



ศูนย์การแพทย์  
ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

# โครงการทบทวน Service Profile ประจำปีงบประมาณ 2568

พว.วิมลรัตน์ เชาวินัย  
พยาบาลศูนย์คุณภาพ  
หัวหน้าหน่วยบริหารความเสี่ยง



# Outline

- เรียนรู้มาตรฐาน
- เรียนรู้การใช้ประโยชน์จากข้อเสนอแนะ
- เรียนรู้การเขียนรายงานตนเองให้เกิดประโยชน์



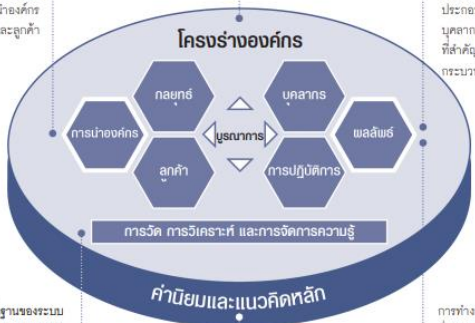
# THAILAND QUALITY AWARD 2565-2566

CRITERIA FOR PERFORMANCE EXCELLENCE FRAMEWORK

## ค่านิยมและแนวคิดหลัก

โครงสร้างองค์กร กำหนดบริบทสำหรับองค์กร เป็นพื้นฐานของการดำเนินการทั้งหมดขององค์กร

กลุ่มการนำองค์กร (การนำองค์กร กลยุทธ์ และลูกค้า) เน้นความสำคัญว่าการนำองค์กร ต้องมุ่งที่กลยุทธ์และลูกค้า



กลุ่มผลลัพธ์ (บุคลากร การปฏิบัติการ และผลลัพธ์) ประกอบด้วย กระบวนการที่มุ่งเน้น บุคลากร กระบวนการปฏิบัติการ ที่สำคัญ และผลลัพธ์ที่เกิดจาก กระบวนการเหล่านั้น

พื้นฐานของระบบ (การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้) มีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำให้องค์กร มีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ และมีระบบ ที่ต้องดำเนินการปรับปรุงผลการดำเนินการ และความสามารถในการแข่งขัน ซึ่งต้องใช้ ข้อมูลจริง และองค์ความรู้เป็นแรงผลักดัน

เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาตินี้ มีพื้นฐานมาจาก ค่านิยมและแนวคิดหลักที่ปลูกฝังอยู่ในบรรดา องค์กรที่มีผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ

การทำงานทุกอย่างมุ่งสู่ผลลัพธ์ ซึ่งประกอบด้วยผลลัพธ์ด้านผลิตภัณฑ์ และกระบวนการ ด้านลูกค้า ด้านบุคลากร ด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแลองค์กร และด้านการเงิน ตลาด และกลยุทธ์

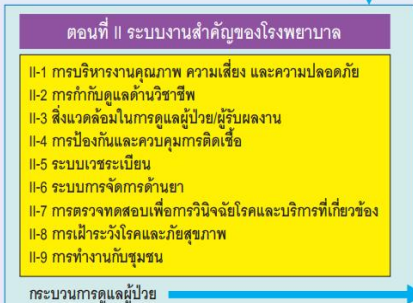
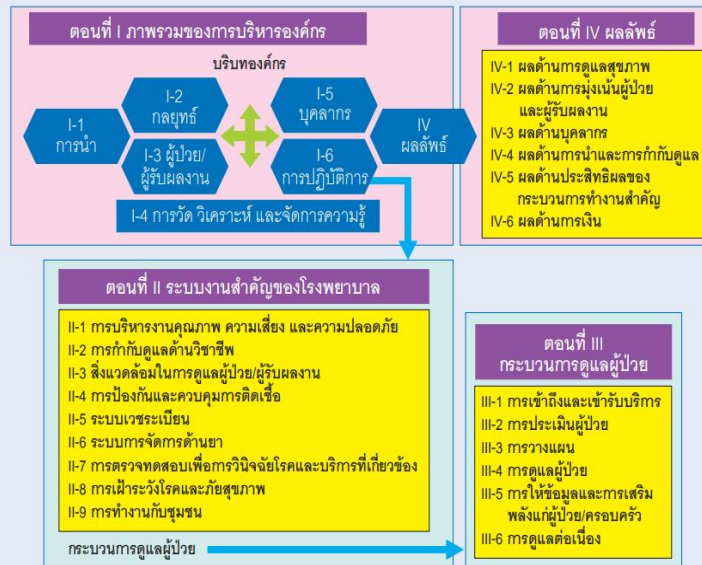
ฉบับที่ 5  
5<sup>th</sup> Edition

# มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ

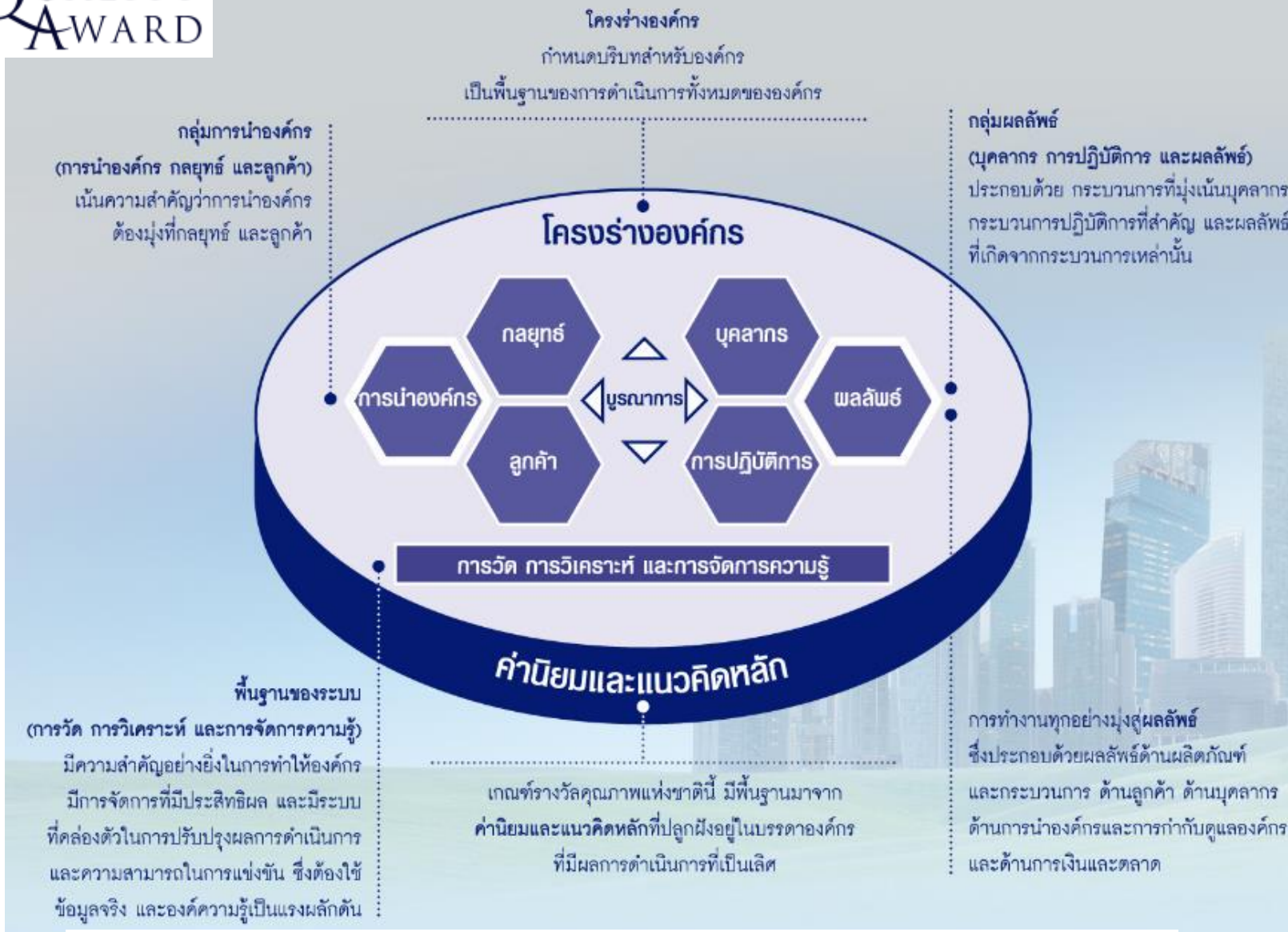
## Hospital and Healthcare Standards

Effective for Healthcare Accreditation 1<sup>st</sup> October 2022

มีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565









## การใช้มาตรฐานที่ก่อให้เกิดคุณค่า

1. ทำความเข้าใจเป้าหมายและคำสำคัญ (key words) ของมาตรฐานให้กระจ่างชัด สำหรับข้อความหรือศัพท์ที่เข้าใจได้ยากหรือนึกถึงวิธีนำไปปฏิบัติไม่ออก จะมีคำอธิบายหรือตัวอย่างการปฏิบัติเขียนไว้ที่เชิงอรรถ (footnote)
2. เน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้และยกระดับผลการดำเนินงาน
3. เน้นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ในแต่ละระบบ (ศึกษาและทำความเข้าใจเส้นที่เชื่อมต่อองค์ประกอบต่างๆ ในแผนภูมิ) และการเชื่อมโยงระหว่างระบบงานต่างๆ
4. เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และทบทวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ในที่ทำงาน หรือที่ข้างเตียงผู้ป่วย
5. เน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) อย่างเชื่อมโยง
6. ประยุกต์ใช้มาตรฐานอย่างเหมาะสม เช่น ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ 1 กับระดับหน่วยงานด้วย ประยุกต์มาตรฐานว่าด้วยการจัดการกระบวนการในทุกเรื่อง
7. เน้นการทบทวนประเมินผลในระดับภาพรวม และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละระบบ



## กิจกรรมการเรียนรู้คู่กับมาตรฐาน HA

การเรียนรู้ (Study หรือ Learning) เป็นสิ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา การเรียนรู้ในที่นี้ครอบคลุม การทบทวนและติดตามประเมินผลในทุกรูปแบบ ซึ่งมีวิธีการมากมาย เช่น

- 1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติซึ่งจะให้คำตอบว่าทำอะไรให้ความรู้ในตำราผ่านการปฏิบัติได้จริง และในกรณีที่ไม่สามารถทำตามแนวทางที่ควรจะเป็นได้ จะทำอะไรให้ปลอดภัยที่สุด
- 2) การอภิปรายกลุ่ม (group discussion & learning) เมื่อมีเรื่องใหม่เข้ามาซึ่งยังไม่เป็นที่เข้าใจกันอย่างกว้างขวาง การมอบหมายให้มีผู้ไปศึกษาและนำมาอภิปรายในกลุ่ม จะทำให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งเหล่านั้น และเป็นการจุดประกายให้นำไปปฏิบัติ
- 3) สุนทรียสนทนา (dialogue) เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มที่ได้ผลทั้งในด้านความเข้าใจผู้อื่น ความเข้าใจตนเอง ก่อให้เกิดความสุขและมีพลังในการที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า
- 4) การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ (presentation) เมื่อมีบางหน่วยงานได้ทดลองปฏิบัติ บางสิ่งบางอย่างแล้ว อาจจะจัดเวทีให้ทีมงานได้นำเสนอ เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ อันจะนำไปสู่การต่อยอดความคิด หรือการปรับทิศทางการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
- 5) การเขียนบันทึกความก้าวหน้า (portfolio) จะทำให้ผู้เขียนได้ตกผลึกความคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การเขียนบันทึกอาจจะเป็นการเขียนอย่างอิสระ ไม่ต้องมีรูปแบบ หรืออาจจะเป็นการเขียนตามประเด็นที่กำหนดไว้ เช่น service profile, CQI story



- 6) การใช้ตัวตามรอย (tracer) เป็นการติดตามสิ่งที่เราคุ่นเคย สามารถสังเกตเห็นและติดตามไปตามขั้นตอนหรือกระบวนการต่างๆ ได้ง่าย ตัวตามรอยอาจจะเป็นผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มโรค ข้อมูลข่าวสาร ยา สิ่งส่งตรวจ ฯลฯ การตามรอยช่วยให้เราเข้าไปทำความเข้าใจในสถานการณ์จริง ช่วยให้เราเห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน
- 7) การเยี่ยมสำรวจ/ตรวจสอบภายใน (internal survey/audit) เป็นการประเมินด้วยคนภายในกันเอง โดยเข้าไปดูในสถานที่จริง เจตคติของการเข้าไปควรเพื่อเข้าไปให้ความช่วยเหลือมากกว่าเพื่อการประเมินเสมือนผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก การเข้าไปพร้อมๆ กันจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายจะให้ผลได้ดีกว่า
- 8) การทบทวนหลังทำกิจกรรม (after action review) ทุกครั้งหลังจากทำกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็กิจกรรมเล็กหรือใหญ่ ทีมงานที่ร่วมกิจกรรมมาทบทวนร่วมกันว่าสิ่งที่ทำลงไปนั้นบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่แรกหรือไม่ อะไรคือความสำเร็จหรือคุณค่าที่ควรรักษา อะไรคือจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงในโอกาสต่อไป
- 9) การติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูล และการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (indicator monitoring, data analysis, & goal achievement assessment) เป็นการเรียนรู้จากข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งจะช่วยให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง และระดับการปฏิบัติที่แตกต่างจากเป้าหมาย ควรให้ความสำคัญให้มากกับการวิเคราะห์และการเชื่อมโยงข้อมูล ขณะเดียวกันพึงระวังข้อจำกัดหรือผลเสียของการวัดและการประเมินเชิงปริมาณ ซึ่งจะต้องนำเอาการประเมินด้านอื่นๆ มาประกอบด้วย
- 10) การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ (quality review activities) เป็นการเรียนรู้จากจุดอ่อน ความเสี่ยง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเสียงสะท้อนต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น



- 11) การประเมินตนเองตามมาตรฐานและประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (self assessment of standard compliance) มาตรฐานเป็นเครื่องมือช่วยให้เราได้มองเห็นว่าระบบงานที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเหมาะสมดีแล้วหรือไม่ มีการนำวงล้อ PDSA มาปฏิบัติอย่างไร สามารถบอกถึงการบรรลุเป้าหมายในแต่ละระบบหรือกระบวนการได้เพียงใด
- 12) การทบทวนเวชระเบียน (medical record review) การทบทวนเวชระเบียนในขั้นพื้นฐานคือการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก หากจะให้การทบทวนนั้นมีผลถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ควรจะทบทวนให้เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการดูแลผู้ป่วย และทบทวนว่าเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้างจากการดูแลนั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุง มิใช่การกล่าวโทษหรือหาผู้กระทำผิด



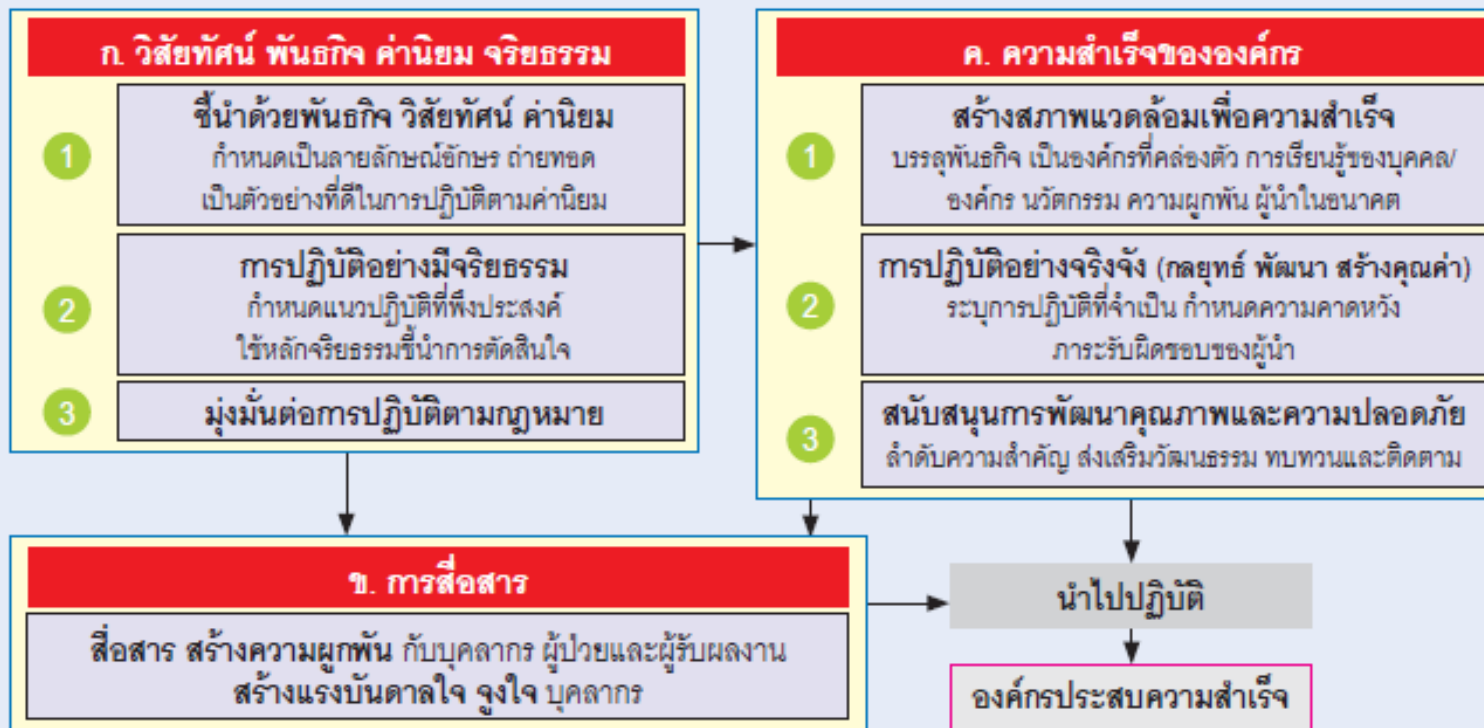
# ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร



# I-1 มรนำ (Leadership)

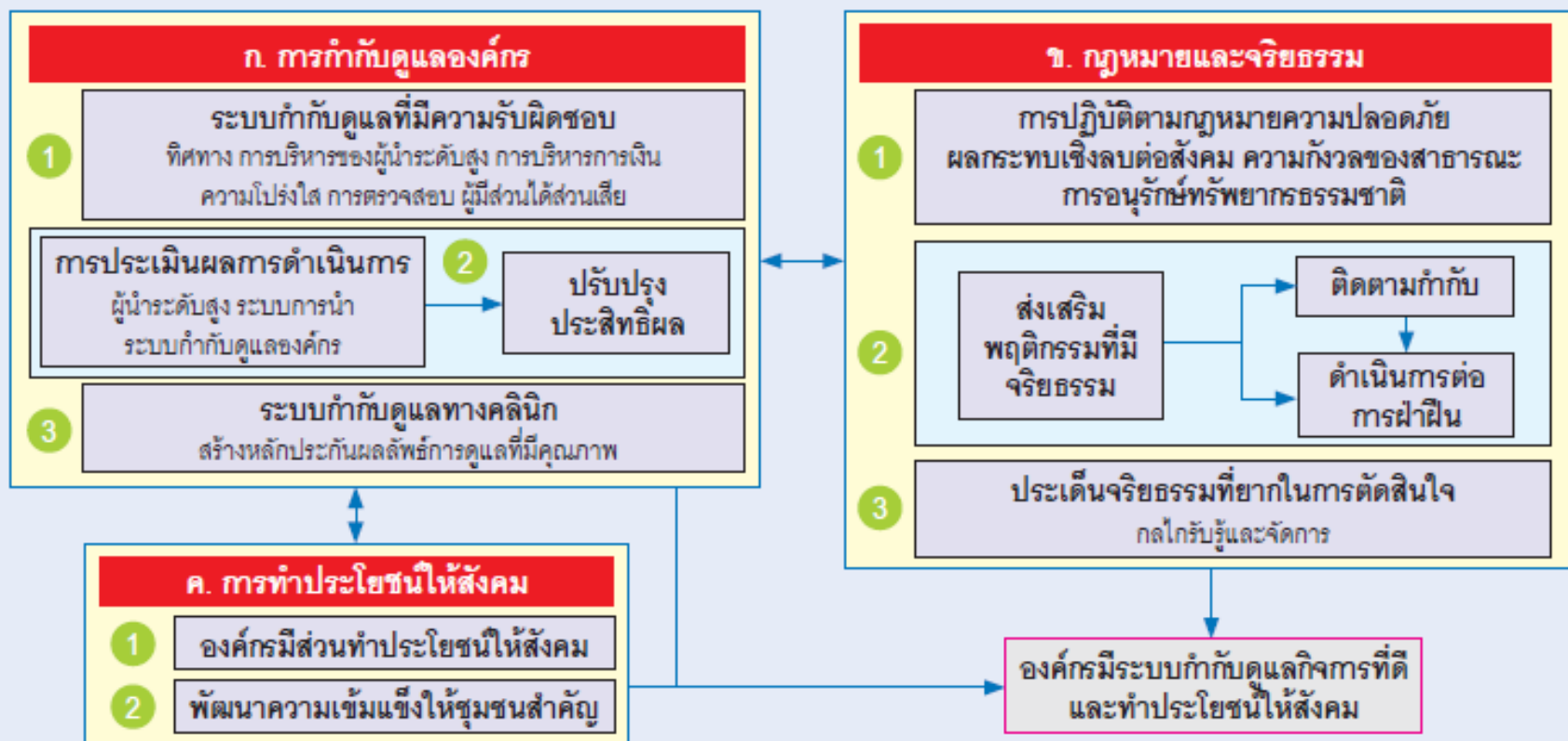
## I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

ผู้นำระดับสูงซึ่งนำและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.



