



แบบขอดำเนินการกับเอกสาร (DAR)

Document Action Request (DAR)

DAR No: _____ (เจ้าหน้าที่ DCC : / /)

ส่วนงานที่ร้องขอดำเนินการ

สำนัก/ ฝ่าย/ หน่วยงาน/ คณะกรรมการ : สำนักงานมาตรฐาน วัน/ เดือน/ ปี 13 ม.ค. 2556

เรียน ผู้อำนวยการ

ขอดำเนินการกับเอกสาร QM () SP () WI () FM () SD

จุดประสงค์ของการขอดำเนินการ

() เอกสารฉบับเริ่มต้น จัดทำขึ้นใหม่

รหัสหน่วยงาน: _____

ชื่อเอกสาร: _____

เอกสารฉบับแก้ไข รหัสเอกสาร: QM-HA1-01

ชื่อเอกสาร: คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

แก้ไข/ ทบทวนครั้งที่ 4 หน้าที่แก้ไข 1-16

() ขอสำเนาเอกสารเพิ่ม _____ ชุด

() ยกเลิกเอกสาร () อื่น ๆ (ระบุ) _____

รายละเอียดการขอดำเนินการ: ขอขออนุมัติปรับปรุงไฟล์ในกิจกรรม 67 ม.ค. 56

เหตุผลการขอดำเนินการ: ทบทวน Quality Manual ได้หมดแล้วแต่ยังไม่สามารถนำเรื่องขึ้นที่ประชุม QMR

ผู้ขอดำเนินการ: อ. ส. อานันท์
(อ. ส. อานันท์ อานันท์)

ตำแหน่ง: ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
วันที่: 13 ม.ค. 2556

ผู้เห็นชอบเบื้องต้น/ ผู้ทบทวน: ท. อ.
(นางสาว อ. อานันท์)

ตำแหน่ง: อ. อ. อานันท์ (หัวหน้างานขึ้นไป)
วันที่: 15 ม.ค. 2556

Note: ผู้ขอดำเนินการจะต้องขออนุมัติใช้เอกสารก่อนการขอขึ้นทะเบียน พร้อมนำส่งเอกสารต้นฉบับและไฟล์ (กรณีเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นใหม่)

การพิจารณาเพื่ออนุมัติให้ใช้เอกสารคุณภาพของผู้มีอำนาจ

อนุมัติ () ไม่อนุมัติ (ระบุเหตุผล) _____

กำหนดวันที่มีผลบังคับใช้เอกสารหรือยกเลิกเอกสาร วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____

ผู้อนุมัติ DAR: อ. อ. อานันท์ วันที่ 15 ม.ค. 2556

(นางสาว อ. อานันท์) ผู้บริหาร/ ผู้มีอำนาจ (ตามระดับเอกสาร)

ผู้ประสานงานคุณภาพ/ เจ้าหน้าที่ผู้ควบคุมเอกสารคุณภาพ

การดำเนินการเกี่ยวกับทะเบียนเอกสารคุณภาพ

- ขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพใหม่ ออกเลขรหัสเอกสาร: _____ วันที่ _____
- ปรับปรุงทะเบียนเอกสาร ปรับเลขรหัสเอกสารเป็น: _____ วันที่ _____
- ปรับปรุงทะเบียนเอกสาร ยกเลิกเลขรหัสเอกสาร: _____ วันที่ _____

การสื่อสารให้ใช้งาน/ ยกเลิกเอกสาร: ได้ทำการสื่อสารให้บุคลากรทุกคนทราบ ผ่านทาง E-mail ของสถาบัน วันที่ _____

และ เก็บต้นฉบับ ไว้ที่ DCC กลาง และทำสำเนา ส่งให้ส่วนงานที่ร้องขอดำเนินการ 1 ชุด วันที่ _____

เก็บเอกสารคืนจาก _____ (กรณียกเลิก) วันที่ _____

ลงชื่อ _____ ผู้ดำเนินการ



คู่มือคุณภาพ

(Quality Manual)

รหัสเอกสาร : QM-HAI-01

วันที่ประกาศใช้ : 15 มกราคม 2563

จำนวนหน้าทั้งหมด : 16 หน้า

สถานะ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	วันที่
ผู้จัดทำ	ตัวแทนฝ่ายบริหารระบบ คุณภาพ	 (นายทรง พิลาสัย)	15 ม.ค. 2563
ผู้ทบทวน	รองผู้อำนวยการ	 (นายโกเมธ นาควรรณกิจ)	15 ม.ค. 2563
ผู้อนุมัติ	ผู้อำนวยการสถาบัน	 (นายกิตตินันท์ อนรรฆมณี)	15 ม.ค. 2563

ประวัติการแก้ไข

ครั้งที่	วันที่	หน้าที่	รายการแก้ไข	ผู้แก้ไข	ผู้อนุมัติ
3	8 ม.ค. 61	1-12	ทบทวนเอกสาร ทั้งหมด	นางสาวเอมอมร คำนุช	นายกิตตินันท์ อนรรฆมณี
4		1-16	ทบทวนเอกสาร ทั้งหมด	นายทรง พิลาสัย	นายกิตตินันท์ อนรรฆมณี



สารบัญ

หน้า

1.0 วัตถุประสงค์	2
2.0 ขอบเขต (scope)	2
3.0 คำศัพท์และคำจำกัดความ (definition)	2
4.0 การเผยแพร่และการทบทวน	3
5.0 วัตถุประสงค์ ปรัชญา วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมขององค์กร	3
6.0 การอภิบาลและการนำองค์กร	7
7.0 การขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการและการบริหารงานทั่วไป	8
8.0 การบริหารระบบคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง และการควบคุมภายใน	9
9.0 การบริหารทรัพยากรบุคคล	13
10.0 การบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	13
11.0 การประเมินรับรอง	14
12.0 การสร้างเครือข่ายพัฒนาคุณภาพ	15
13.0 การฝึกอบรม /การเผยแพร่ความรู้	15
14.0 การสร้างและจัดการข้อมูลและความรู้	16

ผู้จัดทำ 
(นายทรง พิลาลัย)

ผู้ทบทวน 
(นายโกเมธ นาควรรณกิจ)

ผู้อนุมัติ 
(นายกิตตินันท์ อนรรฆมณี)



