



SPA

(Standards-Practice-Assessment)

Part I

คู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ตอนที่ 1

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

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



SPA

(Standards-Practice-Assessment)



Part I

คู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ตอนที่ 1

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

คู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

SPA (Standards-Practice-Assessment) Part I

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5



จัดพิมพ์โดย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2027-8844 โทรสาร 0-2026-6680

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: ธันวาคม 2564

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

SPA (Standards-Practice-Assessment) Part I

คู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ
สุขภาพ ฉบับที่ 5.--นนทบุรี: สถาบัน, 2552.

152 หน้า.

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

ISBN 978-616-8024-50-8

ออกแบบและพิมพ์ที่ บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด

โทร. 0 2903 8257-9

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

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

จากการทดลองใช้คู่มือฉบับนี้ พบว่าเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่โรงพยาบาลใช้ประโยชน์ในการพูดคุยทำความเข้าใจ ใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติซึ่งมีการขยายขอบเขตไปเกินกว่าที่อธิบายไว้ และยังใช้เป็นแนวทางพิจารณาในการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐานอีกด้วย

สรพ.หวังว่าความเข้าใจและการนำมาตราฐานไปสู่การปฏิบัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น รวมทั้งจะมีข้อมูลเชิงปฏิบัติต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย และป้อนกลับมาที่ สรพ. เพื่อให้คู่มือฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
กันยายน 2565

คำนำของฟูรีียบเรียง

การปรับปรุงเอกสาร SPA (Standards-Practice-Assessment) สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ฉบับนี้ ยังคงใช้แนวคิด Empowerment Evaluation คือเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับสถานพยาบาลต่างๆ ในการนำไปปฏิบัติ และสามารถทำการประเมินผลเพื่อรับรู้ความสำเร็จและหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะปรากฏอยู่ที่ทั้งใน**ส่วนกิจกรรมที่ควรดำเนินการ** (practice) และ**ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง** (assessment)

เพื่อให้เห็นแนวทางการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติให้มากที่สุด คู่มือนี้จะให้คำแนะนำให้ทีมงานศึกษาแนวคิดสำคัญในเรื่องนั้นก่อนๆ และให้แนวทางสำหรับการค้นหาประเด็นที่มีความสำคัญตามบริบทขององค์กร โดยประมวลข้อมูลมาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ให้มากที่สุดรวมทั้ง 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

กันยายน 2565

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

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

SPA (Standards–Practice–Assessment)

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

การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้ง่าย ๆ โดยใช้วิธีการ “คุยกันเล่น – เห็นของจริง – อิงการวิจัย”

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

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

การจะตอบแบบประเมินตนเองได้จึงต้องนำมาตรฐานไปปฏิบัติแล้วระยะหนึ่ง

เพื่อให้ก้าวหน้าขึ้นในการปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาล สรพ.ได้จัดทำ SPA โดยมีแนวคิดดังนี้

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

- สิ่งที่เราควรระวังเป็นแนวทางในการดำเนินการในเอกสารชุดนี้เป็นข้อเสนอให้ผู้นำและทีมงานของ โรงพยาบาลพิจารณาเท่านั้น **ควรเลือกดำเนินการเฉพาะเท่าที่จะเป็นประโยชน์และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล** แต่อย่างน้อยควรนำมาสู่ข้อมูลที่จะตอบในประเด็นสำคัญที่ระบุไว้ได้
- จุดเน้นในการตอบแบบประเมินตนเอง คือบทเรียนและผลลัพธ์ของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ ซึ่งบทเรียนนั้นควรผ่านการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญร่วมกันในทีมงานที่เกี่ยวข้อง **นั่นคือการเน้นในส่วนของ Context และ Study หรือ Learning ในวงล้อ PDSA** โดยไม่ต้องบรรยายวิธีการหรือหลักคิดเพื่อจะได้ไม่เป็นภาระในการจัดทำเอกสาร

SPA I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

ผู้นำระดับสูงชี้แนะและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.

ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม

(1) ผู้นำระดับสูงชี้แนะองค์กร:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

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

- ผู้นำระดับสูงทบทวนพันธกิจ วิสัยทัศน์ ขององค์กร
 - ทบทวนว่าพันธกิจระบุชัดเจนว่าองค์กรต้องทำอะไรหรือให้คุณค่าอะไรให้กับชุมชนที่ให้บริการ ในลักษณะที่กระชับ
 - ตรวจสอบให้มั่นใจว่าวิสัยทัศน์นั้นจับใจ จำได้ ทำได้ เร้าใจ จุดประกาย มีความหมายต่อทุกคน
 - ทบทวนว่าวิสัยทัศน์ขององค์กรเหมาะสมที่จะเป็นตัวกำหนดบริบทสำหรับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
- 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/หน่วยงานต่างๆ ในองค์กร เป็นองค์รวมที่เป็นเนื้อเดียวกัน (unified whole) มีความเคารพในองค์ประกอบย่อยต่างๆ เหล่านั้น รับรู้และตอบสนองความต้องการของกันและกัน ให้ทุกข้อต่อของห่วงโซ่มีความแข็งแรง
 - Alignment ทำความเข้าใจและนำมาปฏิบัติซึ่งถ้อยคำหลักขององค์กร (วิสัยทัศน์ ค่านิยม สมรรถนะหลัก) ในทุกระดับมีความสอดคล้องกันของเป้าหมาย แผน กระบวนการ วัตถุประสงค์ ปฏิบัติการ
 - Integration องค์ประกอบ/ระบบงาน/หน่วยงานต่างๆ ทำงานอย่างเชื่อมโยงกัน เป็นหนึ่งเดียวกัน เอื้อต่อกันและกันเพื่อผลลัพธ์ที่ต้องการ
- ทำความเข้าใจกับค่านิยมที่สัมพันธ์กับวัฒนธรรมองค์กรที่มาตรฐานนี้ให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็นค่านิยมสำคัญที่จะนำไปสู่วัฒนธรรมองค์กรดังกล่าว

Ref	Culture	HA Core Values	องค์กรในพื้นที่
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	

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

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

*** ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง ***

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

- (2) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม:
- กำหนดแนวทางปฏิบัติที่พึงประสงค์ (codes of conduct) ขององค์กรที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรม (ethical principles) เป็นลายลักษณ์อักษร;
 - ส่งเสริมการใช้หลักจริยธรรม ซึ่งนำการตัดสินใจและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ 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)**
คือกรอบแนวทางการประพฤติปฏิบัติที่ตั้งตามหลักจริยธรรมขององค์กร
ระบุข้อปฏิบัติที่พึงกระทำและข้อห้ามต่างๆ
- ผู้นำระดับสูงกำหนดหลักจริยธรรมที่จะใช้ชี้นำการตัดสินใจและการปฏิบัติของ
ทุกคนในองค์กร โดยพิจารณาจาก
 - **หลักจริยธรรมสากล** ได้แก่
 - ความเที่ยงธรรม (justice) เช่น การปฏิบัติต่อทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน การกระจายทรัพยากร การไม่เลือกปฏิบัติ เป็นต้น
 - เคารพความอิสระและเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกและให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การขอคำยินยอม การปรับการรักษาให้เหมาะสมกับความพึงใจของแต่ละคน
 - การทำความดีเกื้อกูล (beneficence) เช่น การปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบ ระมัดระวัง เป็นไปตามมาตรฐานและความรู้ที่ทันสมัย ประเมินผลงานที่กระทำลงไป เป็นต้น
 - ความซื่อสัตย์ (fidelity) เช่น ความจริงใจ การสร้างความสัมพันธ์ การรักษาความลับ การสร้างความไว้วางใจ และการให้ข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์ การหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน เป็นต้น
 - ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (non-maleficence) ทั้งจากการกระทำและการไม่กระทำ
 - **มาตรฐานทางจริยธรรมข้าราชการพลเรือน**
 - การยึดมั่นและยืนหยัดทำในสิ่งที่ถูกต้อง (beneficence)
 - ความซื่อสัตย์สุจริตและความรับผิดชอบต่อ (fidelity)
 - การปฏิบัติหน้าที่ด้วยความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้
 - การปฏิบัติหน้าที่โดยไม่เลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม (justice)
 - การมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน
- ผู้นำระดับสูงสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดทำแนวปฏิบัติที่พึงประสงค์หรือประมวล
จริยธรรม ตามหลักจริยธรรมที่องค์กรกำหนด และสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด
(รวมถึงผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ) รับรู้
- ผู้นำระดับสูงปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างให้เห็นถึงความมุ่งมั่นต่อการประพฤติปฏิบัติ
อย่างมีจริยธรรม
- ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมในองค์กรเพื่อให้ทุกคนปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่
พึงประสงค์หรือประมวลจริยธรรม

- มีกระบวนการที่สมดุลในเรื่องการให้ความรู้และแรงบันดาลใจ, รางวัลและแรงจูงใจ, กฎระเบียบข้อบังคับ, สร้างบรรทัดฐานของสังคม, กำหนดเป็นนโยบาย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(3) ผู้นำระดับสูงมุ่งมั่นต่อการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมาย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- วิเคราะห์ความเสี่ยงที่จะไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย และจัดให้มีระบบที่จะเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด
- ผู้นำระดับสูงปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างของความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามกฎหมาย
- ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมขององค์กรที่ส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ข. การสื่อสาร (Communication)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- ทำความเข้าใจระดับขั้นของความผูกพัน (ไม่ผูกพัน ทำเพราะความกลัว ทำเพราะหัวหน้าสั่ง ทำตามหน้าที่อย่างเต็มที่ รับมอบหมายงานที่ทำหาสร้งสรรค้งงานด้วยตนเองโดยไม่ถามว่าองค์กรให้อะไร)
- 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 จุดที่ใกล้ชิดผู้ป้วย/ผู้รับบริการมากที่สุด เพื่อช่วยให้บุคลากรสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป้วย/ผู้รับบริการ ตั้งแต่เริ่มแรก รวมทั้งปรับปรุงกระบวนการและผลลัพธ์ของการทำงานในความรับผิดชอบของตน
 - ผู้นำระดับสูงกำหนดขอบเขตการให้อำนาจตัดสินใจ (empowerment) แก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ตัวอย่างการตัดสินใจที่ผู้นำต้องการให้เกิดขึ้น รวมทั้งสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินความเข้าใจ (ผลของการสื่อสาร) ความมั่นใจ (ผลของการให้อำนาจตัดสินใจ) ความอยากทำ (ผลของการให้รางวัลและยกย่องชมเชย) ต่อทิศทางและจุดเน้นขององค์กร การมุ่งเน้นผลการดำเนินการที่ดี และนำผลการประเมินมาปรับปรุงการสื่อสาร การสร้างความผูกพัน การให้อำนาจตัดสินใจ และการจูงใจ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ก. ความสำเร็จขององค์กร (Organization's Success)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) ผู้นำระดับสูงทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง (focus on action):

