้อมูลรั่วไหลแล้ว จะเกิดผลกระทบได้มาก

- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ ดำเนินการในสิ่งต่อไปนี้
 - การปฏิบัติตามกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ
 - เกี่ยวกับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยในการประกอบธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ และกระบวนการที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการละเมิดการรักษาความลับและความมั่นคงปลอดภัย
 - เกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล
 - การรักษาความปลอดภัยบนไซเบอร์ (cybersecurity) ซึ่งครอบคลุมการปกป้องมิให้เกิดการสูญเสียข้อมูลที่มีความอ่อนไหวเกี่ยวกับบุคลากร ลูกค้า และองค์กร, การปกป้องสินทรัพย์ทางปัญญา, การปกป้องมิให้เกิดการรั่วไหล, และนำข้อมูลไปใช้ในทางที่ผิดที่ส่งผลด้านการเงิน กฎหมาย และชื่อเสียงขององค์กร
 - เผื่อระวังสิ่งคุกคามความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยบนไซเบอร์
 - ระบุและจัดลำดับความสำคัญของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และประเภทของข้อมูล / สารสนเทศ เพื่อการรักษาความมั่นคงปลอดภัย / ป้องกันภัยจากการโจมตีบนไซเบอร์
 - ป้องกันระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจากการโจมตีบนไซเบอร์
 - ตรวจสอบ ตอบสนอง และฟื้นฟู / กู้คืนจากการถูกโจมตีทางไซเบอร์
 - ผูกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์
 - การรักษาความลับและการเข้าถึง
 - การระบุผู้ที่ได้รับสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศแต่ละประเภท
 - ข้อผูกพันของผู้ใช้ในการรักษาความลับของสารสนเทศ
 - กระบวนการที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการละเมิดการรักษาความลับ
 - การปกป้องคุ้มครองข้อมูลและสารสนเทศไม่ให้ถูกแก้ไขดัดแปลง และเข้าถึงหรือนำไปใช้โดยผู้ที่ไม่ได้มีสิทธิ/ไม่ได้รับอนุญาต

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การจัดระบบป้องกันความปลอดภัย ผลการเผื่อระวัง และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	●

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ค. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน (Safety and Emergency/Disaster Preparedness)

(1) องค์กรทำให้เกิดสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงการป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบการวิเคราะห์ต้นเหตุของความล้มเหลว และการทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับปรุงมาตรการป้องกัน ข้อมูลแสดงความพร้อมในการรับมือกับเหตุการณ์ที่ไม่ปลอดภัย	●

(2) องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เพื่อระบุภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และส่งผลต่อความต้องการด้านบริการสุขภาพในพื้นที่.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์ภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ ที่อาจเกิดขึ้นได้และส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานขององค์กรและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น

- เหตุการณ์ที่มีผลสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (เช่น พายุ น้ำท่วม แผ่นดินไหว มลภาวะในอากาศ เหตุระเบิด)
- เหตุการณ์ที่ทำให้บริการผู้ป่วยต้องหยุดชะงัก (เช่น ระบบสาธารณูปโภคไม่สามารถใช้งานได้)
- เหตุการณ์ที่ทำให้ความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน (เช่น การระบาดของโรคติดต่อ อากาศ ชีวภาพ ดึกถล่ม อุบัติเหตุหมู่ การเจ็บป่วยจากภัยธรรมชาติ)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่โรงพยาบาลมีโอกาส ประสบ ผลกระทบต่อการดำเนินงาน และความ ต้องการบริการที่จะเกิดขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ●