1.0 วัตถุประสงค์

เพื่อให้การดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพของสถาบัน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมและตรวจสอบได้ โดยมีเอกสารหลักฐานที่กำหนดไว้เป็นทิศทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร ครอบคลุมนโยบาย วัตถุประสงค์ แผนการพัฒนาคุณภาพและผลงานขององค์กร โดยประยุกต์ใช้ทุกข้อกำหนดของระบบคุณภาพ IEEA และ TQA ที่เป็นมาตรฐานสากล ในทุกหน่วยงาน

2.0 ขอบเขต (scope)

คู่มือคุณภาพฉบับนี้ได้นำข้อกำหนดตามมาตรฐานสากล Guidelines and Standards for External Evaluation Organization และ TQA มาประยุกต์ใช้ครอบคลุมในกระบวนการพัฒนาระบบการอภิบาล องค์กร กลยุทธ์ การปฏิบัติการและการจัดการทางการเงิน การจัดการความเสี่ยงและการพัฒนาผลการดำเนินงาน การจัดการทรัพยากรบุคคล การจัดการข้อมูลสารสนเทศ การบริหารผู้เยี่ยมชมสำรวจ การบริหารงานเยี่ยมชมสำรวจ การรับรองและกิตติกรรมประกาศ และการบริหารงานทั่วไป โดยมีการอ้างอิงระเบียบปฏิบัติทั้งหมดที่เกี่ยวข้องและมีการแสดงปฏิสัมพันธ์ของกระบวนการต่าง ๆ ในระบบบริหารคุณภาพ

3.0 คำศัพท์และคำจำกัดความ (definition)

คุณภาพ (Quality) หมายถึง การตอบสนองความต้องการที่บ่งบอกโดยเจตนาหรือเป็นนัยของผู้รับบริการบนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ ภาวะเทียบที่เกี่วข้อง รวมถึงการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

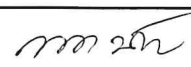
สถาบัน หมายถึง สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)

ระบบบริหารคุณภาพ (Quality Management System) หมายถึง ระบบบริหารงานด้านคุณภาพของสถาบัน

คู่มือคุณภาพ (Quality Manual: QM) หมายถึง เอกสารที่ระบุนโยบาย วัตถุประสงค์ในเรื่องหลักที่แสดงภาพรวมของระบบคุณภาพ และข้อกำหนดการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพขององค์กร เพื่อให้บุคลากรยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

ผู้รับบริการ (Customer) หมายถึง หน่วยงาน องค์กร หรือบุคคล ที่ได้รับบริการจากสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สถาบันให้การรับรองกระบวนการคุณภาพ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) หมายถึง หน่วยงานหรือองค์กร และบุคลากรของสถาบัน ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการบริการและการดำเนินกิจการของสถาบัน

ผู้จัดทำ 
(นายทรง พิลาลัย)

ผู้ทบทวน 
(นายโกเมธ นาควรรณกิจ)

ผู้อนุมัติ 
(นายกิตตินันท์ อนรรฆมณี)



4.0 การเผยแพร่และการทบทวน

4.1 การเผยแพร่

คู่มือคุณภาพจะถูกเผยแพร่ให้กับบุคลากรทุกคนสามารถเข้าถึงได้ผ่านระบบเครือข่ายสารสนเทศของสถาบันในรูปแบบของ read-only electronic document หากคู่มือคุณภาพที่ถูกสำเนาออกจากระบบหรือคู่มือคุณภาพที่ไม่ใช่ฉบับที่อยู่ในระบบจะไม่ถือว่าเป็นเอกสารควบคุม

4.2 ขั้นตอนการปรับปรุงคู่มือคุณภาพ

คู่มือคุณภาพจะได้รับการทบทวนเพื่อการปรับปรุงทุก 3 ปี โดยตัวแทนฝ่ายบริหารระบบคุณภาพเป็นผู้ยกร่างแล้วเสนอขอความเห็นชอบจากทีมผู้บริหาร

5.0 วัตถุประสงค์ ปรัชญา วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมขององค์กร

5.1 การจัดตั้ง วัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ขององค์กร ตามความในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 และที่แก้ไขปรับปรุงเพิ่มเติม พ.ศ. 2562

มาตรา 5 ให้จัดตั้งองค์การมหาชนขึ้น เรียกว่า “สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)” เรียกโดยย่อว่า “สรพ.” และให้ใช้ชื่อเป็นภาษาอังกฤษว่า “The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)” เรียกโดยย่อว่า “HAI”

มาตรา 7 ให้สถาบันมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

- (1) ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลรวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
- (2) รวบรวมข้อมูล ศึกษา วิเคราะห์ จัดให้มีการวิจัยและจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริมสนับสนุน และพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล
- (3) ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ
- (4) ส่งเสริม สนับสนุน และดำเนินการเผยแพร่องค์ความรู้ และการให้บริการ การเข้าถึงและใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
- (5) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ องค์กรหรือหน่วยงานในประเทศหรือต่างประเทศ และภาคเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ผู้จัดทำ 
(นายทรง พิลาสัย)

ผู้ทบทวน 
(นายเกษม นาควรรณกิจ)