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

การกำหนดทิศทาง

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

วัฒนธรรมความปลอดภัย

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

- 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, การทบทวนข้ามเตียง, การส่งต่อระหว่างเวร
- ประเมินปัจจัยและตัวแปรสำคัญที่สะท้อนถึงการมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร เช่น ใช้ Patient Safety Culture Survey ของ AHRQ และนำผลที่ได้มาพิจารณาปรับปรุง

วัฒนธรรมของการเห็นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้

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

การทบทวนบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนา

- ผู้นำทบทวนบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในประเด็นข้างล่างนี้ และดำเนินการให้เข้มข้นมากขึ้น
 - การให้การฝึกอบรมที่สอดคล้องกับบทบาทของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
 - การให้โอกาสในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
 - การให้แนวทางและความช่วยเหลือ
 - การขจัดอุปสรรคในการพัฒนา

- การสร้างแรงจูงใจและให้รางวัล
- การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย รวมทั้งเทคโนโลยีและทรัพยากรสำหรับการติดตามวัดผล (tracking) และเปรียบเทียบผล
- การปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพ

การกำกับติดตาม

- ผู้นำจัดให้มีระบบการรายงานความก้าวหน้าและผลการพัฒนาคุณภาพตามแผน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ
- ผู้นำระดับต้นดำเนินการแก้ไขปัญหาคืออุปสรรคอย่างเต็มความสามารถ และกลั่นกรองขอการสนับสนุนขึ้นมาเป็นลำดับขั้นหากไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ด้วยตนเอง
- ผู้นำระดับสูงรับทราบความก้าวหน้าและผลการพัฒนา พิจารณาความพอเพียงของสิ่งที่ดำเนินการอยู่ และตอบสนองอย่างเหมาะสม (เช่น เพิ่มเป้าหมาย ปรับแผนสนับสนุนทรัพยากร) เป็นต้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● การกำหนดทิศทาง: สรุปลำดับความสำคัญและความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ● วัฒนธรรมความปลอดภัย: การปรับปรุงที่เป็นผลจากการทำ Leadership Walkround และการประเมินระดับวัฒนธรรมความปลอดภัย ● การสร้างสิ่งแวดลอม 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) และระบบรายงานระหว่างผู้กำกับดูแลกิจการ กับผู้บริหาร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการรับรู้ผลการดำเนินงานสำคัญขององค์กรโดยผู้กำกับดูแลกิจการ และให้ข้อคิดเห็นย้อนกลับต่อผู้บริหาร
- ผู้นำระดับสูงแสดงความรับผิดชอบต่อผู้กำกับดูแลกิจการในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้
 - การขอความเห็นชอบจากผู้กำกับดูแลกิจการในเรื่องทิศทาง วัตถุประสงค์ และแผนกลยุทธ์ขององค์กร

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) องค์กรประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพ การดำเนินการของ:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การประเมินผลการดำเนินการของผู้นำระดับสูง
 - การประเมินผลการดำเนินการของผู้นำอาจใช้การทบทวนภายในในกลุ่มผู้นำ (peer reviews) การประเมินอย่างเป็นทางการตามข้อตกลงการปฏิบัติงาน การรับฟังเสียงสะท้อนจากบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งด้วยวิธีที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ หรือการใช้คณะกรรมการประเมินผลซึ่งเป็นบุคคลภายนอก
 - ผู้นำระดับสูง กำหนดสมรรถนะในด้านการบริหารจัดการ (managerial competency) นำมาใช้ในการประเมินและพัฒนาผู้นำระดับต่าง ๆ
- ผู้นำระดับสูง ทบทวนและปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการนำขององค์กร ในประเด็นต่อไปนี โดยใช้การทบทวนภายในในกลุ่มผู้นำ และการรับฟังเสียงสะท้อนจากบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
 - การจัดโครงสร้างองค์กรที่สอดคล้องกับเป้าหมายและหน้าที่
 - การคำนึงถึงสมรรถนะและความต้องการของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - การกำหนดความคาดหวังต่อผลการดำเนินการในระดับที่ทำหายและการเน้นย้ำค่านิยม
 - กลไกการตัดสินใจของผู้นำ การสื่อสารและนำผลการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ
 - การเลือกสรรและพัฒนาผู้นำ/ผู้บริหาร
 - ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำในสายงานต่าง ๆ
 - การสร้างความผูกพันและการทำงานเป็นทีมเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร
 - การกระตุ้นและสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม ความเสี่ยงในระดับที่เหมาะสม
 - การมีกลไกสำหรับผู้นำในการประเมินตนเอง รับข้อมูลป้อนกลับ และนำไปสู่การปรับปรุง
- การประเมินผลระบบกำกับดูแลองค์กร
 - การประเมินผลระบบกำกับดูแลองค์กร อาจใช้การประเมินตนเองของกรรมการ ร่วมกับการรับฟังเสียงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการใช้คณะกรรมการประเมินผลซึ่งเป็นบุคคลภายนอก

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(3) องค์กรวางระบบกำกับดูแลทางคลินิกที่มีประสิทธิผล:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจความหมายของคำสำคัญในมาตรฐานข้อนี้
 - การกำกับดูแลทางคลินิก หมายถึง กรอบที่สถานพยาบาลใช้เพื่อแสดงความรับผิดชอบในการธำรงคุณภาพและมาตรฐานในงงานบริการ ตลอดจนยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การจัดการงานคลินิกบริการอย่างเหมาะสมและการสร้างสภาพแวดล้อมที่ช่วยเสริมสร้างงานบริการที่เป็นเลิศ
 - คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิก หมายถึง คณะกรรมการที่มีหน้าที่กำกับดูแลกระบวนการและผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยทุกแง่มุม ซึ่งองค์กรควรใช้โครงสร้างของคณะกรรมการชุดนี้ให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กรและสามารถทำหน้าที่ในการให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างอิสระ อาทิ

- คณะกรรมการที่กำกับดูแลธุรกิจขององค์กรอยู่แล้วของโรงพยาบาลเอกชน
 - คณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากต้นสังกัดให้ดูแลระบบคุณภาพและความปลอดภัยของโรงพยาบาลในสังกัด
 - คณะกรรมการที่มีผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกเป็นองค์ประกอบสำคัญ
 - คณะกรรมการอื่นๆ ตามบริบทของโรงพยาบาล โดยมีผู้บริหารสูงสุดทางด้านทางการแพทย์เป็นประธาน เป็นอย่างน้อย
- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจองค์ประกอบสำคัญที่จะต้องมีการรายงานในระบบกำกับดูแลทางคลินิก ทบทวนการดำเนินงานในเรื่องนั้น และผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ
 - การทบทวนการดูแลผู้ป่วย/การตรวจสอบทางคลินิก คือการเรียนรู้จากการทบทวนหรือการตรวจสอบกระบวนการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งอาจจะเป็นการทบทวนเปรียบเทียบกับ Explicit Criteria หรือแนวปฏิบัติทางคลินิก การทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีความรัดกุมขึ้น และอาจรวมถึงการนำแนวคิด Safety II มาใช้ในการทบทวน คือการทบทวนในกรณีที่ผลลัพธ์ดีภายใต้สถานการณ์ที่หลากหลาย ข้อมูลที่รายงานควรมีทั้ง (1) ความครอบคลุม/ความถี่ของการทบทวน (2) ตัวอย่างบทเรียนที่ได้จากการทบทวน การปรับปรุงกระบวนการที่เกิดขึ้น และการติดตามผลของการปรับปรุง (ถ้ามี)
 - ผลสัมฤทธิ์ของการดูแลผู้ป่วย มีองค์ประกอบสำคัญคือ (1) การออกแบบกระบวนการดูแลบนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการ (2) การติดตามผลลัพธ์การดูแลรักษา (3) การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย
 - ประสบการณ์ของผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมให้มีการรับรู้และใช้ประโยชน์จากประสบการณ์ของผู้ป่วยด้วยวิธีที่หลากหลาย ซึ่งควรมีการรายงานการปรับปรุงระบบงานต่างๆ ที่เป็นผลจากการรับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วย
 - การบริหารความเสี่ยง (ดูการปฏิบัติตามมาตรฐาน II-1.2) ควรมีการรายงานแนวโน้มของประสิทธิผลของการบริหารความเสี่ยง และปัจจัยองค์กรที่คณะกรรมการกำกับดูแลควรรับรู้
 - การวิจัยและพัฒนา อาจมีลักษณะเป็น R2R หรือ Health Service Research หรือ Implementation หรือ Clinical Research ซึ่งควรมุ่งเน้นการสร้างความรู้หรือพิสูจน์ยืนยันประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยที่มิให้บริการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพของบุคลากรขององค์กร

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

- คณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิก ให้ข้อเสนอแนะและการสนับสนุนเพิ่มเติม เพื่อให้มั่นใจว่ามีการดำเนินการอย่างเหมาะสมและเพียงพอให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย
- คณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิกและผู้บริหารระดับสูง สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและติดตามกำกับ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม (Legal and Ethical Behavior)

(1) องค์กรส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย และกฎระเบียบ. ประกอบด้วย:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) องค์กรส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรม:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(3) องค์กรจัดให้มีกลไกเพื่อการรับรู้และจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ ด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทำความเข้าใจกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ (ethical dilemma) ต่อไปนี้
 - ความมุ่งหมายของมาตรฐานข้อนี้ เป็นไปเพื่อปกป้องคนทำงาน มิใช่การตัดสินผิดถูก
 - ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากต่อการตัดสินใจ (ethical dilemma) หมายถึง ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากต่อการตัดสินใจเนื่องจากมีฐานความคิดทางจริยธรรมที่ขัดแย้งกัน หากตัดสินใจบนฐานความคิดหนึ่ง ก็อาจขัดแย้งกับอีกฐานความคิดหนึ่งได้ ซึ่งควรมีความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลายโดยผู้ช่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรับรู้และตัดสินใจ เช่น การตัดสินใจไม่ให้การรักษารหรือยุติการรักษา การให้การรักษาที่จำเป็นแต่ขัดกับความประสงค์ของผู้ป่วย การรับผู้ป่วยวิกฤตรายใหม่เข้าไปในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งจำเป็นต้องย้ายผู้ป่วยหนักที่มีอยู่เดิมออก
 - ขั้นตอนของการพิจารณาเมื่อเกิด Ethical Dilemma
 - **Recognise** รับรู้ว่าเกิดประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจเนื่องจากมีความขัดแย้งกันในค่านิยม หลักการ หลักจริยธรรม
 - **Break** วิเคราะห์เพื่อจำแนกประเด็นหรือหลักการที่ขัดแย้งกันออกมาให้ชัดเจน
 - **Seek** หาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งต่างๆ ทั้งคำแนะนำขององค์กร วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 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 เป็นต้น) มาเรียนรู้ร่วมกัน รวบรวมกรณีศึกษาไว้เพื่อประโยชน์สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพที่อาจต้องเผชิญสถานการณ์ดังกล่าว
- ผู้นำระดับสูงกำหนดให้มีกลไกช่วยเหลือ และลักษณะของการตัดสินใจที่เป็นไปได้
 - กลไกช่วยเหลือควรมีลักษณะเป็นที่ปรึกษาหรือคณะที่ปรึกษา อาจจะมีชุดเดียวหรือหลายชุดแยกตามลักษณะปัญหาาก็ได้
 - ลักษณะของสถานการณ์และการตัดสินใจที่อาจพบ
 - กรณีฉุกเฉินที่ต้องตัดสินใจโดยเร่งด่วน อาจมีเวลาหรือไม่มีเวลาปรึกษาผู้อื่น
 - กรณีที่ใช้เวลาให้สถานการณ์คลี่คลาย
 - กรณีที่ต้องใช้ความพยายามมากกว่าธรรมดาเพื่อหาทางก้าวข้ามทางเลือกที่มีอยู่
 - กรณีที่ควรปรึกษาคณะที่ปรึกษาในองค์กร
 - กรณีที่ควรปรึกษาองค์กรวิชาชีพหรือหน่วยงานภายนอก