## I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม (Governance and Societal Contributions)

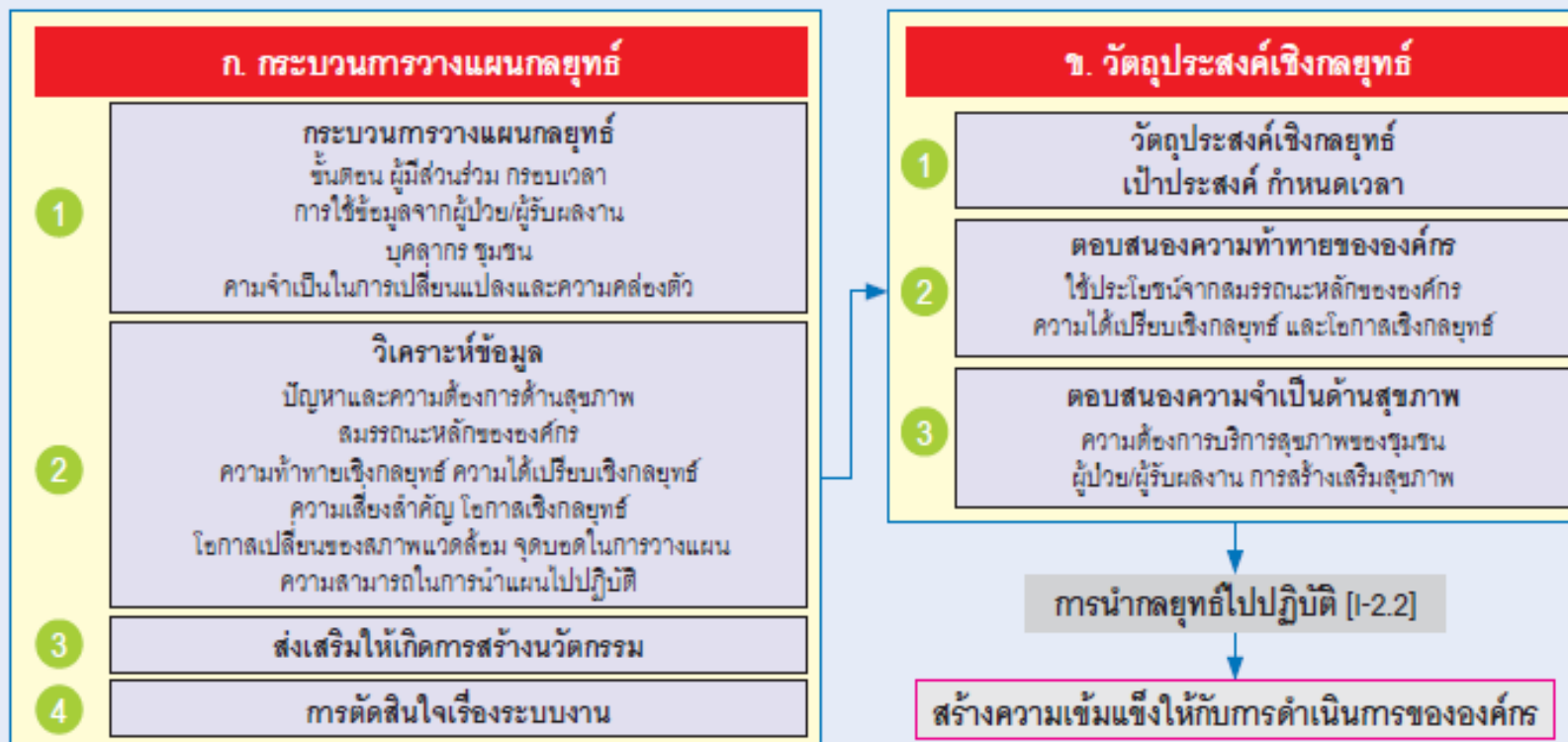
องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และการเป็นองค์กรที่ทำประโยชน์ให้สังคม



## I-2 กลยุทธ์ (Strategy)

### I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้การดำเนินการขององค์กร.

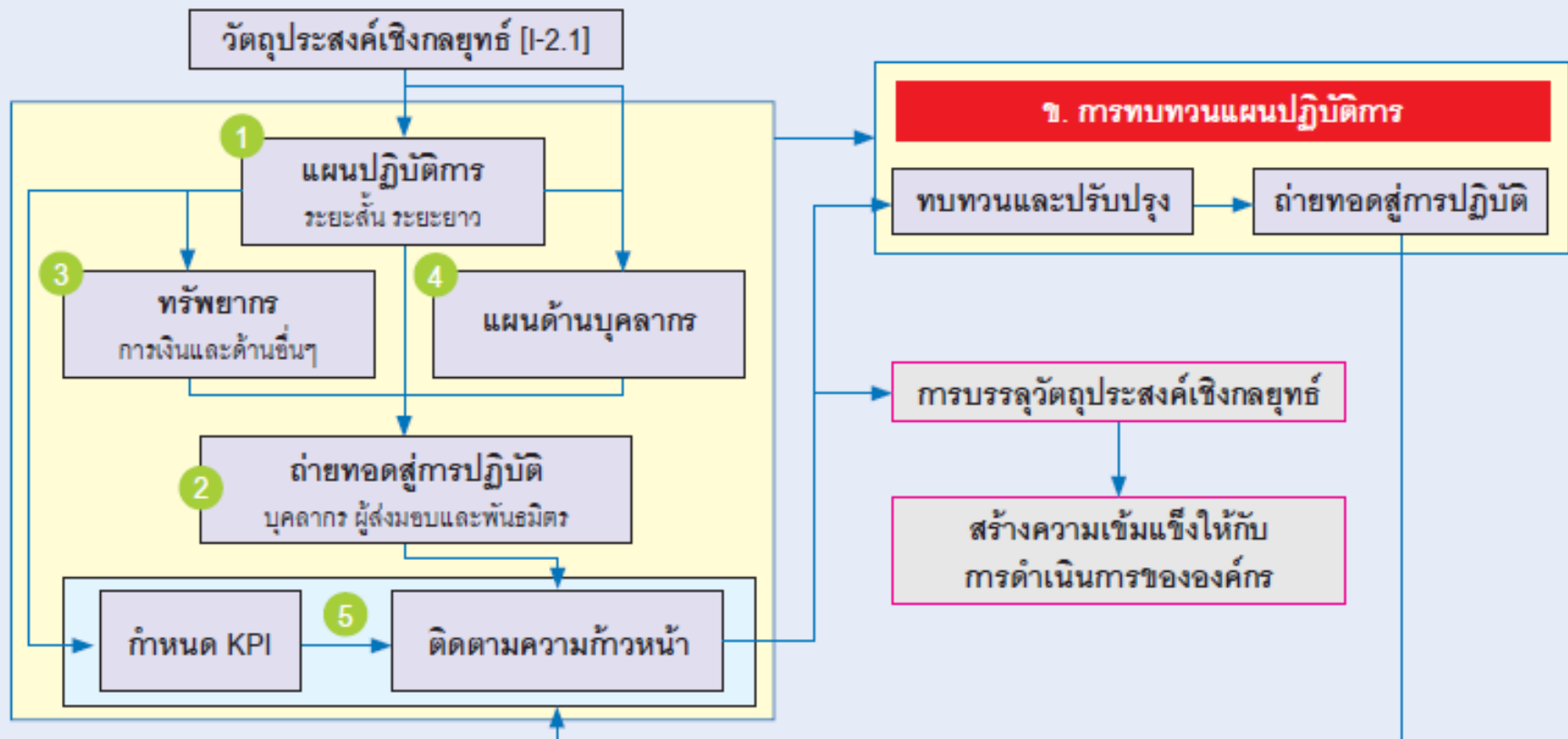




## I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

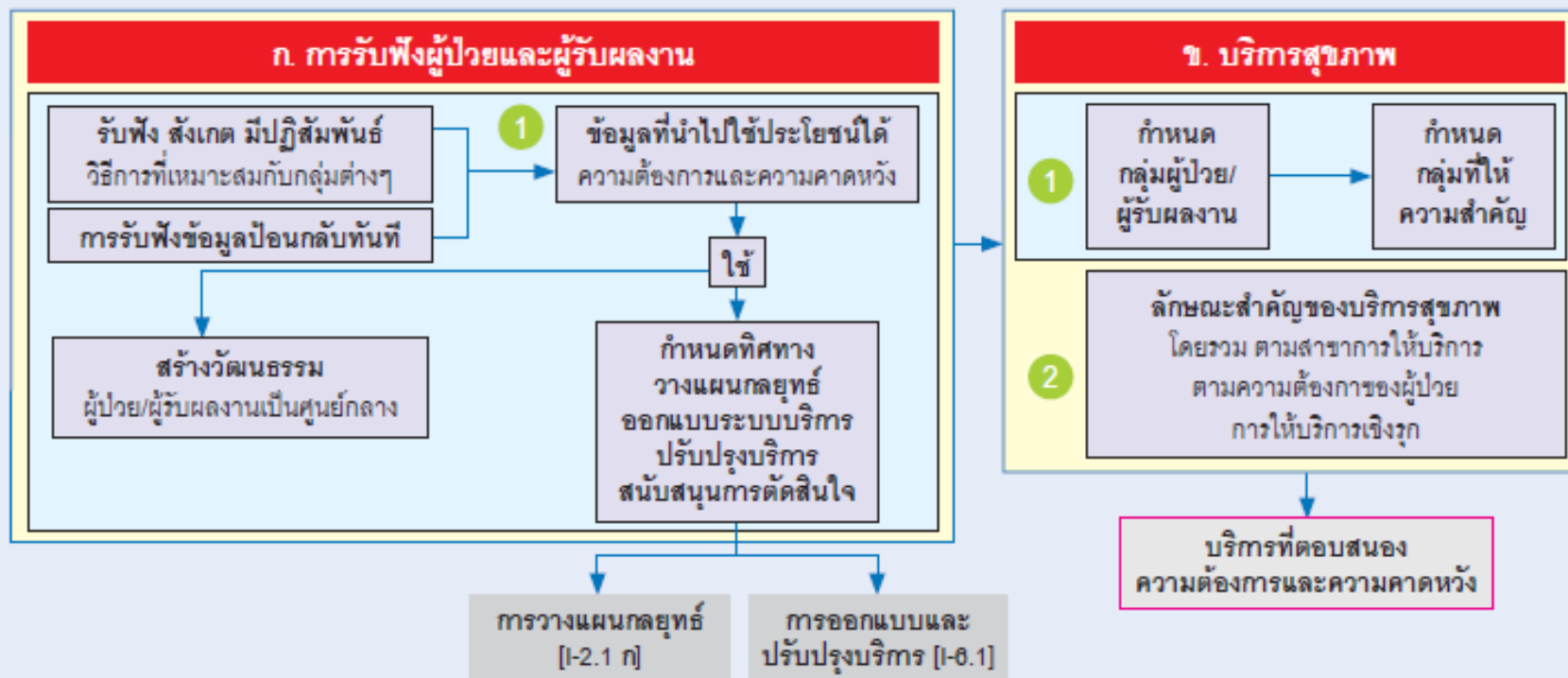
### ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ



## I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer)

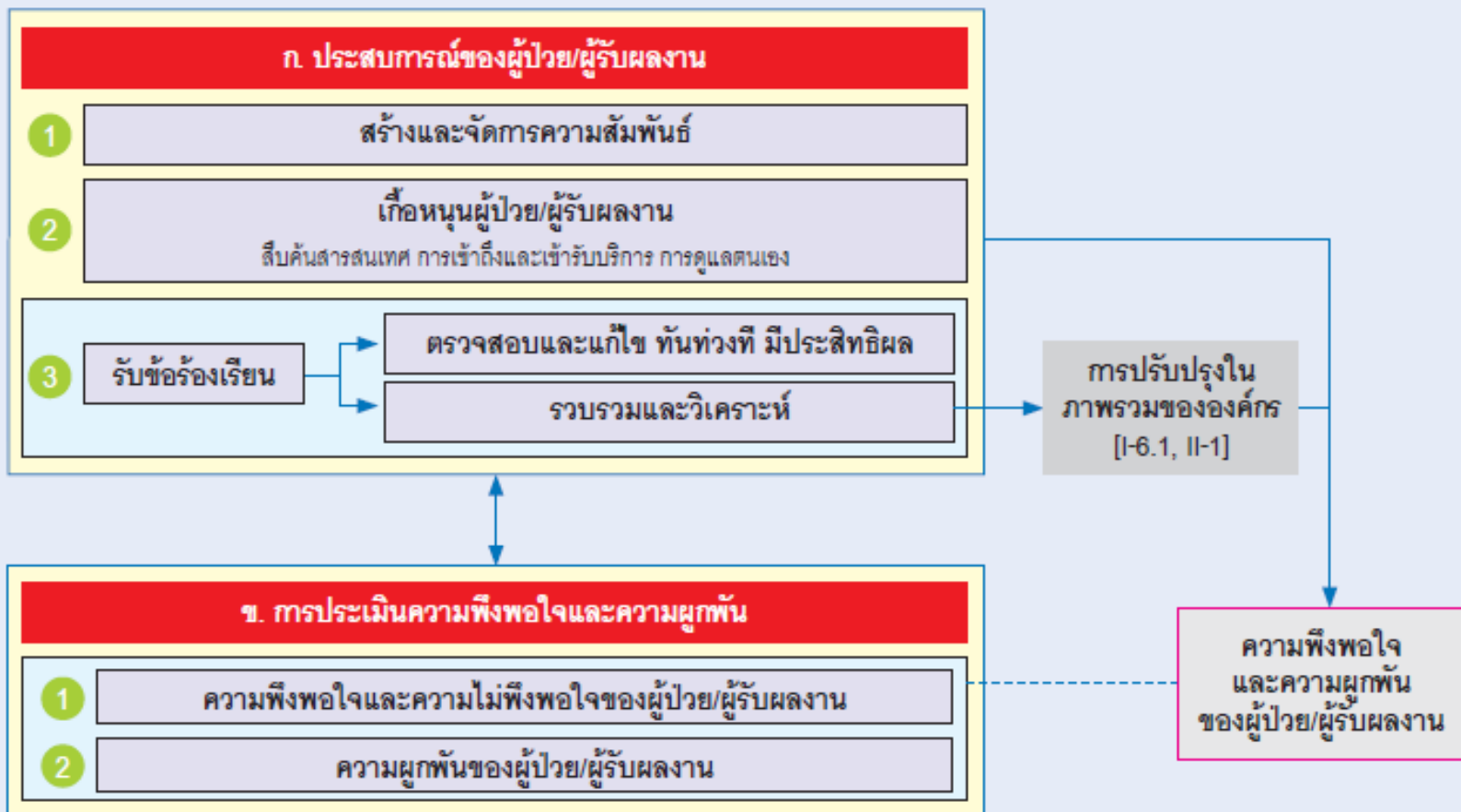
### I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Needs and Expectations)

องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง.



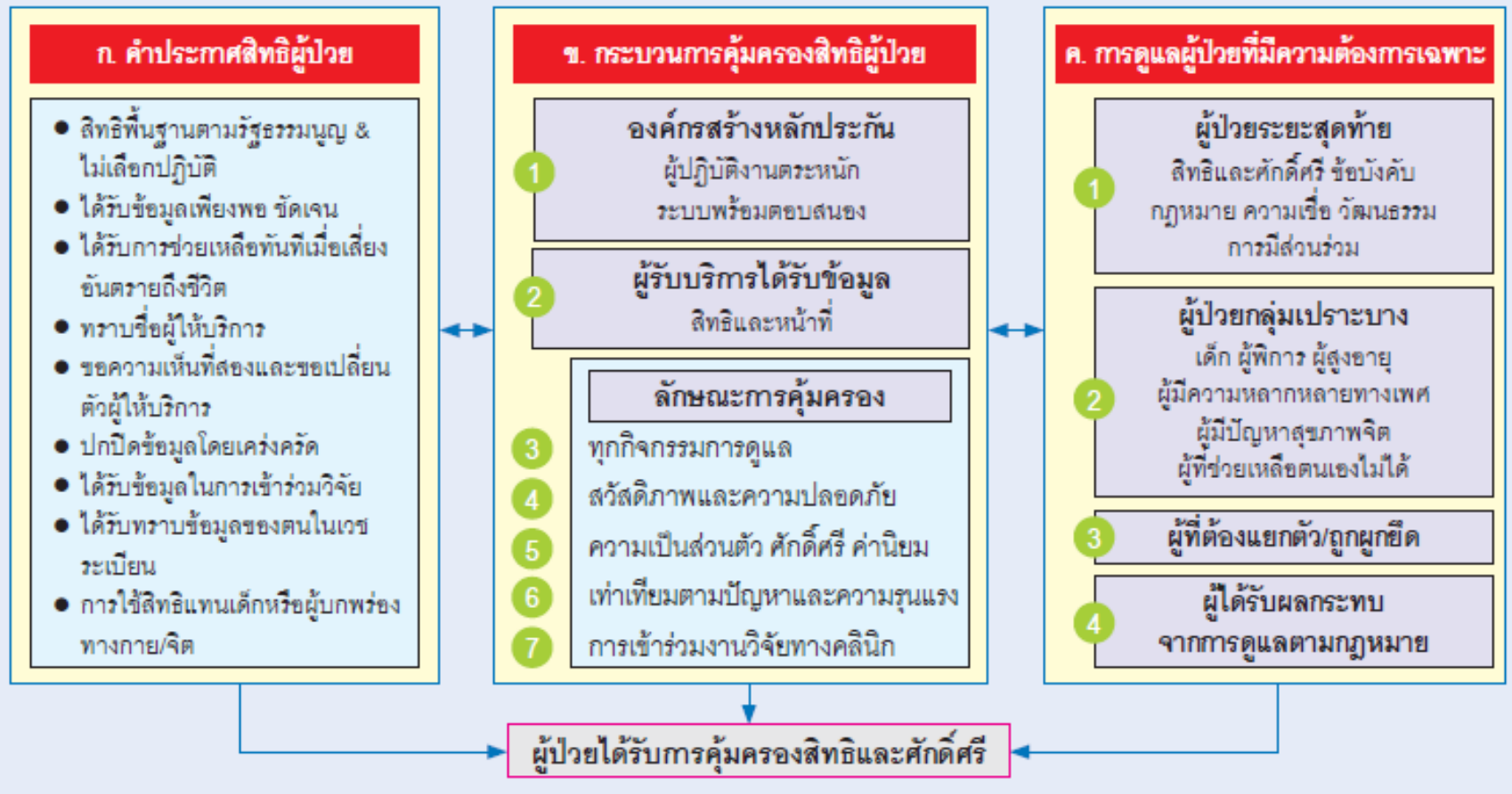
## I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Engagement)

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประเมินความพึงพอใจ/ความผูกพัน.



### I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patient Rights)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.