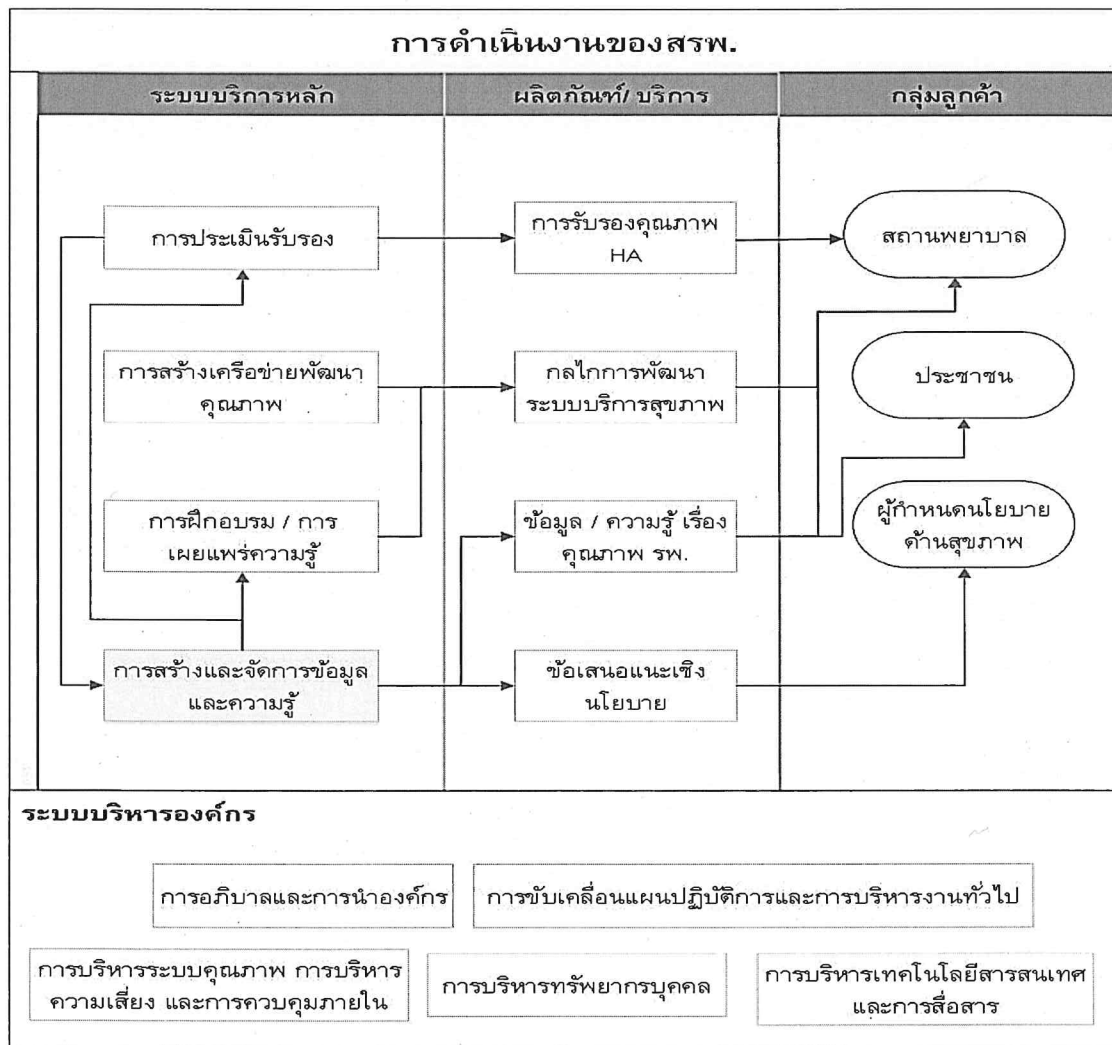
ผู้อนุมัติ 
(นายกิตตินันท์ อนรรฆมณี)



(6) จัดทำหลักสูตรและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลให้เกิดความเข้าใจกระบวนการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

การรับรองคุณภาพ หมายความว่า การรับรองว่าสถานพยาบาลมีองค์ประกอบของการปฏิบัติงาน และการพัฒนาคุณภาพที่เชื่อได้ว่าจะสามารถให้บริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพตามมาตรฐานที่ คณะกรรมการกำหนด โดยเป็นการรับรองระบบการดำเนินงานของสถานพยาบาล มิใช่การรับรองผลการรักษา ผู้ป่วยแต่ละราย

เป้าประสงค์ของการรับรองคุณภาพ คือ การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การประเมินตนเองเทียบกับมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด ร่วมกับการเยี่ยมสำรวจจาก ภายนอกเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมการพัฒนา





5.2 ปรัชญา (philosophy)

Accreditation is a learning process: การประเมินและรับรองกระบวนการคุณภาพ คือ กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในลักษณะกัลยาณมิตร

5.3 วิสัยทัศน์ (vision)

“ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพและไว้วางใจได้ด้วยมาตรฐาน HA”

5.4 พันธกิจ (mission)

- 1) พัฒนาและกำหนดมาตรฐานเพื่อประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ด้วยการรวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ ข้อมูลจากการประเมินรับรอง
- 2) ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัย อย่างเป็นระบบ โดยการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนา และการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
- 3) ส่งเสริมสนับสนุนและดำเนินการเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ รวมทั้งจัดหลักสูตรฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลและหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการประเมินตนเองและพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

5.5 ค่านิยมองค์กร (core values)

สรพ. มีการดำเนินกิจการภายใต้ค่านิยม PDLA ดังนี้

- P Professionalism & self-development: งานละเอียดแบบมืออาชีพ และยืนหยัดพัฒนาตน
- D Discipline, integrity & responsibility: สร้างกรอบวินัย มีคุณธรรม และเน้นย้ำความรับผิดชอบ
- L Leadership & teamwork: พัฒนาภาวะผู้นำ และสรรคสร้างงานเป็นหมู่คณะ
- A Altruism & respect: มุ่งสร้างผลเพื่อผู้อื่น และหยิบบั้นการให้เกียรติ

5.6 เป้าหมายการดำเนินงาน

- (1) ส่งเสริมให้สถานพยาบาลเกิดการยกระดับผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลและระบบบริการสุขภาพด้วยมาตรฐาน HA
- (2) ส่งเสริมให้สถานพยาบาลมีการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ด้วยความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ สร้างและเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล รวมทั้งสร้างกลไกให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล อย่างต่อเนื่อง

ผู้จัดทำ 
(นายทรง พิลาลัย)

ผู้ทบทวน 
(นายโกเมธ นาควรรณกิจ)

ผู้อนุมัติ 
(นายกิตตินันท์ อนุธรรมณี)