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ก. การทำประโยชน์ให้สังคม (Societal Contribution)

(1) องค์กรมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้สังคม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) องค์กรกำหนดชุมชนที่สำคัญ (key communities) เพื่อสนับสนุนและให้ความร่วมมือในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

SPA I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

ก. กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning Process)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

- (2) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้ในการจัดทำกลยุทธ์:
- (i) ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว ชุมชนที่รับผิดชอบและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ;
 - (ii) สมรรถนะหลักขององค์กร;
 - (iii) ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ความเสี่ยงที่สำคัญ และโอกาสเชิงกลยุทธ์;
 - (iv) โอกาสเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม;
 - (v) จุดบอดที่อาจมีในกระบวนการวางแผน;
 - (vi) 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 เป็นต้น, แรงกดดันภายใน เช่น ขีดความสามารถขององค์กรหรือบุคลากร เป็นต้น)
 - ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ หมายถึง ความได้เปรียบที่เป็นตัวตัดสินว่าองค์กรจะประสบความสำเร็จในอนาคต ซึ่งมักจะมาจากสมรรถนะหลักขององค์กร การใช้ประโยชน์จากความสัมพันธ์กับองค์กรภายนอก
 - โอกาสเชิงกลยุทธ์ หมายถึง ภาพอนาคตใหม่ๆ หรือที่เปลี่ยนแปลงไป สำหรับผลิตภัณฑ์ บริการ กระบวนการ รูปแบบการดำเนินธุรกิจ พันธมิตร หรือตลาด

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

- ทำท่ายสมาธิในที่มืดให้มองผ่านสิ่งที่เห็นได้ชัดจนและลองใช้จินตนาการพิจารณาว่าจุดแข็งขององค์กรจะเป็นจุดอ่อนได้อย่างไร และจุดอ่อนขององค์กรจะเป็นจุดแข็งได้อย่างไร
- ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างที่เราไม่คาดฝันมาก่อนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา และใช้คำถามต่อไปนี้
 - วันนี้เราเรียนรู้อะไร ที่เราไม่เคยรู้มาก่อนเมื่อ 5 ปีที่แล้ว
 - คนอื่นมีการเตรียมตัวอย่างไร ในสิ่งที่เราไม่ได้เตรียมตัวไว้ก่อน
 - มีความผิดพลาดหรือการเสียโอกาสอะไรที่ดูเหมือนจะเกิดขึ้นซ้ำได้อีก
 - วัฒนธรรมของเรามีข้อจำกัดอะไร
 - ประเด็นอะไรที่เป็นเรื่องที่น่ามาพูดคุยกันไม่ได้ในองค์กรแห่งนี้
 - แผนกลยุทธ์ซึ่งจัดทำขึ้นเมื่อ 5 ปีที่แล้วมีความเหมาะสมเพียงใด
- มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างที่เราไม่ได้เตรียมตัวรับมือไว้สำหรับอนาคต (แม้เราจะคิดว่ามีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมากก็ตาม) ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ/ชุมชนที่รับผิดชอบ
 - ข้อมูลการมารับบริการ
 - ข้อมูลประวัติวิทยาของปัญหาสุขภาพในพื้นที่
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนความสามารถในการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ หรือความเสี่ยงที่จะไม่บรรลุวัตถุประสงค์ของกลยุทธ์
 - ความสามารถในการระดมทรัพยากรและความรู้ที่จำเป็น
 - ความคล่องตัวขององค์กรในการปฏิบัติตามแผนฉุกเฉิน
 - ความสามารถในการเปลี่ยนแผนกลยุทธ์ในกรณีที่สถานการณ์บังคับและ
ความสามารถในการปฏิบัติตามแผนที่มีการปรับเปลี่ยน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(3) กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ส่งเสริมให้เกิดการสร้างนวัตกรรมขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- พิจารณาความเสี่ยงและปัจจัยอื่นๆ อย่างรอบด้านและเลือกโอกาสเชิงกลยุทธ์มาดำเนินการ
- ส่งเสริมให้ใช้นวัตกรรมเพื่อดำเนินการตามโอกาสเชิงกลยุทธ์ดังกล่าว

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(4) องค์กรตัดสินใจเรื่องระบบงานขององค์กรว่ากระบวนการทำงานใดที่จะดำเนินการเองได้ กระบวนการทำงานใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ และกระบวนการทำงานใดจะสร้างความร่วมมือกับองค์กรภายนอก.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจความหมายของคำว่าระบบงาน (work systems) ในภาพใหญ่ตามที่ MNBQA ให้ความหมายไว้
 - ระบบงานหมายถึงวิธีการที่ทำให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ ประกอบด้วยกระบวนการทำงานภายในและทรัพยากรภายนอกที่องค์กรนำมาพัฒนาและสร้างผลิตภัณฑ์/บริการ ส่งมอบให้แก่ลูกค้า และประสบความสำเร็จในตลาด
 - ระบบงานเกี่ยวข้องกับบุคลากร พันธมิตรและผู้ส่งมอบหลัก ผู้รับช่วง คู่ความร่วมมือ และองค์กรประกอบอื่นๆ ในห่วงโซ่อุปทานที่จำเป็นเพื่อการผลิตและส่งมอบผลิตภัณฑ์และดำเนินธุรกิจ
 - การตัดสินใจเกี่ยวกับระบบงานเป็นการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ เกี่ยวข้องกับการปกป้องและใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร และตัดสินใจว่าอะไรที่ควรซื้อหรือผลิตจากนอกองค์กรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและองค์กรยังมีที่อยู่อายยืนในตลาด
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันศึกษาตัวอย่างการกำหนดระบบงานโดยรวมของโรงพยาบาล
 - Sharp HealthCare (MBNQA winner 2007) กำหนดระบบงานของ Enterprise ว่าประกอบด้วย Emergency Care, Home Care, Hospice Care, Inpatient Care, Long-term-care, Mental Health Care, Outpatient Care, Primary / Specialty, Rehabilitation, Urgent Care

- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - งานที่ต้องทำให้สำเร็จตามพันธกิจและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กรคืออะไร
 - พิจารณาว่าอะไรเป็นงานที่ต้องคงไว้ทำเองเพื่อปกป้องและใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร
 - พิจารณาห่วงโซ่อุปทานที่จำเป็นเพื่อการให้บริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทและผลงานของผู้ส่งมอบ พันธมิตร คู่ความร่วมมือผู้รับช่วง
 - พิจารณารูปแบบความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกใหม่ๆ เพื่อยกระดับประสิทธิภาพหรือขยายบริการอย่างยั่งยืน เช่น การพัฒนา Software การให้เอกชนลงทุนเทคโนโลยีราคาแพงในสถานที่ของโรงพยาบาล 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

- การเป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศในด้านอุบัติเหตุและโรคหัวใจ
- ทบทวนพันธกิจและสิ่งแวดล้อมขององค์กรแล้วร่วมกันกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กรในอนาคต จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาให้เกิดความเชี่ยวชาญในสมรรถนะหลักดังกล่าว

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives)

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เป้าประสงค์ ระยะสั้น ระยะยาว	แผนปฏิบัติการ ระยะสั้น ระยะยาว	KPI	เป้าหมาย					ความสัมพันธ์			
				baseline						SC	CC	SA
				64	65	66	67	68				

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

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ มีผู้รับผิดชอบแผนกลยุทธ์แต่ละแผน มอบหมายให้ ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน/ระบบงานต่างๆ นำแผนกลยุทธ์ไปจัดทำแผนปฏิบัติการอย่าง สอดคล้องกันหน้าที่หลักขององค์กรภายในกรอบเวลาที่กำหนด และนำแผนไปปฏิบัติ
- ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน/ระบบงานต่างๆ วิเคราะห์ทิศทางในแผนกลยุทธ์ในส่วนที่ เกี่ยวข้องกับตนเอง ร่วมกับบริบทหรือความต้องการของหน่วยงาน/ระบบงาน
 - จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับกลยุทธ์ขององค์กร ครอบคลุมทั้งแผน ระยะสั้นที่เสร็จสิ้นภายใน 1 ปี และแผนระยะยาวที่ใช้เวลามากกว่า 1 ปี ระบุวัตถุประสงค์และเป้าประสงค์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ กิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงเพื่อบรรลุเป้าหมาย ทรัพยากรที่ต้องใช้ และกำหนด เวลาแล้วเสร็จที่ชัดเจน สามารถใช้ติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุ ผลลัพธ์ได้
 - จัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับงานประจำ มีการระบุวัตถุประสงค์ของการ ให้บริการ (จำนวนและประเภทของกิจกรรมบริการ) และอาจเชื่อมโยงกับ แผนอื่นๆ เช่น แผนบุคลากร แผนการบริหารความเสี่ยง แผนการสื่อสาร และแผนการเงิน