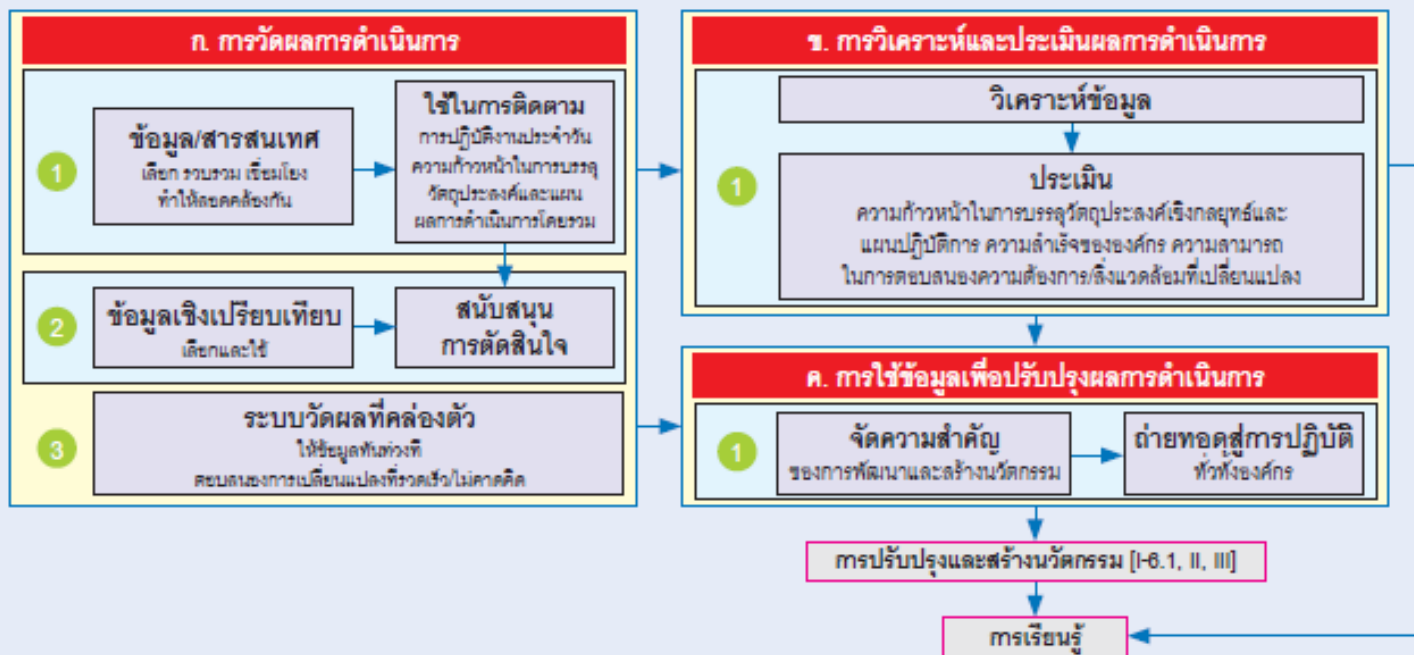


## I-4

# การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (Measurement, Analysis, and Knowledge Management)

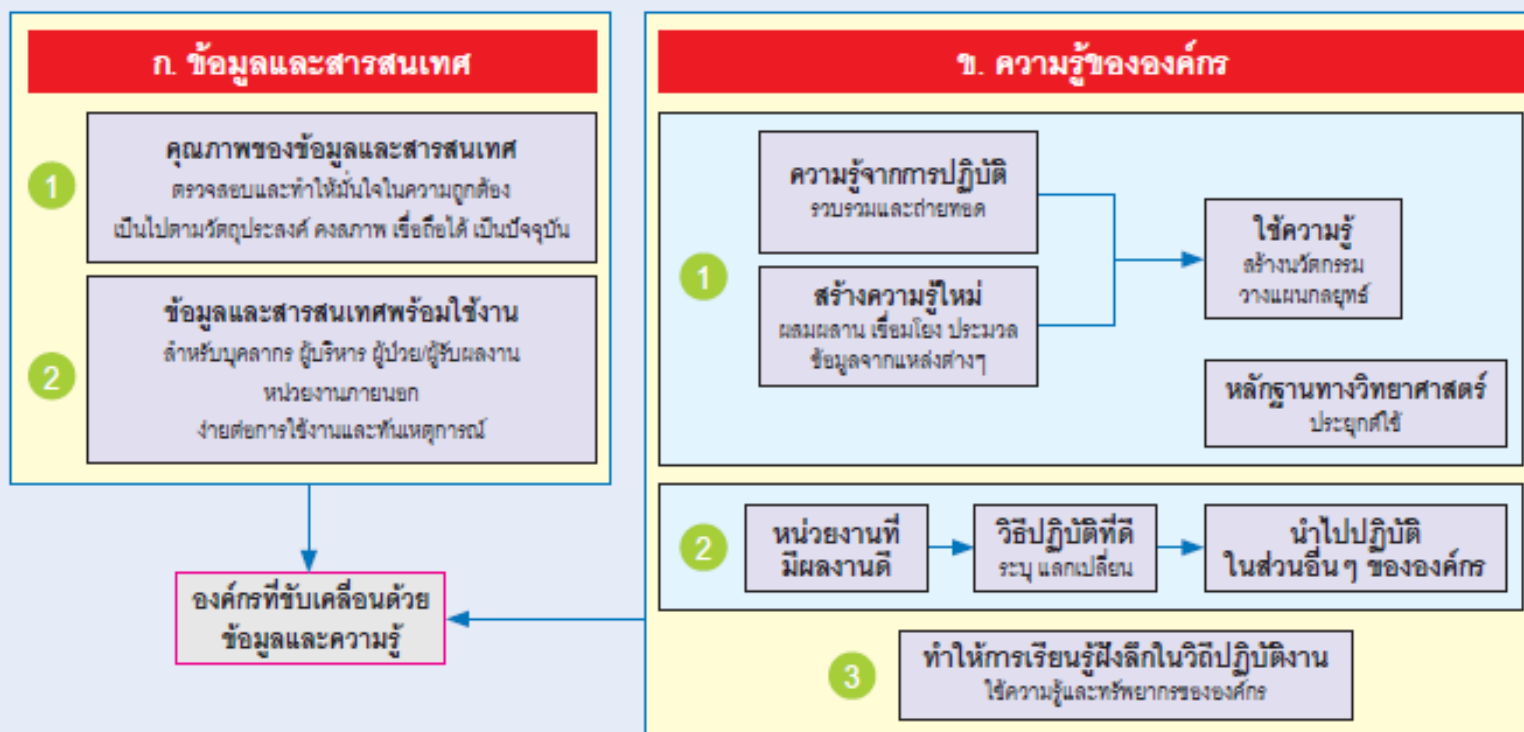
## I-4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร (Measurement, Analysis and Improvement of Organizational Performance)

องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้



## 1-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ (Information and Knowledge Management)

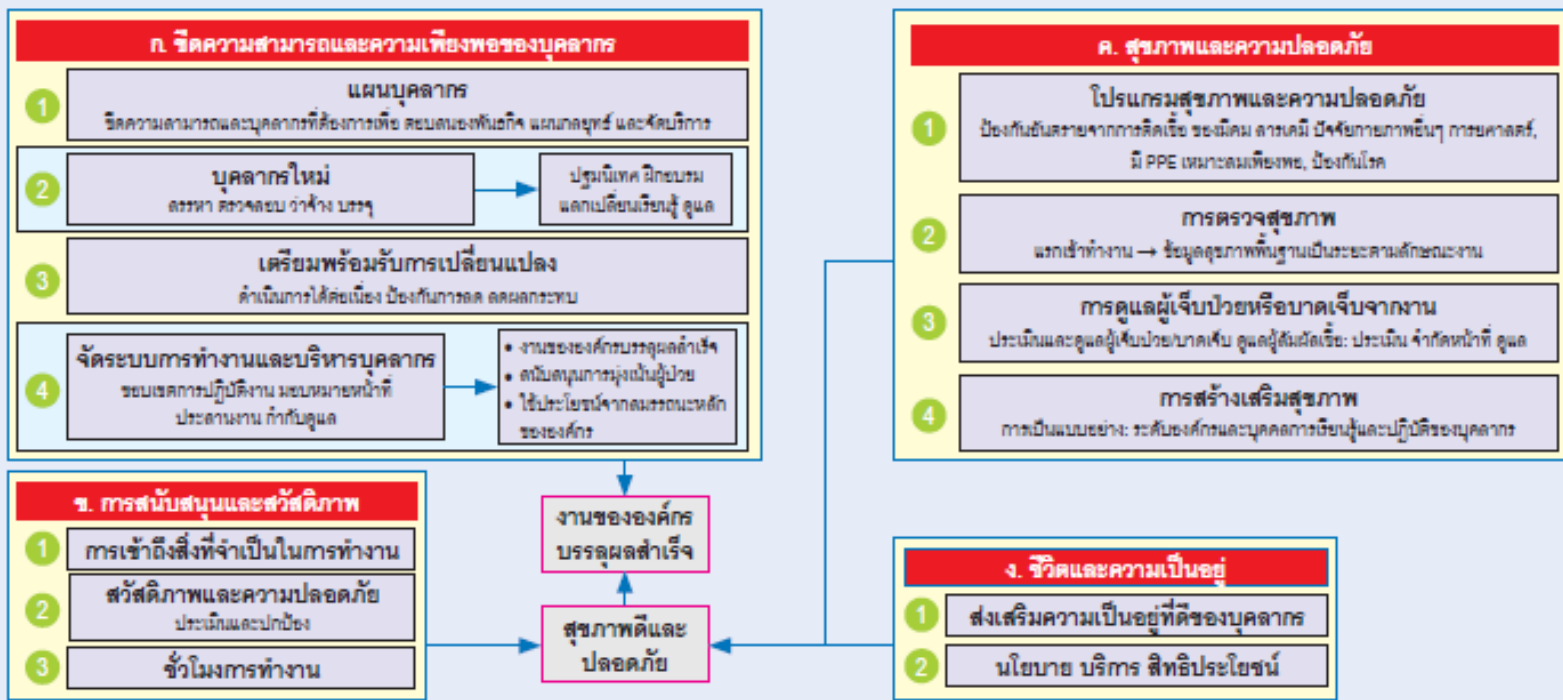
องค์กรมีข้อมูล สารสนเทศ สินทรัพย์ความรู้ ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝัง การเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.



# I-5 บุคลากร (Workforce)

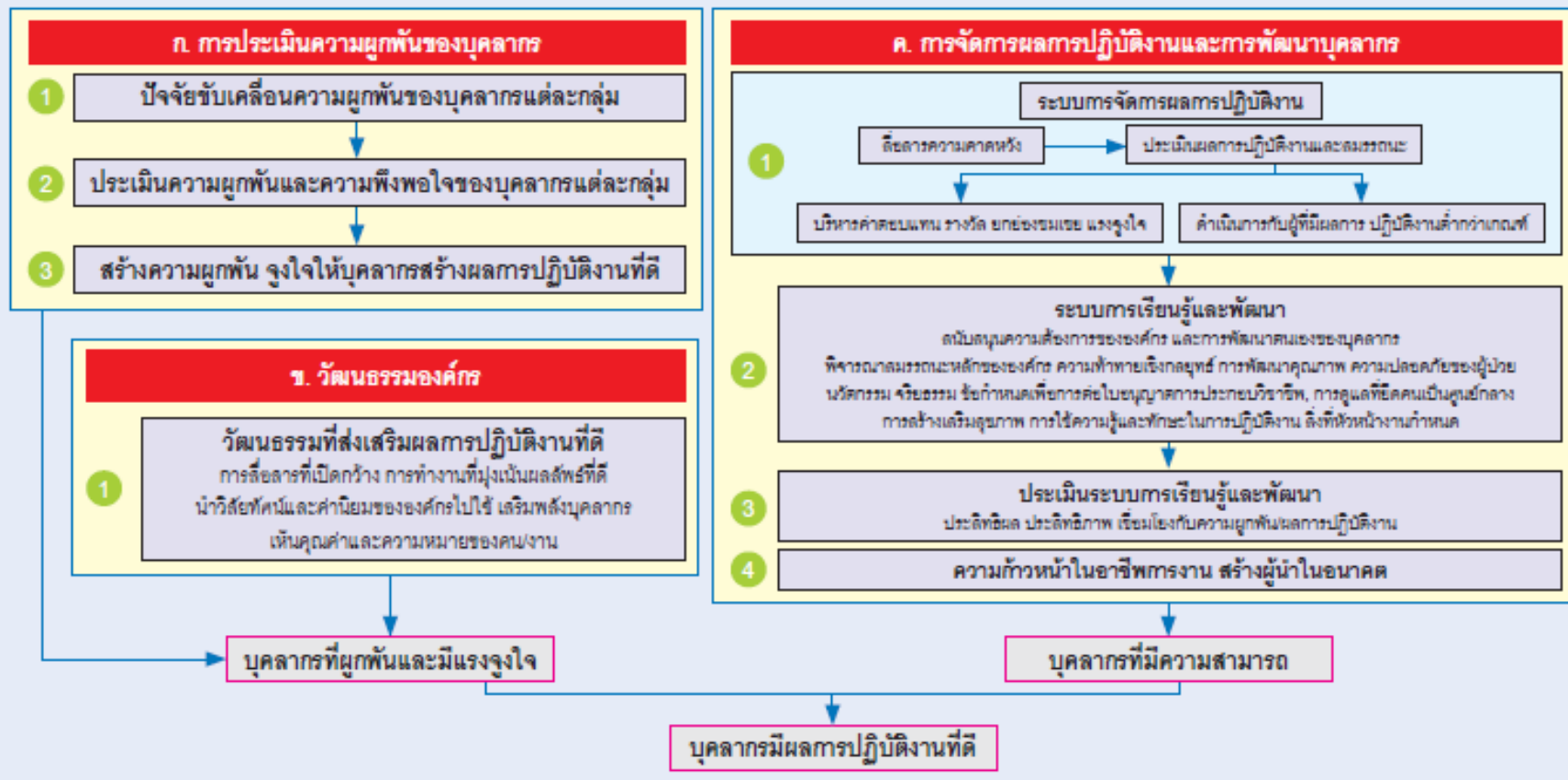
## I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (Workforce Environment)

องค์กรบริหารขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อต่อสวัสดิภาพ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร.



## I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร (Workforce Engagement)

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อรักษาบุคคลไว้ และให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี.

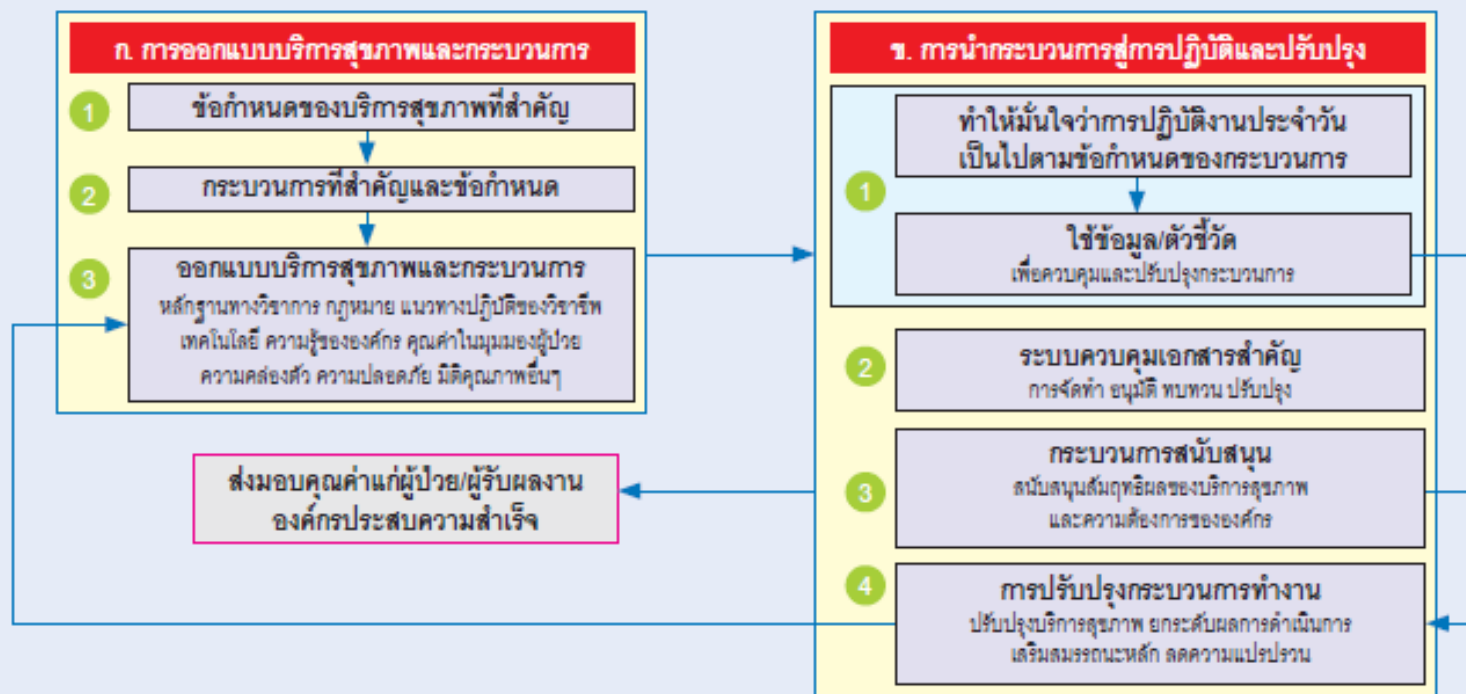




## I-6 การปฏิบัติการ (Operation)

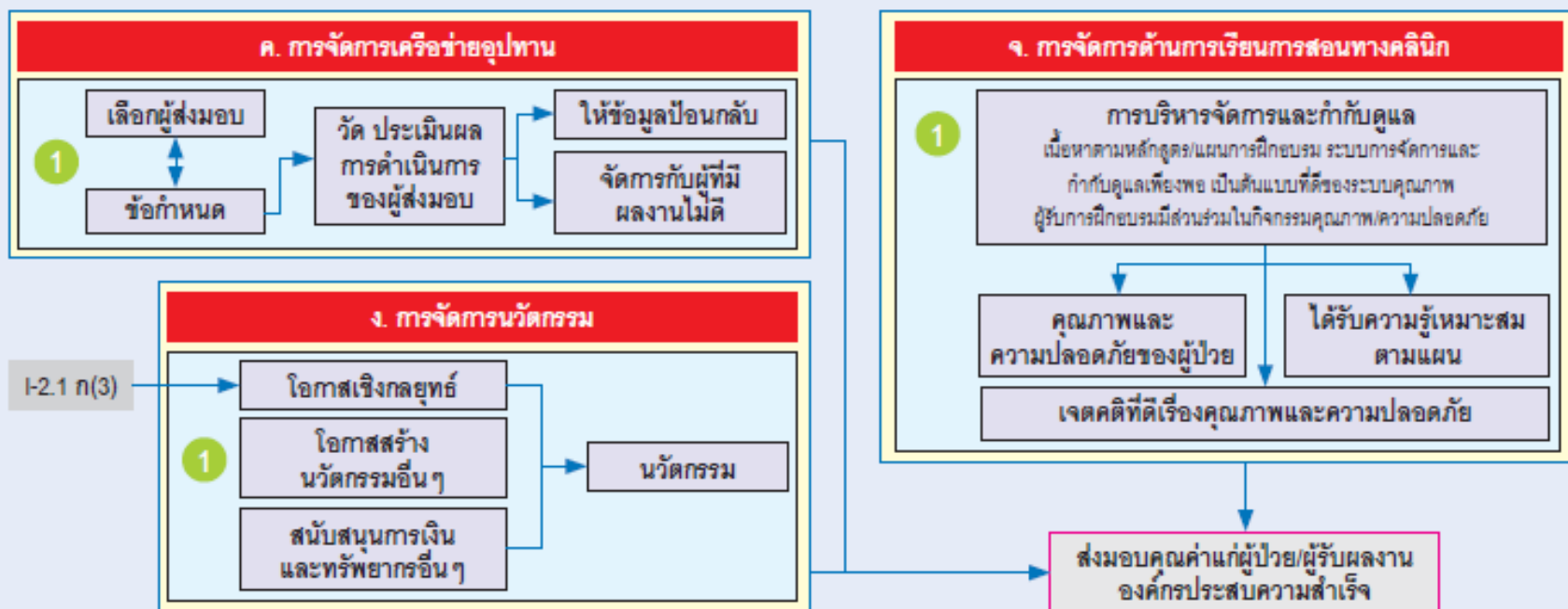
### I-6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

