



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report)

รายงานการประเมินผลการดำเนินงานของ
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 – 2557

โครงการประเมินผลการดำเนินงานของ
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 – 2557
และการประเมินความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของ
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558

สารบัญ

หน้า

สารบัญ.....	ก
สารบัญภาพ.....	ค
สารบัญตาราง.....	จ
บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary Report)	
1. บทนำ	
1.1 หลักการและเหตุผล.....	1
1.2 วัตถุประสงค์.....	2
1.3 ขอบเขตการศึกษา.....	2
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	3
1.5 แนวทางการดำเนินงานโครงการ และขอบเขตการดำเนินงาน.....	3
1.6 ระยะเวลาดำเนินการ.....	3
1.7 ขั้นตอนการดำเนินการ.....	3
1.8 งานที่ส่งมอบ.....	5
2. กรอบและแนวทางการประเมินผล	
2.1 แนวทางการประเมินผล กรอบแนวคิด วิธีการและเครื่องมือในการดำเนินงาน (Approach and Methodology).....	6
- ส่วนที่ 1 การประเมินภาพรวมตามวัตถุประสงค์จัดตั้งองค์กร.....	13
- ส่วนที่ 2 การประเมินด้านคุณภาพการให้บริการ.....	37
- ส่วนที่ 3 การสรุปผลการประเมิน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ.....	48
3. สรุปการประเมินผลการดำเนินงาน	
3.1 สรุปการประเมินภาพรวมตามวัตถุประสงค์จัดตั้งองค์กร.....	50
3.2 สรุปการประเมินผลแผนงานโครงการ.....	75
3.3 การประเมินผลด้านการพัฒนาองค์กร.....	86
4. ข้อเสนอแนะ/แนวทางเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน	
4.1 การวิเคราะห์ศักยภาพขององค์กร (SWOT Analysis).....	111
4.2 การนำผลการประเมินมาวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน (Internal environment).....	112
4.3 การนำผลการประเมินมาวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอก (External environment).....	114
4.4 สรุปข้อเสนอแนะ/แนวทางเพื่อพัฒนาการดำเนินงานของ สรพ.....	115

สารบัญญภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 แนวทางและขั้นตอนการประเมินผล.....	7
แผนภาพที่ 2 The McKinsey 7S Framework.....	10
แผนภาพที่ 3 PESTEL Framework	10
แผนภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluation Framework).....	12
แผนภาพที่ 5 ส่วนการประเมินภาพรวมตามวัตถุประสงค์จัดตั้งองค์กร.....	13
แผนภาพที่ 6 กรอบแนวคิดในการประเมินผล.....	14
แผนภาพที่ 7 ความเชื่อมโยงตั้งแต่วัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กร ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และ แผนงาน/โครงการ.....	14
แผนภาพที่ 8 การวิเคราะห์ห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Result Chain).....	15
แผนภาพที่ 9 กรอบการประเมินความคุ้มค่า.....	16
แผนภาพที่ 10 แนวทางการประเมินผลความสัมพันธ์ระหว่างกลไกการบริหารหรือระบบงานต่างๆ	18
แผนภาพที่ 11 Enterprise Risk Management Framework ตามแนวทางของคณะกรรมการ COSO.....	19
แผนภาพที่ 12 มุมมองตามทฤษฎีเชิงระบบ.....	25
แผนภาพที่ 13 The OECD/DAC Results Chain.....	25
แผนภาพที่ 14 หลักการกำหนดตัวชี้วัด (SMART).....	26
แผนภาพที่ 15 ส่วนการประเมินผลด้านคุณภาพการบริการ.....	37
แผนภาพที่ 16 กระบวนการดำเนินงานสำรวจความพึงพอใจ.....	38
แผนภาพที่ 17 ปัจจัย 5 ประการที่กำหนดคุณภาพการบริการตามกรอบแนวคิดของ SERVQUAL.....	39
แผนภาพที่ 18 ความเชื่อมโยงของปัจจัยตามกรอบแนวคิด SERVQUAL กับประเด็นการสำรวจ ความพึงพอใจหน่วยงานภาครัฐ.....	40
แผนภาพที่ 19 การควบคุมคุณภาพการเก็บข้อมูลในแต่ละขั้นตอน.....	45
แผนภาพที่ 20 กรอบการวิเคราะห์เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะ/แนวทางเพื่อการพัฒนาการดำเนินงาน..	49
แผนภาพที่ 21 ความเชื่อมโยงของวัตถุประสงค์ตามกฎหมายจัดตั้ง วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์.....	52
แผนภาพที่ 22 ความเชื่อมโยงของวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กร ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และแผนงาน โครงการ.....	54
แผนภาพที่ 23 กระบวนการสร้างเครือข่ายคุณภาพ.....	56
แผนภาพที่ 24 ห่วงโซ่ผลลัพธ์ (result chain) ของการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์การจัดตั้ง องค์กร.....	57
แผนภาพที่ 25 สรุปผลการประเมินรายมิติ.....	75
แผนภาพที่ 26 สรุปผลการประเมินจำแนกรายโครงการ.....	76
แผนภาพที่ 27 โครงสร้างการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในของ สรพ.....	86

สารบัญญภาพ (ต่อ)

	หน้า
แผนภาพที่ 28 กระบวนการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร.....	89
แผนภาพที่ 29 กระบวนการประเมินและจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง.....	90
แผนภาพที่ 30 องค์กรประกอบการควบคุมภายใน.....	91
แผนภาพที่ 31 กรอบการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน.....	94
แผนภาพที่ 32 ระบบสารสนเทศเพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบสถานพยาบาล.....	100
แผนภาพที่ 33 ระบบ Enterprise Resource Planning (ERP) ของ สรพ.	101
แผนภาพที่ 34 ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของ สรพ. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 - 2557.....	103
แผนภาพที่ 35 ระบบการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล.....	105
แผนภาพที่ 36 สัดส่วนคะแนนการประเมินผลการปฏิบัติงาน.....	107
แผนภาพที่ 37 สัดส่วนคะแนนการประเมินศักยภาพในการปฏิบัติงาน.....	108
แผนภาพที่ 38 การประเมินผลการปฏิบัติงานของ สรพ.	108
แผนภาพที่ 39 การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรคขององค์กร.....	111

สารบัญชิตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แผนขั้นตอนการดำเนินงาน.....	4
ตารางที่ 2 ตัวอย่างตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินความคุ้มค่า.....	17
ตารางที่ 3 ตัวอย่างข้อมูลแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ของ สรพ. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 - 2557.....	28
ตารางที่ 4 ตัวอย่างการวิเคราะห์และรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงาน จำแนกตามแผนงาน/ โครงการ/กิจกรรมในแต่ละยุทธศาสตร์.....	33
ตารางที่ 5 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างแต่ละงานบริการ.....	41
ตารางที่ 6 สรุปจำนวนตัวอย่างการจัดเก็บด้วยแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล...42	
ตารางที่ 7 สรุปผลการประเมินจำแนกรายมิติและภาพรวม.....	75
ตารางที่ 8 สรุปผลการประเมินจำแนกรายโครงการ.....	76
ตารางที่ 9 ระบบสารสนเทศของ สรพ.....	102
ตารางที่ 10 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กร.....	112
ตารางที่ 11 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร.....	114

บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary Report)

โครงการประเมินผลการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 – 2557 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงาน ผลผลิต ผลลัพธ์ และประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการปฏิบัติภารกิจ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ และอำนาจหน้าที่ ตามที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งฯ ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 – 2557 โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

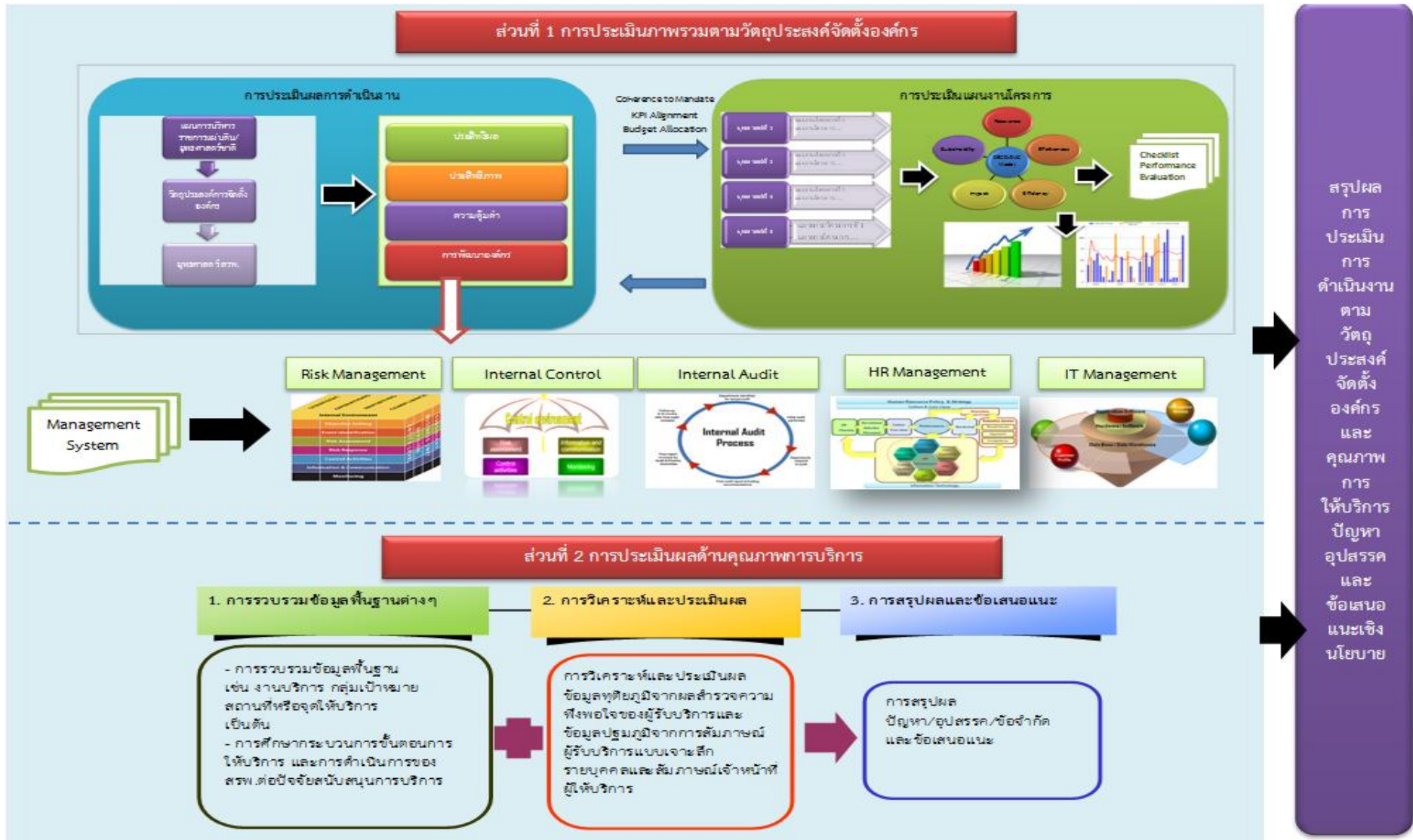
ส่วนที่ 1 การประเมินผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์จัดตั้งองค์กร เป็นการประเมินความสอดคล้อง/ความเชื่อมโยงของการถ่ายทอดภารกิจตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในกฎหมายจัดตั้ง แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติงานประจำปีจนถึงในระดับกิจกรรม/แผนงาน/โครงการ (Coherence to mandate)

ส่วนที่ 2 การประเมินแผนงานโครงการ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลแผนงาน/โครงการและประเมินความสำเร็จในการดำเนินการตามแผนการดำเนินงานของ สรพ. ซึ่งได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด OECD/DAC มาใช้ในการประเมิน

ส่วนที่ 3 การประเมินด้านการพัฒนาองค์กร เป็นการประเมินระบบการบริหารจัดการ 5 ด้าน ได้แก่ การบริหารความเสี่ยง การควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน การบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล

ผลการประเมินทั้ง 3 ส่วน จะนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานของ สรพ. ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ปัจจัยภายใน (Strengths, Weaknesses) โดยใช้เครื่องมือ McKinsey 7S Framework และวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (Opportunities, Threats) โดยใช้การวิเคราะห์ PESTEL Analysis เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ เพื่อสรุปปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อให้ สรพ. สามารถนำไปพัฒนาหรือปรับปรุงการดำเนินงานต่อไป โดยจะแสดงไว้ในส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน

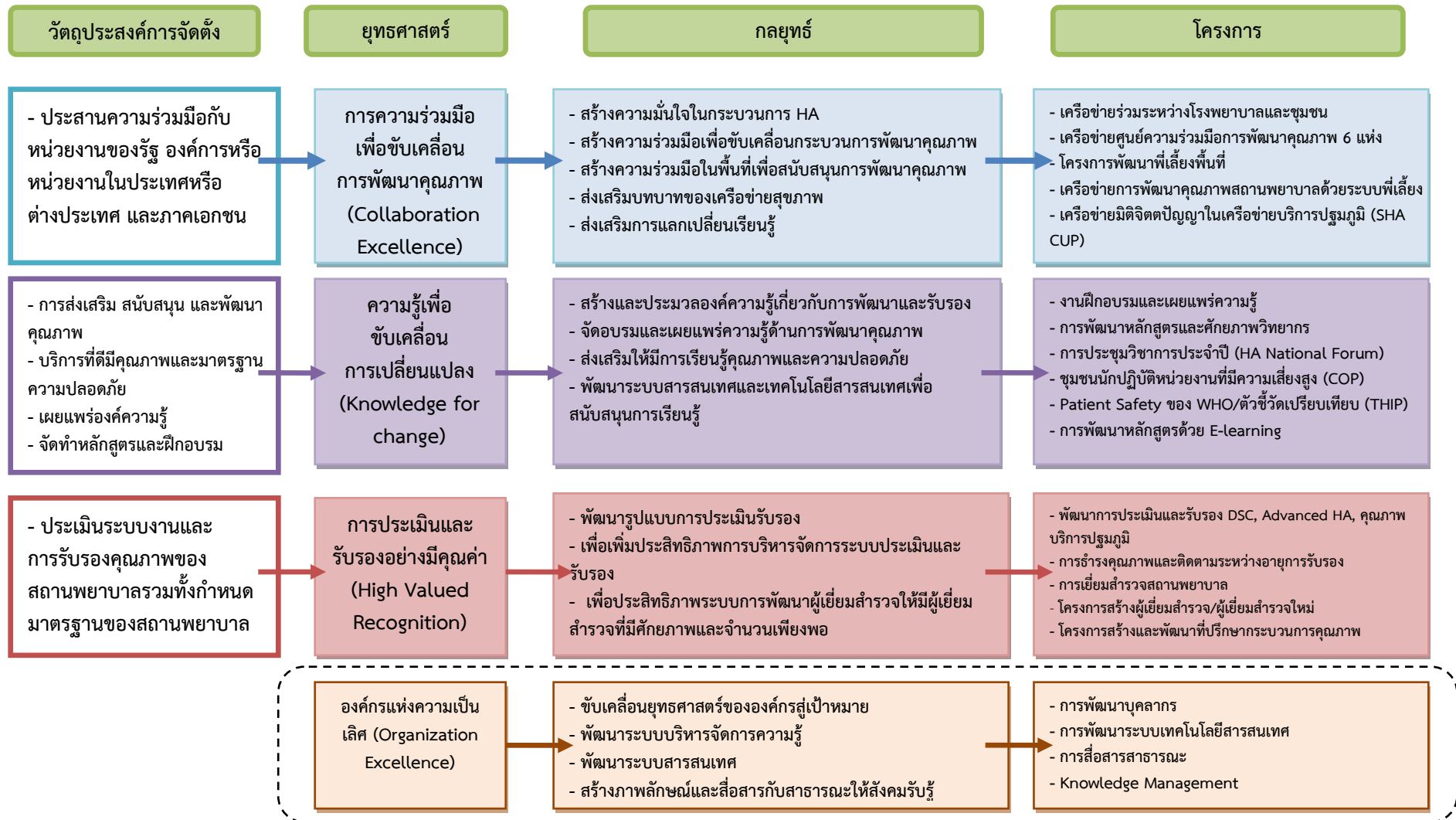
แผนภาพ ก ภาพรวมวิธีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน และเครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์



ส่วนที่ 1 การประเมินผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์จัดตั้งองค์กร

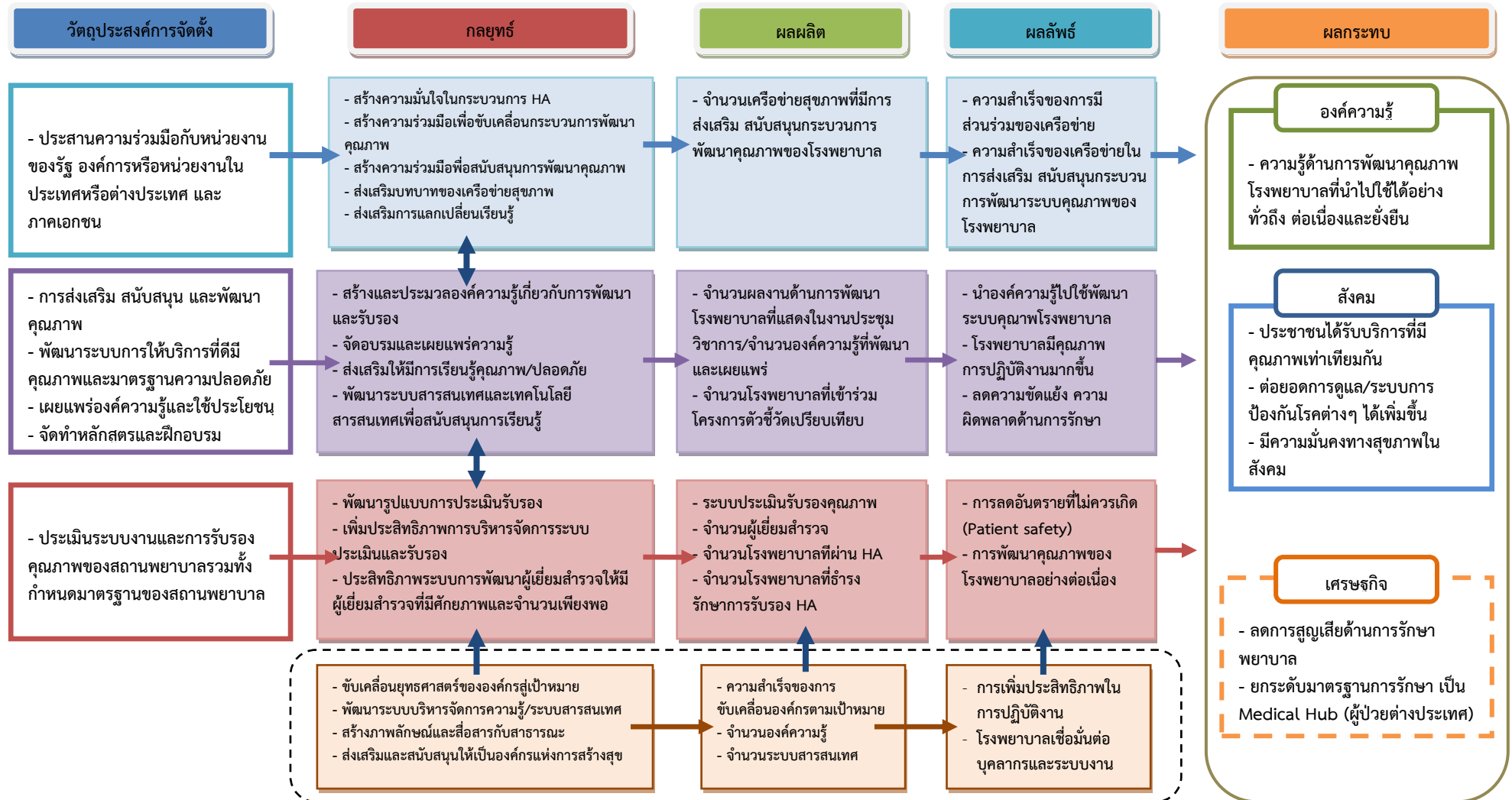
สรพ. ได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์ ตลอดจนจัดทำแผนงานโครงการที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์ดังกล่าว เพื่อใช้ขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุภารกิจตามวัตถุประสงค์การจัดตั้งตามกฎหมาย ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงตั้งแต่วัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กร วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ กลยุทธ์ และแผนงานโครงการนั้น ปรากฏว่ามีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกันตามวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กรอย่างครบถ้วน

แผนภาพ ข ความเชื่อมโยงของวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กร ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และแผนงานโครงการ



ผลจากการดำเนินงานของโครงการตามแผนภาพ ข สามารถนำมาวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามห่วงโซ่ของผลกระทบ (Results Chain) ตามแผนภาพ ค โดยพิจารณาจากผลผลิต (Outputs) และผลลัพธ์ (Outcomes) ที่นำไปสู่ผลกระทบ (Impact) ทั้งในส่วนที่ประเมินผลได้ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทั้งนี้สามารถสรุปผลการดำเนินงานและข้อสังเกตตามประเด็นยุทธศาสตร์ ได้ดังนี้

แผนภาพ ค ห่วงโซ่ผลลัพธ์ (result chain) ของการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กร



❖ ยุทธศาสตร์ที่ 1 : ความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ (Collaboration Excellence)

สรพ. มีการสร้างเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาล เช่น เครือข่ายศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation Collaboration Center : HACC) การเข้าไปช่วยเป็นที่ปรึกษาและร่วมกับเครือข่ายในการเตรียมความพร้อมให้แก่โรงพยาบาลที่เข้าประเมินเพื่อรับรองมาตรฐาน เป็นต้น ส่งผลให้มีเครือข่ายที่เข้มแข็ง สามารถผลักดันให้การพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลและการรับรองระบบ HA ประสบความสำเร็จ สามารถสื่อสารและถ่ายทอดองค์ความรู้ได้ทั่วถึงและครอบคลุมมากขึ้น ตลอดจนมีการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงาน/องค์กรทั้งในระดับประเทศและระดับสากล เพื่อผลักดันให้มีการบรรลุเนื้อหาด้านการพัฒนาคุณภาพเข้าเป็นหลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ นอกจากนี้ สรพ. มีการสร้างความร่วมมือกับสภาวิชาชีพต่างๆ รวมทั้งมีการเชื่อมโยงมาตรฐานของสภาเทคนิคการแพทย์และสภาเภสัชกรรมกับมาตรฐาน HA โดยโรงพยาบาลจะต้องผ่านมาตรฐานดังกล่าวจึงจะสามารถขอรับรอง HA ได้ อย่างไรก็ตาม ผู้แทนจากสภาวิชาชีพให้ข้อสังเกตว่า การเชื่อมโยงมาตรฐานของสภาวิชาชีพต่างๆ เข้ากับมาตรฐาน HA ยังทำได้ยากในทางปฏิบัติ เนื่องจากจะทำให้ระบบมีความซับซ้อนและสร้างความสับสนให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลมากขึ้น ซึ่งเป็นประเด็นที่ สรพ. และสภาวิชาชีพต้องหารือร่วมกันต่อไป

❖ ยุทธศาสตร์ที่ 2 : ความรู้เพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง (Knowledge for change)

สรพ. มีการพัฒนาและบริหารจัดการองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อช่วยให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดทำตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ตลอดจนมีการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลเกิดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลต่างๆ ให้ความสนใจในการพัฒนาบุคลากร/ระบบงานเพิ่มขึ้น ดังเห็นได้จากการจัดสัมมนาวิชาการประจำปี (HA National Forum) เพื่อเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพสำหรับโรงพยาบาลทั่วประเทศและนำเสนอองค์ความรู้ใหม่ๆ มีจำนวนผู้เข้าร่วมงานมาก และโรงพยาบาลจำนวนมากเข้ามามีส่วนร่วมในเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างไรก็ตาม สรพ. มีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากร ทำให้ยังไม่สามารถจัดอบรมความรู้ต่างๆ ได้เพียงพอกับความต้องการ อีกทั้งมาตรฐาน HA มีรายละเอียดมาก และต้องอาศัยประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติในการระบุความเสี่ยงหรือจุดที่ควรพัฒนาปรับปรุงคุณภาพ ซึ่งอาจทำให้การพัฒนาคุณภาพไม่สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนดได้ในกรณีที่ผู้ปฏิบัติหรือเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลไม่มีความเข้าใจระบบ HA อย่างแท้จริง ทั้งนี้ ผู้บริหาร สรพ. ให้ความเห็นว่าการถ่ายทอดความรู้ด้านมาตรฐานให้แก่โรงพยาบาล ควรให้ผู้ที่มีการประสบการณ์ตรงหรือประสบความสำเร็จในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพในโรงพยาบาลเป็นผู้ถ่ายทอด เนื่องจากมีความเข้าใจบริบทในการปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้การถ่ายทอดองค์ความรู้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

❖ ยุทธศาสตร์ที่ 3 : การประเมินและรับรองอย่างมีคุณค่า (High Value Recognition)

สรพ. มีการสร้างความเชื่อมั่นให้แก่กระบวนการประเมินและรับรองคุณภาพของระบบ HA โดยมีการดำเนินงานเพื่อให้ได้รับการรับรองจาก International Society for Quality in Healthcare (ISQua) ซึ่งเป็นหน่วยงานสากลที่ให้การรับรององค์กรที่ทำหน้าที่รับรองคุณภาพสถานพยาบาลในประเทศต่างๆ ทำให้กระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของ สรพ. มีความน่าเชื่อถือและเป็นก้าวสำคัญในการยกระดับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของไทยให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล ทั้งนี้ แม้ว่าระบบ HA เป็นระบบที่เหมาะสมกับบริบทของไทย สามารถปรับใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ อีกทั้งเป็นระบบที่พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลที่เน้นการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานโดยการมีส่วนร่วมจากบุคลากรของโรงพยาบาลเป็นสำคัญ

แต่มาตรฐาน HA มีความเป็น Subjective ค่อนข้างมาก อีกทั้งเป็นการประเมินกระบวนการปฏิบัติงาน ซึ่งต้องอาศัยการตีความและประสบการณ์ของผู้เยี่ยมสำรวจเป็นสิ่งสำคัญ อย่างไรก็ตาม สรพ. มีพัฒนาและอบรมผู้เยี่ยมสำรวจอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้เยี่ยมสำรวจมีมาตรฐานที่ใกล้เคียงกัน อีกทั้งผู้เยี่ยมสำรวจมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากขึ้น ส่งผลให้การประเมินและรับรองมีมาตรฐานที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

❖ ยุทธศาสตร์ที่ 4 : องค์กรสู่ความเป็นเลิศ (Organization Excellence)

การดำเนินการของ สรพ. เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร มีประสิทธิภาพ โปร่งใส มีธรรมาภิบาล มีมาตรฐานการปฏิบัติงานตามหลักการสากล มีระบบการบริหารจัดการองค์กรที่ดี เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และมีความสุข ตลอดจนเป็นที่ยอมรับขององค์กร หน่วยงานต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม ในด้านการบริหารจัดการภายในองค์กร สรพ. เป็นองค์กรที่เติบโตจากการเป็นองค์กรด้านการวิจัย ซึ่งมีความคล่องตัวสูง แต่เมื่อกลายเป็นองค์การมหาชน ซึ่งมีกฎระเบียบต่างๆ เพิ่มขึ้น ทำให้จำเป็นต้องปรับรูปแบบวิธีการทำงานให้เป็นระบบมากขึ้น นอกจากนี้ สรพ. มีภาระงานที่ต้องดำเนินการเป็นจำนวนมาก ขณะที่จำนวนบุคลากรมีไม่มาก ส่งผลให้การปฏิบัติงานในบางส่วนยังมีความล่าช้า ทั้งนี้ สรพ. ยังมีจุดที่สามารถพัฒนาและปรับปรุงระบบงานภายในได้อีกมากเพื่อให้การดำเนินงานขององค์กรมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลทั่วประเทศ การพัฒนาเจ้าหน้าที่ของ สรพ. ให้มีทักษะการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น เป็นต้น

❖ มิติด้านผลกระทบ

1) ด้านองค์ความรู้

สรพ. มีการจัดหลักสูตรฝึกอบรม เพื่อส่งเสริม พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐและภาคเอกชน การจัดสัมมนาวิชาการประจำปี (HA National Forum) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับสถานพยาบาล ตลอดจนมีความพยายามผลักดันให้มีการบรรจุเนื้อหาด้านการพัฒนาคุณภาพเข้าเป็นหลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ ส่งผลเกิดการประสานความร่วมมือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้เพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการสุขภาพที่จะเป็นประโยชน์แก่ประชาชนผู้รับบริการ และทำให้การพัฒนากระบวนการคุณภาพมีความยั่งยืนอย่างแท้จริง

2) ด้านสังคม

การพัฒนากระบวนการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทำให้โรงพยาบาลมีการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพมาตรฐาน ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเท่าเทียมกัน รวมทั้งทำให้ประชาชนตระหนักและมีความเข้าใจกระบวนการคุณภาพในโรงพยาบาลมากขึ้น สามารถสัมผัสได้ว่าการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดช่องว่าง ลดความขัดแย้ง/การฟ้องร้องระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในโรงพยาบาลให้น้อยลง

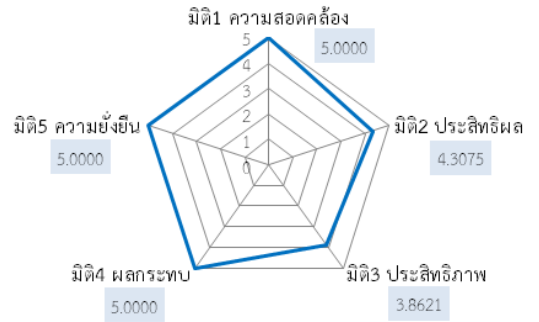
3) ด้านเศรษฐกิจ

โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน HA มีการปรับปรุงกระบวนการต่างๆ อย่างเป็นระบบซึ่งมีส่วนช่วยในการลดต้นทุนและทำให้การบริหารจัดการระบบของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ หาก สรพ. สามารถพัฒนาและยกระดับมาตรฐาน HA ให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ โดยเฉพาะประเทศในกลุ่มประเทศอาเซียนได้ จะมีส่วนช่วยยกระดับมาตรฐานระบบการแพทย์ไทยในการเป็น Medical Hub เพื่อรองรับกลุ่มลูกค้าจากประเทศเหล่านี้ โดยเฉพาะประเทศในกลุ่ม CLMV ที่เข้ามาใช้บริการ

ทางการแพทย์ในประเทศไทย ซึ่งจะก่อให้เกิดรายได้จากการท่องเที่ยวและบริการ และเป็นการกระตุ้นเศรษฐกิจได้อีกทางหนึ่ง

ส่วนที่ 2 การประเมินแผนงานโครงการ

ผลคะแนนการประเมินแผนงานโครงการโดยภาพรวมของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) อยู่ที่ระดับคะแนน 4.5647 (จากคะแนนเต็ม 5.0000) หรือมีผลการดำเนินงานในระดับดีกว่าเป้าหมายมาก ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาในรายมิติปรากฏว่ามีผลการประเมินอยู่ในระดับดีกว่าเป้าหมายมาก ได้แก่ มิติที่ 1 ด้านความสอดคล้อง มิติที่ 4 ด้านผลกระทบ และมิติที่ 5 ด้านความยั่งยืน โดยมีผลการประเมินอยู่ที่ระดับคะแนน 5.0000 ในทั้งสามมิติ ส่วนที่เหลือ ได้แก่ มิติที่ 2 ด้านประสิทธิผล และมิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ มีผลการประเมินอยู่ในระดับดีกว่าเป้าหมาย โดยมีผลการประเมินอยู่ที่ระดับคะแนน 4.3075 และ 3.8621 ตามลำดับ สำหรับผลคะแนนการประเมินโครงการในมิติที่ 2 ด้านประสิทธิผลนั้น พบว่ามีโครงการที่มีผลคะแนนต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากเป็นโครงการที่ไม่สามารถดำเนินงานได้ครบถ้วนตามแผนงานที่วางไว้ ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายผลผลิตและผลลัพธ์ของโครงการ อีกทั้งมีสาเหตุจากการที่โครงการยังไม่ได้กำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายในเชิงผลลัพธ์ไว้ จึงส่งผลให้ไม่มีกระบวนการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายผลลัพธ์ของโครงการ สำหรับผลคะแนนการประเมินโครงการในมิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ พบว่ามีโครงการที่มีผลคะแนนต่ำกว่าเป้าหมายและต่ำกว่าเป้าหมายมาก เนื่องจากเป็นโครงการที่ไม่สามารถดำเนินงานได้ทันภายในระยะเวลาที่วางไว้ ส่งผลให้การเบิกจ่ายงบประมาณไม่ครบถ้วนตามแผนที่กำหนดไว้



ส่วนที่ 3 การประเมินด้านการพัฒนาองค์กร

จากการประเมินผลระบบบริหารจัดการองค์กรทั้ง 5 ระบบ สรุปผลได้ดังนี้

- 1) ระบบการบริหารความเสี่ยง:** สรพ. มีการแต่งตั้งคณะทำงานบริหารความเสี่ยง ทำหน้าที่ในการพิจารณาจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง ซึ่งมีการวิเคราะห์และมองภาพรวมความเสี่ยงในระดับองค์กร (Enterprise Risk Management) มีการกำหนดเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง โดยกำหนดหลักเกณฑ์การประเมินโอกาสและผลกระทบ รวมทั้งแนวทางการจัดการความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยงในแต่ละระดับคะแนน แต่เป็นหลักเกณฑ์แบบกลางๆ โดยคำนึงถึงมูลค่าความเสียหาย ชื่อเสียงองค์กรเป็นหลัก รวมทั้งการประเมินและวิเคราะห์ยังคงต้องใช้ดุลพินิจของคณะทำงานหรือผู้ประเมินร่วมด้วย ทั้งนี้ คณะทำงานฯ มีการติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนบริหารความเสี่ยงเป็นรายไตรมาส นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการตรวจสอบและประเมินผลมีการกำกับดูแลติดตามผลการสอบทานการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง ซึ่งสอบทานโดยผู้ตรวจสอบภายใน
- 2) ระบบการควบคุมภายใน:** สรพ. มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการควบคุมภายใน โดยผู้บริหารให้ความสำคัญกับการควบคุมภายในตลอดจนมีทัศนคติที่ดีให้ความร่วมมือกับผู้ตรวจสอบภายในและภายนอก มีการส่งเสริมจริยธรรมในการปฏิบัติงาน มีการจัดโครงสร้าง

องค์กรและสายงานการบังคับบัญชาตามภารกิจหน้าที่และความรับผิดชอบแต่ละสำนักฯ มีการกำกับติดตามและดำเนินการด้านการควบคุมภายในผ่านคณะทำงานควบคุมภายในที่มีความเชื่อมโยงกับการบริหารความเสี่ยงองค์กร โดยยึดถือและปฏิบัติตามแนวทางของคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน ทั้งนี้ สรพ. มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานตามแผนการควบคุมภายในเป็นรายไตรมาสให้ผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารได้รับทราบ ซึ่งโดยส่วนใหญ่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้

- 3) **ระบบการตรวจสอบภายใน:** โครงสร้างของหน่วยตรวจสอบภายในมีความเป็นอิสระ โดยหน่วยตรวจสอบภายในขึ้นตรงต่อคณะกรรมการบริหาร และนำเสนอแผนการตรวจสอบภายในทั้งแผนระยะยาวและแผนประจำปี รวมทั้งรายงานผลการตรวจสอบต่อคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล เพื่อให้ความเห็นและเสนอต่อไปยังคณะกรรมการบริหาร แล้วจึงเสนอแผนที่ผ่านการอนุมัติหรือผลการตรวจสอบต่อผู้อำนวยการสถาบันฯ หรือในกรณีที่เห็นสมควรอาจเสนอผลการตรวจสอบต่อผู้อำนวยการสถาบันฯ เพื่อให้ปรับปรุงแก้ไขได้อย่างทันท่วงที ทั้งนี้ที่ผ่านมา สรพ. ได้พัฒนาให้งานตรวจสอบภายในทำงานร่วมกับผู้บริหารของ สรพ. มากขึ้น เช่น การรายงานผลการตรวจสอบอย่างไม่เป็นทางการกับผู้บริหาร การรับฟังความเห็นและข้อสังเกตจากผู้บริหาร เป็นต้น เพื่อให้การตรวจสอบภายในเป็นประโยชน์สูงสุดขององค์กร และเพื่อให้การกำกับดูแลการปฏิบัติงานของ สรพ. เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) **ระบบการบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ:** สรพ. ใช้ระบบ Enterprise Resource Planning (ERP) เป็นระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการดำเนินงานภายใน และมีการเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์สำหรับสนับสนุนงานบริการลูกค้าภายนอก ทั้งนี้ สรพ. อยู่ระหว่างการพัฒนาฐานข้อมูลการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ซึ่งเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่เชื่อมโยงข้อมูลการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของสถานพยาบาลทั่วประเทศ ซึ่งเมื่อการพัฒนาฐานข้อมูลแล้วเสร็จจะช่วยเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานภายในและภายนอกได้อย่างเป็นระบบ รวมทั้งสามารถพัฒนาระบบ MIS/EIS ที่สอดคล้องกับความต้องการของฝ่ายบริหาร และช่วยให้การติดตามความคืบหน้าของการดำเนินการต่างๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- 5) **ระบบการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล:** สรพ. มีการกำหนดนโยบายและจัดทำเป็นแผนกลยุทธ์ด้านทรัพยากรบุคคล มีการจัดทำแผนสรรหาบุคลากรสอดคล้องกับพันธกิจและโครงสร้างองค์กร รวมทั้งมีการกำหนดแผนการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร ซึ่งเน้นการสร้างความเป็นทีม ตลอดจนมีการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับ Core Value ขององค์กร นอกจากนี้ สรพ. มีการนำผลประเมินมาเชื่อมโยงกับระบบแรงจูงใจ โดยนำไปใช้ในการพิจารณาปรับเลื่อนตำแหน่ง/ค่าตอบแทน ในด้านการพัฒนาบุคลากร รวมทั้งมีการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan : IDP) อย่างไรก็ตาม การดำเนินการตามแผนพัฒนารายบุคคลสำหรับบุคลากรในระดับเจ้าหน้าที่ ยังไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ/แนวทางเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน

ผลจากการประเมินทั้ง 3 ส่วน รวมทั้งการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก เพื่อสรุปปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน สามารถสรุปข้อเสนอแนะ/แนวทางเพื่อพัฒนาการดำเนินงานของ สรพ. ได้ดังนี้

❖ ข้อเสนอแนะด้านยุทธศาสตร์และกลยุทธ์การดำเนินงาน

- 1) เครื่องมือที่ช่วยในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลประสบความสำเร็จ เห็นผลเป็นรูปธรรม คือ เครื่องมือที่มีโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เข้มแข็ง สามารถช่วยโรงพยาบาลในเครือข่ายให้ได้รับการพัฒนา เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างกัน สรพ. จึงควรหาปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลแม่ข่ายเหล่านี้ประสบความสำเร็จในการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลลูกข่าย และขยายผลรูปแบบการดำเนินการในเครือข่ายที่โรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่เข้มแข็ง
- 2) ควรมีการพัฒนาและเพิ่มประสบการณ์ให้บุคลากรของ สรพ. เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำหรือเป็นที่ปรึกษาให้แก่เครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์คณะกรรมการบริหารบางท่านให้ความเห็นว่าบุคลากรของ สรพ. บางส่วนยังขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโดยตรง ทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำหรือเป็นที่ปรึกษาให้แก่เครือข่ายได้อย่างชัดเจน
- 3) ควรให้ความสำคัญในการจัดเก็บข้อมูลและติดตามผลจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม HA Forum โดยเฉพาะการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ทราบข้อมูลว่าการเข้าร่วม HA Forum ซึ่งถือเป็นกิจกรรมสำคัญของ สรพ. ที่เป็นที่รู้จักในวงกว้าง ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดแรงบันดาลใจในการนำไปปรับใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่อไปหรือไม่ อย่างไร และนำข้อมูลจากการติดตามและสัมภาษณ์ดังกล่าวมาปรับปรุงเพื่อพัฒนาการจัดกิจกรรมของ สรพ. เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป
- 4) ควรหาปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลบางแห่งไม่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพหรือได้รับการรับรอง HA และนำปัจจัยดังกล่าวมาพิจารณาเพื่อปรับปรุงหลักสูตรการอบรมให้สอดคล้องกับบริบทหรือความต้องการของสถานพยาบาลมากขึ้น
- 5) ควรพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงหรือเป็นบุคลากรที่เกษียณอายุ เนื่องจากเป็นผู้มีความผูกพันกับบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้โรงพยาบาลยินดีและเต็มใจเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพมากขึ้นด้วย
- 6) จากการสัมภาษณ์ ผู้แทนจากราชวิทยาลัยให้ความเห็นว่า สรพ. ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อวัดผลการปรับปรุงคุณภาพในประเด็นที่ไม่ควรเกิดขึ้น แต่ยังมีปัญหาในการปฏิบัติงานจริงอยู่ เช่น อัตราการผ่าตัดผิดข้าง/ผิดรายลดลง อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งลดลง อัตราการใช้ยาที่ไม่จำเป็นลดลง เป็นต้น ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนการปรับปรุงคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลได้อย่างแท้จริงโดยไม่มีปัจจัยภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้อง รวมทั้งนำตัวชี้วัดดังกล่าวเข้าไปใช้ในการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และในกรณีที่เป็นการประเมินซ้ำ สามารถปรับเปลี่ยนเป็นตัวชี้วัดอื่นได้ในกรณีตัวชี้วัดเดิมได้รับการปรับปรุงให้เป็นไปตามมาตรฐานแล้ว นอกจากนี้ สรพ. ควรเน้นการใช้ให้โรงพยาบาลเห็นประโยชน์ที่แท้จริงของการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น เพื่อให้โรงพยาบาลยินดีให้ความร่วมมือในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพ ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานของ สรพ. มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

- 7) ควรเพิ่มการสื่อสารให้บุคคลภายนอกได้รับทราบแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นอยู่ของ สรพ. ซึ่งมีการแยกเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินการในส่วนของการอบรมและพัฒนา และเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินการในส่วนของการประเมินและรับรองออกจากกันชัดเจนอยู่แล้ว เพื่อให้บุคคลภายนอกเข้าใจและยอมรับได้ว่าไม่เกิด Conflict of Interest ซึ่งจะส่งผลให้การประเมินและรับรองมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น
- 8) ควรเพิ่มการสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กับประชาชน/บุคคลภายนอกเกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพตามมาตรฐาน HA ให้มากขึ้น เนื่องจากประชาชน/บุคคลภายนอกมีความคาดหวังในการรับบริการจากโรงพยาบาล ขณะที่มาตรฐาน HA เป็นการพัฒนาระบบการปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาล ซึ่งอาจมีบางส่วนไม่สอดคล้องกันในทางปฏิบัติ

❖ ข้อเสนอแนะด้านการบริหารจัดการภายในองค์กร

▪ ด้านการบริหารความเสี่ยง

- 1) ควรมีการสื่อสารเน้นย้ำนโยบายการบริหารความเสี่ยงขององค์กรให้บุคลากรได้รับทราบและประกาศผ่านช่องทางที่บุคลากรสามารถเข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้การสื่อสารเกิดประสิทธิผล
- 2) ควรสร้างความเข้าใจให้กับบุคลากรต่อการบริหารความเสี่ยงตามกรอบการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร (Enterprise Risk Management) เพื่อให้สามารถนำมาประยุกต์ใช้และมีมุมมองการวิเคราะห์ความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กรที่จะช่วยสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์องค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 3) ควรพัฒนาระบบการจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยงของ สรพ. ไปสู่การแสดงกระบวนการประเมินความเสี่ยงที่เป็นมาตรฐานมากขึ้น เช่น การแสดงสาเหตุ ผลกระทบของความเสี่ยง การแสดงความเสี่ยงขั้นต้น (Gross Risk) ผลการประเมินกิจกรรมควบคุมที่ สรพ. ได้ดำเนินการว่ามีประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้มากน้อยเพียงใด และการประเมินความเสี่ยงคงเหลือ (Residual Risk) มาจัดลำดับความสำคัญตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น เพื่อนำไปจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง ตลอดจนจัดทำ Risk Profile เพื่อช่วยในการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงคงเหลือต่อไป นอกจากนี้การประเมินผลการดำเนินการตามแผนบริหารความเสี่ยง โดยประเมินความเสี่ยงคงเหลือจะทำให้สะท้อนประสิทธิผลการจัดการความเสี่ยงได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น
- 4) ควรปรับปรุงคู่มือการบริหารความเสี่ยงให้มีความชัดเจน มีแบบฟอร์มและแนวทางในการประเมินความเสี่ยง ตลอดจนตัวอย่างในการประเมินหรือรายงานความเสี่ยง ที่จะช่วยให้บุคลากรของ สรพ. ที่อาจไม่มีความเข้าใจต่อความเสี่ยงมากพอจะสามารถศึกษาและประเมินหรือรายงานความเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง
- 5) ควรพัฒนาหรือเชื่อมโยงการเก็บข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการบริหารและจัดการความเสี่ยง เช่น การเก็บข้อมูลสำคัญ เพื่อการประเมินความน่าจะเป็น และผลกระทบของความเสี่ยง การมีระบบสารสนเทศในการรายงานโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง (Early Warning) ทั้งนี้ ควรมีการสื่อสารให้ความรู้กับบุคลากรของ สรพ. ให้มีความเข้าใจและมีมุมมองต่อความเสี่ยงไปในทิศทางเดียวกัน

■ ด้านการควบคุมภายใน

6) หาก สรพ. สามารถพัฒนาการประเมินการควบคุมภายในจากเดิมที่เป็นการสอบทานการจัดทำรายงานการควบคุมภายใน และการสอบทานการประเมินความเสี่ยงไปถึงระดับการประเมินความเพียงพอและควมมีประสิทธิผลของระบบควบคุมภายในก็จะเป็นประโยชน์กับ สรพ. ยิ่งขึ้น โดยแต่ละปีอาจคัดเลือกประเด็นที่เห็นว่ามีความเสี่ยงที่การปฏิบัติของบุคลากรไม่เป็นไปตามระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไว้และอาจมีผลกระทบเสียหายต่อองค์กรสูง มาทดสอบเพื่อประเมินประสิทธิผลของการควบคุมภายใน

■ ด้านการตรวจสอบภายใน

7) การพัฒนาการวางแผนการตรวจสอบภายในไปสู่การตรวจสอบภายในเชิงกลยุทธ์ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์กรให้บรรลุเป้าหมายความสำเร็จขององค์กร โดยการวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อทำแผนการตรวจสอบ ควรวิเคราะห์ในลักษณะความเสี่ยงทั้งองค์กร (Enterprise Risk Management) ตลอดจนการจัดทำแผนการตรวจสอบเชิงกลยุทธ์ระยะยาว

8) การตรวจสอบภายในเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์และประโยชน์สูงสุดขององค์กร ไม่ว่าจะเป็นการทำงานร่วมกับฝ่ายบริหาร การแลกเปลี่ยนและให้การสนับสนุนข้อมูลและความเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงและความเพียงพอของการควบคุมภายในต่อคณทำงานความเสี่ยงและควบคุมภายใน

9) หากหน่วยตรวจสอบภายในกำหนดขอบเขตลักษณะงาน ตลอดจนโครงสร้างการรายงานและทำงานร่วมกับฝ่ายบริหาร จะทำให้การรายงานและการทำงานของหน่วยตรวจสอบภายในและฝ่ายบริหารมีความชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ หน่วยตรวจสอบภายในสามารถแลกเปลี่ยนและให้การสนับสนุนข้อมูลและความเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงและความเพียงพอของการควบคุมภายในต่อคณทำงานความเสี่ยงและควบคุมภายในจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับองค์กรยิ่งขึ้น

■ ด้านการบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ

10) ควรพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับผู้บริหาร Executive Information System (EIS) และ Management Information System (MIS) เพื่อสนับสนุนฝ่ายบริหารในการปฏิบัติงานตามภารกิจ รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการติดตามความสำเร็จในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ การปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ประกอบด้วย

10.1) Information ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการลูกค้าภายนอก รวมทั้งเครือข่าย เช่น Information ของโรงพยาบาลที่ผ่านในแต่ละชั้น ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเครือข่ายและผู้เยี่ยมสำรวจ เป็นต้น

10.2) Information ที่ใช้ในการบริหารงานภายใน ประกอบด้วย

10.2.1) EIS/MIS ที่แสดงสถานะความคืบหน้าของการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการที่สามารถแสดงให้เห็นว่าโครงการใดมีความล่าช้าหรือพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน (Alarm) เพื่อให้ผู้บริหารติดตามและตัดสินใจแก้ไขได้ทันเวลา

- 10.2.2) EIS/MIS ที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยง โดยต้องกำหนด Key Risk Indicator เพื่อแสดงสถานะของความเสี่ยงและ Warning ก่อน เพื่อให้ฝ่ายบริหารได้ทราบและดำเนินการแก้ไข
- 10.2.3) EIS/MIS ที่ใช้ในการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยควรพัฒนาระบบ ERP รองรับการพัฒนาบุคลากร เพิ่มเติมจากระบบที่มีอยู่ เช่น ข้อมูลด้าน Competency (ผลการพัฒนาและประเมินของบุคลากรแต่ละคน) ประวัติการพัฒนาบุคลากรตาม IDP เป็นต้น
- 10.2.4) EIS/MIS ที่ใช้แสดงผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ เพื่อให้ผู้บริหารใช้ในการติดตาม
- 10.2.5) EIS/MIS ที่รองรับเรื่องการบริหารจัดการองค์ความรู้ เพื่อให้ข้อมูล KM ภายในองค์กรถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบ
- 11) ควรมีการทวนสอบความถูกต้องในการนำเข้าข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่จัดเก็บนั้นเชื่อถือได้ โดยอาจพิจารณาดำเนินการตามระดับความสำคัญของข้อมูล และในกรณีที่เป็นข้อมูลที่มีความสำคัญมากต่อการตัดสินใจในเชิงกลยุทธ์ขององค์กร ควรปรับกระบวนการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูลให้มีผู้ตรวจซ้ำ (2nd Tier) และออกแบบระบบในการนำเข้าข้อมูล เช่น การจัดทำ Drop down list แทนการพิมพ์ข้อมูล เป็นต้น เพื่อช่วยลดความผิดพลาดในการนำเข้าข้อมูล
- 12) ควรมีการทดสอบการกู้คืนข้อมูล (Recovery) เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบระยะเวลาในการกู้คืนระบบที่ต้องดำเนินการ
- 13) ควรมีการทดสอบรอยรั่วของระบบ (IT Security) โดยอาจจะทดลองเจาะระบบ (hack) หรือ run patch server ที่ได้แก้ไขแล้วและควรมีการบันทึกการดำเนินการดังกล่าวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร
- **ด้านการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล**
- 14) ควรศึกษาและนำระบบ Talent Management มาปรับใช้ในองค์กร เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถหรือเป็นช่องทางการเติบโตให้กับบุคลากรที่มีความสามารถหรือมีผลงานเป็นที่ประจักษ์เป็นพิเศษ รวมทั้งการกำหนด Fast Track หรือ Talent Track รวมทั้งแผนพัฒนาและรักษาคนเก่ง
- 15) ควรจัดหลักสูตรฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการเป็นรายบุคคลตามแผน IDP ที่ได้จัดทำขึ้น โดยอาจพิจารณาตามลำดับความสำคัญ

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 มาตรา 37 กำหนดไว้ว่า “เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงระบบการปฏิบัติงานของสถาบันให้มีประสิทธิภาพ เกิดผลสัมฤทธิ์ สร้างความรับผิดชอบและความเชื่อถือแก่สาธารณชนในกิจการของสถาบัน ตลอดจนการติดตามความก้าวหน้าและการตรวจสอบการดำเนินงานของสถาบันให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ โครงการ และแผนงาน ที่ได้จัดทำไว้ให้สถาบันจัดให้มีการประเมินผลการดำเนินงานตามระยะเวลาที่คณะกรรมการกำหนด แต่ต้องไม่เกินกว่าสามปี

การประเมินผลการดำเนินงานตามวรรคหนึ่ง ให้จัดทำโดยสถาบัน หน่วยงาน องค์กร หรือคณะบุคคลที่เป็นกลางและมีความเชี่ยวชาญในด้านการประเมินผลการดำเนินงาน โดยมีการคัดเลือกหรือแต่งตั้งตามวิธีการที่คณะกรรมการกำหนด

การประเมินผลการดำเนินงานของสถาบันจะต้องแสดงข้อเท็จจริงให้ปรากฏในด้านประสิทธิผล ในด้านประสิทธิภาพ และในด้านการพัฒนาองค์กร และในรายละเอียดอื่นตามที่คณะกรรมการจะกำหนดเพิ่มเติมขึ้น

ในกรณีที่มีเหตุจำเป็นเป็นการเฉพาะกาล คณะกรรมการจะจัดให้มีการประเมินผลการดำเนินงานเป็นครั้งคราวตามมาตรานี้ด้วยก็ได้”

ประกอบกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ได้กำหนดให้ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรมหาชน ต้องจัดให้มีการติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติราชการ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ส่วนราชการกำหนดขึ้น โดยเปิดโอกาสให้ส่วนราชการจัดให้มีคณะผู้ประเมินอิสระดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติราชการของส่วนราชการเกี่ยวกับผลสัมฤทธิ์ของภารกิจคุณภาพการให้บริการ ความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ ความคุ้มค่าในภารกิจ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 สำนักงาน ก.พ.ร. ได้กำหนดตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการ ประจำปี 2558 มิติที่ 2 มิติด้านคุณภาพการให้บริการ ตัวชี้วัดที่ 2.1 ระดับความสำเร็จของการสำรวจความพึงพอใจและพัฒนาการให้บริการ และมิติที่ 4 มิติด้านการกำกับดูแลกิจการและพัฒนาองค์กร ตัวชี้วัดที่ 4.3 ระดับความสำเร็จของการประเมินผลการดำเนินงานตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายจัดตั้งเป็นตัวชี้วัดภาคบังคับ ดังนั้น สถาบันจึงจัดทำโครงการ สนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และประเมินผล เพื่อให้มีการประเมินผลการดำเนินงานของสถาบันตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 – 2557 และประเมินผลความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2558 เพื่อนำผลการประเมินไปใช้เป็นแนวทางในการทบทวนจัดลำดับความสำคัญของการดำเนินงาน และปรับปรุงวิธีการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล สอดคล้องตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ และอำนาจหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้ง รวมทั้งตอบสนองต่อตัวชี้วัดตามการรับรองการปฏิบัติงานตามที่กล่าวมาข้างต้น

1.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินงาน ผลผลิต ผลลัพธ์ ของ สรพ. ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 – 2557 และประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการปฏิบัติภารกิจ ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ และอำนาจหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งฯ รวมทั้งสำรวจความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของสถาบันในงบประมาณ 2558

1.3 ขอบเขตการศึกษา

- 1.3.1 การพัฒนาองค์กรของ สรพ. ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 – 2557 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางการพัฒนาองค์กรในอนาคต
- 1.3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน และปัจจัยที่เป็นปัญหา/อุปสรรคต่อการดำเนินงานของ สรพ.
- 1.3.3 การดำเนินงานที่ตอบสนองต่อนโยบายและข้อเสนอแนะจากคณะรัฐมนตรีและคณะกรรมการบริหารสถาบัน
- 1.3.4 ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อบทบาท ภารกิจของ สรพ. ในปี 2558
- 1.3.5 ออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการปฏิบัติภารกิจ การพัฒนาองค์กร ตลอดจนการสำรวจความพึงพอใจต่อบทบาท ภารกิจของ สรพ. ให้สอดคล้องกับการดำเนินงาน โดยระบุนกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่นำมาใช้ในการกำหนดรายละเอียด วิธีการจัดเก็บข้อมูล การสุ่มตัวอย่างตามหลักการทางสถิติ การประมวลผลข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลการประเมินผลการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 - 2557

โดยมีกลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูล อย่างน้อยต้องประกอบด้วย

- คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการ ที่ปรึกษา หัวหน้าฝ่าย และเจ้าหน้าที่ สรพ. ที่เกี่ยวข้อง
- ผู้ที่สนับสนุนด้านการเงินให้กับสถานพยาบาล ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม
- สภาวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภาการพยาบาล สภาเทคนิคการแพทย์ และสภากายภาพบำบัด
- บุคลากรในสถานพยาบาล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการที่ได้รับมอบหมาย ให้รับผิดชอบระบบคุณภาพของโรงพยาบาล ผู้แทนทีมดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่ได้รับการเยี่ยมประเมิน
- บุคลากรในสถานพยาบาลที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรต่างๆ ของ สรพ.
- ผู้เยี่ยมสำรวจ ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ พี่เลี้ยงคุณภาพ วิทยากรที่ให้ความร่วมมือประสานงานกับ สรพ.
- หน่วยงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นต้น

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.4.1 ทราบถึงผลการดำเนินงาน ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการปฏิบัติภารกิจ ตลอดจนการพัฒนาองค์กรของ สรพ. ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 – 2557
- 1.4.2 ทราบปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน และปัจจัยที่เป็นปัญหา/อุปสรรคต่อการดำเนินงานของ สรพ.
- 1.4.3 ได้แนวทางในการทบทวนจัดลำดับความสำคัญของการดำเนินงาน และปรับปรุงวิธีการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล สอดคล้องตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ และอำนาจหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งฯ
- 1.4.4 ทราบความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อบทบาท ภารกิจของ สรพ.