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(3) องค์กรจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ อย่างเพียงพอเพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ และมีการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะสามารถรักษาความมั่นคงทางการเงิน (financial viability).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงวิเคราะห์ความต้องการทรัพยากรเพื่อนำแผนไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ
 - ทรัพยากรครอบคลุมด้านการเงิน บุคลากร พื้นที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ เทคโนโลยี และทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น
 - ประเมินความเสี่ยงด้านการเงินและบริหารจัดการเพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะสามารถรักษาความมั่นคงทางการเงินไว้ได้
 - จัดลำดับความสำคัญของความต้องการทรัพยากรของแต่ละแผนงาน
- ผู้นำระดับสูงจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ 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 อาทิ
 - การเพิ่มอำนาจตัดสินใจ
 - การส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานระหว่างหน่วยงานวิชาชีพ และกับผู้บริหาร
 - การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร
 - การปรับระบบบริหารค่าตอบแทนและการยกย่องชมเชย
 - การศึกษาและฝึกอบรม เช่น การพัฒนาผู้นำในอนาคต การฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีใหม่ๆ ความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา
- จัดทำแผนบุคลากรที่สำคัญเพื่อสนับสนุนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ อย่างเหมาะสมกับพันธกิจ / โครงสร้างองค์กร / ทรัพยากร สอดคล้องกับความต้องการด้านบุคลากรในปัจจุบันและในอนาคต

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(5) องค์กรกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญเพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- ผู้นำระดับสูงติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผน
 - ความก้าวหน้าและระดับผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามแผนหรือการขาดการณ์
 - สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ข. การทบทวนแผนปฏิบัติการ (Action Plan Review)

องค์กรมีกระบวนการทบทวนและปรับปรุงแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับภารกิจหลัก และนำแผนที่ปรับเปลี่ยนถ่ายถอดและนำไปสู่การปฏิบัติ ภายในกรอบเวลาที่กำหนดหรือตามความจำเป็น

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดแนวทางการติดตามสถานการณ์เพื่อรับรู้ความจำเป็นในการปรับปรุงแผนปฏิบัติการ
 - การติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผน
 - การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายนอก
- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการตามความจำเป็น
- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องถ่ายถอดแผนปฏิบัติการที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติอย่างรวดเร็วหรือในกรอบเวลาที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

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

องค์การรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง

ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Patient/Customer Listening)

- (1) องค์การรับฟัง สังเกต และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อให้มีข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์:
 - (i) นำข้อมูลที่ได้มาเรียนรู้/วิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวัง;
 - (ii) มีวิธีการรับฟังที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ;
 - (iii) ค้นหาข้อมูลป้อนกลับจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างทันทั่วทั้งที่และสามารถนำไปใช้ได้ต่อได้
 - (iv) นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดทิศทาง 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) และควรมีการสร้างนวัตกรรมในการรับฟังอย่างต่อเนื่องเพื่อรับรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ทั้งที่ระบุชัดเจนและมีได้ระบุชัดเจน เพื่อนำไปใช้สร้างความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
 - ในการรับฟังเสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน อาจรวบรวมข้อมูลประเภทต่างๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการและมีความผูกพันกับองค์กร เช่น ข้อมูลจากการสำรวจ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ ข้อมูลจากระบบประกันสุขภาพ ข้อมูลการตลาดและการขาย ข้อมูลจากระบบรับคำร้องเรียน

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

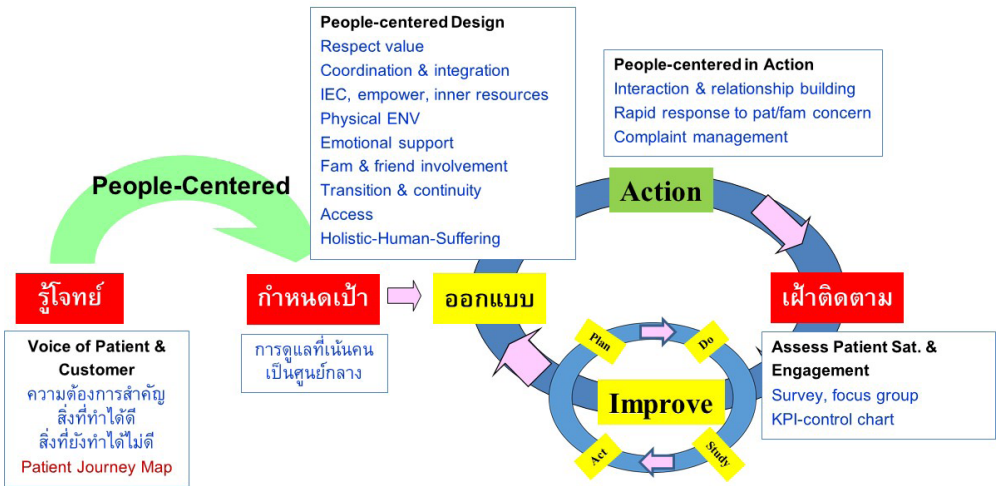
- การรับ Immediate Actionable Feedback
 - ควรมีระบบที่ Proactive ในการติดตามข้อมูลป้อนกลับ โดยมุ่งเน้นไปที่กลุ่มที่มีศักยภาพในการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และกลุ่มที่คาดว่าจะได้รับการที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง
 - ระยะเวลาในการติดตาม ควรดำเนินการทันทีเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ
 - วิธีการในการติดตามอาจจะเป็นการใช้โทรศัพท์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

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

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

- สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรนำความเข้าใจความรู้สึกของผู้รับผลงาน คิดถึงผู้รับผลงาน ความต้องการ และประสบการณ์ที่ผู้รับผลงานได้รับเป็นเรื่องสำคัญที่สุด
- ปรับปรุงระบบงานที่เอื้อต่อการตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน อย่างเป็นองค์รวม

People-centered Care



นพ.อนุวัฒน์ ศุภชติกุล ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ว. บริการสุขภาพ (Health Service Offering)

(1) องค์กรกำหนดกลุ่มผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน และกลุ่มที่ให้ความสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- เป็นนโยบายของประเทศ
- เพื่อความสำเร็จหรือความมั่นคงทางการเงินขององค์กร
- เป็นปัญหาหรือความต้องการเฉพาะในพื้นที่
- เป็นกลุ่มที่มีความท้าทายหรือยังมีโอกาสปรับปรุง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

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

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประเมินความพึงพอใจ/ความผูกพัน

ก. ประสบการณ์ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Experience)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● Good Practice ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในระดับต่างๆ และมีการนำไปใช้ทั่วทั้งโรงพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> ● ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ

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

(i) ข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับบริการที่มีและวิธีการเข้าถึง;

(ii) สนับสนุนผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน มีความสะดวกในการเข้าถึงและรับบริการด้านสุขภาพ และการจัดการด้านสุขภาพตนเองและครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

- (3) องค์กรจัดการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน อย่างทันทั่วทั้งที่และมีประสิทธิผล:
- (i) องค์กรจัดให้มีกระบวนการร้องเรียนที่สามารถเข้าถึงได้โดยทั่วไปและมีการสื่อสารกระบวนการดังกล่าวแก่สาธารณะ
 - (ii) องค์กรมีกระบวนการในการตรวจสอบและแก้ไขข้อร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ภายในระยะเวลาที่กำหนด
 - (iii) องค์กรรวบรวมและวิเคราะห์ข้อร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงในภาพรวมขององค์กร

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจเป้าหมายของระบบการจัดการกับคำร้องเรียนของผู้รับบริการ (customer complaint management system) ว่าเพื่อปรับเปลี่ยนประสบการณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการให้เป็นประสบการณ์เชิงบวก และป้องกันการเกิดซ้ำ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

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

- (1) องค์กรประเมินความพึงพอใจ และความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ.
- (2) องค์กรประเมินความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

SPA I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patient Rights)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย (Patient Charter)

(1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย (Patient Rights Protection Process)

(1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและเคารพสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดทำสื่อเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วยในลักษณะที่เข้าใจง่าย โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยใน ควรเป็นเอกสารประจำห้องหรือประจำเตียง
- หน้าท่อนึ่งปฏิบัติของผู้ป่วย 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 ต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้อื่น
 - ข้อ 5 ผู้ป่วยพึงหลีกเลี่ยงการกระทำการใดๆ อันเป็นการรบกวนการปฏิบัติหน้าที่โดยชอบของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและบุคลากรสาธารณสุข หากมีกรณีที่ผู้ป่วยไม่เห็นด้วยต่อการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว ท่านสามารถให้

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

(3) มีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ตามรอยผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไปตามจุดบริการต่างๆ และพิจารณาว่าในแต่ละขั้นตอนของการให้บริการนั้น มีโอกาสอะไรบ้างที่จะละเมิดสิทธิผู้ป่วย
- ประมวลผลข้อมูล จัดลำดับความสำคัญ มอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการปรับปรุงและสร้างความเข้าใจ

(4) มีการจัดการเพื่อให้เกิดสวัสดิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ความแตกต่างทางเพศ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(6) องค์กรสร้างหลักประกันในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเป็นธรรม ผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(7) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิกได้รับการคุ้มครองสิทธิ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ศึกษาข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์
 - ความครอบคลุมของ “การศึกษารักษาและการทดลองในมนุษย์” หมายความว่า การศึกษาวิจัย และการทดลองเภสัชผลิตภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ การศึกษาธรรมชาติของโรค การวินิจฉัย การรักษา การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่กระทำต่อมนุษย์ รวมทั้งการศึกษารักษาจากเวชระเบียนและสิ่งส่งตรวจต่างๆ จากร่างกายของมนุษย์ด้วย
 - การได้รับความยินยอมจากผู้ถูกทดลอง และพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลองจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการทดลองนั้น
 - การปฏิบัติต่อผู้ถูกทดลองเช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - การรับผิดชอบต่ออันตรายหรือผลเสียหายเนื่องจากการทดลองที่บังเกิดต่อผู้ถูกทดลอง อันมิใช่ความผิดของผู้ถูกทดลองเอง
 - การได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมที่เกี่ยวข้องแล้วเท่านั้น
 - การปฏิบัติตามแนวทางจริยธรรมของการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ และจรรยาบรรณของนักวิจัย
- ผู้นำองค์กรวางระบบการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิก ควบคู่กับเป้าหมายการพัฒนาความรู้เพื่อการดูแลผู้ป่วย อาทิ
 - การจัดตั้งคณะกรรมการด้านจริยธรรม หรือการมีระบบอำนวยการความสะดวกในการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมภายนอก
 - 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

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายวางระบบการดูแลโดยพิจารณาประเด็นสำคัญต่อไปนี้
 - 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
 - เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและยาสำหรับเด็ก
 - เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษต่อเด็กที่ป่วยหนัก เด็กที่มีความผิดปกติทางร่างกายหรือประสาทสัมผัส เด็กที่เรื้อรังซ้ำ เด็กที่ไม่มีญาติมาเฝ้าดูแล
 - พ่อแม่หรือผู้ปกครองได้รับการส่งเสริมให้อยู่เฝ้าเด็กระหว่างการนอนโรงพยาบาล

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

(3) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกตัว หรือต้องถูกผูกยึด ได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(4) ผู้ป่วยที่มีอาจเกิดผลกระทบจากการจัดการดูแลตามกฎหมายเฉพาะ ควรได้รับการดูแลที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

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

องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.

