

รายงานการอบรม  
HA 305 : การพัฒนาคุณภาพสำหรับงานสนับสนุนบริการ  
ระหว่างวันที่ ๑ - ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ รุ่นที่ ๑  
ณ โรงแรมอัสวิน แกรนด์ คอนเวนชั่น

.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ-สกุล นางสาวสุพร อินทรมณี  
อายุ ๕๐ ปี  
การศึกษา วิทยาศาสตร์บัณฑิต (รังสีเทคนิค) มหาวิทยาลัยมหิดล  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -  
ตำแหน่ง นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ รับผิดชอบ ควบคุมเครื่องเอกซเรย์ทุกประเภทภายใต้  
หน่วยงานรังสีวิทยา ทำการจัดทำผู้ป่วย ถ่ายและบันทึกภาพส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ควบคุมคุณภาพของ  
ภาพรังสีที่ได้ให้ถูกต้อง เหมาะสมในการวินิจฉัย ดูแลการจัดเก็บภาพรังสีในระบบเครือข่ายการจัดเก็บภาพ  
ทางการแพทย์(PACS) และมีการจัดเตรียม ดูแล ตรวจสอบสภาพเครื่องเอกซเรย์และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องให้  
อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานตามมาตรฐาน นอกจากนี้ยังมีการให้คำแนะนำแก่ผู้ใช้บริการในการปฏิบัติตัว  
สำหรับการตรวจทางรังสี เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

๑.๒ ชื่อ-สกุล นางสาวอัมพร สะตะ  
อายุ ๔๐ ปี  
การศึกษา รัฐประศาสนศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -  
ตำแหน่ง นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มการเจ้าหน้าที่ โดยรับผิดชอบ  
กำกับ ดูแลราชการประจำให้เป็นไปตามหน้าที่ พร้อมทั้งให้คำปรึกษา แนะนำ แก้ไขปัญหาข้อขัดข้อง และ  
กลั่นกรองการปฏิบัติงานของข้าราชการ ลูกจ้างในกลุ่มที่รับผิดชอบก่อนนำเสนอผู้บังคับบัญชา

๑.๓ ชื่อ-สกุล นางสาวจันทรา ทิพชาติ  
อายุ ๓๖ ปี  
การศึกษา วิทยาลัยเทคนิคสกลนคร (สาขาการบัญชี)  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -  
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

หน้าที่ความรับผิดชอบ ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าหมวดยานพาหนะ ควบคุมดูแล  
พาหนะ และการปฏิบัติงานของลูกจ้าง ประเมินผลการปฏิบัติงานของลูกจ้างในหมวดยานพาหนะ ควบคุม  
การลา การขอแลกเวรของเจ้าหน้าที่ จัดทำตารางเวรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของหมวดยานพาหนะ  
จัดทำตารางการเบิกจ่ายเงินนอกเวลาราชการของหมวดยานพาหนะ ดำเนินการเรื่องขออนุญาตใช้  
รถยนต์ส่วนบุคคล จัดทำรายการใช้น้ำมัน รายงานการตรวจวัดมลพิษ ปีละ ๒ ครั้ง และปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ  
ตามผู้บังคับบัญชามอบหมาย

๑.๔ ชื่อ-สกุล นายปวีตรี อัฐบุตร  
 อายุ ๓๑ ปี  
 การศึกษา วิศวกรรมไฟฟ้ามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์  
 ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -  
 ตำแหน่ง นายช่างไฟฟ้าปฏิบัติงาน

หน้าที่ความรับผิดชอบ ปฏิบัติงานระบบไฟฟ้าแรงสูงและแรงต่ำ ระบบไฟฟ้าแสง  
 กว้างและระบบไฟฟ้ากำลัง ระบบไฟฟ้าแสงสว่างฉุกเฉิน ระบบสำรองไฟฟ้า (UPS) ระบบโทรศัพท์ภายใน  
 อัตโนมัติ ระบบเสียงตามสาย ระบบ CCTV ระบบ MATV ระบบ Fire Alarm ระบบ Nures call และงาน  
 อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดูแลระบบไฟฟ้าและอุปกรณ์ไฟฟ้าภายในระบบบำบัดน้ำเสียปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตาม  
 ผู้บังคับบัญชามอบหมาย

ชื่อเรื่อง อบรมหลักสูตร HA 305 : การพัฒนาคุณภาพสำหรับงานสนับสนุนบริการ

เพื่อ  ศึกษา  ฝึกอบรม  ประชุม  ดูงาน  สัมมนา  ปฏิบัติงานวิจัย  
 งบประมาณ  เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล  
 ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน เป็นเงินคนละ ๔,๕๐๐ บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)  
 เป็นเงิน ๑๘,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันบาทถ้วน)

วัน เดือน ปี ระหว่างวันที่ ๑ - ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