1.5 แนวทางการดำเนินงานโครงการ และขอบเขตการดำเนินงาน

ทริสจะควบคุมการดำเนินงานด้วยความเอาใจใส่ ความชำนาญ และได้มาตรฐานวิชาชีพ พร้อมทั้งส่งมอบผลงานที่มีคุณภาพแก่ผู้ว่าจ้าง โดยมีขอบเขตการดำเนินงานดังนี้

- 1.5.1 ออกแบบกรอบการประเมิน เครื่องมือ หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับ สรพ. โดยกรอบการประเมิน และแบบประเมินดังกล่าวต้องครอบคลุมประเด็นในข้อ 1.3.1
- 1.5.2 ศึกษาสำรวจผลการดำเนินงานจากเอกสาร การสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย โดย สรพ. อาจส่งผู้แทนเข้าร่วมดำเนินการด้วยตามความเหมาะสม
- 1.5.3 จัดบันทึก จัดทำสรุปและประมวลผลการศึกษา สืบค้นจากเอกสาร แบบประเมิน และการสัมภาษณ์ พร้อมไฟล์บันทึก
- 1.5.4 จัดทำรายงานการประเมินผลการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 – 2557 พร้อมข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และแนวทางในการพัฒนาประสิทธิภาพ และประสิทธิผลการดำเนินงานของ สรพ.
- 1.5.5 จัดทำรายงานการประเมินผลความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558

1.6 ระยะเวลาดำเนินการ

กรกฎาคม 2558 – มกราคม 2559

1.7 ขั้นตอนการดำเนินงาน

ทริสได้วางแผนการดำเนินงานระยะเวลาดำเนินการ 180 วัน นับถัดจากวันลงนามในสัญญา โดยมีขั้นตอนดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แผนขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงาน	Inception*				Progress*				Draft-final*				Final*											
	เดือนที่ 1				เดือนที่ 2				เดือนที่ 3				เดือนที่ 4				เดือนที่ 5				เดือนที่ 6			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1) ศึกษาข้อมูลในภาพรวมขององค์กร เช่น พรฎ.การจัดตั้ง วัตถุประสงค์ โครงสร้างและยุทธศาสตร์																								
2) ศึกษาและวิเคราะห์แผนงาน/โครงการ ผลการดำเนินงานในช่วงเวลา 4 ปี (2554 - 2557) รวมทั้งความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งองค์กร และยุทธศาสตร์																								
3) นำเสนอข้อเสนอการศึกษาเบื้องต้น (Inception Report)				★ งวด 1																				
4) ทดสอบแบบสอบถามการสำรวจความพึงพอใจ																								
5) ประเมินผลการดำเนินงานโครงการ ในแต่ละยุทธศาสตร์																								
6) นำเสนอรายงานความก้าวหน้า (Progress Report)									★ งวด 2															
7) ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิงานบริการ สำรวจความคาดหวัง ความพึงพอใจของผู้รับบริการและสัมภาษณ์ความคิดเห็นจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ																								
8) ศึกษาและวิเคราะห์ประสิทธิภาพของระบบ การบริหารงานขององค์กร การจัดความสัมพันธ์ระหว่างกลไกการบริหารต่างๆ ที่มีผลต่อความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งองค์กรและยุทธศาสตร์ของสถาบันฯ																								
9) รวบรวมข้อมูลข้อคิดเห็นของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง																								
10) วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงาน																								
11) นำเสนอร่างรายงานฉบับสมบูรณ์ (Draft Final Report)																	★ งวด 3							
12) จัดประชุมชี้แจงสรุปผลการประเมินผล ให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง																								
13) นำเสนอรายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report)																					★ งวด 4			

1.8 งานที่ส่งมอบ

ทริสจะส่งรายงานผลการสำรวจและเอกสารต่างๆ ให้ผู้ว่าจ้าง ดังต่อไปนี้

1) การประเมินผลการดำเนินงานของ สรพ. ระหว่างปี 2554 - 2557

- ข้อเสนอการศึกษาเบื้องต้น (Inception Report) จำนวน 5 ชุด ให้สถาบันพิจารณา โดยมีรายละเอียดแสดงถึงวิธีการศึกษา ขั้นตอน ประเด็นการประเมินที่ผ่านการกลั่นกรองและเห็นชอบจาก สรพ. และแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนตลอดระยะเวลาการศึกษาโดยละเอียด
- รายงานความก้าวหน้า (Progress Report) จำนวน 5 ชุด ให้สถาบันพิจารณา โดยทริสจะทำการรายงานหลักเกณฑ์ วิธีการติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลงาน และเสนอคณะกรรมการบริหารสถาบันฯ
- ร่างรายงานขั้นสุดท้าย (Draft Final Report) จำนวน 5 ชุด ให้สถาบันให้สถาบันพิจารณา ก่อนจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์
- รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report) พร้อมเสนอ แผน/แนวทางการปรับปรุง พัฒนา ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลการดำเนินงานที่ได้จากการประเมินผลการดำเนินงาน และบทสรุปผู้บริหาร จำนวน 30 เล่ม และ CD บันทึกข้อมูลดิบ และรายงานในรูปแบบไฟล์ word และ PDF จำนวน 5 แผ่น

2) การประเมินความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของ สรพ. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558

- รายงานผลการทดสอบเครื่องมือ และแผนการสุ่มตัวอย่างการสำรวจ
- รายงานผลการเก็บข้อมูลภาคสนาม และคะแนนความพึงพอใจของบุคลากรในสถานพยาบาลต่อการดำเนินงานของสถาบัน
- รายงานฉบับสมบูรณ์ จำนวน 30 เล่ม และแผ่น CD ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลภาคสนาม รายละเอียดทั้งหมดที่ได้รับจากการศึกษา และรายงานในรูปแบบไฟล์ word และ PDF จำนวน 5 แผ่น

บทที่ 2

กรอบและแนวทางการประเมินผล

2.1 แนวทางการประเมินผล กรอบแนวคิด วิธีการและเครื่องมือในการดำเนินงาน (Approach and Methodology)

ในการประเมินความสำเร็จในการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กรตามที่ได้กำหนดไว้ในมาตรา 37 แห่งพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้องค์การมหาชน ได้ทบทวนว่าการดำเนินงานในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ต้องดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์จัดตั้งตามกฎหมายและปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิผล ประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่า รวมทั้งมีการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และนำผลการประเมินมาปรับปรุงพัฒนาตนเองให้เป็นไปตามทิศทางที่กำหนดไว้ เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานและบรรลุวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งองค์กร การประเมินผลจึงมิใช่เพียงแค่การประเมินแผนงานโครงการ

วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ประกอบด้วย

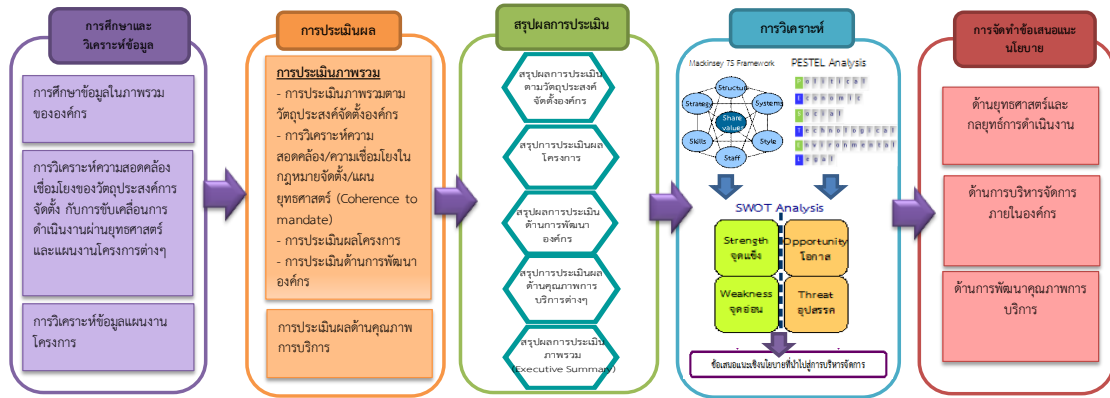
1. ประเมินระบบงาน รับรองคุณภาพ กำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาล
2. จัดทำข้อเสนอแนะการส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล
3. พัฒนาระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยของสถานพยาบาล
4. เผยแพร่องค์ความรู้และการให้บริการ การเข้าถึงและใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
5. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
6. จัดทำหลักสูตรและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลให้เกิดความเข้าใจกระบวนการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

จากหลักการดังกล่าว ที่ปรึกษาจึงได้พัฒนาแนวทางและขั้นตอนในการประเมินผล กรอบแนวคิด วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานในการบรรลุวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งองค์กร ดังนี้

❖ แนวทางและขั้นตอนในการประเมินผล

ที่ปรึกษาได้กำหนดแนวทางและขั้นตอนการดำเนินการ เพื่อให้สามารถประเมินผลตามวัตถุประสงค์จัดตั้งองค์กรได้ ในการกำหนดกรอบการประเมินผล แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนที่สำคัญ ประกอบด้วย

แผนภาพที่ 1 แนวทางและขั้นตอนการประเมินผล



จากแผนภาพที่ 1 แสดงแนวทางและขั้นตอนในการประเมินผล 5 ขั้นตอนที่สำคัญ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล

■ การศึกษาข้อมูลในภาพรวมขององค์กร

เป็นการศึกษาและรวบรวมข้อมูลในภาพรวมของ สรพ. มาประกอบการสรุปภาพรวมในประเด็นต่างๆ ประกอบด้วย

- ข้อมูลพื้นฐาน เช่น อำนวยการหน้าที่ตามกฎหมาย วัตถุประสงค์การจัดตั้ง วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ การจัดโครงสร้าง และการจัดสรรงบประมาณของ สรพ. เป็นต้น
- ข้อมูลผลการดำเนินงาน เช่น ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ผลการประเมินตามคำรับรองการปฏิบัติงาน ผลการสำรวจความพึงพอใจต่อการให้บริการ และรายงานประจำปีของ สรพ. เป็นต้น
- ข้อมูลระบบการบริหารจัดการของสถาบันฯ เช่น การบริหารความเสี่ยง การควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน การบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล เป็นต้น

■ การวิเคราะห์ความสอดคล้องเชื่อมโยงของวัตถุประสงค์การจัดตั้ง กับการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการต่างๆ

เป็นการศึกษาวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กร กระบวนการความเชื่อมโยงในการขับเคลื่อนผ่านระดับต่างๆ ยุทธศาสตร์ แผนงานโครงการ ความสอดคล้องเชื่อมโยงของเป้าหมายตัวชี้วัดทั้งในระดับองค์กร ระดับโครงการ โดยการวิเคราะห์จะใช้ข้อมูล เช่น ยุทธศาสตร์องค์กร นโยบายการดำเนินงาน แผนงานโครงการ เป็นต้น

■ การวิเคราะห์ข้อมูลแผนงานโครงการ

ที่ปรึกษาจะทำการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารรายงานของโครงการที่ได้รับจาก สรพ. ในเบื้องต้นก่อน เช่น แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ 2554 – 2557 รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ 2554 – 2557 รายงานประจำปีของ สรพ. ประจำปีงบประมาณ

2554 - 2557 คำขอโครงการก่อนการอนุมัติ (เอกสารเพื่อของบประมาณ) เอกสารชี้แจงขอบเขต การศึกษารายโครงการ ข้อเสนอโครงการ รายงานฉบับสมบูรณ์รายโครงการ รายงานการประเมินผล รายโครงการ (หากมีการประเมินผลโครงการในเบื้องต้นแล้ว) เป็นต้น หากข้อมูลที่รวบรวมได้ไม่เพียงพอ ต่อการประเมินผล ที่ปรึกษาจะทำการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมโดยจัดทำแบบสำรวจหรือสัมภาษณ์ ผู้รับผิดชอบโครงการ และภายหลังจากการจัดเก็บรวบรวมแล้ว จะใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการประมวลผล การวิเคราะห์ออกมาในรูปแบบของ แผนผัง ตาราง เปรอ์เซ็นต์ ร้อยละ และอื่นๆ ตามความเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผล

ที่ปรึกษาได้กำหนดกรอบการประเมินผล ดังนี้

- 1) การประเมินภาพรวม โดยพิจารณาผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น ในมิติประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า และการพัฒนาองค์กร ประกอบด้วย
 - การประเมินภาพรวมตามวัตถุประสงค์จัดตั้งองค์กร
 - การวิเคราะห์ความสอดคล้อง/ความเชื่อมโยงของการถ่ายทอดจากวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในกฎหมายจัดตั้ง/แผนยุทธศาสตร์ (Coherence to mandate)
 - การประเมินผลโครงการซึ่งได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด OECD/DAC มาเป็นกรอบในการประเมินผล
 - การประเมินด้านการพัฒนาองค์กรจะประเมินระบบการบริหารจัดการ 5 ด้าน ได้แก่ การบริหารความเสี่ยง การควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน การบริหารจัดการ เทคโนโลยีสารสนเทศ การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล
 - รูปแบบการประเมินผลและการจัดเก็บข้อมูล ได้แก่

เอกสารข้อมูลทุติยภูมิที่ สรพ. มีอยู่ เช่น รายงานประจำปี ผลการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติงาน แผนงานโครงการ เป็นต้น

การสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย

- คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการ ที่ปรึกษา หัวหน้าฝ่าย และเจ้าหน้าที่ สรพ. ที่เกี่ยวข้อง
- ผู้ที่สนับสนุนด้านการเงินให้กับสถานพยาบาล ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม
- สภาวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภาการพยาบาล สภาเทคนิคการแพทย์ และสภากายภาพบำบัด
- บุคลากรในสถานพยาบาล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบระบบคุณภาพของโรงพยาบาล ผู้แทนทีมดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่ได้รับการเยี่ยมประเมิน
- บุคลากรในสถานพยาบาลที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรต่างๆ ของ สรพ.
- ผู้เยี่ยมชมสำรวจ ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ พี่เลี้ยงคุณภาพ วิทยากรที่ให้ความร่วมมือประสานงานกับสรพ.
- หน่วยงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นต้น

2) การประเมินผลด้านคุณภาพการบริการ

โดยกำหนดเครื่องมือ รูปแบบประเมินผลการดำเนินงาน ดังนี้

- การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพการให้บริการ SERVQUAL Model
- รูปแบบการประเมินผลและการจัดเก็บข้อมูล ได้แก่ เอกสารข้อมูลทฤษฎีภูมิที่สถาบันฯ มีอยู่ การสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสูงและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
- การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการผ่านช่องทางต่างๆ และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-dept Interview)

ขั้นตอนที่ 3 สรุปผลการประเมิน

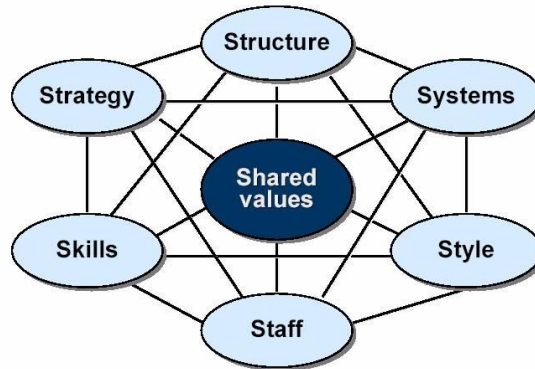
เป็นการสรุปผลการประเมินในแต่ละส่วนและเชื่อมโยงเป็นการประเมินภาพรวมประกอบด้วย

- 1) สรุปการประเมินภาพรวมตามวัตถุประสงค์จัดตั้งองค์กร โดยประเมินผลสำเร็จเปรียบเทียบกับเป้าหมายและสรุปผลการวิเคราะห์ความสอดคล้อง/ความเชื่อมโยงของการถ่ายทอดจากวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในกฎหมายจัดตั้ง/แผนยุทธศาสตร์ (Coherence to mandate)
- 2) สรุปการประเมินผลโครงการตามกรอบแนวคิด OECD/DAC ซึ่งจะสรุปผลการประเมินในภาพรวมและผลการประเมินรายด้าน รวม 5 ด้าน
- 3) สรุปผลการประเมินด้านการพัฒนาองค์กรจะประเมินระบบการบริหารจัดการ 5 ด้าน ได้แก่ การบริหารความเสี่ยง การควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน การบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล โดยผลการประเมิน
- 4) สรุปการประเมินผลด้านคุณภาพการบริการ
- 5) สรุปผลการประเมินภาพรวม (Executive Summary)

ขั้นตอนที่ 4

นำผลการประเมินมาประมวลผลให้อยู่ในรูปแบบ SWOT Analysis (Strength Weakness Opportunity Threat) โดย Strength และ Weakness (SW) จะใช้ The McKinsey 7S Framework ซึ่งกำหนดมุมมองใน 7 ด้าน ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ (Strategy) โครงสร้าง (Structure) ระบบ (System) สไตล์ (Style) บุคลากร (Staff) ทักษะ (Skill) ค่านิยมร่วม (Shared Value) ดังแผนภาพที่ 2 มาเป็นกรอบในการประเมินผล

แผนภาพที่ 2 The McKinsey 7S Framework



สำหรับ Opportunity และ Threat จะใช้ PESTEL Framework ซึ่งกำหนดปัจจัยในการพิจารณา 6 ปัจจัย ประกอบด้วย นโยบาย (Political) เศรษฐกิจ (Economic) สังคม (Social) เทคโนโลยี (Technology) สิ่งแวดล้อม (Environment) และกฎหมาย (Legal) ดังแผนภาพที่ 3

แผนภาพที่ 3 PESTEL Framework



ขั้นตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการปรับปรุงองค์กร

ที่ปรึกษาจะจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและนำเสนอฝ่ายบริหารต่อไป โดยข้อเสนอแนะจะแบ่งออกเป็น

- ข้อเสนอแนะด้านยุทธศาสตร์และกลยุทธ์การดำเนินงาน
- ข้อเสนอแนะด้านการบริหารจัดการภายในองค์กร
- ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการ

■ กรอบแนวคิดในการประเมินผล (Evaluation Framework)

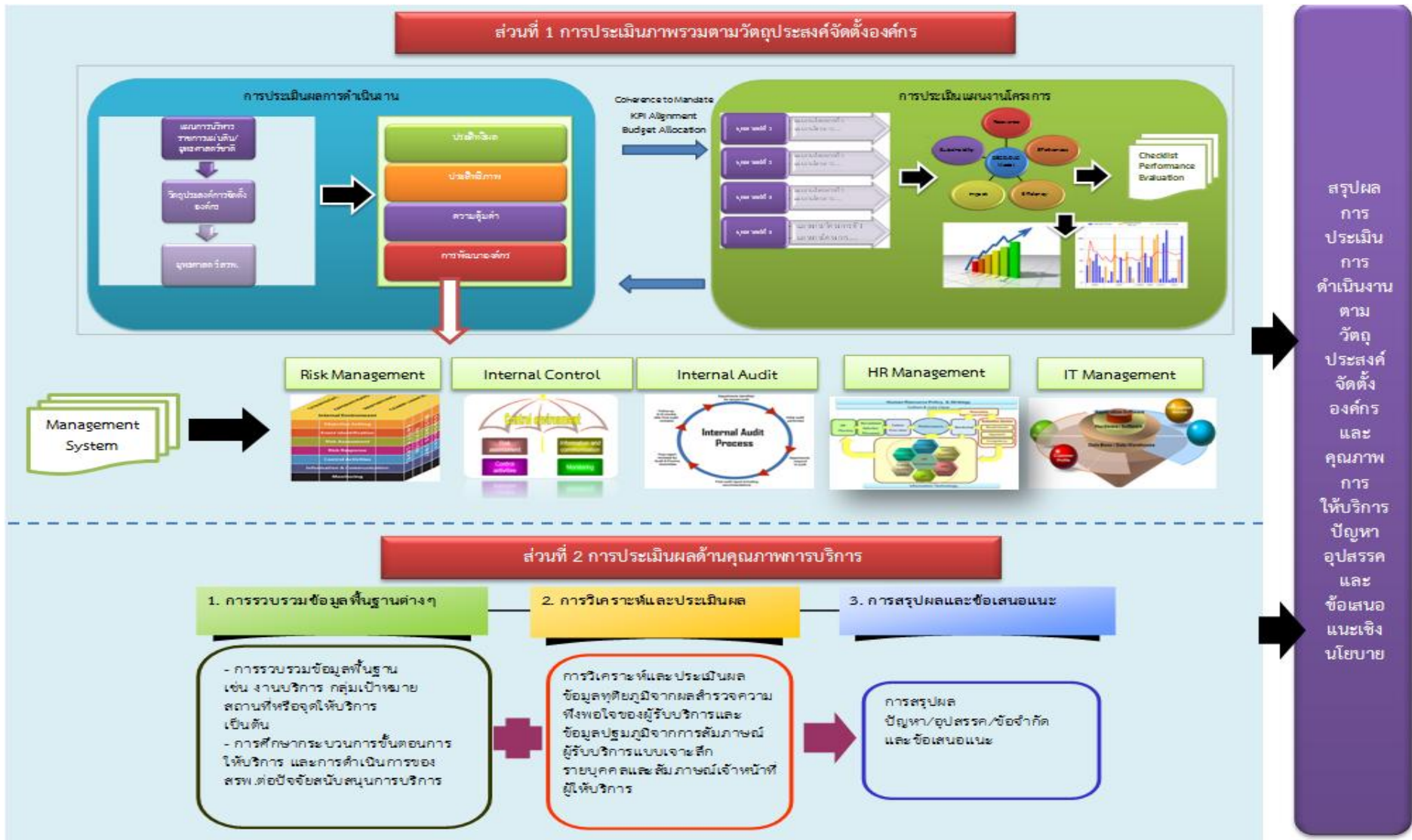
ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการประเมินผลการดำเนินงานในการบรรลุวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งองค์กร รวมทั้งวิธีการและเครื่องมือในการดำเนินการเพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์จัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ทริสในฐานะที่ปรึกษาการประเมินผลจะนำแบบจำลอง (Model) และเครื่องมือด้านการบริหารจัดการ รวมทั้งการประเมินผลการดำเนินงานสมัยใหม่ที่เป็นสากล และเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันมาประกอบในการดำเนินการ โดยกรอบแนวทางการศึกษา วิธีการวิเคราะห์ และประเมินผลจะแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังแสดงในแผนภาพที่ 4 และมีรายละเอียดกรอบแนวทางการศึกษาดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินภาพรวมตามวัตถุประสงค์จัดตั้งองค์กร โดยพิจารณาผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น ในมิติประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า และการพัฒนาองค์กร การประเมินความสอดคล้อง/ความเชื่อมโยงของการถ่ายทอดจากวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในกฎหมายจัดตั้ง/แผนยุทธศาสตร์ (Coherence to mandate) โดยในการประเมินความสอดคล้อง/ความเชื่อมโยงของการถ่ายทอดภารกิจตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในกฎหมายจัดตั้ง แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติงานประจำปีจนถึงในระดับกิจกรรม/แผนงาน/โครงการ (Coherence to mandate) รวมทั้งการประเมินผลโครงการซึ่งได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด OECD/DAC มาใช้ในการประเมิน เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ภาพรวมของแผนงาน/โครงการทั้งหมด สำหรับการประเมินด้านการพัฒนาองค์กรจะประเมินระบบการบริหารจัดการ 5 ด้าน ได้แก่ การบริหารความเสี่ยง การควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน การบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล

ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินผลด้านคุณภาพการบริการ โดยการสำรวจความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการให้บริการ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth Interview) ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้เสีย การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ระหว่างความคาดหวังและการให้บริการหรือการดำเนินงานของ สรพ. และนำผลไปใช้ในการวิเคราะห์กำหนดกลยุทธ์การพัฒนาปรับปรุงการให้บริการของ สรพ. ต่อไป โดยการประเมินประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพการให้บริการ SERVQUAL

ส่วนที่ 3 เป็นการสรุปผลการประเมิน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อ สรพ. จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานขององค์กรต่อไป

แผนภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluation Framework)



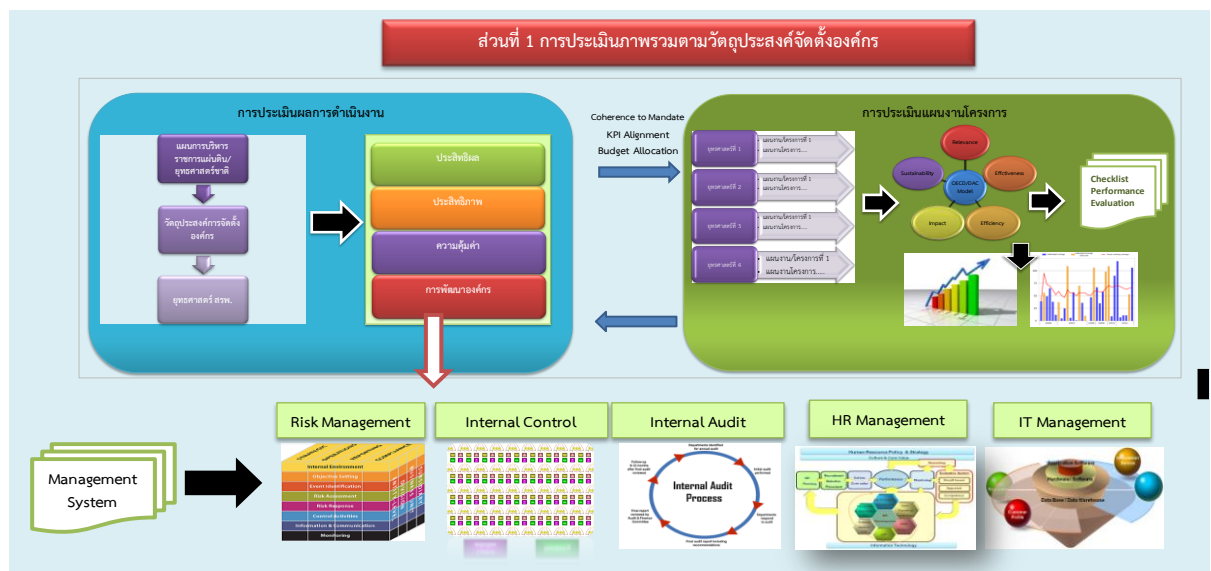
แต่ละส่วนมีแนวทางการศึกษาและการดำเนินการ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การประเมินภาพรวมตามวัตถุประสงค์จัดตั้งองค์กร

❖ กรอบแนวทางการศึกษา วิธีการวิเคราะห์ และประเมินภาพรวมตามวัตถุประสงค์จัดตั้งองค์กร

การประเมินภาพรวมตามวัตถุประสงค์จัดตั้งองค์กร มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงความสำเร็จในการขับเคลื่อนพันธกิจตามวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กร ผ่านผลสำเร็จของการดำเนินงานในมิติต่างๆ ตลอดจนความเชื่อมโยงสอดคล้องของภารกิจจัดตั้งองค์กร ยุทธศาสตร์ และแผนงานโครงการต่างๆ เพื่อให้ทราบว่าตลอดระยะเวลา 4 ปีที่ผ่านมา การขับเคลื่อนกิจกรรมโครงการต่างๆ มีความสอดคล้องกับภารกิจของสถาบันฯ และเป็นไปอย่างเหมาะสม

แผนภาพที่ 5 ส่วนการประเมินภาพรวมตามวัตถุประสงค์จัดตั้งองค์กร



การประเมินภาพรวมตามวัตถุประสงค์จัดตั้งองค์กร จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่
 1) การประเมินผลการดำเนินงาน และ 2) การประเมินแผนงานโครงการ โดยแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

1) การประเมินผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ในการจัดตั้ง

การประเมินผลการดำเนินงานเป็นการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาของสถาบันฯ ทั้งมิติประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า และการพัฒนาองค์กร ตลอดจนความสอดคล้อง/ความเชื่อมโยงของการถ่ายทอดจากวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในกฎหมายจัดตั้ง/แผนยุทธศาสตร์ (Coherence to mandate) ไปยังแผนงานโครงการ ในการประเมินผล กำหนดกรอบแนวทางในการประเมินผลได้ ดังนี้

■ การประเมินภาพรวม

แนวทางในการประเมินความสำเร็จ แบ่งออกเป็น 5 ส่วนที่สำคัญ ตามแผนภาพที่ 6

แผนภาพที่ 6 กรอบแนวคิดในการประเมินผล



■ ขั้นตอนการวิเคราะห์และประเมินผล

1) การวิเคราะห์ความเชื่อมโยงสอดคล้องของวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กรกับยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และ แผนงาน/โครงการ

แผนภาพที่ 7 ความเชื่อมโยงตั้งแต่วัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กร ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และ แผนงาน/โครงการ



การประเมินความสอดคล้อง/ความเชื่อมโยงของการถ่ายทอดจากวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในกฎหมายจัดตั้ง/แผนยุทธศาสตร์ (Coherence to mandate) เป็นการประเมินความสอดคล้อง/ความเชื่อมโยงของการถ่ายทอดจากวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในกฎหมายจัดตั้ง แผนยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และแผนปฏิบัติงานประจำปีจนถึงในระดับแผนงาน/โครงการ เพื่อให้เห็นภาพรวมการวิเคราะห์ missing link เพื่อประเมินความสอดคล้อง/ความเชื่อมโยงของการถ่ายทอดวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในกฎหมายจัดตั้ง ไปสู่แผนยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และ แผนงานและโครงการ อาทิ มีแผนงาน/โครงการที่รองรับครบทุกยุทธศาสตร์/กลยุทธ์ หรือไม่หรือมีการเกิด missing link ที่ไม่มีแผนงาน/โครงการรองรับในบางกลยุทธ์ ซึ่งส่งผลให้กลยุทธ์ดังกล่าวไม่มีการขับเคลื่อน การวิเคราะห์ความสอดคล้องของการกำหนดตัวชี้วัดในระดับยุทธศาสตร์ การถ่ายทอดตัวชี้วัดลงจนถึงระดับโครงการ/ผลผลิต (KPIs Alignment) รวมทั้งความเหมาะสมในการจัดสรรงบประมาณ (Budget Allocation) เป็นต้น

2) การจัดทำห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Result Chain) โดยวิเคราะห์ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงและความสอดคล้องของวัตถุประสงค์จัดตั้งองค์การมหาชน กับผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ

แผนภาพที่ 8 การวิเคราะห์ห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Result Chain)



3) ประเมินผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งองค์กรในภาพรวม รวมทั้งตาม วิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์ รวมทั้งแผนยุทธศาสตร์ ระหว่างปีงบประมาณ 2554 - 2557 โดย พิจารณาผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยผลในระดับผลผลิต (Output), ผลลัพธ์ (Outcome) และ ผลกระทบ (Impact) ตามผลการวิเคราะห์ห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Result Chain) รวมทั้งประเมินผลการดำเนิน แผนงานและโครงการทั้งในระดับผลผลิต (Output) ผลลัพธ์ (Outcome) โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ตามวัตถุประสงค์ ตามยุทธศาสตร์และ/หรือภารกิจ เป้าหมายการให้บริการหรือเป้าหมายตามเอกสาร งบประมาณรายจ่ายประจำปี เพื่อแสดงความก้าวหน้า ความสำเร็จ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อพิจารณาการบรรลุเป้าหมายในแต่ละระดับ ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านความมีประสิทธิภาพ ความมี ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า และการพัฒนาองค์กร

ทั้งนี้ สามารถแบ่งประเด็นการประเมินผลออกเป็น 4 ด้าน ตามขอบเขตการดำเนินงาน ได้แก่

- 1) ด้านประสิทธิผล (Effectiveness)
- 2) ด้านประสิทธิภาพ (Efficiency)
- 3) ความคุ้มค่า (Economy)
- 4) ด้านการพัฒนาองค์กร (Organization Development)

โดยประเด็นการประเมินผลทั้ง 4 ด้าน มีรายละเอียดการประเมิน ดังนี้

ด้านที่ 1 การประเมินด้านประสิทธิผล (Effectiveness) เป็นการพิจารณาการจัดระบบงาน และวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อมุ่งหวังให้ผลที่เกิดจากการดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของ องค์กรที่กำหนดไว้ โดยประเมินผลการดำเนินงานในระดับผลผลิต (Output) ผลลัพธ์ (Outcome) ผลกระทบ (Impact) โดยเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายของสถาบันฯ ที่กำหนดไว้

ด้านที่ 2 การประเมินด้านประสิทธิภาพ (Efficiency) เป็นการพิจารณาการจัดระบบงาน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการใช้ทรัพยากรสำหรับแต่ละกิจกรรมขององค์กรสามารถเพิ่มผลผลิตและลดต้นทุน ซึ่งทำให้องค์กรได้รับผลประโยชน์อย่างคุ้มค่าที่สุด โดยประเมินความมีประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร และการบริหารจัดการโครงการ เพื่อพัฒนากระบวนการภายในสำหรับสนับสนุนการเพิ่มผลผลิตและ ลดต้นทุน

ด้านที่ 3 การประเมินความคุ้มค่า (Economy) เป็นการพิจารณาการใช้จ่ายเงินอย่างระมัดระวัง ไม่ฟุ่มเฟือยซึ่งส่งผลให้องค์กรสามารถลดต้นทุนหรือมีการใช้ทรัพยากรต่ำกว่าที่กำหนดไว้ โดยยังคงได้รับ ผลผลิตตามเป้าหมาย รวมถึงความคุ้มค่าทางด้านสังคม และองค์ความรู้ โดยมีรายละเอียดการประเมิน ความคุ้มค่า ดังนี้

ความหมายของการประเมินความคุ้มค่า

การประเมินความคุ้มค่า หมายถึง การประเมินการดำเนินงานของสถาบันฯ เพื่อให้ได้ผลผลิต ผลลัพธ์ ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลประโยชน์ที่สมดุลกับทรัพยากรที่ใช้ ทั้งนี้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจเป็นได้ทั้งผลสำเร็จที่พึงประสงค์ และผลกระทบในทางลบที่เกิดขึ้นแก่ประชาชนและสังคม ทั้งที่สามารถคำนวณเป็นตัวเงินได้และไม่สามารถคำนวณเป็นตัวเงินได้

แนวทางการประเมินความคุ้มค่าการปฏิบัติภารกิจของรัฐมาจาก 2 เหตุผล คือ การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) ที่มุ่งบริหารแบบมีอาชีพยึดหลักการดำเนินงานที่มีมาตรฐานและมีวิธีวัดผลงานที่ชัดเจนมีการควบคุมผลผลิตและความประหยัดในการใช้ทรัพยากร เรียกว่า การบริหารงานที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ (Results Based Management : RBM) โดยมีตัวชี้วัดผลงานเพื่อประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม รวมทั้งมีการปรับระบบงบประมาณไปสู่การมุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์ (Strategic Performance Budgeting : SPBB) เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายและเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของรัฐบาลมากยิ่งขึ้นทั้งนี้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจเป็นได้ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบทั้งที่สามารถคำนวณเป็นตัวเงินได้และไม่สามารถคำนวณเป็นตัวเงินได้ ซึ่งส่งผลแก่ประชาชนและสังคม

วัตถุประสงค์ของการประเมินความคุ้มค่า

มุ่งให้ส่วนราชการหรือหน่วยงานภาครัฐประเมินความคุ้มค่าการปฏิบัติภารกิจด้วยตนเอง (Self-assessment) เพื่อวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

- 1) ประเมินว่าการปฏิบัติภารกิจ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และได้ก่อให้เกิดผลประโยชน์ต่อประชาชนและภาครัฐ มากหรือน้อยกว่าค่าใช้จ่ายและผลเสียที่เกิดขึ้นเพียงใด
- 2) เป็นข้อมูลสำหรับสถาบันฯ ในการทบทวนจัดลำดับความสำคัญในการเลือกปฏิบัติภารกิจหรือเป็นข้อมูลสำหรับรัฐบาลเพื่อพิจารณาปรับปรุงภารกิจให้มีความเหมาะสม รวมทั้งการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติภารกิจ (Self-improvement) ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มขึ้น
- 3) กระตุ้นให้สถาบันฯ ปรับปรุงการดำเนินงานให้ดีขึ้นตามลำดับเพราะสามารถเห็นจุดบกพร่องด้านต่างๆ หรือสิ่งที่ต้องปรับปรุงเพื่อให้ได้ผลการดำเนินงานที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นรากฐานของการสร้างระบบราชการแบบมุ่งเน้นผลงานที่ยั่งยืนในอนาคต

กรอบการประเมินความคุ้มค่า

ในการประเมินความคุ้มค่าตามกรอบการประเมินผลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้จะกำหนดกรอบการประเมินผล ดังแสดงในแผนภาพที่ 9

แผนภาพที่ 9 กรอบการประเมินความคุ้มค่า



จากแผนภาพที่ 9 สศช. ได้จะกำหนดกรอบการประเมินผลใน 3 มิติ ได้แก่ มิติประสิทธิผล มิติประสิทธิภาพ และมิติผลกระทบ ซึ่งมีความหมาย ดังนี้

- 1) มิติด้านประสิทธิผล หมายถึง การประเมินการปฏิบัติภารกิจว่าสามารถบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของภารกิจได้หรือไม่
- 2) มิติด้านประสิทธิภาพ หมายถึง การประเมินความเหมาะสมของการใช้ทรัพยากรและกระบวนการทำงาน เพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตตามวัตถุประสงค์ โดยใช้ต้นทุนและทรัพยากรที่สมเหตุสมผลพิจารณาจากผลผลิตเทียบกับต้นทุนทั้งหมด
- 3) มิติด้านผลกระทบ หมายถึง ผลอันสืบเนื่องจากการปฏิบัติภารกิจ ทั้งที่คาดหวัง และไม่ได้คาดหวัง ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและภายหลังการปฏิบัติภารกิจ อันอาจกระทบต่อการพัฒนาในมิติอื่นหรือการปฏิบัติภารกิจของหน่วยงานอื่น หรือประชาชนทั้งที่เป็นกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มอื่น

โดยตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินความคุ้มค่า ที่ปรึกษาจะพิจารณาข้อมูลเพื่อคัดเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมมาใช้ในการวิเคราะห์ความคุ้มค่า ตัวอย่างตัวชี้วัดที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินผลความคุ้มค่า ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวอย่างตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินความคุ้มค่า

มิติการประเมิน	ตัวชี้วัด
1) ประสิทธิภาพ	
■ ประสิทธิภาพการปฏิบัติภารกิจ	1. ปริมาณผลผลิตที่ทำได้จริงเปรียบเทียบกับแผน 2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อกระบวนการให้บริการ
■ การประหยัด	1. สัดส่วนค่าใช้จ่ายที่ใช้จริงต่อค่าใช้จ่ายตามแผน
2) ประสิทธิผล	
■ การบรรลุวัตถุประสงค์/เป้าหมาย	1. ระดับความสำเร็จในการบรรลุวัตถุประสงค์/เป้าหมาย
■ ความพึงพอใจ	2. ระดับความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้รับบริการหรือผู้ใช้ประโยชน์
3) ผลกระทบ	
■ ผลกระทบด้านความปลอดภัยในชีวิต	1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีมาตรฐาน 2. สถานพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ และความปลอดภัย
■ ผลกระทบด้านสังคม	1. สังคมมีความไว้วางใจและเชื่อมั่นต่อระบบบริการสาธารณสุข

■ **การประเมินและจัดทำรายงานสรุปผลการประเมินความคุ้มค่า**

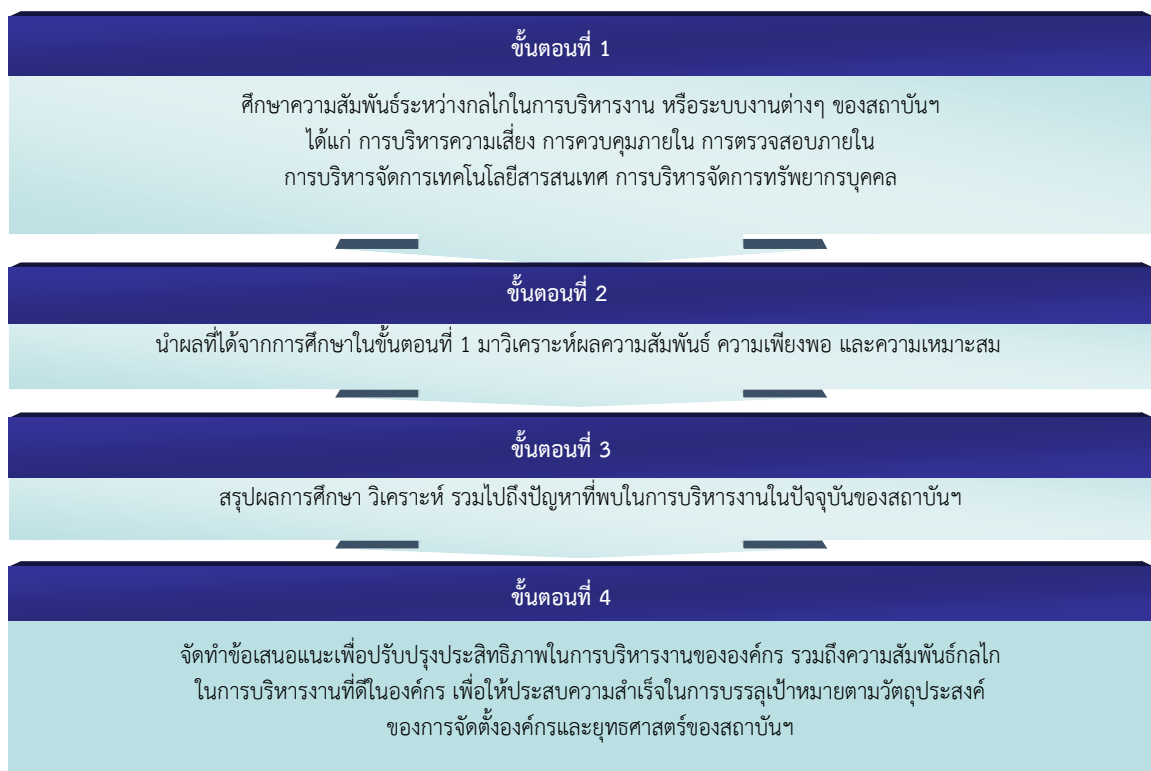
ที่ปรึกษาจะดำเนินการตามแนวทาง ดังนี้

- 1) คัดเลือกผลผลิตที่ตอบสนองผลลัพธ์ที่เป็นภารกิจหลักโดยตรง เช่น งานให้บริการที่ให้ผลประโยชน์โดยตรงแก่ผู้รับบริการ งานสนับสนุนหรือกำกับดูแลตามภารกิจวัตถุประสงค์การจัดตั้ง เป็นต้น อย่างน้อย 1 ผลผลิต โดยผลผลิตที่นำมาใช้ในการประเมินผล ต้องเป็นผลผลิตที่มีคุณลักษณะที่สำคัญ เช่น เป็นสิ่งของหรือบริการที่เป็นรูปธรรมและรับรู้ได้เป็นผลผลิตขั้นสุดท้าย สามารถระบุหน่วยนับได้หรือตรวจวัดได้ในเชิงปริมาณ สามารถคิดต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายได้

2) ดำเนินการวิเคราะห์และแสดงผลการประเมินในแต่ละตัวชี้วัดแต่ละมิติ โดยการวิเคราะห์และพิจารณาตั้งแต่ผลผลิตที่คัดเลือกนำมาประเมินความคุ้มค่ามีความสอดคล้องของภารกิจกับยุทธศาสตร์ชาติ

ด้านที่ 4 การประเมินด้านการพัฒนาองค์กร (Organization Development) เป็นการพิจารณาการปรับปรุงการบริหารจัดการองค์กร เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั่วทั้งระบบ โดยมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมขององค์กร เพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร โดยการประเมินผลความเพียงพอและเหมาะสมของกลไกหรือระบบงานต่างๆ ที่จำเป็นต่อการเสริมสร้างประสิทธิภาพและพัฒนาการบริหารจัดการองค์กร รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างกลไกการบริหารหรือระบบงานต่างๆ ของสถาบัน โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังแสดงในแผนภาพที่ 10

แผนภาพที่ 10 แนวทางการประเมินผลความสัมพันธ์ระหว่างกลไกการบริหารหรือระบบงานต่างๆ

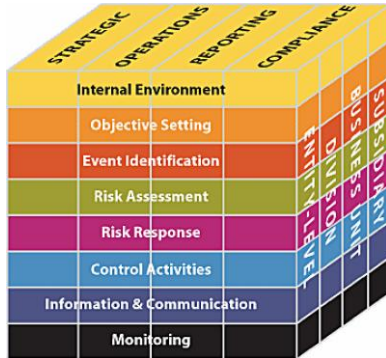


▪ **การประเมินผลการดำเนินงานของกลไกการบริหารงาน/ระบบงานที่สำคัญ**

ที่ปรึกษาได้กำหนดประเด็นในการประเมินผลการดำเนินงานของกลไกการบริหารงาน/ระบบงานที่สำคัญของสถาบัน ประกอบด้วย การบริหารความเสี่ยง การควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน การบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล

1) **การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)** ในการประเมินผลระบบบริหารความเสี่ยงของสถาบันฯ ที่ปรึกษาได้นำกรอบการบริหารความเสี่ยงขององค์กรที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางในการส่งเสริมและเป็นหลักปฏิบัติที่เป็นสากล คือ กรอบการบริหารความเสี่ยงสำหรับองค์กร (Enterprise Risk Management Framework) ของคณะกรรมการ COSO (The Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission) มาเป็นแนวทางในการประเมินระบบบริหารความเสี่ยงตามแผนภาพที่ 11

แผนภาพที่ 11 Enterprise Risk Management Framework ตามแนวทางของคณะกรรมการ COSO



โดยกำหนดแนวทางในการประเมินผล ดังนี้

- นโยบายบริหารความเสี่ยง/การกำกับดูแลและติดตามความมีประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยง
- การกำหนดวัตถุประสงค์/ผู้ที่รับผิดชอบ
- การวิเคราะห์ความเสี่ยง
- การจัดทำแผนงานการบริหารความเสี่ยง/การดำเนินการตามแผนการบริหารความเสี่ยง/คู่มือการบริหารความเสี่ยง
- ความเหมาะสม/ความพอเพียงของระบบฐานข้อมูลงานบริหารความเสี่ยง
- การสื่อสารสำหรับงานบริหารความเสี่ยง

2) การควบคุมภายใน (Internal Control) กำหนดแนวทางในการประเมินผล ดังนี้

- สภาพแวดล้อมของการควบคุม (Control Environment)
- ระบบการบริหารความเสี่ยง (Risk Assessment) (ประเมินในหัวข้อการบริหารความเสี่ยง)
- กิจกรรมควบคุม (Control Activities)
- ข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร (Information Technology & Communication) (ประเมินในหัวข้อการบริหารจัดการระบบสารสนเทศ)
- การติดตาม ตรวจสอบและการประเมินผล (Monitoring & Evaluation)

3) การตรวจสอบภายใน (Internal Audit) กำหนดแนวทางในการประเมินผล ดังนี้

- บทบาทความรับผิดชอบของหน่วยงานตรวจสอบภายใน
- การจัดทำแผนการตรวจสอบภายในประจำปี
- การปฏิบัติงานตรวจสอบ

4) การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล (HRM & HRD)

การประเมินความสำเร็จในการบริหารบุคลากร เพื่อสนับสนุนให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลตามเป้าหมายขององค์กร จะประเมินผลทั้งส่วนการบริหารทรัพยากรบุคคล (Human Resource Management : HRM) และการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource Development : HRD) และมีหัวข้อหลักที่สำคัญ ได้แก่

- นโยบายและกลยุทธ์ด้านทรัพยากรบุคคล โดยมีการพิจารณาในประเด็นต่างๆ เช่น การจัดทำให้มีการกำหนดกลยุทธ์และนโยบายด้านทรัพยากรบุคคล การนำกลยุทธ์และนโยบายด้านทรัพยากรบุคคลไปปฏิบัติ เป็นต้น
- ความเหมาะสม/พอเพียงของระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล (HRM) โดยมีการพิจารณาในประเด็นต่างๆ เช่น การจัดทำให้มีระบบการสรรหา การจัดโครงสร้างงานและกลุ่มของงาน การจัดทำคำบรรยายลักษณะงาน การวิเคราะห์คุณลักษณะและความต้องการของงาน การบริหารผลตอบแทนและสิทธิประโยชน์ การจัดทำให้มีการวัดและประเมินผลการดำเนินงาน เป็นต้น

- ความเหมาะสม/พอเพียงของระบบการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HRD) เช่น การจัดทำ Core/Functional Competency Training road map รวมทั้งการทำ Individual development plan (IDP) เป็นต้น
- การมีโครงสร้างพื้นฐานสนับสนุนระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยมีการพิจารณาในประเด็นต่างๆ เช่น การมีช่องทางการสื่อสารกับบุคลากรในหน่วยงาน การจัดให้มีหลักปฏิบัติและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ความพร้อมของระบบสารสนเทศด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล เป็นต้น

5) การบริหารจัดการระบบสารสนเทศ (IT Management) โดยประเมินจุดควบคุมที่สำคัญของระบบสารสนเทศ ดังนี้

- การจัดทำนโยบายสารสนเทศและการปฏิบัติตามนโยบายฯ
- การกำหนดอำนาจหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้อง/การควบคุมด้านทรัพยากรและการเข้าใช้งานระบบ
- ความปลอดภัยของภาวะแวดล้อมศูนย์สารสนเทศ (IT Security) รวมทั้งการบริหารความเสี่ยงของระบบสารสนเทศ (Back up / Recovery)
- การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศ
- ระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการบริหารจัดการภายในเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กรและการรายงานข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอเพื่อการตัดสินใจของผู้บริหาร
- ระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการให้บริการกับผู้รับบริการและกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย

2) การประเมินแผนงานโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูลแผนงาน/โครงการจะเป็นวิเคราะห์และประเมินความสำเร็จในการดำเนินการตามแผนการดำเนินงานของสถาบันฯ ว่าสามารถดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งสถาบันฯ หรือไม่ และประเมินผลในระดับกิจกรรม แผนงาน/โครงการในมิติต่างๆ เช่น ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของสถาบันฯ การกระจายตัวของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในแต่ละยุทธศาสตร์ การกระจายตัวของการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งจะนำไปสู่การเสนอแนะข้อสังเกตต่างๆ เช่น ความเชื่อมโยงของแผนงาน/โครงการกับยุทธศาสตร์ ความเหมาะสมของการจัดสรรงบประมาณ ความครบถ้วนครอบคลุมของโครงการภายใต้ยุทธศาสตร์ต่างๆ และการจัดลำดับความสำคัญของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม เป็นต้น

■ กรอบแนวทางการประเมินแผนงานโครงการ

ที่ปรึกษาจะประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการตามที่สถาบันฯ กำหนดภายใต้ยุทธศาสตร์ 5 ยุทธศาสตร์ โดยประยุกต์กรอบแนวคิด OECD/DAC มาใช้ในการประเมิน เพื่อประเมินความสอดคล้องของโครงการกับนโยบายและยุทธศาสตร์ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ผลกระทบ และความยั่งยืนของโครงการ โดยเครื่องมือที่จะนำมาใช้ขึ้นอยู่กับปัจจัยองค์ประกอบของโครงการและข้อมูลที่จะนำมาพิจารณา

แนวคิดหรือหลักการที่ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานด้านการพัฒนาของ Development Assistance Committee of the Economic Cooperation and development

(OECD/DAC) ซึ่ง Development Assistance Committee – DAC ได้ริเริ่มจัดให้มีมาตรฐานสำหรับใช้ในการประเมินผลการสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือประเทศต่างๆ ด้านการพัฒนา ในปี ค.ศ. 1991 โดยมีหลักการที่ใช้ในการประเมินเรียกว่า DAC Principles for Evaluation of Development Assistance¹ ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์หรือบรรทัดฐาน 5 ด้าน หรือต่อไปจะเรียกย่อๆ ว่า “เกณฑ์การประเมินของ OECD/DAC” โดยสรุปสาระสำคัญของเกณฑ์ดังกล่าว ได้ดังนี้

1) ความสอดคล้อง (Relevance)

การประเมินความสอดคล้องของโครงการ จะพิจารณาถึงขอบเขตของโครงการว่าเหมาะสม เป็นไปตามลำดับความสำคัญของนโยบาย รวมถึงปัญหา ความต้องการและความจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้รับประโยชน์ของโครงการ และกรอบวัตถุประสงค์ของการใช้เงินหรืองบประมาณจากแหล่งต่างๆ ที่จัดให้ใช้ดำเนินโครงการโดยมีประเด็นสำคัญที่ต้องจัดเก็บข้อมูลหรือกำหนดเป็นประเด็นคำถามในการประเมิน เช่น

- วัตถุประสงค์ของโครงการยังคงก่อให้เกิดประโยชน์เพียงพอที่จะดำเนินการหรือไม่
- วัตถุประสงค์และผลผลิตของโครงการที่คาดว่าจะได้รับเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการหรือไม่
- กิจกรรมหรือวิธีการดำเนินโครงการและผลผลิตที่ได้สอดคล้องตรงกับผลลัพธ์และผลกระทบที่มุ่งหมายหรือต้องการจะเกิดขึ้นหรือไม่

2) ประสิทธิภาพ (Effectiveness)

การประเมินด้านประสิทธิภาพของการดำเนินโครงการ จะพิจารณาถึงการได้มาซึ่งผลสำเร็จหรือความสามารถในการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ โดยมีประเด็นสำคัญที่ต้องจัดเก็บข้อมูลหรือกำหนดเป็นประเด็นคำถามในการประเมิน เช่น

- วัตถุประสงค์ของโครงการมีการบรรลุเป้าหมายในระดับใด หรือมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดผลสำเร็จมากน้อยในระดับใด
- ปัจจัยสำคัญอะไร ที่ส่งผลกระทบหรือสนับสนุนให้โครงการประสบผลสำเร็จหรือไม่สำเร็จในการบรรลุเป้าหมาย

3) ประสิทธิภาพ (Efficiency)

การประเมินด้านประสิทธิภาพของการดำเนินโครงการ เป็นการวัดผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมองความสอดคล้องระหว่างผลที่ได้รับกับปัจจัยนำเข้า หรือมองความสัมพันธ์ของการใช้ทรัพยากรในการดำเนินโครงการกับผลที่ได้รับของโครงการ โดยการใช้ทรัพยากรน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ หรือมีต้นทุนในการดำเนินงานต่ำแต่ได้ผลสำเร็จของโครงการเป็นไปตามเป้าหมายอย่างครบถ้วน ซึ่งโดยปกติการประเมินผลในด้านประสิทธิภาพจะต้องมีการเปรียบเทียบทางเลือกหลายๆ วิธี ในการดำเนินโครงการเพื่อให้ได้มาซึ่งผลที่คาดว่าจะได้รับของโครงการตามที่กำหนดไว้เหมือนกัน และนำมาพิจารณาว่าแนวทางหรือวิธีการใดที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดำเนินโครงการ โดยแนวทางหรือวิธีการที่เลือกมาดำเนินการ ควรจะเป็นแนวทางฯ หรือทางเลือกที่มีประสิทธิภาพ

¹ The DAC Principles for the Evaluation of Development Assistance, OECD (1991)

สูงสุด อย่างไรก็ตาม เมื่อจะประเมินผลโครงการในด้านประสิทธิภาพ อาจมีคำถามการประเมินที่ผู้ประเมินจะต้องหาแนวทางในการเก็บข้อมูล เพื่อใช้ประโยชน์ในการประเมิน เช่น

- กิจกรรมของโครงการ มีประสิทธิภาพในด้านต้นทุนหรือไม่
- โครงการสามารถบรรลุวัตถุประสงค์หรือก่อให้เกิดประโยชน์ภายในระยะเวลาที่กำหนดหรือคาดหมายไว้หรือไม่
- การดำเนินโครงการได้ใช้แนวทาง วิธีการหรือทางเลือกที่เหมาะสมหรือมีประสิทธิภาพมากที่สุดหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับทางเลือกทั้งหมดที่มี

4) ผลกระทบ (Impact)

การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งในทางตรงและทางอ้อม ทั้งที่ตั้งใจและไม่ได้ตั้งใจ ให้เกิดขึ้น และเป็นผลกระทบที่มีนัยสำคัญต่อชุมชนท้องถิ่น เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และต่อตัวชีวิตด้านการพัฒนาตัวอื่นๆ ล้วนเป็นผลกระทบที่ได้จากการดำเนินโครงการ ซึ่งเมื่อจะตรวจสอบด้านผลกระทบของการดำเนินโครงการ ผู้ประเมินจะต้องให้ความสำคัญกับผลที่ได้รับจากการดำเนินโครงการทั้งที่ตั้งใจและไม่ได้ตั้งใจให้เกิดขึ้น รวมถึงผลกระทบจากปัจจัยภายนอกทั้งในด้านบวกและด้านลบ เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านรายได้ อาชีพ และเงื่อนไขหรือสภาพแวดล้อมทางการเงิน เป็นต้น ในการประเมินผลกระทบของโครงการ อาจมีคำถามการประเมินที่ผู้ประเมินจะต้องหาแนวทางในการเก็บข้อมูล เพื่อใช้ประโยชน์ในการประเมิน เช่น

- ผลที่เกิดขึ้นตามมาหลังจากดำเนินโครงการแล้วเสร็จคืออะไร
- ประโยชน์ที่ได้รับที่แท้จริงหรือความแตกต่างที่เกิดขึ้นหรือเปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งมีผลมาจากการดำเนินโครงการคืออะไร
- กลุ่มเป้าหมายหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ได้รับผลกระทบมีจำนวนมากน้อยเท่าใด

5) ความยั่งยืน (Sustainability)

การพิจารณาถึงความยั่งยืนของโครงการตามแนวคิดของ OECD/DAC จะให้ความสำคัญกับการวัดผลว่าประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการนั้นมีแนวโน้มที่จะคงอยู่อย่างต่อเนื่องหลังจากเสร็จสิ้นโครงการแล้วหรือไม่ อย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อไม่มีการสนับสนุนด้านการเงินอีกต่อไป โดยเห็นว่านอกจากจะดำเนินโครงการโดยคำนึงถึงการเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมแล้ว ก็ยังจะต้องมีความยั่งยืนในด้านการเงินหรืองบประมาณสนับสนุนด้วย ดังนั้น หากจะประเมินโครงการในด้านความยั่งยืน ผู้ประเมินอาจมีคำถามการประเมินที่จะต้องหาแนวทางในการเก็บข้อมูล เพื่อใช้ประโยชน์ในการประเมิน เช่น

- หลังจากโครงการเสร็จสิ้นแล้ว ประโยชน์ที่ได้รับของโครงการมีความต่อเนื่องหรือไม่ และมีผู้ได้รับประโยชน์มากน้อยเพียงใด
- ปัจจัยสำคัญอะไรที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือไม่สำเร็จในด้านความยั่งยืนของโครงการ

ทั้งนี้ ในเอกสารแนวทางการประเมินผลโครงการ “Guideline for Project and Program Evaluations” Final Draft ปี 2009 ของ Austrian Development Cooperation² องค์การด้านการพัฒนาของประเทศออสเตรีย ซึ่งมีการจัดทำโครงการและให้การสนับสนุนประเทศที่กำลังพัฒนาในภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลก ได้นำเกณฑ์การประเมินของ OECD/DAC ไปใช้ โดยให้คำนิยามหรืออธิบายถึงคุณลักษณะของเกณฑ์ในการประเมินโครงการด้านการพัฒนาของ OECD/DAC ทั้ง 5 ด้าน ไว้ดังนี้

Relevance	Are we doing the right thing? How important is the relevance or significant of the intervention regarding local and national requirements and priorities?
Effectiveness	Are the objectives of the development interventions being achieved? How big is the effectiveness or impact of the project compared to the objectives planned (Comparison: results – planning)?
Efficiency	Are the objectives being achieved economically by the development intervention? How big is the efficiency or utilization ratio of the resources used (Comparison: resources applied - results)?
Impact	Does the development intervention contribute to reach higher level development objectives (preferably, overall objectives)? What is the impact or effect of the intervention in proportion to the overall situation of the target group or those effected?
Sustainability	Are the positive effects or impacts sustainable? How is the sustainability or permanence of the intervention and its effects to be assessed?