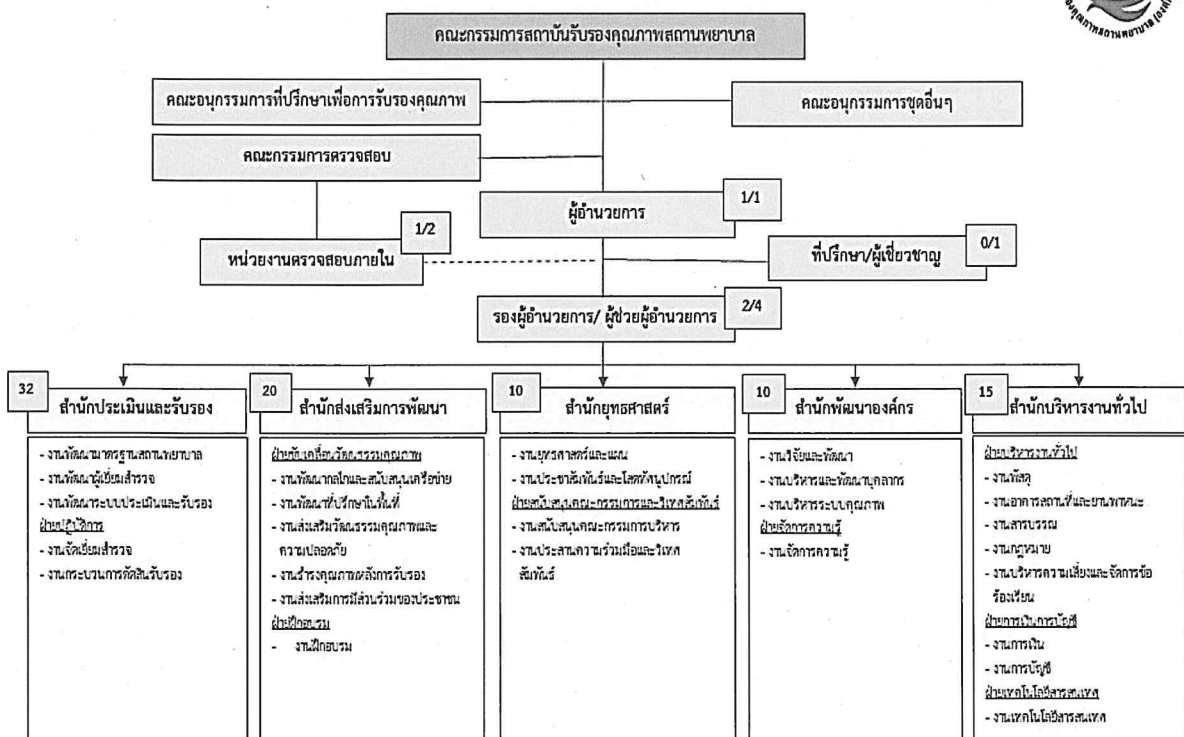


(3) บริหารจัดการองค์กร ให้เป็นองค์กรที่มีธรรมาภิบาลเป็นที่ไว้วางใจของผู้รับบริการและประชาชน

5.7 โครงสร้างองค์กร

ผังโครงสร้างองค์กรถูกจัดทำขึ้นเพื่อแสดงสายบังคับบัญชาและความรับผิดชอบของบุคลากรในองค์กร โครงสร้างองค์กร (ตามรูป) เป็นโครงสร้างที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารพร้อมทั้งประกาศใช้ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 และที่แก้ไขปรับปรุง

ผังโครงสร้างองค์กร (Organization Chart) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



โครงสร้างองค์กร: อัตรากำลังตามกรอบ ๙๙ ตำแหน่ง (ไม่รวม ผอ.)

จำนวนบรรจุจริง/กรอบอัตรากำลัง อัตราที่ได้จากสำนักงบประมาณปี ๒๕๖๓ ๗๕ อัตรา (รวม ผอ.)

อ้างอิง: ข้อบังคับคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ว่าด้วย การจัดแบ่งงานและกำหนดตำแหน่งงาน พ.ศ.๒๕๖๑ | ปรับปรุง วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

5.8 นโยบายด้านคุณภาพ (Quality policy)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีนโยบายส่งเสริมการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีการปรับปรุงคุณภาพและผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการดำเนินงาน

ผู้จัดทำ *[Signature]*
(นายทรง พิลาลัย)

ผู้ทบทวน *[Signature]*
(นายโกเมธ นาควรรณกิจ)

ผู้อนุมัติ *[Signature]*
(นายกิตตินันท์ อนรรฆมณี)



5.9 วัตถุประสงค์ด้านคุณภาพ (Quality objectives)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มีวัตถุประสงค์คุณภาพ ดังนี้

1. เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน เพื่อให้บริการที่มีคุณค่าแก่สถานพยาบาล ทำให้สถานพยาบาลมีบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
2. เพิ่มความไวในการรับรู้และตอบสนองความต้องการ รวมถึงการสร้าง ความผูกพันกับผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
3. พัฒนาองค์กรสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และเป็นแหล่งความรู้เพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

6.0 การอภิบาลและการนำองค์กร

6.1 การกำกับดูแลกิจการ

6.1.1 สถาบันมีคณะกรรมการสถาบันทำหน้าที่กำกับดูแลกิจการตามที่กำหนดไว้ใน พ.ร.ฎ.จัดตั้งสถาบัน เพื่อสร้างความยั่งยืนให้แก่สถาบัน และรักษาผลประโยชน์ของสังคม

6.1.2 คณะกรรมการยึดถือแนวทางปฏิบัติในการกำกับดูแลกิจการที่ดีตามที่สำนักงาน ก.พ.ร.กำหนด และระเบียบว่าด้วยจรรยาบรรณและแนวปฏิบัติที่ดีฯ

6.1.3 สถาบันมีนโยบายที่จะส่งเสริมการเรียนรู้ของคณะกรรมการ ผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมและการรับรู้ผลการพัฒนาของสถานพยาบาลต่าง ๆ

6.1.4 สถาบันมีนโยบายที่จะประเมินประสิทธิผลของสถาบันตามคำรับรองการปฏิบัติงานที่จัดทำขึ้นกับคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) และประเมินประสิทธิผลของระบบการกำกับดูแลกิจการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาปรับปรุงระบบการดำเนินงานของสถาบัน

6.2 การมุ่งเน้นผู้รับผลงาน

6.2.1 สถาบันมีนโยบายรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ

6.2.2 สถาบันมีนโยบายที่จะสร้างความสัมพันธ์และช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ

6.2.3 สถาบันมีนโยบายที่จะสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรและผู้เยี่ยมชมของสถาบันปฏิบัติหน้าที่โดยอิสระ ไม่ถูกแทรกแซง และไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน เป็นไปตามระเบียบว่าด้วยจรรยาบรรณและแนวปฏิบัติที่ดีฯ และค่านิยมองค์กร