สถานที่ โรงแรมอัสวิน แกรนด์ คอนเวนชั่น

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ -

การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา/ฝึกอบรม/ ประชุม สัมมนา ผ่านเว็บไซต์  
 สำนักการแพทย์ และกรุงเทพมหานคร

ยินยอม

ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการอบรม

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ สามารถวิเคราะห์หน้าที่/เป้าหมาย ติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพหรือ  
 ประเมินการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานสนับสนุนบริการได้อย่างเหมาะสม สามารถประยุกต์และ  
 เชื่อมโยงกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพกับงานประจำได้

๒.๑.๒ เรียนรู้ประเด็นสำคัญ และสามารถนำไปปรับปรุงหน่วยงานสนับสนุนบริการให้มี  
 คุณภาพ

๒.๑.๓ เรียนรู้เป้าหมายและสามารถนำมามาตรฐานด้านกำลังคน,สิ่งแวดล้อมในการดูแล  
 ผู้ป่วยและกฎหมายที่เกี่ยวข้องไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาได้อย่างเหมาะสม

๒.๒ เนื้อหาโดยย่อ

๒.๒.๑ แนวคิดและปรัชญาของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลในมุมมองของ  
 งานสนับสนุนบริการ

๒.๒.๒ ประเด็นสำคัญในการพัฒนาหน่วยงานสนับสนุนบริการจากประสบการณ์การ  
 เยี่ยมสำรวจ

๒.๒.๓ ประเด็นสำคัญของมาตรฐานและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานด้านกำลังคน  
 และสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งวิธีการนำไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล

**การพัฒนาคุณภาพงานสนับสนุนบริการ**

การพัฒนาคุณภาพการบริการที่มีคุณภาพของโรงพยาบาล จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

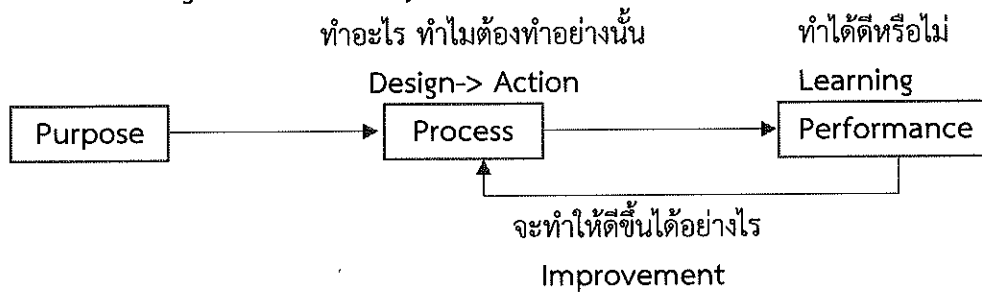
เครื่องมือสำคัญของ HA คือการทบทวนเพื่อจุดประกายการพัฒนา

ทบทวนตัวเอง (โดยเจ้าของงาน) : ทบทวนปัญหาจากการทำงาน (ขั้นที่ ๑)  
 : ทำคำถามพื้นฐาน/๓P (ขั้นที่ ๒)  
 : ใช้มาตรฐาน HA (ขั้นที่ ๓)

ทบทวนกันเอง : ตามรอย  
 (โดยตัวเองหรือเพื่อนต่างหน่วย) : เยี่ยมสำรวจภายใน  
 : แลกเปลี่ยนเรียนรู้

ทบทวนจากภายนอก : เยี่ยมสำรวจจากภายนอก  
 : ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

**๓ P : Basic Building Block of Quality**



**มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย** หมายความว่า มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนดโดยคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาและอนุมัติการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั้งองค์กรในชั้นที่สามและชั้นก้าวหน้า

มาตรฐานสำคัญจำเป็น	มาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ ฉบับที่ ๔	แนวทางการดำเนินการ
๑. การฆ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	III - ๔.๓ การดูแลเฉพาะ ข.การผ่าตัด (๔)	๑. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันความปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด
๒. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI,VAP,CAUTI,CABSI	II - ๔.๒ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (๑)	๒. สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด
๓. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	II - ๔.๒ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (๓)	๓. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E - ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ
๔. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event	II - ๖.๑ การกำกับดูแลและสิ่งแวดลอมสนับสนุน ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (๓)	
๕. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	II - ๗.๔ ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	

มาตรฐานสำคัญจำเป็น	มาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ ฉบับที่ ๔	แนวทางการดำเนินการ
๖. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	III - ๑ การเข้าถึงและการเข้ารับ บริการ (๘)	๔. จัดทำแผนควบคุมป้องกัน ความเสี่ยงและมีผลการ ดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้ เกี่ยวข้อง
๗. ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค	III - ๒ การประเมินผู้ป่วย ค.การวินิจฉัย โรค (๔)	
๘. การรายงานผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา	II - ๗.๒ บริการห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ข.การ ให้บริการ (๓) II - ๗.๓ พยาธิการย วิภาค และ II - ๗.๕ บริการตรวจ วินิจฉัยอื่นๆ	
๙. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน	III - ๑ การเข้าถึงบริการ (๓)	