ก. การวัดผลการดำเนินการ (Performance Measurement)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- IEAA เน้นผลการดำเนินการที่สำคัญแยกออกมาอีก 2 เรื่อง
 - ระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ ประสิทธิภาพของกระบวนการสำคัญ) ครอบคลุมข้อมูลที่ได้จาก กระบวนการตรวจสอบ (audit information) ข้อมูลจากการประเมิน ความเสี่ยง (risk assessment) ข้อมูลอุบัติการณ์เกี่ยวกับความ ปลอดภัยของผู้ป่วย และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (patient safety incidents/adverse events)
 - ผลการดำเนินการของระบบบริการ (ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของผลด้านการ มุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน) ครอบคลุมข้อมูลที่ได้จาก การร้องเรียน (complaint) คำชมเชยและข้อเสนอนะ (compliment and concerns) ตัววัดผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วย (patient reported outcome measures) รายงานความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (patient/ service user's satisfaction) รายงานการใช้ประโยชน์และประสิทธิภาพ ของบริการ (utilization and efficiency of services)
- การวัดผลการดำเนินการ (performance measurement) มักจะวัดเทียบ กับค่าคาดการณ์ มาตรฐาน ผลลัพธ์ที่ผ่านมา เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ขององค์กรอื่น
- องค์กรวัดผลการดำเนินการเพื่อ
 - นำมาใช้ในการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลจริง
 - เพื่อกำหนดทิศทางขององค์กร และจัดสรรทรัพยากรในระดับต่างๆ ให้ สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับทิศทางขององค์กร
 - ควบคุมกระบวนการให้เป็นไปตามที่ออกแบบไว้
 - รับทราบการบรรลุเป้าหมาย ปรับแผนหากไม่บรรลุเป้าหมาย กำหนด เป้าหมายในรอบต่อไปให้ท้าทายยิ่งขึ้น
- องค์กรกำหนดตัววัด จากแนวคิด (concept) ที่อยู่ในเป้าหมาย
 - เป้าหมายมีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับองค์กร (วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์), ระดับระบบงาน (เป้าหมายของระบบงาน), ระดับการดูแลผู้ป่วย (เป้าหมายการดูแลผู้ป่วย หรือ patient treatment goal), ระดับหน่วยงาน (เป้าหมายของหน่วยงาน), ระดับกระบวนการ (ลักษณะคุณภาพ ของกระบวนการ หรือ process requirement), ระดับโครงการพัฒนา (เป้าหมายของการพัฒนา)
 - แนวคิดในเป้าหมาย คือ Keyword ที่เป็นคำคุณศัพท์ ลักษณะคุณภาพ หรือมิติคุณภาพ

- จากแนวคิดสู่ตัววัด ควรพิจารณาตัวเลือกต่าง ๆ ตั้งแต่ต้นน้ำ (ทรัพยากรและการเตรียมความพร้อมของทรัพยากร) กลางน้ำ (กระบวนการทำงาน) ปลายน้ำ (ผลลัพธ์ ผลผลิต ผลกระทบ) ซึ่งอาจจะเป็นตัวเลขวจากการนับ การวัด หรือนำมาคำนวณเป็นสัดส่วน
 - ตัววัดตัวเดียวกันอาจมีวิธีการนำเสนอข้อมูลได้หลายแบบ เช่น จำนวนหรืออัตราหรือช่วงห่างของการเกิดเหตุการณ์ ระยะเวลาหรืออัตราที่ผ่านเกณฑ์ เป็นต้น
- 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 เป็นต้น (2) เลือกตัววัดสำคัญบางตัวจากบางหน่วยมาเป็นตัววัดขององค์กร เช่น clinical outcome indicator เป็นต้น
 - ใช้ตัววัดที่ต่างกัน เช่น ปรับหน่วยวัดเพื่อรวมตัววัดที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น การรวมอุบัติการณ์ตามระดับความรุนแรง หรือ

ประมาณการความเสียหายของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นวันนอนที่เพิ่มขึ้น/ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลจริง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(3) ระบบการวัดผลการดำเนินการขององค์กรมีความคล่องตัว และสามารถให้ข้อมูลได้อย่างทันทั่วถึงเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับปรุงระบบการวัดการดำเนินงานขององค์กร	● ความรวดเร็วในการปรับระบบวัดผลการดำเนินงานเพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลง

ข. การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน (Performance Analysis and Review)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ก. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ (Using Data for Performance Improvement)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง นำผลการทบทวนผลการดำเนินการมากำหนดลำดับความสำคัญของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและโอกาสสร้างนวัตกรรม (ซึ่งอาจจะเรียกว่าเข็มมุ่ง หรือจุดมุ่งเน้นในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ก็ได้)
 - ใช้ผลการดำเนินการที่ติดตามในข้อ I-4.1ก(1) การใช้ข้อมูลเปรียบเทียบในข้อ I-4.1ก(2) และผลการวิเคราะห์ข้อมูลในข้อ I-4.1ข
 - กำหนดประเด็นสำคัญที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายหรือต้องการเร่งรัด เพื่อให้ทั้งองค์กรร่วมกันพัฒนาหรือสร้างนวัตกรรม และกำหนดลำดับความสำคัญอย่างชัดเจน
- การถ่ายทอดและติดตาม
 - ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดลำดับความสำคัญเพื่อการพัฒนาและสร้างนวัตกรรมที่กำหนดขึ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการ 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) ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.

ก. ข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information)

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) องค์กรทำให้มั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นมีความพร้อมใช้สำหรับบุคลากร ผู้บริหาร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และหน่วยงานภายนอก ในรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้งานและทันต่อเหตุการณ์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ข. ความรู้ขององค์กร (Organizational Knowledge)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

การทำ Benchmark กับองค์กรภายนอกที่ทำได้ดี, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลภายนอกในเวทีต่างๆ เป็นต้น

- การผสมและหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ใหม่ที่จะสร้างความได้เปรียบให้องค์กร อาจเป็นการประมวลความคิดเห็นหรือเกี่ยวข้องกับการจัดการชุดข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) และประเภทของสารสนเทศที่หลากหลาย (เช่น ตัวเลข วิดีทัศน์ ข้อความ เป็นต้น) รวมถึงการใช้ Data Science & Data Analytics ที่ซับซ้อน
- การรวบรวมและนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการสร้างนวัตกรรมและวางแผนกลยุทธ์ อาจจะเป็นความรู้จากการติดตามประเมินผลงานภายในองค์กร หรือความรู้จากภายนอก
- การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการดูแลรักษา มาประยุกต์ใช้ เช่น การใช้ Gap Analysis วิเคราะห์โอกาสพัฒนา, การใช้แนวคิด Human Factors Engineering เพื่อออกแบบระบบงานให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ง่าย, การตามรอยการปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยเน้นความครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญให้มากที่สุด และเชื่อมโยงกับการวัดผลทางด้านคลินิก เป็นต้น
- 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 เป็นต้น) และแนวทางการปฏิบัติที่ดี
 - การจัดทำบัญชีรายการกิจกรรมพัฒนาในลักษณะต่างๆ ซึ่งอาจประมวลผลย้อนหลังไป 3-5 ปี
 - การระบุหน่วยงานที่มีผลงานดี (จากตัววัดผลของหน่วยงาน เปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่น)
 - การระบุแนวทางปฏิบัติที่ดี (จากผลงานตัววัดของหน่วยงาน หรือจากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ)
 - การจัดทำสรุปย่อแนวทางปฏิบัติที่ดีเพื่อประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- การแลกเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติที่ดี ผ่านเวทีและช่องทางการสื่อสารต่างๆ
 - การขยายผลการปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร โดยผู้นำมีบทบาทอย่าง

Proactive

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● วิธีการและตัวอย่างการขยายผลการนำแนวทางปฏิบัติที่ดีไปใช้ในส่วนอื่นๆ ขององค์กร	● ประสิทธิภาพในการคัดสรรและขยายผลแนวทางปฏิบัติที่ดี

(3) องค์กรใช้ความรู้และทรัพยากรขององค์กร ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทุกระดับให้ความสนใจแนวคิดการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร ซึ่งหมายความว่า การเรียนรู้ควรเป็น
 - ส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวันที่ทำจนเป็นกิจวัตร
 - สิ่งที่ส่งผลต่อการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุโดยตรง

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

SPA I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (Workforce Environment)

องค์กรบริหารขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อต่อ สวัสดิภาพ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร.

ก. ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร (Workforce Capability and Capacity)

(1) องค์กรจัดทำแผนบุคลากร:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) องค์กรมีวิธีการที่มีประสิทธิผล ในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และดูแลบุคลากรใหม่:

- (i) การรวบรวม ตรวจสอบ 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 ซึ่งติดตามแพทย์อิสระ มาให้บริการแก่ผู้ป่วยและมีได้เป็นบุคลากรขององค์กร เป็นผู้ที่มีหลักฐานคุณสมบัติเหมาะสมตามข้อกำหนดขององค์กร
 - มีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการระบุหน้าที่รับผิดชอบและจัดมอบหมายงานทางคลินิก บนพื้นฐานของคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
 - มีการจัดทำและเก็บรักษาแฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรแต่ละคน ตามรูปแบบมาตรฐานและมีความเป็นปัจจุบัน
 - มีการทบทวนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และขอบเขตการปฏิบัติงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำ อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 3 ปี

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(3) องค์กรเตรียมบุคลากรให้พร้อมต่อความต้องการขององค์กรที่กำลังเปลี่ยนแปลง เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการลดบุคลากรและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากบุคลากรไม่เพียงพอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(4) องค์กรจัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ สนับสนุนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น รวมทั้ง ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร:

- (i) กำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพและและผู้ปฏิบัติงานอื่น;
- (ii) มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถ และข้อกำหนดในกฎหมาย;
- (iii) กลไกการทำงานและแนวทางสนับสนุน การประสานงานภายใน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการประสานงานกับบริการภายนอกที่เกี่ยวข้อง;
- (iv) มีการกำกับดูแล สนับสนุน และให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม;
- (v) ทบทวนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และสิทธิการดูแลรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 3 ปี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

การกำหนดเป้าหมาย การรายงานและติดตามผล การเรียนรู้ เป็นต้น) อะไรเป็นจุดแข็ง อะไรเป็นโอกาสพัฒนา