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



## I-6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

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

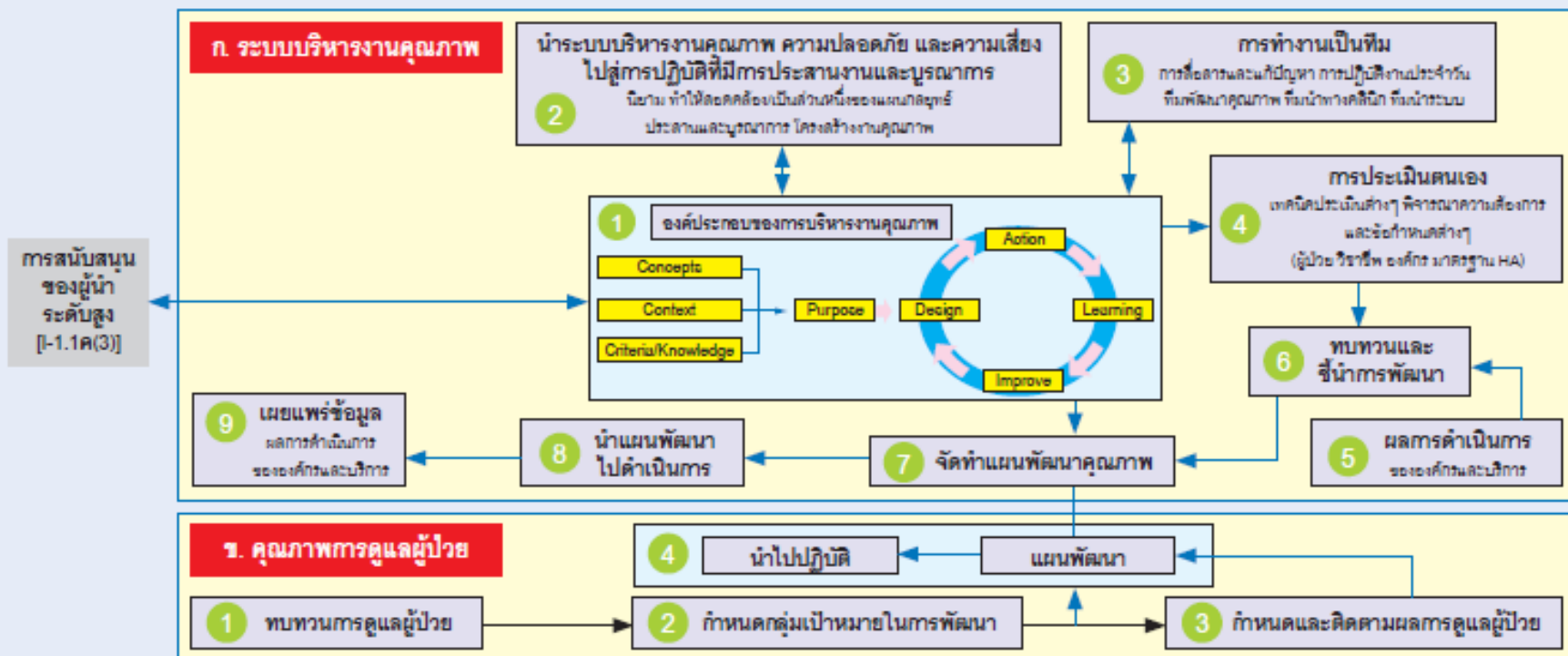


## II-1

# การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย (Quality, Risk and Safety Management)

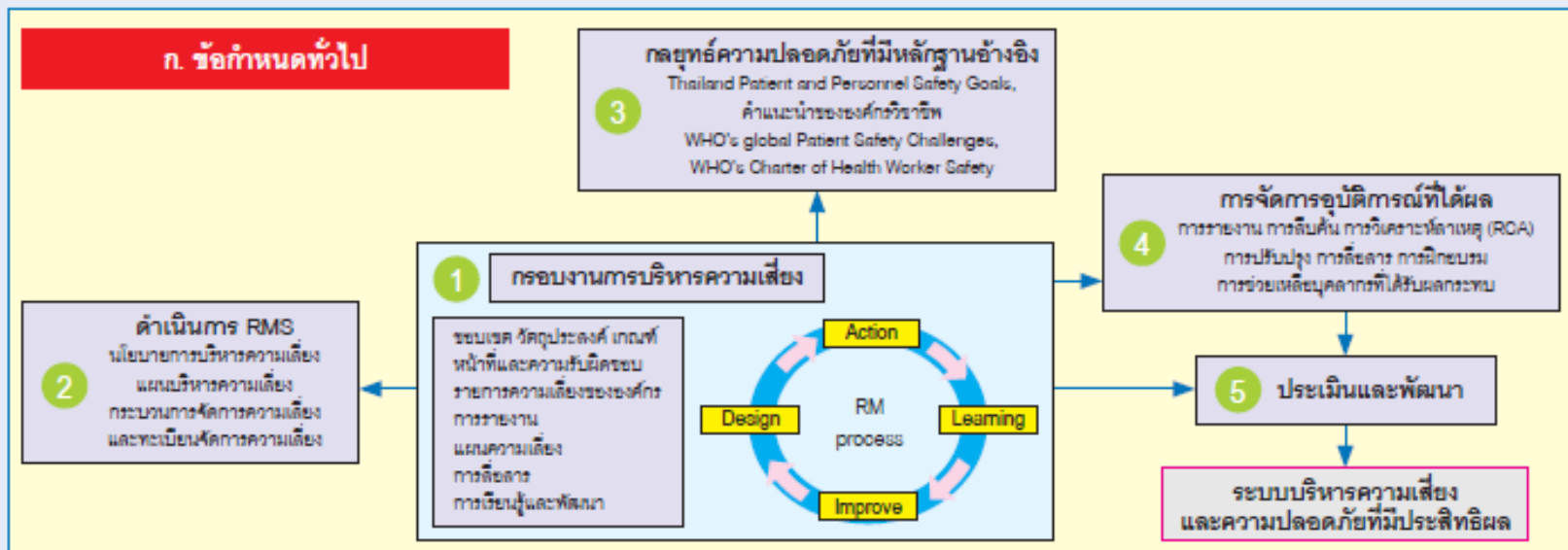
## II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

องค์กรมีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.



## II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน.



### ข. ข้อกำหนดจำเพาะ

โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (I-5.2 ค และ ง)  
การจัดการอาคาร สิ่งก่อสร้าง และสถานที่ (II-3.1)  
การจัดการวัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ (II-3.2)

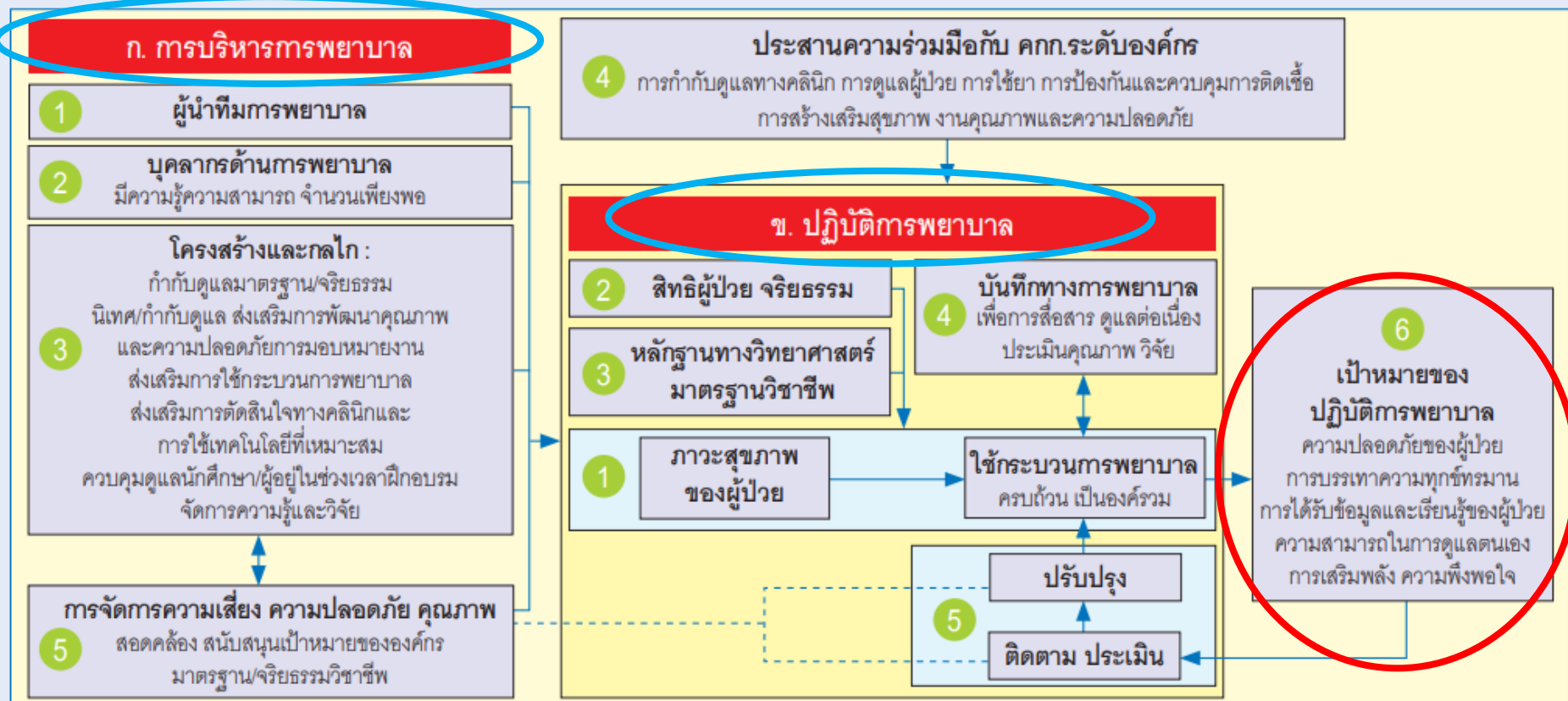
ยาและเวชภัณฑ์ (II-6)  
การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (II-4)  
เวชระเบียนและข้อมูลของผู้ป่วย (II-5)



## II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (Professional Governance)

### II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing Governance)

องค์กรมีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

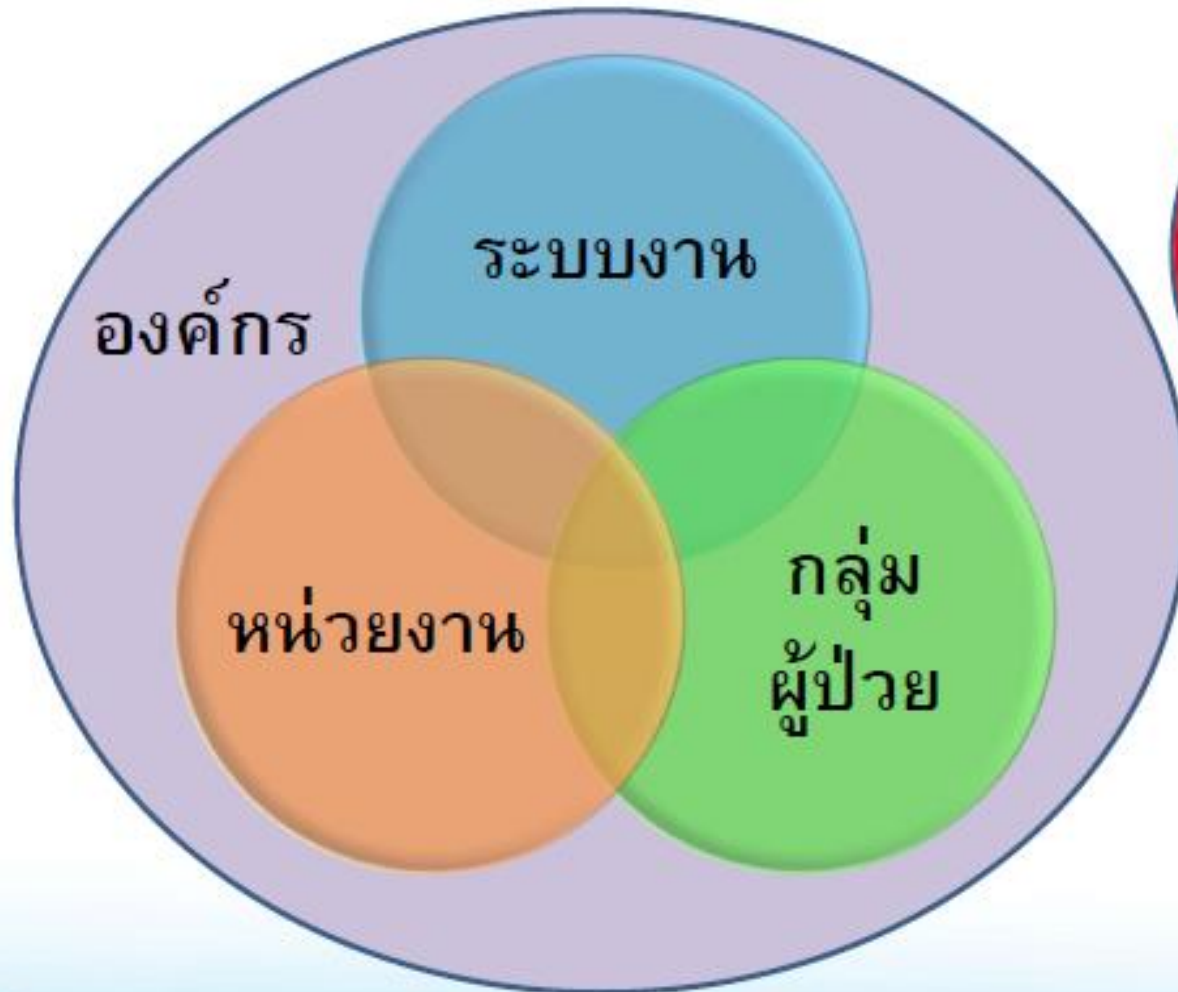


# พัฒนาทั้งองค์กร: พื้นที่การพัฒนา 4 วง



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

พื้นที่การพัฒนา 4 วง คือการนำแนวคิด Total ที่หมายถึงทุกคน ทุกระบบ และผู้ป่วยทุกกลุ่ม มาสู่การปฏิบัติ อาจจะมีการทับซ้อนกันบ้างก็ให้พิจารณามุ่งเน้นตามความเหมาะสม



ส่องกระจก  
ให้เห็น  
ทุกพื้นที่



## วิสัยทัศน์ (Vision)

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
 เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งปัญญา ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ  
 (A University Hospital of Wisdom Aspiring for Excellence)

## พันธกิจ (Mission)

1. การบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนรวมทั้งบริการวิชาการสู่สังคม
2. การจัดการเรียนการสอนด้านแพทยศาสตร์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาอื่น
3. การวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางวิชาการ

## ค่านิยม (Values)

**P: Performance** ผลงานดี  
**C: Care team/ Customer focus** มีทีมเด่น เน้นลูกค้า  
**M: Management by fact / Merit** เน้นบริหาร  
**C: Continuous improvement** ความต่อเนื่องและยั่งยืน

## วัฒนธรรมองค์กร (Culture)

**Service Mind** บริการด้วยใจ  
**Respect** การให้เกียรติ และยอมรับในคุณค่าของผู้อื่น



## 1. 2P Safety Goals : SIMPLE

Patient Safety ผู้ป่วยปลอดภัย

**S** : Safe Surgery = *Safe Surgery and Invasive Procedure (Surgical Safety Checklist)*

**I** : Infection Prevention and Control = *MDRO*

**M** : Medication & Blood Safety = *Safe from medication error (LASA, Using Medication), Rational Drug Use (RDU in URI), Medication Reconciliation และ Blood Transfusion Safety*

**P** : Patient Care Processes = *Patient Identification Reduction of Diagnostic Errors และ Falls*

**L** : Line Tube and Catheter & Laboratory = *Tubing Mis-connections*

**E** : Emergency Response = *Response to the Deteriorating Patient Personnel Safety บุคลากรปลอดภัย*

**S** : Security and Privacy of Information and Social Media = *Security and Privacy of Information*

**L** : Lane (Ambulance) and Legal Issues = *Legal Issues (Informed Consent และ Medical Record and Documentation)*

# จุดเน้น ศปช ปี 2568



## 2. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่สำคัญ มุ่งสู่การพัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ การบริหารทรัพยากรคุ้มค่าคุ้มทุน และการวิจัย

PCT	กลุ่มโรคสำคัญ
จักษุกรรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคภูมิแพ้ โรคหืด ภูมิแพ้วิทยา และระบบทางเดินหายใจ (AAIRC: Allergy Asthma Immunology and Respiratory Center)</li> <li>ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)</li> </ul>
ศัลยกรรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>มะเร็งเต้านม (Breast Cancer)</li> <li>มะเร็งตับ (Hepatobiliary Tumors)</li> </ul>
กุมารเวชกรรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>ทารกเกิดก่อนกำหนด (Preterm)</li> <li>หอบหืด (Asthma)</li> </ul>
สูติ-นรีเวชกรรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer)</li> <li>มะเร็งรังไข่ (Ovarian Cancer)</li> <li>การผ่าตัดแผลเล็กผ่านกล้อง MIS : Laparoscopic Gynecological Operation</li> </ul>
ศัลยกรรมกระดูก	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (Total Knee Arthroplasty) : TKA</li> <li>ผ่าตัดเส้นเอ็นไหล่ (Rotator cuff repair : RC repair)</li> </ul>
จักษุวิทยา	<ul style="list-style-type: none"> <li>ต้อกระจก (Cataract)</li> <li>เบาหวานขึ้นตาระยะก้าวหน้า (Proliferative Diabetic Retinopathy) : PDR</li> </ul>
โสต ศว นาสิก	<ul style="list-style-type: none"> <li>ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (Obstructive Sleep Apnea) : OSA</li> </ul>
จิตเวช	<ul style="list-style-type: none"> <li>โรคซึมเศร้า (Depression)</li> </ul>
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	<ul style="list-style-type: none"> <li>โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track)</li> </ul>
เวชศาสตร์ครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> <li>การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)</li> </ul>

## 3. เพิ่มรายรับ - ลดรายจ่าย - ลดความสูญเสียเปล่า

## 4. GREEN & CLEAN Hospital



ศูนย์การแพทย์  
ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

## 1. 2P Safety Goals : SIMPLE

### Patient Safety ผู้ป่วยปลอดภัย

**S : Safe Surgery** = *Safe Surgery and Invasive Procedure (Surgical Safety Checklist)*

**I : Infection Prevention and Control** = *MDRO*

**M : Medication & Blood Safety** = *Safe from medication error (LASA, Using Medication), Rational Drug Use (RDU in URI), Medication Reconciliation* และ *Blood Transfusion Safety*

**P : Patient Care Processes** = *Patient Identification Reduction of Diagnostic Errors* และ *Falls*

**L : Line Tube and Catheter & Laboratory** = *Tubing Mis-connections*

**E : Emergency Response** = *Response to the Deteriorating Patient*

### Personnel Safety บุคลากรปลอดภัย

**S : Security and Privacy of Information and Social Media** = *Security and Privacy of Information*

**L : Lane (Ambulance) and Legal Issues** = *Legal Issues (Informed Consent* และ *Medical Record and Documentation)*

จุดเน้น ศปช  
ปี 2568



## 2. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่สำคัญ มุ่งสู่การพัฒนาครอบคลุม การบริการที่เป็นเลิศ การบริหารทรัพยากรคุ้มค่าคุ้มทุน และการวิจัย