สรุปการพัฒนาคุณภาพงานสนับสนุนบริการ

**สรุปแนวคิด HA (หลักสูตร HA305)**

๑ เครื่องมือสำคัญของ HA คือการทบทวนเพื่อจุดประกายการพัฒนา

๒ 3P: 3P: Basic Building Block of Quality

๓ 3C-PDSA

๔ CONCEPT สำคัญ ENV: Visual management, User-centered design, Human-centered design

๕ ๕ส

๖ ๖

๗ ๗

๘ ๘

โรงพยาบาล HA โรงพยาบาลคุณภาพ

เอกสารประกอบการอบรม

## การพัฒนาหน่วยงาน Back Office

### บทบาทหัวหน้าหน่วยงาน

รับรู้ : การรับรู้สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งระบบงานกระบวนการทำงานปัญหา/ข้อขัดข้อง/ความทุกข์ของเจ้าหน้าที่

รับฟัง : ปัญหาข้อติดขัด,ความคิดเห็น,ความสำเร็จ

รับเป็นภาระ : การแก้ไขปัญหาที่ยาก,การประสานงาน,การสร้างความรู้,ใช้ความรู้,ถ่ายทอดความรู้

การพัฒนา : ร่วมนำการพัฒนา,ร่วมทบทวน,ร่วมกิจกรรม,ติดตาม กระตุ้นให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

### การพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน

: ศึกษาความต้องการของผู้รับบริการ ผู้บริหารเจ้าหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

: ทบทวนประเด็นสำคัญ ประเด็นย่อย/ระบบงาน/งานที่เกี่ยวข้อง

: ศึกษามาตรฐาน กฎหมาย กฎกระทรวงข้อกำหนด ที่เกี่ยวข้อง

: ทำความเข้าใจ สร้างการเรียนรู้ ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามระบบงานที่วางไว้

: รับฟังข้อเสนอแนะ รวบรวมปัญหาค้นหาความเสี่ยง รายงานอุบัติการณ์ และปรับปรุง

: ติดตามการปฏิบัติ/ตัวชี้วัด/ผลการดำเนินงาน

: ค้นหา วางแผนและพัฒนาบุคลากร

: อาชีวอนามัย และการสร้างขวัญกำลังใจ

### การใช้ ๓P กับทุกพื้นที่พัฒนา

๓P: Purpose-Process-Performance

เริ่มจากการวิเคราะห์เป้าหมายของหน่วยงาน กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ระบบงาน องค์กร ทำงานประจำและงานพัฒนาเพื่อไปสู่เป้าหมายนั้น

### การบริหารความเสี่ยง

ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์

อุบัติการณ์ คือ เหตุการณ์ที่เกิดความสูญเสีย ความเสียหาย หรือ เหตุการณ์ไม่พึง

### ประสงค์

การบริหารความเสี่ยง การรับรู้ ป้องกัน จำกัดความเสี่ยง อันตรายและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสร้างความตื่นตัวแก่ผู้เกี่ยวข้อง และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

### เป้าหมาย

รับรู้ : ความเสี่ยง (ก่อนเกิดเหตุ)

อุบัติการณ์ (หลังการเกิดเหตุ) : สังเกต จดบันทึก

ป้องกัน : แนวทาง มาตรฐานต่าง ๆ

การออกแบบ : (Human Factors Engineering)

ความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า : Near miss Non-technical skill training & design

จัดการ: การวางระบบ

การแก้ปัญหาเฉพาะกรณี

การเรียนรู้สู่การป้องกัน

ตระหนัก: เรียนรู้จากเหตุที่เคยเกิดขึ้น

วัฒนธรรมความปลอดภัย

### กระบวนการบริหารความเสี่ยง

Risk Register: เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ทำให้เป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัต มีการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

Risk Profile: เป็นเอกสารอธิบายชุดของความเสี่ยง วิเคราะห์สิ่งคุกคามที่องค์กรเผชิญ อาจนำเสนอในรูป risk matrix หรือ risk rating table

### การระบุความเสี่ยง (Risk Identification)

เป็นกระบวนการในการ

- ค้นหา ระบุและพรรณนาความเสี่ยงที่สามารถมีผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร
- ระบุแหล่งของความเสี่ยงที่เป็นไปได้
- ระบุสาเหตุที่เป็นไปได้ และผลที่อาจเกิดขึ้น