ที่มา : www.entwicklung.at

สรุปสาระสำคัญของคำนิยามในแต่ละด้านของเกณฑ์การประเมินของ OECD/ DAC ตาม Guideline for Project and Program Evaluations. Final draft, July 2009. ได้ดังนี้

1) ความสอดคล้อง: เป็นการตอบคำถามว่าหน่วยงานเจ้าของโครงการได้ทำในสิ่งที่ถูกต้องหรือไม่ ผลการดำเนินโครงการมีความเกี่ยวข้อง สอดคล้องโดยตรงหรืออย่างมีนัยสำคัญต่อท้องถิ่น เป็นไปตามความต้องการและจำเป็นและตามลำดับความสำคัญของการแก้ไขปัญหาในระดับชาติหรือไม่

2) ประสิทธิภาพ: วัตถุประสงค์ของโครงการที่ดำเนินการเพื่อก่อให้เกิดการพัฒนา บรรลุเป้าหมายแล้วหรือไม่ ผลลัพธ์หรือผลกระทบของโครงการก่อให้เกิดประโยชน์มากเพียงใดเมื่อเทียบกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ตามแผนงานโครงการ (เปรียบเทียบผลที่ได้กับแผนที่วางไว้)

3) ประสิทธิภาพ: ในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์มีการใช้ทรัพยากรได้อย่างเหมาะสมและประหยัดหรือไม่ โครงการมีประสิทธิภาพหรือเกิดประโยชน์มากน้อยเพียงใดเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนกับทรัพยากรที่ใช้ไป

4) ผลกระทบ: โครงการที่ดำเนินการได้ก่อให้เกิดการพัฒนา บรรลุเป้าหมายการพัฒนาในระดับที่สูงขึ้น (โดยมีการบรรลุวัตถุประสงค์ในภาพรวมของการดำเนินโครงการหรือไม่) ผลกระทบหรือผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินโครงการมีมากน้อยเพียงใดเมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์หรือสภาพปัญหาที่เป็นที่มาของการดำเนินโครงการและต่อกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบเหล่านั้น

² Guideline for Project and Program Evaluations. Final draft, July 2009. Australian Development Cooperation

5) ความยั่งยืน: ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความต่อเนื่องและยั่งยืนเพียงใด ความต่อเนื่องและการคงอยู่อย่างถาวรของโครงการและผลกระทบที่ตามมาได้รับการประเมินหรือไม่

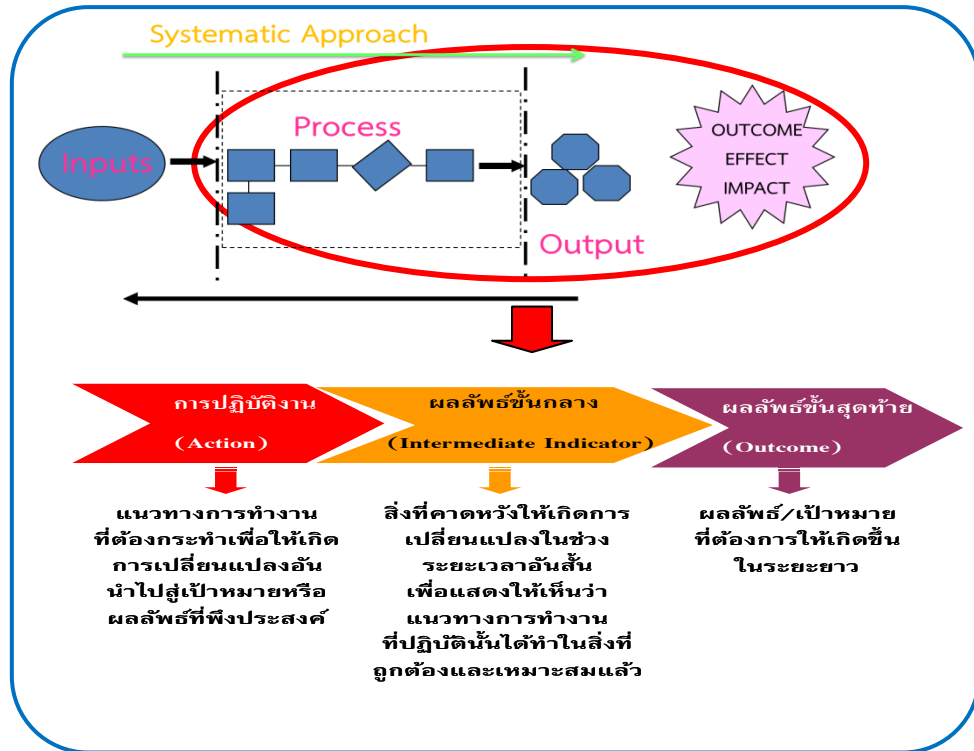
ในการประเมินผลสำเร็จของโครงการ ที่ปรึกษาจึงประยุกต์ใช้ทั้งแนวคิดที่กล่าวมาแล้วข้างต้นเพื่อใช้ในการออกแบบและจัดทำกรอบการประเมินผลสำเร็จของโครงการให้สามารถประเมินผลได้อย่างเหมาะสมโดยจะใช้ “ตัวชี้วัด” และระบบการให้คะแนน (Point System) เป็นเครื่องมือหรือเกณฑ์ในการตัดสินระดับความสำเร็จของการดำเนินโครงการที่สามารถสะท้อนผลสำเร็จได้ตามเกณฑ์พิจารณาทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ความสอดคล้องกับนโยบายหรือยุทธศาสตร์ของสถาบันฯ ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ผลกระทบ และความยั่งยืน โดยกรอบการประเมินผลและตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น สามารถใช้ประเมินความสำเร็จทั้งในด้านความเหมาะสมของการจัดให้มีโครงการ กระบวนการดำเนินงานและการบริหารโครงการ ตลอดจนการสะท้อนถึงประโยชน์หรือผลสัมฤทธิ์ที่ได้จากการดำเนินโครงการในช่วงระยะเวลาที่ทำการประเมิน โดยจะใช้มุมมองในเชิงระบบ (Systematic Approach) และ The OECD/DAC Results Chain เพื่อกำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายเพื่อสะท้อนความสำเร็จอย่างเป็นขั้นเป็นตอน

การสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทั้งหมดของโครงการ ที่ปรึกษาจะทำการสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการในช่วงระยะเวลา 4 ปีงบประมาณ (พ.ศ. 2554 – พ.ศ. 2557) จากกรอบแนวคิด OECD/ DAC ทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความสอดคล้องของโครงการ ด้านประสิทธิภาพ ด้านประสิทธิผล ด้านผลกระทบ และด้านความยั่งยืนของโครงการ ตามรายละเอียดที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น

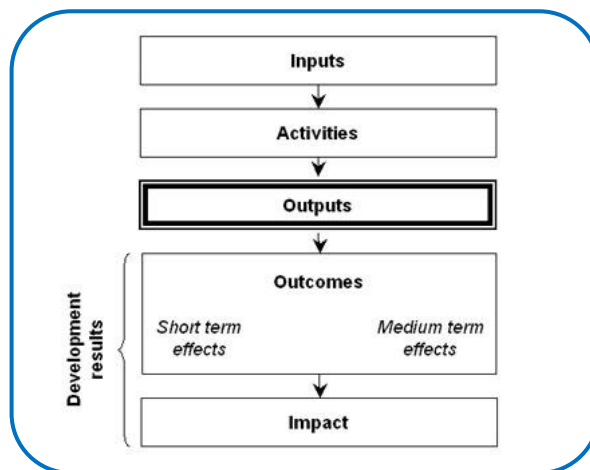
❖ แนวทางการกำหนดตัวชี้วัดประเมินผล

ในการประเมินผลการดำเนินงาน ที่ปรึกษาจะใช้ตัวชี้วัดและเป้าหมายเป็นเครื่องมือในการประเมินผล โดยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดตัวชี้วัด และวิธีการคำนวณ โดยใช้มุมมองตามทฤษฎีเชิงระบบ (Systematic Approach) ดังแสดงในแผนภาพที่ 12 และในการประเมินแผนงาน/โครงการจะประยุกต์ใช้ The OECD/DAC Results Chain ดังแสดงในแผนภาพที่ 13 ให้สามารถสะท้อนผลการดำเนินงานและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น โดยมองความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบทั้งในระดับ Input, Process, Output และ Outcome และเพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่ชี้วัดผลสำเร็จของโครงการได้ทั้งในระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว

แผนภาพที่ 12 มุมมองตามทฤษฎีเชิงระบบ



แผนภาพที่ 13 The OECD/DAC Results Chain

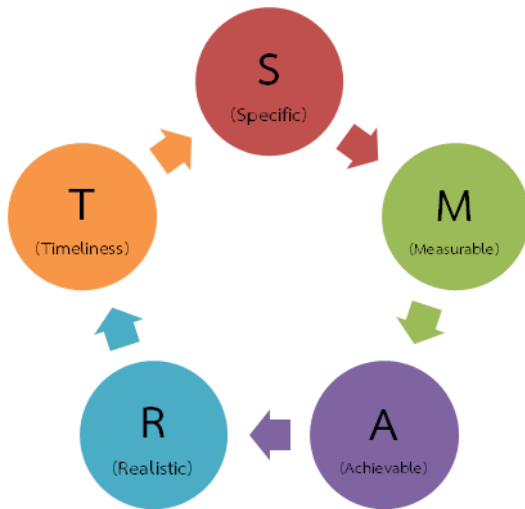


จากแผนภาพดังกล่าวแสดงถึงการกำหนดตัวชี้วัดในระดับต่างๆ ของการดำเนินกิจกรรม ตั้งแต่การเริ่มต้นกระบวนการ โดยกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงปัจจัยนำเข้า (Input) ไปจนถึงประสิทธิภาพของกระบวนการ/กิจกรรม/ขั้นตอนของการดำเนินโครงการ (Process) จนกระทั่งได้ผลผลิตของกิจกรรม/โครงการ (Output) ไปจนถึงการสะท้อนผลลัพธ์ (Outcome) ที่ต้องการให้เกิดขึ้นในระยะต่างๆ ของการดำเนินงานหรือดำเนินโครงการ หรือผลที่เกิดขึ้นต่อเนื่องในช่วงระยะเวลา และภายหลังจากได้ผลผลิตของกิจกรรมโครงการแล้ว

❖ หลักการกำหนดตัวชี้วัดประเมินผล

ในการกำหนดตัวชี้วัดในระดับต่างๆ นั้น ที่ปรึกษาจะใช้หลักการ SMART ดังแสดงในแผนภาพที่ 14

แผนภาพที่ 14 หลักการกำหนดตัวชี้วัด (SMART)



- S [Specific] เฉพาะเจาะจง ตัวชี้วัดที่ดีต้องกำหนดอย่างเฉพาะเจาะจง ชัดเจน ไม่คลุมเครือ
- M [Measurable] วัดผลได้ ตัวชี้วัดที่ดีต้องแสดงผลหรือแปลงผลออกมาเป็นตัวเลขหรือเป็นเชิงปริมาณได้ เพื่อให้สามารถสะท้อนความก้าวหน้าของงานได้ชัดเจน
- A [Achievable] บรรลุผลได้ ตัวชี้วัดที่ดีต้องสามารถทำให้สำเร็จได้ รู้ว่าต้องดำเนินการอย่างไรเพื่อไปถึงเป้าหมาย
- R [Realistic] สอดคล้องกับความเป็นจริง สมเหตุสมผล สามารถอธิบายได้
- T [Timeliness] เหมาะสมกับช่วงเวลา ดำเนินการประเมินผล มีกรอบระยะเวลาที่ชัดเจน

นอกจากนี้ จะพิจารณาถึงความเหมาะสมด้านคุณสมบัติของตัวชี้วัด เพื่อให้ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลนั้น สามารถสะท้อนผลการดำเนินโครงการของเจ้าของโครงการ และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในการนำไปประเมินผล โดยแนวทางการวิเคราะห์ด้านคุณสมบัติตัวชี้วัด อาทิ

- 1) เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญต่อการบรรลุผลสำเร็จตามแผนงานของโครงการของสถาบันฯ
- 2) เป็นตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการตามที่ได้รับอนุมัติและผลที่คาดว่าจะได้รับตามที่ระบุไว้ในแบบคำขออนุมัติโครงการ
- 3) มีเกณฑ์เปรียบเทียบผลงานที่สมเหตุสมผลสะท้อนการวัดผลที่สมดุลทั้งปัจจัยขับเคลื่อนที่สำคัญ (Key Drivers) ผลลัพธ์ที่สำคัญ (Key Results) และผลงานในระยะสั้นและระยะยาว เป็นต้น
- 4) ประเมินได้ในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- 5) ข้อมูลที่จัดเก็บเพื่อใช้ในการประเมินผลสามารถเชื่อถือได้และไม่สิ้นเปลืองจนเกินไปในการจัดเก็บ
- 6) มีหน่วยวัดที่แน่นอน
- 7) เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
- 8) มีระบบการเก็บบันทึกข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน

สำหรับการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผล ที่ปรึกษาจะวิเคราะห์เนื้อหาของกิจกรรม/โครงการ รวมถึงวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำตัวชี้วัดสำหรับใช้ในการประเมินผล การประเมินผลจะเปรียบเทียบกับเป้าหมายการให้บริการหรือเป้าหมายตามเอกสารงบประมาณรายจ่ายประจำปี โดยมีประเภทของตัวชี้วัดหลักที่จะนำมาใช้ในการประเมินผล 2 ประเภท ได้แก่ ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

(Quantitative Indicator) และตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ (Qualitative Indicator) ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของผลผลิต/ผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่คาดหวังในแต่ละกิจกรรม/โครงการ ความพร้อมของทรัพยากร ตลอดจนข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำมาใช้อ้างอิงได้ของแต่ละกิจกรรม/โครงการ

❖ การจัดเก็บข้อมูลและการประเมินผล

ในการประเมินผล ที่ปรึกษากำหนดรูปแบบการจัดเก็บข้อมูล ดังนี้

- เอกสารข้อมูลทุติยภูมิที่สถาบันฯ มีอยู่ เช่น รายงานประจำปี ผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติงาน แผนงานโครงการ ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน รายงานเสนอคณะกรรมการต่างๆ เป็นต้น
- การสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสูงและเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประธานคณะกรรมการบริหารฯ ผู้อำนวยการสถาบันฯ รองผู้อำนวยการฯ ผู้จัดการโครงการ หัวหน้าฝ่ายงานที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโครงการ

ตารางที่ 3 ตัวอย่างข้อมูลแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ของ สรพ. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 - 2557

➤ ตัวอย่างแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554

แผนงาน / โครงการ / กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)
1. แผนงานส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล	54,374,500
1.1 งานฝึกอบรมและเผยแพร่ความรู้	30,563,200
1.2 งานวิจัยและจัดการความรู้	2,800,000
1.3 งานสร้างเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพ	7,542,300
1.4 งานส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ	1,760,000
1.5 งานพัฒนาที่ปรึกษา	1,053,000
1.6 งานโครงการพิเศษ	10,656,000
1.6.1 โครงการการสร้างเสริมสุขภาพผ่านกระบวนการคุณภาพ เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน (SHA) : สสส.	8,490,000
1.6.2 โครงการพัฒนามาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขด้วยมาตรฐาน บริการสุขภาพ : กทม.	2,166,000
2. แผนงานพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลและการประเมินรับรอง	20,162,200
2.1 งานพัฒนาระบบและมาตรฐาน	408,200
2.2 งานประเมินและรับรองสถานพยาบาล	18,365,000
2.3 งานพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ	1,389,000

➤ ตัวอย่างแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555

แผนงาน / โครงการ / กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)
1. แผนงานความร่วมมือเพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ	9,850,000
1.1 การสร้างเครือข่ายเรียนรู้และพัฒนาในพื้นที่	8,850,000
1.1.1 เครือข่ายศูนย์ความร่วมมือการพัฒนาคุณภาพ 6 แห่ง (Hospital Accreditation Collaborating Center)	2,250,000
1.1.2 เครือข่ายร่วมระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน	900,000
1.1.3 เครือข่ายการใช้แนวคิดจิตตปัญญาบูรณาการในงานบริการ สุขภาพ (Spiritual Healthcare)	2,800,000
1.1.4 เครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างผู้ประสานงานด้านคุณภาพ SHA Facilitators	500,000
1.1.5 เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยระบบ พี่เลี้ยง (Quality Learning Network)	2,400,000
1.2 การสร้างความร่วมมือกับสถานการศึกษา	200,000
1.2.1 สื่อการเรียนรู้ในระดับมหาวิทยาลัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ	200,000

แผนงาน / โครงการ / กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)
1.3 การทำงานร่วมกับชุมชน	800,000
1.3.1 เครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกับปราชญ์ชาวบ้าน เพื่อนำระบบคุณภาพสู่มีดีความพอเพียงและยั่งยืนตามวิถีไทย	800,000
2. แผนงาน Spiritual HA ภายใต้ทางเลือกที่หลากหลาย	51,508,000
2.1 การฝึกอบรมและการเผยแพร่ความรู้	33,508,000
2.1.1 การประชุมวิชาการประจำปี (HA National Forum)	21,000,000
2.1.2 งานฝึกอบรมและเผยแพร่ความรู้	10,008,000
2.1.3 การพัฒนาหลักสูตรและศักยภาพวิทยากร	500,000
2.1.4 สร้างสื่อการเรียนรู้ e-Learning	2,000,000
2.2 การนำแนวคิด Spiritual HA ไปขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนา	10,000,000
2.2.1 โครงการสร้างเสริมมิติจิตตปัญญาสู่ระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน : สสส.	10,000,000
2.3 การรับรู้คุณภาพจากผู้บริการ	500,000
2.3.1 พัฒนาระบบประเมินคุณภาพผ่านประสบการณ์ของผู้ป่วย	500,000
2.4 พัฒนาเครื่องมือและกลไกเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล	1,400,000
2.4.1 พัฒนาตัวชี้วัดทางคลินิก	1,000,000
2.4.2 พัฒนารูข้อมูลแนวทางปฏิบัติที่ดีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	400,000
2.5 พัฒนาระบบการประเมินที่หลากหลาย	6,100,000
2.5.1 Program & Disease Specific Certification	500,000
2.5.2 พัฒนาแนวทางการประเมินในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ	300,000
2.5.3 โครงการพัฒนามาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขด้วยมาตรฐานบริการสุขภาพ	1,000,000
2.5.4 การจัดการความรู้ระดับจังหวัดเพื่อการจรรจบได้ขั้นที่ 2 สู่ HA	3,300,000
2.5.5 การต่ออายุบันไดขั้นที่ 2	1,000,000
3. แผนงานกระบวนการรับรองที่ชัดเจน เรียบง่าย มีคุณภาพ	22,027,800
3.1 การพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ	1,000,000
3.1.1 การพัฒนาศักยภาพผู้เยี่ยมสำรวจและเพิ่มจำนวนผู้เยี่ยมสำรวจ	1,000,000
3.2 การเตรียมความพร้อมให้แก่สถานพยาบาล	800,000
3.2.1 พัฒนาชุด package สำหรับสถานพยาบาลเพื่อการประเมินแบบเรียบง่าย	400,000
3.2.2 พัฒนารูปแบบการประเมินประสิทธิภาพของระบบงานสำคัญ	400,000
3.3 การพัฒนากระบวนการประเมินและรับรอง	1,300,000
3.3.1 พัฒนามาตรฐานการประเมินให้สอดคล้องกับ รพ. ที่มีความหลากหลาย	300,000
3.3.2 ประชุมคณะอนุกรรมการรับรอง	1,000,000
3.4 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตาม	667,800
3.4.1 พัฒนาระบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	360,000

แผนงาน / โครงการ / กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)
3.4.2 พัฒนากลไกการติดตามความก้าวหน้าระหว่างอายุการเยี่ยม สำรวจ	307,800
3.5 การประเมินและรับรอง	18,260,000
3.5.1 การเยี่ยมประเมินรับรองสถานพยาบาล (S1, S2, PS, As, Rs, Fs, Ss, Vs)	18,260,000

➤ ตัวอย่างแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556

แผนงาน / โครงการ / กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)
1. แผนงานความร่วมมือเพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ	22,683,000
1.1 การสร้างเครือข่ายเรียนรู้และพัฒนาในพื้นที่	22,683,000
1.1.1 เครือข่ายศูนย์ความร่วมมือการพัฒนาคุณภาพ (Hospital Accreditation Collaborating Center)	2,325,000
1.1.2 พัฒนาเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพด้วยระบบพี่เลี้ยง (Spirituality Quality LearningIntrigation)	2,695,000
1.1.3 เครือข่ายร่วมระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน (Hospital Community Network)	2,175,000
1.1.4 เครือข่ายการใช้แนวคิดจิตตปัญญาบูรณาการในงานบริการ สุขภาพ (Spiritual Healthcare)	2,475,000
1.1.5 เครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างผู้ประสานงานด้านคุณภาพ (SHA Facillitators)	750,000
1.1.6 เครือข่ายมิติจิตตปัญญาในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (SHA CUP)	555,000
1.1.7 โครงการสร้างเสริมมิติจิตตปัญญาสู่ระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน : สสส.	11,708,000
2. แผนงานความรู้เพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง	44,125,000
2.1 การฝึกอบรมและเผยแพร่ความรู้	42,875,000
2.1.1 ประชุมวิชาการการใช้แนวคิดจิตตปัญญาบูรณาการในงานบริการ คุณภาพ (SHA Conference)	7,000,000
2.1.2 การประชุมวิชาการประจำปี (HA National Forum)	25,000,000
2.1.3 ฝึกอบรมและเผยแพร่ความรู้	9,000,000
2.1.4 การพัฒนาหลักสูตรและศักยภาพวิทยากร	375,000
2.1.5 ชุมชนนักปฏิบัติหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง (COP)	1,500,000
2.2 พัฒนาเครื่องมือและกลไกเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของ สถานพยาบาล	1,250,000
2.2.1 ตัวชี้วัดเปรียบเทียบ (THIP)	1,250,000
3. แผนงานการประเมินและรับรองอย่างมีคุณค่า	36,371,000
3.1 พัฒนาระบบการประเมินที่หลากหลาย	7,079,000
3.1.1 รับรองเฉพาะระบบ/เฉพาะโรค (Program & Disease Specific Certification)	185,000

แผนงาน / โครงการ / กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)
3.1.2 การจัดการความรู้ระดับจังหวัดเพื่อการอ้าวงบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA (PKM) และการสุ่มเยี่ยมเพื่อต่ออายุการรับรองบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA	4,700,000
3.1.3 ประเมินคุณภาพระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (Seamless Provincial Healthcare Innovation Excellence : SPHInX)	250,000
3.1.4 พัฒนามาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. (Health Center Accreditation)	1,500,000
3.1.5 พัฒนาการประเมินและรับรองคุณภาพบริการปฐมภูมิ	444,000
3.2 การพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ	1,120,000
3.2.1 โครงการบริหารผู้เยี่ยมสำรวจและที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ	1,120,000
3.3 การเตรียมความพร้อมให้แก่สถานพยาบาล	2,511,000
3.3.1 โครงการพัฒนากลไกการติดตามความก้าวหน้าระหว่างอายุการสำรวจ (Accredited Healthcare Knowledge Management)	2,400,000
3.3.2 พัฒนาระบบงานสำคัญ	111,000
3.4 การประเมินและรับรอง	25,661,000
3.4.1 พัฒนารูปแบบการประเมินโดยใช้มาตรฐาน HA plus	111,000
3.4.2 ประชุมคณะอนุกรรมการรับรอง	1,000,000
3.4.3 สนับสนุนสถานพยาบาลภาครัฐ	6,000,000
3.4.4 การเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาล	18,300,000
3.4.5 พัฒนาความร่วมมือการประเมินระหว่าง สรพ. และ สภาการพยาบาล	250,000

➤ ตัวอย่างแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

แผนงาน / โครงการ / กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)
1. แผนความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ	10,000,000
1.1.1 โครงการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพ (HACC)	2,675,900
1.1.2 โครงการพัฒนาเครือข่ายคุณภาพสถานพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (SHA Quality Learning Network)	3,811,200
1.1.3 โครงการเครือข่ายร่วมระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน (Spiritual Healthcare)	1,592,900
1.1.4 โครงการพัฒนาพี่เลี้ยงพื้นที่ (Quality Consultant)	1,220,000
1.1.5 โครงการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (SHA CUP)	700,000

แผนงาน / โครงการ / กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)
2. แผนงานความรู้เพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง	50,675,900
2.1 การฝึกอบรมและเผยแพร่ความรู้	47,575,900
2.1.1 โครงการการประชุมวิชาการประจำปี (HA National Forum)	29,000,000
2.1.2 โครงการฝึกอบรมและเผยแพร่ความรู้	16,160,900
2.1.3 โครงการพัฒนาหลักสูตรและศักยภาพวิทยากร	915,000
2.1.4 โครงการพัฒนาหลักสูตรด้วย E-learning	800,000
2.1.5 โครงการพัฒนาหลักสูตรนานาชาติ	700,000
2.2 พัฒนาเครื่องมือและกลไกเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล	3,100,000
2.2.1 ตัวชี้วัดเปรียบเทียบ (THIP)	2,000,000
2.2.2 ชุมชนนักปฏิบัติหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง (COP)	500,000
2.2.3 โครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยระดับประเทศ (R2R)	600,000
3. แผนงาน การประเมินและรับรองอย่างมีคุณค่า	33,238,000
3.1 พัฒนาระบบการประเมินที่หลากหลาย	4,000,000
3.1.1 พัฒนาการประเมินและรับรองตามมาตรฐาน HA plus	200,000
3.1.2 พัฒนาการประเมินและรับรองคุณภาพสถานบริการปฐมภูมิ	1,080,000
3.1.3 พัฒนาการประเมินและรับรองคุณภาพสถานบริการปฐมภูมิ ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร	2,500,000
3.1.4 พัฒนาการประเมินและรับรองเฉพาะระบบ/เฉพาะโรค	220,000
3.2 การพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจและที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ	2,200,000
3.2.1 โครงการสร้างผู้เยี่ยมสำรวจใหม่	1,000,000
3.2.2 โครงการสร้างและพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ (Quality Coach)	200,000
3.2.3 โครงการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ	1,000,000
3.3 การเตรียมความพร้อมให้แก่สถานพยาบาล	3,000,000
3.3.1 โครงการชี้แจงคุณภาพและติดตามความก้าวหน้าระหว่างอายุการรับรอง	3,000,000
3.4 การประเมินและรับรอง	24,038,000
3.4.1 โครงการสนับสนุนการประชุมคณะอนุกรรมการรับรอง	1,000,000
3.4.2 โครงการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาล	23,038,000

ตารางที่ 4 ตัวอย่างการวิเคราะห์และรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงาน จำแนกตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในแต่ละยุทธศาสตร์

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (%)	เกณฑ์การให้คะแนน					ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก
		1	2	3	4	5			
ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ									
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557									
แผนงาน/โครงการที่ 1.1.1 โครงการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพ (HACC) [แผนความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ]									
1. ด้านความสอดคล้อง (Relevance)	20								
1.1 ระดับคะแนนความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กรและยุทธศาสตร์ คำอธิบาย : การพิจารณาว่าโครงการมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การจัดตั้งและยุทธศาสตร์ของสถาบันฯ หรือไม่ กรณีมีความสอดคล้องให้ระบุว่าสอดคล้องกับข้อใด	20	ไม่มี ความ สอดคล้อง	-	-	-	มีความ สอดคล้อง			
2. ประสิทธิภาพ (Effectiveness)	30								
2.1 ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผน คำอธิบาย : การพิจารณาความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมในโครงการเทียบกับแผนงานที่กำหนดไว้	10	60	70	80	90	100			
2.2 ร้อยละความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายผลผลิตของโครงการ คำอธิบาย : การพิจารณาความสำเร็จด้านผลผลิตของโครงการเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้	10	60	70	80	90	100			
2.3 ร้อยละความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายผลลัพธ์ของโครงการ คำอธิบาย : การพิจารณาความสำเร็จด้านผลลัพธ์ของโครงการเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้	10	60	70	80	90	100			

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (%)	เกณฑ์การให้คะแนน					ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก
		1	2	3	4	5			
3. ประสิทธิภาพ (Efficiency)	20								
3.1 ร้อยละของงบประมาณที่สามารถประหยัดได้ คำอธิบาย : การพิจารณาการเบิกจ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการเทียบกับแผนที่กำหนดไว้ รวมทั้งพิจารณาผลผลิตของโครงการเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้	10	ใช้ งบประมาณ มากกว่า แผน โดยได้ ผลผลิต เท่ากับหรือ น้อยกว่า เป้าหมาย หรือใช้ งบประมาณ ตามแผนแต่ ผลผลิต น้อยกว่า เป้าหมาย	-	ใช้ งบประมาณ ตามแผน โดยได้ ผลผลิตตาม เป้าหมาย	-	ใช้ งบประมาณ น้อยกว่า แผน โดยได้ ผลผลิตตาม เป้าหมาย หรือใช้ งบประมาณ ตามแผน โดยได้ ผลผลิต มากกว่า เป้าหมาย			
3.2 ระดับคะแนนระยะเวลาการบริหารงานโครงการ คำอธิบาย : การพิจารณาระยะเวลาในการดำเนินโครงการเทียบกับแผนงานที่กำหนดไว้	10	ล่าช้า กว่า แผนฯ	-	เป็นไป ตาม แผนฯ	-	เร็วกว่า แผนที่ กำหนดไว้			



ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (%)	เกณฑ์การให้คะแนน					ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก
		1	2	3	4	5			
4. ผลกระทบ (Impact)	20								
4.1 ระดับคะแนนผลกระทบเชิงบวกของโครงการ คำอธิบาย : การพิจารณาผลกระทบในทางที่ก่อให้เกิดประโยชน์จากการดำเนินโครงการว่ามีอย่างน้อยเพียงใด และเป็นไปตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ ระดับ 1 ควรจะต้องเกิดผลกระทบเชิงบวกแต่ไม่เกิด ระดับ 2 - ระดับ 3 เกิดผลกระทบเชิงบวกเป็นไปตามความคาดหวังบางส่วน ระดับ 4 - ระดับ 5 เกิดผลกระทบเชิงบวกเป็นไปตามความคาดหวังทั้งหมด	15	1	-	3	-	5			
4.2 ระดับคะแนนการจัดการผลกระทบเชิงลบของโครงการ คำอธิบาย : การพิจารณาผลกระทบในทางที่ก่อให้เกิดผลเสียจากการดำเนินโครงการว่ามีอย่างน้อยเพียงใด และสามารถบริหารจัดการปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นได้หรือไม่ ระดับ 1 เกิดผลกระทบเชิงลบแต่ไม่มีการจัดการหรือไม่สามารถจัดการปัญหาผลกระทบได้ ระดับ 2 - ระดับ 3 เกิดผลกระทบเชิงลบแต่สามารถจัดการปัญหาผลกระทบได้บางส่วน ระดับ 4 - ระดับ 5 ไม่เกิดผลกระทบเชิงลบหรือเกิดผลกระทบเชิงลบจากเหตุปัจจัยภายนอกแต่สามารถจัดการปัญหาผลกระทบได้	5	1	-	3	-	5			



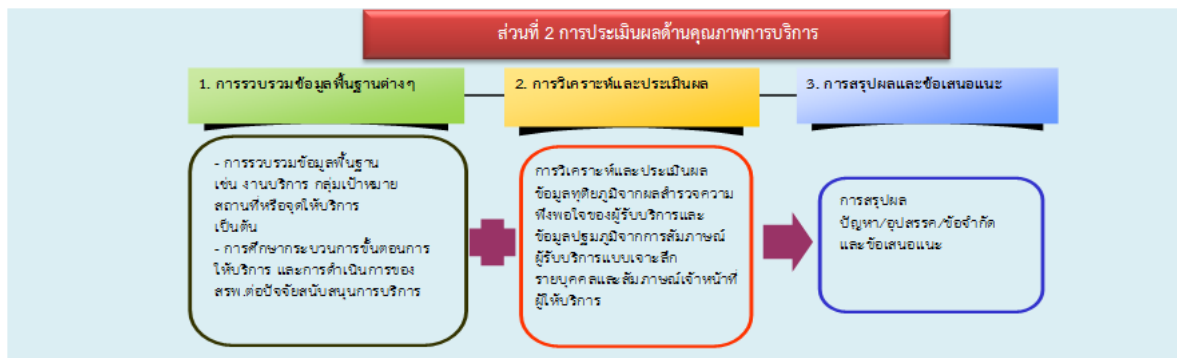
ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (%)	เกณฑ์การให้คะแนน					ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก
		1	2	3	4	5			
5. ความยั่งยืน (Sustainable)	10								
4.3 ระดับความยั่งยืนของผลกระทบโครงการ คำอธิบาย : การพิจารณาผลกระทบของโครงการที่เกิดขึ้นว่ามีความต่อเนื่องและยั่งยืนคงอยู่อย่างถาวรหรือไม่	10	ไม่มีความยั่งยืนถึงปัจจุบัน	-	มีความยั่งยืนถึงปัจจุบัน แต่คาดว่าจะไม่ต่อเนื่องในอนาคต	-	มีความยั่งยืนถึงปัจจุบัน และคาดว่าจะเกิดขึ้นต่อเนื่องในอนาคต			
น้ำหนักรวม	100						ค่าคะแนนที่ได้		

ส่วนที่ 2 การประเมินด้านคุณภาพการให้บริการ

การประเมินผลคุณภาพการให้บริการจะมีการดำเนินการ 2 ส่วน ได้แก่ 1) ประเมินผลด้านคุณภาพการให้บริการของ สรพ. และ 2) การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อบทบาท ภารกิจของ สรพ. ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558

2.1 การประเมินผลด้านคุณภาพการให้บริการ

แผนภาพที่ 15 ส่วนการประเมินผลด้านคุณภาพการบริการ



การศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลด้านคุณภาพการบริการ กำหนดขั้นตอนการวิเคราะห์และประเมินผล ดังนี้

■ การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานต่างๆ

ทริสจะรวบรวมข้อมูลจากการดำเนินงาน เช่น งานบริการ กลุ่มเป้าหมาย สถานที่หรือจุดให้บริการ เป็นต้น ตลอดจนการศึกษากระบวนการขั้นตอนการให้บริการของ สรพ. การดำเนินการของ สรพ. ต่อปัจจัยสนับสนุนการบริการ เช่น การจัดทำคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน การกำกับดูแลให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามคู่มือ การพัฒนาบุคลากรเพื่อยกระดับการบริการ เป็นต้น รวมถึงการศึกษาผลการสำรวจความพึงพอใจประจำปีงบประมาณของ สรพ. ข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ และการสัมภาษณ์ความคิดเห็นและข้อมูลการบริหารกระบวนการงานบริการจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

■ การวิเคราะห์และประเมินผล

การวิเคราะห์และประเมินผลข้อมูลทุติยภูมิจากข้อมูลการดำเนินงานการบริการ ผลสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการและข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์ ความคิดเห็นของผู้รับบริการแบบเจาะลึกรายบุคคลและจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

■ การสรุปผลและข้อเสนอแนะ

ภายหลังจากการวิเคราะห์และประเมินผลจากข้อมูลผลการดำเนินงานและความคิดเห็นเจ้าหน้าที่ ทริสจะรวบรวมปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงการให้บริการของ สรพ. ต่อไป

2.2 การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อบทบาท ภารกิจของ สรพ. ใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558

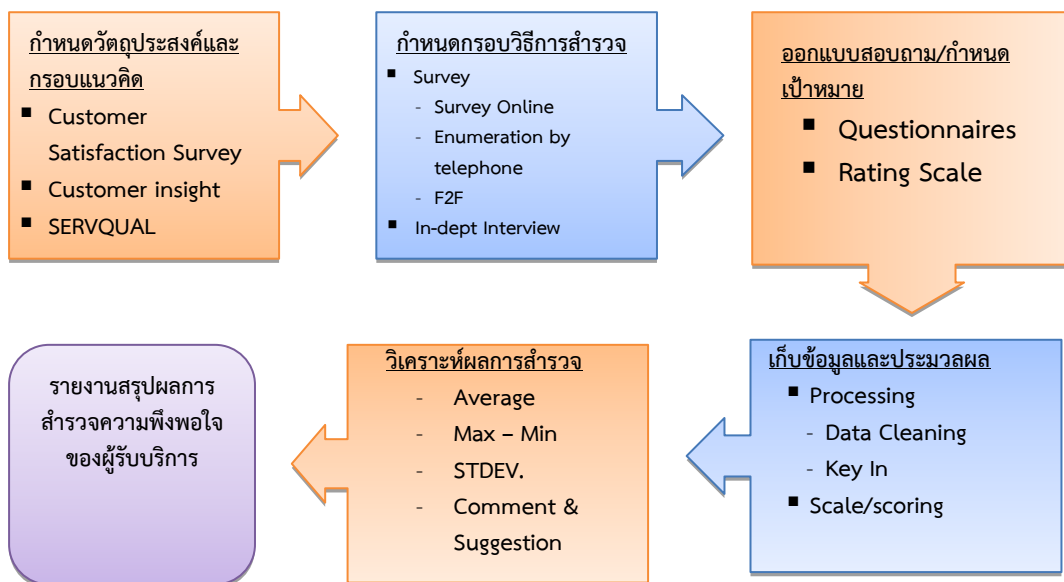
2.2.1 วัตถุประสงค์ของการสำรวจ

1. เพื่อให้ทราบถึงระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของ สรพ. ใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 และนำผลการสำรวจใช้ในการประเมินความสำเร็จตามตัวชี้วัด ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติงานของสำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558
2. เพื่อให้ทราบถึงข้อเสนอแนะหรือสิ่งที่คุณรับบริการต้องการให้ สรพ. พัฒนาปรับปรุงและมีบริการเพิ่มเติม

2.2.2 ขอบเขตและแนวทางการดำเนินงานการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ การสำรวจข้อมูลผู้ใช้บริการของ สรพ. ที่ปรึกษาเสนอขอบเขตการดำเนินงาน ดังนี้

- กระบวนการดำเนินงานสำรวจความพึงพอใจ

แผนภาพที่ 16 กระบวนการดำเนินงานสำรวจความพึงพอใจ



ที่ปรึกษาได้กำหนดระเบียบวิธีวิจัยและกรอบการสำรวจเพื่อให้ได้ข้อมูลจำเป็นตรงตามวัตถุประสงค์ของ สรพ. มากที่สุด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

❖ ระเบียบวิธีวิจัย

ในการสำรวจความพึงพอใจครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ Quali-Quant Technique ซึ่งเป็นการผสมผสานเทคนิคการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพประกอบกัน เพื่อให้การศึกษามีความครอบคลุมประเด็นในภาพกว้าง (Macro Aspect) และมีรายละเอียดในแนวลึก (Micro Aspect) โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูล เช่น วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อมูลพื้นฐาน เช่น การบริการประเภทต่างๆ

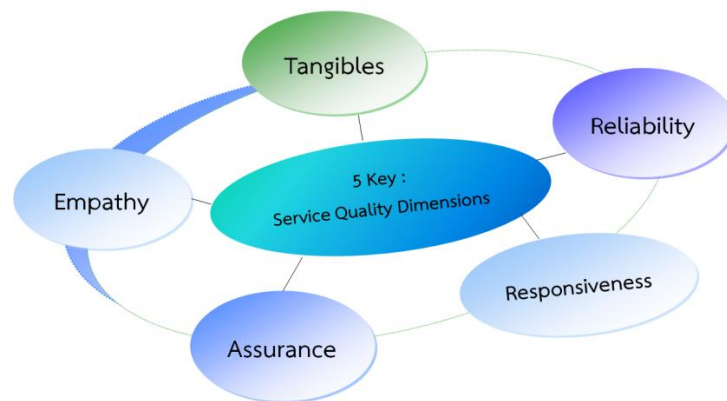
ขั้นตอนและปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการบริการ ผลผลิตและผลลัพธ์ที่คาดหวังของแต่ละงานบริการ จำนวน และคุณลักษณะของกลุ่มผู้รับบริการประเภทต่างๆ ผลการสำรวจและวิเคราะห์ในอดีต

หลังจากนั้น จะทำการกำหนดรูปแบบและวิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการออกแบบวิธีการจัดเก็บข้อมูล ออกแบบสอบถามและประเด็นคำถาม เพื่อค้นหาความต้องการในส่วนลึกของผู้รับบริการ (Customer insight) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความสำคัญ มีผลกระทบสูงต่อระดับความพึงพอใจของงานบริการ หลังจากนั้นจะนำข้อมูลที่ได้มาจัดทำแบบสอบถาม และดำเนินการจัดเก็บข้อมูล หลังจากนั้นจะทำการประมวลผล วิเคราะห์ผลการสำรวจต่อไป

❖ กรอบความคิดในการสำรวจ

การสำรวจครั้งนี้ประยุกต์กรอบแนวคิดคุณภาพการให้บริการ หรือ SERVQUAL Model ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยในการประเมินคุณภาพบริการ 5 ด้าน ดังแสดงในแผนภาพที่ 17

แผนภาพที่ 17 ปัจจัย 5 ประการที่กำหนดคุณภาพการบริการตามกรอบแนวคิดของ SERVQUAL (Parasuman, Zeithaml & Berry, 1990)

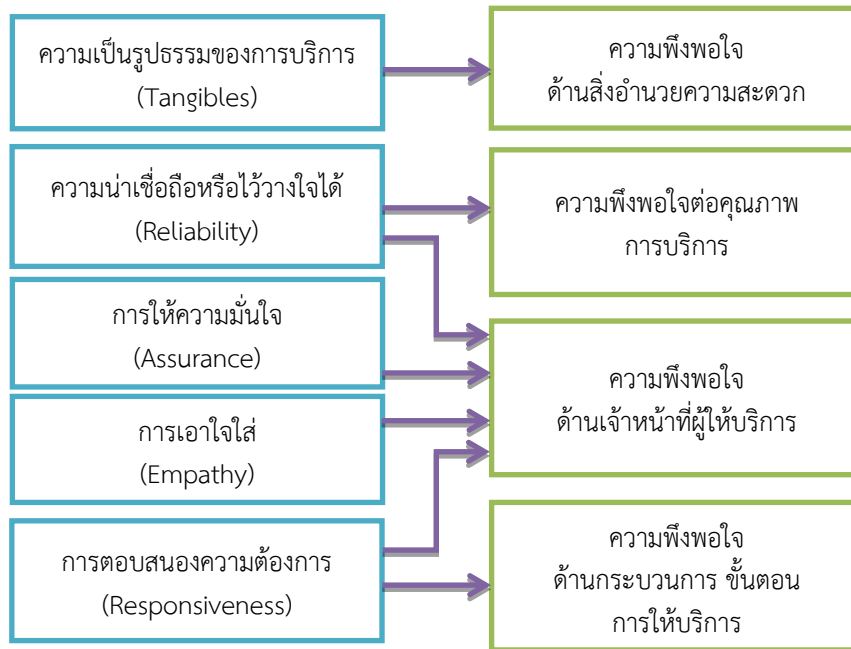


โดยปัจจัยแต่ละด้านประกอบด้วย

1. ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles) เป็นสิ่งที่สัมผัสได้มีลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นเด่นชัด เช่น สถานที่ให้บริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวกสบาย เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการ เอกสารข้อมูล เป็นต้น
2. ความน่าเชื่อถือหรือไว้วางใจได้ (Reliability) ผู้ให้บริการต้องมีความสามารถในการปฏิบัติงาน ทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจได้ว่าการให้บริการมีความถูกต้อง มีความน่าเชื่อถือ
3. การให้ความมั่นใจ (Assurance) คือ การให้บริการของเจ้าหน้าที่ที่มีทักษะความรู้ความสามารถ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เพื่อเกิดความเชื่อมั่นในการใช้บริการ
4. การเอาใจใส่ (Empathy) คือ ความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ คำนึงถึงจิตใจและความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการ
5. การตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) ผู้ให้บริการมีความพร้อม สามารถตอบสนองได้อย่างทันท่วงที

จาก 5 ปัจจัยดังกล่าว จะเห็นว่ามีความสอดคล้องกับประเด็นการสำรวจที่หน่วยงานของรัฐใช้ในการสำรวจความพึงพอใจ 4 หัวข้อ ดังนี้

แผนภาพที่ 18 ความเชื่อมโยงของปัจจัยตามกรอบแนวคิด SERVQUAL กับประเด็นการสำรวจความพึงพอใจ หน่วยงานภาครัฐ



โดยสรุป คำถามที่ใช้สอบถามจะประกอบด้วยประเด็นคำถามตามกรอบการสำรวจ 4 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และด้านคุณภาพการบริการ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด SERVQUAL ดังแสดงในแผนภาพที่ 18 รวมทั้งประเด็นคำถามเพิ่มเติม เช่น ความคิดเห็นต่อการให้บริการ สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุงความประทับใจต่อการบริการ ความไม่พึงพอใจที่มีต่อการให้บริการ รายละเอียดความคาดหวังเพิ่มเติม เป็นต้น

2.2.3 ขอบเขตด้านประชากร กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

ในการสำรวจความพึงพอใจครั้งนี้ประชากร ผู้รับบริการของ สรพ. ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 ดังนี้

1. สถานพยาบาลที่ขอรับการประเมินรับรองคุณภาพ
2. ผู้เข้ารับการฝึกอบรมด้านการประเมิน พัฒนา และรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้ (ชุมชนนักปฏิบัติ)
4. เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

โดยการกำหนดจำนวนตัวอย่างเป็นไปตามหลักยามาเน่ (Yamane,1973) ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน +/- 5% สุ่มจำนวนตัวอย่าง แต่ละงานบริการ ดังนี้

ตารางที่ 5 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างแต่ละงานบริการ

งานบริการ	จำนวนประชากร (โดยประมาณ)	จำนวน ตัวอย่าง
1. งานประเมินและให้การรับรอง คุณภาพสถานพยาบาล	1,000	286
2. การฝึกอบรมด้านการประเมิน พัฒนา และรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล	4,000	364
3. การจัดกิจกรรมกระบวนการ เรียนรู้ (ชุมชนนักปฏิบัติ)	500	222
4. เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพ สถานพยาบาล	3,000	353
รวม	8,500	1,225

โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจ จะเลือกแบบตามสะดวก (Convenience Selection) โดยครอบคลุมทุกประเภทของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม

2.2.4 ขอบเขตเนื้อหาในการสำรวจ ประกอบด้วย

ประเด็นในการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 ประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ได้แก่

- 1) ระดับความพึงพอใจ ประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ดังนี้
 - ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ
 - ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
 - ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก
 - ด้านคุณภาพการให้บริการ
 - ด้านงานบริการในภาพรวม

ทั้งนี้ ประเด็นในการสำรวจ สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของกิจกรรมการบริการ

- 2) คำถามเกี่ยวกับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการให้บริการ

❖ ขอบเขตด้านตัวแปร จะทำการศึกษาตามขอบเขต ดังต่อไปนี้

- 1) ตัวแปรต้น ซึ่งเป็นตัวแปรที่เกี่ยวกับลักษณะข้อมูลเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทองค์กรสังกัด ประสบการณ์การรับบริการ เป็นต้น
- 2) ตัวแปรตาม คือ ความคาดหวังต่อการให้บริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2.2.5 วิธีการดำเนินการวิจัย (Methodology)

❖ เครื่องมือในการสำรวจ

การสำรวจจะดำเนินการโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ประกอบด้วย ข้อคำถามลักษณะแบบเลือกตอบ (Check List) และแบบประมาณค่า (Rating Scale) เพื่อวัดระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการรวมทั้งมีข้อคำถามปลายเปิด (Open-end) สำหรับให้ผู้รับบริการแสดงข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ

❖ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการสำรวจครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaires) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจะเป็นรูปแบบทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) โดยใช้แบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) และแบบประมาณค่า (Rating Scale) เพื่อวัดระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ นอกจากนี้แบบสอบถามจะมีข้อคำถามปลายเปิด (Open-end) สำหรับให้ผู้รับบริการแสดงข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ปรึกษาจะเป็นผู้จัดเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามตามจำนวนตัวอย่างที่กำหนด คือ 1,225 ราย และงานบริการประเมินและให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล การจัดกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้ (ชุมชนนักปฏิบัติ) และเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล จะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล (In-depth Interview) ซึ่งเป็นรูปแบบการเก็บข้อมูลแบบสองทาง (Two ways) ที่จะทำให้อาจได้ข้อมูลเพิ่มเติม และเชิงลึกยิ่งขึ้นกว่าการตอบผ่านแบบสอบถามเพียงอย่างเดียวสรุปจำนวนตัวอย่างแต่ละรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลได้ ดังนี้

ตารางที่ 6 สรุปจำนวนตัวอย่างการจัดเก็บด้วยแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล

งานบริการ	จำนวนตัวอย่าง	
	Questionnaires	In-depth Interview
1. งานประเมินและให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	286	15
2. การฝึกอบรมด้านการประเมิน พัฒนา และรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	364	-
3. การจัดกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้ (ชุมชนนักปฏิบัติ)	222	12
4. เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล	353	18
	1,225	45

ทั้งนี้ ประเมินการลงพื้นที่ต่างจังหวัดไม่เกิน 5 จังหวัด

❖ วิธีการเก็บข้อมูล

งานบริการ	รูปแบบการจัดเก็บข้อมูล
1) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ	การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth Interview)
2) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ	- การตอบแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ - การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ (Enumeration by telephone) - การสัมภาษณ์จากผู้ให้คำตอบโดยตรง (Face to face interview) หรือวิธีการอื่นๆ ตามความเหมาะสม

สำหรับแบบสอบถามที่จะใช้ในการสำรวจ มีขั้นตอนในการกำหนดคำถาม ดังนี้

- ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารที่เกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญ
- สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบแต่ละงานบริการ ถึงขั้นตอนกระบวนการให้บริการแต่ละงานบริการ
- สร้างแนวประเด็นคำถาม โดยพิจารณาถึงความสอดคล้องเหมาะสมของแต่ละข้อคำถาม และพิจารณาความครอบคลุมของแนวประเด็นคำถาม เพื่อจัดหมวดหมู่ให้ถูกต้องตามกรอบการสำรวจ
- แบบสอบถามจะแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทหน่วยงาน วัตถุประสงค์ในการใช้บริการ ประสบการณ์การใช้บริการ ช่องทางการรับทราบงานบริการ เป็นต้น
 - ตอนที่ 2 จะประกอบด้วยระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยจะเป็นไปตามกรอบการสำรวจ 5 ด้าน ได้แก่
 1. ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ
 2. ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
 3. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก
 4. ด้านคุณภาพการให้บริการ
 5. ด้านงานบริการในภาพรวม

ทั้งนี้ ประเด็นความพึงพอใจต่องานบริการในภาพรวม กำหนดขึ้นเพื่อสอบยันกับการให้คะแนนในประเด็นอื่นๆ แต่การคิดคะแนนผลการสำรวจในภาพรวม จะคิดค่าคะแนนจากผลการสำรวจด้าน 1-4 โดยไม่นำผลด้านที่ 5 ความพึงพอใจต่องานบริการในภาพรวมมาคำนวณด้วย

การคิดคะแนนของแต่ละระดับ กำหนดหลักเกณฑ์ดังนี้

คะแนน	ระดับความพึงพอใจ
5	พึงพอใจมากที่สุด
4	พึงพอใจมาก
3	พึงพอใจ
2	พึงพอใจน้อย
1	ไม่พึงพอใจเลย

ตอนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการ ซึ่งเป็นข้อคำถามเปิดที่ให้ ผู้รับบริการเสนอความคิดเห็น เช่น

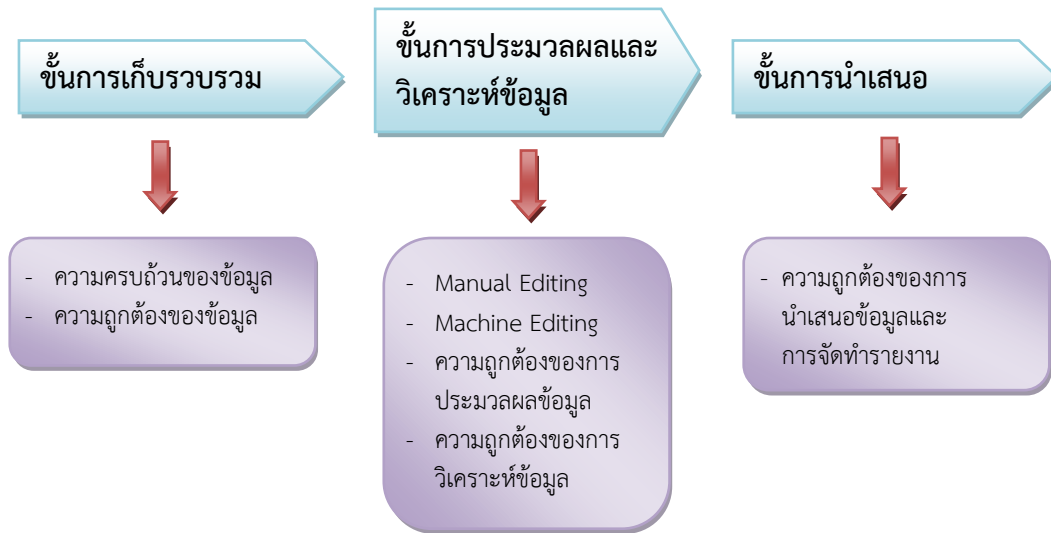
- ความคิดเห็นต่อการให้บริการ
 - สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุงและสิ่งที่ต้องการให้บริการเพิ่ม
 - ความไม่พึงพอใจที่มีต่อการให้บริการ
 - สิ่งประทับใจต่อการบริการ
 - ความคิดเห็นด้านความคาดหวังต่อการพัฒนาการบริการ
 - ข้อเสนอแนะอื่นๆ เป็นต้น
- ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยวิธีการ ดังนี้