ผู้จัดทำ 
(นายทรง พิลาสัย)

ผู้ทบทวน 
(นายโกเมธ นาควรรณกิจ)

ผู้อนุมัติ 
(นายกิตตินันท์ อนรรฆมนิ)



7.0 การขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการและการบริหารงานทั่วไป

7.1 กลไกการบริหารจัดการองค์กร

สถาบันบริหารและขับเคลื่อนงานในองค์กรผ่านคณะผู้บริหารระดับสูง (Senior Leader Team: SLT) ซึ่งประกอบด้วยผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ และหัวหน้าสำนักทุกสำนัก เป็นผู้ขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการขององค์กร กำกับติดตามงาน ประเมินผลการดำเนินงาน และรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการสถาบัน ทุกไตรมาส

7.2 การจัดทำแผนปฏิบัติการระยะ 3 ปี แผนงบประมาณ และแผนปฏิบัติการประจำปี

7.2.1 สถาบันมีนโยบายที่จะใช้วิสัยทัศน์และพันธกิจซึ่งมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ เป็นตัวขับเคลื่อนทิศทางการดำเนินกิจการของสถาบัน

7.2.2 สถาบันมีการวางแผนปฏิบัติการระยะ 3 ปี แผนงบประมาณ และแผนปฏิบัติการประจำปี เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานของสถาบันให้สอดคล้องกับทิศทางและการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ ความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน มีการทบทวนแผนปฏิบัติการระยะ 3 ปี ทุกปี ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติผ่านแผนงบประมาณและแผนปฏิบัติการประจำปี มีระบบการติดตามการบรรลุเป้าหมายและปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการระยะ 3 ปี ให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

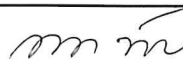
7.3 การประชาสัมพันธ์และสื่อสารองค์กร

สถาบันมีนโยบายที่จะขยายการรับรู้ Brand HA เพิ่มจากกลุ่มสถานพยาบาลซึ่งรู้จักและยอมรับ Brand HA แล้ว ไปสู่สังคมโดยรวม โดยมุ่งเป้าให้สัญลักษณ์การรับรองสถานพยาบาลเป็นสัญลักษณ์ที่สะท้อนความน่าไว้วางใจของสถานพยาบาลที่ผ่านการประเมินรับรอง และช่วยให้สังคมรู้จักและเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของสถาบันด้วย อันจะเป็นการเสริมสร้างความมั่นคงในการดำรงอยู่ของสถาบันในระยะยาว

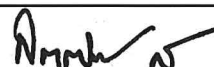
7.4 การบริหารการเงินและงบประมาณ

7.4.1 สถาบันมีเป้าหมายในการสร้างความมั่นคงทางการเงินของสถาบัน โดยรักษาระดับสภาพคล่องทางการเงินให้ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ควบคุมไปกับการนำเงินทุนสะสมที่มีมากเกินไปลงลงทุนในด้านโครงสร้างพื้นฐานและเทคโนโลยีใหม่ที่สนับสนุนการดำเนินงานในอนาคต

7.4.2 สถาบันมีนโยบายใช้แผนงบประมาณเพื่อจัดลำดับความสำคัญของการใช้ทรัพยากร และใช้รายงานผลการดำเนินงานเพื่อกำกับติดตามการบริหารงบประมาณให้เป็นไปตามแผน

ผู้จัดทำ 
(นายทรง พิลาลัย)

ผู้ทบทวน 
(นายโกเมธ นาควรรณกิจ)

ผู้อนุมัติ 
(นายกิตตินันท์ อนรรฆมณี)



7.4.3 สถาบันมีระบบควบคุมภายในทางการเงินและสินทรัพย์ที่เป็นอิสระ และช่วยปกป้องสินทรัพย์ขององค์กร

7.5 การบริหารพัสดุและการจัดซื้อจัดจ้าง

7.5.1 สถาบันบริหารพัสดุและจัดซื้อจัดจ้างตามข้อกำหนดในพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ในการจัดซื้อจัดจ้าง การทำสัญญา การบริหารสัญญาและการตรวจรับพัสดุ และการประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ เพื่อให้ได้งานที่มีคุณภาพสูง

7.5.2 สถาบันมีนโยบายการเก็บรักษาและควบคุมพัสดุที่มีประสิทธิภาพ

7.6 การบริหารสภาพแวดล้อมการทำงาน

7.6.1 สถาบันมีนโยบายกำกับดูแลสภาพแวดล้อมการทำงานและปัจจัยทางกายภาพอื่น ๆ อย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดความเป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด และเกิดความปลอดภัยต่อการปฏิบัติงาน

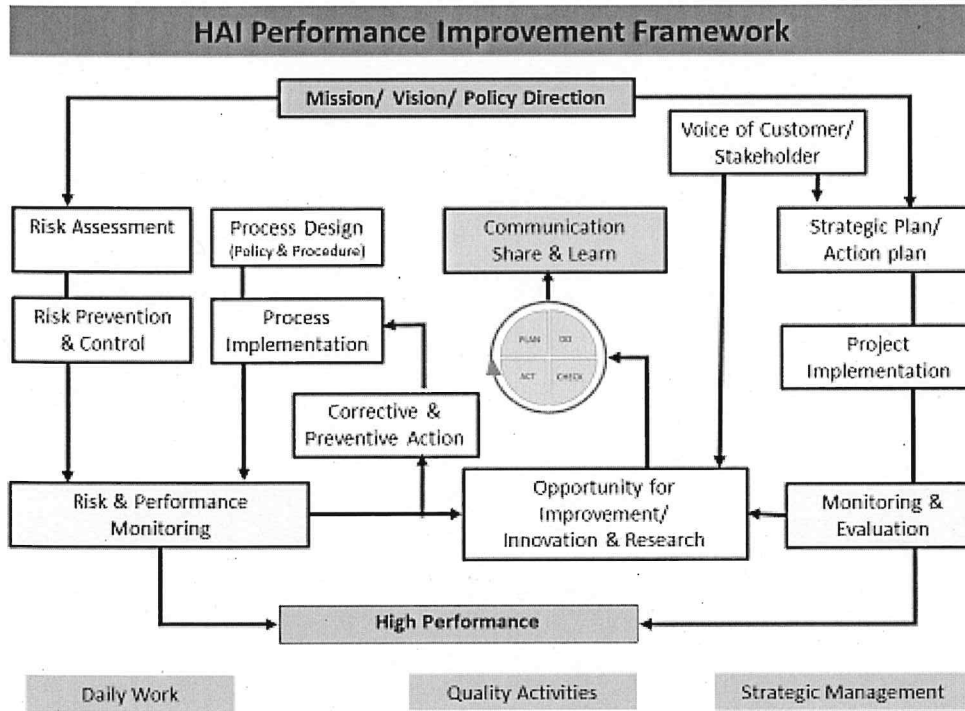
7.6.2 สถาบันมีนโยบายการประกันอุบัติเหตุและคุ้มครองชีวิตของบุคลากรซึ่งเกิดจากการปฏิบัติงาน