สามารถใช้วิธีการต่อไปนี้

- ข้อมูลในอดีต (อุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น)
- การวิเคราะห์เชิงทฤษฎี (การทำ FMEA หรือการวิเคราะห์กระบวนการ)
- ความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

### การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis)

เป็นกระบวนการในการ

- ทำความเข้าใจธรรมชาติ แหล่งที่มา และสาเหตุของความเสี่ยง
- ประเมินการระดับความเสี่ยง (risk level)
- ศึกษาผลกระทบที่ตามมา
- ตรวจสอบมาตรการควบคุมที่ใช้อยู่

ตัวอย่างแหล่งที่มาของความเสี่ยง (Risk Source)

- ความสัมพันธ์และข้อผูกพันทางการค้า, ความคาดหวังด้านกฎหมายและภาวะรับผิดชอบ, สถานการณ์และการพลิกผันทางเศรษฐกิจ, นวัตกรรมทางเทคโนโลยี, แนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง และภัยธรรมชาติ

### การรับมือ/ปฏิบัติต่อความเสี่ยง (Risk Treatment)

Risk Treatment

- เป็นกระบวนการในการลดความรุนแรงของความเสี่ยง (risk modification process)
- ประกอบด้วยทางเลือกทางเลือกและการนำทางเลือกไปปฏิบัติ
- การปฏิบัติตามทางเลือกคือการควบคุมหรือปรับการควบคุมความเสี่ยง

Risk Treatment

- การควบคุมคือการนำมาตรการต่าง ๆ ไปปฏิบัติเพื่อลดความรุนแรงของความเสี่ยง การควบคุมเกิดขึ้นเมื่อมีการนำสิ่งต่อไปนี้ไปสู่การปฏิบัติ
- นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ แนวปฏิบัติ กระบวนการ เทคโนโลยี เทคนิค วิธีการ อุปกรณ์เครื่องมือ

### การติดตามและทบทวนความเสี่ยง (Risk Monitoring & Review)

การติดตามความเสี่ยง (Risk Monitoring)

- คือการกำกับดูแล ตรวจสอบและสังเกตอย่างต่อเนื่อง กับสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น และเพื่อประเมินว่าจะบรรลุสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่

### การทบทวนความเสี่ยง (Risk Review)

- เป็นกิจกรรมเพื่อพิจารณาว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเหมาะสม เพียงพอ และได้ผลในการบรรลุดูวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่
- ควรมีการทบทวนทั้ง RM framework และ RM process ซึ่งครอบคลุม RM policy & plans, risks, risk criteria, risk treatments, controls, residual risks, risk assessment process.

### ระบบรายงานอุบัติการณ์

- มีคำจำกัดความของอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของรพ.
- มีแนวทางที่ชัดเจนว่า ในกรณีใดที่จะต้องรายงาน
- กำหนดผู้มีหน้าที่ในการเขียนรายงาน
- กำหนดเส้นทางเดินรายงานที่รัดกุม เป็นหลักประกันในการรักษาความลับ และไม่อนุญาตผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าถึงได้

- การสร้างความเข้าใจว่า การแก้ปัญหาหน้ามีใช้การลงโทษ

### ประเภทของรายงานอุบัติการณ์

- เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง (Sentinel events)
- เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse events)
- เหตุการณ์ผิดปกติ

## สรุปการบริหารความเสี่ยง (หลักสูตร HA305)



### 2 ขั้นตอน/ กระบวนการบริหารความเสี่ยง



### 1 ความหมาย

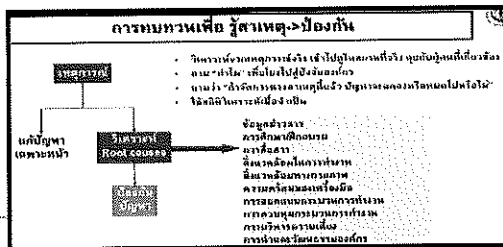
ความเสี่ยง คือโอกาสที่จะประสบกับ ความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์

อุบัติการณ์ คือเหตุการณ์ ที่เกิดความสูญเสีย ความเสียหาย หรือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

### 3 ระบบรายงานอุบัติการณ์

1. มีคำจำกัดความของอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของรพ.
2. มีแนวทางที่ชัดเจนว่า ในกรณีใดที่จะต้องรายงาน
3. กำหนดผู้มีหน้าที่ในการเขียนรายงาน
4. กำหนดเส้นทางเดินของรายงานที่รัดกุม เป็นหลักประกัน ในการรักษาความลับ และไม่อนุญาตผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าถึงได้
5. การสร้างความเข้าใจว่า การแก้ปัญหาหน้ามีใช้การลงโทษ