การหาความเที่ยงตรง (Validity) โดยการตรวจสอบและพิจารณาเนื้อหาของแบบสอบถาม และตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของข้อคำถามในแต่ละข้อ ว่าตรงตามจุดมุ่งหมายของการศึกษาหรือไม่ หลังจากนั้นจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อนำไปใช้งานต่อไป

การทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) เพื่อให้แน่ใจว่าคำถามมีความน่าเชื่อถือในเชิงสถิติ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองกับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อทดสอบคำถามในแต่ละข้อว่าสามารถสื่อความหมายได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ จากนั้นนำแบบสอบถามมารวบรวมข้อมูลและทดสอบหาความเชื่อมั่นรวมโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient)

2.2.6 การควบคุมคุณภาพการจัดเก็บข้อมูล

แผนภาพที่ 19 การควบคุมคุณภาพการจัดเก็บข้อมูลในแต่ละขั้นตอน



การควบคุมคุณภาพในการจัดเก็บข้อมูล จะดำเนินการในแต่ละขั้นตอนของการสำรวจความพึงพอใจ ดังนี้

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ มีผลต่อคุณภาพของข้อมูลที่ได้ ดังนั้น การควบคุมคุณภาพในขั้นนี้จะดำเนินการอย่างละเอียดรอบคอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือมากที่สุด สำหรับนำไปใช้ในขั้นตอนต่อไป โดยพิจารณาจาก

- ความครบถ้วนของข้อมูล โดยการตรวจสอบรายการต่างๆ ในแบบสอบถามว่าได้มีการบันทึกครบถ้วนทุกรายการที่กำหนดหรือไม่
- ความถูกต้องของข้อมูล โดยตรวจสอบข้อมูลที่บันทึกในแบบสอบถามว่ามีความถูกต้องหรือไม่ เช่น ชื่อนายสมชาย แต่เลือกตอบในหัวข้อ : เพศ เป็นเพศหญิง เป็นต้น

ขั้นตอนการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล ในขั้นตอนการนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามเข้าโปรแกรม Ms Excel เพื่อใช้ในการประมวลผลด้วยโปรแกรมประมวลผลทางสถิติ จะมีการควบคุมคุณภาพของข้อมูล ดังนี้

- การตรวจสอบด้วยมือ (Manual Editing) โดยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้บันทึกเข้าไปในโปรแกรม Ms Excel เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และถูกต้อง
- การตรวจสอบด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ (Machine editing) เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของการลงรหัส (Coding) ความสัมพันธ์ของข้อมูล และการตรวจสอบความเป็นไปได้ของข้อมูล (Possible Code)
- ความถูกต้องของการประมวลผลข้อมูล โดยเป็นการตรวจสอบอย่างละเอียดรอบคอบว่าได้มีการคำนวณค่าผิดหรือไม่ รวมทั้งต้องมีการตรวจสอบโปรแกรมการประมวลผลให้ถูกต้อง
- ความถูกต้องการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการประมวลผลมาทำการวิเคราะห์ โดยจะต้องเลือกค่าสถิติที่จะนำมาใช้ให้เหมาะสมถูกต้อง และตรวจสอบดูว่าค่าที่คำนวณมาได้นั้นถูกต้องหรือไม่

ขั้นการนำเสนอรายงาน โดยจะมีการตรวจสอบว่า ข้อมูลในแต่ละตารางหรือรูปภาพที่นำเสนอมีความถูกต้อง ครบถ้วน และสัมพันธ์กันหรือไม่ เช่น ยอดรวมของแต่ละตารางซึ่งควรจะมีค่าเท่ากันนั้น เท่ากันหรือไม่ หรือตัวเลขบางตารางสูงหรือต่ำเกินไป เป็นต้น

2.2.7 การวิเคราะห์

การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลระดับความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีหลักเกณฑ์ดังนี้

- ตัวแปรความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการ ประกอบด้วยความคาดหวังและความพึงพอใจในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ และความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการให้บริการ

การคิดคะแนนของแต่ละระดับความพึงพอใจ กำหนดหลักเกณฑ์ดังนี้

คะแนน	ระดับความพึงพอใจ
5	พึงพอใจมากที่สุด
4	พึงพอใจมาก
3	พึงพอใจ
2	พึงพอใจน้อย
1	ไม่พึงพอใจเลย

- ข้อมูลจากแบบสอบถาม : นำข้อมูลเข้าระบบโดยโปรแกรม Ms Excel ก่อนที่จะนำไปประมวลผลด้วยโปรแกรมประมวลผลทางสถิติ (Statistic Package for Social Science: SPSS) ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อสรุปลักษณะของตัวอย่าง
- การคำนวณค่าร้อยละและคะแนนความพึงพอใจนั้น ค่าร้อยละจะรวมผู้ตอบทั้งที่แสดงความคิดเห็นและไม่แสดงความคิดเห็น ส่วนการคำนวณคะแนนจะไม่รวมผู้ที่ไม่แสดงความคิดเห็น
- การวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละประเด็นย่อยใช้การคำนวณค่าร้อยละ คะแนน และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ซึ่งการแปลผลจะพิจารณาจากค่าคะแนน
- การวิเคราะห์คะแนนในแต่ละประเด็นหลัก หลังจากได้คะแนนของแต่ละประเด็นย่อยแล้ว จะคำนวณคะแนนความพึงพอใจในแต่ละประเด็นหลัก โดยการรวมคะแนนในแต่ละประเด็นย่อย แล้วนำมาเฉลี่ยเป็นคะแนนพึงพอใจในประเด็นหลัก
- การวิเคราะห์คะแนนในแต่ละงานบริการ หมายถึง คะแนนที่ได้จากการนำคะแนนในแต่ละประเด็นหลักมาคำนวณ ซึ่งประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่
 1. ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ
 2. ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

3. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก
4. ด้านคุณภาพการให้บริการ

สำหรับประเด็นที่ 5 ด้านงานบริการในภาพรวมใช้ในการสอบย้อนกับการให้คะแนนในประเด็นอื่นๆ ไม่ได้นำมาคำนวณคะแนนภาพรวม

- สำหรับคะแนนความพึงพอใจในภาพรวมของงานบริการ หมายถึง คะแนนซึ่งได้จากการนำคะแนนความพึงพอใจของทุกงานบริการมาคำนวณ สำหรับการให้น้ำหนักความสำคัญ ของแต่ละงานบริการ โดยนำคะแนนที่ได้มาคูณกับน้ำหนักของแต่ละงานบริการ

$$\text{ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก} = [(\text{คะแนนของงานบริการที่ 1} \times \% \text{ น้ำหนักของงานบริการที่ 1}) + (\text{คะแนนของงานบริการที่ 2} \times \% \text{ น้ำหนักของงานบริการที่ 2}) + (\text{คะแนนของงานบริการที่ 3} \times \% \text{ น้ำหนักของงานบริการที่ 3}) + (\text{คะแนนของงานบริการที่ 4} \times \% \text{ น้ำหนักของงานบริการที่ 4})]$$

ทั้งนี้ กรณีที่ สรพ. เห็นว่าแต่ละงานบริการมีความสำคัญต่อการให้บริการที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ควรให้น้ำหนักความสำคัญเท่ากัน

- สำหรับการแปลผลคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีหลักเกณฑ์การแบ่งคะแนนตามช่วง ดังนี้

คะแนน	ระดับความพึงพอใจ
4.21 – 5.00	พึงพอใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	พึงพอใจมาก
2.61 – 3.40	พึงพอใจ
1.81 – 2.60	พึงพอใจน้อย
1.00 – 1.80	ไม่พึงพอใจเลย

- การวิเคราะห์คะแนนของงานบริการ หลังจากได้คะแนนในแต่ละประเด็นหลักแล้ว ให้นำคะแนนของงานบริการที่ได้มาคำนวณร้อยละของคะแนนโดยการเทียบคะแนน 5 เท่ากับ 100% เพื่อสรุปผลเทียบเป็นร้อยละของความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยร้อยละของความพึงพอใจของผู้รับบริการจะนำไปเป็นข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดภาคบังคับตามกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558

❖ เกณฑ์การกำหนดตัวชี้วัดของสำนักงาน ก.พ.ร.

ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละความพึงพอใจ	70	75	80	85	90

2.2.8 การแปลผลและการเขียนรายงาน

การแปลผลโดยแบ่งคะแนนตามช่วง (Best, J. W. (1977). Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc.) ในส่วนที่ประเมินตาม Rating Scale ดังนี้

คะแนน	ระดับความพึงพอใจ
4.21 – 5.00	ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมาก
2.61 – 3.40	ผู้รับบริการค่อนข้างพึงพอใจ
1.81 – 2.60	ผู้รับบริการไม่ค่อยพึงพอใจ
1.00 – 1.80	ผู้รับบริการไม่มีความพึงพอใจเลย

ภายหลังจากการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล ที่ปรึกษาจะนำข้อมูลและผลการวิเคราะห์ที่ได้มาจัดทำรายงานการสำรวจความพึงพอใจ รวมถึงจะได้ให้ข้อสังเกตที่พบและข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจไว้ในรายงานฉบับดังกล่าวด้วย

ส่วนที่ 3 การสรุปผลการประเมิน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ในการสรุปผลการประเมินในภาพรวม ที่ปรึกษาจะดำเนินการ ดังนี้

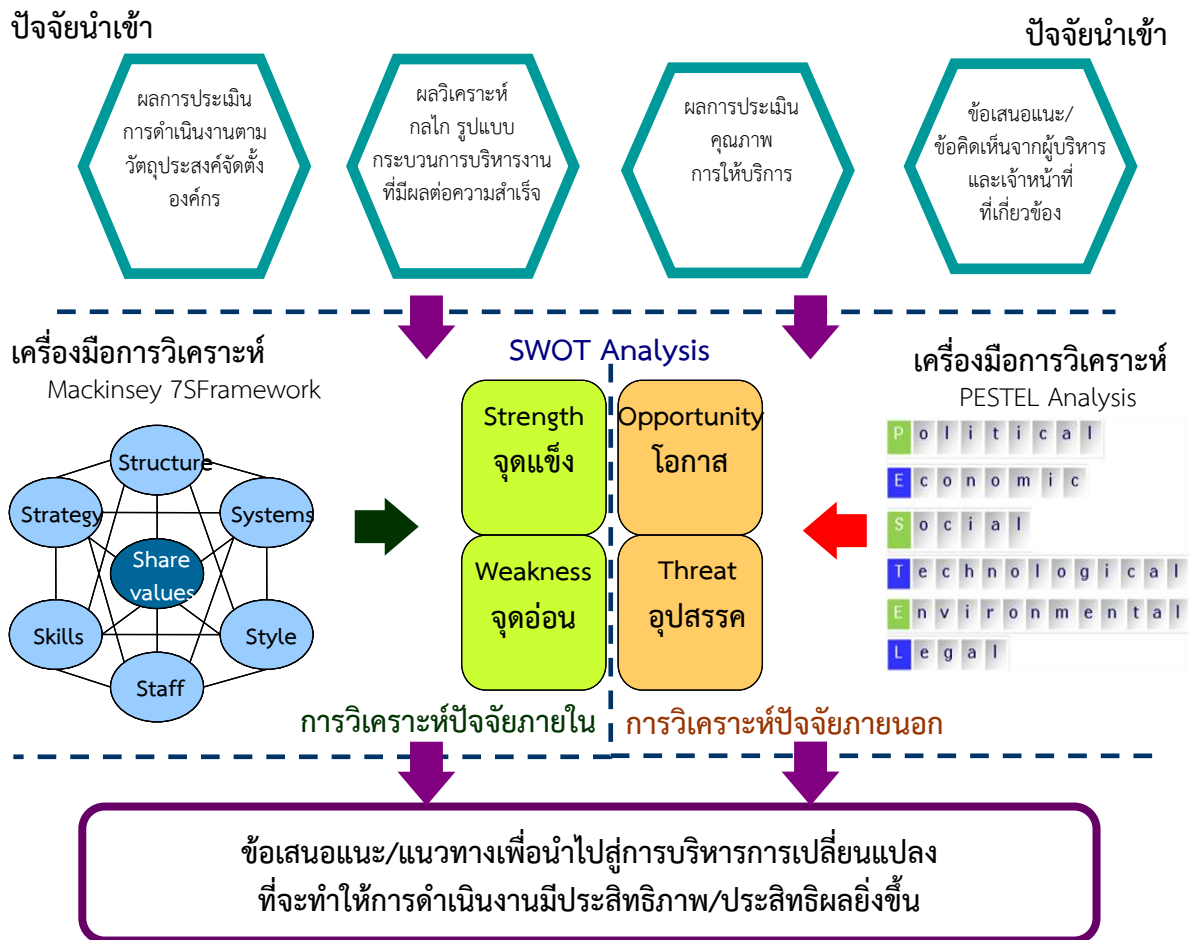
3.1) การสรุปสภาพปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน

ที่ปรึกษาจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินผล รวมทั้งจากเอกสาร หลักฐาน และรายงานต่างๆ ที่ได้รับจากสถาบันฯ เพิ่มเติม เช่น รายงานการประชุมคณะกรรมการ เป็นต้น นอกจากนั้นจะทำการสำรวจข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับทางด้านการบริหารงาน ปัญหา อุปสรรค หรือข้อจำกัดที่พบจาก ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอีกด้วย เพื่อสรุปสภาพปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในแต่ละภารกิจ และจัดทำข้อเสนอแนะแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาต่อไป

3.2) การจัดทำข้อเสนอแนะ/แนวทางเพื่อการพัฒนาการดำเนินงาน

ที่ปรึกษาจะดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากผลการประเมินในส่วนต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับบทบาท ภารกิจ แผนงานและโครงการของหน่วยงาน รวมทั้งแนวทางการดำเนินงานขององค์กร เพื่อนำไปสู่การบริหารการเปลี่ยนแปลง ที่จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคต โดยมีกรอบการวิเคราะห์เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะ ดังแสดงในแผนภาพที่ 20

แผนภาพที่ 20 กรอบการวิเคราะห์เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะ/แนวทางเพื่อการพัฒนาการดำเนินงาน



3.3) การจัดทำรายงานและประชุมชี้แจงสรุปผลการประเมินผลการดำเนินงาน

หลังจากการประเมินแล้ว ที่ปรึกษาจะสรุปผลการในภาพรวมของสถาบันฯ และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายรวมทั้งแนวทางการดำเนินงานขององค์กร เพื่อนำไปสู่การบริหารการเปลี่ยนแปลงที่จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคต โดยที่ปรึกษาจะดำเนินการชี้แจงสรุปผลการประเมินผลการดำเนินงานและรับฟังความคิดเห็นจากบุคลากรของสถาบันฯ ตลอดจนนำเสนอผลการประเมินกับคณะกรรมการบริหาร เพื่อรับฟังความคิดเห็นมาปรับปรุงผลการประเมินและข้อเสนอแนะการพัฒนาปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

นอกจากนั้น ที่ปรึกษาจะจัดทำรายงานสรุปผลการสำรวจความพึงพอใจต่อการให้บริการของ สรพ. ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 สำหรับ สรพ. นำไปใช้ในการประเมินผลตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติงานและนำเสนอสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการต่อไป

บทที่ 3

สรุปการประเมินผลการดำเนินงาน

ที่ปรึกษาดำเนินการประเมินผลการดำเนินงานตามกรอบและแนวทางการประเมินผลที่กำหนดไว้ โดยสามารถแบ่งส่วนการประเมินออกเป็น 3 ช้อย่อย ดังนี้

3.1) การประเมินผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์จัดตั้งองค์กร เป็นการประเมินความสอดคล้อง/ความเชื่อมโยงของการถ่ายทอดภารกิจตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในกฎหมายจัดตั้ง แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติงานประจำปีจนถึงในระดับกิจกรรม/แผนงาน/โครงการ (Coherence to mandate)

3.2) การประเมินผลแผนงานโครงการ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลแผนงาน/โครงการและประเมินความสำเร็จในการดำเนินการตามแผนการดำเนินงานของ สรพ. ซึ่งได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด OECD/DAC มาใช้ในการประเมิน

3.3) การประเมินผลด้านการพัฒนาองค์กร เป็นการประเมินระบบการบริหารจัดการ 5 ด้าน ได้แก่ การบริหารความเสี่ยง การควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน การบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล

3.1 สรุปการประเมินภาพรวมตามวัตถุประสงค์จัดตั้งองค์กร

การประเมินผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์จัดตั้งองค์กร ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 ถึงปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 สามารถสรุปผลจากการประเมินความสอดคล้องเชื่อมโยงของการถ่ายทอดจากวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในกฎหมายจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1) ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลรวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

2) รวบรวมข้อมูล ศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล

3) ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ

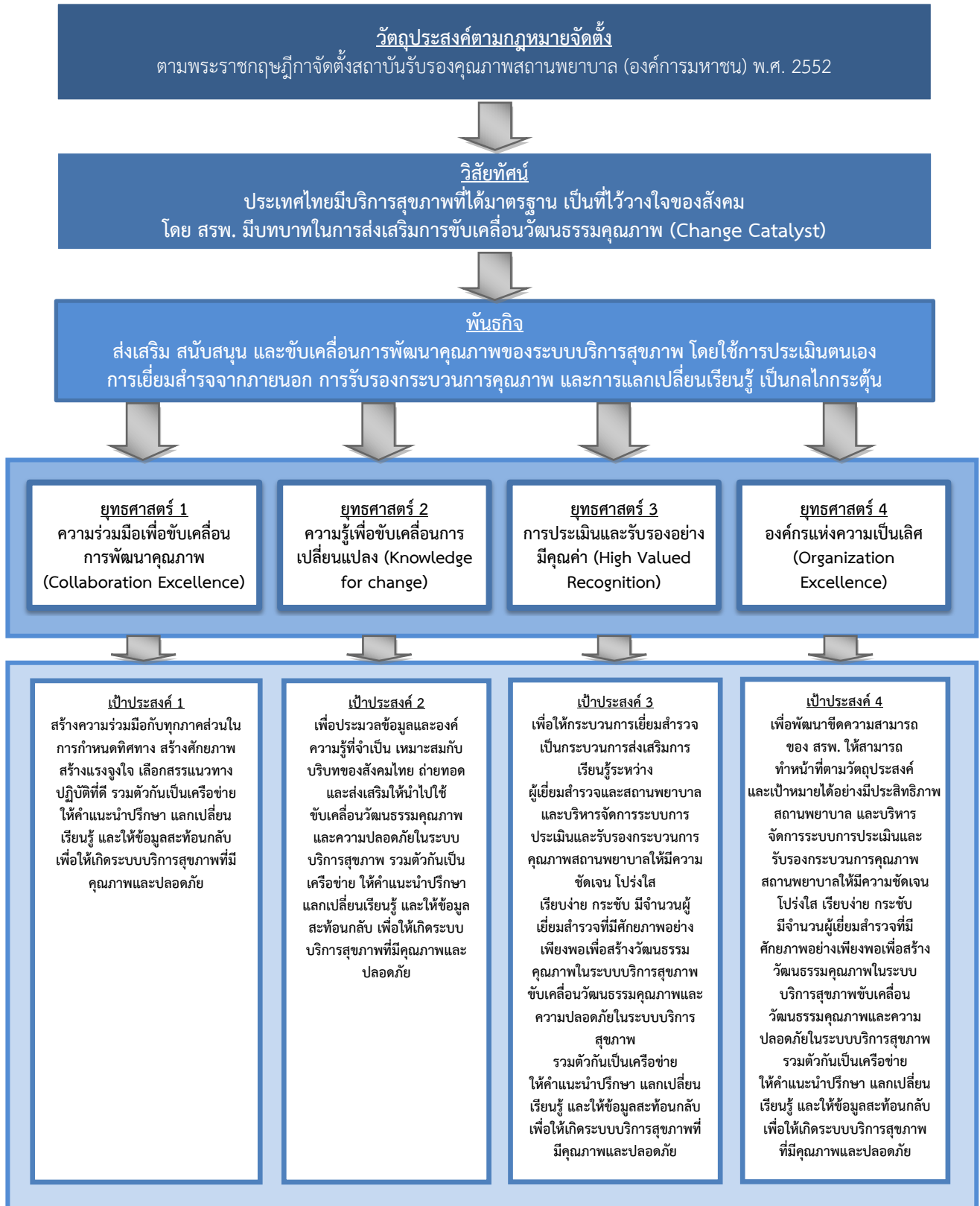
4) ส่งเสริม สนับสนุน และดำเนินการเผยแพร่องค์ความรู้ และการให้บริการ การเข้าถึง และใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

5) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ องค์กรหรือหน่วยงานในประเทศหรือต่างประเทศ และภาคเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

6) จัดทำหลักสูตรและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลให้เกิดความเข้าใจกระบวนการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

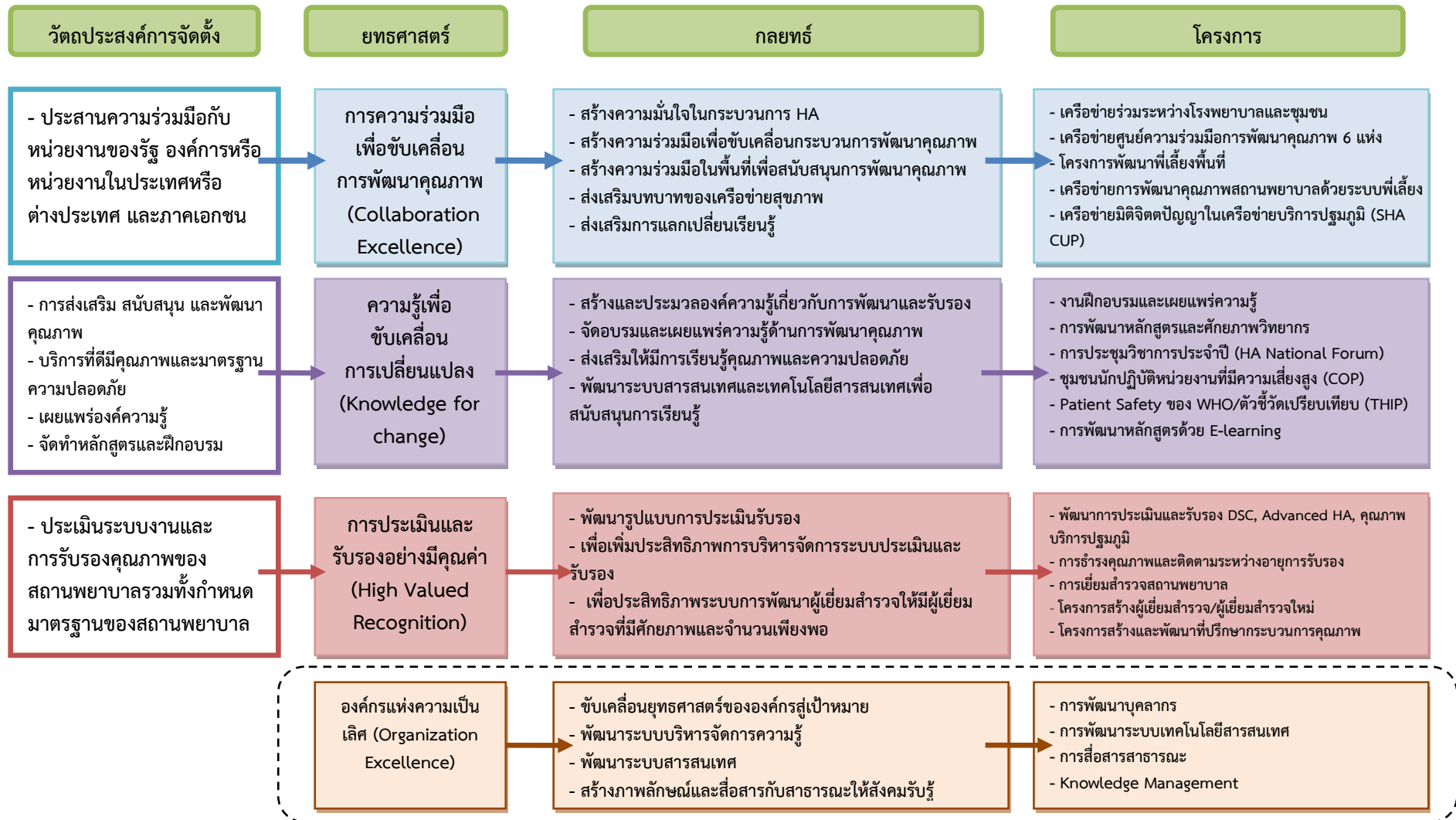
จากวัตถุประสงค์การจัดตั้งสถาบันข้างต้น สรพ. ได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์ รวมทั้งแนวทางการดำเนินงานเพื่อรองรับภารกิจตามวัตถุประสงค์การจัดตั้ง โดยสามารถแสดงความเชื่อมโยงกันของวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์ ได้ตั้งแผนภาพที่ 21

แผนภาพที่ 21 ความเชื่อมโยงของวัตถุประสงค์ตามกฎหมายจัดตั้ง วิทยาลัยศัลยกรรม พันธ์กิจ ยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์



นอกจากการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์ เพื่อรองรับภารกิจตามวัตถุประสงค์การจัดตั้งตามกฎหมายแล้ว สรพ. ได้จัดทำแผนงานโครงการที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์ดังกล่าว เพื่อใช้ขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุภารกิจตามวัตถุประสงค์การจัดตั้งตามกฎหมาย โดยจากการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงตั้งแต่วัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กร วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ กลยุทธ์ และแผนงานโครงการนั้น ปรากฏว่ามีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกันตามวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กรอย่างครบถ้วน ทั้งนี้ ที่ปรึกษาได้แสดงความเชื่อมโยงระหว่างวัตถุประสงค์การจัดตั้ง ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และแผนงานโครงการ ดังแสดงในแผนภาพที่ 22

แผนภาพที่ 22 ความเชื่อมโยงของวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กร ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และแผนงานโครงการ



โดยผลจากการดำเนินงานของโครงการตามแผนภาพที่ 22 สามารถนำมาวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามห่วงโซ่ของผลกระทบ (Results Chain) โดยพิจารณาจากผลผลิต (Outputs) และผลลัพธ์ (Outcomes) ที่นำไปสู่ผลกระทบ (Impact) ทั้งในส่วนที่ประเมินผลได้ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยสามารถแสดงห่วงโซ่ผลลัพธ์ (Results Chain) ของการดำเนินงานที่สำคัญที่ผ่านมาของ สรพ. ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 – 2557 โดยแบ่งตามประเด็นยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ได้ ดังนี้

❖ ยุทธศาสตร์ที่ 1 : ความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ (Collaboration Excellence)

ยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพเป็นการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ทั้งในส่วนของสถานพยาบาลและผู้ที่จะส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในภาพรวม ได้แก่ หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติ หรือสร้างความรู้และผลิตบุคลากร กำกับดูแลวิชาชีพ ประเมินและให้ข้อเสนอแนะ ภาคประชาชนสังคมและชุมชน และเครือข่ายต่างประเทศ เป็นต้น

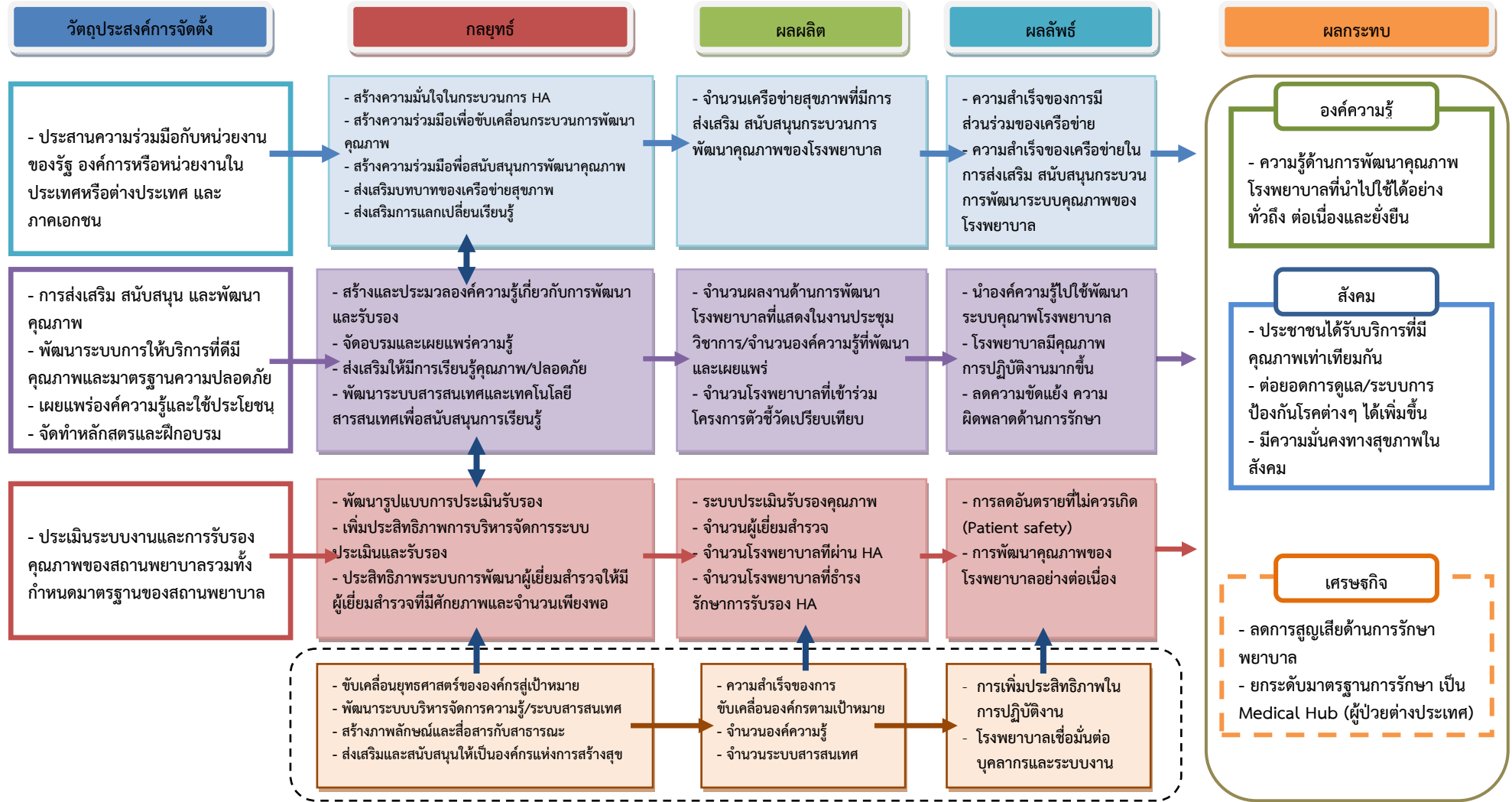
สรพ. ได้สร้างเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาล โดยมีเครือข่ายศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation Collaboration Center : HACC) เป็นกลไกหลักที่ช่วยขับเคลื่อนให้การส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลและการรับรองระบบ HA ประสบความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม มีการพัฒนาอย่างก้าวกระโดด ทั้งในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การช่วยแก้ปัญหาหารือกันผ่านช่องทางต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการ เช่น การจัดประชุม การอบรม และสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน และในช่องทางที่ไม่เป็นทางการ เช่น Social media เป็นต้น อีกทั้ง สรพ. ได้เข้าไปช่วยเป็นที่ปรึกษาให้แก่โรงพยาบาลต่างๆ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ และร่วมกับเครือข่ายในการช่วยเตรียมความพร้อมให้แก่โรงพยาบาลที่เข้าประเมินเพื่อรับรองมาตรฐาน โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดเล็ก ซึ่งช่วยแก้ไขข้อจำกัดด้านเจ้าหน้าที่ของ สรพ. ซึ่งไม่สามารถเข้าไปให้คำแนะนำปรึกษาได้เพียงพอ และทำให้มีการสื่อสารและถ่ายทอดองค์ความรู้ได้ทั่วถึงและครอบคลุมมากขึ้น ส่งผลให้มีจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ สรพ. มีการสร้างความร่วมมือด้านนโยบายกับกระทรวงสาธารณสุข การสร้างความร่วมมือกับราชวิทยาลัยทางการแพทย์ต่างๆ ตลอดจนองค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งเป็นองค์กรในระดับสากล เพื่อผลักดันให้มีการบรรจุเนื้อหาด้านการพัฒนาคุณภาพเข้าเป็นหลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ด้วย

แผนภาพที่ 23 กระบวนการสร้างเครือข่ายคุณภาพ



ทั้งนี้ ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 - 2557 ของ สรพ. มีผลการดำเนินงานที่สำคัญเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในยุคศาสตร์ที่ 1 โดยสามารถสรุปในภาพรวมได้ดังนี้

แผนภาพที่ 24 ห่วงโซ่ผลลัพธ์ (result chain) ของการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กร



1) การสร้างเครือข่ายในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ

ผลงาน	ปีงบประมาณ			
	2554	2555	2556	2557
1) เครือข่ายศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HACCC	6 (เครือข่าย)	6 (เครือข่าย)	6 (เครือข่าย)	6 (เครือข่าย)
2) เครือข่ายพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality learning Network)	21 (เครือข่าย)	12 (เครือข่าย)	20 (เครือข่าย)	31 (เครือข่าย)
3) เครือข่ายการใช้แนวคิดจิตตปัญญาบูรณาการในงานบริการสุขภาพ (Spiritual Healthcare)	64 (รพ.)	91 (รพ.)	1 (เครือข่าย)	160 (รพ.)
4) เครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างผู้ประสานงานด้านคุณภาพ SHA Facilitators	60 (คน)	123 (คน)	1 (เครือข่าย)	-
5) เครือข่ายการผสมผสานมิติจิตตปัญญาในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (SHA CUP)	-	4 (เครือข่าย)	8 (เครือข่าย)	8 (เครือข่าย)
6) เครือข่ายการผสมผสานมิติจิตตปัญญาในสามจังหวัดภาคใต้	-	3/37 (เครือข่าย/รพ.)	-	-
7) เครือข่ายนักสื่อสารสุขภาพ (SHA movie) ในกลุ่มคนชง SHA	-	2 (กลุ่ม)	-	-
8) เครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน	29 (รพ.)	30 (รพ.)	-	-
9) เครือข่ายการเรียนรู้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อการประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพ	30/60 (รพ./คน)	30/60 (รพ./คน)	-	-
10) เครือข่ายการศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยเพื่อปรับระบบบริการ (Patient Experience)	-	-	5 (เครือข่าย)	-
11) Narrative Medicinee	-	-	-	1 (เครือข่าย)
12) Quality Consultant	-	-	-	1 (เครือข่าย)

2) การพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษาเครือข่าย

ผลงาน	ปีงบประมาณ			
	2554	2555	2556	2557
1) จำนวนพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษาที่เข้ารับการพัฒน	270 (คน)	280 (คน)	260 (คน)	400 (คน)
2) จำนวนพี่เลี้ยงคุณภาพที่มีศักยภาพ/ขึ้นทะเบียนเป็นที่ปรึกษา	30 (คน)	16 (คน)	-	45 (คน)

นอกจากนี้ การดำเนินการสร้างเครือข่ายในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ก่อให้เกิดผลลัพธ์สำคัญในด้านต่างๆ ได้แก่ 1) ศักยภาพของบุคลากรระบบสุขภาพในพื้นที่ อาทิ พี่เลี้ยงคุณภาพ/บุคลากร ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้หรือแนวคิดคุณภาพ, ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพได้รับการขึ้นทะเบียนใหม่

เป็นต้น 2) ด้านประสิทธิผล อาทิ โรงพยาบาลในเครือข่ายผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ HA เพิ่มขึ้น, โรงพยาบาลมีความพร้อมเข้าสู่กระบวนการคุณภาพเพิ่มขึ้น เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้ภาคประชาชน สังคม ชุมชน ได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน นอกจากนี้ สรพ. ได้ร่วมกับองค์กรระดับสากล เช่น WHO เพื่อผลักดันให้โรงเรียนแพทย์บรรลุหลักสูตรด้านการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล ซึ่งถ้าโรงเรียนแพทย์ที่ไม่มีหลักสูตรดังกล่าว นักศึกษาแพทย์ของโรงเรียนแพทย์แห่งนั้นจะไม่สามารถไปเรียนต่อต่างประเทศได้ เป็นต้น

ข้อสังเกต:

➤ สรพ. มีการสร้างความร่วมมือกับสภาวิชาชีพต่างๆ เช่น สภาเทคนิคการแพทย์ สภาเภสัชกรรม ทั้งนี้ มาตรฐานของสภาเทคนิคการแพทย์และสภาเภสัชกรรมมีการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน HA โดยโรงพยาบาลจะต้องผ่านมาตรฐานดังกล่าวจึงจะสามารถขอรับรอง HA ได้ นอกจากนี้ สภาวิชาชีพที่ได้จัดทำมาตรฐานอาชีพแล้วแต่ยังไม่สามารถนำไป Implement ได้ จะมีการหารือกับ สรพ. เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ขณะเดียวกัน สรพ. ก็ได้นำแนวทางมาตรฐานของสภาวิชาชีพมาปรับใช้เพื่อพัฒนามาตรฐาน HA ด้วย ซึ่งทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างกันมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้แทนจากสภาวิชาชีพให้ข้อสังเกตว่า การเชื่อมโยงมาตรฐานของสภาวิชาชีพเข้ากับมาตรฐาน HA ยังทำได้ยากในทางปฏิบัติ เนื่องจากจะทำให้ระบบมีความซับซ้อนและสร้างความสับสนให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลมากขึ้น ซึ่งเป็นประเด็นที่ สรพ. และสภาวิชาชีพต้องหารือร่วมกันต่อไป

ข้อเสนอแนะ:

➤ เครือข่ายที่ช่วยให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลประสบความสำเร็จ เห็นผลเป็นรูปธรรม คือ เครือข่ายที่มีโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เข้มแข็ง สามารถช่วยโรงพยาบาลในเครือข่ายได้รับการพัฒนา เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างกัน สรพ. จึงควรหาปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลแม่ข่ายเหล่านี้ประสบความสำเร็จในการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลลูกข่าย และขยายผลรูปแบบการดำเนินการในเครือข่ายที่โรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่เข้มแข็ง

➤ ควรมีการพัฒนาและเพิ่มประสบการณ์ให้บุคลากรของ สรพ. เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำหรือเป็นที่ปรึกษาให้แก่เครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์ คณะกรรมการบริหาร บางท่านให้ความเห็นว่าบุคลากรของ สรพ. บางส่วนยังขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโดยตรง ทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำหรือเป็นที่ปรึกษาให้แก่เครือข่ายได้อย่างชัดเจน

❖ ยุทธศาสตร์ที่ 2 : ความรู้เพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง (Knowledge for change)

ยุทธศาสตร์ความรู้เพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงเป็นการมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลให้ภาคส่วนต่างๆ ตระหนักถึงความสำคัญของความรู้วิชาการด้านคุณภาพ มีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง และเกิดการบริหารจัดการองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ โดยสนับสนุน ส่งเสริม สร้างสังเคราะห์ รวบรวม และเผยแพร่องค์ความรู้ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สามารถนำไปพัฒนาใช้ได้จริงจนเกิดคุณภาพและความปลอดภัยให้กับประชาชน ทั้งนี้ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ก่อให้เกิดการตื่นตัวของโรงพยาบาลในการพัฒนาให้ได้ตามมาตรฐาน HA มีการนำข้อกำหนดในมาตรฐานไปปฏิบัติ พัฒนาเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการปฏิบัติงานในอันที่จะนำไปสู่ระบบที่ดีขึ้น รวมทั้งการติดตามรายงาน/ทบทวนผลที่เกิดขึ้นตามกรอบ PDCA (Plan-Do-Check-Act) โดยถ้าความเสี่ยงเกิดขึ้นน้อยลง แสดงให้เห็นว่าการดำเนินการเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง แต่ถ้ามีความเสี่ยงเกิดขึ้นอีก แสดงว่ายังไม่สามารถอุดรูรั่วได้หมด เป็นต้น

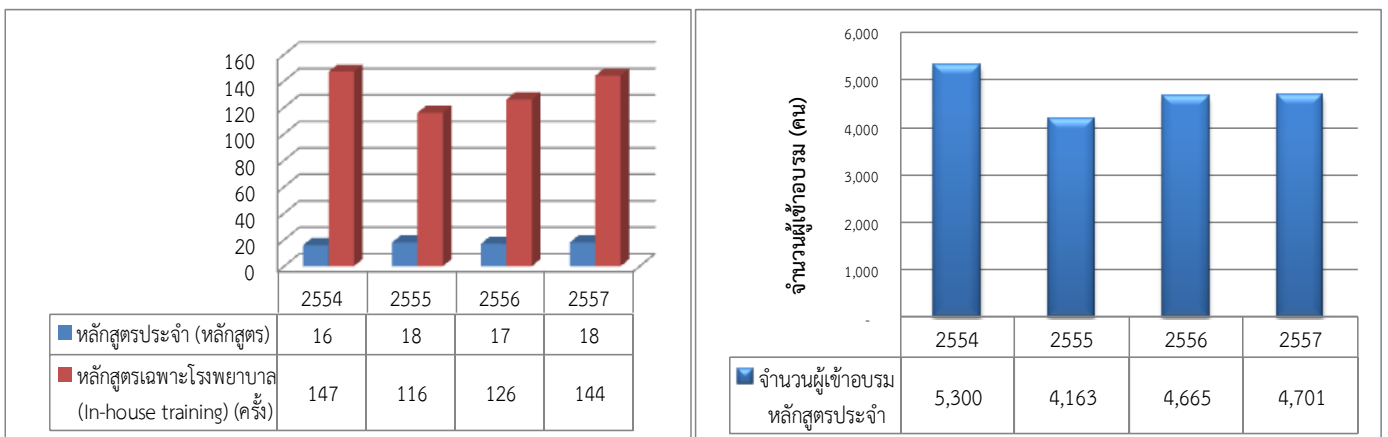
ในช่วงปีที่ประเมินผล สรพ. ดำเนินการบรรลุเป้าหมายในการสร้างและพัฒนาระบบประเมินและรับรองมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาล โดยมีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อช่วยให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดทำตัวชี้วัดเปรียบเทียบ รวมทั้งมีการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลเกิดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพ ทำให้ สรพ. มีภาพลักษณ์ที่ดี และได้รับการยอมรับทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ ทั้งนี้ ระบบ HA เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ ทำให้ สรพ. มีความสัมพันธ์ที่ดีกับสถานพยาบาล อีกทั้งระบบ HA ช่วยให้เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลมีการสื่อสารระหว่างกันมากขึ้น ส่งผลให้การทำงานร่วมกันดีขึ้น



ทั้งนี้ ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 - 2557 ของ สรพ. มีผลการดำเนินงานที่สำคัญเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในยุทธศาสตร์ที่ 2 โดยสามารถสรุปในภาพรวมได้ดังนี้

1) การฝึกอบรมและเผยแพร่ความรู้

สรพ. ได้จัดหลักสูตรอบรมครอบคลุมหลักสูตรพื้นฐาน หลักสูตรเฉพาะ หลักสูตรสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ และหลักสูตรสำหรับผู้บริหาร เพื่อส่งเสริม พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ได้เพิ่มพูนทักษะความรู้ตลอดจนเทคนิค วิธีการปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล และยกระดับคุณภาพการให้บริการสุขภาพที่จะเป็นประโยชน์แก่ประชาชนผู้รับบริการ



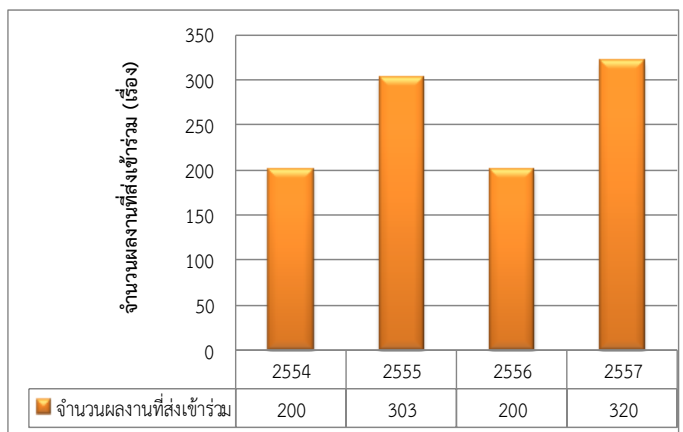
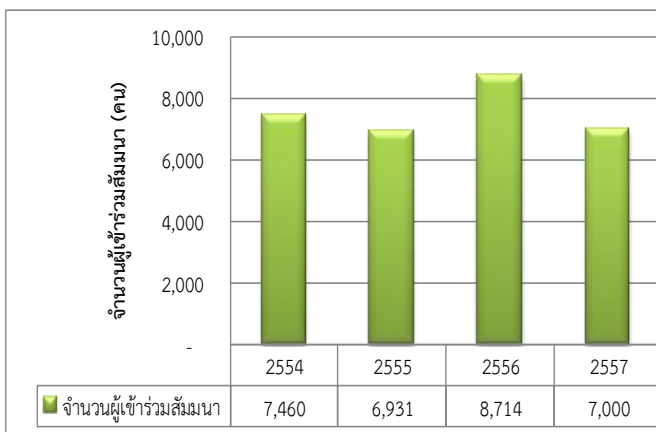
ทั้งนี้ ผลประเมินตามคำรับรองการปฏิบัติงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 - 2557 ระดับความสำเร็จการจัดประชุมวิชาการประจำปี ทั้ง 4 ปี เท่ากับ ระดับ 5 โดยเกิดผลลัพธ์จากการดำเนินงานที่สำคัญ อาทิ บุคลากรมีการพัฒนาศักยภาพ มีองค์ความรู้ใหม่ๆ เพื่อประยุกต์ใช้ในการให้บริการ เป็นต้น ส่งผลกระทบให้เกิดการพัฒนากระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น เรื่อง Lean ช่วยลดความสูญเปล่า การ Stock ยา ลดค่าใช้จ่ายได้ เป็นต้น

นอกจากหลักสูตรประจำและหลักสูตรเฉพาะโรงพยาบาล (Inhouse training) สรพ. ยังมีการจัดทำและพัฒนาหลักสูตรอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่ หลักสูตรอบรมเพื่อการศึกษาคุณงานสำหรับต่างประเทศ การพัฒนาหลักสูตรและศักยภาพวิทยากร และการพัฒนาหลักสูตร E-learning เป็นต้น

2) การจัดสัมมนาวิชาการประจำปี (HA National Forum)

เพื่อเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพสำหรับโรงพยาบาลทั่วประเทศและนำเสนอองค์ความรู้ใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานของโรงพยาบาล

ปีงบประมาณ พ.ศ.	Theme “HA National Forum”
2554	งานประชุมวิชาการ ภายใต้แนวคิด "ความงามในความหลากหลาย" ระหว่างวันที่ 15-18 มีนาคม พ.ศ. 2554 ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี
2555	งานประชุมวิชาการ ภายใต้แนวคิด "เรียนรู้บูรณาการ งานกับชีวิต" ระหว่างวันที่ 13-16 มีนาคม พ.ศ. 2555 ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี
2556	งานประชุมวิชาการ ภายใต้แนวคิด "องค์กรที่น่าไว้วางใจ" ระหว่างวันที่ 13-15 มีนาคม พ.ศ. 2556 ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี
2557	งานประชุมวิชาการ ภายใต้แนวคิด "ความผูกพันเพื่อคุณภาพ" ระหว่างวันที่ 11-14 มีนาคม พ.ศ. 2557 ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี



ทั้งนี้ ผลประเมินตามคำรับรองการปฏิบัติงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 - 2557 ระดับความสำเร็จการจัดประชุมวิชาการประจำปี ทั้ง 4 ปี เท่ากับ ระดับ 5 โดยเกิดผลลัพธ์และผลกระทบจากการดำเนินงานที่สำคัญ อาทิ เกิดการสร้างเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ บุคลากรมีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการให้บริการภาคประชาชน สังคม และชุมชนต่อไป

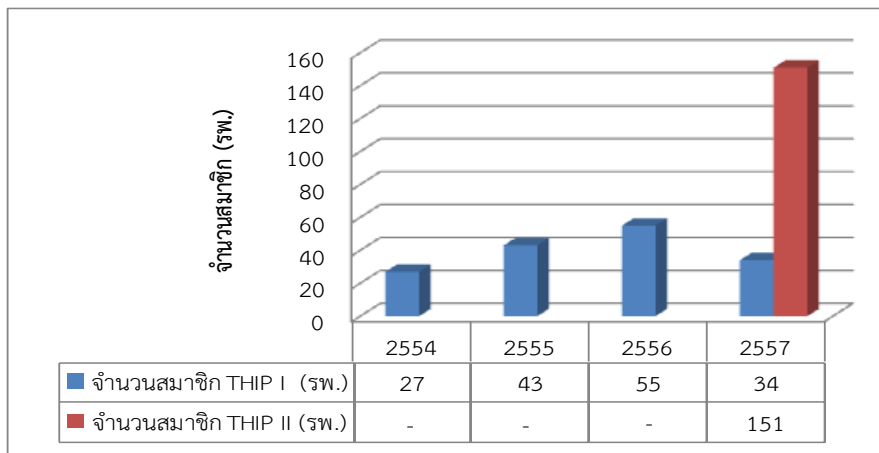
3) การพัฒนาเครื่องมือและกลไกเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล

ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 - 2557 สรพ. มีการพัฒนาเครื่องมือและกลไกเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่

- การพัฒนาระบบสารสนเทศวัดเปรียบเทียบระดับคุณภาพ (Thailand Hospital Project Indicator: THIP)

เพื่อให้ทราบว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพนั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ การวัดผลเปรียบเทียบกับผลงานในอดีตหรือเปรียบเทียบกับเป้าหมาย หรือการเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจะนำไปสู่การขับเคลื่อนการพัฒนาที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบตัวชี้วัดเปรียบเทียบเพื่อสนับสนุนการพัฒนาเท่ากับ ระดับ 5 โดย สรพ. มีการพัฒนาปรับปรุง Template ระบบฐานข้อมูลตัวชี้วัด เพื่อตอบสนองความต้องการใช้งาน ซึ่งโรงพยาบาลสามารถนำตัวชี้วัดเปรียบเทียบในโครงการ THIP ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลได้ในแต่ละด้าน อาทิ การพัฒนาระบบงานดีขึ้น ค้นพบโอกาสและวางแผนพัฒนา เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้เกิด Good Practice จากการใช้ตัวชี้วัดเปรียบเทียบ อาทิ ระบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, ระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลรามธิบดี และการลดอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคุมสายสวนปัสสาวะ (ภาพรวม) ในกลุ่มโรงพยาบาลภาครัฐระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ เป็นต้น



- การสร้างชุมชนนักปฏิบัติหน่วยงานความเสี่ยงสูง (CoP)

เป็นโครงการที่ก่อให้เกิดเครือข่ายการทำงานของกลุ่มคนที่ปฏิบัติในหน่วยงานงานความเสี่ยงสูง โดยมุ่งให้เกิดแนวปฏิบัติจากคนปฏิบัติงานและผู้เชี่ยวชาญร่วมกัน

โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ได้พัฒนาชุมชนนักปฏิบัติ หน่วยงานความเสี่ยงสูง 4 หน่วยงาน คือ หน่วยงานห้องฉุกเฉิน, หน่วยงานห้องคลอด, หน่วยงานห้องผ่าตัด และหน่วยงานผู้ป่วยวิกฤต และสร้างความร่วมมือกับกรมควบคุมโรค สำนักโรคเอดส์ และ TUC พัฒนาชุมชนนักปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ และในปีงบประมาณ 2557 มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์จากการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ องค์ความรู้/กระบวนการสำคัญเผยแพร่จำนวน 6 เรื่อง, Good practice ที่ได้รับ

การพัฒนาและเผยแพร่ จำนวน 6 เรื่อง และองค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับหน่วยงานความเสี่ยงสูงและชุมชนนักปฏิบัติ Lean และ Simple จำนวน 9 เรื่อง เป็นต้น

ข้อสังเกต:

➤ สถานพยาบาลต่างๆ ให้ความสนใจในการพัฒนาบุคลากร/ระบบงานเพิ่มขึ้น การดำเนินงานด้านการฝึกอบรมและเผยแพร่ความรู้จึงมีการขยายผลอย่างต่อเนื่องทุกปี ดังเห็นได้จากการจัดสัมมนาวิชาการประจำปี (HA National Forum) เพื่อเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพสำหรับโรงพยาบาลทั่วประเทศและนำเสนอองค์ความรู้ใหม่ๆ มีจำนวนผู้เข้าร่วมงานมากและโรงพยาบาลจำนวนมากเข้ามามีส่วนร่วมในเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างไรก็ตาม สรพ. มีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากร ทำให้ยังไม่สามารถจัดอบรมความรู้ต่างๆ ได้เพียงพอกับความต้องการ

➤ จากการสัมภาษณ์ คณะกรรมการบริหารให้ข้อสังเกตว่า มาตรฐาน HA มีรายละเอียดมาก อีกทั้งต้องอาศัยประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติในการระบุความเสี่ยงหรือจุดที่ควรพัฒนาปรับปรุงคุณภาพ ซึ่งอาจทำให้การพัฒนาคุณภาพไม่สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนดได้ในกรณีที่ผู้ปฏิบัติหรือเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลไม่มีความเข้าใจระบบ HA อย่างแท้จริง ทั้งนี้ ผู้บริหาร สรพ. ให้ความเห็นว่าการถ่ายทอดความรู้ด้านมาตรฐานให้แก่โรงพยาบาล ควรให้ผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์ตรงหรือประสบความสำเร็จในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพในโรงพยาบาลเป็นผู้ถ่ายทอด เนื่องจากมีความเข้าใจบริบทในการปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้การถ่ายทอดองค์ความรู้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ:

➤ สรพ. ควรให้ความสำคัญในการจัดเก็บข้อมูลและติดตามผลจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม HA Forum โดยเฉพาะการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ทราบข้อมูลว่าการเข้าร่วม HA Forum ซึ่งถือเป็นกิจกรรมสำคัญของ สรพ. ที่เป็นที่ยู้งักในวงกว้าง ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดแรงบันดาลใจในการนำไปปรับใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่อไปหรือไม่ อย่างไร และนำข้อมูลที่ได้จากการติดตามและสัมภาษณ์ดังกล่าวมาปรับปรุงเพื่อพัฒนาการจัดกิจกรรมของ สรพ. เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

➤ สรพ. ควรหาปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลบางแห่งไม่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพหรือได้รับการรับรอง HA และนำปัจจัยดังกล่าวมาพิจารณาเพื่อปรับปรุงหลักสูตรการอบรมให้สอดคล้องกับบริบทหรือความต้องการของสถานพยาบาลมากขึ้น

❖ ยุทธศาสตร์ที่ 3 : การประเมินและรับรองอย่างมีคุณค่า (High Value Recognition)

สรพ. ได้พัฒนาระบบการให้การรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลหรือ HA (Hospital accreditation) โดยพัฒนาให้เป็นกลไกหลักในการกระตุ้นให้โรงพยาบาลเกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ทั้งในกระบวนการทำงานของโรงพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ระบบการตรวจสอบตนเองที่มีความน่าเชื่อถือ การบริหารงานที่เป็นระบบและร่วมกันทำงานเป็นทีม รวมทั้งความเหมาะสมของทรัพยากรที่สอดคล้องกับพันธกิจและขอบเขตงานของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดกระบวนการบำรุงรักษาและพัฒนาทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยส่งเสริม สนับสนุน ทั้งการให้ความรู้ควบคู่ไปกับการเรียนรู้แลกเปลี่ยนและการรับรองจากองค์กรภายนอก (External Peer)

สรพ. กำหนดเป้าหมายความสำเร็จในการส่งเสริม สนับสนุนให้โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ได้รับการรับรอง HA โดยกำหนดเป้าหมายเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปีหรือคิดเป็นจำนวนโรงพยาบาลประมาณ 50 แห่ง ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา มีโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA เพิ่มขึ้นเฉลี่ยประมาณ 100 แห่งต่อปี อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังมีโรงพยาบาลที่อยู่ในกระบวนการการขอรับรองขั้นที่ 3 หรือเข้าสู่กระบวนการรับรองให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เนื่องจากโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก และโรงพยาบาลรัฐบางแห่ง อาจมีแรงจูงใจในการทำ HA น้อยเนื่องจากมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมากและการมี/ไม่มี HA ไม่ได้ส่งผลให้ จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการโรงพยาบาลรัฐน้อยลง ขณะที่โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่มุ่งพัฒนาระบบ มาตรฐาน Joint Commission International (JCI) เพื่อรองรับลูกค้าต่างชาติ ทำให้กลุ่มเป้าหมายของ สรพ. เป็นโรงพยาบาลเอกชนระดับรองลงมา

ในการพัฒนาเพื่อเชื่อมโยงกับมาตรฐานทางการแพทย์ของไทย ปัจจุบันมีมาตรฐานที่มีการ เชื่อมโยงกับมาตรฐาน HA ได้แก่ มาตรฐานของสภาเทคนิคการแพทย์และสภาเภสัชกรรมที่โรงพยาบาลจะต้อง ผ่านมาตรฐานดังกล่าว จึงจะสามารถขอรับรอง HA ได้ สำหรับมาตรฐานที่รับรองโดยสภาวิชาชีพบางวิชาชีพ ยังอยู่ในกระบวนการพิจารณาความเหมาะสมในเชื่อมโยงกับระบบ HA

ในการพิจารณาปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การส่งเสริมระบบ HA ในโรงพยาบาลของ สรพ. ประสบความสำเร็จ (Key Success Factor) ประกอบด้วย

1. นโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องให้ความสำคัญต่อระบบ HA โดยประกาศเป็นนโยบายและมีการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ซึ่งจากนโยบายของกระทรวงฯ ที่ผ่านมา ได้ให้ความสำคัญกับระบบ HA ทำให้มีโรงพยาบาลจำนวนมากให้ความสนใจและเข้าร่วมเพื่อขอรับการ รับรองฯ
2. โรงพยาบาลที่ขอรับการรับรองระบบ HA มีปัจจัยที่สำคัญคือ ผู้บริหารโรงพยาบาล (ผู้อำนวยการ) ต้องเห็นความสำคัญ เข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนทรัพยากรตามความเหมาะสม แพทย์ พยาบาลต้องให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือ ทีมที่จะ Implement ระบบ HA จะต้องเข้าใจ ระบบ สามารถอธิบาย/ตอบคำถามผู้ปฏิบัติได้ดี
3. เครือข่ายและคุณภาพของเครือข่าย เนื่องจากข้อจำกัดของทรัพยากรของ สรพ. ทำให้การพัฒนา เครือข่ายเพื่อช่วยสนับสนุนงานของ สรพ. มีความสำคัญมาก

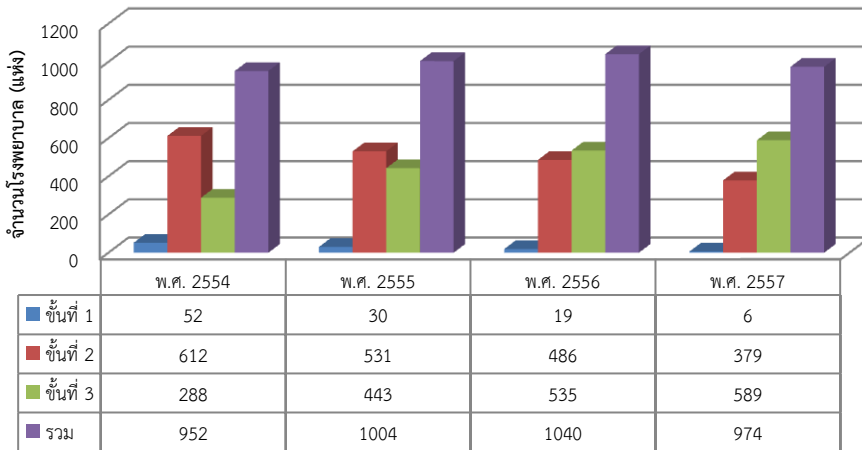
ทั้งนี้ ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 - 2557 ของ สรพ. มีผลการดำเนินงานที่สำคัญเพื่อ ขับเคลื่อนการดำเนินงานในยุคศาสตร์ที่ 3 โดยตัวชี้วัดความสำเร็จ ประกอบด้วย

1. โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองในขั้นที่ 3 (HA) มีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดย โรงพยาบาลเหล่านี้ได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมผ่านเครือข่าย Quality Learning Network ซึ่ง ช่วยเตรียมความพร้อมให้แก่โรงพยาบาลเพื่อเข้ารับรองมาตรฐาน
2. การพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ ผู้เยี่ยมสำรวจมีประสบการณ์ที่มากขึ้น ทำให้กระบวนการในการเยี่ยม สำรวจมีคุณภาพที่ดี
3. การพัฒนาระบบ AHA (Advanced HA) สำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA แล้ว เพื่อ กระตุ้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ AHA เป็นการพัฒนาต่อของมาตรฐาน HA โดยเน้นที่ ผลลัพธ์
4. การพัฒนา HA Brand ซึ่งเป็น National Brand ให้เป็นที่ยอมรับ รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นว่า เป็นมาตรฐานระดับนานาชาติ โดยพัฒนาตามมาตรฐานของ ISQua (The International

Society for Quality in Health Care) และระบบ HA ได้รับการรับรองจาก ISQua ด้าน Organisation และ Standard ทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเชื่อมั่นต่อมาตรฐาน HA ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดความสำเร็จ สามารถสรุปในภาพรวมได้ดังนี้

1) การประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่

- จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจประเมินในระดับชั้นต่างๆ



โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองในชั้นที่ 3 (HA) มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มขึ้นจาก 288 แห่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 เป็น 589 แห่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 หรือเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 104.5 ภายในระยะเวลา 4 ปี นอกจากนี้ แม้ว่าจะระบบ HA จะมุ่งเน้นกระบวนการปฏิบัติงานให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ แต่ก็ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดจากโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA นั้น ได้รับความรู้และปรับปรุงกระบวนการต่างๆ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและรูปธรรม

- การเพิ่มประสิทธิภาพการเยี่ยมสำรวจ

กระบวนการประเมินและรับรองเป็นสิ่ง ที่ สรพ. พัฒนามาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กระบวนการเยี่ยมสำรวจเป็นกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ระหว่างผู้เยี่ยมสำรวจและสถานพยาบาล และบริหารจัดการระบบการประเมินและรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลให้มีความชัดเจน โปร่งใส เรียบง่าย กระชับ มีจำนวนผู้เยี่ยมสำรวจที่มีศักยภาพอย่างเพียงพอเพื่อสร้างวัฒนธรรมคุณภาพในระบบบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นทั้งในขั้นตอนของ (1) การประเมินตนเองของสถานพยาบาล (2) การเยี่ยมสำรวจ (3) รายงานการเยี่ยมสำรวจ ทั้งในส่วนของจำนวนของโรงพยาบาลที่เข้ารับการประเมินและรับรองคุณภาพ การพัฒนาและเพิ่มจำนวนผู้เยี่ยมสำรวจ และการพัฒนาระบบการประเมินเฉพาะระบบ/เฉพาะโรค และนอกจากการประเมินและรับรองในกลุ่มโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ทาง สรพ. ยังให้ความสำคัญในการประเมินและรับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข กทม.



ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 ทาง สรพ. ดำเนินงานและปรับปรุงกระบวนการเยี่ยมสำรวจที่ไม่จำเป็น เพื่อลดความยุ่งยากในการประเมินและรับรอง

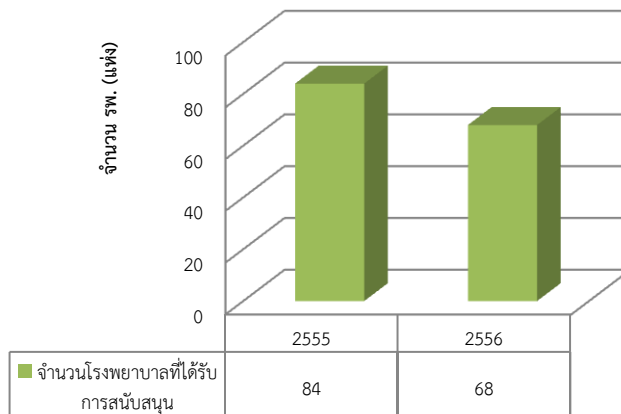
ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 มุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพให้กับโรงพยาบาล โดยการจัดแนวทางการสร้างการเรียนรู้จากแบบการประเมินตนเอง เพิ่มคุณค่าระหว่างการเยี่ยมสำรวจให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้เยี่ยมสำรวจและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และข้อเสนอแนะการรายงานผลที่ตรงประเด็นและยึดมาตรฐานเป็นหลัก

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ทาง สรพ. มุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารการเยี่ยมสำรวจเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของโรงพยาบาลได้ทันเวลา ทาง สรพ. มีเป้าหมายการพัฒนา ดังนี้ 1) การกำหนดวันเยี่ยมสำรวจภายใน 90 วัน 2) การรับรองโรงพยาบาลภายใน 90 วัน ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2556 มีสถานพยาบาลที่เข้าสู่กระบวนการรับรองจำนวน 220 แห่ง และสามารถรับรองได้ภายใน 90 วันหลังการเยี่ยมสำรวจเสร็จ จำนวน 219 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 99.5 แบ่งเป็นสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองใหม่จำนวน 113 แห่ง และการต่ออายุการรับรองจำนวน 107 แห่ง

■ การสนับสนุนสถานพยาบาลภาครัฐ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 มีจำนวนสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 258 แห่ง มีจำนวนสถานพยาบาลที่ได้รับการสนับสนุน ทั้งสิ้น 84 แห่ง แบ่งเป็นสถานพยาบาลที่อยู่ในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 78 แห่ง และสังกัดอื่นๆ จำนวน 6 แห่ง

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 โรงพยาบาลให้การสนับสนุนค่าธรรมเนียมในการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองคุณภาพขั้น 3 ให้กับสถานพยาบาลภาครัฐที่มีความตั้งใจในการพัฒนาคุณภาพมาอย่างต่อเนื่อง แต่มีข้อจำกัดด้านสภาพคล่องทางการเงิน สรพ. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา มีโรงพยาบาลขอรับการสนับสนุนตามโครงการ จำนวน 273 แห่ง มีโรงพยาบาลที่เข้าเงื่อนไขและได้รับการสนับสนุน จำนวน 68 แห่ง



2) การสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 ทาง สรพ. มุ่งเน้นกิจกรรมที่สำคัญ ดังนี้ 1) จัดทำโปรแกรมสร้างผู้เยี่ยมสำรวจรายใหม่ ภายใต้ชื่อ Surveyor in Training (SIT) โดยเน้นการสร้างผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ กลุ่มพาร์ทไทม์เป็นหลัก 2) พัฒนาเครื่องมือการประเมิน competency ของผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อใช้ในการประเมินความก้าวหน้าของผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ และใช้ในการขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ พร้อมทั้งจัดเวทีสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยมีจำนวนผู้เยี่ยมสำรวจทั้งหมด 75 คน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 มีการดำเนินการทั้งในส่วนการพัฒนาศักยภาพผู้เยี่ยมสำรวจ ภายใต้แนวคิด “การเยี่ยมสำรวจคือการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน” มุ่งเน้นการเยี่ยมสำรวจสามารถใช้หลักการ กลยณมิตร, เทคนิคการตามรอย รวมทั้งการบูรณาการแนวคิดและมาตรฐานต่างๆ ในการเยี่ยมสำรวจ ประกอบกับการเพิ่มจำนวนผู้เยี่ยมสำรวจ ซึ่งในปีดังกล่าว มีจำนวนผู้เยี่ยมสำรวจทั้งหมด 65 คน และมีผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ 8 คน รวมเป็น 73 คน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 มีการพัฒนาศักยภาพผู้เยี่ยมสำรวจ ผ่านการสรรหาและคัดเลือกผ่านช่องทางกลุ่มที่ปรึกษาในพื้นที่และศักยภาพในโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งโรงพยาบาลสนับสนุนให้เข้าอบรมในหลักสูตรผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก ซึ่งมีผู้ที่ได้รับคัดเลือกเข้ามาสู่ระบบการฝึกทักษะการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ จำนวน 74 คน และได้ขึ้นทะเบียนที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ จำนวน 41 คน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 สรพ. มุ่งเน้นการปรับปรุงระบบการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ และดำเนินการสร้างผู้เยี่ยมสำรวจ โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาทักษะการเป็นผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ การลงฝึกในพื้นที่ประชุมการฝึกปฏิบัติเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ และคัดเลือกผู้ที่มีความพร้อมจากหลักสูตรการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก เข้าสู่กระบวนการฝึกเยี่ยมสำรวจของสถาบัน ซึ่งสามารถสร้างผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ จำนวน 16 คน และผู้เยี่ยมสำรวจศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) จำนวน 4 คน และมีการต่อยอดการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจเดิมให้เป็นผู้สามารถถ่ายทอดประสบการณ์การเยี่ยมสำรวจไปยังผู้เยี่ยมสำรวจใหม่ โดยกลุ่มผู้เยี่ยมสำรวจนี้ได้รับการพัฒนาเป็นครูพี่เลี้ยง จำนวน 8 คน

3) การพัฒนาระบบการประเมินเฉพาะระบบ/เฉพาะโรค

โดยในปีงบประมาณ 2557 สรพ. ร่วมมือกับสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย มีแนวทางการประเมินและรับรองเฉพาะกลุ่มโรค 1 มาตรฐาน คือ Stroke และร่วมมือกับสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จัดทำมาตรฐานการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำแนวทางและพัฒนารูปแบบการประเมินเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ เพื่อประเมินรับรองโรงพยาบาลที่มีบริการเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ โรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการประเมินและรับรองเฉพาะกลุ่มโรค/เฉพาะระบบ จำนวน 9 แห่ง และได้รับการรับรองทั้ง 9 แห่ง

4) การพัฒนาและอํารงันได้ขั้นที่ 2 สู่ HA

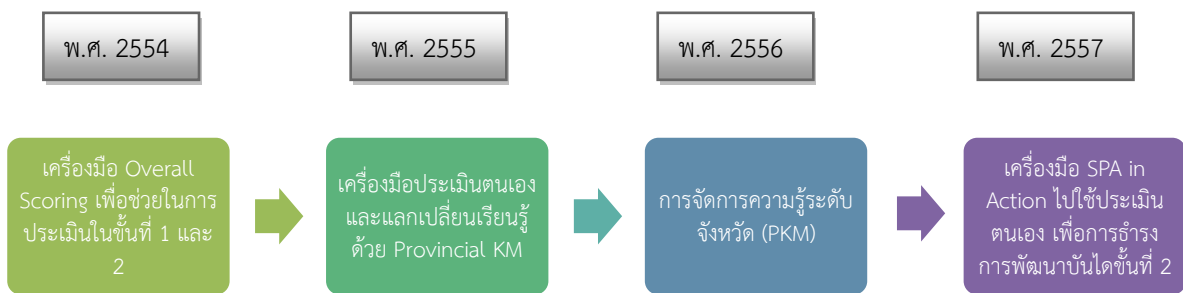
ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 สรพ. ดำเนินการใช้เครื่องมือ Overall Scoring เพื่อช่วยในการประเมินในขั้นที่ 1 และ 2 มีเครื่องมือและขั้นตอนที่มีความชัดเจนขึ้น การประเมินในลักษณะดังกล่าว ต้องใช้กำลังผู้เยี่ยมประเมินและงบประมาณในการเยี่ยมเพื่อประเมินระดับการพัฒนาค่อนข้างมาก ดังนั้นในช่วงปลายปี 2554 สถาบันจึงได้เริ่มออกแบบวิธีการประเมินเพื่ออํารงอายุการรับรองในบันไดขั้นที่ 2 โดยใช้

กระบวนการ knowledge management ที่ระดับจังหวัด เพื่อให้สามารถธำรงอายุการรับรองในบันไดขั้นที่ 2 ได้ครอบคลุมโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดและมีบรรยากาศที่ผ่อนคลายมากขึ้น ซึ่งจะได้นำรูปแบบดังกล่าวมาดำเนินการในปี 2555

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 สรพ. มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินตนเองในมาตรฐานสำคัญ ผลการดำเนินการดังกล่าวสามารถจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งสิ้น 62 ครั้ง ใน 73 จังหวัดทั่วประเทศ รวมโรงพยาบาลที่ได้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วย Provincial KM ทั้งสิ้น 773 โรงพยาบาล มีจำนวนโรงพยาบาลชั้นที่ 2 ที่ได้รับการธำรงคุณภาพจากเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน 500 โรงพยาบาล

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ทาง สรพ. ดำเนินการพัฒนาและธำรงคุณภาพโรงพยาบาลโดยใช้แนวคิดการจัดการความรู้ระดับจังหวัดส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องของสถานพยาบาลทุกระดับ โดยมีโรงพยาบาลภาครัฐเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งตรงตามหลักเกณฑ์การอ้างชั้นที่ 2 ด้วยการจัดการความรู้ จำนวน 473 แห่ง ผลการดำเนินงานสามารถอ้างบันไดขั้นที่ 2 ได้จำนวน 368 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 77.80 และมีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการได้รับการพัฒนาและเข้าสู่การรับรองชั้นที่ 3 จำนวน 47 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.94

ในปี พ.ศ. 2557 มีการพัฒนาต่อเนื่องมาจาก ปี พ.ศ. 2556 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้โรงพยาบาลภาครัฐที่อยู่ในระดับการพัฒนาบันไดขั้นที่ 2 มีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำเครื่องมือ SPA in Action ไปใช้ประเมินตนเองและสามารถอ้างการพัฒนาบันไดขั้นที่ 2 ได้ และคาดหวังว่าโรงพยาบาลสามารถพัฒนาต่อเนื่องสู่การรับรองในบันไดขั้นที่ 3 ตามมาตรฐาน HA การอ้างบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA ทาง สรพ. ได้ส่งเสริมให้โรงพยาบาลที่ได้รับกิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA สามารถอ้างสถานะหรือต่ออายุ มีโรงพยาบาลที่ได้รับกิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA สามารถยกระดับไปสู่บันไดขั้นที่ 3 ได้จำนวน 105 แห่ง (เอกชน 4 แห่ง) และสามารถอ้างบันไดขั้นที่ 2 ได้จำนวน 356 แห่ง มีโรงพยาบาลที่ได้รับบันไดขั้นที่ 2 รายใหม่ จำนวน 9 แห่ง รวมโรงพยาบาลที่มีสถานะอยู่ในระดับบันไดขั้นที่ 2 จำนวน 379 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 28.84 ของโรงพยาบาลทั้งหมด



5) การประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ (ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม.)

เป็นการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครให้มีความพร้อมเพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ และเพื่อพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ ศูนย์บริการสาธารณสุข มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 - 2557 สำหรับผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 มีศูนย์บริการสาธารณสุขเข้าสู่กระบวนการคุณภาพ จำนวน 45 แห่ง

จากทั้งหมด 68 แห่ง พี่เลี้ยงคุณภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขได้เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพ จำนวน 60 คน และพัฒนาให้มีผู้เยี่ยมสำรวจใหม่เพิ่มขึ้น จำนวน 4 คน

ข้อสังเกต:

➤ ระบบ HA เป็นระบบที่เหมาะสมกับบริบทของไทย สามารถปรับใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ อีกทั้งเป็นระบบที่พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลที่เน้นการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานโดยมีส่วนร่วมจากบุคลากรของโรงพยาบาลเป็นสำคัญ เพื่อให้กระบวนการทำงานของโรงพยาบาลเป็นมาตรฐาน มีระบบการตรวจสอบตนเองที่มีความน่าเชื่อถือ มีการบริหารงานที่เป็นระบบและร่วมกันทำงานเป็นทีม ทั้งการให้ความรู้ควบคู่ไปกับการเรียนรู้แลกเปลี่ยนระหว่างเครือข่าย ซึ่งทำให้การพัฒนาคุณภาพเป็นไปอย่างยั่งยืน

➤ มาตรฐาน HA มีความเป็น Subjective ค่อนข้างมาก อีกทั้งเป็นการประเมินกระบวนการปฏิบัติงาน ซึ่งต้องอาศัยการตีความและประสบการณ์ของผู้เยี่ยมสำรวจเป็นสำคัญ ทั้งนี้ สรพ. มีการตรวจประเมินและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจอย่างสม่ำเสมอ มีการให้โรงพยาบาล feedback ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้เยี่ยมสำรวจหลังจากผู้เยี่ยมสำรวจลงพื้นที่ รวมทั้งการประชุม ผู้เยี่ยมสำรวจในรูปแบบการประชุมกลุ่มเป็นประจำ ซึ่งช่วยให้ผู้เยี่ยมสำรวจมีมาตรฐานที่ใกล้เคียงกันมากขึ้น

➤ ผู้เยี่ยมสำรวจถือเป็น Key Person ในการสื่อสารมาตรฐาน HA ให้แก่โรงพยาบาลโดยตรง ทั้งนี้ สรพ. มีพัฒนาและอบรมผู้เยี่ยมสำรวจอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้เยี่ยมสำรวจมีมาตรฐานที่ใกล้เคียงกัน อีกทั้งผู้เยี่ยมสำรวจมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากขึ้น ส่งผลให้การประเมินและรับรองมีมาตรฐานที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้แทนจากราชวิทยาลัยให้ความเห็นว่าผู้เยี่ยมสำรวจบางท่านยังไม่สามารถให้ Feedback จุดที่ควรปรับปรุงพัฒนาที่สำคัญ หรือจุด Critical Point ของโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน เนื่องจากยังมีประสบการณ์ไม่เพียงพอ ทั้งนี้ ผู้แทนจากราชวิทยาลัยให้ข้อสังเกตว่า ผู้เยี่ยมสำรวจควรเป็นผู้ที่เคยผ่านงานบริหารโรงพยาบาล หรือมีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลโดยตรง ซึ่งมีความเข้าใจบริบทและปัญหาในการปฏิบัติงานจริง และทำให้การประเมินและรับรองมีมาตรฐานมากขึ้น สามารถชี้จุดที่ควรปรับปรุงได้อย่างชัดเจน

➤ สำหรับบทบาทของ สรพ. ในฐานะที่เป็นทั้งองค์กรประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และเป็นที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกมองว่าอาจมีบทบาทที่เกิด Conflict of Interest นั้น เนื่องจากด้วยข้อจำกัดของจำนวนบุคลากร ทำให้ สรพ. ต้องบริหารจัดการในบริบทดังกล่าว กอปรกับการที่ สรพ. มีบทบาทในการเป็นที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วย ทำให้ สรพ. มีความเข้าใจกระบวนการปฏิบัติงานของสถานพยาบาลอย่างแท้จริง ซึ่งจะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง สรพ. และสถานพยาบาล และนำไปสู่การประเมินและรับรองคุณภาพที่มีมาตรฐานและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ขณะที่ผู้แทนจากสภาวิชาชีพให้ความเห็นว่า สรพ. สามารถดำเนินบทบาทดังกล่าวควบคู่กันได้ โดยต้องแยกบุคคลที่เป็นผู้พัฒนาและผู้เยี่ยมสำรวจให้ชัดเจน อย่างไรก็ตาม สรพ. ได้แยกฝ่ายพัฒนาและฝ่ายประเมินและรับรองออกจากกัน อีกทั้งผู้พัฒนาก็เป็นบุคคลคนละคนกับผู้เยี่ยมสำรวจ เนื่องจากต้องใช้ทักษะที่แตกต่างกัน

➤ โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA แล้ว ยังมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการต่อยอดเพื่อขอรับรองคุณภาพ Advanced HA ซึ่งมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่สำคัญ เช่น ความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานมากขึ้น อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์ ผู้แทนจากราชวิทยาลัยให้ข้อสังเกตว่า โรงพยาบาลบางแห่งมีการจัดทำ Procedure ในการปฏิบัติงานต่างๆ โดยไม่ได้มีการพิจารณา

ปรับปรุงคุณภาพหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากต้องการได้รับการรับรองมาตรฐาน HA เหมือนโรงพยาบาลอื่นๆ เท่านั้น หรือโรงพยาบาลบางแห่งที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน HA แล้ว แต่ยังมีประเด็นที่ยังไม่ได้คุณภาพตามที่ควรจะเป็น เช่น คนไข้มีอาการดื้อยาในระดับสูง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการให้ยาที่ไม่จำเป็น เป็นต้น เหล่านี้เป็นประเด็นที่ สรพ. ควรมีการติดตามตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ระบบ HA มีมาตรฐานและความน่าเชื่อถือ ก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ:

- ควรพัฒนาผู้เชี่ยวชาญจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงหรือเป็นบุคลากรที่เกษียณอายุ เนื่องจากเป็นผู้มีความผูกพันกับบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้โรงพยาบาลยินดีและเต็มใจเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพมากขึ้นด้วย
- จากการสัมภาษณ์ ผู้แทนจากราชวิทยาลัยให้ความเห็นว่า สรพ. ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อวัดผลการปรับปรุงคุณภาพในประเด็นที่ไม่ควรเกิดขึ้น แต่ยังมีปัญหาในการปฏิบัติงานจริงอยู่ เช่น อัตราการผ่าตัดผิดข้าง/ผิดรายลดลง อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งลดลง อัตราการให้ยาที่ไม่จำเป็นลดลง เป็นต้น ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนการปรับปรุงคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลได้อย่างแท้จริงโดยไม่มีปัจจัยภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้อง และนำตัวชี้วัดดังกล่าวเข้าไปใช้ในการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และในกรณีที่เป็นการประเมินซ้ำ สามารถปรับเปลี่ยนเป็นตัวชี้วัดอื่นได้ในกรณีตัวชี้วัดเดิมได้รับการปรับปรุงให้เป็นไปตามมาตรฐานแล้ว นอกจากนี้ สรพ. ควรเน้นการชี้ให้โรงพยาบาลเห็นประโยชน์ที่แท้จริงของการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น เพื่อให้โรงพยาบาลยินดีให้ความร่วมมือในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพ ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานของ สรพ. มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- สรพ. ควรเพิ่มการสื่อสารให้บุคคลภายนอกได้รับทราบแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นอยู่ของ สรพ. ซึ่งมีการแยกเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินการในส่วนของการอบรมและพัฒนา และเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินการในส่วนของการประเมินและรับรองออกจากกันชัดเจนอยู่แล้ว เพื่อให้บุคคลภายนอกเข้าใจและยอมรับได้ว่าไม่เกิด Conflict of Interest ซึ่งจะทำให้การประเมินและรับรองมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

❖ ยุทธศาสตร์ที่ 4 : องค์กรสู่ความเป็นเลิศ (Organization Excellence)

การพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการส่งเสริมการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ (Change Catalyst) ให้ประเทศไทยมีบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจของสังคม โดย สรพ. สามารถทำหน้าที่ได้ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร เป็นไปตามความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีประสิทธิภาพ โปร่งใส มีธรรมาภิบาล มีมาตรฐานการปฏิบัติงานตามหลักการสากล มีระบบการบริหารจัดการองค์กรที่ดี เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และมีความสุข และเป็นที่ยอมรับขององค์กร หน่วยงานต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงประชาชนเพื่อรองรับการก้าวเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

1) สนับสนุนการรับรองจากองค์กรคุณภาพสากล



ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 ดำเนินการเตรียมการเพื่อขอรับการรับรองด้าน organization performance จาก The International Society for Quality in Health Care (ISQua) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 โดย มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่สถาบันใช้ในการประเมินรับรองโรงพยาบาล ได้รับการรับรองจาก ISQua แล้วตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 สถาบันจึงมีแผนที่จะขอรับการรับรองด้าน Organization performance เป็นลำดับถัดไป ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 สถาบันได้มีการศึกษาข้อกำหนดและเกณฑ์ที่ ISQua ใช้ในการประเมินองค์กร

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 สรพ. เริ่มดำเนินการสมัครเข้ารับการประเมินเพื่อการรับรองด้าน organization performance นำเกณฑ์มาตรฐานมาศึกษาร่วมกันเป็นทีมเพื่อแลกเปลี่ยนและพัฒนา ร่วมกันเป็นทีมให้เกิดภาพของความเชื่อมโยง เตรียมความพร้อมของระบบ ทั้งบุคลากร สารสนเทศ ระบบการจัดการเอกสาร ระบบบริหารความเสี่ยง และระบบคำร้องเรียน นำข้อกำหนดมาสื่อสารให้บุคลากรได้รับทราบ และพัฒนาโดยมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน พัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยสนับสนุนงานเยี่ยมสำรวจ ทำให้สามารถจัดทำแผนการเยี่ยมสำรวจ ตรวจสอบข้อมูลการเยี่ยมสำรวจ และวิเคราะห์แนวโน้มต่างๆได้แม่นยำมาก

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 สรพ. ได้ศึกษาและทบทวนมาตรฐานการรับรององค์กรของ ISQua มาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 สรพ. ได้ทบทวนกระบวนการงาน และปรับปรุงระบบงานต่างๆ ให้เป็นไปตามมาตรฐานเพื่อขอรับการรับรององค์กรจาก ISQua ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2556 และได้รับการประกาศรับรององค์กรจาก ISQua เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ทำให้ สรพ. เป็นองค์กรที่ได้รับการยอมรับตามมาตรฐานสากลซึ่งนับเป็นก้าวสำคัญในการยกระดับกระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลประเทศไทยให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 สรพ. ได้รับการต่ออายุการรับรองมาตรฐานจาก ISQua เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 และมีการทบทวนกระบวนการทำงานตามข้อเสนอแนะจาก ISQua และเกิดการพัฒนาระบบการทำงานให้มีประสิทธิภาพบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดที่กำหนด โดยจัดทำแผนการพัฒนาระบบการทำงานและจัดส่งให้ ISQua เมื่อวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2557 โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 สรพ. มีแผนงานที่จะขอรับรองโปรแกรมการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ (Training Program Accreditation)



2) การเผยแพร่และจัดทำสื่อสาธารณะ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 สรพ. ดำเนินการเผยแพร่บทบาท สรพ. ผ่านสื่อต่างๆ เช่น เว็บไซต์ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, ผลิตสื่อโทรทัศน์ในรูปแบบสารคดีสั้น ออกอากาศทางสถานีวิทยุโทรทัศน์แห่งประเทศไทย ช่อง 11 จังหวัดจันทบุรี, จัดประชุมสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับพนักงานในเรื่องการประชาสัมพันธ์และการสร้างแบรนด์, ประชาสัมพันธ์งานคุณภาพของโรงพยาบาลในพื้นที่โดยการจัดกิจกรรมและนิทรรศการร่วมกันตามโอกาสต่างๆ, ทำสื่อแผ่นพับ, จัดทำแอปพลิเคชันในการสืบค้นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 สรพ. ได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างภาพลักษณ์สถาบันโดยการเผยแพร่บทบาทและภารกิจของสถาบันสู่สาธารณะ การพัฒนาสื่อและช่องทางการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ พร้อมทั้งสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการประชาสัมพันธ์และทีมสื่อสารประชาสัมพันธ์ ดำเนินการเผยแพร่และจัดทำสื่อสาธารณะผ่านช่องทางต่างๆ ดังนี้

- รายการวิทยุ “รายการปทุมวันวาไรตี้”
- รายการทีวีผ่านดาวเทียมร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- จัดทำสื่อวีดิทัศน์เผยแพร่และนำเสนอผ่าน HAI Channel และ facebook
- สื่อสิ่งพิมพ์ อาทิ วารสาร Quality care
- การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “สร้างเครือข่ายประชาสัมพันธ์การขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ” เพื่อสร้างความร่วมมือกับโรงพยาบาลในการขับเคลื่อนงานสื่อสารประชาสัมพันธ์วัฒนธรรมคุณภาพ และส่งเสริมบทบาทของเครือข่ายให้สามารถสื่อสารประชาสัมพันธ์นวัตกรรมวัฒนธรรมคุณภาพ โดยความรู้ความเข้าใจในหลักการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ตลอดจนเทคนิควิธีการในการสื่อสาร และเครื่องมือในการเผยแพร่เพื่อการสื่อสาร



ข้อสังเกต:

➤ สรพ. มีการดำเนินในส่วนของการเผยแพร่และจัดทำสื่อสาธารณะ เพื่อสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการประชาสัมพันธ์และทีมสื่อสารประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับสถาบันฯ อย่างยั่งยืนต่อไป

➤ ในด้านการบริหารจัดการภายในองค์กร สรพ. เป็นองค์กรที่เติบโตจากการเป็นองค์กรด้านการวิจัย ซึ่งมีความคล่องตัวสูง แต่เมื่อกลายเป็นองค์กรมหาชน ซึ่งมีกฎระเบียบต่างๆ เพิ่มขึ้น ทำให้จำเป็นต้องปรับรูปแบบวิธีการทำงานให้เป็นระบบมากขึ้น นอกจากนี้ สรพ. มีภาระงานที่ต้องดำเนินการเป็นจำนวนมาก ขณะที่จำนวนบุคลากรมีไม่มาก ส่งผลให้การปฏิบัติงานในบางส่วนยังมีความล่าช้า ทั้งนี้ สรพ. ยังมีจุดที่สามารถพัฒนาและปรับปรุงระบบงานภายในได้อีกมากเพื่อให้การดำเนินงานขององค์กรมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลทั่วประเทศ การพัฒนาเจ้าหน้าที่ของ สรพ. ให้มีทักษะการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น เป็นต้น ซึ่งรายละเอียดจะนำเสนอในหัวข้อที่ 3.1.3

ข้อเสนอแนะ:

➤ ผู้แทนจากสภาวิชาชีพให้ความเห็นว่า สรพ. ควรเพิ่มการสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กับประชาชน/บุคคลภายนอกเกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพตามมาตรฐาน HA ให้มากขึ้น เนื่องจากประชาชน/บุคคลภายนอกมีความคาดหวังในการรับบริการจากโรงพยาบาล ขณะที่มาตรฐาน HA เป็นการพัฒนาระบบการปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาล ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกันในทางปฏิบัติ

❖ ผลกระทบ

จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามห่วงโซ่ของผลกระทบ (Results Chain) ข้างต้น สามารถสรุปผลกระทบที่สำคัญได้ 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านองค์ความรู้

สรพ. มีการจัดหลักสูตรฝึกอบรม ครอบคลุมหลักสูตรพื้นฐาน หลักสูตรเฉพาะ หลักสูตรสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ หลักสูตรสำหรับผู้บริหาร เพื่อส่งเสริม พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งมีการจัดสัมมนาวิชาการประจำปี (HA National Forum) เพื่อเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพสำหรับโรงพยาบาลทั่วประเทศและนำเสนอองค์ความรู้ใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาของโรงพยาบาล ซึ่งมีผู้สนใจเข้าร่วมสัมมนาไม่ต่ำกว่า 7,000 คนในแต่ละปี นอกจากนี้ สรพ. มีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับสถานพยาบาล เช่น เครือข่ายศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HACCP เครือข่ายพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง เครือข่ายการใช้แนวคิดจิตตปัญญาบูรณาการในงานบริการสุขภาพ เครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน เครือข่ายการศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยเพื่อปรับระบบบริการ (Patient Experience) เป็นต้น ทำให้มีจำนวนเครือข่ายสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เกิดการประสานความร่วมมือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล ส่งผลให้บุคลากรของโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้เพิ่มพูนทักษะความรู้ เทคนิควิธีการปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล สามารถนำไปปรับใช้เพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการสุขภาพที่จะเป็นประโยชน์แก่ประชาชนผู้รับบริการได้

นอกจากนี้ สรพ. มีการสร้างความร่วมมือด้านนโยบายกับกระทรวงสาธารณสุข การสร้างความร่วมมือกับราชวิทยาลัยทางการแพทย์ต่างๆ ตลอดจนองค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งเป็นองค์กรในระดับสากล เพื่อผลักดันให้มีการบรรจุเนื้อหาด้านการพัฒนาคุณภาพเข้าเป็นหลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียน

แพทย์ด้วย ซึ่งหากการผลักดันหลักสูตรการเรียนการสอนด้านคุณภาพประสบความสำเร็จ จะช่วยให้บุคลากรในวิชาชีพมีความคุ้นเคยและเข้าใจกระบวนการคุณภาพในโรงพยาบาล และทำให้การพัฒนากระบวนการคุณภาพมีความยั่งยืนอย่างแท้จริง

2) ด้านสังคม

การพัฒนากระบวนการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทำให้โรงพยาบาลมีการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพมาตรฐาน ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเท่าเทียมกัน มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงที่ดีขึ้น ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ความเสี่ยงจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์ คณะกรรมการบริหารให้ความเห็นว่า การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนตระหนักและมีความเข้าใจกระบวนการคุณภาพในโรงพยาบาลมากขึ้น สามารถสัมผัสได้ว่าการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานที่ดีขึ้น มีความใส่ใจเรื่องความปลอดภัยมากขึ้น เช่น การสอบถามชื่อ-นามสกุล เพื่อป้องกันการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด มีความเข้าใจสิทธิในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ เช่น สิทธิในการสอบถามข้อมูลของผู้ป่วย เป็นต้น เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดช่องว่าง ลดความขัดแย้ง/การฟ้องร้องระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในโรงพยาบาลให้น้อยลง

3) ด้านเศรษฐกิจ

โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน HA มีการปรับปรุงกระบวนการต่างๆ อย่างเป็นระบบ ซึ่งมีส่วนช่วยในการลดต้นทุนและทำให้การบริหารจัดการระบบของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม เช่น ระบบป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ช่วยลดความเสียหายที่โรงพยาบาลต้องจ่ายค่าชดเชยจากการติดเชื้อให้แก่ผู้ป่วย ระบบบริหารจัดการยา ระบบบริหารสินค้าคงคลัง (ยาและเวชภัณฑ์) ช่วยให้ผู้สามารถสั่งซื้อยาในปริมาณที่เหมาะสม ไม่มากเกินไปจนเกิดต้นทุนในการจัดเก็บ และไม่น้อยเกินไปจนไม่เพียงพอ เป็นต้น

นอกจากนี้ หาก สรพ. สามารถพัฒนาและยกระดับมาตรฐาน HA ให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ โดยเฉพาะประเทศในกลุ่มประเทศอาเซียนได้ จะมีส่วนช่วยยกระดับมาตรฐานระบบการแพทย์ไทยในการเป็น Medical Hub เพื่อรองรับกลุ่มลูกค้าจากประเทศเหล่านี้ โดยเฉพาะประเทศในกลุ่ม CLMV ที่เข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ซึ่งจะก่อให้เกิดรายได้จากการท่องเที่ยวและบริการ และเป็นการกระตุ้นเศรษฐกิจได้อีกทางหนึ่ง

ทั้งนี้ สามารถสรุปผลการดำเนินงานตามห่วงโซ่ของผลกระทบ (Results Chain) ได้ดังแสดงในแผนภาพที่ 24 (หน้า 57)

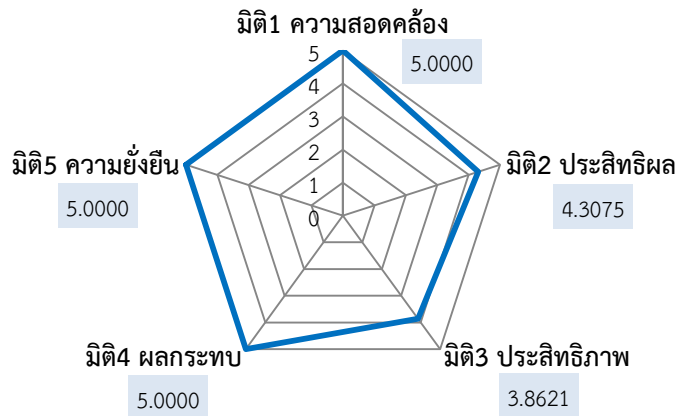
3.2 สรุปการประเมินผลแผนงานโครงการ

ผลคะแนนการประเมินแผนงานโครงการโดยภาพรวมของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) อยู่ที่ระดับคะแนน 4.5647 (จากคะแนนเต็ม 5.0000) หรือมีผลการดำเนินงานในระดับดีกว่าเป้าหมายมาก ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาในรายมิติปรากฏว่ามีผลการประเมินอยู่ในระดับดีกว่าเป้าหมายมาก ได้แก่ มิติที่ 1 ด้านความสอดคล้อง มิติที่ 4 ด้านผลกระทบ และมิติที่ 5 ด้านความยั่งยืน โดยมีผลการประเมินอยู่ที่ระดับคะแนน 5.0000 ในทั้งสามมิติ ส่วนที่เหลือ ได้แก่ มิติที่ 2 ด้านประสิทธิผล และมิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ มีผลการประเมินอยู่ในระดับดีกว่าเป้าหมาย โดยมีผลการประเมินอยู่ที่ระดับคะแนน 4.3075 และ 3.8621 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 7 และแผนภาพที่ 25

ตารางที่ 7 สรุปผลการประเมินจำแนกรายมิติและภาพรวม

ผลการประเมินโครงการภาพรวม					
มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	มิติที่ 5	คะแนนเฉลี่ย
ความสอดคล้อง	ประสิทธิผล	ประสิทธิภาพ	ผลกระทบ	ความยั่งยืน	
5.0000	4.3075	3.8621	5.0000	5.0000	4.5647

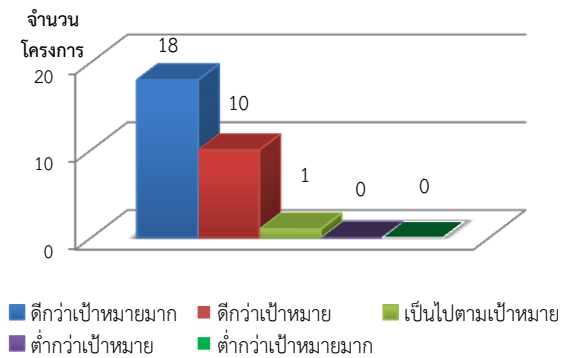
แผนภาพที่ 25 สรุปผลการประเมินรายมิติ



จากแผนภาพที่ 25 สามารถอธิบายสรุปผลการประเมินทั้ง 5 ด้านได้ดังนี้ 1) ด้านความสอดคล้อง: ทุกโครงการมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กรและยุทธศาสตร์ 2) ด้านประสิทธิผล: โครงการส่วนใหญ่มีการดำเนินงานสำเร็จตามแผนงานที่วางไว้ และมีผลผลิตและผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม ปรากฏว่าบางโครงการยังไม่ได้มีการจัดเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานในบางตัวชี้วัด ส่งผลให้ไม่สามารถประเมินผลตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ 3) ด้านประสิทธิภาพ: โครงการมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ สามารถดำเนินโครงการได้สำเร็จตามกรอบงบประมาณ และบางโครงการยังสามารถประหยัดงบประมาณได้ 4) ด้านผลกระทบ: โครงการที่ดำเนินงานส่งผลกระทบเชิงบวกทั้งที่เป็นรูปธรรมและไม่เป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม มีบางโครงการที่ยังไม่สามารถประเมินผลกระทบได้สมบูรณ์ เนื่องจากอยู่ระหว่างการดำเนินงานต่อเนื่อง หรือเป็นโครงการที่เพิ่งดำเนินการแล้วเสร็จ 5) ด้านความยั่งยืน: โครงการส่วนใหญ่

สามารถบ่งชี้ถึงความยั่งยืน ทั้งการตอบสนองของผู้เข้าร่วมโครงการ และประโยชน์จากโครงการสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาต่อยอดและมีความต่อเนื่องในอนาคต

แผนภาพที่ 26
สรุปผลการประเมินจำแนกรายโครงการ



ตารางที่ 8
สรุปผลการประเมินจำแนกรายโครงการ

ระดับคะแนน	หน่วย: โครงการ	หน่วย: โครงการ	
		จำนวน	ร้อยละ
4.5001 - 5.0000	ดีกว่าเป้าหมายมาก	18	62.07
3.5001 - 4.5000	ดีกว่าเป้าหมาย	10	34.48
2.5001 - 3.5000	เป็นไปตามเป้าหมาย	1	3.45
1.5001 - 2.5000	ต่ำกว่าเป้าหมาย	-	-
1.000 - 1.5000	ต่ำกว่าเป้าหมายมาก	-	-
รวม		29	100.00

ทั้งนี้ หากพิจารณาผลคะแนนประเมินโครงการในภาพรวมดังแสดงในแผนภาพที่ 26 และตารางที่ 8 พบว่าโครงการส่วนใหญ่ จำนวน 18 โครงการคิดเป็นร้อยละ 62.07 มีผลคะแนนอยู่ในระดับดีกว่าเป้าหมายมาก รองลงมาได้แก่ โครงการที่มีผลคะแนนอยู่ในระดับดีกว่าเป้าหมาย จำนวน 10 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 34.48 และโครงการที่มีผลคะแนนเป็นไปตามเป้าหมาย จำนวน 1 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 3.45

นอกจากนี้ หากพิจารณาจากกรอบการประเมินทั้ง 5 มิติ ซึ่งประกอบด้วย มิติด้านความสอดคล้อง ด้านประสิทธิผล ด้านประสิทธิภาพ ด้านผลกระทบ และด้านความยั่งยืน มีรายละเอียดผลการประเมินแต่ละมิติ ดังนี้

มิติที่ 1 ด้านความสอดคล้อง (Relevance) พิจารณาจากตัวชี้วัดหลัก คือ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กรและยุทธศาสตร์ ผลปรากฏว่าโครงการทั้งหมด จำนวน 29 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 100 มีผลคะแนนอยู่ในระดับดีกว่าเป้าหมายมาก กล่าวคือ ทุกโครงการที่ สรพ. ได้ดำเนินการมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์จัดตั้งองค์กรและยุทธศาสตร์แต่ละปี

มิติที่ 1 ความสอดคล้อง

คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	คะแนนต่ำสุด
5.0000	5.0000	5.0000

ช่วงคะแนน	หน่วย: โครงการ	จำนวน ร้อยละ	
		จำนวน	ร้อยละ
4.5001 - 5.0000	ดีกว่าเป้าหมายมาก	29	100
3.5001 - 4.5000	ดีกว่าเป้าหมาย	-	-
2.5001 - 3.5000	เป็นไปตามเป้าหมาย	-	-
1.5001 - 2.5000	ต่ำกว่าเป้าหมาย	-	-
1.0000 - 1.5000	ต่ำกว่าเป้าหมายมาก	-	-
รวม		29	100.00



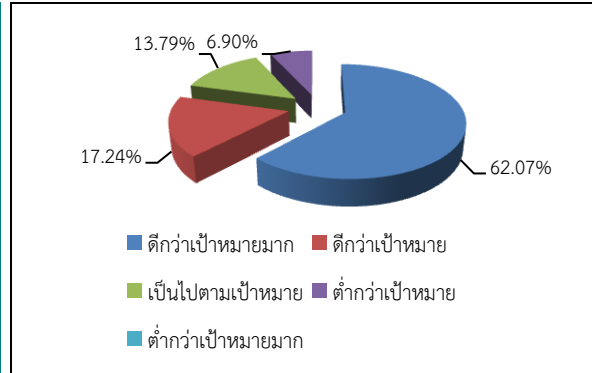
เมื่อพิจารณารายละเอียดโครงการพบว่าทุกโครงการมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กรและยุทธศาสตร์ของ สรพ. ครบถ้วน และเมื่อพิจารณาความสอดคล้องของโครงการกับยุทธศาสตร์จะพบว่าโครงการส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ปรับกระบวนการรับรองให้ชัดเจน เรียบง่าย มีคุณค่า คิดเป็นร้อยละ 37.93 รองลงมา ได้แก่ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ความรู้เพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง คิดเป็นร้อยละ 31.03 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 17.24 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์องค์กรแห่งความเป็นเลิศ คิดเป็นร้อยละ 13.79 ตามลำดับ

มิติที่ 2 ด้านประสิทธิผล (Effectiveness) พิจารณาจากตัวชี้วัด 3 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผน 2) ร้อยละความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายผลผลิตของโครงการ และ 3) ร้อยละความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายผลลัพธ์ของโครงการ ผลปรากฏว่าโครงการส่วนใหญ่ จำนวน 18 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 62.07 มีผลคะแนนอยู่ในระดับดีกว่าเป้าหมายมาก รองลงมา ได้แก่ โครงการที่มีผลคะแนนอยู่ในระดับดีกว่าเป้าหมาย จำนวน 5 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 17.24 และโครงการที่มีผลคะแนนอยู่ในระดับเป็นไปตามเป้าหมาย จำนวน 4 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 13.79 อย่างไรก็ตาม มีโครงการที่มีผลคะแนนอยู่ในระดับต่ำกว่าเป้าหมาย จำนวน 2 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 6.90 ตามลำดับ

มิติที่ 2 ด้านประสิทธิผล

คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	คะแนนต่ำสุด
5.0000	4.3075	1.8889

ช่วงคะแนน	หน่วย: โครงการ	หน่วย: โครงการ	
		จำนวน	ร้อยละ
4.5001 - 5.0000	ดีกว่าเป้าหมายมาก	18	62.07
3.5001 - 4.5000	ดีกว่าเป้าหมาย	5	17.24
2.5001 - 3.5000	เป็นไปตามเป้าหมาย	4	13.79
1.5001 - 2.5000	ต่ำกว่าเป้าหมาย	2	6.90
1.0000 - 1.5000	ต่ำกว่าเป้าหมายมาก	-	-
รวม		29	100.00



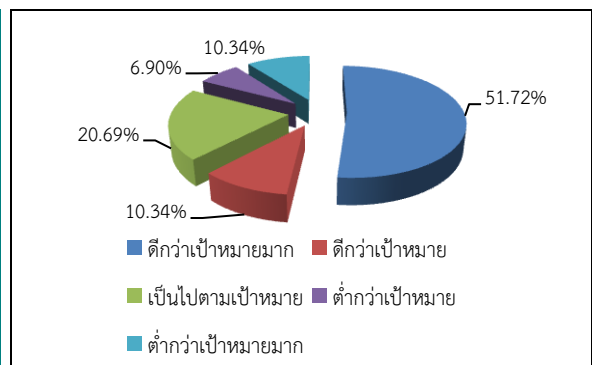
เมื่อพิจารณาโครงการที่มีผลคะแนนต่ำกว่าเป้าหมาย พบว่าเป็นโครงการที่ไม่สามารถดำเนินงานได้ครบถ้วนตามแผนงานที่วางไว้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการบรรลุเป้าหมายผลผลิตและผลลัพธ์ของโครงการตามลำดับ นอกจากนี้ ยังมีสาเหตุจากการที่โครงการยังไม่ได้กำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายในเชิงผลลัพธ์ไว้ จึงส่งผลให้ไม่มีกระบวนการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายผลผลิตของโครงการ

มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ (Efficiency) พิจารณาจากตัวชี้วัด 2 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) ร้อยละของงบประมาณที่สามารถประหยัดได้ และ 2) ระดับคะแนนระยะเวลาการบริหารงานโครงการ ผลปรากฏว่าโครงการส่วนใหญ่ จำนวน 15 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 51.72 มีผลคะแนนอยู่ในระดับดีกว่าเป้าหมายมาก รองลงมา ได้แก่ โครงการที่มีผลคะแนนอยู่ในระดับเป็นไปตามเป้าหมาย จำนวน 6 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 20.69 โครงการที่มีผลคะแนนอยู่ในระดับดีกว่าเป้าหมาย และต่ำกว่าเป้าหมายมาก จำนวน 3 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 10.34 เท่ากัน และโครงการที่มีผลคะแนนอยู่ในระดับต่ำกว่าเป้าหมาย จำนวน 2 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 6.90 ตามลำดับ

มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ

คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	คะแนนต่ำสุด
5.0000	3.8621	1.0000

ช่วงคะแนน	หน่วย: โครงการ	หน่วย: โครงการ	
		จำนวน	ร้อยละ
4.5001 - 5.0000	ดีกว่าเป้าหมายมาก	15	51.72
3.5001 - 4.5000	ดีกว่าเป้าหมาย	3	10.34
2.5001 - 3.5000	เป็นไปตามเป้าหมาย	6	20.69
1.5001 - 2.5000	ต่ำกว่าเป้าหมาย	2	6.90
1.0000 - 1.5000	ต่ำกว่าเป้าหมายมาก	3	10.34
รวม		29	100.00



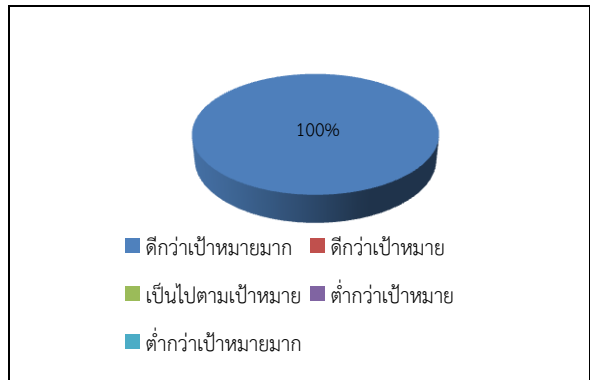
เมื่อพิจารณาโครงการที่มีผลคะแนนต่ำกว่าเป้าหมายและต่ำกว่าเป้าหมายมาก พบว่าเป็นโครงการที่ไม่สามารถดำเนินงานได้ทันภายในระยะเวลาที่วางไว้ ซึ่งส่งผลให้การเบิกจ่ายงบประมาณไม่ครบถ้วนตามแผน

มิติที่ 4 ผลกระทบ (Impact) พิจารณาจากตัวชี้วัด 2 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) ระดับคะแนนผลกระทบเชิงบวกของโครงการและ 2) ระดับคะแนนการจัดการผลกระทบเชิงลบของโครงการ ผลปรากฏว่าโครงการทั้งหมด จำนวน 29 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 100 มีผลคะแนนอยู่ในระดับดีกว่าเป้าหมายมาก

มิติที่ 4 ด้านผลกระทบ

คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	คะแนนต่ำสุด
5.0000	5.0000	5.0000

ช่วงคะแนน	หน่วย: โครงการ	จำนวน	
		จำนวน	ร้อยละ
4.5001 - 5.0000	ดีกว่าเป้าหมายมาก	29	100
3.5001 - 4.5000	ดีกว่าเป้าหมาย	-	-
2.5001 - 3.5000	เป็นไปตามเป้าหมาย	-	-
1.5001 - 2.5000	ต่ำกว่าเป้าหมาย	-	-
1.0000 - 1.5000	ต่ำกว่าเป้าหมายมาก	-	-
รวม		29	100.00



ผลจากการประเมินโครงการในภาพรวมแสดงให้เห็นว่าโครงการที่ดำเนินงานเกิดผลกระทบในเชิงบวกตามวัตถุประสงค์ของโครงการทั้งหมด ทั้งส่วนที่สามารถประเมินผลกระทบได้ทั้งที่เป็นรูปธรรมและไม่เป็นรูปธรรม โดยมีตัวอย่างผลกระทบเชิงบวกที่สำคัญ อาทิ โรงพยาบาลมีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยที่ดีขึ้น การยอมรับมาตรฐานการรักษาจากผู้ป่วย เป็นต้น สำหรับผลกระทบเชิงลบของโครงการนั้น ยังไม่พบว่ามีปัจจัยหรือผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้นกับโครงการในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา

มิติที่ 5 ความยั่งยืน (Sustainable) พิจารณาจากตัวชี้วัดหลัก คือ ระดับความยั่งยืนของผลกระทบโครงการ ผลปรากฏว่าโครงการทั้งหมด จำนวน 29 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 100 มีผลคะแนนอยู่ในระดับดีกว่าเป้าหมายมาก กล่าวคือ ทุกโครงการที่ สรพ. ได้ดำเนินการมีผลสำเร็จที่สะท้อนความยั่งยืนของโครงการ

มิติที่ 5 ด้านความยั่งยืน

คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	คะแนนต่ำสุด
5.0000	5.0000	5.0000

ช่วงคะแนน	หน่วย: โครงการ	จำนวน	
		จำนวน	ร้อยละ
4.5001 - 5.0000	ดีกว่าเป้าหมายมาก	29	100
3.5001 - 4.5000	ดีกว่าเป้าหมาย	-	-
2.5001 - 3.5000	เป็นไปตามเป้าหมาย	-	-
1.5001 - 2.5000	ต่ำกว่าเป้าหมาย	-	-
1.0000 - 1.5000	ต่ำกว่าเป้าหมายมาก	-	-
รวม		29	100.00