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

- (i) การป้องกันภัยพิบัติ;
- (ii) การบริหารจัดการให้เกิดความต่อเนื่อง¹¹ของระบบบริการ และระบบสารสนเทศ;
- (iii) การเคลื่อนย้าย ทรัพยากรและโครงสร้าง;
- (iv) การฟื้นฟูให้กลับสู่สภาพเดิมหรือการปรับปรุงระบบใหม่.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน และแผนบริหารความต่อเนื่องขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการเตรียมความพร้อมของระบบงาน บุคลากร และสถานที่ทำงานเพื่อรองรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน โดยพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - องค์ประกอบของแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน / ภัยพิบัติ
 - การระบุประเภท โอกาสเกิด และผลที่จะตามมา
 - บทบาทขององค์กรในการรับมือหรือลดความรุนแรงของผลกระทบอันเกิดจากภัยพิบัติที่มีต่อองค์กรหรือการทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพขององค์กร
 - กลยุทธ์การสื่อสารเมื่อเกิดเหตุการณ์
 - การจัดการทรัพยากรเมื่อเกิดเหตุการณ์ รวมทั้งแหล่งทรัพยากรทางเลือก
 - การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

¹¹ การบริหารจัดการให้เกิดความต่อเนื่อง หมายถึงการเตรียมความพร้อมขององค์กรในการเผชิญกับภาวะฉุกเฉินโดยมีการจัดทำแผนบริหารความต่อเนื่อง (Business Continuity Plan: BCP) โดยต้องมีการซ้อมแผนเพื่อให้สามารถบริหารจัดการได้เมื่อเกิดสถานการณ์จริง

- การมอบหมายบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรเมื่อเกิดเหตุการณ์การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติแต่ละประเภท
 - แผนการดำเนินการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ควรครอบคลุม
 - การดูแลผู้ป่วย
 - การแยกผู้ป่วยและการจัดการสิ่งปนเปื้อน
 - กิจกรรมช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และครอบครัว
 - การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น
 - ระบบสาธารณสุขภาค
 - การรักษาความปลอดภัย
 - การสื่อสาร
 - การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้อยู่ในที่ที่ปลอดภัยเมื่อจำเป็น รวมทั้งการพิจารณาเรื่องทรัพยากรและโครงสร้างที่ต้องใช้
 - การจัดเตรียมสถานที่สำรอง
 - การประสานงานกับองค์กรอื่น
 - การรายงานการดำเนินการเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
 - แผนบริหารจัดการเพื่อให้ระบบสารสนเทศมีมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้อย่างต่อเนื่องเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ
 - การฟื้นฟูให้กลับคืนสู่สภาพเดิมหรือการปรับปรุงสู่ระบบใหม่
 - การทบทวนแผนและความพร้อม
 - ผู้นำระดับสูงประเมินความครอบคลุมสมบูรณ์ของแผน และสร้างความมั่นใจว่าจะมีการนำแผนไปสู่การปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์
 - ทีมที่เกี่ยวข้องทบทวนบทเรียนการนำแผนไปปฏิบัติ (ถ้ามี) และปรับปรุงแผนตามความเหมาะสม
 - ทีมที่เกี่ยวข้องเรียนรู้จาก รพ.อื่นๆ ที่เคยมีประสบการณ์ เพื่อวางแผนรองรับให้รัดกุมและครอบคลุมประเด็นที่อาจมองไม่เห็น
 - ทีมที่เกี่ยวข้องประเมินและทำให้มั่นใจในความพร้อมรับมือต่อภาวะฉุกเฉิน / ภัยพิบัติ
 - ความพร้อมของระบบต่างๆ กำลังคน ผู้ส่งมอบ และพันธมิตร ที่ต้องรองรับเมื่อเกิดภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน
 - จุดที่ไม่สมควรเปิดให้บริการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน จุดอ่อนแหลมที่จะเกิดความชุกชกหลักในการปฏิบัติเมื่อเกิดสถานการณ์จริงในระดับรุนแรงกว่าที่คาด

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● มีการจัดทำแผนรองรับในภาวะอะไรบ้าง มีการ	● ความครอบคลุมสมบูรณ์ของแผนแผนรองรับ