PCT	กลุ่มโรคสำคัญ
อายุรกรรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคภูมิแพ้ โรคหืด ภูมิคุ้มกันวิทยา และระบบทางเดินหายใจ (AAIRC: Allergy Asthma Immunology and Respiratory Center)</li> <li>• ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)</li> </ul>
ศัลยกรรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>• มะเร็งเต้านม (Breast Cancer)</li> <li>• มะเร็งตับ (Hepatobiliary Tumors)</li> </ul>
กุมารเวชกรรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การเกิดก่อนกำหนด (Preterm)</li> <li>• หอบหืด (Asthma)</li> </ul>
สูติ-นรีเวชกรรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>• มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer)</li> <li>• มะเร็งรังไข่ (Ovarian Cancer)</li> <li>• การผ่าตัดแผลเล็กผ่านกล้อง MIS : Laparoscopic Gynecological Operation</li> </ul>
ศัลยกรรมกระดูก	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (Total Knee Arthroplasty) : TKA</li> <li>• ผ่าตัดเส้นเอ็นไหล่ (Rotator cuff repair : RC repair)</li> </ul>
จักษุวิทยา	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ต้อกระจก (Cataract)</li> <li>• เบาหวานขึ้นตาระยะก้าวหน้า (Proliferative Diabetic Retinopathy) : PDR</li> </ul>
โสต ศอ นาสิก	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (Obstructive Sleep Apnea) : OSA</li> </ul>
จิตเวช	<ul style="list-style-type: none"> <li>• โรคซึมเศร้า (Depression)</li> </ul>
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	<ul style="list-style-type: none"> <li>• โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track)</li> </ul>
เวชศาสตร์ครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)</li> </ul>

## จุดเน้น ปี 2568

3. เพิ่มรายรับ – ลดรายจ่าย – ลดความสูญเปล่า

LEAN

WASTE

4. GREEN and CLEAN Hospital

**G: Garbage** (การจัดการมูลฝอยทุกประเภท)

**R: RESTROOM** (การพัฒนาสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานสิ่งแวดล้อมสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล)

**E: ENERGY** (การจัดการด้านพลังงาน)

**E: ENVIRONMENT** (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)

**N: NUTRITION** (การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำ อุปโภคบริโภคและการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล)

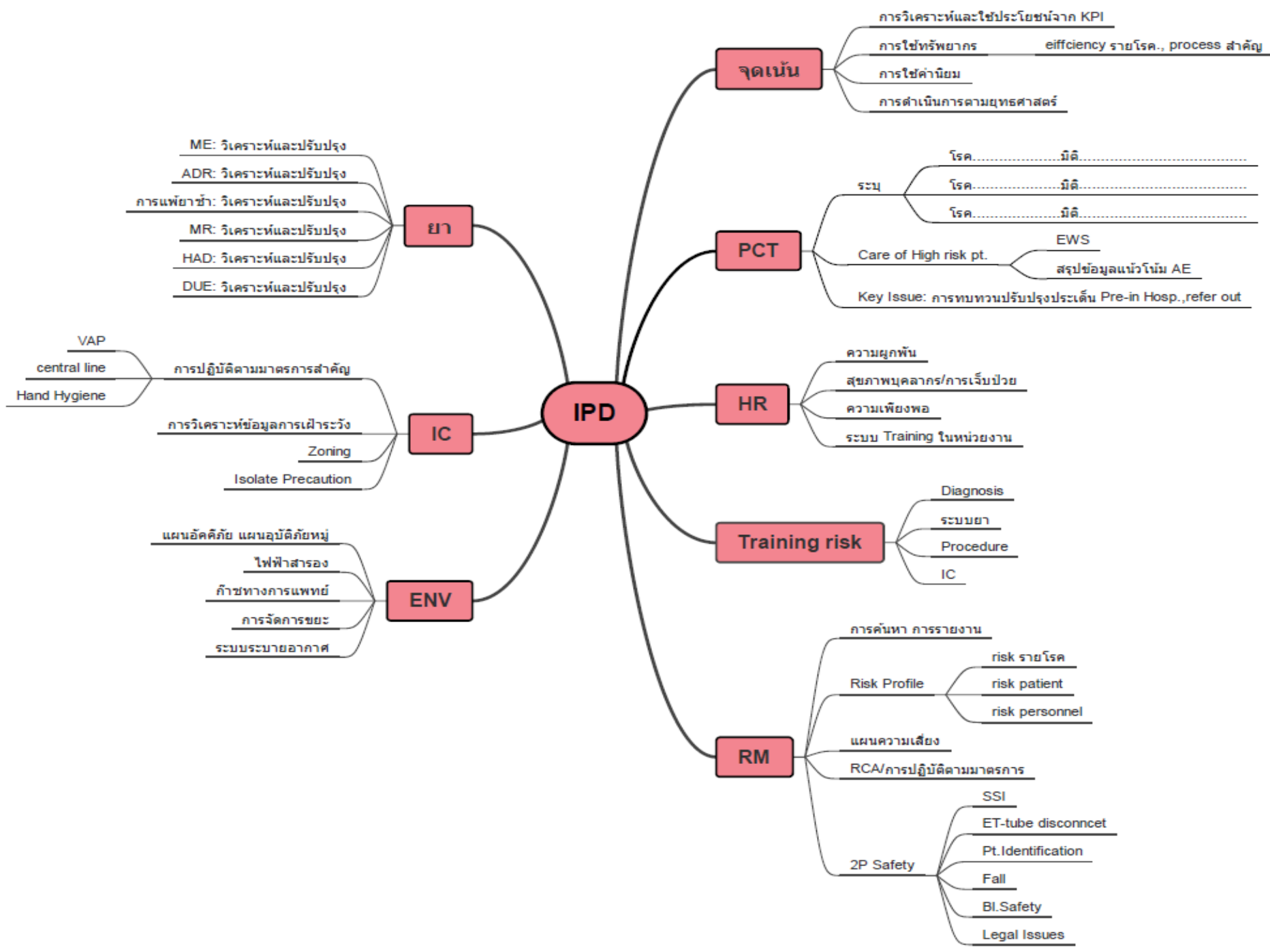
**C: Communication**

**L: Leader**

**E: Effectiveness**

**A: Activity**

**N: Network**



**IPD**

**ยา**

- ME: วิเคราะห์และปรับปรุง
- ADR: วิเคราะห์และปรับปรุง
- การแพทย์ซ้ำ: วิเคราะห์และปรับปรุง
- MR: วิเคราะห์และปรับปรุง
- HAD: วิเคราะห์และปรับปรุง
- DUE: วิเคราะห์และปรับปรุง

**IC**

- VAP
- central line
- Hand Hygiene
- การปฏิบัติตามมาตรฐานที่สำคัญ
- การวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวัง
- Zoning
- Isolate Precaution

**ENV**

- แผนอัคคีภัย แผนอุบัติภัยหมู่
- ไฟฟ้าสำรอง
- ก๊าซทางการแพทย์
- การจัดการขยะ
- ระบบระบายอากาศ

**จุดเน้น**

- การวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จาก KPI
- การใช้ทรัพยากร efficiency รายโรค., process สำคัญ
- การใช้จ่ายค่านิยม
- การดำเนินการตามยุทธศาสตร์

**PCT**

- ระบุ
  - โรค.....มิติ.....
  - โรค.....มิติ.....
  - โรค.....มิติ.....
- Care of High risk pt.
  - EWS
  - สรุปข้อมูลแนวโน้ม AE
- Key Issue: การทบทวนปรับปรุงประเด็น Pre-in Hosp., refer out

**HR**

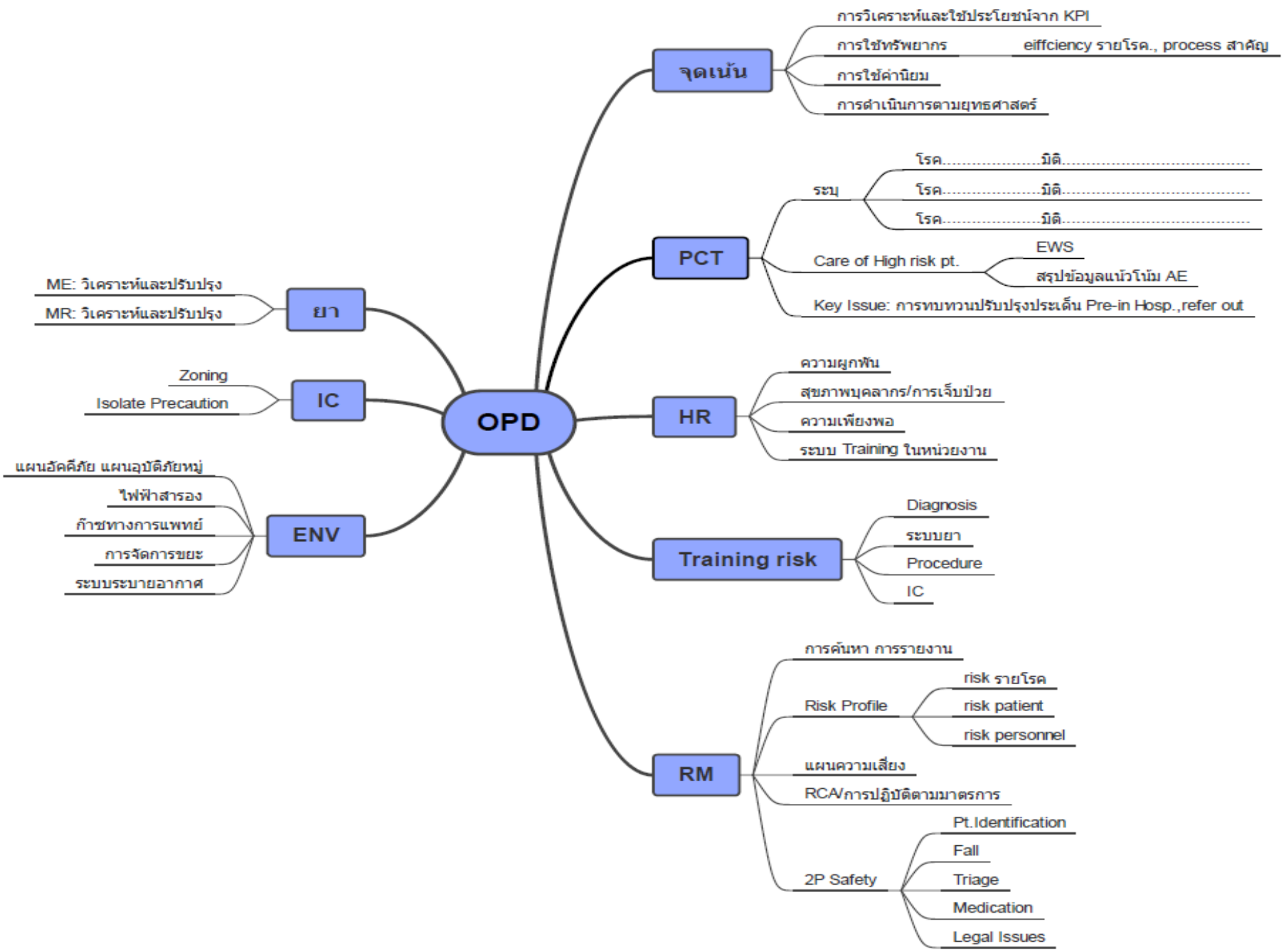
- ความผูกพัน
- สุขภาพบุคลากร/การเจ็บป่วย
- ความพึงพอใจ
- ระบบ Training ในหน่วยงาน

**Training risk**

- Diagnosis
- ระบบยา
- Procedure
- IC

**RM**

- การค้นหา การรายงาน
- Risk Profile
  - risk รายโรค
  - risk patient
  - risk personnel
- แผนความเสี่ยง
- RCA/การปฏิบัติตามมาตรฐานการ
- 2P Safety
  - SSI
  - ET-tube disconnct
  - Pt. Identification
  - Fall
  - BI.Safety
  - Legal Issues



**OPD**

**จุดเน้น**

- การวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จาก KPI
- การใช้ทรัพยากร efficiency รายโรค., process สำคัญ
- การใช้ค่านิยม
- การดำเนินการตามยุทธศาสตร์

**PCT**

- โรค.....มิติ.....
- โรค.....มิติ.....
- โรค.....มิติ.....
- Care of High risk pt. EWS
- สรุปข้อมูลแนวโน้ม AE
- Key Issue: การทบทวนปรับปรุงประเด็น Pre-in Hosp., refer out

**HR**

- ความผูกพัน
- สุขภาพบุคลากร/การเจ็บป่วย
- ความเพียงพอ
- ระบบ Training ในหน่วยงาน

**Training risk**

- Diagnosis
- ระบบยา
- Procedure
- IC

**RM**

- การค้นหา การรายงาน
- Risk Profile
  - risk รายโรค
  - risk patient
  - risk personnel
- แผนความเสี่ยง
- RCA/การปฏิบัติตามมาตรการ
- 2P Safety
  - Pt. Identification
  - Fall
  - Triage
  - Medication
  - Legal Issues

**ยา**

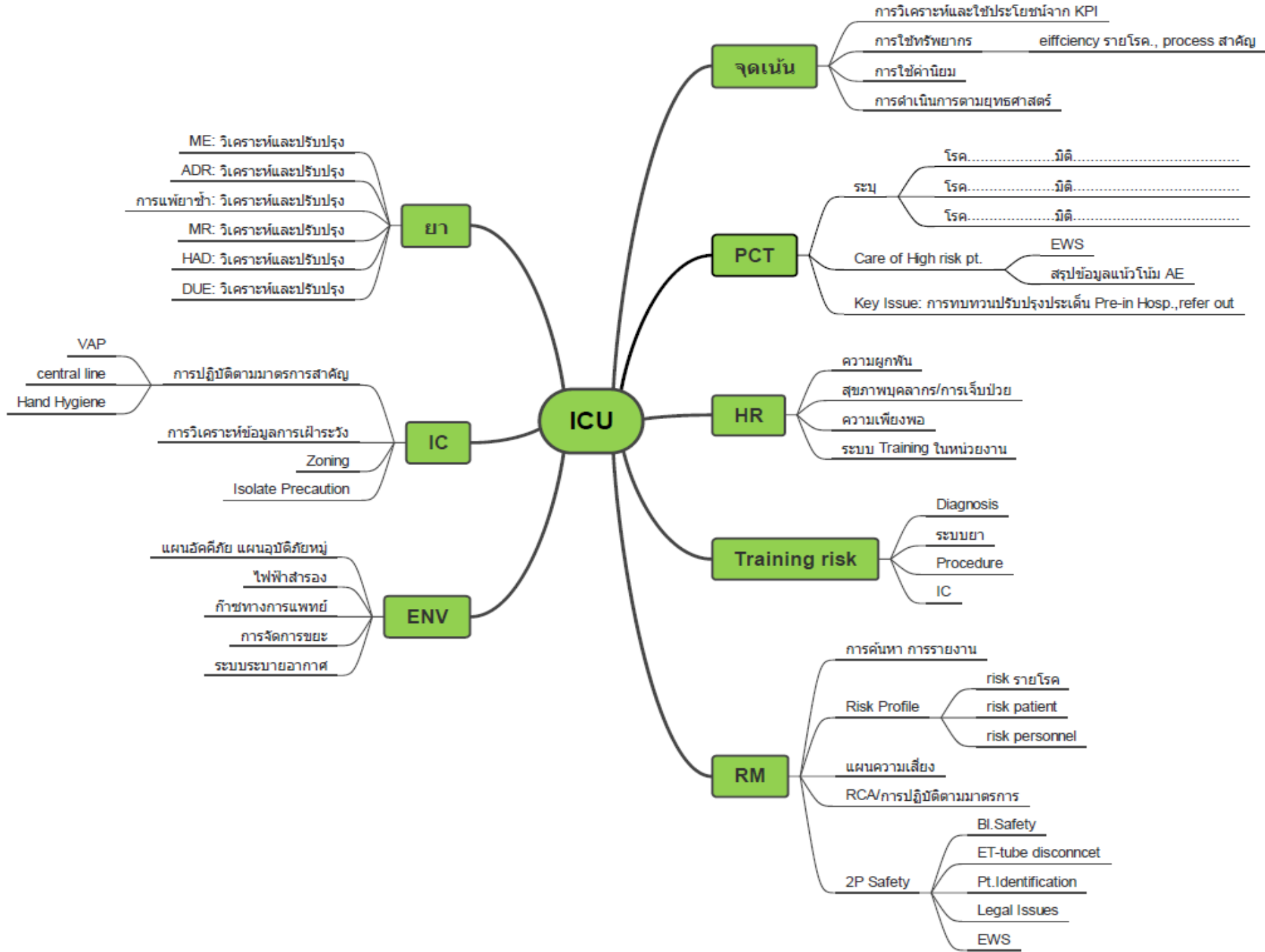
- ME: วิเคราะห์และปรับปรุง
- MR: วิเคราะห์และปรับปรุง

**IC**

- Zoning
- Isolate Precaution

**ENV**

- แผนอัคคีภัย แผนอุบัติภัยหมู่
- ไฟฟ้าสำรอง
- ก๊าซทางการแพทย์
- การจัดการขยะ
- ระบบระบายอากาศ



**ICU**

**ยา**

- ME: วิเคราะห์และปรับปรุง
- ADR: วิเคราะห์และปรับปรุง
- การแพทย์ยา: วิเคราะห์และปรับปรุง
- MR: วิเคราะห์และปรับปรุง
- HAD: วิเคราะห์และปรับปรุง
- DUE: วิเคราะห์และปรับปรุง

**IC**

- VAP
- central line
- Hand Hygiene
- การปฏิบัติตามมาตรฐานการสำคัญ
- การวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวัง
- Zoning
- Isolate Precaution

**ENV**

- แผนอัคคีภัย แผนอุบัติเหตุหมู่
- ไฟฟ้าสำรอง
- ก๊าซทางการแพทย์
- การจัดการขยะ
- ระบบระบายอากาศ

**จุดเน้น**

- การวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จาก KPI
- การใช้ทรัพยากร efficiency รายโรค., process สำคัญ
- การใช้ค่านิยม
- การดำเนินการตามยุทธศาสตร์

**PCT**

- ระบาด.....มิติ.....
- ระบาด.....มิติ.....
- ระบาด.....มิติ.....
- Care of High risk pt.
- EWS
- สรุปข้อมูลแนวโน้ม AE
- Key Issue: การทบทวนปรับปรุงประเด็น Pre-in Hosp., refer out

**HR**

- ความสุขภาพ
- สุขภาพบุคลากร/การเจ็บป่วย
- ความเพียงพอ
- ระบบ Training ในหน่วยงาน

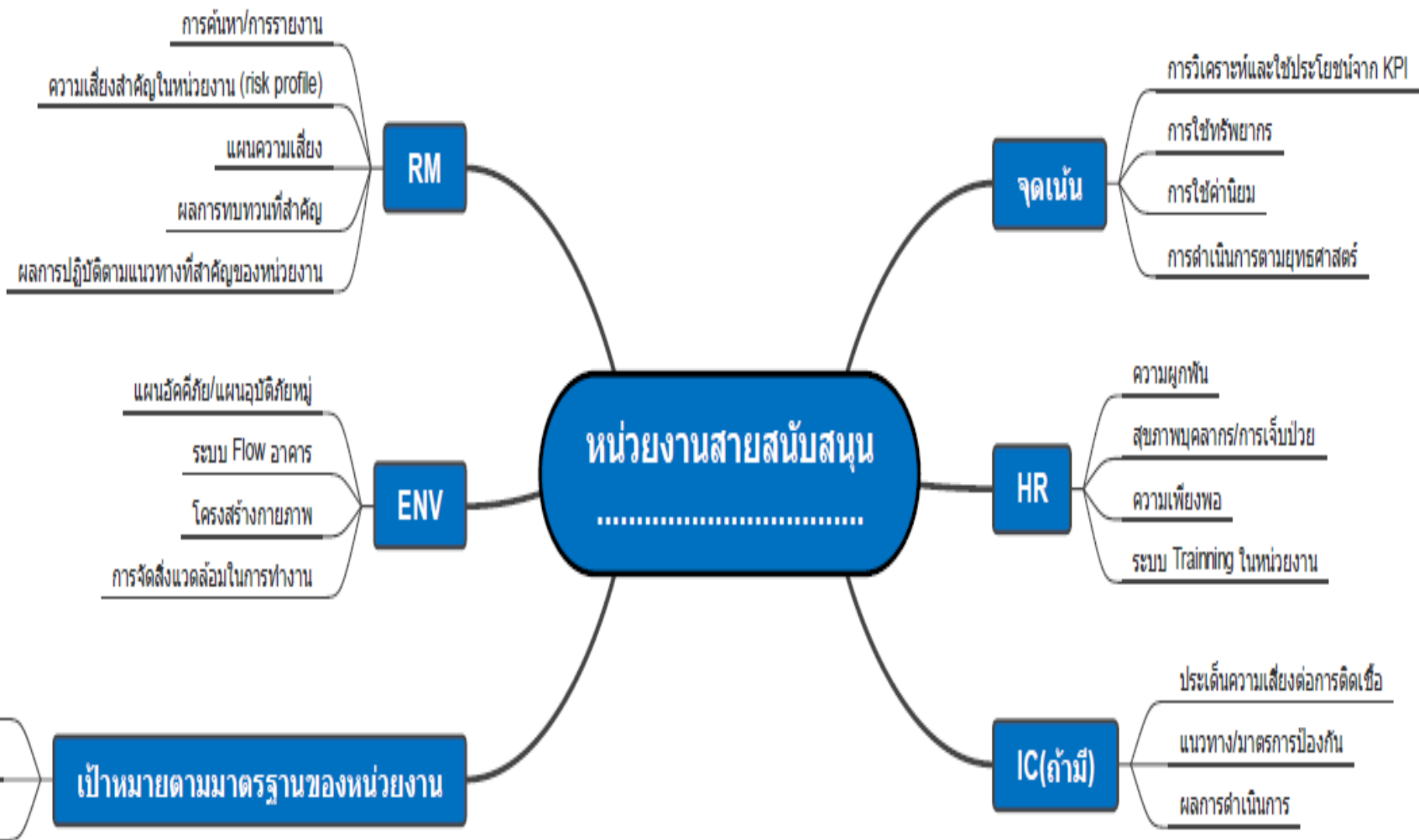
**Training risk**

- Diagnosis
- ระบบยา
- Procedure
- IC

**RM**

- การค้นหา การรายงาน
- Risk Profile
  - risk รายโรค
  - risk patient
  - risk personnel
- แผนความเสี่ยง
- RCA/การปฏิบัติตามมาตรฐาน
- 2P Safety
  - BI.Safety
  - ET-tube disconnct
  - Pt.Identification
  - Legal Issues
  - EWS