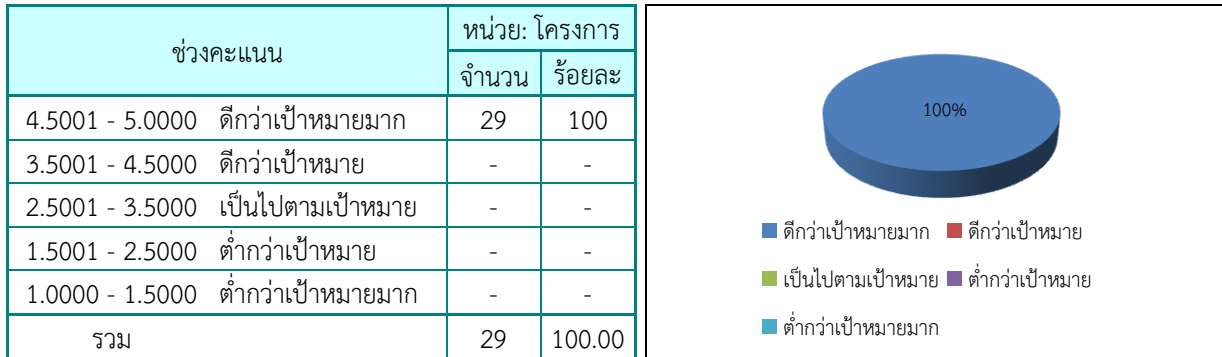


ผลการประเมินโครงการในภาพรวมจะเห็นได้ว่า โครงการทั้งหมดมีผลการดำเนินงานอยู่ในช่วงดีกว่าเป้าหมายมาก กล่าวคือ ผลที่ได้จากการดำเนินโครงการมีความยั่งยืนถึงปัจจุบันและคาดว่าจะเกิดขึ้นต่อเนื่องในอนาคตต่อไป อาทิ องค์ความรู้ที่ สรพ. ได้พัฒนาและเผยแพร่ส่งผลให้โรงพยาบาลมีองค์ความรู้ด้านคุณภาพ และสามารถนำไปใช้ได้อย่างทั่วถึง เพื่อลดอันตรายที่ไม่ควรเกิด (Patient safety) อย่างต่อเนื่องในอนาคต เป็นต้น

นอกจากการประเมินผลในแต่ละมิติแล้ว ที่ปรึกษาสามารถสรุปการประเมินผลแยกรายตัวชี้วัดได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สรุปผลการประเมินตัวชี้วัดที่ 1.1

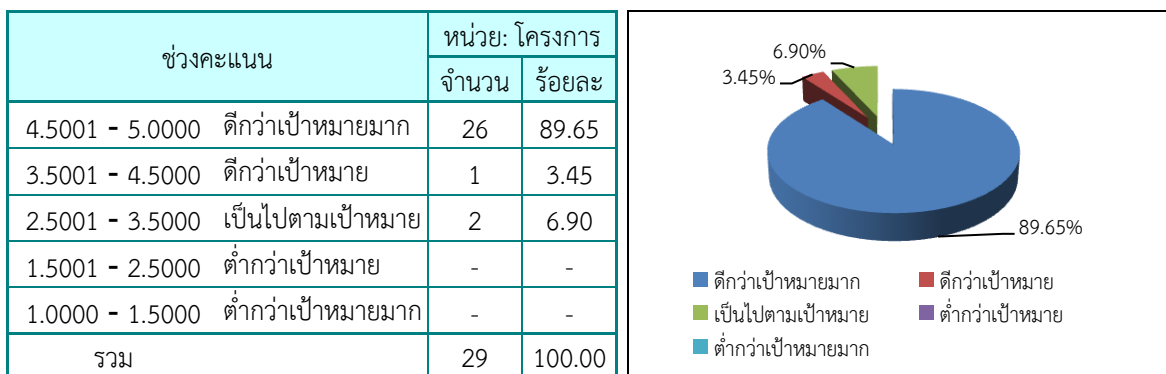
ระดับคะแนนความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กรและยุทธศาสตร์



ผลการประเมินโครงการทั้งหมด จำนวน 29 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีผลการดำเนินงาน ดีกว่าเป้าหมายมาก กล่าวคือ มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กรและยุทธศาสตร์ของ สรพ. โดยโครงการส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ปรับกระบวนการรับรอง ให้ชัดเจน เรียบง่าย มีคุณค่า คิดเป็นร้อยละ 37.93 รองลงมา ได้แก่ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ความรู้เพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง คิดเป็นร้อยละ 31.03 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 17.24 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์องค์กรแห่งความเป็นเลิศ คิดเป็นร้อยละ 13.79 ตามลำดับ

สรุปผลการประเมินตัวชี้วัดที่ 2.1

ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผน

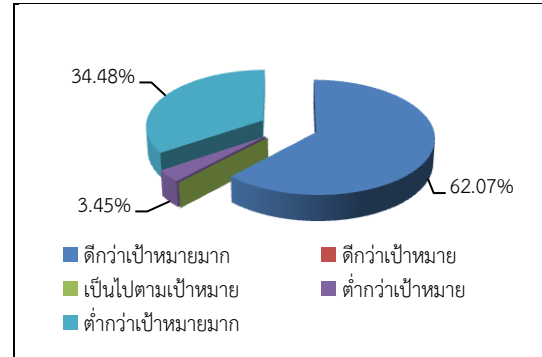


ผลการประเมินโครงการส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีกว่าเป้าหมายมาก โดยมีโครงการในระดับดีกว่าเป้าหมายมากจำนวน 26 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 89.65 รองลงมา ได้แก่ โครงการที่มีผลการดำเนินงาน เป็นไปตามเป้าหมาย จำนวน 2 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 6.90 และโครงการที่มีผลการดำเนินงานดีกว่าเป้าหมาย จำนวน 1 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 3.45 ตามลำดับ

สรุปผลการประเมินตัวชี้วัดที่ 2.2

ร้อยละความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายผลผลิตของโครงการ

ช่วงคะแนน	หน่วย: โครงการ	ร้อยละ	
		จำนวน	ร้อยละ
4.5001 - 5.0000 ดีกว่าเป้าหมายมาก		18	62.07
3.5001 - 4.5000 ดีกว่าเป้าหมาย		-	-
2.5001 - 3.5000 เป็นไปตามเป้าหมาย		-	-
1.5001 - 2.5000 ต่ำกว่าเป้าหมาย		1	3.45
1.0000 - 1.5000 ต่ำกว่าเป้าหมายมาก		10	34.48
รวม		29	100

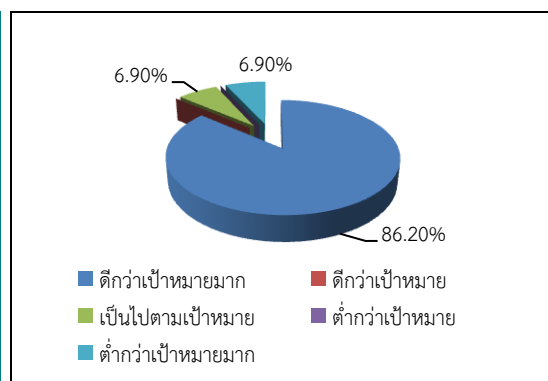


ผลการประเมินโครงการส่วนใหญ่ จำนวน 18 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 62.07 มีผลการดำเนินงานดีกว่าเป้าหมายมาก คือ สามารถดำเนินการตามแผน และมีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายผลผลิตตามแผนที่วางไว้ รองลงมา ได้แก่ โครงการที่มีผลการดำเนินงานดีกว่าเป้าหมายมาก จำนวน 10 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 34.48 และโครงการที่มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย จำนวน 1 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 3.45 ตามลำดับ สำหรับโครงการที่มีผลการดำเนินงานดีกว่าเป้าหมายมาก มีสาเหตุจากการที่ไม่ดำเนินงานได้ตามแผนงานที่กำหนดไว้ จึงส่งผลให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายผลผลิตของโครงการ ซึ่งเกิดจากปัจจัยทั้งภายในองค์กร เช่น บุคลากรไม่เพียงพอ และปัจจัยภายนอกองค์กร เช่น สถานการณ์ความไม่สงบทางการเมือง ซึ่งส่งผลให้ผู้เข้าร่วมประชุมไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ตามที่กำหนดไว้ เป็นต้น

สรุปผลการประเมินตัวชี้วัดที่ 2.3

ร้อยละความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายผลลัพธ์ของโครงการ

ช่วงคะแนน	หน่วย: โครงการ	ร้อยละ	
		จำนวน	ร้อยละ
4.5001 - 5.0000 ดีกว่าเป้าหมายมาก		25	86.20
3.5001 - 4.5000 ดีกว่าเป้าหมาย		-	-
2.5001 - 3.5000 เป็นไปตามเป้าหมาย		2	6.90
1.5001 - 2.5000 ต่ำกว่าเป้าหมาย		-	-
1.0000 - 1.5000 ต่ำกว่าเป้าหมายมาก		2	6.90
รวม		29	100.00



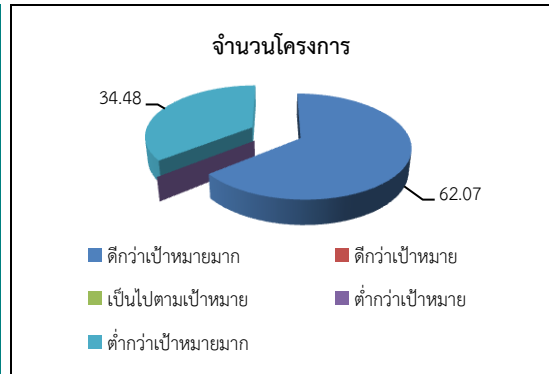
ผลการประเมินโครงการส่วนใหญ่ จำนวน 25 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 86.20 มีผลการดำเนินงานดีกว่าเป้าหมายมาก คือ สามารถดำเนินการตามแผน และมีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายผลลัพธ์ตามแผนที่วางไว้ รองลงมา ได้แก่ โครงการที่มีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย และโครงการที่มีผลการดำเนินงานดีกว่าเป้าหมายมาก จำนวน 2 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 6.90 เท่ากัน

ซึ่งมีสาเหตุหลักเนื่องจากโครงการดังกล่าวไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนงานที่วางไว้ จึงส่งผลให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายผลลัพธ์ของโครงการ ซึ่งเกิดจากปัจจัยทั้งภายในองค์กร เช่น บุคลากรไม่เพียงพอ และปัจจัยภายนอกองค์กร เช่น สถานการณ์ความไม่สงบทางการเมือง ซึ่งส่งผลให้การประสานความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านต้องชะลอออกไป เป็นต้น

สรุปผลการประเมินตัวชี้วัดที่ 3.1

ร้อยละของงบประมาณที่สามารถประหยัดได้

ระดับของคะแนน	หน่วย: โครงการ	จำนวนโครงการ	
		จำนวน	ร้อยละ
4.5001 - 5.0000	ดีกว่าเป้าหมายมาก	18	62.07
3.5001 - 4.5000	ดีกว่าเป้าหมาย	-	-
2.5001 - 3.5000	เป็นไปตามเป้าหมาย	-	-
1.5001 - 2.5000	ต่ำกว่าเป้าหมาย	-	-
1.0000 - 1.5000	ต่ำกว่าเป้าหมายมาก	11	34.48
รวม		29	100.00

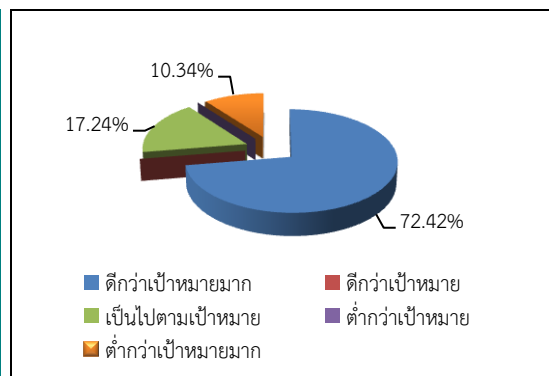


ผลการประเมินโครงการส่วนใหญ่ จำนวน 18 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 62.07 มีผลการดำเนินงานดีกว่าเป้าหมายมาก คือ สามารถดำเนินกิจกรรมได้แล้วเสร็จอย่างครบถ้วนตามแผนที่วางไว้ และสามารถประหยัดงบประมาณได้ สำหรับโครงการส่วนที่เหลือ จำนวน 11 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 34.48 นั้นมีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายมาก สำหรับโครงการที่มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายมากนั้น พบว่าเป็นโครงการที่ไม่สามารถดำเนินงานได้ทันภายในระยะเวลาที่วางไว้ ซึ่งส่งผลให้การเบิกจ่ายงบประมาณไม่ครบถ้วนตามแผน จึงทำให้ไม่สามารถประเมินผลด้านประสิทธิภาพของการใช้จ่ายงบประมาณเมื่อสิ้นสุดโครงการได้

สรุปผลการประเมินตัวชี้วัดที่ 3.2

ระดับคะแนนระยะเวลาการบริหารงานโครงการ

ช่วงคะแนน	หน่วย: โครงการ	จำนวนโครงการ	
		จำนวน	ร้อยละ
4.5001 - 5.0000	ดีกว่าเป้าหมายมาก	21	72.42
3.5001 - 4.5000	ดีกว่าเป้าหมาย	-	-
2.5001 - 3.5000	เป็นไปตามเป้าหมาย	5	17.24
1.5001 - 2.5000	ต่ำกว่าเป้าหมาย	-	-
1.0000 - 1.5000	ต่ำกว่าเป้าหมายมาก	3	10.34
รวม		29	100

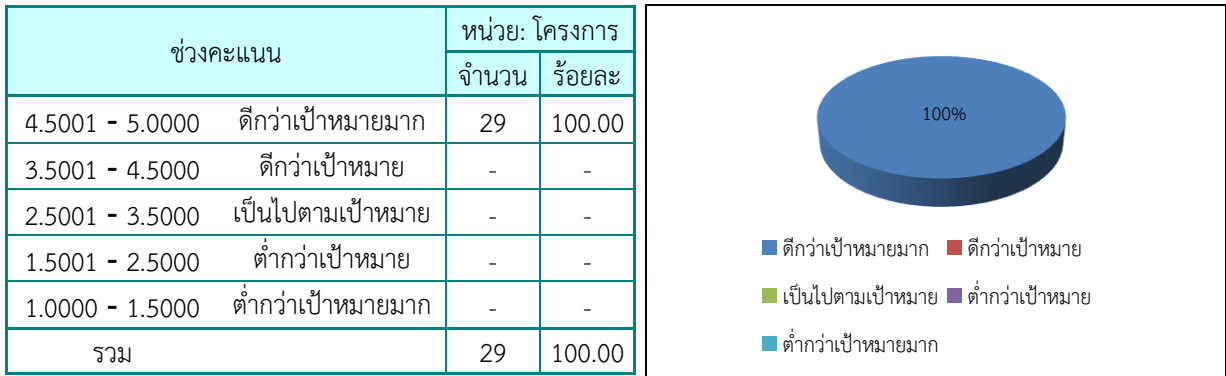


ผลการประเมินโครงการส่วนใหญ่ จำนวน 21 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 72.42 มีผลการดำเนินงานดีกว่าเป้าหมายมาก คือ สามารถบริหารโครงการได้แล้วเสร็จตามที่กำหนดไว้ในแผนงาน รองลงมา

ได้แก่ โครงการที่มีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย จำนวน 5 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 17.24 และโครงการที่มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายมาก จำนวน 3 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 10.34 ตามลำดับ สำหรับโครงการที่มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายมากเป็นโครงการที่ไม่สามารถดำเนินงานได้ทันภายในระยะเวลาที่วางไว้ ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการด้านระยะเวลาในการดำเนินงานโครงการ

สรุปผลการประเมินตัวชี้วัดที่ 4.1

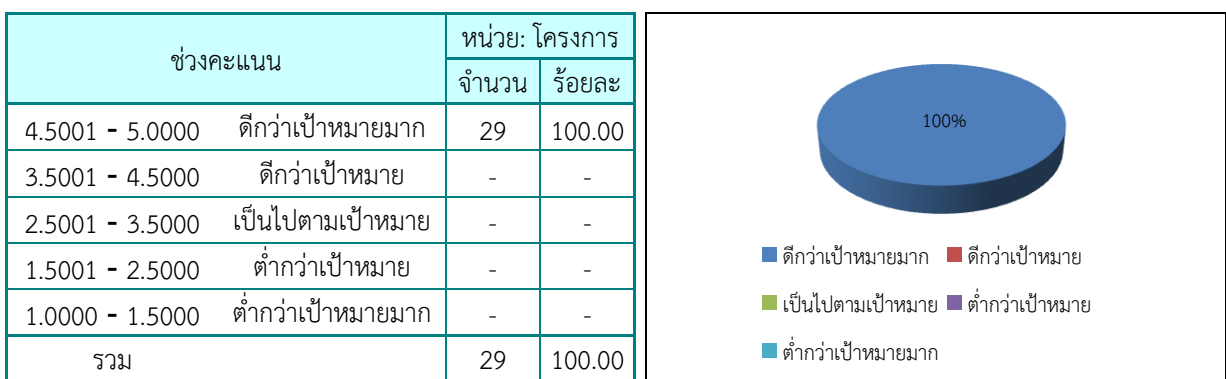
ระดับคะแนนผลกระทบเชิงบวกของโครงการ



ผลการประเมินโครงการทั้งหมด จำนวน 29 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีผลการดำเนินงานดีกว่าเป้าหมายมาก กล่าวคือ ผลจากการดำเนินงานโครงการส่งผลกระทบเชิงบวกเป็นไปตามที่คาดหวัง ทั้งส่วนที่สามารถประเมินผลกระทบได้ทั้งที่เป็นรูปธรรมและไม่เป็นรูปธรรม โดยมีตัวอย่างผลกระทบเชิงบวกที่สำคัญ อาทิ โรงพยาบาลมีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยที่ดีขึ้น การยอมรับมาตรฐานการรักษาจากผู้ป่วย เป็นต้น

สรุปผลการประเมินตัวชี้วัดที่ 4.2

ระดับคะแนนการจัดการผลกระทบเชิงลบของโครงการ



ผลการประเมินโครงการทั้งหมด จำนวน 29 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีผลการดำเนินงานดีกว่าเป้าหมายมาก กล่าวคือ ผลจากการดำเนินงานโครงการยังไม่พบว่ามีปัจจัยหรือผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้นกับโครงการในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา

สรุปผลการประเมินตัวชี้วัดที่ 5.1

ระดับความยั่งยืนของผลกระทบโครงการ

ช่วงคะแนน	หน่วย: โครงการ	ร้อยละ	
		จำนวน	ร้อยละ
4.5001 - 5.0000	ดีกว่าเป้าหมายมาก	29	100.00
3.5001 - 4.5000	ดีกว่าเป้าหมาย	-	-
2.5001 - 3.5000	เป็นไปตามเป้าหมาย	-	-
1.5001 - 2.5000	ต่ำกว่าเป้าหมาย	-	-
1.0000 - 1.5000	ต่ำกว่าเป้าหมายมาก	-	-
รวม		29	100.00



ผลการประเมินโครงการทั้งหมด จำนวน 29 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีผลการดำเนินงาน ดีกว่าเป้าหมายมาก กล่าวคือ ผลที่ได้จากการดำเนินโครงการมีความยั่งยืนถึงปัจจุบันและคาดว่าจะเกิดขึ้น ต่อเนื่องในอนาคตต่อไป อาทิ องค์ความรู้ที่ สรพ. ได้พัฒนาและเผยแพร่ส่งผลให้โรงพยาบาลมีองค์ความรู้ด้าน คุณภาพ และสามารถนำไปใช้ได้อย่างทั่วถึง เพื่อลดอันตรายที่ไม่ควรเกิด (Patient safety) อย่างต่อเนื่องใน อนาคต เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ:

- ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดผลผลิต/ผลลัพธ์ และค่าเป้าหมายผลผลิต/ผลลัพธ์ของโครงการอย่าง ชัดเจน เป็นรูปธรรม และให้มีความท้าทายในแต่ละปีงบประมาณ รวมทั้งกำหนดให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีการจัดเก็บ ข้อมูลผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถประเมินผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดโครงการได้อย่างมี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- ควรมีการเร่งรัดการดำเนินงานโครงการต่างๆ ให้เป็นไปตามแผนงานที่วางไว้ รวมทั้งมีการ วิเคราะห์ความเสี่ยงของโครงการตั้งแต่เริ่มวางแผนและหามาตรการในการควบคุมความเสี่ยงในกรณีที่มีความ เสี่ยงอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ หากพบปัญหา/อุปสรรคในระหว่างดำเนินงานโครงการควรทำการทบทวนหรือ ปรับปรุงกิจกรรมและงบประมาณให้มีความเหมาะสม
- ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดด้านผลกระทบจากการดำเนินงานโครงการในภาพรวม จะจัดให้มีการ จัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังจากดำเนินโครงการแล้วเสร็จตามระยะเวลาที่เหมาะสม เนื่องจาก การประเมินผลกระทบจากการดำเนินงานจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการจัดเก็บข้อมูล รวมทั้งต้องมีการ เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังดำเนินงานโครงการ เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์

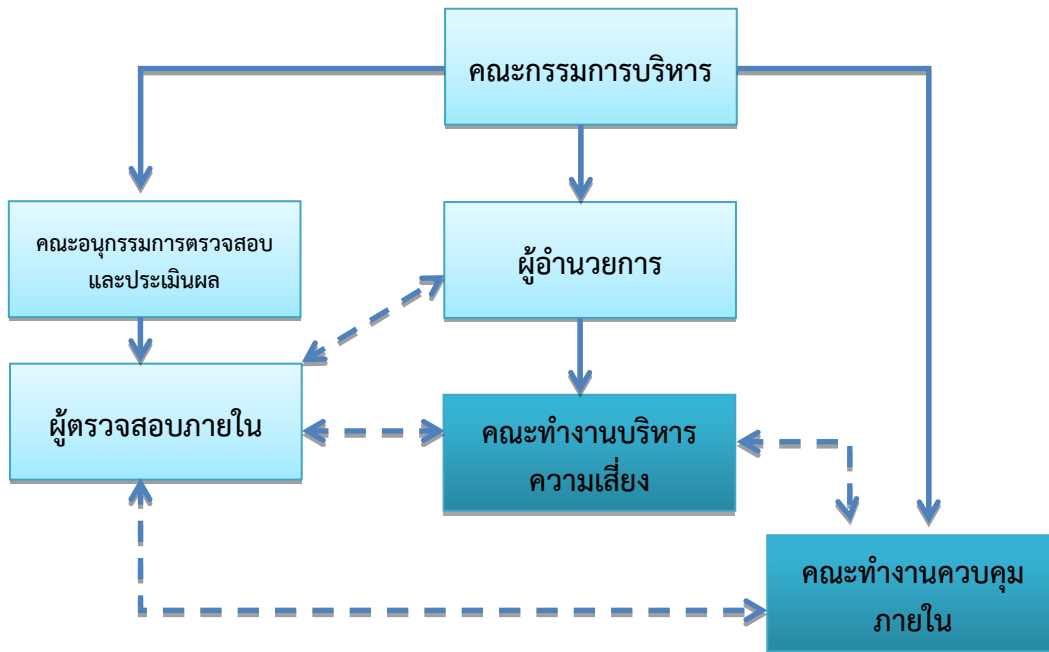
3.3 การประเมินด้านการพัฒนาองค์กร

การประเมินด้านการพัฒนาองค์กรจะประเมินระบบการบริหารจัดการที่สำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ การบริหารความเสี่ยง การควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน การบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล รายละเอียดดังนี้

(1) การบริหารความเสี่ยง

▪ สภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal Environment)

สรพ. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โดยมีรองผู้อำนวยการสถาบันฯ เป็นประธาน สำนักส่งเสริมการพัฒนาเป็นฝ่ายเลขานุฯ และมีตัวแทนฝ่ายงานต่างๆ เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าวจะมีหน้าที่ในการพิจารณาจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนบริหารความเสี่ยง มีโครงสร้างการบริหารความเสี่ยงและความเชื่อมโยงของงานควบคุมภายใน ดังแสดงในแผนภาพที่ 27



แผนภาพที่ 27 โครงสร้างการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในของ สรพ.

จากแผนภาพจะเห็นว่าการบริหารความเสี่ยงของสถาบันฯ ผ่านการกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงซึ่งขึ้นตรงกับผู้อำนวยการสถาบันฯ โดยจะมีการทำงานเชื่อมโยงกับการคณะกรรมการควบคุมภายใน โดยสถาบันฯ กำหนดให้การบริหารความเสี่ยงในระดับองค์กร กำกับและดำเนินการผ่านแผนบริหารความเสี่ยงโดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ในขณะที่ความเสี่ยงในระดับขั้นตอนการปฏิบัติงานและแผนงานโครงการ ผ่านการกำกับและบริหารจัดการผ่านแผนการควบคุมภายใน โดยคณะกรรมการควบคุมภายใน สำหรับบทบาทของคณะกรรมการบริหารต่อการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน จะพิจารณาและติดตามความก้าวหน้าการดำเนินการตามแผนฯ ที่คณะกรรมการจะเป็นผู้นำเสนอทุกไตรมาส นอกจากนั้น

คณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลมีการกำกับดูแลติดตามผลการสอบทานการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง ซึ่งสอบทานโดยผู้ตรวจสอบภายใน

สำหรับนโยบายการบริหารความเสี่ยงของ สรพ. ได้มีการประกาศนโยบายและแนวทางการบริหารความเสี่ยงของ สรพ. ไว้ในคู่มือ Quality Management อย่างไรก็ดีตามหาก สรพ. ประกาศนโยบายการบริหารความเสี่ยงไว้ในช่องทางที่บุคลากรเข้าถึงได้ง่าย เช่น ระบบอินทราเน็ต เป็นต้น จะทำให้บุคลากรโดยเฉพาะบุคลากรที่เข้ามาใหม่ก็ได้รับทราบอย่างทั่วถึงมากขึ้น

■ กระบวนการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง

คณะทำงานบริหารความเสี่ยงซึ่งประกอบด้วยฝ่ายงานต่างๆ เป็นผู้วิเคราะห์ ประเมิน และวางแผนบริหารความเสี่ยงขององค์กรและเสนอคณะกรรมการบริหารของ สรพ. ให้ความเห็นชอบ โดยภาพรวมของกระบวนการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง สรพ. พยายามที่จะวิเคราะห์และมองภาพรวมความเสี่ยงในระดับองค์กร (Enterprise Risk Management) โดยคณะทำงานได้มีการประชุมหารือถึงเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์การดำเนินงานของ สรพ. เพื่อร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดประเด็นความเสี่ยง และกำหนดมาตรการในการจัดการความเสี่ยง โดยมีการกำหนดบ่งชี้เหตุการณ์ความเสี่ยง (Event Identification) โดยปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 กำหนดความเสี่ยงขององค์กรออกเป็น 4 มิติ ได้แก่

- 1) ด้านนโยบายและกลยุทธ์
- 2) ด้านการเงินและงบประมาณ
- 3) ด้านกฎหมาย กฎระเบียบ
- 4) ด้านทรัพยากรบุคคล

และปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 ได้เพิ่มเติมมิติด้านการปฏิบัติการ

ในการวิเคราะห์เพื่อหาหรือประเด็นความเสี่ยงของ สรพ. จะใช้การประชุมหารือร่วมกัน และสรุปออกมาเป็นแผนบริหารความเสี่ยง เพื่อประกอบการประเมินและวิเคราะห์คณะทำงานมีคู่มือที่เป็นแนวปฏิบัติที่มีการกำหนดผังการจัดการความเสี่ยง กำหนดเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง โดยกำหนดหลักเกณฑ์การประเมินโอกาสและผลกระทบ รวมทั้งแนวทางการจัดการความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยงในแต่ละระดับคะแนน แต่เป็นหลักเกณฑ์แบบกลางๆ โดยคำนึงถึงมูลค่าความเสียหาย ชื่อเสียงองค์กรเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม การประเมินและวิเคราะห์ยังคงต้องใช้ดุลพินิจของคณะทำงานหรือผู้ประเมินร่วมด้วย จากการหารือกับคณะทำงานพบว่าบุคลากรของสถาบันฯ ยังมีความเข้าใจต่อการบริหารความเสี่ยงแตกต่างกัน และมีมุมมองของระดับความเสี่ยงที่หลากหลายทั้งความเสี่ยงในระดับองค์กร ความเสี่ยงในระดับแผนงานโครงการ และความเสี่ยงในระดับปฏิบัติการ จึงอาจทำให้การจำแนกความเสี่ยงในระดับองค์กรอาจยังไม่สมบูรณ์และสะท้อนความเสี่ยงในระดับองค์กร

ที่ปรึกษาฯ มีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะต่อกระบวนการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงของ สรพ. ดังนี้

- แผนบริหารความเสี่ยงของ สรพ. มีความครอบคลุมความเสี่ยงขององค์กรในทุกมิติ และค่อยๆ พัฒนาแผนบริหารความเสี่ยงมาอย่างต่อเนื่องในช่วง 4 ปีที่ผ่านมาจนเริ่มที่จะวิเคราะห์ความเสี่ยงเชิงกลยุทธ์ในระดับองค์กร (ERM) มากขึ้น

- กระบวนการจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยงใช้เวทีการประชุมเพื่อหาข้อสรุป ความเสี่ยงและมาตรการจัดการความเสี่ยง ซึ่งหาก สรพ. บันทึกและแสดงถึงกระบวนการได้มาซึ่งประเด็น

ความเสี่ยงและมาตรการในการจัดการความเสี่ยงไว้อย่างชัดเจน จะทำให้บุคลากรของ สรพ. ที่อาจเปลี่ยนแปลงในอนาคตจะเข้ามาศึกษาเรียนรู้กระบวนการได้มาซึ่งผลความเสี่ยง ความสอดคล้องของสาเหตุหรือผลกระทบของความเสี่ยง ผลการประเมินประสิทธิผลของการควบคุมภายในที่มีเพื่อบริหารจัดการ และวางแผนการบริหารความเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่อง

- นอกจากการแสดงผลความเสี่ยงในระดับสูงที่นำมาจัดการความเสี่ยงและบรรจุไว้ในแผนบริหารความเสี่ยง สรพ. ควรแสดงให้เห็นว่าความเสี่ยงอื่นๆ ขององค์กรในภาพรวมเป็นอย่างไร มีความเสี่ยงโดยอยู่ในระดับต่ำ หรือปานกลางที่ สรพ. ต้องกำกับควบคุมให้ไม่ให้เคลื่อนย้ายไปอยู่ในระดับที่สูงขึ้น และ สรพ. ควรมีการประเมินความเสี่ยงคงเหลือ (Residual Risk) หลังการจัดการความเสี่ยง เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่ได้ดำเนินการ

แม้ สรพ. จะมีการจัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยง ซึ่งมีนิยามความเสี่ยง และมีแนวปฏิบัติการประเมินและการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง แต่หากมีรายละเอียดกระบวนการขั้นตอน รวมทั้งแบบฟอร์มหรือตัวอย่างในการประเมินความเสี่ยง แบบฟอร์มในการติดตามประเมินผลที่มีรายละเอียดชัดเจนมากขึ้น จะช่วยให้บุคลากรของ สรพ. ที่อาจไม่มีความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยง สามารถศึกษาและสามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้อง

■ การติดตามและประเมินผล

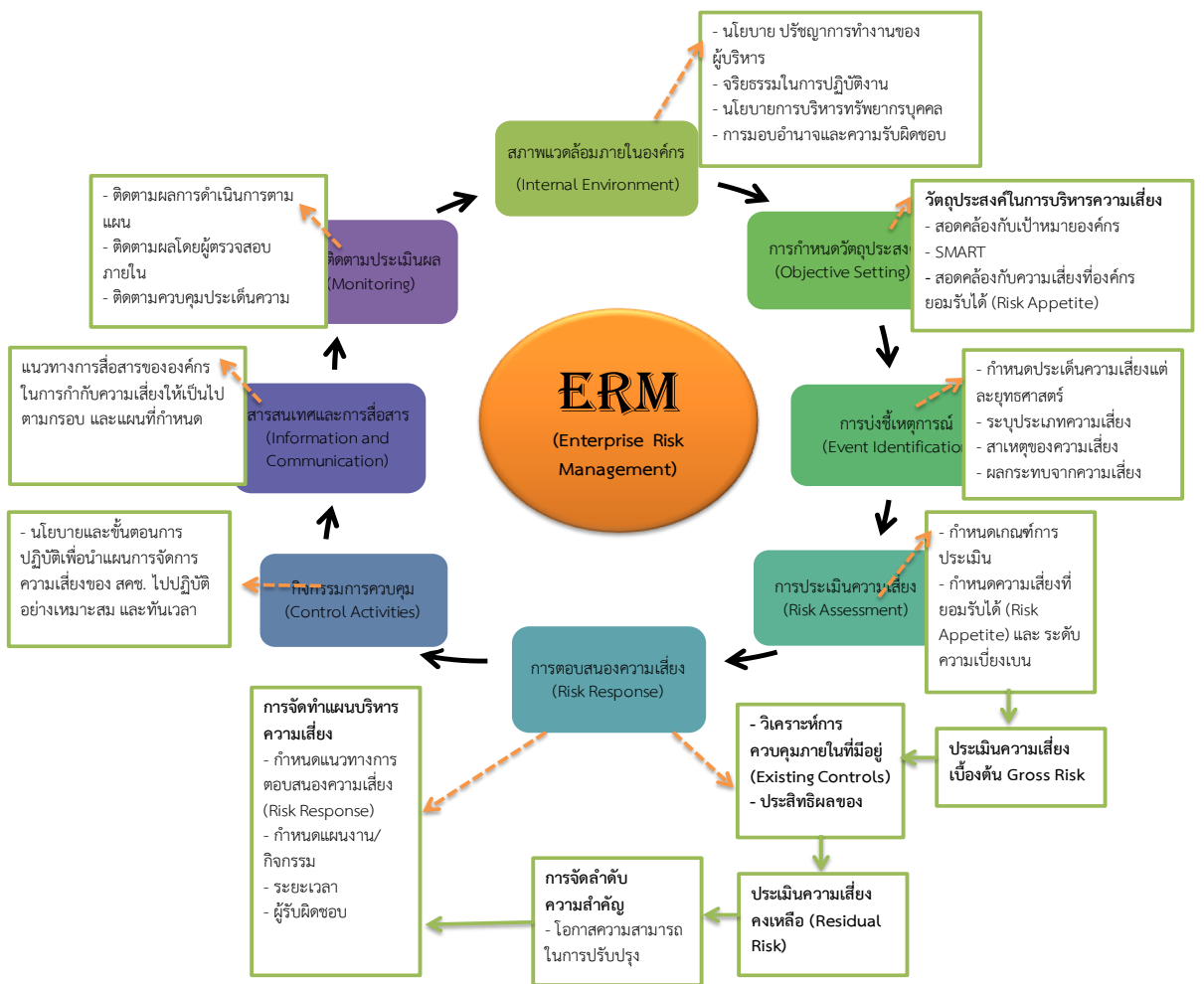
การติดตามผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยง คณะทำงานจะมีการติดตามความคืบหน้าการดำเนินการทุกไตรมาส โดยจะรายงานผลการดำเนินการต่อคณะกรรมการบริหารของ สรพ. ทุกไตรมาส เป็นการติดตามความครบถ้วนของการดำเนินการตามแผนบริหารความเสี่ยง ผลการจัดการความเสี่ยงที่ผ่านมา มาตรการส่วนใหญ่ก็ได้ดำเนินการไปอย่างครบถ้วน แต่บางประเด็นความเสี่ยงแม้จะมีการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องก็ยังมีระดับความเสี่ยงที่สูง เช่น ประเด็นความเสี่ยงโรงพยาบาลเอกชนไม่เข้าสู่กระบวนการรับรองสถานพยาบาล HA เป็นต้น โดยหาก สรพ. มีการประเมินความเสี่ยงคงเหลือ (Residual Risk) ไว้ จะทำให้เกิดความชัดเจนมากขึ้นว่าแนวทางการจัดการความเสี่ยงของ สรพ. มีประสิทธิผลหรือสามารถป้องกันสาเหตุของการเกิดความเสี่ยงได้หรือไม่ สำหรับการประเมินระบบความเสี่ยง สรพ. ได้ให้ผู้ตรวจสอบภายในสอบทานการวิเคราะห์ประเด็นความเสี่ยงว่าครอบคลุมเหมาะสมหรือไม่ รายงานให้คณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลได้ทราบ ซึ่งจะให้ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะต่อการบริหารความเสี่ยงเพื่อไปพัฒนาปรับปรุง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า สรพ. เริ่มมีการใช้เครื่องมือการตรวจสอบภายในเพื่อสอบทานความเสี่ยงและควบคุมภายใน อย่างไรก็ตาม หากสามารถประเมินประสิทธิผลของการจัดการความเสี่ยงได้ ก็จะเป็นประโยชน์ยิ่งขึ้นต่อการนำประเด็นข้อเสนอแนะมาพัฒนาระบบความเสี่ยงในอนาคต

สำหรับระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการจัดการความเสี่ยง เป็นระบบการรายงานความเสี่ยง EIR สำหรับการรายงานความเสี่ยง โดยยังไม่ได้มีการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลในการรายงานโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง (Early Warning) เพราะต้องใช้งบประมาณในการดำเนินการ

ข้อเสนอแนะ:

- สรพ. ควรมีการสื่อสารเน้นย้ำนโยบายการบริหารความเสี่ยงขององค์กรให้บุคลากรได้รับทราบและประกาศผ่านช่องทางที่บุคลากรสามารถเข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้การสื่อสารเกิดประสิทธิผล
- สร้างความเข้าใจให้กับบุคลากรต่อการบริหารความเสี่ยงตามกรอบการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร (Enterprise Risk Management) เพื่อให้สามารถนำมาประยุกต์ใช้และมีมุมมอง วิเคราะห์ความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กรที่จะช่วยสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์องค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยสามารถสรุปแนวทางการดำเนินการตามกรอบการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร (Enterprise Risk Management) ซึ่ง สรพ.สามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติได้ดังนี้

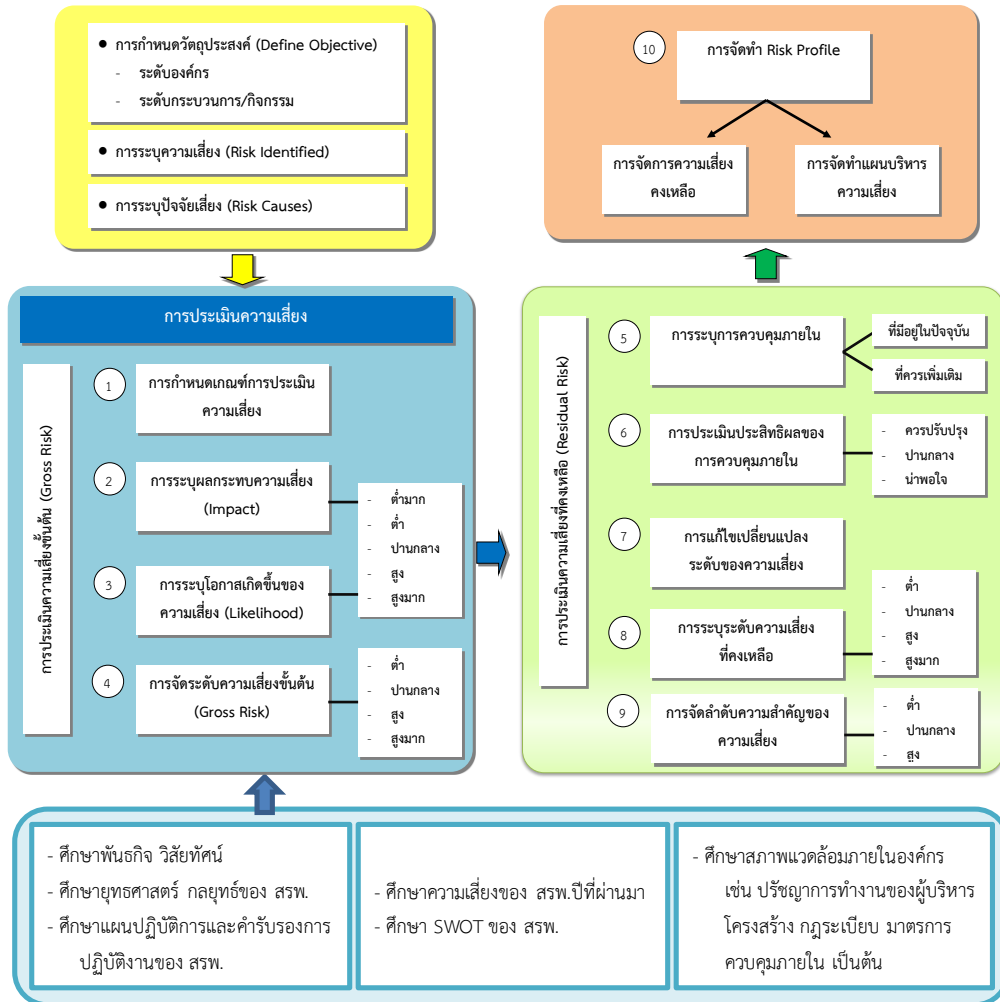
แผนภาพที่ 28 กระบวนการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร



- ควรพัฒนากระบวนการจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยงของ สรพ. ไปสู่การแสดงกระบวนการประเมินความเสี่ยงที่เป็นมาตรฐานมากขึ้น เช่น การแสดงสาเหตุ ผลกระทบของความเสี่ยง การแสดงความเสี่ยงขั้นต้น (Gross Risk) ผลการประเมินกิจกรรมควบคุมที่ สรพ. ได้ดำเนินการว่ามีประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้มากน้อยเพียงใด และการประเมินความเสี่ยงคงเหลือ (Residual Risk) มาจัดลำดับความสำคัญตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น เพื่อนำไปจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง ตลอดจนจัดทำ Risk Profile เพื่อช่วยในการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงคงเหลือต่อไป นอกจากนี้การประเมินผลการ

การดำเนินการตามแผนบริหารความเสี่ยง โดยประเมินความเสี่ยงคงเหลือจะทำให้สะท้อนประสิทธิภาพจัดการความเสี่ยงได้อย่างชัดเจนมากขึ้น ตัวอย่างขั้นตอนกระบวนการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง ดังแสดงในแผนภาพที่ 29

แผนภาพที่ 29 กระบวนการประเมินและจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง



➤ ควรปรับปรุงคู่มือการบริหารความเสี่ยงให้มีความชัดเจน มีแบบฟอร์มและแนวทางในการประเมินความเสี่ยง ตลอดจนตัวอย่างในการประเมินหรือรายงานความเสี่ยง ที่จะช่วยให้บุคลากรของ สรพ. ที่อาจไม่มีความเข้าใจต่อความเสี่ยงมากพอจะสามารถศึกษาและประเมินหรือรายงานความเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง

➤ ควรพัฒนาหรือเชื่อมโยงการเก็บข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการบริหารและจัดการความเสี่ยง เช่น การเก็บข้อมูลสำคัญๆ เพื่อการประเมินความน่าจะเป็น และผลกระทบของความเสี่ยง การมีระบบสารสนเทศในการรายงานโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง (Early Warning) ทั้งนี้ ควรมีการสื่อสารให้ความรู้กับบุคลากรของ สรพ. ให้มีความเข้าใจและมีมุมมองต่อความเสี่ยงไปในทิศทางเดียวกัน

(2) การควบคุมภายใน

จากกรอบแนวคิดการควบคุมภายในตามหลัก COSO และคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินได้กำหนดองค์ประกอบของการควบคุมภายในไว้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

แผนภาพที่ 30 องค์ประกอบการควบคุมภายใน



จากผลการประเมินระบบการควบคุมภายในของ สรพ. สรุปการดำเนินการได้ตามองค์ประกอบ ดังนี้

■ สภาพแวดล้อมของการควบคุม (Control Environment)

สภาพแวดล้อมของการควบคุมของ สรพ. เมื่อพิจารณาด้านปรัชญาการทำงานของผู้บริหาร พบว่าผู้บริหารมีทัศนคติมุ่งมั่นต่อการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ของผลงาน มีการประชุม Monday KM ทุกวันจันทร์ ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการควบคุมภายในตลอดจนมีทัศนคติที่ดีให้ความร่วมมือกับผู้ตรวจสอบภายในและภายนอก สำหรับด้านการกระจายอำนาจ ผู้บริหาร มีการกระจายอำนาจให้กับผู้บริหารระดับรองลงมา เช่น การอนุมัติแผนงานโครงการและการอนุมัติการจัดซื้อจัดจ้างที่มีวงเงินต่ำกว่า 500,000 บาท การอนุมัติงานบุคคล เช่น การลา เป็นต้น เพื่อให้การบริหารจัดการมีความคล่องตัวมากขึ้น

สำหรับการส่งเสริมจริยธรรมในการปฏิบัติงานขององค์กร สรพ. ได้มีการจัดทำระเบียบฯ ว่าด้วยจริยธรรมและแนวปฏิบัติที่ดีของคณะกรรมการและผู้ปฏิบัติงานของสถาบัน โดยระบุถึงหลักการปฏิบัติหน้าที่ การปฏิบัติตามหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของคณะกรรมการ การรักษาความลับของคณะกรรมการและสถานพยาบาล การป้องกันผลประโยชน์ที่ทับซ้อน ตลอดจนการส่งเสริมการปฏิบัติตามจริยธรรมและแนวปฏิบัติที่ดี รวมทั้งการระบุงบการบังคับใช้และการลงโทษ โดยมีการประกาศบังคับใช้และสื่อสารให้พนักงานทราบเมื่อปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 และจะมีการสื่อสารให้กับพนักงานใหม่ได้ทราบในกิจกรรมการปฐมนิเทศ (Orientation)

ในด้านโครงสร้างบริหารองค์กร มีการจัดโครงสร้างองค์กรและสายงานการบังคับบัญชาตามภารกิจหน้าที่และความรับผิดชอบแต่ละสำนักๆ สำหรับโครงสร้างด้านการควบคุมภายใน สรพ. มีการกำหนดโครงสร้างการควบคุมภายในดังแสดงในแผนภาพที่ 31 โครงสร้างการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในของ สรพ. หัวข้อสรุปผลการประเมินด้านการบริหารความเสี่ยง เป็นการกำกับติดตามและดำเนินการด้านการควบคุมภายในผ่านคณะกรรมการควบคุมภายในที่มีความเชื่อมโยงกับการบริหารความเสี่ยงองค์กร ที่ผ่านมาบุคลากรคณะกรรมการทำงานที่เกี่ยวข้อง จะยึดถือและปฏิบัติตามแนวทางของคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน

■ การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

การประเมินความเสี่ยงภายในการดำเนินการตามระบบควบคุมภายใน ได้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติของคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน คือ หน่วยงานย่อยหรือสำนักจะเป็นผู้วิเคราะห์และกำหนดประเด็นความเสี่ยงตามภารกิจของแต่ละสำนัก/ฝ่ายงาน สำหรับความเสี่ยงในระดับองค์กร คณะทำงานได้กำหนดระดับการบริหารความเสี่ยงกับการควบคุมภายในในระดับองค์กร ดังนี้

ผลกระทบความเสี่ยงในระดับ 1 หรือ 2	➔	แก้ไขและบริหารจัดการโดยฝ่ายงาน
ผลกระทบความเสี่ยงในระดับ 3	➔	แก้ไขและบริหารจัดการโดยคณะกรรมการควบคุมภายในร่วมกับฝ่ายงาน
ผลกระทบความเสี่ยงในระดับ 4	➔	แก้ไขและบริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับฝ่ายงาน
ผลกระทบความเสี่ยงในระดับ 5	➔	แก้ไขและบริหารจัดการโดยผู้อำนวยการสถาบันฯ คณะทำงานบริหารความเสี่ยงและฝ่ายงาน

จากแนวทางที่ สรพ. กำหนดจะเห็นว่า สรพ. แบ่งขอบเขตงานความเสี่ยงกับการควบคุมภายในตามระดับความสำคัญหรือความรุนแรงของผลกระทบ เนื่องจากง่ายต่อการทำความเข้าใจของบุคลากรของ สรพ. แม้จะทำให้การแสดงความเสี่ยงในแผนการบริหารความเสี่ยงของ สรพ. ไม่แสดงความครอบคลุมความเสี่ยงในระดับองค์กรทั้งหมดที่ แต่การจัดการความเสี่ยงยังคงได้ดำเนินการ (Take Action) อยู่ในทุกระดับ เพราะถูกระบุและติดตามการจัดการความเสี่ยงอยู่ในแผนการควบคุมภายในแล้ว

■ กิจกรรมควบคุม (Control Activities)

กิจกรรมควบคุมเพื่อบริหารจัดการความเสี่ยง เป็นไปเพื่อจัดการความเสี่ยงในระดับหน่วยงานย่อยหรือสำนัก และรวบรวมไปเป็นระดับองค์กร มีการกำหนดวิธีการตอบสนองต่อความเสี่ยงทั้งระดับฝ่ายงานและระดับองค์กร กิจกรรมการควบคุมที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปในการควบคุมความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการ ทั้งนี้ฝ่ายตรวจสอบภายในซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบการควบคุมภายในจะมีการสอบทานรายงานทางการเงิน การสอบทานการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามกฎระเบียบและข้อบังคับของ สรพ. ตลอดจนการสอบทานการจัดทำรายงานผลการประเมินองค์ประกอบการควบคุมภายในและการจัดทำรายงานผลการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายในระดับองค์กร สำหรับกระบวนการควบคุมทรัพย์สิน สรพ. มีส่วนงานพัสดุเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำ ตีทะเบียน และตรวจนับการมีอยู่ของทรัพย์สินตามระเบียบสถาบันฯ

■ ข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร (Information Technology & Communication)

สรพ. มีระบบข้อมูลสารสนเทศที่นำมาใช้ในการรายงานและตัดสินใจของผู้บริหาร มีการนำระบบ ERP (Enterprise Resources Planning) มาใช้ในการบริหารจัดการและวางแผนองค์กร มีการกำหนดนโยบายความปลอดภัยทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการใช้ข้อมูลสำหรับการรวบรวมข้อมูลรายงานผู้บริหาร เป็นหน้าที่ของส่วนงานที่รับผิดชอบ เช่น ข้อมูลข่าวหรือกิจกรรมจากภายนอก เป็นหน้าที่ของงานประชาสัมพันธ์ ข้อมูลทางการเงินจะเป็นหน้าที่ในการรายงานของส่วนการเงิน เป็นต้น สรพ. จัดให้มีระบบ Intranet เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารภายในองค์กร ในการเผยแพร่นโยบาย กฎระเบียบคำสั่งและคู่มือการปฏิบัติงาน รวมทั้งข่าวสารต่างๆ ได้อย่างทั่วถึงทั้งองค์กร สำหรับช่องทางในการรับฟังความคิดเห็นของบุคลากรภายใน สรพ. ได้จัดให้มีการทำรายงานผ่าน Incident report หรือบุคลากรสามารถสะท้อนปัญหาผ่านหัวหน้างานมายังฝ่ายบริหาร สำหรับผู้มีส่วนได้เสียหรือผู้รับบริการภายนอก สรพ. ทำงานร่วมกับเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้รับบริการสามารถร้องเรียนหรือแจ้งปัญหาในการดำเนินงานผ่านเจ้าหน้าที่ของ สรพ. ได้อย่างสะดวก อีกทั้งได้จัดให้มีช่องทางในการร้องเรียนผ่านเว็บไซต์ของสถาบันฯ อย่างไรก็ตามที่ผ่านมายังไม่เคยมีการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสื่อสารขององค์กร

■ การติดตาม ตรวจสอบและการประเมินผล (Monitoring & Evaluation)

สรพ. มีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอเป็นรายไตรมาส ตลอดจนรายงานผลการดำเนินงานตามแผนการควบคุมภายในเป็นรายไตรมาสให้ผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารได้รับทราบ ซึ่งโดยส่วนใหญ่ก็สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้ สำหรับการประเมินระบบการควบคุมภายใน ที่ผ่านมาเป็นเพียงการตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินและสอบทานโดยผู้ตรวจสอบภายในซึ่งเป็นการสอบทานกระบวนการจัดทำรายงานการควบคุมภายใน ซึ่งถือได้ว่าเป็นการริเริ่มการพัฒนาการสอบทานระบบการควบคุมภายในในระดับหนึ่ง

ข้อเสนอแนะ:

➤ หาก สรพ. สามารถพัฒนาการประเมินการควบคุมภายในจากเดิมที่เป็นการสอบทานการจัดทำรายงานการควบคุมภายใน และการสอบทานการประเมินความเสี่ยงไปถึงระดับการประเมินความเพียงพอและควมมีประสิทธิภาพของระบบควบคุมภายในก็จะเป็นประโยชน์กับ สรพ. ยิ่งขึ้น โดยแต่ละปีอาจคัดเลือกประเด็นที่เห็นว่ามีความเสี่ยงที่การปฏิบัติของบุคลากรไม่เป็นไปตามระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไว้และอาจมีผลกระทบต่อองค์กรสูง มาทดสอบเพื่อประเมินประสิทธิผลของการควบคุมภายใน

(3) การตรวจสอบภายใน

จากกรอบการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน ซึ่งแนวทางการปฏิบัติการตรวจสอบภายใน ออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ แนวทางการปฏิบัติด้านตรวจสอบภายในขององค์กร และแนวทางการปฏิบัติด้านการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน โดยแต่ละส่วนมีองค์ประกอบ ดังนี้

แผนภาพที่ 31 กรอบการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน



จากการประเมินระบบการตรวจสอบภายในของ สรพ. สามารถสรุปผลการดำเนินงานแต่ละส่วนได้ ดังนี้

(3.1) การปฏิบัติด้านตรวจสอบภายในขององค์กร หน่วยตรวจสอบภายในของ สรพ. มีการจัดทำกฎบัตร โดยฉบับปัจจุบันประกาศใช้ ณ วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2557 โดยได้กำหนดนิยามการตรวจสอบภายใน มาตรฐานการตรวจสอบภายในและจริยธรรมการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน มีการกำหนดวัตถุประสงค์การตรวจสอบสายการบังคับบัญชา อำนาจหน้าที่ของหน่วยตรวจสอบภายในและความรับผิดชอบสรุปบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของหน่วยตรวจสอบภายใน ดังนี้

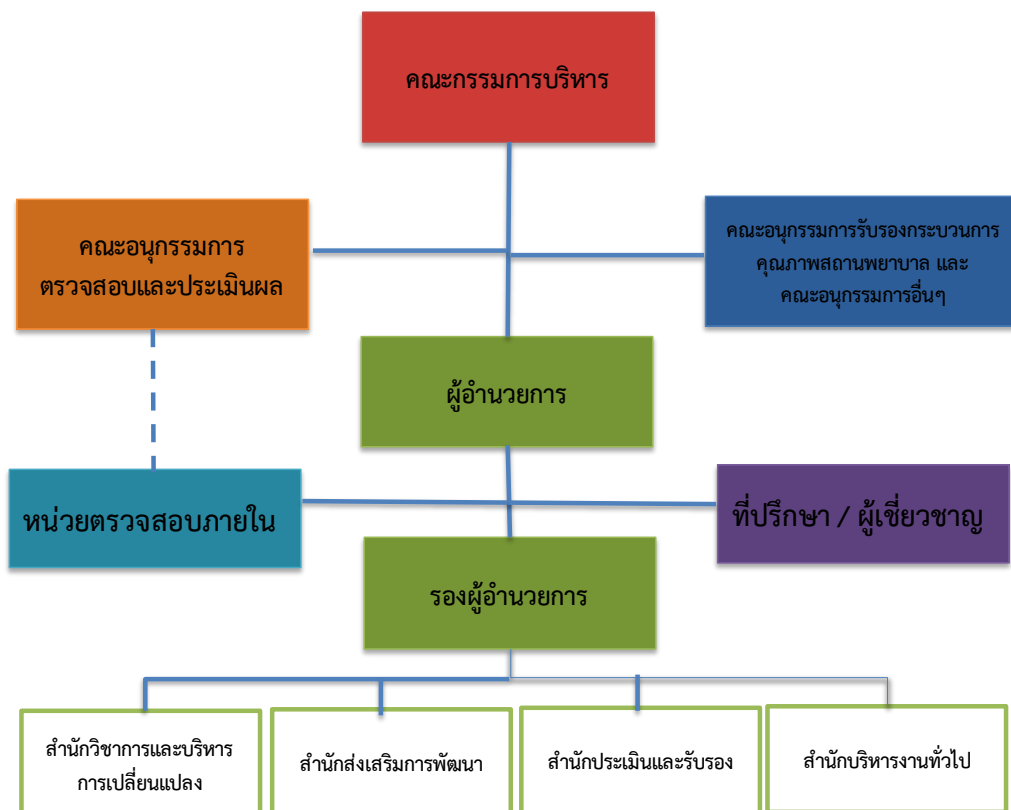
- **บทบาทและความรับผิดชอบ :** กฎบัตรมีการกำหนดอำนาจหน้าที่ของหน่วยตรวจสอบภายในในการให้คำแนะนำ ปรีกษาและสอบทานการประเมินระบบการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องโดยอิสระ ตรวจสอบการปฏิบัติงานของทุกหน่วยงาน โดยมีอำนาจในการเข้าถึงข้อมูล เอกสาร ทรัพย์สิน รายงานต่างๆ รวมถึงการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการตรวจสอบภายในครอบคลุมทั้งการตรวจสอบรายงานทางการเงิน ตรวจสอบการปฏิบัติงานหรือการดำเนินงาน ตรวจสอบผลการปฏิบัติงานหรือผลการดำเนินงาน ตรวจสอบสารสนเทศ ตรวจสอบการบริหาร รวมทั้งตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมาย มติ คณะรัฐมนตรี ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง เสนอรายงานผลการตรวจสอบ และข้อเสนอแนะ ติดตามผลการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ รวมทั้งระมัดระวังที่จะไม่เข้าไปมีส่วนได้เสียในกิจกรรมที่ตรวจสอบหรือประเมินผล