<p>ซักซ้อมความเข้าใจหรือซ้อมแผนในแต่ละเรื่องบ่อย เพียงใด</p> <ul style="list-style-type: none"> จากการประเมินความพร้อมของระบบและการซ้อม แผน พบปัญหาข้อติดขัดอะไร และนำมาปรับปรุง อย่างไร 	<p>ภาวะฉุกเฉิน</p> <ul style="list-style-type: none"> บทเรียนการนำแผนไปปฏิบัติ (ถ้ามี) และการ ปรับปรุงแผนที่เกิดขึ้น ความพร้อมในการรับมือกับภาวะฉุกเฉินหรือภัย พิบัติ
---	---

(4) องค์กรดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทดสอบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการจัดฝึกอบรมและดำเนินการฝึกซ้อมเจ้าหน้าที่ตามแผนที่วางไว้ร่วมกับ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละครั้ง
- ทีมที่เกี่ยวข้องดำเนินการซักซ้อมทำความเข้าใจ หรือการซ้อมปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอตามความเหมาะสม
โดยอาจร่วมกับหน่วยงานภายนอก
- สรุปผลการฝึกซ้อมและนำผลที่ได้มาพัฒนาปรับปรุงแผน รวมทั้งการเสริมสร้างทักษะองค์ความรู้ของ
เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องให้เหมาะสมกับสถานการณ์
- องค์กรทำให้มั่นใจว่ากิจการอิสระที่ให้บริการในสถานพยาบาลปฏิบัติตามแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน/ภัยพิบัติ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> แผนที่มีการฝึกซ้อม วันที่ฝึกซ้อม หน่วยงานที่ร่วม ฝึกซ้อม ผลการฝึกซ้อม และสิ่งที่มีการปรับปรุง แก้ไข 	<ul style="list-style-type: none">

ภาคผนวก ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ 1 ในระดับหน่วยงาน

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง

- วิสัยทัศน์ขององค์กรคืออะไร? ถ้าหน่วยงานของท่านมีส่วนในการขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุวิสัยทัศน์นั้น บุคลากรในหน่วยงานของท่านจะพูดว่าอะไร? ท่านจะอย่างไรเพื่อให้บุคลากรพูดคำพูดดังกล่าวออกมา?
- ค่านิยมสำคัญขององค์กรที่จะทำให้หน่วยงานและองค์กรของท่านประสบความสำเร็จมีอะไรบ้าง? พฤติกรรมอะไรในทีมงานของท่านที่จะสะท้อนการปฏิบัติตามค่านิยมดังกล่าว? ท่านจะทำให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างไร?
- หน่วยงานของท่านสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ การเรียนรู้ การสร้างนวัตกรรม อย่งไรบ้าง?
- เมื่อใช้คำว่า “วัฒนธรรมความปลอดภัย” ในหน่วยงานของท่าน ท่านคาดหวังพฤติกรรมอะไรบ้างจากทีมงาน? หน่วยงานพยายามทำอะไรบ้างเพื่อให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว?
- เวทีหรือกลไกการสื่อสารสองทางในหน่วยงานของท่านมีอะไรบ้าง? การสื่อสารที่สมาชิกในหน่วยงานต้องการมากที่สุดคือประเด็นอะไร?
- อะไรคือวิธีการจูงใจที่ได้ผลที่สุดที่ทำให้ทีมงานในหน่วยงานมุ่งเน้นทำงานให้ได้ผลงานดีขึ้น?
- อะไรคือจุดเน้นที่การปฏิบัติการ (focus on action) ขององค์กร เพื่อให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์? หน่วยงานของท่านดำเนินการอย่างไรต่อจุดเน้นดังกล่าว?