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

- การจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ มาตรการที่ใช้ร่วมกัน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการพัฒนาการบริหารและจัดระบบบุคลากรตามโอกาสพัฒนาที่พบ มีการกำกับดูแล สนับสนุน และให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ข. การสนับสนุนการทำงานและสวัสดิภาพของบุคลากร
(Workforce Work Support and Security)

(1) องค์กรสร้างความมั่นใจในการปรับปรุงและสนับสนุนเพื่อให้บุคลากรเข้าถึงสิ่งจำเป็นในการทำงานได้อย่างสะดวกและตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดและสำรวจว่าสิ่งจำเป็นในการทำงานสำหรับบุคลากรมีอะไรบ้าง
 - ความสะดวกในการเข้าถึงสถานที่ทำงานที่จะช่วยเพิ่มผลผลิตในการทำงานสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดและบุคลากรทั่วไป ทั้งในด้านกายภาพ เทคโนโลยี และทัศนคติ
 - เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการทำงาน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานของบุคลากรตามโอกาสพัฒนาที่พบ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) องค์กรทำให้มั่นใจว่าสถานที่ทำงานมีสวัสดิภาพสำหรับบุคลากร มีการประเมินความปลอดภัยของสถานที่ทำงาน มีมาตรการปกป้องคนทำงานจากความรุนแรง การกลั่นแกล้ง การคุกคาม และการล่วงละเมิด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(3) องค์กรกำหนดจำนวนชั่วโมงการทำงานโดยคำนึงถึงสุขภาพ ความเครียด และประสิทธิภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบให้ผู้เกี่ยวข้องพิจารณาชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม เพื่อให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่มีผลเสียต่อสุขภาพ โดยพิจารณาข้อมูลต่างๆ อย่างสมดุล
 - ภาระงานและจำนวนบุคลากรที่มีอยู่

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ก. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (Workforce Health and Safety)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ที่มงานที่เกี่ยวข้องข้องศึกษาและทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของบุคลากรสุขภาพ
 - การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ
 - จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข CDC
- ที่มงานที่เกี่ยวข้องข้องศึกษาเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากร (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)
- ที่มงานที่เกี่ยวข้องข้องประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากรอย่างเป็นระบบ โดยพิจารณาให้สอดคล้องกับลักษณะงานของบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน วางแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันอันตราย การปฏิบัติเมื่อ Expose ต่อความเสี่ยง รวมทั้งการให้ความรู้ การจัดระบบรายงานและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อให้สามารถประเมินการปฏิบัติตามแนวทางและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ โดยครอบคลุม
 - ความเสี่ยงจากการทำงานที่พบบ่อย เช่น Sprains, Strains, Contusion, Cuts, Punctures เป็นต้น
 - ความเสี่ยงจากปัจจัยด้านการยศาสตร์ หรือความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
 - ความเสี่ยงจากการทำงานที่มีอันตรายสูง เช่น การติดเชื้อ สารเคมี (ยาเคมีบำบัด ยาดมสลบ สารเคมีในห้องปฏิบัติการ) บั้จจัยทางกายภาพ (รังสีความร้อน ไฟฟ้า เลเซอร์) และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น
 - ความเสี่ยงอื่นๆ เช่น ความเครียดจากการทำงาน ความรุนแรง ความก้าวร้าว การคุกคาม
 - อันตรายที่สามารถป้องกันได้ด้วยกรให้วัคซีน ยา หัตถการ และการใช้อุปกรณ์ป้องกัน
 - จัดให้ได้รับวัคซีนป้องกันโรคสำหรับบุคลากรในสายงาน/หน่วยงานต่างๆ หรือทดสอบการมีภูมิคุ้มกันโรคตามความเหมาะสม และบันทึกประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรคในประวัติสุขภาพ โดยวัคซีนที่ควรพิจารณา ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีสำหรับผู้ที่มี

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) บุคลากรทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพ.

(i) บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงานและมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน;

(ii) บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินสมรรถภาพการทำงาน และเพื่อประเมินการเจ็บป่วยหรือการติดเชื้อเนื่องจากการทำงาน ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ
- พฤติกรรมสุขภาพ
- ที่มงานที่เกี่ยวข้องจัดระบบให้ข้อมูลสุขภาพของบุคลากรมีความเชื่อมต่อกับบันทึกสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และสามารถเข้าถึงได้ตามความเหมาะสม
- ที่มงานที่เกี่ยวข้องจัดระบบการตรวจสุขภาพประจำปี (หรือบ่อยกว่านั้น) เพื่อประเมินสมรรถภาพการทำงาน และเพื่อประเมินการเจ็บป่วยหรือการติดเชื้อเนื่องจากการทำงาน ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ ประมวลผลข้อมูล และตอบสนองอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ที่มงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน
- ที่มงานที่เกี่ยวข้องจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย / บาดเจ็บ, ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ, การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อ / เจ็บป่วย / บาดเจ็บ, การจำกัดการปฏิบัติหน้าที่
- ที่มงานที่เกี่ยวข้องซักซ้อมความเข้าใจ ตรวจสอบความพร้อม และตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
- ที่มงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วย / บาดเจ็บจากการทำงานและทบทวนมาตรการป้องกัน / การดูแล

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(4) องค์กรเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ.

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

จ. ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร (Workforce Life and Well-being)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

SPA I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร (Workforce Engagement)

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อรักษาบุคคลไว้ และให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี.

ก. การประเมินความผูกพันของบุคลากร (Assessment of Workforce Engagement)

(1) องค์กรกำหนดปัจจัยที่ขับเคลื่อนให้เกิดความผูกพันของบุคลากร ในแต่ละกลุ่ม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) องค์กรประเมินความผูกพัน และความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่ม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(3) องค์กรนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ในการสร้างความผูกพันกับบุคลากรเพื่อให้บุคลากรมีแรงจูงใจที่จะสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ข. วัฒนธรรมองค์กร (Organizational Culture)

<p>(1) องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร:</p> <ul style="list-style-type: none">(i) มีการสื่อสารที่เปิดกว้าง;(ii) มีการทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดี;(iii) เอื้อต่อการนำวิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์กรไปใช้;(iv) เสริมพลังบุคลากร;(v) เห็นคุณค่าและความหมายของคนและงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันทำความเข้าใจความหมายและแนวคิดต่อไปนี้
 - การทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดีหรือมีผลการปฏิบัติงานที่ดี (high performance) ประกอบด้วยลักษณะต่าง ๆ ได้แก่
 - การมีจุดเน้นที่สอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร
 - การมุ่งเน้นผู้ป้อนและผู้รับผลงาน และการตอบสนองต่อความต้องการของธุรกิจและตลาดที่เปลี่ยนแปลงไป
 - ความยืดหยุ่น การสร้างนวัตกรรม การเอื้ออำนาจในการตัดสินใจ การแบ่งปันความรู้และทักษะ การสื่อสารและการถ่ายทอดสารสนเทศที่ดี
 - บุคลากรที่ผูกพันกับองค์กรจะทำให้ผลการดำเนินการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ องค์กรประกอบสำคัญในการสร้างความผูกพันกับองค์กร ได้แก่
 - การทำงานที่มีคุณค่า ทัศนคติทางขององค์กรชัดเจน
 - มีสำนึกในภาระความรับผิดชอบต่อผลการดำเนินการ
 - มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย มีความไว้วางใจ เชื่อใจ มีประสิทธิผล และให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน

- ความสอดคล้องของงานกับค่านิยมของบุคลากรแต่ละคนทำให้มีแรงจูงใจและตระหนักในคุณค่าของงาน
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันวางแผนเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมที่ช่วยให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดีดังนี้
 - วัฒนธรรมการสื่อสารที่เปิดกว้าง
 - มีช่องทางสื่อสารข้อมูลสำคัญจากผู้นำให้บุคลากรรับรู้อย่างทั่วถึง
 - บุคลากรมีโอกาสซักถามในประเด็นข้อสงสัยและได้รับคำตอบ
 - บุคลากรมีโอกาสเสนอข้อคิดเห็นที่สร้างสรรค์ ความคิดเห็นที่แตกต่างและหลากหลาย
 - มีบรรยากาศของความไว้วางใจในการรายงานและให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติเหตุ
 - มีบรรยากาศของความปลอดภัยในการเสนอความคิดเห็นในเวทีประชุมต่างๆ
 - มีการใช้เครือข่ายที่ไม่เป็นทางการในการสื่อสาร
 - วัฒนธรรมการทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดี
 - การมีจุดเน้นที่สอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร มีการถ่ายทอดเป้าหมายไปสู่ระดับและทีมงานต่างๆ โดยที่ทีมงานสามารถปรับเป้าหมายให้อยู่ในวิสัยที่เป็นไปได้ (catch ball technique หรือ hoshin planning) การส่งเสริมให้แต่ละคนมีเป้าหมายการทำงานที่วัดได้และมีความหมาย
 - การมุ่งเน้นคุณค่าที่ผู้ช่วยและผู้รับผลงานจะได้รับ ด้วยการทำความเข้าใจความต้องการของผู้ช่วยและผู้รับผลงานอย่างลึกซึ้งในทุกด้าน
 - ความร่วมมือ การสื่อสารและการแบ่งปันความรู้/ทักษะ ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพต่างสาขา ต่างหน่วยงาน และต่างสถานที่
 - วัฒนธรรมที่เอื้อต่อการนำวิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์กรไปใช้
 - ความชัดเจนในการแปลความหมายวิสัยทัศน์และค่านิยมให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน รวมทั้งการให้อิสระในการแปลความหมายแก่บุคลากร
 - ผู้นำส่งเสริมให้บุคลากรเชื่อมโยงการปฏิบัติงานประจำกับวิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์กร