### 4 การทบทวน



โรงพยาบาล HA โรงพยาบาลคุณภาพ

## เครื่องชี้วัดคุณภาพ

เครื่องมือหรือสถิติที่ใช้ วัด คัดกรอง หรือส่งสัญญาณในการเฝ้าติดตาม ประเมินและปรับปรุงคุณภาพบริการ ทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย บริการสนับสนุนและการทำงานขององค์กรที่มีผลต่อผู้ป่วย

### ค่าของตัวชี้วัด

แสดงเป็นตัวเลขในลักษณะของ

- ร้อยละ (Percentage)
- อัตราส่วน (Ratio)
- อัตรา (Rate)
- สัดส่วน (Proportion)
- จำนวน (Number)
- ค่าเฉลี่ย (Average or Mean)

### การคัดเลือกเครื่องชี้วัด

- วัดได้ง่าย ไม่เป็นภาระ
- วัดสิ่งสำคัญ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
- มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลง
- การวัดไม่เน้นความถูกต้องเหมือนงานวิจัย

### การกำหนดตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ดี : ต้องวัดง่าย ไม่เป็นภาระไวต่อความเปลี่ยนแปลง

ประเด็นคุณภาพ	ตัวเลขข้อมูล	เป้า(ค่ามาตรฐาน)
- ความรวดเร็ว	- ระยะเวลารอคอย	- ค่ามาตรฐานสากล
- ความถูกต้อง	- จำนวนครั้งที่ผิดพลาด	- ค่าที่ยอมให้เกิดไม่ได้ต้อง = 0
- ความเสี่ยง	- จำนวนการเกิดอุบัติการณ์	- ค่าที่ยอมรับให้เกิดได้
- ประสิทธิภาพ	- อัตราการซ่อมซ้ำ	(ค่าเฉลี่ยสิ่งที่เคยเกิดขึ้น)

### จุดอ่อนที่พบบ่อย

- ไม่เข้าใจนิยาม ความสำคัญ
- ไม่ตอบประเด็นสำคัญคุณภาพ
- วิธีการเก็บขาดความน่าเชื่อถือ
- เก็บแล้วขาดการวิเคราะห์
- บางครั้งเน้นปัจจัยนำเข้าหรือกระบวนการ ขาดผลลัพธ์

### การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) คือ การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้ง โดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ



### การหาประเด็นที่จะพัฒนา

- แผนพัฒนาคุณภาพ แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
- ความต้องการของผู้รับผลงาน
- ปัญหาภายในหน่วยงาน/จุดอ่อนภายในหน่วยงาน
- ความเสี่ยงในหน่วยงาน
- ผลการวิเคราะห์กระบวนการหลัก
- ผลการประเมินความพึงพอใจ
- อุบัติการณ์ข้อร้องเรียน

### ตั้งเป้า(เรื่องที่จะพัฒนา)

- ระบุเป้าหมายที่ชัดเจนและเจาะจง
- กำหนดเป้าหมายเป็นตัวเลขให้รู้ระดับที่คาดหวัง/ทุกคนรับรู้
- อย่าให้เป้าหมายขยับ
- มุ่งเน้นในส่วนย่อยของระบบในแต่ละช่วงเวลา

### ปรับเปลี่ยน(สิ่งที่จะต้องพัฒนา)

- สร้างมาตรฐานกระบวนการทำงาน  
กระบวนการทำงานที่เป็นทางการ ปรับระดับการดูแล จัดทำเกณฑ์แนวทาง
- ปรับปรุงการไหลเวียนของงาน  
ลดการส่งต่องาน การตั้งงาน ค้นหาจุดคอขวด คาดการณ์ให้แม่นยำ
- การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร  
ระบบเดียวกัน การเข้าถึงข้อมูล สร้างความคาดหวังร่วมกัน แนวร่วม

### เฝ้าดู(ตัวชี้วัด)

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

### การประเมินตนเองระดับหน่วยงาน (Service Profile)

Service Profile กรอบที่ใช้กำกับการพัฒนาคุณภาพของแต่ละหน่วยในองค์กร

บริบท : ความต้องการ ข้อกำหนด จุดเน้น

ของผู้รับผลงาน ทางวิชาชีพ ขององค์กร

หลักคิดสำคัญ (Core Values & Concepts) ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน

เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด

การใช้ประโยชน์จาก Service Profile

- เครื่องมือในการทำความเข้าใจหน้าที่สำคัญของหน่วย
- เครื่องมือวิเคราะห์ประเด็นสำคัญและโอกาสพัฒนา
- เครื่องมือวางแผน
- เครื่องมือติดตามความก้าวหน้า
- เครื่องมือในการสื่อสารและเรียนรู้
- บันทึกผลงานของหน่วยงาน

# สรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ CQI (หลักสูตร HA305)

### 3 การกำหนดเป้าหมาย

วิเคราะห์กระบวนการ



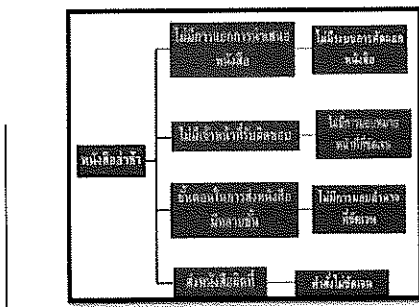
**1 การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)**

CQI คือการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ

### 2 ตั้งเป้า เฝ้าดู ปรับเปลี่ยน = 3P



### 3 การกำหนดประเด็นการพัฒนา การวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุ



### 4 แบบฟอร์มผลงาน CQI

**CQI ตัวอย่าง**

ก. ปัญหา/ข้อบกพร่อง  
การคัดส่งเคสผู้ป่วยไปยังหน่วยที่เกินเวลาที่กำหนดไว้เฉลี่ยเดือนละ 10 - 15 ครั้ง

ข. เรื่องที่ระบือเหตุสาเหตุปัญหา  
พัฒนากระบวนการจัดส่งไฟล์ที่ตรงตามคำสั่ง

ค. สิ่งที่ต้องสังเกต/พิจารณาปรับปรุง/ป้องกัน (อื่นๆ)

- ระบุการเปลี่ยนแปลงเชิงกลยุทธ์
- ระบุการวัด/สังเกต/วัดผล
- การเผยแพร่/ประชาสัมพันธ์
- การติดตาม/ควบคุม/ตรวจสอบ/ตรวจสอบ
- วัด/ประเมิน/ตรวจสอบ/ประเมินผล/ประเมินผล

ง. แนวโน้ม/พัฒนาการ (อื่นๆ)

- จัดการ/ดำเนินการ/ไม่ดำเนินการตามสิ่งที่กำหนด
- ดำเนินการ/ดำเนินการ/ไม่ดำเนินการตามสิ่งที่กำหนด
- มีการ/มีการ/ไม่มีการ/ไม่มีการ

โรงพยาบาล HA โรงพยาบาลคุณภาพ

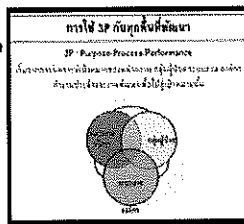
## เอกสารประกอบการอบรม มาตรฐาน HA ที่เกี่ยวข้องกับงานสนับสนุนบริการ

# สรุปการพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน Back office (หลักสูตร HA305)

### 1 การพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน

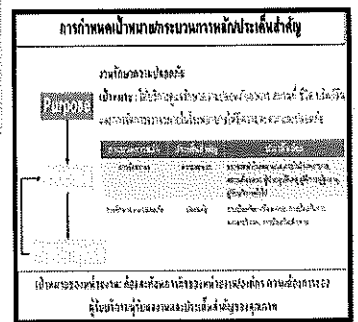
- ศึกษาความต้องการของผู้รับบริการ ผู้บริหารเจ้าหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้อง
- ทบทวนประเด็นสำคัญ ประเด็นอ่อนไหวระบบงานที่เกี่ยวข้อง
- ศึกษามาตรฐาน กฎหมาย กฎกระทรวงข้อกำหนด ที่เกี่ยวข้อง
- ทำความเข้าใจ สร้างการเรียนรู้ ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามระบบงานที่วางไว้
- รับฟังข้อเสียดูแล รวบรวมปัญหาเห็นหาความเสียหาย รายงานอุบัติการณ์ และปรับปรุง
- ติดตามการปฏิบัติตัวชี้วัด/ผลการดำเนินงาน
- ค้นหา วางแผนและพัฒนางาน
- อาชีวอนามัย และการสร้างขวัญกำลังใจ

### 2 3P

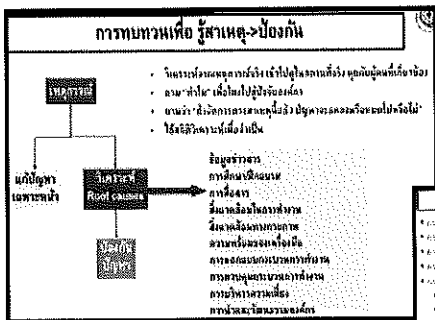


### 3 การกำหนดเป้าหมาย

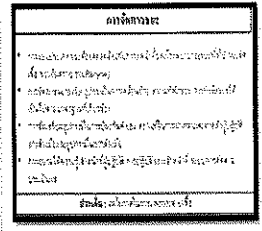
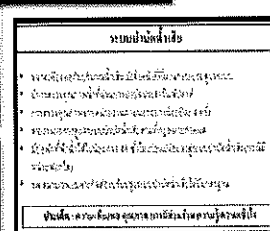
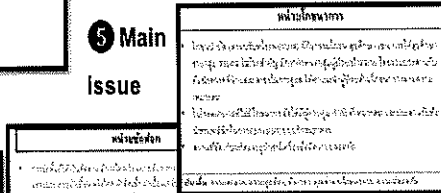
วิเคราะห์กระบวนการ