# ข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ ของ สรพ เพื่อต่ออายุการรับรองครั้งที่ 4

13-14 สิงหาคม 2567

ควรนำประเด็นจากข้อเสนอแนะไปพิจารณาทำ  
แผนพัฒนาทั้งระดับหน่วย ระดับทีม และระดับองค์กร



I-4

IM

## ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้โรงพยาบาลแสดงผลการดำเนินการได้บรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาลตามวิสัยทัศน์และพันธกิจที่เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แห่งปัญญา ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลควรกำหนดให้**ทุกระดับ** ทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์คุณภาพการบริการ ที่สะท้อนประเด็นคุณภาพอย่างเหมาะสมตามมิติคุณภาพต่างๆ พร้อมการวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัย ความสัมพันธ์ รวมทั้งมีการเทียบเคียง (benchmarking) ที่ทำให้เห็นโอกาสในการพัฒนา มาปรับปรุง เพื่อยกระดับผลการดำเนินงาน

I-5

HR

## ข้อเสนอแนะ

1. ทบทวนแผนบุคลากรที่ครอบคลุมกลุ่มบุคลากรทั้งวิชาชีพและระบบสนับสนุน สอดคล้องกับข้อมูลปัญหาที่วิเคราะห์ได้ (เช่น รongรับการเกษียณ, ผลการคำนวณภาระงาน, การขึ้นเวรต่อเนื่องเกินกว่าที่ทีมกำหนด, ขีดความสามารถที่เพียงพอเพื่อรองรับบริการที่มีความเชี่ยวชาญและบริการด้านการเรียนการสอน) และเพิ่มการประเมินประสิทธิผลของแผนในแต่ละปี นำมาใช้ในการปรับแผนอย่างเหมาะสม

2. **เรียนรู้การตามรอยมาตรฐาน** นโยบายที่ได้กำหนด และพัฒนาตามโอกาสที่พบ เช่น

- 1) **ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ** อย่างเหมาะสมเพื่อเป็นแบบอย่าง
- 2) **ด้านการเรียนรู้และพัฒนาที่สอดคล้องกับผลการปฏิบัติงาน** (เช่น ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ผลการประเมินสมรรถนะตามภาระงาน) มุ่งการเรียนรู้ในงานประจำ การเรียนรู้กับพี่เลี้ยง/ผู้ประสพการณ์ (โดยเฉพาะในหน่วยงานที่มีผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่อายุงานในช่วง 1- 5 ปี) เป็นต้น

I-6

Operation

## ข้อเสนอแนะ

**I-6.1 จ. การจัดการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิก องค์กรมีระบบการจัดการเรียนการสอนในหลายวิชาชีพและหลายระดับ ได้แก่ นิสิตแพทย์ในระดับชั้นปีทางคลินิกให้มหาวิทยาลัย การฝึกอบรม แพทย์เพิ่มพูนทักษะ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งมีการจัดการให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของแพทยสภา ที่สมควร**เพิ่มระบบกำกับดูแล ทบทวนผลการปฏิบัติงานของผู้เรียน กำหนดและติดตามตัวชี้วัดที่จำเป็น** เพื่อสร้างความมั่นใจในภาพและความปลอดภัย ทั้งของผู้ป่วยและผู้เรียน เพิ่มขึ้น**



II-1

RM

## ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้มีการบริหารความเสี่ยงที่เป็นระบบอย่างต่อเนื่องในทุกขั้นตอนที่ช่วยยกระดับคุณภาพความปลอดภัยตามบริบทขององค์กร โรงพยาบาล

1. ควร **ทบทวนการขับเคลื่อนนโยบาย 2P safety/Zero event/Harm free care** **สู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม** ผ่านการออกแบบ process safety design อย่างมีประสิทธิภาพในการแก้จัดการความเสี่ยงดังกล่าว และมี **กระบวนการในการติดตาม** รวมถึงควรพิจารณา **เป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์** เนื่องจากอาจต้องการสนับสนุนด้านทรัพยากรในการดำเนินงาน

## ข้อเสนอแนะ

2. ควรนำความเสี่ยงทั้งหมดที่ได้จากการค้นหา ผ่านระบบ รายงานความเสี่ยง tiger tool sentinel event ข้อร้องเรียน training risk การทบทวนเคส dead/unplanned ICU/revisit or readmit เพื่อจัดทำ risk register โดยกำหนด risk owner ออกแบบระบบเพื่อ risk treatment (prevention) และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง
3. ควรทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับ E up ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะความเสี่ยงในมาตรฐาน  
สำคัญจำเป็นทั้ง 9 ข้อ ความเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาลและ Sentinel event **มหา Root cause analysis** ที่แท้จริง และออกแบบการป้องกันความเสี่ยงในระดับ **intermediate to strong action** เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำอย่างเป็นระบบ



II-2.1

NSO

## ข้อเสนอแนะ

ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันของทีมปฏิบัติการพยาบาล  
ในการใช้กระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ลดการเกิด  
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการพยาบาล

II-3

ENV

## ข้อเสนอแนะ

ทีมสิ่งแวดล้อม ควรส่งเสริมการตามรอยการปฏิบัติตามมาตรฐาน/ นโยบาย และพัฒนาตามโอกาสที่พบ เช่น

1. เพิ่มความชัดเจนของการ**ทำแผนบริหารความเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม**ตามลำดับความสำคัญและนำไปปฏิบัติ
2. **ความพร้อมรองรับอัคคีภัย**ที่ออกแบบการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัยในแต่ละกลุ่มผู้ป่วย **การประเมินผลการซ้อมแผน/การอบรม** ระบบตรวจสอบ ทดสอบบำรุงรักษาอุปกรณ์ดับจับ/ควบคุมตามที่กำหนด
3. **ระบบเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน** (แนวทางการตรวจสอบความพร้อมโดยผู้ใช้งานที่สามารถปฏิบัติได้ พัฒนาระบบข้อมูลสำหรับนำมาบริหารจัดการ)

II-3

ENV

## ข้อเสนอแนะ

4. ระบบสาธารณูปโภคที่พร้อมใช้งาน (แผนตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาที่ปฏิบัติได้และติดตามกำกับในรอบเวลาที่เหมาะสม)

5. ระบบบำบัดน้ำเสียที่ส่งเสริมการตรวจคุณภาพน้ำเสียประจำวัน อย่างสม่ำเสมอ นำข้อมูลมาใช้ติดตามการทำงานของระบบ และเพิ่มความชัดเจนในการพัฒนาตามแผนที่กำหนด (ระบบพักน้ำไต่เทียม, ระบบเติมอากาศที่มีประสิทธิภาพ) เป็นต้น





II-4

IC

## ข้อเสนอแนะ

ทีมควรทบทวนกระบวนการในการคัดกรองและ  
จัดบริการผู้ป่วยนอกที่ชัดเจน เพื่อลดความเสี่ยงของการ  
แพร่กระจายเชื้อในแต่ละ transmission base ให้เกิด  
ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

**PTC และคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา ควรส่งเสริม**

- 1. บทบาทของความเป็นสหวิชาชีพในการติดตามกำกับ กำหนด ประเด็นสำคัญในการพัฒนาและออกแบบระบบ พร้อมสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ขยายความครอบคลุมในการใช้ยา/ สารน้ำและสารทึบแสงของบริษัทภายนอกที่ร่วมบริการ (บริการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, บริการ CT/MRI)**

## ข้อเสนอแนะ

2. การตามรอยการปฏิบัติตามมาตรฐานและนโยบาย นำมาจัดทำแผนพัฒนา เช่น

- 1) ระบบ **medication reconciliation** ที่มุ่งเน้นการเปรียบเทียบรายการยาระหว่างรอยต่อการดูแล (กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด, ผู้ป่วยย้ายระหว่างแผนก, ผู้ป่วยกลับบ้าน)
- 2) **การจัดการยาเสพติดที่รัดกุม** โดยทบทวนการสำรอง การเบิกจ่าย ที่ใช้ยาสำรองก่อนการจัดทำใบยส.5 ที่มีข้อมูลครบถ้วนก่อนลงลายมือชื่อแพทย์ การตรวจสอบและลงลายมือชื่อพยานเมื่อทิ้งยา

II-6

PDC

## ข้อเสนอแนะ

3) ส่งเสริมการ**ค้นหาและดักจับ medication error** โดยเฉพาะระดับที่ยังไม่ถึงผู้รับบริการ นำข้อมูลมาใช้พัฒนาระบบที่เกี่ยวข้อง (การพัฒนาพื้นที่จัดยาสำหรับเภสัชกรรมผู้ป่วยใน, การตรวจสอบก่อนส่งมอบยาในยาที่มีการจัดล่วงหน้า, การใช้ประโยชน์จาก electronic MAR ในการตรวจสอบและบันทึกเวลาอย่างเหมาะสม) เป็นต้น



III-2

Assess

## ข้อเสนอแนะ

**ทีมนำทางคลินิกทุกทีม ควรมีระบบการทบทวนความ  
คลาดเคลื่อนของการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและ  
มีความเสี่ยงสูง และหาสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในเชิง  
ระบบ เพื่อปรับปรุงให้การวินิจฉัยโรคมีความถูกต้องและ  
ทันเวลาอย่างเหมาะสม**

### III-4.2

## Care of High Risk

# ข้อเสนอแนะ

เพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ทรุดลงในโรงพยาบาล ทีมนำทางคลินิกทุกสาขา ควรทบทวนสาเหตุของปัญหาจากที่มีอาการทรุดลงหรือเข้าสู่ภาวะวิกฤตหลังรับไว้ เช่น การเข้า ICU/CPR โดยมีได้วางแผน นำมาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงของแต่ละสาขา วางระบบการเฝ้าระวังและติดตามการใช้ **Early Warning Score** ที่กำหนดไว้ เพื่อให้มีการรายงานแพทย์ตามเกณฑ์และตอบสนองที่รวดเร็วทันต่อเวลาที่ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของทีมที่เกี่ยวข้อง







# การทำ Service Profile

เพื่อการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน..ที่เข้มแข็ง

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



## Service Profile คือ..

- เครื่องมือในการทำความเข้าใจหน้าที่สำคัญของหน่วยงาน
- เครื่องมือวิเคราะห์ประเด็นสำคัญและโอกาสพัฒนา
- เครื่องมือวางแผน และติดตามความก้าวหน้า
- เครื่องมือในการสื่อสารและเรียนรู้
- บันทึกผลงานของหน่วยงาน



เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพอื่น ๆ ที่คล้ายกัน แต่ใช้ในระดับต่างกัน

- Hospital Profile
- PCT/ CLT Profile



# ประเมินตนเองเพื่อตอบคำถามเหล่านี้

ทำได้ดีหรือไม่  
ใช้ประโยชน์จาก  
ตัวชี้วัดอย่างไร

มีการปฏิบัติตาม  
ระบบที่ออกแบบ  
ไว้หรือไม่

Concepts  
รู้หลัก

**IEC**  
Information  
Education  
Communication

Action

Trace

Measure

Context  
รู้โจทย์

Purpose

Design

Learning

Criteria  
รู้เกณฑ์

Spread

Improve

มีการออกแบบ  
หรือจัดระบบงาน  
ไว้เหมาะสม  
หรือไม่

ส่องกระจกให้เห็น  
ขั้นตอนของการพัฒนา

มีการปรับปรุง  
ระบบงานอย่างไร  
ทำอะไรไปแล้ว  
จะทำอะไรต่อ

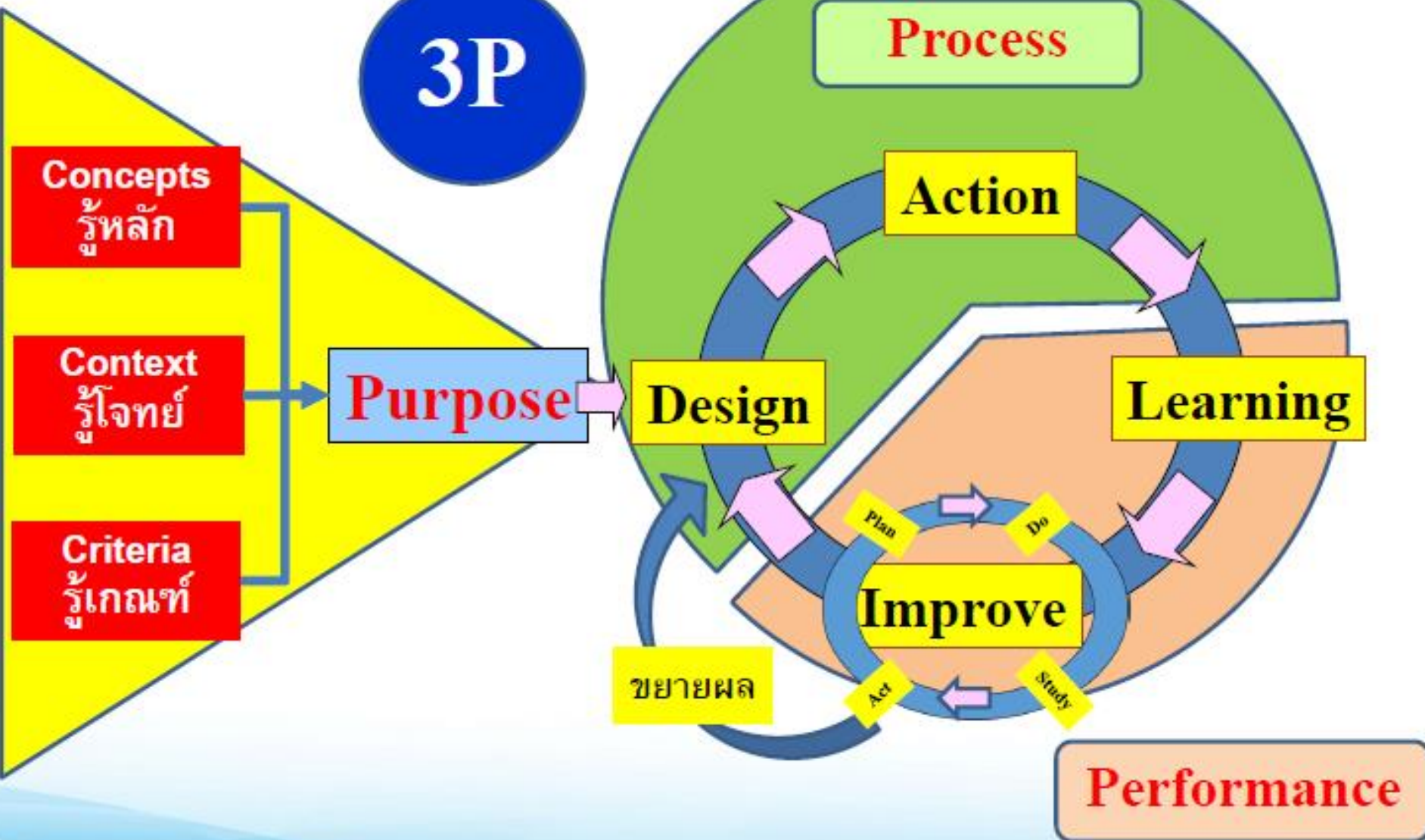


# 3C- PDSA/DALI กับการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ



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

**3P**





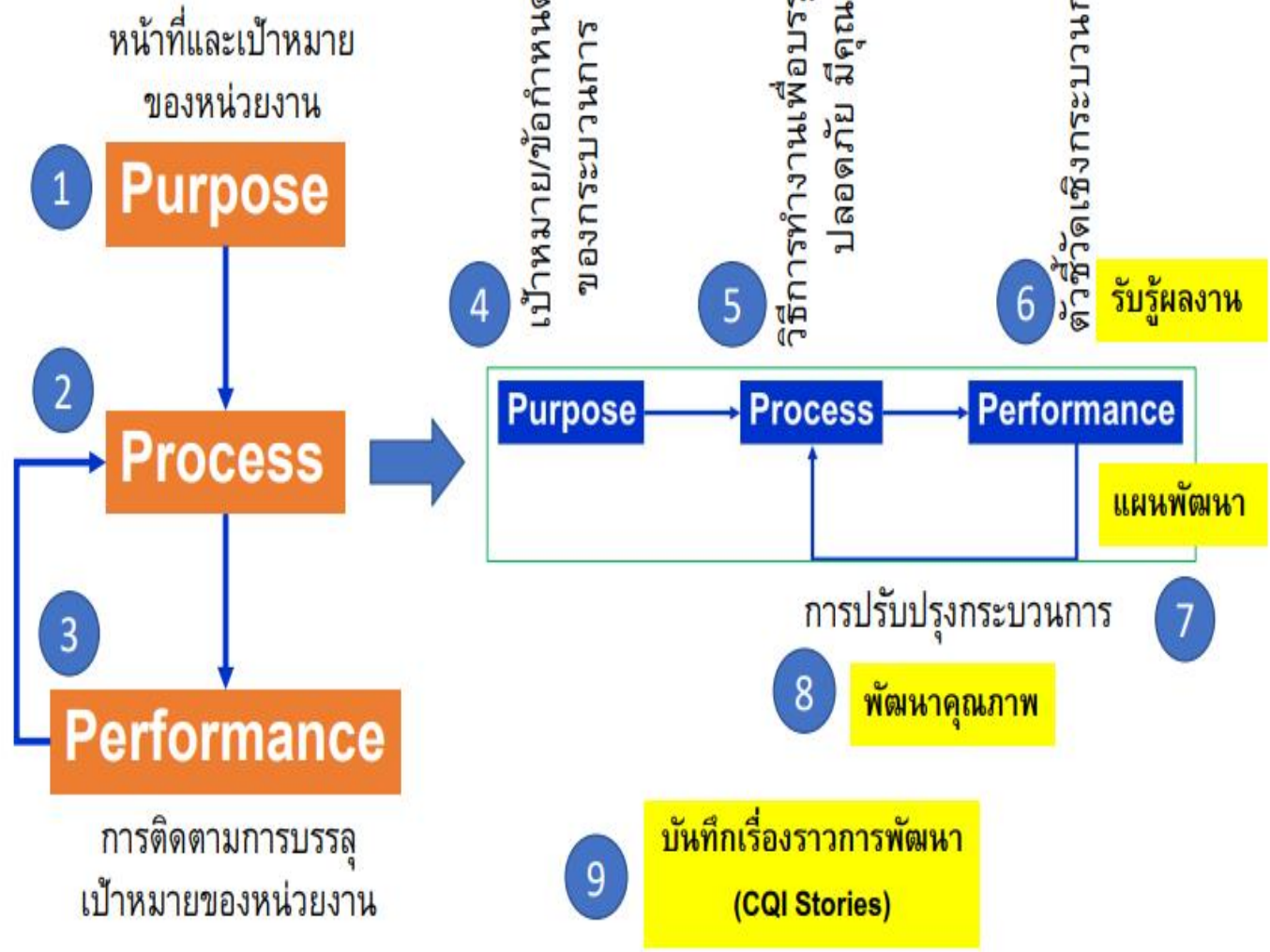
# PDSA / DALI กับ 3P



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

PDSA		3P	DALI
Plan	Purpose	Purpose	
	Process design	Process	Design
Do	Process Deployment		Action
Study	Performance measurement	Performance	Learning
Act	Performance improvement		Improvement