กฎบัตรได้กำหนดความรับผิดชอบของหน่วยตรวจสอบภายใน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการตรวจสอบ และด้านการให้คำปรึกษา โดยด้านการตรวจสอบเป็นการกำหนดความรับผิดชอบในการกำหนดนโยบายการตรวจสอบภายใน การปฏิบัติงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ การประเมินความเพียงพอและประสิทธิผลของกระบวนการปฏิบัติงาน การประสานหน่วยรับตรวจ ผู้ตรวจสอบภายนอก การสนับสนุนการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการ สำหรับด้านการให้คำปรึกษากับผู้บริหารหน่วยรับตรวจและบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงกระบวนการกำกับดูแลการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน

ทั้งนี้ จากรายละเอียดที่กำหนดไว้ในกฎบัตรนั้น ถือได้ว่า สรพ. มีการกำหนดประเด็นสำคัญของการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในไว้ค่อนข้างชัดเจนและครอบคลุม

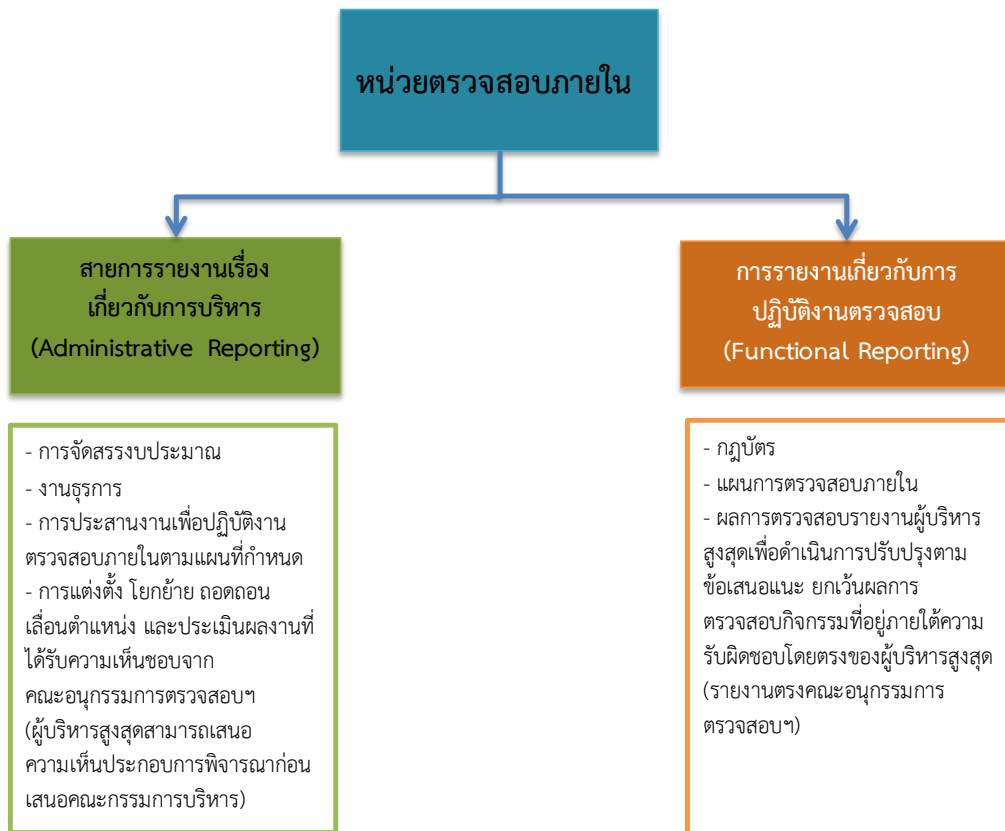
- ความเป็นอิสระ : สรพ. ได้ตระหนักถึงความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานของหน่วยตรวจสอบภายใน โดยระเบียบคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลว่าด้วยการตรวจสอบภายใน พ.ศ. 2554 ได้กำหนดความเห็นที่เป็นอิสระของผู้ตรวจสอบภายใน ในการแสดงความคิดเห็นหรือรายงานได้อย่างเสรีตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งไม่มีส่วนได้เสียทั้งทางตรงและทางอ้อมในเรื่องนั้นๆ รวมถึงไม่มีสถานการณ์ใดๆ ที่จะมาบีบบังคับให้ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นได้ตามที่พึงจะเป็น

ทั้งนี้ กฎบัตรหัวข้อสายการบังคับบัญชา ได้กำหนดให้หน่วยตรวจสอบภายในขึ้นตรงต่อคณะกรรมการบริหาร โดยหน่วยตรวจสอบภายในต้องเสนอแผนการตรวจสอบภายในทั้งแผนระยะยาวและแผนประจำปี รวมทั้งรายงานผลการตรวจสอบต่อคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล เพื่อให้ความเห็นและเสนอต่อไปยังคณะกรรมการบริหาร แล้วจึงเสนอแผนที่ผ่านการอนุมัติหรือผลการตรวจสอบต่อผู้อำนวยการสถาบันฯ หรือในกรณีที่เห็นสมควรอาจเสนอผลการตรวจสอบต่อผู้อำนวยการสถาบันฯ เพื่อให้ปรับปรุงแก้ไขโดยไม่ชักช้า จะเห็นได้ว่าสายการบังคับบัญชามีความเป็นอิสระ โดย สรพ. มีการกำหนดผังโครงสร้างองค์กรที่แสดงถึงการขึ้นตรงของหน่วยตรวจสอบภายใน ดังนี้



จากแผนภาพโครงสร้างจะเห็นว่า สรพ. กำหนดสายการบังคับบัญชาของหน่วยตรวจสอบภายในโดยขึ้นตรงกับคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลซึ่งขึ้นตรงต่อคณะกรรมการบริหาร และสายการบังคับบัญชาหน่วยตรวจสอบภายในกับผู้อำนวยการ สรพ. ทั้งนี้ ที่ผ่านมา สรพ. ได้พัฒนาให้งานตรวจสอบภายในทำงานร่วมกับผู้บริหารของ สรพ. มากขึ้น เช่น การรายงานผลการตรวจสอบอย่างไม่เป็นทางการกับผู้บริหาร การรับฟังความเห็นและข้อสังเกตจากผู้บริหาร เป็นต้น เพื่อให้การตรวจสอบภายในเป็นประโยชน์สูงสุดขององค์กร และเพื่อให้การกำกับดูแลการปฏิบัติงานของ สรพ. เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ ผู้ตรวจสอบภายในอาจกำหนดขอบเขตอำนาจหน้าที่การรายงานผู้บริหาร เพื่อให้เกิดความชัดเจนต่อการปฏิบัติของผู้ตรวจสอบภายใน โดยแนวทางปฏิบัติที่ดีด้านโครงสร้างของหน่วยตรวจสอบภายใน สามารถกำหนดสายการรายงานของหน่วยตรวจสอบภายใน ได้ 2 สายโดยมีอำนาจหน้าที่ในการรายงานแต่ละสาย ดังนี้



■ **คณะกรรมการตรวจสอบ (Audit Committee):** สรพ. มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการตรวจสอบและประเมินผลซึ่งได้รับมอบจากคณะกรรมการบริหารให้ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลการปฏิบัติงานของหน่วยตรวจสอบภายในมีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบในสอบทานและอนุมัติกฎบัตร พิจารณาให้ความเห็นชอบแผนการตรวจสอบประจำปี สอบทานการบริหารความเสี่ยง การควบคุมภายในและรายงานจากผู้ตรวจสอบภายใน ตลอดจนประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ตรวจสอบภายใน

■ **ฝ่ายบริหารและผู้สอบบัญชี** : หน่วยตรวจสอบภายในมีการทำงานร่วมกับฝ่ายบริหารและผู้สอบบัญชี ดังนี้

ฝ่ายบริหาร : กฎบัตรกำหนดสายการบังคับบัญชาให้หน่วยตรวจสอบภายในจะต้องมีการรายงานแผนการตรวจสอบภายในและผลการตรวจสอบภายในต่อผู้อำนวยการสถาบันฯ หลังจากนำเสนอคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล และคณะกรรมการบริหาร ตลอดจนมีการให้คำปรึกษากับผู้บริหารหน่วยรับตรวจ โดยที่ผ่านมามีหน่วยตรวจสอบภายในได้มีการพัฒนาความสัมพันธ์กับฝ่ายบริหารระดับสูงเพิ่มขึ้นจากที่ผ่านมาโดยการหารือกับผู้บริหารต่อผลการตรวจสอบและรับฟังความเห็นของผู้บริหารก่อนนำเสนอคณะกรรมการบริหาร

ทั้งนี้ แนวทางปฏิบัติที่ดีที่หน่วยตรวจสอบภายในสามารถปฏิบัติงานหรือให้บริการแก่ฝ่ายบริหารโดยไม่ขัดแย้งกับความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในที่มีต่อคณะกรรมการบริหารหรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล ฝ่ายบริหารสามารถขอให้หน่วยตรวจสอบภายในทำการตรวจสอบและรายงานผลการตรวจสอบเฉพาะเรื่องนอกเหนือจากกิจกรรมที่กำหนดไว้ตามแผนการตรวจสอบประจำปี โดยหน่วยตรวจสอบภายในสามารถพิจารณาความเหมาะสมได้ว่าจะมีความขัดแย้งกับขอบเขตและความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในหรือไม่ หากมีการตรวจสอบตามที่ฝ่ายบริหารร้องขอให้รายงานผลการตรวจสอบต่อคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล

ลักษณะงานหรือกิจกรรมที่ผู้ตรวจสอบภายในต้องเสนอต่อผู้บริหารสูงสุดได้แก่

- การหารือแผนการตรวจสอบ (ไม่ใช่ประเด็นตรวจสอบ) กฎบัตรของหน่วยตรวจสอบภายในงบประมาณที่จำเป็นในการตรวจสอบภายใน โดยผู้ตรวจสอบภายในควรพบปะหารือกับฝ่ายบริหารก่อนเข้าตรวจสอบ เพื่อร่วมกับฝ่ายบริหารในการกำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสมและสะดวก รวมทั้งการสื่อสารให้กับฝ่ายงานต่างๆ ได้สนับสนุนตามแผนการตรวจสอบ
- การรายงานผลการตรวจสอบในกิจกรรมต่างๆ สรุปประเด็นสำคัญที่พบจากการตรวจสอบ ยกเว้นรายงานผลการตรวจสอบกิจกรรมที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของผู้บริหารสูงสุดให้รายงานต่อคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลและคณะกรรมการบริหารเท่านั้น
- ผลการแต่งตั้งโยกย้าย ถอดถอนเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่ง และประเมินผลผู้ตรวจสอบภายในที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลและคณะกรรมการบริหาร

ผู้สอบบัญชี : การปฏิบัติงานที่ผ่านมามีของหน่วยตรวจสอบภายใน มีการหารือทำงานร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรับทราบประเด็นที่ สตง. ให้ความสำคัญและเห็นว่าเป็นความเสี่ยงที่จะต้องตรวจสอบเพิ่มขึ้น โดยผู้ตรวจสอบภายในให้ความสนใจผลการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบจาก สตง. ทั้งนี้ประเด็นความเสี่ยงที่ สตง. ให้ความสำคัญมุ่งเน้นจะเป็นการตรวจสอบทางการเงิน (Financial Audit) และการตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎระเบียบ (Compliance Audit)

■ **บุคลากร** : สรพ. กำหนดคุณสมบัติผู้ตรวจสอบภายในที่เป็นคุณสมบัติทั่วไป เช่น อายุ วุฒิการศึกษา อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติที่ดี สรพ. ควรมีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ตรวจสอบภายในทั้งด้านคุณวุฒิความรู้ทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน และความเป็นอิสระไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์ในกิจกรรมที่ตรวจสอบเพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่เป็นไปด้วยความเที่ยงธรรม รวมทั้งต้องไม่

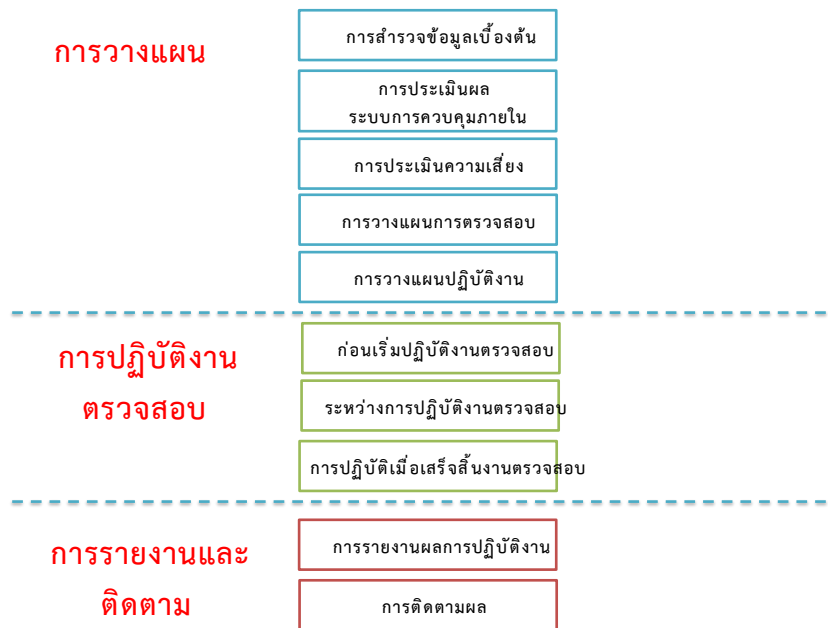
ตรวจสอบงานที่ต้นเคยทำหน้าที่บริหารหรือปฏิบัติภายในระยะเวลา 1 ก่อนการตรวจสอบ โดยควรกำหนดไว้ในระเบียบคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลว่าด้วยการตรวจสอบภายใน และกำหนดไว้ในคุณสมบัติในการรับสมัครผู้ตรวจสอบภายในอย่างชัดเจน

สรพ. มีบุคลากรปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยตรวจสอบภายใน 1 อัตรา ซึ่งที่ผ่านมาได้รับการพัฒนาอบรมความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เช่น การเข้ารับการอบรมประกาศนียบัตรผู้ตรวจสอบภายในภาครัฐระดับ Comprehensive จัดโดยกรมบัญชีกลาง การเข้ารับการอบรมหลักสูตรของสมาคมผู้ตรวจสอบภายใน เป็นต้น ทั้งนี้ การที่ สรพ. มีบุคลากรของฝ่ายตรวจสอบภายในเพียง 1 คน อาจทำให้การพัฒนางานด้านการตรวจสอบภายในมีข้อจำกัดและดำเนินการได้อย่างค่อยเป็นค่อยไป การพัฒนาและดำเนินการในช่วงที่ผ่านมาจึงถือว่าเป็นไปในระดับการพัฒนาที่ดี

(3.2) ด้านการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน

การปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติงานตรวจสอบ การรายงานและการติดตามผล โดยจากการประเมินกระบวนการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในของ สรพ. สามารถสรุปได้ ดังนี้

กระบวนการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน



■ **การวางแผนการตรวจสอบ** : กระบวนการวางแผนการตรวจสอบภายในของ สรพ. ได้นำความเสี่ยงจากการประเมินระบบการควบคุมภายใน ซึ่งมีการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงองค์กร 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านนโยบายและกลยุทธ์ 2) ด้านทรัพยากรบุคคล 3) ด้านกฎหมายและกฎระเบียบ 4) ด้านการเงินและงบประมาณ 5) ด้านการปฏิบัติงาน 6) ด้านสารสนเทศ และ 7) ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย นอกจากนั้น การวางแผนการตรวจสอบภายในได้พิจารณาผลการตรวจสอบปีที่ผ่านมาประกอบด้วย อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงยังไม่ได้เป็นการพิจารณาความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร (ERM) รวมทั้งกระบวนการวางแผนยังไม่ได้พิจารณาความคาดหวังของผู้บริหารระดับสูง และผู้มีส่วนได้เสียมา

ประกอบด้วย การจัดทำแผนการตรวจสอบของ สรพ. ไม่ได้มีแผนการตรวจสอบเชิงกลยุทธ์ (แผนระยะยาว) เป็นแผนการตรวจสอบประจำปี โดยแผนการตรวจสอบภายในมีเนื้อหาประกอบด้วย วัตถุประสงค์การตรวจสอบ ขอบเขตการตรวจสอบ ผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบ จำนวนวันทำงาน งบประมาณ (ค่าอบรม สัมมนาของผู้ตรวจสอบภายใน) รายละเอียดกิจกรรม/เรื่องที่ตรวจ หน่วยรับตรวจ วัตถุประสงค์การตรวจสอบ แต่ละเรื่องที่ตรวจ และระยะเวลาการตรวจสอบ ผู้ตรวจสอบภายในมีการนำเสนอแผนการตรวจสอบให้ คณะอนุกรรมการตรวจสอบและประเมินผลพิจารณาให้ความเห็นชอบและนำเสนอคณะกรรมการบริหารให้ความเห็นชอบ

■ **การปฏิบัติงานตรวจสอบ :** ก่อนเริ่มปฏิบัติงานตรวจสอบผู้ตรวจสอบภายในได้มีการเปิดการตรวจสอบ โดยชี้แจงให้ผู้รับการตรวจสอบทราบ โดยกิจกรรมการตรวจสอบแบ่งเป็นกิจกรรมการให้ความเชื่อมั่น (Assurance Service) ซึ่งเป็นการตรวจสอบด้านการเงินและการปฏิบัติตามกฎระเบียบ การตรวจสอบการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการสอบทานระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง การสอบทานกระบวนการปฏิบัติงาน การตรวจสอบสารสนเทศ และกิจกรรมให้คำปรึกษา (Consulting Service) ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำด้านการควบคุมภายใน จากผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 พบว่าการตรวจสอบการบริหารซึ่งเป็นการตรวจสอบการบริหารงบประมาณ การติดตามการใช้จ่ายงบประมาณและเงินรายได้สถาบันฯ ไม่ได้มีการดำเนินการ และเมื่อปฏิบัติงานตรวจสอบเสร็จสิ้นผู้ตรวจสอบภายในได้มีการปิดการตรวจสอบ โดยจากผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการตรวจสอบภายใน จะเห็นว่ากิจกรรมส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปทางด้านรายงานทางการเงินและการไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ แม้ในแผนการตรวจสอบจะมีกิจกรรมการตรวจสอบการปฏิบัติงาน แต่เป็นการติดตามความคืบหน้าการจัดทำรายงานการประเมินผลตนเองตามแบบที่ สตง. กำหนด

■ **การรายงานและการติดตามผล :**

หัวหน้าหน่วยตรวจสอบภายในมีการนำเสนอรายงานผลการตรวจสอบต่อผู้บริหาร หน่วยรับตรวจและคณะอนุกรรมการตรวจสอบและประเมินผล เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการบริหาร เป็นรายไตรมาส หลังจากนั้นจะนำเสนอผู้บริหารสูงสุดเพื่อดำเนินการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และสรุปประเด็นสำคัญไว้ในรายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับการตรวจสอบภายในโดยมีการวิเคราะห์ผลเพื่อชี้จุดอ่อน ที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดที่เป็นโอกาสในการพัฒนาผลการดำเนินงานได้ดีขึ้นอีกในอนาคต สำหรับกรณีมีความจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขเร่งด่วนหน่วยตรวจสอบภายในก็จะเสนอผู้บริหารสูงสุดโดยทันที

ทั้งนี้ สรพ. มีการวางระบบและติดตามผลการดำเนินการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ โดยหน่วยรับตรวจให้ความร่วมมือในการดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และหน่วยตรวจสอบภายในได้รายงานผลการดำเนินการตามข้อเสนอแนะให้คณะอนุกรรมการตรวจสอบและประเมินผลได้ทราบ

ข้อเสนอแนะ:

เพื่อยกระดับงานด้านการตรวจสอบภายในของ สรพ. ที่จะเพิ่มมูลค่าเพิ่มให้องค์กร สรพ. ควรพัฒนาปรับปรุงการดำเนินการ ดังนี้

➤ การพัฒนาการวางแผนการตรวจสอบภายในไปสู่การตรวจสอบภายในเชิงกลยุทธ์ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์กรให้บรรลุเป้าหมายความสำเร็จขององค์กร โดยการวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อทำแผนการตรวจสอบ ควรวิเคราะห์ในลักษณะความเสี่ยงทั้งองค์กร (Enterprise Risk Management) ตลอดจนการจัดทำแผนการตรวจสอบเชิงกลยุทธ์ระยะยาว

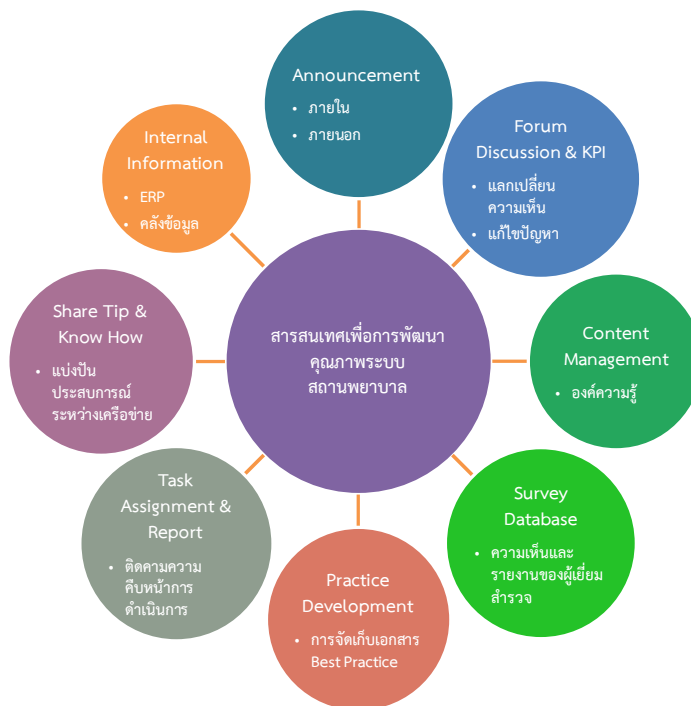
➤ การตรวจสอบภายในเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์และประโยชน์สูงสุดขององค์กร ไม่ว่าจะเป็นการทำงานร่วมกับฝ่ายบริหาร การแลกเปลี่ยนและให้การสนับสนุนข้อมูลและความเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงและความเพียงพอของการควบคุมภายในต่อคณะทำงาน ความเสี่ยงและควบคุมภายใน

➤ หากหน่วยตรวจสอบภายในกำหนดขอบเขตลักษณะงาน ตลอดจนโครงสร้างการรายงานและทำงานร่วมกับฝ่ายบริหาร จะทำให้การรายงานและการทำงานของหน่วยตรวจสอบภายในและฝ่ายบริหารมีความชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ หน่วยตรวจสอบภายในสามารถแลกเปลี่ยนและให้การสนับสนุนข้อมูลและความเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงและความเพียงพอของการควบคุมภายในต่อคณะทำงาน ความเสี่ยงและควบคุมภายในจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับองค์กรยิ่งขึ้น

(4) การบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ

สรพ. มีการจัดทำฐานข้อมูลสารสนเทศครอบคลุมภารกิจขององค์กร โดยใช้ฐานข้อมูล SQL สำหรับระบบ Enterprise Resource Planning (ERP) ซึ่งเป็นระบบสนับสนุนการปฏิบัติงานภายในของสรพ. ในส่วนของ Mail Server ใช้ระบบปฏิบัติการ Lotus Domino ซึ่งมีการป้องกันความเสียหายของระบบ โดยมี Primary Email และ Secondary Email อยู่บน Server คนละตัว ซึ่งสามารถใช้ทดแทนกันได้ทันทีในกรณีที่ Server เสียหาย และในส่วนของ Web Server ใช้ระบบปฏิบัติการ CS Loxinfo เป็นระบบ Cloud

แผนภาพที่ 32 ระบบสารสนเทศเพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบสถานพยาบาล



สำหรับระบบ ERP ซึ่งเป็นระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการดำเนินงานของ สรพ. ประกอบด้วยระบบบริหารจัดการด้านบุคลากร (HRMIS) ระบบบริหารจัดการงบประมาณ ระบบบริหารจัดการพัสดุ ระบบบริหารจัดการด้านการเงินและบัญชี ระบบบริการข้อมูลบุคลากร และระบบผู้ดูแลระบบ ปัจจุบัน สรพ. อยู่ระหว่างการปรับปรุงและทดสอบการใช้งานระบบ ERP เพื่อให้สอดคล้องกับกระบวนการทำงาน ทั้งนี้ ในทางปฏิบัติยังมีปัญหาในการใช้งานระบบ ERP เช่น กระบวนการในการจัดซื้อจัดจ้าง เจ้าหน้าที่ยังต้องจัดทำเอกสารเพื่อขออนุมัติต่างๆ ควบคู่กับการนำข้อมูลเข้าในระบบ ERP ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่มีภาระงานเพิ่มขึ้น เป็นต้น อย่างไรก็ตาม หากการพัฒนา ระบบ ERP แล้วเสร็จ จะช่วยอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานให้แก่เจ้าหน้าที่มากยิ่งขึ้น รวมทั้งช่วยในการควบคุมภายในและตรวจสอบภายในเพื่อสร้างความมั่นใจว่าองค์การมหาชนได้ปฏิบัติตามระเบียบ กฎหมาย ข้อบังคับต่างๆ เช่น การกำหนดอำนาจในการอนุมัติงบประมาณของรองผู้อำนวยการ สรพ. ไม่เกิน 500,000 บาท การกำหนดวิธีในการจัดซื้อจัดจ้าง เป็นต้น

แผนภาพที่ 33 ระบบ Enterprise Resource Planning (ERP) ของ สรพ.

The screenshot displays the HAI-ERP system interface. At the top, it shows the logo of The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization) and the text 'สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)'. Below this, there is a header for 'ยินดีต้อนรับสู่ระบบ HAI-ERP'. The main content area is divided into two columns: 'เลือกระบบการใช้งาน' (Select System) and 'ข่าวสาร' (News). Under 'เลือกระบบการใช้งาน', there is a list of modules: ESS (ระบบรักษาออนไลน์), GHRMS (ระบบบริหารทรัพยากรบุคคล), GBMS (ระบบบริหารงบประมาณ), GIMS (ระบบบริหารงานพัสดุ), GFMS (ระบบบริหารงานเวชภัณฑ์), GAMS (ระบบบริหารงานเภสัช), ADMIN (ผู้ดูแลระบบ), and APPROVAL (งานคำสั่ง). Under 'ข่าวสาร', there is a news item: '14/6/2556 ติดตั้งระบบ' (System installation on 14/6/2556). Below the main content area, there is a section for 'คู่มือการใช้งาน' (User Manual) with a list of manuals: '[พฉ.] คู่มือ คำขออนุมัติงบประมาณ', '[พฉ.] คู่มือ ระบบขออนุมัติโครงการ', '[GBMS] คู่มือ คำขงงบประมาณ', and '[GBMS] คู่มือ บริหารงบประมาณ'.

สำหรับระบบสารสนเทศที่สนับสนุนงานบริการลูกค้าภายนอก ปัจจุบัน สรพ. มีเพียงการเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์เท่านั้น ซึ่ง สรพ. อยู่ระหว่างพัฒนารูปแบบเว็บไซต์เพื่อให้บริการข้อมูลแก่บุคคลภายนอก รวมทั้งการบริหารจัดการองค์ความรู้เพื่อสื่อสารเป็นการภายในกับบุคลากรของ สรพ. ด้วย ทั้งนี้ สรพ. มีการออกแบบระบบ Internet และ Intranet เตรียมรองรับไว้แล้ว ปัจจุบันคณะทำงานจัดการองค์ความรู้ (KM) อยู่ระหว่างการหารือและเตรียมข้อมูลสำหรับนำเข้าในระบบต่อไป

ในด้านการจัดเก็บและแชร์ข้อมูล แม้ว่า สรพ. จะมี Server กลาง สำหรับแชร์ข้อมูลภายในองค์กร โดยมีการกำหนดสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลแต่ละระดับ แต่การจัดเก็บข้อมูลส่วนใหญ่จัดเก็บแยกตามกลุ่มงานที่รับผิดชอบในเรื่องนั้นๆ เช่น กลุ่มงานประเมินและรับรองจัดเก็บข้อมูลเรื่องการติดตามสถานพยาบาลที่ขอรับการรับรอง เป็นต้น ทำให้ยังมีปัญหาเรื่องข้อมูลไม่ตรงกันและไม่สามารถดึงข้อมูลที่สอดคล้องกับความต้องการของฝ่ายบริหารได้ทันที ทั้งนี้ สรพ. อยู่ระหว่างการพัฒนาฐานข้อมูลการรับรอง

คุณภาพสถานพยาบาล ซึ่งเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่เชื่อมโยงข้อมูลการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของสถานพยาบาลทั่วประเทศ เช่น รายละเอียดสถานพยาบาลที่ขอรับรองคุณภาพ รายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจ เป็นต้น ซึ่งเมื่อการพัฒนาฐานข้อมูลแล้วเสร็จ จะช่วยเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานภายในและภายนอกได้อย่างเป็นระบบ รวมทั้งสามารถพัฒนาระบบ MIS/EIS ที่สอดคล้องกับความต้องการของฝ่ายบริหาร และช่วยให้การติดตามความคืบหน้าของการดำเนินการต่างๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 9 ระบบสารสนเทศของ สรพ.

ระบบสารสนเทศ	รายละเอียด	ทิศทางการพัฒนาระบบต่อไป
ระบบสารสนเทศที่สนับสนุนงานภายใน		
ระบบ Enterprise Resource Planning (ERP)	สรพ. ได้พัฒนาระบบ ERP ขึ้นมารองรับการบริหารงานภายในประกอบด้วยระบบบริการออนไลน์ ระบบบริหารงานบัญชี ระบบบริหารงานการเงิน ระบบบริหารงานงบประมาณ ระบบบริหารจัดการด้านบุคลากร (HRMIS) ระบบบริการข้อมูลบุคลากร ระบบบริหารจัดการพัสดุ และระบบผู้ดูแลระบบ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 สรพ. อยู่ระหว่างการพัฒนาปรับปรุงและทดสอบการใช้งานของระบบ ERP เพื่อให้สอดคล้องกับขั้นตอนการปฏิบัติงาน	ปัจจุบันได้พัฒนาระบบเสร็จแล้ว
ฐานข้อมูลการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	เป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่เชื่อมโยงข้อมูลการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของสถานพยาบาลทั่วประเทศ เช่น รายละเอียดสถานพยาบาลที่ขอรับรองคุณภาพ รายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจ เป็นต้น ทั้งนี้ หากการพัฒนาฐานข้อมูลแล้วเสร็จ จะช่วยเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานภายในและภายนอกได้อย่างเป็นระบบ	พัฒนา Application เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลที่เก็บอยู่ในแต่ละหน่วยงานภายในและเชื่อมกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล รวมทั้งพัฒนาระบบ Executive Information System (EIS) / Management Information System (MIS) ที่สอดคล้องกับความต้องการของฝ่ายบริหาร และช่วยให้การติดตามความคืบหน้าของการดำเนินการต่างๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
ระบบ E-mail	ระบบปฏิบัติการ Lotus Domino ซึ่งมีการป้องกันความเสียหายของระบบโดยมี Primary Email และ Secondary Email อยู่บน Server คนละตัว ซึ่งสามารถใช้ทดแทนกันได้ทันทีในกรณีที่ Server เสียหาย	-
ระบบสารสนเทศที่สนับสนุนงานบริการลูกค้าภายนอก		
เว็บไซต์	เว็บไซต์หลักของ สรพ. ได้แก่ www.ha.or.th	พัฒนา และปรับปรุงเว็บไซต์ให้มีศักยภาพ ประสิทธิภาพ และเข้าถึงง่ายขึ้น โดยมีกำหนดเสร็จภายในไตรมาสที่ 4 ปี พ.ศ. 2558

ในด้านการจัดทำแผนการจัดการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ สรพ. มีการจัดทำแผนแม่บทการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 - 2557 ทั้งนี้ สรพ. มีการวิเคราะห์ทบทวนฐานข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็นในการสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กร มีการวิเคราะห์ระบบสารสนเทศที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในและภายนอกองค์กร และมีการนำเสนอแผนฯ ให้ผู้บริหารพิจารณา โดยผู้อำนวยการ สรพ. เป็นประธานคณะทำงานจัดทำแผนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม ในด้านการดำเนินการตามแผนฯ ปัจจุบันยังมีความล่าช้า เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศเพียง 1 ท่าน ซึ่งเป็นทั้งผู้พัฒนาระบบฐานข้อมูลฐานข้อมูลการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตลอดจนต้องดูแลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทั้งหมดของ สรพ. นอกจากนี้ บริษัทที่ สรพ. จัดจ้างในการทำระบบ ERP มีการเปลี่ยนโปรแกรมเมอร์ ทำให้การดำเนินการขาดความต่อเนื่อง ส่งผลให้การดำเนินการตามแผนล่าช้าตามไป

แผนภาพที่ 34 ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของ สรพ.
 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 - 2557



สรพ. มีการจัดทำระบบการบริหารความเสี่ยงของระบบสารสนเทศเพื่อป้องกันข้อมูลเสียหาย โดยมีการจัดทำ Contingency Plan รวมทั้งมีแผนจะจัดทำ DR Site เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อระบบคอมพิวเตอร์ สำหรับการสำรองข้อมูลที่ File Server ส่วนกลาง มีการสำรองข้อมูลทุกเที่ยงวันและเที่ยงคืน (สำรองข้อมูล 14 ครั้งต่อสัปดาห์) และการสำรองข้อมูล Email ทุกเที่ยงคืน ทั้งนี้ สรพ. จะทำการสำรองข้อมูลแบบครบถ้วน (Full back up) ทุกวันจันทร์ และสำรองข้อมูลลงเทปทุกวันศุกร์ ซึ่งจะจัดเก็บเทปข้อมูลไว้ที่บ้านของผู้อำนวยการ สรพ. ในกรณีที่ปัญหาข้อมูลเสียหาย และเจ้าหน้าที่สามารถบอกรายละเอียดช่วงเวลาข้อมูลที่เสียหายได้ จะสามารถกู้คืนข้อมูลจาก Storage ที่จัดเก็บไว้ได้ภายในครึ่งชั่วโมง

สำหรับการป้องกันระบบ Server มีการแยกห้อง Server กับ Infrastructure ออกจากกัน และมีการป้องกันไม่ให้บุคคลภายนอกเข้าไปได้ โดยกำหนดสิทธิ์ให้เฉพาะเจ้าหน้าที่ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศเท่านั้นที่สามารถเข้าห้อง Server/Infrastructure ได้โดยการสแกนนิ้ว

สำหรับการใช้งานระบบ มีการติดตั้ง Firewall ทั้งขาออกและขาเข้า มีการกำหนดให้มีการระบุตัวตนในการเข้าใช้งานระบบ มีการติดตั้งอุปกรณ์และซอฟต์แวร์เพื่อติดตาม/ป้องกันการเจาะระบบ/การโจมตีต่างๆ นอกจากนี้ ในการใช้งาน LAN/Port ต่างๆ ต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเปิดการใช้งาน และเมื่อใช้งานเสร็จ เจ้าหน้าที่จะปิดการใช้งานทันที ทั้งนี้ ผู้ใช้ที่เป็น User มีสิทธิ์ใช้งานได้

เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถอัปเดตซอฟต์แวร์หรือลงโปรแกรมได้ ต้องให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศดำเนินการให้

ในด้านการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน สรพ. มีการรายงานผลการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศให้คณะกรรมการบริหารพิจารณาเป็นรายไตรมาส รวมทั้งมีการวิเคราะห์ทบทวนผลการดำเนินงานตามแผนฯ ปัจจุบัน เพื่อนำไปจัดทำแผนฯ ปีถัดไป อย่างไรก็ตาม ผู้บริหาร สรพ. ยังไม่ให้ความสำคัญกับประเด็นความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมากนัก ยังไม่เป็นการประเมินความเสี่ยงระดับองค์กร โดยประเด็นที่คณะกรรมการบริหารให้ความสำคัญ เป็นประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนาระบบ ERP

ข้อเสนอแนะ:

➤ ควรพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับผู้บริหาร Executive Information System (EIS) และ Management Information System (MIS) เพื่อสนับสนุนฝ่ายบริหารในการปฏิบัติงานตามภารกิจ รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการติดตามความสำเร็จในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ การปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ประกอบด้วย

- 1) Information ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการลูกค้าภายนอก รวมทั้งเครือข่าย เช่น Information ของโรงพยาบาลที่ผ่านในแต่ละชั้น ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเครือข่ายและผู้เยี่ยมสำรวจ เป็นต้น
- 2) Information ที่ใช้ในการบริหารงานภายใน ประกอบด้วย
 - 2.1) EIS/MIS ที่แสดงสถานะความคืบหน้าของการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการที่สามารถแสดงให้เห็นว่าโครงการใดมีความล่าช้าหรือพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน (Alarm) เพื่อให้ผู้บริหารติดตามและตัดสินใจแก้ไขได้ทันเวลา
 - 2.2) EIS/MIS ที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยง โดยต้องกำหนด Key Risk Indicator เพื่อแสดงสถานะของความเสี่ยงและ Warning ก่อน เพื่อให้ฝ่ายบริหารได้ทราบและดำเนินการแก้ไข
 - 2.3) EIS/MIS ที่ใช้ในการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยควรพัฒนาระบบ ERP รองรับการพัฒนาบุคลากร เพิ่มเติมจากระบบที่มีอยู่ เช่น ข้อมูลด้าน Competency (ผลการพัฒนาและประเมินของบุคลากรแต่ละคน) ประวัติการพัฒนาบุคลากรตาม IDP เป็นต้น
 - 2.4) EIS/MIS ที่ใช้แสดงผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ เพื่อให้ผู้บริหารใช้ในการติดตาม
 - 2.5) EIS/MIS ที่รองรับเรื่องการจัดการองค์ความรู้ เพื่อให้ข้อมูล KM ภายในองค์กรถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบ

➤ ควรมีการทวนสอบความถูกต้องในการนำเข้าสู่ข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่จัดเก็บนั้นเชื่อถือได้ โดยอาจพิจารณาดำเนินการตามระดับความสำคัญของข้อมูล และในกรณีที่ เป็นข้อมูลที่มีความสำคัญมากต่อการตัดสินใจในเชิงกลยุทธ์ขององค์กร ควรปรับกระบวนการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูลให้มีผู้ตรวจซ้ำ (2nd Tier) และออกแบบระบบในการนำเข้าสู่ข้อมูล เช่น การจัดทำ Drop down list แทนการพิมพ์ข้อมูล เป็นต้น เพื่อช่วยลดความผิดพลาดในการนำเข้าสู่ข้อมูล

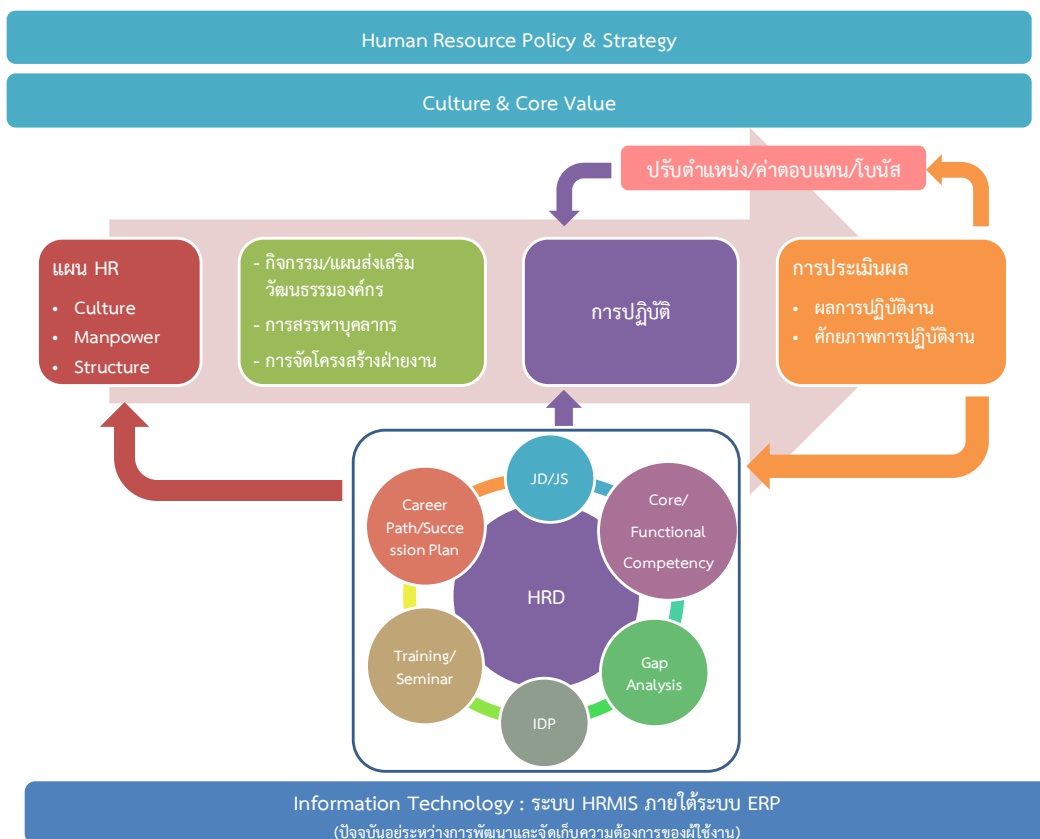
- ควรมีการทดสอบการกู้คืนข้อมูล (Recovery) เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบระยะเวลาในการกู้คืน บทบาทที่ต้องดำเนินการ
- ควรมีการทดสอบรอยรั่วของระบบ (IT Security) โดยอาจจะทดลองเจาะระบบ (hack) หรือ run patch server ที่ได้แก้ไขแล้วและควรมีการบันทึกการดำเนินการดังกล่าวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

(5) การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล

❖ นโยบายและกลยุทธ์ด้านทรัพยากรบุคคล

สรพ. มีการกำหนดนโยบายและจัดทำเป็นแผนกลยุทธ์ด้านทรัพยากรบุคคล และสื่อสารให้กับบุคลากรใน สรพ. รับทราบโดยการประชุมของผู้บริหารฝ่ายงาน เช่น นโยบายด้านอัตรากำลังและการปรับโครงสร้างองค์กร เป็นต้น ทั้งนี้ สรพ. ได้จัดทำนโยบายและแผนกลยุทธ์ด้านทรัพยากรบุคคลในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 และนำเสนอให้คณะกรรมการบริหารพิจารณาในช่วงต้นปีงบประมาณ ตลอดจนมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนฯ และมีการรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการบริหารพิจารณาเป็นรายไตรมาส

แผนภาพที่ 35 ระบบการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล



❖ สรุปด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล (Human Resource Management : HRM)

สรพ. มีการจัดทำแผนสรรหาบุคลากรสอดคล้องกับพันธกิจและโครงสร้างองค์กร โดย สรพ. ได้รับจัดสรรอัตรากำลังจำนวน 94 อัตรา รวมทั้งดำเนินการจัดทำและทบทวนหน้าที่และความรับผิดชอบ (Job Description : JD) และคุณสมบัติตามตำแหน่งงาน (Job Specification : JS) เพื่อใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการสรรหาบุคลากร อย่างไรก็ตาม การสรรหาบุคลากรยังไม่สามารถดำเนินการตามนโยบายที่วางไว้ได้ทั้งหมด เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ ประกอบกับอาคารสถานที่ยังไม่สามารถรองรับเจ้าหน้าที่ได้เพียงพอ

สำหรับการส่งเสริมเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการทำงานตามค่านิยม สรพ. ได้กำหนด Core Value ขององค์กร ได้แก่

- P : Professionalism & Self-Development (มืออาชีพ และเร่งรีบพัฒนาตน)
- D : Discipline, Integrity & Responsibility (มีวินัย ใฝ่คุณธรรม และรับผิดชอบ)
- L : Leadership & Teamwork (มีภาวะผู้นำ ทำงานเป็นทีม)
- A : Altruism & Respect (อุทิศตนเพื่อผู้อื่น และให้เกียรติผู้อื่น)

โดยมีการกำหนดแผนการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร ซึ่งเน้นการสร้างความเป็นทีม ตลอดจนมีการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับ Core Value ขององค์กร เช่น การจัดกิจกรรมวันเกิดให้แก่พนักงานทุกเดือน การจัดกิจกรรมบริจาคสิ่งของ เป็นต้น นอกจากนี้ สรพ. มีการสำรวจความผูกพันของพนักงานต่อองค์กร โดยประเด็นที่เจ้าหน้าที่ของ สรพ. ต้องการเห็นมากที่สุด คือ แนวทางความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน (Career Path) ซึ่งคาดว่าจะมีการวางแผนการจัดทำแนวทางความก้าวหน้าในตำแหน่งงานหลังการทบทวน JD/JS แล้วเสร็จ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบัน สรพ. เริ่มประสบปัญหา Turnover Rate สูง เนื่องจากพนักงานทุกคนต้องต่อสัญญาจ้างทุก 2-3 ปี ทำให้พนักงานมองว่าไม่มีความมั่นคงในการทำงาน ส่งผลให้พนักงานลาออกไปทำงานที่อื่นซึ่งมีความมั่นคงมากกว่า ขณะที่บุคลากรที่อยู่ยาวนานส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่โอนมาจากหน่วยงานราชการและมีบ้านญาติแล้ว และส่งผลให้การจัดทำแผน Succession Plan มีข้อจำกัดมากขึ้นด้วย

นอกจากนี้ สรพ. ยังไม่มีการกำหนดนโยบายการบริหารจัดการคนเก่ง แต่มีการนำผลประเมินการปฏิบัติงานย้อนหลังมาพิจารณา โดยหากมีผลการประเมินอยู่ในระดับดีเยี่ยมติดต่อกัน 3 ปี จะถือเป็นเจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถ

ในส่วนของการประเมินผลการปฏิบัติงาน สรพ. เริ่มนำระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานรายบุคคลมา Implement ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ประกอบด้วย

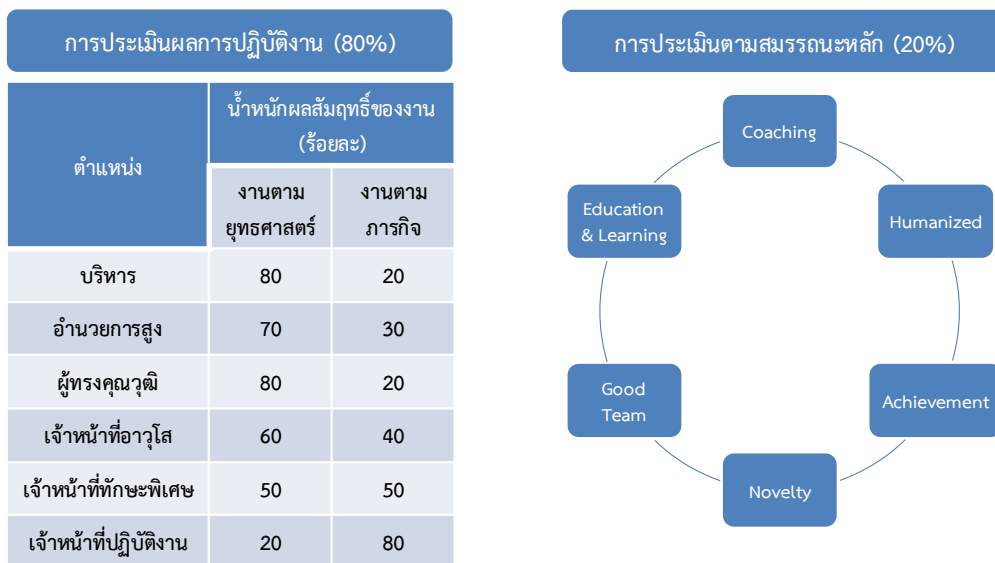
1) การประเมินผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย

1.1) การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน (ร้อยละ 80) จะมีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานตามยุทธศาสตร์และงานตามภารกิจ โดยมีการกำหนดสัดส่วนน้ำหนักตามกลุ่มตำแหน่ง เช่น กลุ่มอำนาจการ/บริหาร ตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง กำหนดสัดส่วนน้ำหนักผลสัมฤทธิ์ของงานตามยุทธศาสตร์ต่องานตามภารกิจเป็น 80:20 เป็นต้น

1.2) การประเมินตามสมรรถนะหลัก (ร้อยละ 20) มีจำนวน 6 สมรรถนะ คือ “CHANGE” ได้แก่

- C : Coaching ทักษะการเป็นโค้ช
- H : Humanized การให้บริการและการทำงานด้วยจิตใจความเป็นมนุษย์
- A : Achievement การมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์
- N : Novelty การพัฒนานวัตกรรมหรือสิ่งใหม่
- G : Good Team การทำงานเป็นทีม
- E : Education & Learning การศึกษาและเรียนรู้

แผนภาพที่ 36 สัดส่วนคะแนนการประเมินผลการปฏิบัติงาน

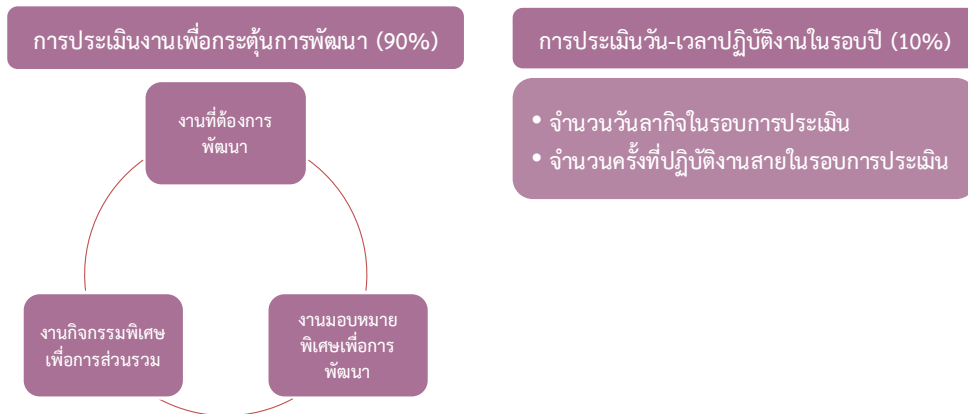


2) การประเมินศักยภาพในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย

2.1) การประเมินงานเพื่อกระตุ้นการพัฒนา (ร้อยละ 90) ได้แก่ งานที่ต้องการพัฒนา งานมอบหมายพิเศษและงานกิจกรรมพิเศษเพื่อการส่วนรวม

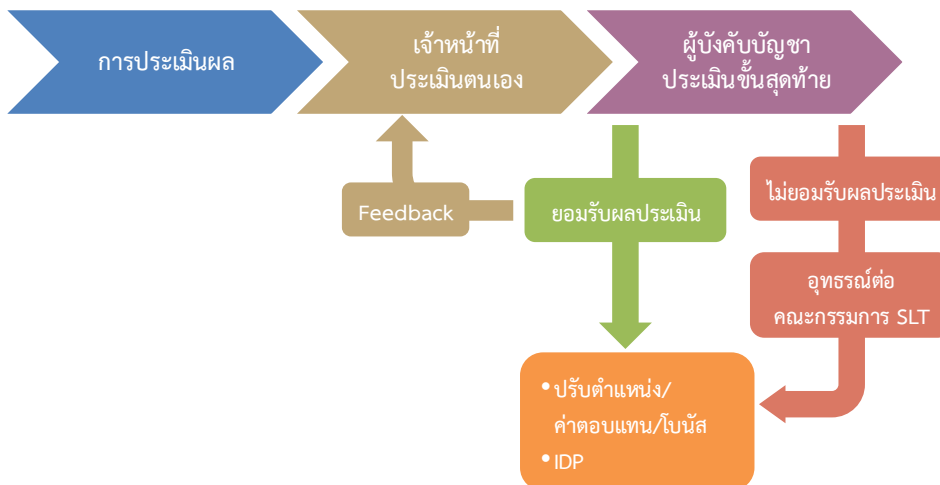
2.2) การประเมินวัน-เวลาปฏิบัติงานในรอบปี (ร้อยละ 10)

แผนภาพที่ 37 สัดส่วนคะแนนการประเมินศักยภาพในการปฏิบัติงาน



การประเมินผลการปฏิบัติงานในแต่ละหัวข้อ เช่น ปริมาณผลงาน คุณภาพผลงาน ความรวดเร็วตรงเวลา ความประหยัดหรือความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร เป็นต้น ผู้บังคับบัญชาจะหารือกับเจ้าหน้าที่ที่ตั้งแต่นั้นปีและเจ้าหน้าที่ที่จะต้องลงนามรับทราบ ทั้งนี้ สรพ. มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน 2 ครั้ง ได้แก่ การประเมินรอบครึ่งปี (1 ตุลาคม – 31 มีนาคม) เป็นการประเมินเพื่อพัฒนาบุคลากร และการประเมินรอบ 1 ปี (1 เมษายน – 30 กันยายน) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาปรับค่าตอบแทน โดยในการประเมินผลแต่ละครั้งจะเป็นการให้เจ้าหน้าที่ประเมินตัวเอง และนำผลการประเมินตนเองไปหารือกับผู้บังคับบัญชา ซึ่งจะเป็นผู้ตัดสินคะแนนการประเมินขั้นสุดท้าย รวมทั้งมีการ Feedback ผลประเมินให้ผู้รับการประเมินทราบและปรับปรุงผลการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น ตลอดจนเพื่อเตรียมจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan : IDP) สำหรับปีต่อไป ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ไม่เห็นด้วยกับผลการประเมินของผู้บังคับบัญชา สามารถอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการ SLT (Senior Leader Team) ซึ่งประกอบด้วยผู้อำนวยการ สรพ. รองผู้อำนวยการ และหัวหน้าสำนักต่างๆ เป็นคณะกรรมการ ซึ่งมีส่วนในการเข้ามาบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคลด้วย อย่างไรก็ตาม ในส่วนของการกำหนดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน (KPI) ปัจจุบันยังไม่มีกำหนดตัวชี้วัดระดับบุคคล แต่เป็นการถ่ายตัวชี้วัดขององค์กรให้ผู้บริหารสำนักเป็นผู้รับผิดชอบ และมอบหมายงานให้แก่เจ้าหน้าที่ในสำนักต่อไป

แผนภาพที่ 38 การประเมินผลการปฏิบัติงานของ สรพ.