### 4 การทบทวน



### 5 Main issue



โรงพยาบาล HA โรงพยาบาลคุณภาพ

## ๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุมในครั้งนี้

## ต่อตนเอง

๑. ได้มีโอกาสและประสบการณ์ในการเข้าร่วมอบรมวิชาการของสถาบันรับรองคุณภาพ
๒. ได้ความรู้และแนวทางที่จะนำมาพัฒนาในหน่วยงานในอนาคตได้
๓. ได้ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานโรงพยาบาล สำหรับการพัฒนาคุณภาพสำหรับงานสนับสนุนบริการ
๔. ได้ทบทวนตนเอง ทบทวนความรู้ เกี่ยวกับมุมมองในการพัฒนาคุณภาพสำหรับงานสนับสนุนบริการ

## ต่อโรงพยาบาล

ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับแรงบันดาลใจ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล เพื่อให้พัฒนาคุณภาพสำหรับงานสนับสนุนบริการเป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้มารับบริการ

## ส่วนที่ ๓ ปัญหา / อุปสรรค

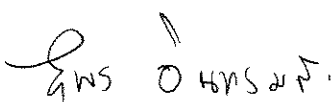
ไม่มี

## ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ


๑. ความรู้ความเข้าใจในเรื่องคุณภาพตามมาตรฐานต่างๆเป็นเรื่องสำคัญที่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

การทำกิจกรรมร่วมกันถือเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์แต่ละโรงพยาบาล


๒. การอบรมในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม Zoom มีความจำเป็นในช่วงสถานการณ์โควิด

ลงชื่อ .....  .....

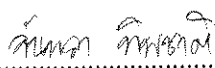
(นางสาวสุพร อินทรณี)  
นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ

ลงชื่อ .....  .....

(นางสาวอัมพร สะตะ)  
นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ

ลงชื่อ .....  .....

(นายปวีตรี อัดบุตร)  
นายช่างไฟฟ้าปฏิบัติงาน

ลงชื่อ .....  .....

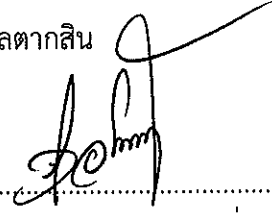
(นางสาวจันทรา ทิพชาติ)  
เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ ๕

ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ขอให้นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาหน่วยงานและโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ.....



(นายจจร อินทรบุหรัน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

# การพัฒนาหน่วยงาน BACK OFFICE

## บทบาทหัวหน้าหน่วยงาน

รับรู้ : รับรู้สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระบบงาน  
รับฟัง : ปัญหา ความคิดเห็น ความสำเร็จ  
รับเป็นภาระ : แก้ปัญหา ประสานงาน  
สร้างความรู้ ถ่ายทอดความรู้  
การพัฒนา : ร่วมพัฒนา ทบทวน ติดตาม  
และกระตุ้นให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

## การใช้ 3P กับทุกพื้นที่พัฒนา

1

Purpose

2

Process

3

Performance

เริ่มจากการวิเคราะห์เป้าหมาย ทำงานประจำและงานพัฒนาเพื่อไปสู่เป้าหมาย

## การพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน

- ศึกษาความต้องการผู้รับบริการ
- ทบทวนประเด็นสำคัญต่าง ๆ
- ศึกษามาตรฐาน กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- ส่งเสริมให้ปฏิบัติตามระบบงาน
- รับฟัง รวบรวม และปรับปรุงความเสี่ยงต่าง ๆ
- ติดตามผลการดำเนินงาน
- คืบหา วางแผน และพัฒนาบุคลากร
- อาชีวอนามัย และสร้างขวัญกำลังใจ