7.6.3 สถาบันมีข้อกำหนดเกี่ยวกับการดำเนินงานเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือเกิดเหตุการณ์ผิดปกติรุนแรง หรือเกิดภัยพิบัติต่าง ๆ

8.0 การบริหารระบบคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง และการควบคุมภายใน

8.1 กรอบการปรับปรุงผลการดำเนินงาน (Performance Improvement Framework)

สถาบันมีนโยบายที่จะใช้ Performance Improvement Framework หรือกรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพเพื่อสร้างความมั่นใจว่าสถาบันจะให้บริการและมีผลการดำเนินงานที่ดี ตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ และทิศทางนโยบายของสถาบัน ทั้งในการปฏิบัติงานประจำที่มีการออกแบบระบบงานไว้อย่างรัดกุม และการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์หรือแผนงานริเริ่มต่าง ๆ โดยจัดให้มีกลไกของการตรวจสอบ การทบทวน การติดตามผลการปฏิบัติงาน อย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาสู่การแก้ไข ป้องกัน ปรับปรุงกระบวนการ ระบบงาน หรือกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเก็บเกี่ยวบทเรียนเชิงปฏิบัติ และการสื่อสารเพื่อให้มั่นใจว่าผู้เกี่ยวข้องรับรู้ระเบียบและแนวทางปฏิบัติที่เป็นปัจจุบัน



8.2 ตัวแทนฝ่ายบริหารระบบคุณภาพ

หนึ่งในทีมผู้บริหารจะถูกคัดเลือกและแต่งตั้งจากผู้อำนวยการ ให้ทำหน้าที่ตัวแทนฝ่ายบริหารระบบคุณภาพ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้

- 1) กำหนด ทบทวน ปรับปรุง กระบวนการของระบบบริหารงานคุณภาพให้สอดคล้องเหมาะสมกับเป้าหมายของสถาบัน
- 2) ส่งเสริมการรับรู้คู่มือคุณภาพทั่วทั้งองค์กร และสนับสนุนให้บุคลากรทุกระดับรับทราบ และปฏิบัติตามนโยบายคุณภาพ อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
- 3) รายงานผลการดำเนินงานของระบบบริหารงานคุณภาพต่อคณะผู้บริหาร

8.3 ระบบเอกสารเพื่อสนับสนุนระบบบริหารคุณภาพ

8.3.1 ข้อกำหนดด้านเอกสาร (Documentation requirements) เอกสารที่ใช้ในการสนับสนุนระบบบริหารคุณภาพของสถาบัน แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1: คู่มือคุณภาพ (Quality Manual: QM) เป็นเอกสารที่ระบุนโยบาย วัตถุประสงค์ ในเรื่องหลักที่แสดงภาพรวมของระบบบริหารคุณภาพ และข้อกำหนดการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพขององค์กร



ระดับที่ 2: ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure: SP) เป็นเอกสารที่แสดงถึงกระบวนการปฏิบัติงานหลักที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานหรือหลายคน เพื่อการควบคุมคุณภาพ

ระดับที่ 3: วิธีปฏิบัติ (Work Instruction: WI) เป็นเอกสารที่แสดงถึงขั้นตอนวิธีการปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน

ระดับที่ 4: แบบฟอร์มและเอกสารสนับสนุนอื่น ๆ (Form and Supporting document: FM and SD) เป็นเอกสารที่สถาบันจัดให้มีขึ้น เพื่อให้มั่นใจถึงประสิทธิผลของการวางแผนการดำเนินงาน การควบคุมกระบวนการงาน และบันทึก ที่ได้มีข้อกำหนดไว้

8.3.2 การควบคุมเอกสาร (Document control)

เอกสารที่ถูกกำหนดให้มีขึ้นในระบบบริหารคุณภาพได้ถูกออกแบบ บันทึก และจัดเก็บ ตามข้อกำหนดซึ่งสถาบันได้จัดทำระเบียบปฏิบัติ เพื่อระบุนโยบายการควบคุมเอกสารที่จำเป็น ได้แก่

1. การอนุมัติเอกสารเพื่อแสดงถึงความจำเป็นก่อนใช้งาน
2. การทบทวนและทำให้ทันสมัยตามความจำเป็น และอนุมัติเอกสารซ้ำ
3. การทำให้มั่นใจว่าการเปลี่ยนแปลงและสถานการณ์แก้ไขที่เป็นปัจจุบันของเอกสารได้รับการบ่งชี้
4. การทำให้มั่นใจว่าเอกสารฉบับที่เกี่ยวข้องมีอยู่ ณ ที่ใช้งาน
5. การทำให้มั่นใจว่าเอกสารยังคงอ่านออกและมีการบ่งชี้
6. การทำให้มั่นใจว่าเอกสารภายนอกได้รับการบ่งชี้ และมีการควบคุมการแจกจ่าย
7. การป้องกันการนำเอกสารที่ล้าสมัยไปใช้งานโดยไม่ตั้งใจ และประยุกต์ใช้ตัวบ่งชี้ที่เหมาะสม กรณียังคงเก็บไว้เพื่อใช้งานการควบคุมเอกสารอยู่ในความรับผิดชอบของคณะทำงานจัดทำเอกสารคุณภาพสถาบัน

8.3.3 การควบคุมบันทึก (Record control)

บันทึกได้ถูกจัดทำขึ้นและได้รับการบำรุงรักษา เพื่อใช้เป็นหลักฐานของความสอดคล้องในข้อกำหนดและประสิทธิผลของการดำเนินงานของระบบบริหารคุณภาพ บันทึกต้องมีความชัดเจน มีการบ่งชี้ และนำมาใช้ได้โดยสะดวก