- วัฒนธรรมการเสริมพลังบุคลากร
 - การให้อำนาจตัดสินใจ และความคิดริเริ่ม เช่น การกำหนดทรัพยากรที่บุคลากรสามารถตัดสินใจใช้เพื่อแก้ปัญหาหาหนทางได้เอง ระบบข้อเสนอแนะ การมีแรงจูงใจให้เสนอแนะนำความคิดริเริ่มมาปฏิบัติ
 - ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากวัฒนธรรม และความคิดเห็นที่หลากหลายของบุคลากร เช่น ระบบข้อเสนอแนะ การสนทนากลุ่มในสมาชิกที่มีลักษณะหลากหลาย การนำวัฒนธรรมในท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ
- วัฒนธรรมการเห็นคุณค่าและความหมายของคนและงาน
 - บุคลากรได้รับการฝึกฝนให้เติบโตด้านในหรือรับรู้ชีวิตด้านใน (Inner life) เห็นคุณค่าของตัวเอง เพื่อนร่วมงาน และคนรอบข้าง รับรู้และเข้าใจว่าทุกคนมีความหมาย มีการทำงานด้วยความตระหนักในคุณค่าและความหมายของงานกับตัวเอง กับเพื่อนร่วมงาน กับองค์กร มีส่วนร่วมกับชุมชน มีพลังศรัทธาในงานและชีวิต โดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อรับรู้ความรู้สึกของคนทำงานและสร้างเป้าหมายร่วมกัน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ก. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร (Performance Management and Development)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับ Performance Management System
 - Performance Management System-PMS เป็นเครื่องมือในการบริหาร ที่เน้นการสื่อสารระหว่างผู้บริหารกับบุคลากร ให้ทุกคนมีจุดสนใจร่วมกันที่พันธกิจ ทิศทางและค่านิยมขององค์กร ทำให้ผู้บริหารสามารถนำพลังของบุคลากรมาใช้เพื่อบรรลุประโยชน์ของทั้ง 3 ฝ่าย คือ การบรรลุเป้าประสงค์ขององค์กร ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และประโยชน์ต่อบุคลากร
 - องค์กรประกอบที่สำคัญของระบบ
 - การสื่อสารเพื่อให้ทุกคนเข้าใจเป้าหมายของระบบ PMS และเกิดความตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา
 - การที่ทุกคนมีบทบาทที่ชัดเจนในเรื่องนี้ เริ่มจากผู้นำระดับสูง กำหนด Strategic Priorities ซึ่งจะถูกถ่ายทอดมาเป็นเป้าหมายในระดับต่างๆ ที่ผู้นำจะถูกประเมินผลงาน หัวหน้าหน่วยงานใช้ประเมินผลงานของบุคลากรและพูดคุยกับบุคลากรแต่ละคน
 - การพัฒนาทักษะของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งผู้นำและบุคลากร (บุคลากรควรเป็นผู้จัดทำ Performance Plan ของตนหลังจากที่ได้รับทราบข้อมูลของหน่วยงานและเป้าหมายของหัวหน้า เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการพูดคุยระหว่างหัวหน้างานกับบุคลากรในหน่วยงาน

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณากำหนดสมดุลงานของการพัฒนาบุคลากร ดังตัวอย่างในแนบมาต่อไปนี้
 - สมดุลระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเองกับการเรียนรู้ตามหลักสูตรที่มีการจัดอบรม

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

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

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(3) องค์กรประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา โดยพิจารณาเชื่อมโยงกับผลการประเมินความผูกพันของบุคลากร ผลการปฏิบัติงานของบุคลากร และผลการดำเนินการขององค์กรร่วมด้วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

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

(4) องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากร วางแผนการสร้างผู้บริหารและผู้นำในอนาคต.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

SPA I-6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

องค์กรออกแบบจัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ มีการจัดการเครือข่ายอุปทาน และมีการจัดการนวัตกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. การออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงาน
(Healthcare Service and Processes Design)

(1) องค์กรระบุข้อกำหนดบริการสุขภาพที่สำคัญ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- กระบวนการซึ่งเกี่ยวข้องกับความสำเร็จขององค์กร หรือ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร
- สนับสนุนให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ขับเคลื่อน PDSA ในกระบวนการสำคัญที่ระบุไว้ใน Service Profile ของหน่วยงาน (สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน ค้นหาโอกาสพัฒนา ควบคุมกำกับการทำงาน ติดตามการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน และดำเนินการพัฒนาต่อเนื่อง)
- กระบวนการสำคัญใน 3 กลุ่มที่กล่าวมา คือ กระบวนการจัดบริการสุขภาพ กระบวนการทางธุรกิจ และกระบวนการสนับสนุน (ซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับ Service Profile ของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือในมาตรฐานตอนที่ II และ III)
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบแต่ละกระบวนการสำคัญ ทำความเข้าใจขอบเขตของกระบวนการสำคัญในที่นี้ ว่าเป็นการมองกระบวนการจากระดับองค์กร หนึ่งกระบวนการอาจจะหมายความถึงงานของหน่วยงานทั้งหน่วย และเราอาจจะคุ้นเคยกันในชื่อของระบบงาน เช่น กระบวนการเวชระเบียน ซึ่งเราคุ้นเคยกันในชื่อระบบเวชระเบียน ขณะที่บางระบบงานอาจจะแตกออกเป็นกระบวนการสำคัญจำนวนหนึ่ง เช่น ระบบ IC อาจจะจำแนกออกเป็นกระบวนการเผื่อรังการติดเชื้อ 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"> ● ตารางสรุปกระบวนการสำคัญและข้อกำหนดของแต่ละกระบวนการ (ครอบคลุมให้มากที่สุด) ● ตัวอย่างการออกแบบกระบวนการเพื่อตอบสนองต่อข้อกำหนด ตามแนวคิดการออกแบบต่างๆ ใน I-6.1ก(3) 	

ข. การนำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติและปรับปรุงกระบวนการ (Process Management and Improvement)

(1) องค์กรทำให้มั่นใจว่าการปฏิบัติงานประจำวันของกระบวนการทำงานต่างๆ เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ. มีการใช้ข้อมูล / ตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(2) องค์กรจัดทำ อนุมัติ ทบทวน และปรับปรุงเอกสารนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนการดำเนินงานและระเบียบปฏิบัติสำหรับหน้าที่สำคัญขององค์กรตามระยะเวลาที่กำหนด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- ระบุการมี Feedback Loop ระหว่างขั้นตอนสำคัญเพื่อให้มั่นใจว่ามีการส่งต่อระหว่างขั้นตอนตามที่คาดหวังไว้
- ระบุข้อมูลที่จะต้องมีการติดตาม (monitor)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(3) องค์กรมีกระบวนการสนับสนุนที่เอื้อต่อการบรรลุสัมฤทธิ์ผลของบริการสุขภาพและความต้องการสำคัญขององค์กร

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- ออกแบบกระบวนการสนับสนุนเพื่อให้ตอบสนองความต้องการสำคัญขององค์กร นำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติ มีการควบคุมกำกับเช่นเดียวกับการจัดการกระบวนการสำคัญ มีการประเมินผลการตอบสนองความต้องการสำคัญขององค์กร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปความต้องการสำคัญขององค์กรที่มีต่อกระบวนการสนับสนุนต่างๆ	● การที่กระบวนการสนับสนุนตอบสนองความต้องการสำคัญขององค์กร

(4) องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อ:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- ใช้ Control Chart ศึกษา Variation ของกระบวนการและตอบสนองต่อ Variation ตามลักษณะว่าเป็น Special Cause หรือ Common Cause ถ้าเป็น Special Cause ก็ต้องหาสาเหตุให้พบและตอบสนองตามสาเหตุ ถ้าเป็น Common Cause ต้องคิดถึงการออกแบบกระบวนการใหม่
- ใช้แนวคิด Safety-II เรียนรู้จากการทำงานประจำที่ไม่เกิดอุบัติการณ์แต่มี 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	● ผลกระทบสำคัญที่เกิดจากการปรับปรุงกระบวนการ

ก. การจัดการเครือข่ายอุปทาน (Supply Network Management)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

จ. การจัดการนวัตกรรม (Innovation Management)

(1) องค์กรส่งเสริมให้นำโอกาสเชิงกลยุทธ์และโอกาสสร้างนวัตกรรมอื่นๆ มาพัฒนา นวัตกรรม มีการสนับสนุนการเงินและทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

คุณค่าหรือสร้างคุณค่าใหม่ให้แก่ผู้รับผลงานหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

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

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

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

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้เกี่ยวข้องต้องทำความเข้าใจจุดเน้นสำคัญของการปฏิบัติตามมาตรฐานเรื่องนี้
 - นักศึกษาและผู้รับการฝึกได้เรียนรู้และฝึกทักษะตามข้อกำหนดของหลักสูตร
 - นักศึกษาและผู้รับการฝึกมีความเข้าใจและเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ผ่านการได้เห็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นต้นแบบที่ดี และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัย
 - คุณภาพและความปลอดภัยสำหรับผู้วยที่ได้รับการดูแลจากนักศึกษาและผู้รับการฝึก
- องค์กรให้ความสำคัญกับบทบาทต่อไปนี้
 - การสร้างต้นแบบที่ดีของระบบคุณภาพ
 - การใช้ทุกโอกาสและกรณีศึกษาเพื่อสร้างการเรียนรู้ให้แก่นักศึกษาและผู้รับการฝึกให้มากที่สุด
 - การมีนโยบายและแนวปฏิบัติ ระบบกำกับดูแล ระบบให้คำปรึกษา และระบบติดตาม เพื่อเป็นหลักประกันความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

SPA I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (Operation Effectiveness)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการบริหารจัดการในการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ (Process Efficiency and Effectiveness)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ความพยายามในการเพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของกระบวนการ	● ผลลัพธ์ของการปรับปรุง

ข. การจัดการระบบสารสนเทศ (Information System Management)

(1) องค์กรทำให้นั่นใจในความเชื่อถือได้ (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)
● การปรับปรุงความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ	● ผลการประเมินความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- จัดให้มีระบบรักษาความลับของข้อมูล/สารสนเทศ และกำหนดการเข้าถึงตามสิทธิที่เหมาะสม (ทั้งการเข้าถึงทางกายภาพ และการเข้าถึงทางอิเล็กทรอนิกส์)
 - การระบุผู้ที่ได้รับสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศแต่ละประเภท
 - ข้อผูกพันของผู้ใช้ในการรักษาความลับของสารสนเทศ
 - กระบวนการที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการละเมิดการรักษาความลับ
 - การปกป้องคุ้มครองข้อมูลและสารสนเทศไม่ให้ถูกแก้ไขดัดแปลง และเข้าถึงหรือนำไปใช้โดยผู้ที่ไม่ได้รับอนุญาต
- วางแผน เตรียมการ ฝึกซ้อม ตรวจสอบ เพื่อให้มั่นใจในความมั่นคงปลอดภัย และพร้อมใช้ของข้อมูลและระบบสารสนเทศในกรณีเกิดภัยพิบัติ
- ทำให้มั่นใจว่าบุคลากร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน พันธมิตร และผู้ส่งมอบ เข้าใจและปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนในด้านความปลอดภัย และการรักษาความมั่นคงทางโลกไซเบอร์
- การรักษาความปลอดภัยบนไซเบอร์ (cybersecurity) ซึ่งครอบคลุมการปกป้องมิให้เกิดการสูญเสียข้อมูลที่มีความอ่อนไหวเกี่ยวกับบุคลากร ลูกค้า และองค์กร, การป้องกันสิทธิ์ทางปัญญา, การปกป้องมิให้เกิดการรั่วไหล, และนำข้อมูลไปใช้ในทางที่ผิดที่ส่งผลด้านการเงิน กฎหมาย และชื่อเสียงขององค์กร
 - เฝ้าระวังสิ่งคุกคามความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยบนไซเบอร์
 - ระบุและจัดลำดับความสำคัญของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และประเภทของข้อมูล/สารสนเทศ เพื่อการรักษาความมั่นคงปลอดภัย/ป้องกันภัยจากการโจมตีบนไซเบอร์
 - ป้องกันระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจากการโจมตีบนไซเบอร์
 - ตรวจสอบ ตอบสนอง และฟื้นฟู/กู้คืนจากการถูกโจมตีทางไซเบอร์
 - ฝึกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ศึกษา ทำความเข้าใจแบบแผนและปริมาณของการใช้สื่อสังคมในการส่งข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษา (เช่น การปรึกษา การส่งต่อ เป็นต้น)
- ศึกษาแนวทางต่างๆ
 - แนวทางปฏิบัติในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
 - ข้อแนะนำขององค์กรวิชาชีพ
- เชิญชวนผู้เกี่ยวข้องมาแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดการรั่วไหลของข้อมูลที่ควรเป็นความลับของผู้ป่วยสู่สังคมภายนอก และแนวทางการป้องกัน เช่น
 - การหลีกเลี่ยงขอคำปรึกษาในกลุ่ม และการปรึกษาผู้ป่วยครั้งละหลายๆ คน พร้อมกัน
 - การลบข้อมูลบ่งชี้ตัวผู้ป่วยออกจากภาพหรือข้อมูล และใช้รหัสทดแทนตามความเหมาะสม (แต่ก็พึงตระหนักว่าแม้ลบข้อมูลบ่งชี้่ออกแล้ว บางกรณีก็อาจจะสามารถระบุตัวผู้ป่วยได้)
 - การลบข้อมูลทันทีที่หมดความจำเป็น
- ใช้ความเห็นร่วมของผู้เกี่ยวข้องเป็นหลักในการขับเคลื่อน มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่หนุนเสริมความเห็นร่วมเหล่านั้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