I-1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม

- อะไรคือจุดแข็งของผู้นำและระบบการนำขององค์กร? ถ้าท่านได้พิเศษ ท่านอยากให้มีการปรับปรุงในเรื่องผู้นำและระบบการนำอะไรบ้าง?
- ถ้าหน่วยงานของท่านเป็นตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กร ท่านจะเสนอแนะให้องค์กรทำอะไรบ้าง?
- หน่วยงานของท่านมีบทบาทอย่างไรในการป้องกันผลกระทบเชิงลบเนื่องจากการจัดบริการขององค์กร?
- หน่วยงานของท่านมีบทบาทอย่างไรในการทำให้องค์กรปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย?
- หน่วยงานของท่านมีบทบาทอย่างไรในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม?
- อะไรคือความเสี่ยงในการปฏิบัติที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรมในหน่วยงานของท่าน? หน่วยงานของท่านมีการป้องกันและป้องปรามพฤติกรรมเหล่านั้นอย่างไร?

I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์

- หน่วยงานของท่านมีบทบาทอะไรบ้างในการเสนอข้อมูลหรือข้อคิดเห็นเพื่อจัดทำแผนกลยุทธ์ (หรือแผนยุทธศาสตร์) ขององค์กร? ท่านอยากมีบทบาทอะไรมากกว่าที่เป็นอยู่? ท่านเห็นปัญหาหรือมีข้อเสนอแนะอะไรต่อการจัดทำแผนกลยุทธ์ขององค์กร?
- ท่านเห็นว่าแผนกลยุทธ์ขององค์กรที่กำลังใช้อยู่มีความท้าทายมากน้อยเพียงใด? ถ้ามีโอกาสปรับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ได้ ท่านจะปรับอะไร อย่างไร?
- ท่านเห็นว่าแผนกลยุทธ์ขององค์กรที่กำลังใช้อยู่ ตอบสนองต่อความท้าทายเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญหรือไม่เพียงใด?
- ท่านเห็นว่าแผนกลยุทธ์ขององค์กรที่กำลังใช้อยู่ ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านบริการสุขภาพของชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบหรือไม่ เพียงใด?
- หน่วยงานของท่านนำแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพมาปฏิบัติอย่างไรบ้าง?

I-2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ

- หน่วยงานของท่านมีส่วนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์อะไรบ้าง? นอกจากการจัดทำแผนปฏิบัติการแล้ว มีวิธีการอย่างไรเพื่อให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว?
- หน่วยงานของท่านได้รับการสนับสนุนทรัพยากรอะไรบ้างเพื่อปฏิบัติตามแผน? หน่วยงานของท่านพบความขาดแคลนที่มีผลกระทบต่อ การบรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนหรือไม่ อย่างไร?
- เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของแผนปฏิบัติการและแผนกลยุทธ์ หน่วยงานของท่านจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนในด้านทรัพยากรบุคคลอะไรบ้าง (จำนวน ความสามารถ รูปแบบการทำงาน)?
- ตัวชี้วัดของหน่วยงานสอดคล้องกับตัววัดในวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ข้อใดบ้าง? ทีมงานของท่านมีโอกาสดูตัวชี้วัดขององค์กรและของหน่วยงานอื่นๆ ในตัวชี้วัดดังกล่าวหรือไม่? มีการสรุปผลการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานและองค์กรอย่างไร?

I-3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

- กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของหน่วยงานคืออะไร? กลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มที่องค์กรมุ่งเน้นหรือไม่?
- ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสำคัญของหน่วยงานของท่านมีอะไรบ้าง? ความต้องการและความคาดหวังที่ทีมงานตอบสนองได้ดีมีอะไรบ้าง?
- ถ้าจะทำให้หน่วยงานของท่านมุ่งเน้นผู้ป่วยให้มากขึ้น ควรทำอะไรบ้าง? มีโอกาสสร้างนวัตกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับบริการอะไรบ้าง?
- ท่านมีวิธีการรับรู้เสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างไรบ้าง? วิธีใดที่ได้ผลดี? มีโอกาสปรับปรุงวิธีการรับรู้อะไรได้อีกบ้าง?