# 3P กับ Service Profile

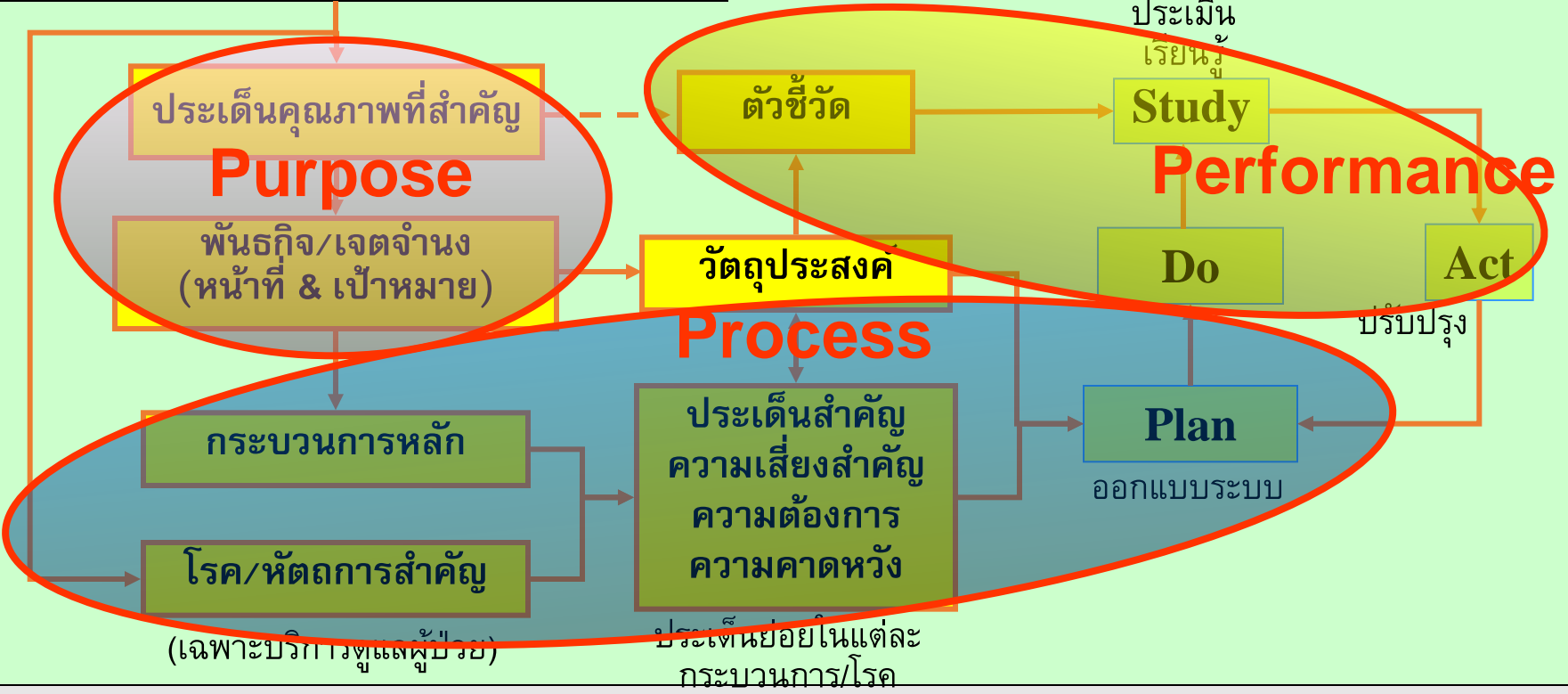




# Service Profile

กรอบที่ใช้กำกับการพัฒนาคุณภาพ  
ของแต่ละหน่วยในองค์กร

**หลักคิดสำคัญ**  
**(Core Values & Concepts)**  
ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้ด้วยกัน ชยันตบทวน  
เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด



เน้น

# Service Profile

- เขียนให้กระชับ ตามกรอบที่ให้มา
- มีความเชื่อมโยงในการเขียน เปรียบเสมือน Tracer ของหน่วยงาน/ ทีม
  - เน้นการพัฒนาคุณภาพที่ดีและเกิดผลลัพธ์เป็นรูปธรรม
- CQI Story เขียนแบบ 3P, 3C PDSA เชื่อมโยงกับประเด็นคุณภาพ ความท้าทายขององค์กร เชื่อมโยงกับกลยุทธ์หลักของโรงพยาบาล
  - เน้นผลลัพธ์จากการทบทวน 12 กิจกรรม
- เขียนสะท้อนให้เห็นกระบวนการสำคัญ (Key Processes) วิเคราะห์กระบวนการหลักโดยเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง, ความเสี่ยงจากกระบวนการหลัก, ต่อยอดงานประจำ CQI นวัตกรรม

# Pitfall

- การกำหนดตัวชี้วัดไม่ตรงประเด็น **ไม่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงาน**
- ตัวชี้วัดไม่ครอบคลุมทั้งเชิงผลลัพธ์และเชิงกระบวนการ
- ไม่มีการติดตามผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนดอย่างเป็นระบบ
- ไม่มีการปรับปรุง พัฒนาต่อยอด (QA/CQI)
- การทบทวนไม่ครอบคลุมความเสี่ยงสำคัญ
- บุคลากรบางคน **ไม่รู้จัก Service Profile**
- ไม่ได้เขียนตามแบบฟอร์มที่ตกลงไว้



# แบบรายงานการประเมินตนเอง (Service Profile)

1. บริบท (Context)

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

3. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

4. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

5. ผลงานที่ภาคภูมิใจ

6. แผนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จาก 7 หัวข้อ



เป็น 6 หัวข้อ



# แบบรายงานการประเมินตนเองสำหรับหน่วยงาน (Service Profile)

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

สาขา/งาน/หน่วยงาน.....

(ปรับปรุงวันที่.....)



ระบุ วัน/เดือน/ปี ที่ปรับปรุง

## 1. บริบท<sup>1</sup> (Context) HA I-1.1ก(1), I-2.2ก(2)(5)

วิสัยทัศน์ของ สปช	เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งปัญญา ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ (A University Hospital of Wisdom Aspiring for Excellence)
พันธกิจของ สปช	1. การบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนรวมทั้งบริการวิชาการสู่สังคม 2. การจัดการเรียนการสอนด้านแพทยศาสตร์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาอื่น 3. การวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางวิชาการ

### ก. หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)

(ให้ระบุว่าหน่วยงานหรือทีมมีหน้าที่ทำอะไร ให้แก่ใคร ทำให้เกิดคุณค่า/เพื่อ อะไร)

### ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)

(ควรอธิบายให้ครอบคลุมลักษณะงาน ขอบเขตเวลาการให้บริการ และพื้นที่ให้บริการ)

## ค. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญทั้งภายนอก/ภายใน

(ควรสร้างช่องทางการรับรู้ความต้องการของผู้รับผลงาน การตอบสนอง ข้อจำกัด ให้เหมาะสมกับผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม เช่น การทบทวนข้อร้องเรียนและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ของหน่วยงานที่ผ่านมา)

ความต้องการของผู้รับผลงานภายนอก HA I-3.1, I-3.2ก(1), I-4.1ก(3), I-6.1ก(1)

ผู้รับผลงาน ภายนอก	ความต้องการ/ข้อ ร้องเรียน/เสนอแนะ	การออกแบบ/ปรับปรุงกระบวนการทำงาน
กลุ่มโรคสำคัญ ระบุ.....		
กลุ่มอายุสำคัญ ระบุ.....		
อื่นๆ ระบุ.....		

ควรใช้ข้อมูลจากการสอบถามผู้รับบริการ



## ความต้องการของผู้รับผลงานภายใน HA II-1.1ก(4)

ผู้รับผลงานภายใน	ความต้องการ	การออกแบบ/ปรับปรุงกระบวนการทำงาน



## ง. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

(หากเป็นหน่วยทางคลินิกควรระบุกลุ่มโรค/กลุ่มผู้ป่วยสำคัญ)

รายการ/ปีงบประมาณ	2564 (3 ปีที่แล้ว)	2565 (2 ปีที่แล้ว)	2566 (1 ปีที่แล้ว)	2567 (ปีปัจจุบัน)

ต้องมีข้อมูลอะไรบ้าง

- สถิติผู้รับบริการต่าง ๆ
- ปริมาณงานที่ทำตามงานสำคัญ

## Key Clinical Population (สำหรับสาขา/งาน/หน่วยทางคลินิก)

### จำนวนกลุ่มโรคสูงสุด 5 ลำดับแรก

ลำดับ	2564 (3 ปีที่แล้ว)	2565 (2 ปีที่แล้ว)	2566 (1 ปีที่แล้ว)	2567 (ปีปัจจุบัน)
1				
2				
3				
4				
5				

### จำนวนกลุ่มโรคเสียชีวิตสูงสุด 5 ลำดับแรก

ลำดับ	2564 (3 ปีที่แล้ว)	2565 (2 ปีที่แล้ว)	2566 (1 ปีที่แล้ว)	2567 (ปีปัจจุบัน)
1				
2				
3				
4				
5				



## จำนวนกลุ่มโรค Readmission สูงสุด 5 ลำดับแรก

ลำดับ	2564 (3 ปีที่แล้ว)	2565 (2 ปีที่แล้ว)	2566 (1 ปีที่แล้ว)	2567 (ปีปัจจุบัน)
1				
2				
3				
4				
5				

## จำนวนกลุ่มโรค Unplanned CPR / ETT / ICU สูงสุด 5 ลำดับแรก

ลำดับ	2564 (3 ปีที่แล้ว)	2565 (2 ปีที่แล้ว)	2566 (1 ปีที่แล้ว)	2567 (ปีปัจจุบัน)
1				
2				
3				
4				
5				



### จำนวนกลุ่มโรค Refer out สูงสุด 5 ลำดับแรก

ลำดับ	2564 (3 ปีที่แล้ว)	2565 (2 ปีที่แล้ว)	2566 (1 ปีที่แล้ว)	2567 (ปีปัจจุบัน)
1				
2				
3				
4				
5				

สามารถปรับกลุ่มผู้ป่วยได้ตาม  
ความเหมาะสมของหน่วยงาน



จ. ทรัพยากร HA I-5.1ก(1), I-6.1ค(1) (สอดคล้องกับภารกิจหลักของหน่วยงาน)

ทรัพยากร	สิ่งที่เข้มแข็ง (ศักยภาพ)	สิ่งที่ต้องพัฒนา (ข้อจำกัด)
สถานที่		
เครื่องมือ เวชภัณฑ์ เทคโนโลยี		
บุคลากร - จำนวน - ความรู้ ความสามารถ - ภาวะสุขภาพ		

จ. ประเด็นการส่งเสริมสุขภาพ (การส่งเสริม/สร้างเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่, ผู้รับบริการ, ชุมชน, สิ่งแวดล้อม การเชื่อมโยงการดูแลรักษาสู่ชุมชน ประเด็น Holistic Care , Humanized Health Care การสร้าง สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ของหน่วยงาน)

กลุ่มผู้รับบริการ/บุคลากร	ประเด็นการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้รับบริการ	
ชุมชน	
บุคลากร	





**ข. นโยบาย/จุดเน้น/ยุทธศาสตร์ขององค์กร (ระบุเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องที่ได้ดำเนินการ)**

นโยบาย/จุดเน้น/ยุทธศาสตร์	แนวทางตอบสนองที่มีอยู่	ผลลัพธ์การพัฒนา

ช. ความเสี่ยงสำคัญและมาตรการป้องกัน HA II-1.2ข(2,3) (สอดคล้องกับแผนความเสี่ยงและ risk profile)

ความเสี่ยงสำคัญ (Identification)	ระดับ (Analysis)	สถานการณ์ในรอบปีที่ผ่านมา (Risk Monitor & Review)	มาตรการป้องกันที่เป็นปัจจุบัน (Risk Treatment)
รายโรค	High	แนวโน้มสถานการณ์	
3-5 เรื่อง	Significant	หรือ สถิติการเกิดอุบัติการณ์	
	Moderate		
	Low		
Patient Safety			
3-5 เรื่อง			
Personnel Safety			
3-5 เรื่อง			
Back off. 5-10 เรื่อง			

### ณ. ประเด็นคุณภาพและตัวชี้วัดที่สำคัญ (Key Quality Issues & Key Performance Indicator)

ประเด็นคุณภาพ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
สอดคล้องกับประเด็นเป้าหมาย หน่วยงานในข้อ ก.	ระบุเฉพาะชื่อตัวชี้วัดที่สำคัญ

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญนี้ ควรจะสัมพันธ์กับความมุ่งหมายของหน่วยงาน  
และตัวชี้วัดของหน่วยงานด้วย

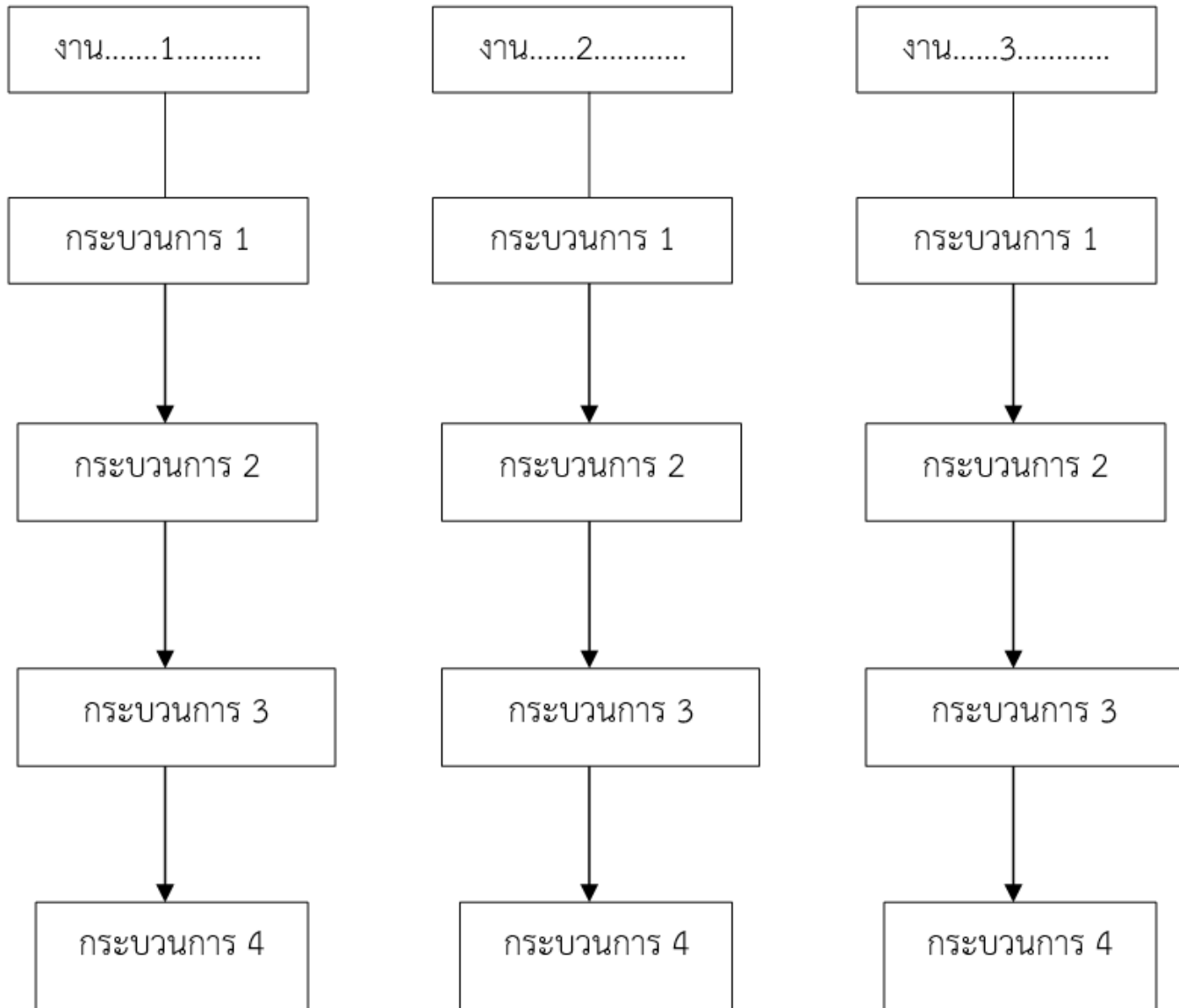
# สรุปข้อที่ 1 (ก.-ฉ)

- ก. หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)
- ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)
- ค. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญทั้งภายนอก/ภายใน
- ง. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน
- จำนวนกลุ่มโรคสูงสุด 5 ลำดับแรก
  - จำนวนกลุ่มโรคเสียชีวิตสูงสุด 5 ลำดับแรก
  - จำนวนกลุ่มโรค Readmission สูงสุด 5 ลำดับแรก
  - จำนวนกลุ่มโรค Unplanned CPR / ETT / ICU สูงสุด 5 ลำดับแรก
  - จำนวนกลุ่มโรค Refer out สูงสุด 5 ลำดับแรก
- จ. ทรัพยากร
- ฉ. ประเด็นการส่งเสริมสุขภาพ
- ช. นโยบาย/จุดเน้น/ยุทธศาสตร์ขององค์กร
- ซ. ความเสี่ยงสำคัญและมาตรการป้องกัน
- ฅ. ประเด็นคุณภาพและตัวชี้วัดที่สำคัญ



## 2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)<sup>2</sup>

แผนภูมิกระบวนการทำงาน (ตัวอย่าง)



## 2.1 การวิเคราะห์ความเสี่ยงของกระบวนการทำงานที่สำคัญ



กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดกระบวนการที่ สำคัญ (Key Process Indicator)
<p>เขียนตามกระบวนการให้บริการของ หน่วยงาน/ ทีม ตั้งแต่ เริ่ม (Entry) จนกระทั่ง สิ้นสุด (Discharge)</p>	<p>-เป็นการขยายความสิ่งที่ คาดหวังจาก กระบวนการหลัก อาจ แยก ออกเป็น ช้อย่อย ๆ อีก 2-5 ช้อย่อย</p>	<p>-ประเมินความ เสี่ยงตาม กระบวนการ ให้บริการของ หน่วยงาน (Entry - Discharge ) - เชื่อมโยง : ความ เสี่ยงทั่วไป, ความ เสี่ยงทางคลินิก, ความเสี่ยงเฉพาะ โรค (เชื่อมโยงกับ PCT</p>	<p>- อะไรคือตัวชี้วัดที่ตอบสนองสิ่งที่ คาดหวัง แสดงถึงความเชื่อมโยงกับ กก.ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ หน่วยงานตนเอง เช่น กกก. PCT, กกก. PTC &amp; risk ที่ เกิดในหน่วยงาน</p>



## 2.2 การวิเคราะห์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทำงาน (วิเคราะห์โดยใช้ DOWNTIME / ความสูญเปล่า / ความสูญเสียที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน)