ค. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน (Safety and Emergency/Disaster Preparedness)

(1) องค์กรทำให้เกิดสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงการป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ต้นเหตุของความล้มเหลว และการทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับปรุงมาตรการป้องกัน ข้อมูลแสดงความพร้อมในการรับมือกับเหตุการณ์ที่ไม่ปลอดภัย	

(2) องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เพื่อระบุภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และส่งผลต่อความต้องการด้านบริการสุขภาพในพื้นที่.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่โรงพยาบาล มีโอกาสประสบ ผลกระทบต่อการดำเนินงาน และความต้องการบริการที่จะเกิดขึ้น	

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

- ความพร้อมของระบบต่างๆ กำลังคน ผู้ส่งมอบ และพันธมิตร ที่ต้องรองรับเมื่อเกิดภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน
- จุดที่ไม่สมควรเปิดให้บริการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน จุดอ่อนแหลมที่จะเกิดความขลุกขลักในการปฏิบัติเมื่อเกิดสถานการณ์จริงในระดับรุนแรงกว่าที่คาด

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

(4) องค์กรดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทดสอบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

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

มาตรฐานตอนที่ I เป็นข้อกำหนดเกี่ยวกับการบริหารองค์กรในภาพรวม ซึ่งเป็นบทบาทโดยตรงของผู้บริหารระดับสูง แต่จะเกิดผลได้ต้องมีการถ่ายทอดลงไปเป็นลำดับชั้นจนถึงผู้ปฏิบัติงาน จึงเป็นหน้าที่ของผู้บริหารระดับต้นที่จะต้องทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างทิศทางนโยบายที่กำหนดโดยผู้บริหารระดับสูงกับผู้ปฏิบัติงาน

แนวทางต่อไปนี้เป็นคำถามที่ผู้บริหารระดับต้นจะใช้เพื่อสร้างการเรียนรู้กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของตน

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง

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

I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม

- อะไรคือจุดแข็งของผู้นำและระบบการนำขององค์กร ถ้าได้พิเศษ เราอยากให้มีการปรับปรุงในเรื่องผู้นำและระบบการนำอะไรบ้าง
- สมมติว่าเราเป็นตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กร เราจะเสนอแนะให้องค์กรทำอะไรบ้าง

- หน่วยงานของเรามีบทบาทอย่างไรในการป้องกันผลกระทบเชิงลบเนื่องจากการจัดบริการขององค์กร
- หน่วยงานของเรามีบทบาทอย่างไรในการทำให้องค์กรปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย
- หน่วยงานของเรามีบทบาทอย่างไรในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม
- อะไรคือโอกาสเกิดพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรมในหน่วยงานเราท่าน หน่วยงานของเรามีการป้องกันและป้องปรามพฤติกรรมเหล่านั้นอย่างไร เราจะรับรู้ได้อย่างไรว่ามีการปฏิบัติที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรมเกิดขึ้น

I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์

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

I-2.2 ทรนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

- หน่วยงานของเรามีส่วนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์อะไรบ้าง นอกจากการจัดทำแผนปฏิบัติการแล้ว มีวิธีการอย่างไรเพื่อให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว
- หน่วยงานของเราได้รับการสนับสนุนทรัพยากรอะไรบ้างเพื่อปฏิบัติตามแผน หน่วยงานของเราพบความขาดแคลนที่มีผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนหรือไม่ อย่างไร

- เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของแผนปฏิบัติการและแผนกลยุทธ์ หน่วยงานของเราจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนในด้านทรัพยากรบุคคลอะไรบ้าง (จำนวน ความสามารถ รูปแบบการทำงาน)
- ตัวชี้วัดของหน่วยงานของเราสอดคล้องกับตัวชี้วัดในวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ข้อใดบ้าง ที่ทีมงานของเรามีโอกาสดูผลงานขององค์กรและของหน่วยงานอื่นๆ ในตัวชี้วัดดังกล่าวหรือไม่ มีการสรุปผลการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานและองค์กรอย่างไร

I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

- กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของหน่วยงานคืออะไร กลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มที่องค์กรมุ่งเน้นหรือไม่
- ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสำคัญของหน่วยงานของเราคืออะไรบ้าง ความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับบริการที่หน่วยงานของเราเหมือนหรือต่างจากผู้รับบริการที่หน่วยงานอื่นอย่างไร ความต้องการและความคาดหวังที่ทีมงานตอบสนองได้ดีมีอะไรบ้าง
- ถ้าจะทำให้หน่วยงานของเรามุ่งเน้นผู้ป่วยให้มากขึ้น ควรทำอะไรบ้าง มีโอกาสสร้างนวัตกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับบริการอะไรบ้าง
- หน่วยงานของเรามีวิธีการรับรู้เสียง (ความต้องการ ความคาดหวัง ประสบการณ์) ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างไรบ้าง วิธีใดที่ได้ผลดี มีโอกาสปรับปรุงวิธีการรับรู้อะไรได้อีกบ้าง

I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

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

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย

- ประเด็นสิทธิผู้ป่วยที่หน่วยงานของเราให้ความสำคัญมีอะไรบ้าง มีการดำเนินการอย่างไรในเรื่องเหล่านั้น
- ประเด็นสิทธิผู้ป่วยที่ยังไม่ชัดเจนในการปฏิบัติ หรือยังปฏิบัติได้ไม่ดีมีอะไรบ้าง มีข้อเสนอเพื่อปรับปรุงอย่างไร

- หน่วยงานของเรารับผู้ป่วยต่อไปนี้หรือไม่: ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลระดับประคอง เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ท่านมีแนวทางปฏิบัติอย่างไรเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยดังกล่าว

I-4.1 การวัด วัตถุประสงค์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร

- หน่วยงานของเราใช้ตัวชี้วัดอะไรบ้างเพื่อติดตามผลการปฏิบัติงานประจำวัน หรือความถี่ การปฏิบัติงานให้เป็นไปตามข้อกำหนด
- หน่วยงานของเราใช้ตัวชี้วัดอะไรบ้างเพื่อติดตามการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน เป้าหมายดังกล่าวสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์อะไรบ้าง
- การติดตามตัวชี้วัดดังกล่าวนำไปสู่การตัดสินใจหรือการพัฒนาคุณภาพอะไรของหน่วยงาน
- หน่วยงานมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร เพื่อประเมินผลการดำเนินงานและชี้ความสามารถของหน่วยงาน
- องค์กรมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร หน่วยงานได้รับทราบและใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์ดังกล่าวอย่างไร
- หน่วยงานของเรานำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ประโยชน์เพื่อกำหนดโอกาสพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอย่างไร

I-4.2 การจัดการสารสนเทศ และการจัดการความรู้

- ข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นเพื่อการบริการ การบริหารและพัฒนาหน่วยงานของเรามีอะไรบ้าง ระบบสารสนเทศขององค์กรสนับสนุนให้เราได้รับข้อมูลดังกล่าวเพียงใด
- สมาชิกในหน่วยงานเชื่อมั่นในระบบสารสนเทศขององค์กรเพียงใด มีเหตุการณ์อะไรที่ทำให้ท่านเกิดข้อสงสัยในเรื่องความพร้อมใช้และความมั่นคงปลอดภัยของระบบสารสนเทศ
- หน่วยงานของเรามีความต้องการด้านสารสนเทศอะไรเพิ่มเติม ช่องทางในการแสดงความต้องการเป็นอย่างไร
- หน่วยงานของเรามีกิจกรรมจัดการความรู้อะไรบ้าง มีความรู้เชิงปฏิบัติอะไรที่หน่วยงานของท่านนำมาใช้ประโยชน์ในการทำงาน มีความรู้เชิงปฏิบัติอะไรที่ต้องการเพิ่มเติม
- สมาชิกในหน่วยงานมั่นใจในการปฏิบัติของทีมงานเกี่ยวกับการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศเพียงใด อะไรเป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร

- หน่วยงานของเรามีกำลังคนจำนวนเพียงพอที่จะปฏิบัติหน้าที่บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัยหรือไม่ หากไม่เพียงพอ มีวิธีการอย่างไรเพื่อลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์
- ความรู้และทักษะของบุคลากรในหน่วยงานของเรา มีเพียงพอที่จะปฏิบัติหน้าที่ที่กำหนดไว้หรือไม่
- หน่วยงานของเรามีลักษณะของการจัดระบบงานของบุคลากรเพื่อปฏิบัติหน้าที่ให้สำเร็จตามเป้าหมายอย่างไร

- ความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรในหน่วยงานของเรามีอะไรบ้าง หน่วยงานของเรามีแนวทางในการป้องกันและดูแลเมื่อเจ็บป่วยอย่างไร

I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร

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

I-6.1 กระบวนการทำงาน

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

I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติ

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

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

978-616-8024-50-8



9 786168 024508

ราคา 200 บาท