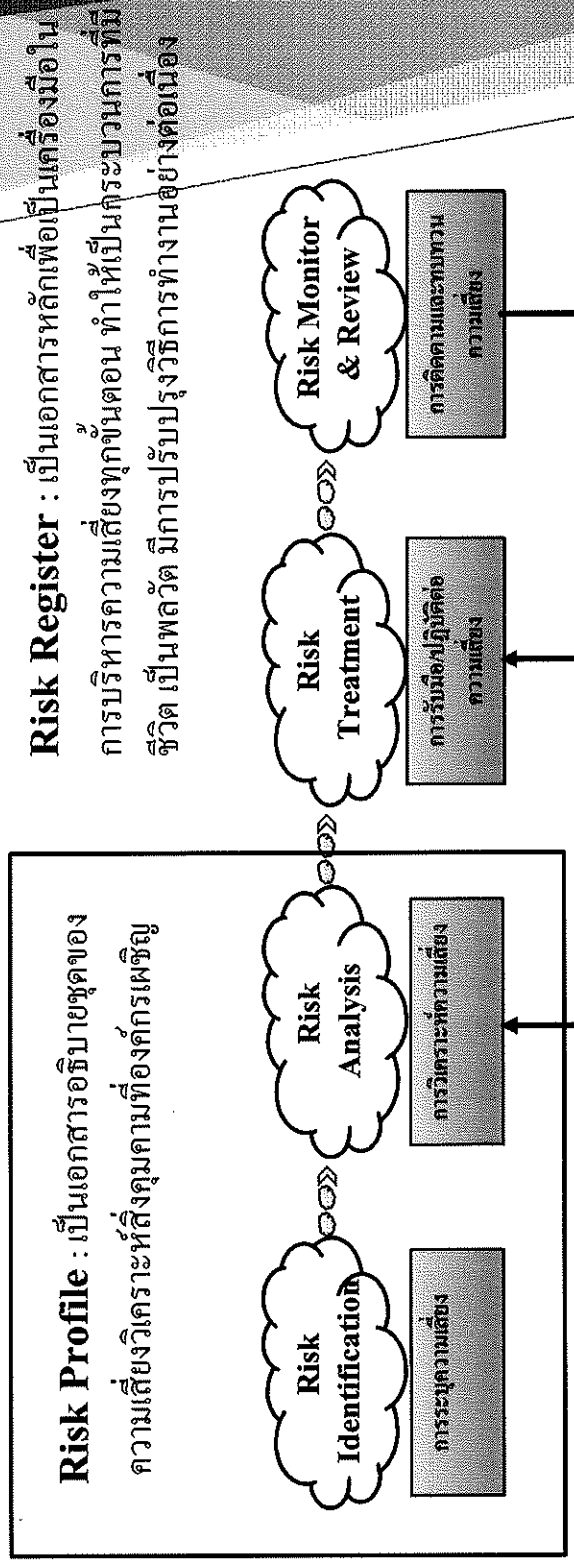
นางสาวสุพร อินทรนชัย  
ปีกรงสีการแพทย์ชำนาญการ  
กลุ่มงานรังสีรักษา โรงพยาบาลตากสิน



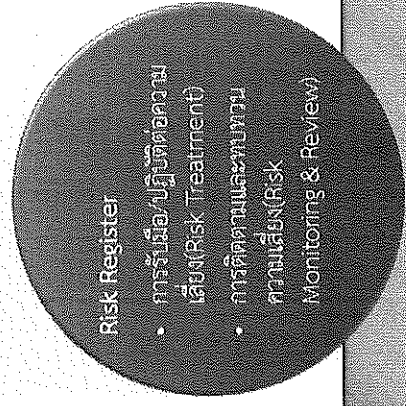
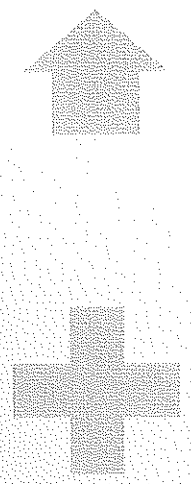
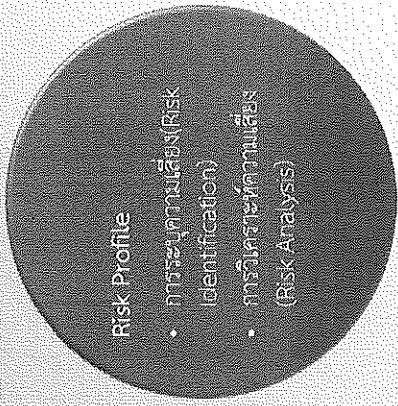


# กระบวนการบริหารความเสี่ยง

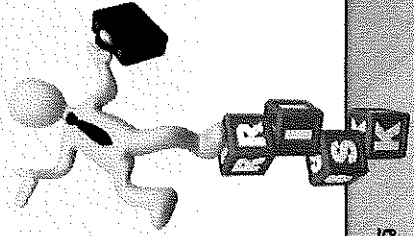
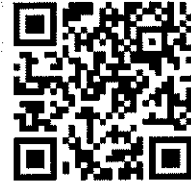
## Risk Management Process



น.ส. จันทรา ทิพย์ชาติ  
 เจ้าหน้าที่งานบริหารปฏิบัติการ



**RCA (Root Cause Analysis)**  
 เป็นหนึ่งกระบวนการทำ Risk Management Process ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดการติดตามและทบทวนความเสี่ยง และนำไปสู่กระบวนการ Redesign (การออกแบบป้องกันแก้ไขหรือปรับปรุงใหม่)



นายวิศิษฐ์ อดิบุตร  
 นายช่างไฟฟ้าปฏิบัติงาน