สถาบันได้ระบุนโยบายการควบคุมที่จำเป็นในการบ่งชี้ การจัดเก็บ การป้องกัน การเรียกใช้ ระยะเวลาการจัดเก็บ และการนำออกจากที่ใช้งาน ไว้ในระเบียบปฏิบัติ โดยการควบคุมเอกสารอยู่ในความรับผิดชอบของคณะทำงานจัดทำเอกสารคุณภาพของสถาบัน

ผู้จัดทำ 
(นายทรง ทิลาสัย)

ผู้ทบทวน 
(นายโกเมธ นาควรรณกิจ)

ผู้อนุมัติ 
(นายกิตตินันท์ อนรรฆมณี)



8.4 การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน (risk management and internal control)

ทีมผู้บริหารมีหน้าที่รับผิดชอบในการผสมผสานความคิดเรื่องความเสี่ยงให้เข้ากับวัฒนธรรมองค์กรโดยจัดทำนโยบายและกรอบการบริหารความเสี่ยงที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ (Risk management framework) ขอบเขตของความเสี่ยงจะต้องครอบคลุมทั้งในส่วนประเด็นภายในและภายนอก ต้องคำนึงถึงความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการดำเนินงานประจำวันของสถาบัน โดยมีการจัดทำแผนบริการความเสี่ยงและควบคุมภายในเสนอต่อคณะกรรมการ จัดทำทะเบียนบริหารความเสี่ยง (Risk registers) และรายงานสรุปการดำเนินงานตามไตรมาสแก่คณะกรรมการ โดยประเภทความเสี่ยงขององค์กรประกอบด้วย

1. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic risk)
2. ความเสี่ยงด้านการเงินและงบประมาณ (Financial risk)
3. ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ (Compliance risk)
4. ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการ (Operation risk)
5. ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (Environmental and Safety risk)
6. ความเสี่ยงทรัพยากรบุคคล (Human resources management risk)
7. ความเสี่ยงด้านสารสนเทศ (Information management risk)

สถาบันมีนโยบายและแนวทางในการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

1. ความเสี่ยงจะถูกระบุโดยแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่นรายงานอุบัติการณ์ การวิเคราะห์กระบวนการทำงาน ข้อร้องเรียนจากลูกค้า การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมภายนอก และเสียงสะท้อนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
2. จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงจากตัวแปร "ความเป็นไปได้" และ "ผลกระทบ" โดยใช้เมทริกซ์ความเสี่ยง
3. กำหนดมาตรการบริหารความเสี่ยงและมาตรการควบคุมภายในที่เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้และมีผลกระทบน้อยที่สุดต่อการดำเนินงานขององค์กร
4. ติดตามและประเมินประสิทธิผลของระบบการบริหารความเสี่ยงและระบบควบคุมภายในอย่างต่อเนื่อง และสร้างสมดุลระหว่างการตรวจสอบและการเรียนรู้
5. รวมการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในเข้าไปในส่วนของการปฏิบัติงานประจำ สร้างวัฒนธรรม "เรียนรู้จากความผิดพลาด" ซึ่งจะผลักดันการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง



8.5 การจัดการข้อร้องเรียนและการอุทธรณ์

สถาบันมีนโยบายตอบสนองต่อข้อร้องเรียนและการอุทธรณ์ของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างมีมาตรฐาน โปร่งใส มีประสิทธิภาพ รับรู้และใช้ประโยชน์จากข้อร้องเรียนเพื่อปรับปรุงระบบงานต่อเนื่อง

8.6 การประเมินการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง และการควบคุมภายใน

สถาบันมีนโยบายที่จะทบทวนและประเมินระบบบริหารคุณภาพขององค์กร การบริหารความเสี่ยง และการควบคุมภายในอย่างน้อยทุก 3 ปี ในประเด็นต่อไปนี้

1. ความเหมาะสมของกรอบแนวคิดที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง
2. การปฏิบัติตามข้อกำหนดต่าง ๆ
3. ประสิทธิภาพของระบบบริหารคุณภาพ การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน
4. ความก้าวหน้าและความสำเร็จของการนำแผนพัฒนาคุณภาพ แผนการบริหารความเสี่ยงและควบคุมภายในไปปฏิบัติ
5. ประสิทธิภาพในการจัดการข้อร้องเรียน

9.0 การบริหารทรัพยากรบุคคล

สถาบันมีนโยบายด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลที่มุ่งเน้นให้มีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอทั้งด้านปริมาณและศักยภาพที่สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร โดยมีกระบวนการสรรหาและคัดเลือกที่โปร่งใส มีการทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และเป้าหมายขององค์กร มีการพัฒนาเพื่อยกระดับความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมสุขภาวะและความปลอดภัยของบุคลากรในระหว่างการทำงาน และส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในที่ทำงาน

10.0 การบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

สถาบันมุ่งพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่มีคุณภาพ เสถียรภาพ เพื่อการขับเคลื่อนภารกิจของสถาบันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ

1. พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของสถาบัน ให้สามารถรองรับความต้องการในการใช้งานของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต
2. พัฒนาและบำรุงรักษาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารอย่างคุ้มค่า มีระบบรักษาความมั่นคงปลอดภัยที่เป็นไปตามกฎหมายและมาตรฐานสากล
3. เสริมสร้างศักยภาพของสถาบันด้วยระบบสารสนเทศ พัฒนาต่อยอดให้รองรับความต้องการของผู้ใช้หลายระดับ



4. พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในด้านเจตคติและทักษะการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

11.0 การประเมินรับรอง

11.1 การบริหารผู้เยี่ยมชมสำรวจ

สถาบันมีนโยบายจะสร้างผู้เยี่ยมชมสำรวจให้มีจำนวนที่เพียงพอและมีศักยภาพที่จะปฏิบัติภาระกิจการเยี่ยมชมสำรวจให้ลุล่วงตามปรัชญาของสถาบัน โดยการจัดการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มีการประเมินอย่างเป็นระบบเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้เยี่ยมชมสำรวจ และจัดให้มีระบบการประเมินและพัฒนาผู้เยี่ยมชมสำรวจอย่างต่อเนื่อง