กระบวนการที่ต้องการพัฒนา	การปรับปรุงกระบวนการ

ให้วิเคราะห์ DOWNTIME มาก่อน



ใส่ข้อมูลเฉพาะที่พบปัญหา เป็นกระบวนการที่ต้องการพัฒนา

Wastes	ลักษณะการสูญเสีย	การแก้ไข
Defect lost	มีของเสียมากเกินไป งานที่ต้องแก้ไข	เพิ่มคุณภาพการผลิต
Overproduction lost	การผลิตที่มากเกินไป	ผลิตให้พอดีกับความต้องการของลูกค้า
Waiting lost	การรอคอยนาน	ปรับลดระยะเวลาที่ไม่สำคัญ
None use idea from team lost	ไม่มีการใช้ความคิดจากทีมงาน	ใช้บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ ได้เต็มประสิทธิภาพ
Transportation lost	เคลื่อนย้ายโดยไม่จำเป็น	การจัดหน่วยงานที่ทำงานเชื่อมกันอยู่ใกล้กัน
Inventory lost	มีสินค้าคงคลังมากเกินไป	ทบทวน/กำหนด stock คงคลังให้เหมาะสมกับการใช้งาน
Motion lost	เคลื่อนไหวมากเกินไป	ปรับผังพื้นที่การทำงาน
Extra Processing	กระบวนการมากเกินไป	ปรับลดขั้นตอนการทำงานที่ซ้ำซ้อน

# 3. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

- ทบทวนระบบ/กิจกรรม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เคยเกิดไม่ให้เกิดซ้ำอีก จะปรับขั้นตอนการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นได้อย่างไร
- ทบทวนระบบ/กิจกรรม ในงานที่พัฒนาขึ้นใหม่ ผลการทำงานเป็นอย่างไร ต้องพัฒนาขั้นตอนการทำงานอะไรเพิ่มเติม
- เขียนระบุมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น( เขียนเป็น 3 P หรือ PDCA ) สามารถบอกกิจกรรมที่ปฏิบัติใหม่ได้

### 3. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ (สำหรับสายสนับสนุน: หากกิจกรรมใดไม่เกี่ยวข้อง ไม่ต้องทบทวน)

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	กรณีตัวอย่าง	การเปลี่ยนแปลงระบบงาน
การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย/ทำงาน		
การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา		
การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง		
การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของ ผู้รับบริการ		
การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า		
การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล		
การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา		
การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวช ระเบียน		
ทบทวนการใช้ทรัพยากร		
การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ		
การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ		
การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ / เหตุการณ์สำคัญ		

#### 4. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2564 (3 ปีที่แล้ว)	2565 (2 ปีที่แล้ว)	2566 (1 ปีที่แล้ว)	2567 (ปีปัจจุบัน)

ตัวชี้วัดของหน่วยงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายและประเด็นคุณภาพ  
ของหน่วยงาน  
และมีการติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง



## เผ่าดู (ตัวชี้วัด)

- เครื่องชี้วัดเชิงผลลัพธ์ บอกการเปลี่ยนแปลงคุณภาพที่ดีขึ้น
- เครื่องชี้วัดเชิงกระบวนการ บอกการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการ
- เครื่องชี้วัดที่รักษาสมดุล ตรวจสอบว่าเมื่อปรับปรุงแล้วจะไม่ส่งผลกระทบต่อส่วนอื่น ๆ
- การวัดไม่ต้องทำให้สมบูรณ์แบบ เห็นให้เห็นการพัฒนา



5. ผลงานที่ภาคภูมิใจ (ผลงานการพัฒนาคุณภาพที่ดำเนินการแล้วเสร็จในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา แต่ยังคงปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน)

ผลงาน	การเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานที่ยังใช้ถึงปัจจุบัน	เริ่มเมื่อ	ผลลัพธ์

เป็นการรวบรวมผลงานคุณภาพของ ทีม/หน่วยงานทั้งหมดที่ผ่านมา  
ว่าเป็นไปตามสิ่งที่คาดหวัง เช่น ระบบต่าง ๆ ที่หน่วยงานทำได้ดี  
มีความภาคภูมิใจ ซึ่งต้องแสดงให้เห็นแนวคิด และผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจริง, CQI

6. แผนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (ระบุแผนงานการพัฒนาที่จะดำเนินการในรอบปีถัดไป  
อย่างน้อย 3 เรื่อง)

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ /ความเสี่ยงที่สำคัญ	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/ ค่าเป้าหมาย	กิจกรรมพัฒนา

นำปัญหา/โอกาสพัฒนา/ความเสี่ยงสำคัญมาดำเนินการพัฒนา  
โดยออกแบบกิจกรรมการพัฒนาที่สอดคล้องกับเป้าหมายและปัญหา

# มิติคุณภาพ (Quality Dimension)



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

ส่องกระจกให้  
เห็นหลายมิติ

ใช้กำหนด  
เป้าหมาย

Purpose

ใช้ตรวจสอบ  
กระบวนการ

Process

ใช้กำหนด  
ตัวชี้วัด

Performance

## 8 Quality Dimension

- Accessibility
- Appropriateness
- Continuity
- Effectiveness
- Efficiency
- People-centered
- Population focus & Health promotion
- Safety

## Framework for Quality: Six Key Areas of IOM Report

Six key areas of quality of healthcare are needed to be monitored. Healthcare should be:

(Acronym: **STEEP**)

- Safe
- Timely
- Effective
- Efficient
- Equitable
- Patient-centered



# Value-based Healthcare



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

ส่งผลกระทบ  
ให้ถึงคุณค่า

ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า

Needs & Experience  
of Patients

เปลี่ยนความสูญเปล่า  
เป็นคุณค่า  
Waste



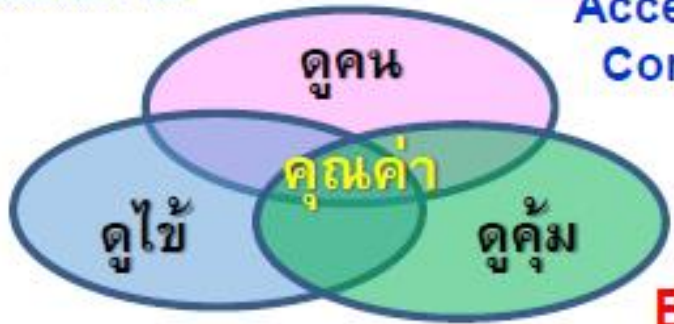
Evidence &  
Professional  
Standard

ใช้หลักฐานวิชาการ  
และจริยธรรมวิชาชีพ

Safety

มีระบบและวัฒนธรรมความปลอดภัย

**Social Objectives**  
People-centeredness  
Accessibility  
Continuity



**Clinical Objectives**  
Appropriateness  
Effectiveness  
Safety

**Economic Objectives**  
Efficiency

$$\text{คุณค่า} = \text{ประโยชน์ต่อผู้อื่น} \times \text{คุณภาพ} \times \text{ประสิทธิภาพ}$$



# คำถามเพื่อการวัด Performance ตามมิติคุณภาพต่าง ๆ



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

มิติคุณภาพ	นำมาพิจารณาในการวัด performance	ตัวอย่างตัวชี้วัด
Accessibility	ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงหรือไม่ได้รับบริการหรือไม่, การเข้าถึงบริการเป็นอย่างไร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการคัดกรองกลุ่มโรคสำคัญ</li> <li>- อัตราการเข้าถึงบริการกลุ่มโรคสำคัญ</li> </ul>
Appropriateness	อะไรคือโอกาสที่จะเกิดการได้รับบริการที่ไม่เหมาะสม ทั้งด้านได้รับมากเกินไป หรือได้รับน้อยเกินไป จะเปรียบเทียบกับอะไร(เช่น evidence หรือ CPG) จะใช้ข้อมูลอะไรบอก	- อัตราการปฏิบัติตาม CPG ที่สำคัญ
Continuity	อะไรคือการดูแลต่อเนื่องที่จำเป็น ทั้งในสถานพยาบาล ระหว่างสถานพยาบาลด้วยกัน และระหว่างสถานพยาบาลกับบ้านและชุมชน จะวัดความสมบูรณ์และความเหมาะสมของการได้รับการดูแลดังกล่าวได้อย่างไร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความเหมาะสมในการส่งต่อทั้งในสถานพยาบาลและระหว่างสถานพยาบาล</li> <li>- อัตราการเยี่ยมบ้าน</li> </ul>

# คำถามเพื่อการวัด Performance ตามมิติคุณภาพต่าง ๆ



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

มิติคุณภาพ	นำมาพิจารณาในการวัด performance	ตัวอย่างตัวชี้วัด
<b>Effectiveness</b> (ประสิทธิผล, สัมฤทธิ์ผล)	สำหรับการดูแลผู้ป่วย อะไรคือผลลัพธ์ที่คาดหวังทั้งในมุมมองของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ทั้งในด้านกายภาพ (physical) และ การทำหน้าที่ (function) จะวัดผลอย่างไร , สำหรับระบบงาน จะวัดการบรรลุเป้าหมายของระบบได้อย่างไร	-อัตราการบรรลุเป้าหมายของการรักษาของกลุ่มโรคสำคัญ -อัตราการบรรลุเป้าหมายของระบบงานที่สำคัญ
<b>Efficiency</b> (ประสิทธิภาพ)	อะไรคือทรัพยากรหลักที่ต้องใช้ (คน สถานที่ เวลา การตรวจ ยา เทคโนโลยี) ส่วนใดบ้างที่มีโอกาสสูญเปล่ามากขึ้น หรือ มีโอกาสประหยัดมากขึ้น จะวัดการเปลี่ยนแปลงหรือเปรียบเทียบระดับการใช้ทรัพยากรดังกล่าวกับปริมาณผู้ป่วยที่ได้รับบริการได้อย่างไร	Unit cost LOS Turn around time waste



# คำถามเพื่อการวัด Performance ตามมิติคุณภาพต่าง ๆ



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

มิติคุณภาพ	นำมาพิจารณาในการวัด performance	ตัวอย่างตัวชี้วัด
<b>People centered</b>	จะประเมินความพึงพอใจและการตอบสนองความต้องการใหม่มุมมองของผู้ป่วยได้อย่างไร จะประเมินมุมมองของการดูแลด้านจิตวิญญาณ/การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์/การเสริมพลัง/การสร้างเสริมสุขภาพอย่างไร	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ความพึงพอใจ</li> <li>-ความผูกพัน (บอกต่อใช้ซ้ำ)</li> <li>-Patient experience</li> </ul>
<b>Safety</b>	อะไรคือโอกาสเกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย จะประเมินระดับความไม่ปลอดภัยอย่างไร ทั้งในด้านวิธีการปฏิบัติ ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> <li>-อัตราการเสียชีวิต</li> <li>-อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน</li> </ul>
<b>Timeliness</b>	ช่วงเวลาใดคือช่วงเวลาที่มีความสำคัญในการให้บริการ มีเวลาที่ต้องบรรลุตามที่กำหนดไว้หรือไม่ ระยะเวลาที่ต้องรอคอยในขั้นตอนที่สำคัญดังกล่าวเป็นอย่างไร	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Door to treatment time</li> <li>-onset to treatment time</li> </ul>

## ส่วนที่ 1 : KPI บังคับส่วนกลาง

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ (ผู้ให้คะแนนคือคณะกรรมการ IS)

เกณฑ์ในการให้คะแนน (ใช้สำหรับ 2 รอบการประเมิน)	คะแนนเต็ม
1. Service Profile มีความครบถ้วนตามรูปแบบ	0.5
2. มีการ Update ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน	1
3. ส่ง Service Profile ตรงตามกำหนด	0.5
4. ค่าคะแนนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพจากการประเมินของทีม IS (คะแนนเฉลี่ยตามจริง)	5
<b>หมายเหตุ :</b> คะแนนรวมคือ ผลรวมของคะแนนทุกข้อ คะแนนเต็มคือ 7 คะแนน หน่วย/ทีม/สาขา ที่ได้คะแนนรวมมากกว่า 5 ให้ถือว่าได้คะแนนเต็ม 5 ตามเกณฑ์ KPI	

## ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ (ผู้ให้คะแนนคือศูนย์คุณภาพ)

รอบที่ 1 ( 1 ส.ค. - 31 ม.ค. )		รอบที่ 2 ( 1 ก.พ. - 31 ก.ค. )	
เกณฑ์ในการให้คะแนน	คะแนนเต็ม 5	เกณฑ์ในการให้คะแนน	คะแนนเต็ม 5
1. หน่วยงานแจ้งเรื่อง / หัวข้อ / วัตถุประสงค์ในการพัฒนางานเข้าโปรแกรมภายในเวลาที่กำหนด	2	1. ส่งเอกสารบทคัดย่อ รายงานการพัฒนาพร้อมผลการดำเนินการเข้าโปรแกรมตามแบบฟอร์มที่ศูนย์คุณภาพกำหนดของรอบที่ 2 ภายในเวลาที่กำหนด (ถ้าส่งล่าช้าจะถูกตัดเหลือ 0 คะแนน แต่ถ้าผลงานมีคุณภาพจะได้รับการพิจารณาในลำดับถัดไป) <b>หมายเหตุ: สามารถส่งเรื่องใหม่ที่ไม่ตรงกับเรื่องที่ลงทะเบียนในรอบที่ 1</b>	2
2. จัดทำแนวคิด / แผนการพัฒนาระบบการทำงาน , สิ่งประดิษฐ์, Lean, สิทธิบัตร ตามแบบฟอร์มที่ศูนย์คุณภาพกำหนดของรอบที่ 1 ภายในเวลาที่กำหนด โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background) 2. วัตถุประสงค์ และตัวชี้วัด (กำหนดค่าเป้าหมาย) 3. ขั้นตอนการดำเนินงาน	3	2. ผลงานที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จะได้รับการพิจารณาในรอบต่อไป โดยพิจารณาตามเกณฑ์ การให้คะแนนตามหลักวงจร PDCA ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ ค่านิยม จุดเน้น มาตรฐานหรือเป้าหมายของหน่วยงานและผลลัพธ์ของการพัฒนา โดยมีการคิดคำนวณคะแนนดังนี้ ค่าคะแนนการประเมินผลการนำเสนอของคณะกรรมการตัดสิน (คะแนนเต็ม 100) วิธีการคำนวณ คือ $\frac{\text{คะแนนที่ได้}}{3} = \text{ค่าคะแนนตามจริง}$ 100 (ผลงานที่ผ่านการคัดเลือกจะได้รับการประเมินต่อโดยผู้วิพากษ์ผลงาน)	3
		3. ผลงานที่เคยผ่านการคัดเลือกให้นำเสนอในงานมหกรรมคุณภาพและได้ไปนำเสนอภายนอกภายในรอบที่ 1 และ 2 ของปีการประเมินนั้นๆ เช่น การประชุมวิชาการขององค์กรต่างๆ HA Forum เป็นต้น จะได้รับคะแนนเพิ่มพิเศษ <b>โดยหน่วยงานต้องส่งเอกสาร/หลักฐานการนำเสนอผลงานภายนอกให้ศูนย์คุณภาพตามรอบประเมินนั้นๆ ด้วย</b>	+1

หมายเหตุ : ถ้าไม่ลงทะเบียนเรื่องแนวคิดการพัฒนางานในรอบ 1 หรือรายงานการพัฒนาในรอบ 2 ให้ทันตามเวลาที่กำหนด ได้ 0 คะแนน

เปิดระบบลงทะเบียน Online ภายในเวลาที่กำหนด

เปลี่ยนเรื่องได้ ในรอบที่ 2 แต่ต้องเขียนให้ครบถ้วนตามแบบฟอร์มที่ศูนย์คุณภาพกำหนดของรอบที่ 2

## ระดับความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง (ผู้ให้คะแนนคือศูนย์คุณภาพ)

เกณฑ์ในการให้คะแนน (ใช้สำหรับ 2 รอบการประเมิน)	คะแนนเต็ม
1. มีสรุปข้อมูลความเสี่ยงของหน่วยงานเป็นรายเดือนสม่ำเสมอทุกเดือน (สามารถได้มาจากหลายแหล่งการรายงาน) <b>การคำนวณ = จำนวนเดือนที่มีรายงาน / 6 เดือน (ใน 1 รอบการประเมิน)</b>	1
2. มี Risk Profile ที่วัดระดับโดยใช้ Risk Matrix และแสดงให้เห็นถึงลำดับความเสี่ยงที่สำคัญเรียงตามค่าระดับความเสี่ยง (10-20 ประเด็นความเสี่ยง)	1
3. มีแผนความเสี่ยงอย่างน้อย 3 เรื่อง	1
4. มีการจัดทำรายงาน ปค.5 (ปย.2) ที่สอดคล้องกับแผนความเสี่ยงในรอบปีก่อนหน้า	1
5. มีผลการดำเนินการใน ปค.5 (ปย.2) มีแนวโน้มดีขึ้น $\geq 2$ เรื่อง	1

## เป็นผู้มีวัฒนธรรมความปลอดภัย (ผู้ให้คะแนนคือหัวหน้าหน่วย/หัวหน้างาน/หัวหน้าสาขา)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้บุคลากรตระหนักเรื่องความปลอดภัย และหัวหน้ามีอำนาจในการจำแนก (Discriminate) บุคลากรได้

- 1 ร่วมประชุมและรับรู้ความเสี่ยงในหน่วยงาน อย่างน้อย ร้อยละ 80
- 2 มีการรายงานความเสี่ยง (ถือว่าความเสี่ยงเป็นโอกาสในการเรียนรู้และปรับปรุงระบบ) อย่างน้อย 2 ครั้ง / รอบการประเมิน
- 3 มีส่วนร่วมในกิจกรรมทบทวนความเสี่ยง / ทบทวนหาสาเหตุราก (RCA) เพื่อหาแนวทางป้องกัน / ร่วมพัฒนา CQI ที่เกี่ยวกับความเสี่ยงของหน่วยงานอย่างน้อย 1 เรื่อง / รอบการประเมิน
- 4 มีข้อเสนอแนะเพื่อการจัดการความเสี่ยง ที่แสดงให้เห็นถึงการคำนึงเรื่องความปลอดภัย อย่างน้อย 1 เรื่อง / รอบการประเมิน
- 5 ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันความเสี่ยงของหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน					ผู้รวบรวม	หลักฐาน
		5	4	3	2	1		
	เป็นผู้มีวัฒนธรรมความปลอดภัย	ทำได้ ตาม เกณฑ์ 5 ข้อ	ทำได้ ตาม เกณฑ์ 4 ข้อ	ทำได้ ตาม เกณฑ์ 3 ข้อ	ทำได้ ตาม เกณฑ์ 2 ข้อ	ทำได้ ตาม เกณฑ์ 1 ข้อ	หัวหน้าประเมิน	

แบบฟอร์มการให้คะแนนผู้มีวัฒนธรรมความปลอดภัย  
หน่วยงาน/งาน/สาขาวิชา.....

ลำดับ	รายชื่อ	รายละเอียดเกณฑ์การประเมิน					สรุปคะแนน
		1. ร่วมประชุม และรับรู้ความเสี่ยงในหน่วยงานอย่างน้อย ร้อยละ 80	2. มีการรายงานความเสี่ยง (ถือว่าความเสี่ยงเป็นโอกาสในการเรียนรู้และการปรับปรุงระบบ) อย่างน้อย 2 ครั้ง/ รอบการประเมิน	3. มีส่วนร่วมในกิจกรรม ทบทวนความเสี่ยง/ ทบทวนหาสาเหตุราก (RCA) เพื่อหาแนวทางป้องกัน/ ร่วมพัฒนา CQI ที่เกี่ยวกับความเสี่ยงของหน่วยงาน อย่างน้อย 1 เรื่อง / รอบการประเมิน	4. มีข้อเสนอแนะเพื่อการจัดการความเสี่ยง ที่แสดงให้เห็นถึงการคำนึงเรื่องความปลอดภัย อย่างน้อย 1 เรื่อง/ รอบการประเมิน	5. ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันความเสี่ยงของหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ	
1	นางสาว A	√	x	√	√	√	4
2	นางสาว B						
3	นางสาว C						
4	นาย D						
5	นาย E						





# Workshop การเขียน Service Profile

ส่ง Service Profile ฉบับปัจจุบัน  
ที่เนื้อหา update ครบถ้วน  
ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

ภายใน 30 พฤศจิกายน 2567

แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบทดสอบหลังการอบรม  
โครงการ “ทบทวน Service Profile ประจำปีงบประมาณ 2568”

ปิดระบบภายใน  
16.30 น.

เมื่อทำแบบทดสอบเสร็จแล้ว **อย่าลืม ถ่ายหน้าจอ** เป็นหลักฐานให้หัวหน้าหน่วย  
เพื่อให้คะแนน KPI ด้วยนะคะ (**ต้องทำถูก  $\geq 8$  ข้อ**)

# Thank you