I-3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน

- ทีมงานของท่านมีวิธีสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างไรบ้าง? วิธีการดังกล่าวมีข้อดีอย่างไร? มีโอกาสที่จะปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์อย่างไรบ้าง?
- อะไรคือข้อร้องเรียนหรือโอกาสที่ได้รับข้อร้องเรียนในหน่วยงานของท่าน? ข้อร้องเรียนดังกล่าวเหมือนหรือต่างจากหน่วยงานอื่นอย่างไร? มีการดำเนินการอย่างไรเพื่อตอบสนองต่อข้อร้องเรียนหรือโอกาสที่ได้รับข้อร้องเรียนดังกล่าว?
- สิ่ง que ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมีความพึงพอใจสูงๆ ต่อบริการที่หน่วยงานของท่านจัดมีอะไรบ้าง?
- สิ่ง que ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานยังไม่พึงพอใจต่อบริการที่หน่วยงานของท่านจัดมีอะไรบ้าง?
- ท่านมีข้อเสนอแนะอะไรต่อระบบการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่กำลังใช้อยู่?

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย

- ประเด็นสิทธิผู้ป่วยที่หน่วยงานของท่านให้ความสำคัญมีอะไรบ้าง? มีการดำเนินการอย่างไรในเรื่องเหล่านั้น?
- ประเด็นสิทธิผู้ป่วยที่ยังไม่ชัดเจนในการปฏิบัติ หรือยังปฏิบัติได้ไม่ดีมีอะไรบ้าง? มีข้อเสนอเพื่อปรับปรุงอย่างไร?
- หน่วยงานของท่านรับผู้ป่วยต่อไปนี้หรือไม่: ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลระดับประคอง เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ? ท่านมีแนวทางปฏิบัติอย่างไรเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยดังกล่าว?

I-4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร

- หน่วยงานของท่านใช้ตัวชี้วัดอะไรบ้างเพื่อติดตามผลการปฏิบัติงานประจำวัน หรือควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามข้อกำหนด?
- หน่วยงานของท่านใช้ตัวชี้วัดอะไรบ้างเพื่อติดตามการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน? เป้าหมายดังกล่าวสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์อะไรบ้าง?
- การติดตามตัวชี้วัดดังกล่าวนำไปสู่การตัดสินใจหรือการพัฒนาคุณภาพอะไรของหน่วยงาน?
- หน่วยงานมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร เพื่อประเมินผลการดำเนินงานและชี้ความสามารถของหน่วยงาน?
- องค์กรมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร? หน่วยงานได้รับทราบและใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์ดังกล่าวอย่างไร?
- หน่วยงานของท่านนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ประโยชน์เพื่อกำหนดโอกาสพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอย่างไร?

I-4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้

- ข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นเพื่อให้บริการ การบริหารและพัฒนาหน่วยงานของท่านมีอะไรบ้าง? ระบบสารสนเทศขององค์กรสนับสนุนให้ท่านได้รับข้อมูลดังกล่าวเพียงใด?

- ท่านเชื่อมั่นในระบบสารสนเทศขององค์กรเพียงใด? มีเหตุการณ์อะไรที่ทำให้ท่านเกิดข้อสงสัยในเรื่องความพร้อมใช้และความมั่นคงปลอดภัยของระบบสารสนเทศ?
- หน่วยงานของท่านมีความต้องการด้านสารสนเทศอะไรเพิ่มเติม? ช่องทางในการแสดงความต้องการเป็นอย่างไร?
- หน่วยงานของท่านมีกิจกรรมจัดการความรู้อะไรบ้าง? มีความรู้เชิงปฏิบัติอะไรที่หน่วยงานของท่านนำมาใช้ประโยชน์ในการทำงาน? มีความรู้เชิงปฏิบัติอะไรที่ต้องการเพิ่มเติม?
- ท่านมั่นใจในการปฏิบัติของทีมงานเกี่ยวกับการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศเพียงใด? อะไรเป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง?