11.2 การจัดการเยี่ยมชมสำรวจ

11.2.1 จัดระบบการประเมินและรับรองสถานพยาบาลที่เป็นธรรม โปร่งใส เอื้อต่อการเรียนรู้และการพัฒนาของสถานพยาบาล โดยมีกระบวนการตัดสินใจที่น่าเชื่อถือ คงเส้นคงวา เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสถานพยาบาลและสอดคล้องกับทิศทางการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของประเทศและนานาชาติ

11.2.2 ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีกับสถานพยาบาลที่ขอรับการรับรอง และจัดให้มีข้อมูลที่จำเป็นเพียงพอสำหรับการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาล

11.2.3 การจัดทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจที่มีทักษะและประสบการณ์เหมาะสมกับองค์กรที่เข้าเยี่ยมชมสำรวจ โดยมีการจัดทำกำหนดการเยี่ยมชมสำรวจที่สถานพยาบาลและผู้เยี่ยมชมสำรวจให้ความเห็นชอบ มีกระบวนการเยี่ยมชมและใช้ Scoring Guideline ที่เป็นมาตรฐาน

11.2.4 จัดทำรายงานการเยี่ยมชมสำรวจที่มีคุณค่า เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจรับรองและการใช้เพื่อการพัฒนาของสถานพยาบาล

11.2.5 รับฟังเสียงสะท้อนจากสถานพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการจัดการเยี่ยมชมสำรวจ

11.3 การรับรองคุณภาพและการปฏิบัติหลังได้รับการรับรอง

11.3.1 สถาบันจะใช้กระบวนการตัดสินใจรับรองที่มีความชัดเจน คงเส้นคงวา โปร่งใส และเป็นอิสระจากขั้นตอนการเยี่ยมชมสำรวจ

11.3.2 มีการสื่อสารให้สังคมมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความหมาย ขอบเขตการรับรอง ระยะเวลาการรับรอง

11.3.3 มีกระบวนการพิจารณาข้อร้องเรียนเกี่ยวกับผลการรับรองที่โปร่งใส ชัดเจน

ผู้จัดทำ 
(นายทรง พิลาลัย)

ผู้ทบทวน 
(นายโกเมธ นาควรรณกิจ)

ผู้อนุมัติ 
(นายกิตตินันท์ อนรรฆมณี)



11.3.4 มีการติดตามและสนับสนุนการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจ การติดตามผลลัพธ์การพัฒนา และการเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อความเชื่อถือของสังคม

11.3.5 มีระบบการจัดการ จัดเก็บ ทำลาย เอกสารการเยี่ยมสำรวจและการรับรอง ที่มีความถูกต้อง รัดกุมและรักษาความลับของข้อมูล

11.3.6 มีการติดตามประเมินกระบวนการและผลของการให้การรับรอง และนำสิ่งที่พบมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนา

12.0 การสร้างเครือข่ายพัฒนาคุณภาพ

สถาบันสนับสนุนให้มีเครือข่ายพัฒนาคุณภาพ ทั้งในรูปแบบของศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพ (Healthcare Accreditation Collaborating Center – HACC) ในระดับภูมิภาค, เครือข่ายพัฒนาคุณภาพในระดับจังหวัด (Quality Learning Network - QLN) และโค้ชคุณภาพ (Quality Coach) ซึ่งจะช่วยให้สถานพยาบาลมีการช่วยเหลือกันและกันในระดับพื้นที่ของแต่ละจังหวัด ทั้งนี้ เพื่อให้สถานพยาบาลมีผู้ให้คำปรึกษาในเรื่องมาตรฐาน HA ขั้นตอนการประเมินรับรอง และมีการเตรียมตัวที่เหมาะสมเพื่อต่ออายุการรับรอง

13.0 การฝึกอบรม /การเผยแพร่ความรู้

สถาบันจัดให้มีหลักสูตรฝึกอบรมที่จำเป็น ซึ่งช่วยส่งเสริมการเรียนรู้แก่บุคลากรของสถานพยาบาล เพื่อให้บุคลากรของสถานพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในมาตรฐาน HA-เข้าใจเครื่องมือคุณภาพและความปลอดภัยที่สถาบันแนะนำ ตลอดจนสามารถนำความรู้เหล่านี้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้สถานพยาบาลสามารถผ่านการรับรองคุณภาพ และพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ดี

การบริหารการฝึกอบรมครอบคลุมกระบวนการจัดการ การทบทวน การวางแผน การกำหนดหลักสูตร ออกแบบกำหนดขั้นตอนวิธีการ ผู้รับผิดชอบ วิทยากรกลุ่ม เพื่อให้บริการฝึกอบรมแก่บุคคล/ องค์กร ภายนอก การฝึกอบรมอาจอยู่ในรูปแบบของ public training, in-house training และ distance learning

การเผยแพร่ความรู้ในช่องทางอื่นนอกเหนือจากการฝึกอบรมที่สถาบันมีการดำเนินการ ได้แก่ การเผยแพร่ผ่าน website ของสถาบัน การทำ teleconference กับสถานพยาบาลเป้าหมาย และการทำ Facebook Live

ผู้จัดทำ

(นายทรง พิลาลัย)

ผู้ทบทวน

(นายโกเมธ นาควรรณกิจ)

ผู้อนุมัติ

(นายกิตตินันท์ อนรรฆมณี)



14.0 การสร้างและจัดการข้อมูลและความรู้

สถาบันมีนโยบายในการนำข้อมูลและความรู้จากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ในการพัฒนามาตรฐาน HA สร้างเครื่องมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพและเสริมสร้างความปลอดภัยในสถานพยาบาล และปรับปรุงกระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ

นอกจากนี้ สถาบันยังนำข้อมูลที่ได้รับจากการเยี่ยมชมสำรวจ ข้อมูลที่วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้จากระบบรายงานของ Thailand Hospital Indicator Program (THIP) และ National Reporting and Learning System (NRLS) มาเผยแพร่เป็นแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดบริการสุขภาพ และจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาสถานพยาบาล

ผู้จัดทำ

(นายทรง พิลาลัย)

ผู้ทบทวน

(นายโกเมธ นาควรรณกิจ)

ผู้อนุมัติ

(นายกิตตินันท์ อนรรฆมณี)