I-5.1 ความผูกพันของบุคลากร

- บุคลากรที่มีความผูกพันกับองค์กรในหน่วยงานของท่านมีลักษณะอย่างไร? หน่วยงานและองค์กรดำเนินการอย่างไรเพื่อให้บุคลากรมีความผูกพัน?
- อะไรบ้างที่จะช่วยให้บุคลากรของหน่วยงานสร้างผลงานที่ดีที่สุด? หน่วยงานและองค์กรดำเนินการอย่างไรในปัจจุบันดังกล่าว?
- ระบบประเมินผลงานของหน่วยงานและองค์กรช่วยให้บุคลากรมีการปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเองอย่างไร มีอะไรที่ควรรักษาไว้ และมีอะไรที่ควรปรับปรุง?
- ในรอบปีที่ผ่านมา บุคลากรในหน่วยงานได้เข้ารับการพัฒนาและฝึกอบรมอะไรบ้าง? การอบรมดังกล่าวมีที่มาหรือเหตุผลอย่างไร? มีการนำสิ่งที่ได้จากการพัฒนาและฝึกอบรมมาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างไร?
- มีการพัฒนาและฝึกอบรมอะไรอีกบ้างที่บุคลากรของหน่วยงานควรได้รับเพิ่มเติม?
- องค์กรและหน่วยงานสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อให้บุคลากรได้พัฒนาและเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างไร?

I-5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร

- หน่วยงานของท่านมีกำลังคนจำนวนเพียงพอที่จะปฏิบัติหน้าที่บรรลุเป้าหมายอย่างมีคุณภาพและปลอดภัยหรือไม่? หากไม่เพียงพอ มีวิธีการอย่างไรเพื่อลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์?
- ความรู้และทักษะของบุคลากรในหน่วยงานของท่าน มีเพียงพอที่จะปฏิบัติหน้าที่ที่กำหนดไว้หรือไม่?
- หน่วยงานของท่านมีลักษณะของการจัดระบบงานของบุคลากรเพื่อปฏิบัติหน้าที่ให้สำเร็จตามเป้าหมายอย่างไร?
- ความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรในหน่วยงานของท่านมีอะไรบ้าง? หน่วยงานของท่านมีแนวทางในการป้องกันและดูแลเมื่อเจ็บป่วยอย่างไร?

I-6.1 การออกแบบระบบงาน

- กระบวนการสำคัญของหน่วยงานของท่านที่ส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานคืออะไร? ข้อกำหนดของกระบวนการดังกล่าวคืออะไร?

- หน่วยงานของท่านใช้หลักอะไรในการออกแบบกระบวนการทำงานเพื่อให้บรรลุข้อกำหนดของกระบวนการ? ได้นำประเด็นเหล่านี้มาพิจารณาอย่างไร: ความปลอดภัยของผู้ป่วย ข้อมูลวิชาการ เทคโนโลยีใหม่ๆ ประสิทธิภาพ การมุ่งเน้นผู้ป่วย?
- หน่วยงานของท่านมีบทบาทอย่างไรในการรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน? มีการเตรียมความพร้อมและฝึกซ้อมอย่างไรบ้าง? ผลการฝึกซ้อมนำมาสู่การปรับปรุงอะไร?

I-6.2 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ

- หน่วยงานของท่านมีวิธีการเฝ้าอำนาจและทำให้มั่นใจอย่างไรว่ามีการปฏิบัติตามกระบวนการที่ออกแบบไว้และบรรลุข้อกำหนดของกระบวนการ?
- หน่วยงานของท่านใช้ตัวชี้วัดอะไรเพื่อควบคุมกระบวนการทำงาน?
- หน่วยงานของท่านทำอะไรบ้างเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร หรือลดค่าใช้จ่าย?
- ในรอบปีที่ผ่านมา หน่วยงานของท่านมีการปรับปรุงกระบวนการทำงานหรือพัฒนาคุณภาพในเรื่องอะไรบ้าง? ผลลัพธ์ของการปรับปรุงหรือพัฒนาเป็นอย่างไร? กิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับจุดเน้นขององค์กรอย่างไร?
- มีการนำผลการปรับปรุงหรือพัฒนามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่นอย่างไร? มีการขยายผลอย่างไร?