สรพ. มีการนำผลประเมินมาเชื่อมโยงกับระบบแรงจูงใจ โดยนำไปใช้ในการพิจารณาปรับเลื่อนตำแหน่ง/ค่าตอบแทน โดยในส่วนของ การเลื่อนตำแหน่ง นอกจากจะมีการพิจารณาจากผลประเมินแล้ว ผู้บังคับบัญชาจะนำเสนอรายชื่อเจ้าหน้าที่ที่ต้องการปรับเลื่อนตำแหน่งให้คณะกรรมการ SLT พิจารณา นอกจากนี้ ยังมีการนำผลประเมินมาใช้ในการพิจารณาจัดสรรเงินโบนัสด้วย

❖ สรุปด้านการพัฒนาบุคลากร (Human Resource Development : HRD)

สรพ. มีการจัดทำ JD/JS ตั้งแต่เริ่มจัดตั้งองค์กร โดยเป็นการพิจารณาของคณะกรรมการบริหาร ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 สรพ. ได้จัดตั้งคณะกรรมการ SLT ปัจจุบัน สรพ. อยู่ระหว่างการทบทวน JD/JS ให้สอดคล้องกับการปรับโครงสร้างองค์กร ซึ่งมีการจัดแบ่งสายงานใหม่

สรพ. มีการจัดทำสมรรถนะหลัก (Core Competency) และสมรรถนะเฉพาะตามตำแหน่งงาน (Functional Competency) ตลอดจนคำบรรยายสมรรถนะ (Competency Dictionary) ทั้งนี้ สรพ. มีการวิเคราะห์ Core/Functional Competency ที่องค์กรต้องการ (Organization Need) กับ Competency ที่ปัจจุบันมีอยู่ของพนักงานแต่ละตำแหน่งงาน เพื่อนำมาวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) ระหว่าง Competency ของบุคลากรที่มีอยู่กับ Competency ที่องค์กรต้องการ และจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan : IDP) ซึ่งเป็นลักษณะ Training Year Plan โดยมีการแบ่งการฝึกอบรม/กิจกรรมออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) Core Value เน้นการสร้างความเป็นทีมและความผูกพันของพนักงานต่อองค์กร เช่น การจัดกิจกรรมวันเกิดให้แก่พนักงานทุกเดือน เป็นต้น รวมทั้งการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับ Core Value ขององค์กร เช่น การจัดกิจกรรมบริจาคสิ่งของ เป็นต้น

2) Core Competency เป็นหลักสูตร/กิจกรรมสำหรับเจ้าหน้าที่ของ สรพ. ที่ยังมีช่องว่างระหว่าง Competency ที่องค์กรต้องการ กับ Competency ที่มีอยู่ รวมถึงการสอนงาน (Coaching) และการฝึกอบรมระหว่างการทำงาน (On-the-job Training)

3) Functional Competency เน้นเรื่องการพัฒนาทักษะและองค์ความรู้ตามตำแหน่งงาน ตลอดจนความคิดสร้างสรรค์ และการแก้ไขปัญหาต่างๆ

อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินการตามแผนพัฒนารายบุคคล สรพ. ได้ดำเนินการในบางส่วนโดยในระดับผู้บริหาร มีการกำหนดหลักสูตรรายบุคคล เช่น หลักสูตรการบริหารโครงการ เป็นต้น และในระดับเจ้าหน้าที่ จะมีทั้งการจัดหลักสูตรฝึกอบรมภายใน (In-house Training) และภายนอก (Public Training) ซึ่งการดำเนินการพัฒนาสมรรถนะยังไม่เป็นไปตามที่กำหนดในแผนพัฒนารายบุคคล จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยังมีความเห็นว่า สรพ. ควรมุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรที่ต้องดำเนินการตามภารกิจด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลของ สรพ. อีกด้วย โดยปัจจุบัน สรพ. อยู่ระหว่างการศึกษาการปรับโครงสร้างองค์กรให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์องค์กร ซึ่งภายหลังจากการปรับโครงสร้างแล้วจะต้อง ทบทวนหน้าที่และความรับผิดชอบ (Job Description: JD) และคุณสมบัติตามตำแหน่งงาน (Job Specification: JS) สมรรถนะ (Core/ Functional Competency) รวมทั้งการทบทวนแผนพัฒนารายบุคคล (IDP)

ข้อเสนอแนะ:

- ควรศึกษาและนำระบบ Talent Management มาปรับใช้ในองค์กร เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถหรือเป็นช่องทางการเติบโตให้กับบุคลากรที่มีความสามารถหรือมีผลงานเป็นที่ประจักษ์เป็นพิเศษ รวมทั้งการกำหนด Fast Track หรือ Talent Track และแผนพัฒนาและรักษาคนเก่ง
- ควรจัดหลักสูตรฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการเป็นรายบุคคลตามแผน IDP ที่ได้จัดทำขึ้น โดยอาจพิจารณาตามลำดับความสำคัญ

บทที่ 4

ข้อเสนอแนะ/แนวทางเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน

บทที่ 4 กล่าวถึง ข้อเสนอแนะ/แนวทางเพื่อพัฒนาการดำเนินงานของ สรพ. โดยทำการรวบรวมผลการวิเคราะห์และประเมินการเชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กร สรุปผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานการประเมินผลในมิติของประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของการดำเนินงาน การประเมินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามยุทธศาสตร์ ผลสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผลสำรวจความคิดเห็นเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผลการวิเคราะห์กลไกการบริหารต่างๆ รวมทั้งข้อเสนอและข้อคิดเห็นที่ได้จากผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน (Internal environment) เพื่อวิเคราะห์ถึงจุดแข็งและจุดอ่อนขององค์กร รวมทั้งวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอก (External environment) เพื่อวิเคราะห์ถึงโอกาสและอุปสรรคขององค์กร นำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะ/แนวทางเพื่อพัฒนาการดำเนินงานของ สรพ.

4.1 การวิเคราะห์ศักยภาพขององค์กร (SWOT Analysis)

การวิเคราะห์ศักยภาพองค์กรด้านสภาพแวดล้อม (SWOT Analysis) ของ สรพ. เป็นการพิจารณา สภาวะแวดล้อมหรือตัวแปรภายในองค์กรทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน และสภาวะแวดล้อมหรือตัวแปรภายนอกองค์กรที่เป็นทั้งโอกาสและอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาของ สรพ. ดังแสดงในแผนภาพที่ 39

แผนภาพที่ 39 การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรคขององค์กร

McKinsey 7S Framework	Internals	
<div style="border: 2px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> Strategy Structure System Style Staff/Skill Shared Value </div>	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weaknesses)
PESTEL Analysis	Externals	
<div style="border: 2px dashed black; padding: 5px;"> <ol style="list-style-type: none"> 1) Politics 2) Economics 3) Society 4) Technology 5) Environment 6) Law </div>	โอกาส (Opportunities)	อุปสรรค (Threats)

4.2 การนำผลการประเมินมาวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน (Internal environment)

ในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กร ใช้กรอบแนวคิดของแมคคินซี (McKinsey 7S Framework) เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ ให้ความสำคัญกับปัจจัยภายในองค์กร 7 ด้าน ได้แก่ (1) กลยุทธ์ขององค์กร (Strategy) (2) โครงสร้างขององค์กร (Structure) (3) ระบบการดำเนินงานขององค์กร (System) (4) แบบแผนในการบริหารงานของผู้บริหาร (Style) (5) บุคลากร (Staff) (6) ทักษะ ความรู้ ความสามารถ (Skill) และ (7) ค่านิยมร่วม (Shared Value) ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กร

ประเด็น (Elements)	บทวิเคราะห์ (Findings)
1. กลยุทธ์ขององค์กร (Strategy)	<ul style="list-style-type: none"> ■ จุดแข็ง (Strengths) <ul style="list-style-type: none"> - มีการสร้างความเชื่อมั่นให้แก่กระบวนการประเมินและรับรองคุณภาพของระบบ HA โดยมีการดำเนินงานเพื่อให้ได้รับการรับรองจาก International Society for Quality in Healthcare (ISQua) ซึ่งเป็นหน่วยงานสากลที่ให้การรับรององค์กรที่ทำหน้าที่รับรองคุณภาพสถานพยาบาลในประเทศต่างๆ ทำให้กระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของ สรพ. มีความน่าเชื่อถือและเป็นก้าวสำคัญในการยกระดับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของไทยให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล - มีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ทั้งสถานพยาบาล สถาบันการศึกษา สถาบันวิชาการ หน่วยงาน/องค์กรที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบายด้านการบริการสุขภาพของประเทศ เครือข่ายภาคประชาชน ตลอดจนการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานระดับสากล เช่น องค์กรอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล - มีการส่งเสริมสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอบรมและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยมีการจัดสัมมนาวิชาการประจำปี (HA National Forum) เพื่อเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพสำหรับโรงพยาบาลทั่วประเทศและนำเสนอองค์ความรู้ใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานของโรงพยาบาล ตลอดจนการจัดหลักสูตรอบรมเพื่อส่งเสริม พัฒนาทักษะ และถ่ายทอดองค์ความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง - มีการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างไม่หยุดนิ่ง โดยมีการพัฒนาเครื่องมือและกลไกเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การพัฒนามาตรฐานการประเมินและรับรองสถานพยาบาล Advanced HA การพัฒนาระบบฐานข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาลเปรียบเทียบ (THIP) เป็นต้น ■ จุดอ่อน (Weaknesses) <ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรที่เป็นวิทยากรในการฝึกอบรมและเผยแพร่องค์ความรู้ ซึ่งมีประสบการณ์ หรือมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีจำนวนจำกัด ทำให้ไม่สามารถจัดหลักสูตรฝึกอบรมได้ครอบคลุมหรือเพียงพอกับความต้องการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งให้ความสนใจในการพัฒนาบุคลากร/ระบบงาน เป็นจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
2. โครงสร้างองค์กร (Structure)	<ul style="list-style-type: none"> ■ จุดแข็ง (Strengths) <ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดโครงสร้างองค์กรและสายงานการบังคับบัญชาตามภารกิจหน้าที่และความรับผิดชอบแต่ละสายงาน

ประเด็น (Elements)	บทวิเคราะห์ (Findings)
3. ระบบการดำเนินงานขององค์กร (System)	<ul style="list-style-type: none"> ■ จุดแข็ง (Strengths) <ul style="list-style-type: none"> - กระบวนการจัดทำแผนการดำเนินงานด้านต่างๆ ของสถาบันฯ ทั้งในด้านการบริหารความเสี่ยง การตรวจสอบและควบคุมภายใน การบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศ และการบริหารทรัพยากรบุคคล มีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์องค์กร ทำให้มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งระบบ ■ จุดอ่อน (Weaknesses) <ul style="list-style-type: none"> - สรพ. อยู่ระหว่างการพัฒนาาระบบสารสนเทศเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของสถานพยาบาลทั่วประเทศ เช่น รายละเอียดสถานพยาบาลที่ขอรับรองคุณภาพ รายชื่อผู้เยี่ยมชมสำรวจ เป็นต้น ทั้งนี้ หากการพัฒนาฐานข้อมูลแล้วเสร็จ จะช่วยเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานภายในและภายนอกได้อย่างเป็นระบบ รวมทั้งสามารถพัฒนาระบบ MIS/EIS ที่สอดคล้องกับความต้องการของฝ่ายบริหาร และช่วยให้การติดตามความคืบหน้าของการดำเนินการต่างๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
4. แบบแผนในการบริหารงานของผู้บริหาร (Style)	<ul style="list-style-type: none"> ■ จุดแข็ง (Strengths) <ul style="list-style-type: none"> - ผู้บริหารสร้างบรรยากาศให้ สรพ. เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีแนวทางการบริหารแบบมีส่วนร่วม ให้บุคลากรขององค์กรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันโดยสมัครใจ
5. บุคลากร (Staff)	<ul style="list-style-type: none"> ■ จุดแข็ง (Strengths) <ul style="list-style-type: none"> - ผู้บริหารระดับสูง เป็นผู้ที่อยู่ในวงการวิชาการ มีประสบการณ์และคุณวุฒิสูง มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดทำมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาล - บุคลากรให้ความสำคัญในการตอบสนองความต้องการของลูกค้าและผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความรับผิดชอบสูง และมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ■ จุดอ่อน (Weaknesses) <ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการยังไม่ได้รับการพัฒนาทักษะ ความรู้ ความสามารถ ตรงตามแผนพัฒนารายบุคคล (IDP) ทั้งหมด เนื่องจากหลักสูตรฝึกอบรมส่วนใหญ่เป็นหลักสูตรฝึกอบรมภายใน (In-house Training) ร่วมกันทั้งองค์กร
6. ทักษะ ความรู้ ความสามารถ (Skill)	<ul style="list-style-type: none"> ■ จุดแข็ง (Strengths) <ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรมีทักษะและประสบการณ์ด้านการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล โดยเฉพาะการเป็นผู้เยี่ยมชมสำรวจ ■ จุดอ่อน (Weaknesses) <ul style="list-style-type: none"> - ยังไม่มีการนำระบบ Talent Management มาปรับใช้ในองค์กร เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถหรือเป็นช่องทางการเติบโตให้กับบุคลากรที่มีความสามารถหรือมีผลงานเป็นที่ประจักษ์เป็นพิเศษ
7. ค่านิยมร่วม (Shared Value)	<ul style="list-style-type: none"> ■ จุดแข็ง (Strengths) <ul style="list-style-type: none"> - สรพ. มีการกำหนดค่านิยมร่วมขององค์กรอย่างชัดเจน ภายใต้ชื่อย่อ “PDLA” โดยกำหนดค่านิยมไว้ 4 ข้อ ได้แก่ Professionalism & Self-Development (มีอาชีพ และเร่งรีบพัฒนาตน) Discipline, Integrity & Responsibility (มีวินัย ใฝ่คุณธรรม และรับผิดชอบต่อ) Leadership & Teamwork (มีภาวะผู้นำ ทำงานเป็นทีม) และ Altruism & Respect (อุทิศตนเพื่อผู้อื่น และให้เกียรติผู้อื่น) โดยมีการกำหนดแผนการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร ซึ่งเน้นการสร้างความเป็นทีม ตลอดจนมีการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับ Core Value ขององค์กรด้วย

4.3 การนำผลการประเมินมาวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอก (External environment)

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร

ประเด็น (Factors)	บทวิเคราะห์ (Findings)
1. การเมือง-นโยบาย (Politics)	<ul style="list-style-type: none"> ■ โอกาส (Opportunities) <ul style="list-style-type: none"> - การประกันคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งภายใต้นโยบายรัฐบาลด้านการพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. เศรษฐกิจ (Economics)	<ul style="list-style-type: none"> ■ โอกาส (Opportunities) <ul style="list-style-type: none"> - การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ช่วยเปิดโอกาสในการขยายความร่วมมือกับประเทศในภูมิภาค โดยเฉพาะประเทศในกลุ่ม CLMV เพื่อพัฒนาและยกระดับคุณภาพสถานพยาบาลในภูมิภาค ■ อุปสรรค (Threats) <ul style="list-style-type: none"> - หากเศรษฐกิจของประเทศมีความตกต่ำลง อาจมีผลต่อการจัดเก็บภาษีรายได้ภาครัฐ ส่งผลต่อการสนับสนุนงานขององค์กรภาครัฐบางหน่วยงาน
3. สังคม (Society)	<ul style="list-style-type: none"> ■ โอกาส (Opportunities) <ul style="list-style-type: none"> - กระแสความตื่นตัวและใส่ใจสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ทำให้ สรพ. มีโอกาสเผยแพร่และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลให้แก่ประชาชนได้เข้าถึงมากขึ้น ■ อุปสรรค (Threats) <ul style="list-style-type: none"> - การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเน้นการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานภายในให้ได้คุณภาพตามมาตรฐาน ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความคาดหวังของประชาชนที่ต้องการคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาล
4. เทคโนโลยี (Technology)	<ul style="list-style-type: none"> ■ โอกาส (Opportunities) <ul style="list-style-type: none"> - เทคโนโลยีการสื่อสารสมัยใหม่ โดยเฉพาะเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ เป็นช่องทางในการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างเครือข่าย ตลอดจนสามารถใช้เป็นช่องทางในการประชาสัมพันธ์องค์กร และกิจกรรมขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. กฎหมาย (Law)	<ul style="list-style-type: none"> ■ อุปสรรค (Threats) <ul style="list-style-type: none"> - แม้ว่า สรพ. จะเป็นองค์กรมหาชน แต่ยังคงเป็นองค์กรในภาครัฐ จึงยังคงต้องมีระเบียบปฏิบัติที่อ้างอิงและผูกพันกับระบบราชการอยู่ เช่น การเบิกจ่าย จัดซื้อจัดจ้าง ระบบการจัดการทางการเงิน ซึ่งจะต้องมีการตรวจสอบจากหน่วยงานภาครัฐ ทำให้มีระเบียบการปฏิบัติ ขั้นตอน ที่ไม่คล่องตัว

4.4 สรุปข้อเสนอแนะ/แนวทางเพื่อพัฒนาการดำเนินงานของ สรพ.

❖ ข้อเสนอแนะด้านยุทธศาสตร์และกลยุทธ์การดำเนินงาน

1. ความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ
 - เครือข่ายที่ช่วยให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลประสบความสำเร็จ เห็นผลเป็นรูปธรรม คือ เครือข่ายที่มีโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เข้มแข็ง สามารถช่วยโรงพยาบาลในเครือข่ายได้รับการพัฒนา เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างกัน สรพ. จึงควรหาปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลแม่ข่ายเหล่านี้ประสบความสำเร็จในการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลลูกข่าย และขยายผลรูปแบบการดำเนินการในเครือข่ายที่โรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่เข้มแข็ง
 - ควรมีการพัฒนาและเพิ่มประสบการณ์ให้บุคลากรของ สรพ. เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำหรือเป็นที่ปรึกษาให้แก่เครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์ คณะกรรมการบริหารบางท่านให้ความเห็นว่าบุคลากรของ สรพ. บางส่วนยังขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโดยตรง ทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำหรือเป็นที่ปรึกษาให้แก่เครือข่ายได้อย่างชัดเจน
2. ความรู้เพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง
 - ควรให้ความสำคัญในการจัดเก็บข้อมูลและติดตามผลจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม HA Forum โดยเฉพาะการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ทราบข้อมูลว่าการเข้าร่วม HA Forum ซึ่งถือเป็นกิจกรรมสำคัญของ สรพ. ที่เป็นที่รู้จักในวงกว้าง ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดแรงบันดาลใจในการนำไปปรับใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่อไปหรือไม่ อย่างไร และนำข้อมูลที่จากการติดตามและสัมภาษณ์ดังกล่าวมาปรับปรุงเพื่อพัฒนาการจัดกิจกรรมของ สรพ. เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป
 - ควรหาปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลบางแห่งไม่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพหรือได้รับการรับรอง HA และนำปัจจัยดังกล่าวมาพิจารณาเพื่อปรับปรุงหลักสูตรการอบรมให้สอดคล้องกับบริบทหรือความต้องการของสถานพยาบาลมากขึ้น
3. การประเมินและรับรองอย่างมีคุณค่า
 - ควรพัฒนาผู้เยี่ยมชมสำรวจจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงหรือเป็นบุคลากรที่เกษียณอายุ เนื่องจากเป็นผู้มีความผูกพันกับบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้โรงพยาบาลยินดีและเต็มใจเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพมากขึ้นด้วย
 - จากการสัมภาษณ์ ผู้แทนจากราชวิทยาลัยให้ความเห็นว่า สรพ. ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อวัดผลการปรับปรุงคุณภาพในประเด็นที่ไม่ควรเกิดขึ้น แต่ยังมีปัญหาในการปฏิบัติงานจริงอยู่ เช่น อัตราการผ่าตัดผิดข้าง/ผิดรายลดลง อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งลดลง อัตราการใช้ยาที่ไม่จำเป็นลดลง เป็นต้น ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนการปรับปรุงคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลได้อย่างแท้จริงโดยไม่มีปัจจัยภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้อง และนำตัวชี้วัดดังกล่าวเข้าไปใช้ในการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และในกรณีที่เป็นการประเมินซ้ำ สามารถปรับเปลี่ยนเป็นตัวชี้วัดอื่นได้ในกรณีตัวชี้วัดเดิมได้รับการปรับปรุงให้เป็นไปตามมาตรฐานแล้ว

นอกจากนี้ สรพ. ควรเน้นการชี้ให้โรงพยาบาลเห็นประโยชน์ที่แท้จริงของการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น เพื่อให้โรงพยาบาลยินดีให้ความร่วมมือในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพ ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานของ สรพ. มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

- ควรเพิ่มการสื่อสารให้บุคคลภายนอกได้รับทราบแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นอยู่ของ สรพ. ซึ่งมีการแยกเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินการในส่วนของการอบรมและพัฒนา และเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินการในส่วนของการประเมินและรับรองออกจากกันชัดเจนอยู่แล้ว เพื่อให้บุคคลภายนอกเข้าใจและยอมรับได้ว่าไม่เกิด Conflict of Interest ซึ่งจะทำให้การประเมินและรับรองมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

4. องค์กรสู่ความเป็นเลิศ

- ควรเพิ่มการสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กับประชาชน/บุคคลภายนอกเกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพตามมาตรฐาน HA ให้มากขึ้น เนื่องจากประชาชน/บุคคลภายนอกมีความคาดหวังในการรับบริการจากโรงพยาบาล ขณะที่มาตรฐาน HA เป็นการพัฒนาระบบการปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาล ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกันในทางปฏิบัติ

❖ ข้อเสนอแนะด้านการบริหารจัดการภายในองค์กร

1. ด้านการบริหารความเสี่ยง

- ควรมีการสื่อสารเน้นย้ำนโยบายการบริหารความเสี่ยงขององค์กรให้บุคลากรได้รับทราบและประกาศผ่านช่องทางที่บุคลากรสามารถเข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้การสื่อสารเกิดประสิทธิผล
- สร้างความเข้าใจให้กับบุคลากรต่อการบริหารความเสี่ยงตามกรอบการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร (Enterprise Risk Management) เพื่อให้สามารถนำมาประยุกต์ใช้และมีมุมมองวิเคราะห์ความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กรที่จะช่วยสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์องค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- ควรพัฒนาระบบการจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยงของ สรพ. ไปสู่การแสดงกระบวนการประเมินความเสี่ยงที่เป็นมาตรฐานมากขึ้น เช่น การแสดงสาเหตุ ผลกระทบของความเสี่ยง การแสดงความเสี่ยงขั้นต้น (Gross Risk) ผลการประเมินกิจกรรมควบคุมที่ สรพ. ได้ดำเนินการว่ามีประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงได้มากน้อยเพียงใด และการประเมินความเสี่ยงคงเหลือ (Residual Risk) มาจัดลำดับความสำคัญตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น เพื่อนำไปจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง ตลอดจนจัดทำ Risk Profile เพื่อช่วยในการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงคงเหลือต่อไป นอกจากนี้การประเมินผลการดำเนินการตามแผนบริหารความเสี่ยง โดยประเมินความเสี่ยงคงเหลือจะทำให้สะท้อนประสิทธิผลการจัดการความเสี่ยงได้อย่างชัดเจนมากขึ้น
- ควรปรับปรุงคู่มือการบริหารความเสี่ยงให้มีความชัดเจน มีแบบฟอร์มและแนวทางในการประเมินความเสี่ยง ตลอดจนตัวอย่างในกาประเมินหรือรายงานความเสี่ยง ที่จะช่วยให้บุคลากรของ สรพ. ที่อาจไม่มีความเข้าใจต่อความเสี่ยงมากพอจะสามารถศึกษาและประเมินหรือรายงานความเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง

- ควรพัฒนาหรือเชื่อมโยงการเก็บข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการบริหารและจัดการความเสี่ยง เช่น การเก็บข้อมูลสำคัญ เพื่อการประเมินความน่าจะเป็น และผลกระทบของความเสี่ยง การมีระบบสารสนเทศในการรายงานโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง (Early Warning) ทั้งนี้ ควรมีการสื่อสารให้ความรู้กับบุคลากรของ สรพ. ให้มีความเข้าใจและมีมุมมองต่อความเสี่ยงไปในทิศทางเดียวกัน
2. ด้านการควบคุมภายใน
- หาก สรพ. สามารถพัฒนาการประเมินการควบคุมภายในจากเดิมที่เป็นการสอบทานการจัดทำรายงานการควบคุมภายใน และการสอบทานกาประเมินความเสี่ยงไปถึงระดับการประเมินความเพียงพอและควมมีประสิทธิภาพของระบบควบคุมภายในก็จะเป็นประโยชน์กับ สรพ. ยิ่งขึ้น โดยแต่ละปีอาจคัดเลือกประเด็นที่เห็นว่ามีความเสี่ยงที่การปฏิบัติของบุคลากรไม่เป็นไปตามระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไว้และอาจมีผลกระทบเสียหายต่อองค์กรสูง มาทดสอบเพื่อประเมินประสิทธิผลของการควบคุมภายใน
3. ด้านการตรวจสอบภายใน
- การพัฒนาการวางแผนการตรวจสอบภายในไปสู่การตรวจสอบภายในเชิงกลยุทธ์ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์กรให้บรรลุเป้าหมายความสำเร็จขององค์กร โดยการวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อทำแผนการตรวจสอบ ควรวิเคราะห์ในลักษณะความเสี่ยงทั้งองค์กร (Enterprise Risk Management) ตลอดจนการจัดทำแผนการตรวจสอบเชิงกลยุทธ์ระยะยาว
 - การตรวจสอบภายในเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์และประโยชน์สูงสุดขององค์กร ไม่ว่าจะเป็นการทำงานร่วมกับฝ่ายบริหาร การแลกเปลี่ยนและให้การสนับสนุนข้อมูลและความเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงและความเพียงพอของการควบคุมภายในต่อคณะทำงานความเสี่ยงและควบคุมภายใน
 - หากหน่วยตรวจสอบภายในกำหนดขอบเขตลักษณะงาน ตลอดจนโครงสร้างการรายงานและการทำงานร่วมกับฝ่ายบริหาร จะทำให้การรายงานและการทำงานของหน่วยตรวจสอบภายในและฝ่ายบริหารมีความชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ หน่วยตรวจสอบภายในสามารถแลกเปลี่ยนและให้การสนับสนุนข้อมูลและความเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงและความเพียงพอของการควบคุมภายในต่อคณะทำงานความเสี่ยงและควบคุมภายในจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับองค์กรยิ่งขึ้น
4. ด้านการบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ
- ควรพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับผู้บริหาร Executive Information System (EIS) และ Management Information System (MIS) เพื่อสนับสนุนฝ่ายบริหารในการปฏิบัติงานตามภารกิจ รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการติดตามความสำเร็จในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ การปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ประกอบด้วย

- 1) Information ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการลูกค้าภายนอก รวมทั้งเครือข่าย เช่น Information ของโรงพยาบาลที่ผ่านในแต่ละชั้น ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเครือข่ายและผู้เยี่ยมสำรวจ เป็นต้น
 - 2) Information ที่ใช้ในการบริหารงานภายใน ประกอบด้วย
 - 2.1) EIS/MIS ที่แสดงสถานะความคืบหน้าของการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการที่สามารถแสดงให้เห็นว่าโครงการใดมีความล่าช้าหรือพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน (Alarm) เพื่อให้ผู้บริหารติดตามและตัดสินใจแก้ไขได้ทันเวลา
 - 2.2) EIS/MIS ที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยง โดยต้องกำหนด Key Risk Indicator เพื่อแสดงสถานะของความเสี่ยงและ Warning ก่อน เพื่อให้ฝ่ายบริหารได้ทราบและดำเนินการแก้ไข
 - 2.3) EIS/MIS ที่ใช้ในการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยควรพัฒนาระบบ ERP รองรับการพัฒนาบุคลากร เพิ่มเติมจากระบบที่มีอยู่ เช่น ข้อมูลด้าน Competency (ผลการพัฒนาและประเมินของบุคลากรแต่ละคน) ประวัติการพัฒนารายบุคคลตาม IDP เป็นต้น
 - 2.4) EIS/MIS ที่ใช้แสดงผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ เพื่อให้ผู้บริหารใช้ในการติดตาม
 - 2.5) EIS/MIS ที่รองรับเรื่องการบริหารจัดการองค์ความรู้ เพื่อให้ข้อมูล KM ภายในองค์กรถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบ
 - ควรมีการทวนสอบความถูกต้องในการนำเข้าข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่จัดเก็บนั้นเชื่อถือได้ โดยอาจพิจารณาดำเนินการตามระดับความสำคัญของข้อมูล และในกรณีที่เป็นข้อมูลที่มีความสำคัญมากต่อการตัดสินใจในเชิงกลยุทธ์ขององค์กร ควรปรับกระบวนการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูลให้มีผู้ตรวจซ้ำ (2nd Tier) และออกแบบระบบในการนำเข้าข้อมูล เช่น การจัดทำ Drop down list แทนการพิมพ์ข้อมูล เป็นต้น เพื่อช่วยลดความผิดพลาดในการนำเข้าข้อมูล
 - ควรมีการทดสอบการกู้คืนข้อมูล (Recovery) เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบระยะเวลาในการกู้คืนบทบาทที่ต้องดำเนินการ
 - ควรมีการทดสอบรอยรั่วของระบบ (IT Security) โดยอาจจะทดลองเจาะระบบ (hack) หรือ run patch server ที่ได้แก้ไขแล้วและควรมีการบันทึกการดำเนินการดังกล่าวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร
5. ด้านการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล
- ควรศึกษาและนำระบบ Talent Management มาปรับใช้ในองค์กร เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถหรือเป็นช่องทางการเติบโตให้กับบุคลากรที่มีความสามารถหรือมีผลงานเป็นที่ประจักษ์เป็นพิเศษ รวมทั้งการกำหนด Fast Track หรือ Talent Track และแผนพัฒนาและรักษาคณเฑาะ
 - ควรจัดหลักสูตรฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการเป็นรายบุคคลตามแผน IDP ที่ได้จัดทำขึ้น โดยอาจพิจารณาตามลำดับความสำคัญ



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก.

แบบประเมินผลเพื่อศึกษาประสิทธิภาพและปัญหา/อุปสรรค ระบบการบริหารงานของ สรพ. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 - 2557



การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
	มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
1. การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)				
1) สภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal Environment)				
การกำหนดนโยบายบริหารความเสี่ยง (Risk Policy)				
- มีนโยบายบริหารความเสี่ยง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ บริหารความเสี่ยง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีการกำหนดผู้รับผิดชอบเป็นการ เฉพาะ/เป็นหน้าที่หลักในการ บริหารความเสี่ยง				
2) การกำหนดวัตถุประสงค์ (Objective Setting)				
- มีการกำหนดวัตถุประสงค์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) การบ่งชี้เหตุการณ์ (Event Identification)				
- มีการระบุความเสี่ยง/เหตุการณ์ เสี่ยง (Risk Events) ที่สอดคล้อง กับวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย ตามยุทธศาสตร์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- การวิเคราะห์ปัจจัยความเสี่ยง ครอบคลุมปัจจัย ดังต่อไปนี้				
1) มีการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ด้าน นโยบายและกลยุทธ์ (Strategic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) มีการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ด้าน การเงินและงบประมาณ (Financial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) มีการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ด้าน การปฏิบัติงาน (Operation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
	มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
4) มีการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ด้านกฎหมาย ระเบียบ (Compliance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4) การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)				
- มีการจัดทำ Risk Profile หรือ Risk Map (แผนที่ความเสี่ยง) โดย ระบุความน่าจะเป็น (Likelihood) และผลกระทบ (Impact) ของความเสี่ยง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- กำหนดเกณฑ์การประเมินความ น่าจะเป็น (Likelihood) และ ผลกระทบ (Impact) ที่ชัดเจน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีการนำข้อมูลในอดีตการ คาดการณ์ในอนาคตมา ประกอบการประเมินความน่าจะเป็น (Likelihood) และผลกระทบ (Impact)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีการกำหนดระดับความเสี่ยงที่ ยอมรับได้ (Risk Appetite และ Risk Tolerance) เพื่อประเมิน ความเสี่ยงเบื้องต้น (Gross Risk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5) การตอบสนองความเสี่ยง (Risk Response)				
- มีการวิเคราะห์การควบคุมภายใน ที่มีอยู่ (Existing Control) และมี การประเมินความเสี่ยงคงเหลือ (Residual Risk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีการกำหนดมาตรการในการ บริหารจัดการความเสี่ยง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีการจัดลำดับความเสี่ยงของ องค์กร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีคู่มือการบริหารความเสี่ยง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง	
	มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี		
6) กิจกรรมการควบคุม (Control Activities)					
- มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- มีการดำเนินการตามมาตรการ และแผนบริหารความเสี่ยงที่ จัดทำขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- มีการตอบสนองต่อความเสี่ยงได้ อย่างเหมาะสม ทันเวลา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7) สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication)					
- มีระบบสารสนเทศที่สนับสนุน การเก็บข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการ บริหารและจัดการความเสี่ยง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- มีระบบสารสนเทศที่สนับสนุน การรายงานโอกาสที่จะเกิดความ เสี่ยง (Early warning system)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- มีการสร้างความเข้าใจในการ บริหารความเสี่ยงให้กับพนักงาน ในแต่ละระดับอย่างเหมาะสม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8) การติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation)					
- มีการกำกับดูแลและติดตามความ มีประสิทธิภาพของการบริหาร ความเสี่ยง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- มีบันทึกการดำเนินงานตามแผน บริหารความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- มีบันทึกการจัดการกับความเสี่ยง ที่เกิดขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- การดำเนินการตามแผนบริหาร ความเสี่ยงทำให้ความเสี่ยงมี ระดับลดลงทุก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- มีการรายงานผลการดำเนินงาน ด้านการบริหารความเสี่ยงให้แก่ ผู้บริหารพิจารณาทบทวนอย่าง สม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
	มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
- มีการกำกับดูแลและติดตามความ มีประสิทธิภาพของการบริหาร ความเสี่ยงโดยฝ่ายบริหารผ่าน คณะกรรมการบริหารรวมทั้งมี การรายงานผลการบริหารความ เสี่ยงให้พิจารณาเป็นรายไตรมาส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีการจัดทำรายงานผลการสอบ ทานการประเมินระบบบริหาร ความเสี่ยงเสนอฝ่ายบริหารและ คณะกรรมการบริหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีการตัดสินใจของผู้บริหารในการ กำหนดมาตรการแก้ไข/ปรับปรุง หรือป้องกันจุดบกพร่อง/จุดอ่อน ของระบบบริหารความเสี่ยง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีการวิเคราะห์ทบทวนผลการ ดำเนินงานตามแผนบริหารความ เสี่ยงที่ยังเหลืออยู่ (Residual Risk) ของปัจจุบันเพื่อนำไป จัดทำแผนการบริหารความเสี่ยง ปีถัดไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีการพัฒนาระบบบริหารความ เสี่ยงให้เป็นส่วนหนึ่งของ กระบวนการดำเนินงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
		มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
2. ระบบการควบคุมภายใน					
2.1) องค์ประกอบการควบคุมภายใน					
1.	สภาพแวดล้อมของการควบคุม (Control Environment)				
	1.1 ปรัชญาและรูปแบบการทำงานของฝ่ายบริหาร				
	- มีการให้ความสำคัญกับการ ควบคุม กำกับ ดูแลให้พนักงาน ปฏิบัติงานตามนโยบาย ภารกิจ หรือวัตถุประสงค์ในการจัดตั้ง องค์กรของฝ่ายบริหาร รวมทั้งมี การสื่อสารเพื่อถ่ายทอดนโยบาย ของผู้อำนวยการลงสู่พนักงานใน แต่ละระดับ เพื่อให้การ ปฏิบัติงานเป็นไปตามภารกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม ที่องค์กรได้ ประกาศไว้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- ทิศนคติของฝ่ายบริหารมุ่งมั่นต่อ การบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ของ งาน (Performance-Base Management)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการให้ความสำคัญต่อการ บริหารความเสี่ยง/การควบคุม ภายใน/มีทัศนคติที่ดีต่อการ ตรวจสอบทั้งจากภายในองค์กร และการตรวจสอบจากภายนอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- ทิศนคติและการปฏิบัติงานที่ เหมาะสมต่อการกระจายอำนาจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1.2 จริยธรรมในการปฏิบัติงาน (Integrity and Ethical Values)				
	- มีการจัดทำข้อกำหนดด้าน จรรยาบรรณของผู้บริหารและ พนักงาน (Code of Conduct) และบทลงโทษเป็นลายลักษณ์ อักษร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
	มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
- มีการจัดทำแนวทางพึงปฏิบัติ และกำหนดข้อห้ามของฝ่าย บริหารและพนักงานมิให้ปฏิบัติ ตนในลักษณะที่ก่อให้เกิดความ ขัดแย้งทางผลประโยชน์กับ องค์กร (Conflict of Interest) รวมทั้งบtlงโทษ อย่างเป็นทางการ ลักษณะอักษร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- พนักงานทราบและเข้าใจแนว ทางการปฏิบัติที่ถูกต้องด้าน จริยธรรม จรรยาบรรณ และ บtlงโทษ ตามข้อกำหนด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- ฝ่ายบริหารส่งเสริมสนับสนุน วัฒนธรรมองค์กรที่เน้นความ ซื่อสัตย์และมีจริยธรรม และ ดำเนินการตามควรเมื่อมีผู้ไม่ ปฏิบัติตามนโยบายหรือระเบียบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3 โครงสร้างบริหารองค์กร				
- มีการจัดโครงสร้างองค์กรและ สายงานการบังคับบัญชาที่ชัดเจน (เหมาะสมกับขนาดและลักษณะ การดำเนินงาน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4 การมอบอำนาจและความรับผิดชอบ				
- มีการมอบอำนาจหน้าที่ความ รับผิดชอบให้บุคคลเหมาะสม เป็นไปอย่างถูกต้อง และแจ้งให้ พนักงานทุกคนทราบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- ผู้บริหารมีวิธีการติดตามงานตาม ความรับผิดชอบที่มอบหมาย อย่างมีประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5 การบริหารทรัพยากรบุคคล				
- มีการกำหนดมาตรฐานข้อกำหนด ในการว่าจ้างบุคลากรที่เหมาะสม โดยเน้นการศึกษา ประสบการณ์ และความซื่อสัตย์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
	มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
- มีการจัดทำนโยบายแนวทาง ปฏิบัติด้านบริหารงานบุคคลที่ ชัดเจน เช่น การเลื่อนตำแหน่ง และอัตราเงินเดือน การโยกย้าย การประเมินผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีการลงโทษทางวินัยและแก้ไข ปัญหาเมื่อมีการไม่ปฏิบัติตาม นโยบายหรือจรรยาบรรณ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) : ประเมินผลในหัวข้อระบบการบริหารความเสี่ยง				
3. กิจกรรมควบคุม (Control Activities)				
- กิจกรรมควบคุมกำหนดขึ้นตาม ผลการประเมินความเสี่ยง/มีการ กำหนดวิธีการตอบสนองต่อความ เสี่ยงอย่างเหมาะสมและทันเวลา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีการกำหนดนโยบาย แผนงาน และแผนงบประมาณ เพื่อใช้เป็น เครื่องมือในการควบคุม ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงาน รวมทั้งคู่มือการปฏิบัติงานที่ ชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางในการ ปฏิบัติงานอย่างถูกต้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีการกำหนดขอบเขตอำนาจและ ระดับการอนุมัติรายการอย่าง เหมาะสม / กำหนดวงเงินอนุมัติ ของผู้บริหารแต่ละระดับไว้ชัดเจน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีการแบ่งแยกหน้าที่การ ปฏิบัติงานและการอนุมัติตาม ขั้นตอนที่สำคัญไว้อย่างเหมาะสม ชัดเจน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีกระบวนการควบคุมดูแล ทรัพย์สินอย่างรัดกุม เพียงพอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีกฎ ระเบียบ ข้อบังคับและแนว ปฏิบัติต่างๆอย่างเหมาะสมและมี การติดตาม ตรวจสอบการ ดำเนินงานให้เป็นไปตามนโยบาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับและแนว ปฏิบัติต่างๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
	มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
- มีข้อกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร และบทลงโทษ หากมีการฝ่าฝืน เรื่องการมีผลประโยชน์ทับซ้อน โดยอาศัยอำนาจหน้าที่ (Conflict of Interest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร (Information Technology and Communication)				
- มีระบบข้อมูลสารสนเทศและการ รายงานข้อมูลที่ถูกต้องและ เพียงพอเพื่อการตัดสินใจของ ผู้บริหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการ ดำเนินงานขององค์กร ทั้งในด้าน ผลการปฏิบัติงาน ด้านการเงิน การปฏิบัติตามนโยบาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ การจัดเก็บ ข้อมูลทางการเงิน การบันทึก บัญชี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีระบบการสื่อสารทั้งภายใน ภายนอกองค์กรได้อย่างเพียงพอ มีการรายงานข้อมูลที่เป็นทั้ง ภายในและภายนอกให้กับ ผู้บริหารทุกระดับอย่างเพียงพอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีการสื่อสารอย่างชัดเจนให้ พนักงานทุกคนทราบและเข้าใจ บทบาทหน้าที่ของตนเองเกี่ยวกับ การควบคุมภายใน ปัญหาและ จุดอ่อนที่เกิดขึ้นและแนว ทางแก้ไข	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- มีกลไก/ช่องทางให้พนักงานเสนอ ข้อคิดเห็นในการปรับปรุงการ ดำเนินงานขององค์กร รวมทั้ง การรับฟังข้อเสนอแนะและข้อ ร้องเรียนจากหน่วยงานภายนอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
		มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
5. การติดตาม ตรวจสอบ และการประเมินผล (Monitoring and Evaluation)					
	- มีการติดตามผลการดำเนินงาน อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผลการ ดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการประเมินความเพียงพอและ ความมีประสิทธิภาพของระบบ ควบคุมภายในและรายงานผล การประเมินต่อคณะกรรมการ ตรวจสอบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการติดตาม ตรวจสอบการ ปฏิบัติงานตามระบบควบคุม ภายในที่ได้กำหนดไว้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการปรับปรุงแก้ไขจุดอ่อนที่พบ จากการประเมินระบบควบคุม ภายในหรือจากการตรวจสอบ ภายใน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการรายงานผลการประเมินและ ผลการตรวจสอบภายในโดยตรง ต่อผู้กำกับดูแล และหากพบกรณี ที่การทุจริตหรือไม่ปฏิบัติตาม ระเบียบที่อาจกระทบต่อองค์กร อย่างมีนัยสำคัญ ผู้บริหารต้อง รายงานต่อคณะกรรมการทันที	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2) การจัดทำและดำเนินการตามแผนการควบคุมภายใน					
1.	การวางแผน (Plan)				
	- มีการจัดทำ Procedures การควบคุมภายใน/โครงสร้างการ ควบคุมภายใน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการจัดทำแผนปรับปรุงระบบ การควบคุมภายใน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	การปฏิบัติ (Do)				
	- มีการดำเนินการตาม Procedures การควบคุมภายใน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
		มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
	- มีการสอบทานการควบคุมภายใน ด้านการบริหารองค์กรและพัฒนา ปรับปรุงในจุดอ่อนที่พบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการสอบทานการควบคุมภายใน ด้านการเงินและพัฒนาปรับปรุง ในจุดอ่อนที่พบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการสอบทานการควบคุมภายใน ด้านอื่นๆ ที่เป็นภารกิจสำคัญและ องค์กรเห็นว่ามีความเสี่ยงสูงหรือ เป็นภารกิจที่เพิ่งเริ่มดำเนินการ และต้องการกำกับเป็นพิเศษ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการดูแลป้องกันทรัพย์สินที่มี ความเสี่ยงสูง ระบบที่สำคัญ ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญกับ องค์กร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (Check)				
	- มีการรายงานผลการดำเนินงาน ด้านการควบคุมภายในให้แก่ ผู้บริหารพิจารณาทบทวน อย่างสม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการวิเคราะห์ผลเพื่อชี้จุดอ่อน ที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดที่ เป็นโอกาสในการพัฒนาผลการ ดำเนินงานได้ดีขึ้นอีกในอนาคต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	การปรับปรุงการดำเนินงาน (Act)				
	- มีการตัดสินใจของผู้บริหารในการ กำหนดมาตรการแก้ไข/ปรับปรุง หรือป้องกันจุดบกพร่อง/จุดอ่อน ของระบบควบคุมภายใน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการวิเคราะห์ทบทวนผลการ ดำเนินงานของระบบควบคุม ภายใน เพื่อนำไปจัดทำแผนฯ ในปีถัดไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
		มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
3. ระบบการตรวจสอบภายใน					
1.	บทบาทความรับผิดชอบของหน่วยงานตรวจสอบภายใน				
	- มีโครงสร้างของหน่วยงาน ตรวจสอบภายในที่เป็นอิสระ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการจัดทำกฎบัตรของหน่วยงาน ตรวจสอบภายใน (กฎบัตร ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ อำนาจหน้าที่และความ รับผิดชอบของหน่วยงาน ตรวจสอบภายใน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีหลักเกณฑ์การคัดเลือก ผู้ตรวจสอบภายในที่เหมาะสมกับ วัตถุประสงค์การตรวจสอบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีหลักเกณฑ์การคัดเลือก ผู้ตรวจสอบภายในที่เป็นอิสระใน กระบวนการตรวจสอบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีหลักเกณฑ์การคัดเลือก ผู้ตรวจสอบภายในโดย ผู้ตรวจสอบต้องไม่ตรวจสอบ งานตัวเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- หน่วยงานตรวจสอบภายในมี บทบาทที่ครบถ้วนเพียงพอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการให้คำปรึกษาด้านการ ตรวจสอบภายในแก่ฝ่ายบริหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	การวางแผน (Plan)				
	- มีการจัดทำแผนการตรวจสอบ เชิงกลยุทธ์ (แผนระยะยาว)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการจัดทำแผนการตรวจสอบ ภายใน ซึ่งมีองค์ประกอบ ครบถ้วน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการกำหนดนิยามของ หลักเกณฑ์ ขอบเขต ความถี่ และ กระบวนการตรวจสอบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
		มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
	- แผนการตรวจสอบภายในมีการ ประเมินความเสี่ยงอย่างเป็น ระบบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการ วางแผนการตรวจสอบภายใน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการกำหนดผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการตรวจสอบภายใน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการวางแผนการตรวจสอบ ภายในร่วมกับฝ่ายบริหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- กำหนดการตรวจสอบภายในต้อง พิจารณาถึงประเด็นสถานะและ ความสำคัญของกระบวนการที่ ต้องตรวจสอบ ประกอบกับ ผลการตรวจสอบก่อนหน้านี้ รวมทั้งพิจารณาความคาดหวัง ของผู้บริหารระดับสูง คณะกรรมการ และผู้มีส่วนได้เสีย มาประกอบด้วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการแจ้งผู้รับการตรวจสอบให้ ทราบแผนการตรวจฯ วัตถุประสงค์ ข้อกำหนดของ การตรวจสอบภายใน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการจัดทำแผนการปฏิบัติงาน (Engagement Plan) ซึ่งมี องค์ประกอบครบถ้วน (ขอบเขต วัตถุประสงค์ และระยะเวลาการ ปฏิบัติงาน / บุคลากรในการ ปฏิบัติงานตรวจสอบ / แนว ทางการปฏิบัติงานตรวจสอบ / ผู้บริหารหน่วยรับตรวจสอบที่ เกี่ยวข้อง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	การปฏิบัติ (Do)				
	- มีการเปิดการตรวจสอบภายใน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการดำเนินการตามแผนการ ตรวจสอบภายใน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
		มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
	- มีการปิดการตรวจสอบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- หัวหน้าหน่วยตรวจสอบภายในมี การนำเสนอรายงานผลการ ตรวจสอบต่อผู้บริหารหน่วยรับ ตรวจและผู้บริหารระดับสูงที่ เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้บริหารสูงสุด เพื่อดำเนินการปรับปรุงตาม ข้อเสนอแนะ และสรุปประเด็น สำคัญไว้ในรายงานผลการดำเนิน เกี่ยวกับการตรวจสอบภายในเพื่อ เสนอต่อคณะกรรมการตรวจสอบ และผู้บริหารสูงสุด (ยกเว้น รายงานผลการตรวจสอบ กิจกรรมที่อยู่ภายใต้ความ รับผิดชอบโดยตรงของผู้บริหาร สูงสุด ให้รายงานต่อ คณะกรรมการตรวจสอบเท่านั้น)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการตรวจสอบว่าองค์กร มหาชนได้ปฏิบัติตามระเบียบ กฎหมาย ข้อบังคับต่างๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการตรวจสอบความถูกต้องของ ข้อมูลด้านบัญชีและการเงิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีระบบสารสนเทศที่ช่วยในการ ควบคุมภายในและตรวจสอบ ภายในเพื่อสร้างความมั่นใจว่า องค์กรมหาชนได้ปฏิบัติตาม ระเบียบ กฎหมาย ข้อบังคับ ต่างๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีระบบสารสนเทศที่ช่วยในการ ควบคุมภายในและตรวจสอบ ภายในเพื่อสร้างความมั่นใจใน ความถูกต้องของข้อมูลด้านบัญชี และการเงิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
		มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
3.	การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (Check)				
	- มีการรายงานผลการดำเนินงาน ด้านการตรวจสอบภายในให้แก่ คณะกรรมการพิจารณาเป็น รายไตรมาส เป็นวาระเพื่อ พิจารณา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการวิเคราะห์ผลเพื่อชี้จุดอ่อน ที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดที่ เป็นโอกาสในการพัฒนาผลการ ดำเนินงานได้ดีขึ้นอีกในอนาคต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- รายงานการตรวจสอบมี องค์ประกอบที่ครบถ้วน (ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ / ขอบเขตการตรวจ / บทคัดย่อ / ประเด็นที่ตรวจพบ / สาเหตุหลัก / ข้อเสนอแนะและแนว ทางแก้ไข)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	การปรับปรุงการดำเนินงาน (Act)				
	- หน่วยงานมีการพัฒนาปรับปรุง ตามข้อเสนอแนะของหน่วย ตรวจสอบภายใน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการจัดทำรายงานการติดตาม การปฏิบัติงานตามข้อเสนอแนะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการตัดสินใจของผู้บริหารในการ กำหนดมาตรการแก้ไข/ปรับปรุง หรือป้องกันจุดบกพร่อง/จุดอ่อน ของระบบตรวจสอบภายใน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการวิเคราะห์ทบทวนผลการ ดำเนินงานของระบบตรวจสอบภายใน เพื่อนำไปจัดทำแผนฯ ในปีถัดไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
		มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
4. ระบบการจัดการทรัพยากรบุคคล					
1.	การวางแผน (Plan)				
	- มีการวิเคราะห์ทบทวนแผนการ จัดการด้านทรัพยากรบุคคล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ด้าน HR Policy and Strategy				
	- มีการกำหนดนโยบายและกลยุทธ์ ด้านทรัพยากรบุคคล (HR Policy and Strategy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ด้าน HR Management และ HR Development (HRM&HRD)				
	- มีการจัดทำแผนสรรหาบุคลากร สอดคล้องกับพันธกิจและ โครงสร้างองค์กร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการจัดทำ JD / JS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการจัดทำ Core / Functional Competency โดยวิเคราะห์ Core / Functional Competency ที่องค์กรต้องการ (Organization Need) กับ Competency ที่ปัจจุบันมีอยู่ ของพนักงานแต่ละตำแหน่งงาน เพื่อนำมาวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) ระหว่าง Competency ของบุคลากรที่มี อยู่กับ Competency ที่องค์กร ต้องการ เพื่อจัดทำ Training Road Map และ Individual Development Plan (IDP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร รายบุคคล Individual Development Plan (IDP) ทั้ง ในส่วนงานตามภารกิจหลักและ ส่วนสนับสนุน และการ ดำเนินการตามแผนดังกล่าว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
		มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
	- มีการกำหนดนโยบายการบริหาร จัดการคนเก่ง (Talent management)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการจัดทำแนวทาง/หลักเกณฑ์ ในการคัดเลือกคนเก่ง ให้มีระบบ การบริหารผลตอบแทนและ แรงจูงใจที่สอดคล้องกับตลาด รวมทั้งแผนการพัฒนาและรักษา คนเก่ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีระบบในการประเมินผล เช่น มี การกำหนดเป้าหมายการ ปฏิบัติงานและการกำหนดเกณฑ์ ในการประเมินผล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการกำหนดแผนการส่งเสริม วัฒนธรรมองค์กร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการวางแผนผู้สืบทอดตำแหน่ง (Succession Plan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการสร้างความผูกพันของ พนักงานต่อองค์กร (Employee Engagement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการนำเสนอแผนการจัดการ ด้านทรัพยากรบุคคลให้ผู้บริหาร พิจารณา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการนำเสนอแผนการจัดการ ด้านทรัพยากรบุคคลให้ คณะกรรมการพิจารณา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	การปฏิบัติ (Do)				
	- มีการดำเนินงานตามนโยบาย และระเบียบการบริหารงาน ทรัพยากรบุคคล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการดำเนินงานตามแผนการ ฝึกอบรมบุคลากรขององค์กร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่ตามหลักเกณฑ์ที่ กำหนด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
		มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
	- มีการนำผลประเมินมาใช้ ประโยชน์/เชื่อมโยงกับระบบ แรงจูงใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการ Feedback ผลประเมินให้ ผู้รับการประเมินทราบและ ปรับปรุงผลการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีระบบสารสนเทศที่สนับสนุน การเก็บข้อมูลด้านการ บริหารงานบุคคล (HRM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีระบบสารสนเทศที่สนับสนุน การเก็บข้อมูลด้านการพัฒนา บุคลากรในทุกตำแหน่งงาน (HRD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (Check)				
	- มีการติดตามและประเมินผล การดำเนินงานตามแผนฯ อย่างสม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการทบทวน/ประเมิน ประสิทธิภาพของระบบการ บริหารทรัพยากรบุคคลของ องค์กร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการรายงานผลการดำเนินงาน ด้านการจัดการทรัพยากรบุคคล ให้แก่ผู้บริหารพิจารณาทบทวน อย่างสม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- การรายงานผลการดำเนินงาน ด้านการจัดการทรัพยากรบุคคล ให้แก่คณะกรรมการพิจารณาเป็น รายไตรมาส โดยกำหนดเป็นวาระ เพื่อพิจารณา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	การปรับปรุงการดำเนินงาน (Act)				
	- มีการตัดสินใจของผู้บริหารในการ กำหนดมาตรการแก้ไข/ปรับปรุง หรือป้องกันจุดบกพร่อง/จุดอ่อน ของระบบการจัดการทรัพยากร บุคคล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
		มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
	- มีการวิเคราะห์ทบทวนผลการ ดำเนินงานตามแผนการจัดการ ทรัพยากรบุคคลปีปัจจุบัน เพื่อนำไปจัดทำแผนการจัดการ ทรัพยากรบุคคลในปีถัดไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
	มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
5. ระบบการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ				
5.1) การบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ				
1) ฐานข้อมูล				
1.1 มีการจัดทำฐานข้อมูล สารสนเทศ โดยครอบคลุม ภารกิจขององค์กร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2 มีการเชื่อมโยงข้อมูลกับ หน่วยงานทั้งภายในและ ภายนอกอย่างเป็นระบบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) ระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการ บริหารจัดการขององค์การมหาชน				
2.1 มีระบบ MIS/EIS ที่ สอดคล้องกับความต้องการ ของฝ่ายบริหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2 มีระบบการเก็บข้อมูลเพื่อ ช่วยในการติดตามหรือ วัดผลการดำเนินการของ องค์กร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3 มีระบบการรายงานผลและ เปรียบเทียบผลการ ดำเนินงานกับเป้าหมาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) ระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการ บริหารความเสี่ยง				
3.1 มีระบบสารสนเทศที่ สนับสนุนการเก็บข้อมูล พื้นฐานที่ใช้ในการบริหารและ จัดการความเสี่ยง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2 มีระบบที่สนับสนุนการ วิเคราะห์และการรายงาน ระดับความรุนแรงและ ประเมินโอกาสที่จะเกิด ความเสี่ยง (Early warning system)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
		มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
	4) ระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการ ควบคุมและการตรวจสอบภายใน				
	4.1 มีระบบสารสนเทศที่ช่วยใน การควบคุมภายในและ ตรวจสอบภายในเพื่อสร้าง ความมั่นใจว่าองค์กรมหาชน ได้ปฏิบัติตามระเบียบ กฎหมาย ข้อบังคับต่างๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4.2 มีระบบสารสนเทศที่ช่วยใน การควบคุมภายในและ ตรวจสอบภายในเพื่อสร้าง ความมั่นใจในความถูกต้อง ของข้อมูลด้านบัญชีและ การเงิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5) ระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการ บริหารทรัพยากรบุคคล				
	5.1 มีระบบสารสนเทศที่ สนับสนุนการเก็บข้อมูลด้าน การบริหารงานบุคคล (HRM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5.2 มีระบบสารสนเทศที่ สนับสนุนการเก็บข้อมูลด้าน การพัฒนาบุคลากรในทุก ตำแหน่งงาน (HRD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	6) ระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อ ความต้องการผู้รับบริการ ผู้มีส่วน ได้เสียภายนอกองค์กร				
	6.1 มีระบบสารสนเทศที่ สนับสนุนการปรับปรุงการ ให้บริการ เช่น การลด ขั้นตอน ระยะเวลาในการ ให้บริการ การอำนวยความสะดวก สะดวกแก่ผู้รับบริการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
		มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
	6.2 มีระบบสารสนเทศที่ สนับสนุนการ share ข้อมูล กับหน่วยงานอื่นภายนอก องค์กร เช่น เครือข่ายความ ร่วมมือทางวิชาการ องค์กร ภายนอกที่ต้องทำงานร่วมกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7) ระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อ ความต้องการผู้รับบริการ ผู้มีส่วน ได้เสียภายในองค์กร				
	7.1 มีระบบสารสนเทศที่ สนับสนุนการปรับปรุงการ ให้บริการให้กับพนักงาน ภายในองค์กร เช่นการลด ขั้นตอน ระยะเวลาในการ ทำงาน การอำนวยความสะดวก สะดวก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7.2 มีระบบ Back Office ที่ สามารถ share ข้อมูลกับ หน่วยงานอื่นภายในองค์กร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7.3 มีระบบระบบสารสนเทศที่ สนับสนุนการเป็นองค์กรแห่ง การเรียนรู้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.2) การจัดทำและดำเนินการตามแผนการบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ					
1.	การวางแผน (Plan)				
	- มีการวิเคราะห์ทบทวนฐานข้อมูล สารสนเทศที่จำเป็นในการสนับสนุน การดำเนินงานขององค์กร (การบริหารจัดการ/การบริหาร ความเสี่ยง/การควบคุมและ ตรวจสอบภายใน/การบริหาร ทรัพยากรบุคคล)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการวิเคราะห์ระบบสารสนเทศ ที่ตอบสนองต่อความต้องการ ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภายในและภายนอกองค์กร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
		มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
	- มีการจัดทำแผนการจัดการด้าน เทคโนโลยีสารสนเทศ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการกำหนดวัตถุประสงค์/ เป้าหมายการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ ทรัพยากร ใน แผนการจัดการด้านเทคโนโลยี สารสนเทศ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- การนำเสนอแผนการจัดการด้าน เทคโนโลยีสารสนเทศให้ผู้บริหาร พิจารณา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- การนำเสนอแผนการจัดการด้าน เทคโนโลยีสารสนเทศให้ คณะกรรมการพิจารณา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	การปฏิบัติ (Do)				
	- มีการดำเนินการตามแผนการ จัดการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่จัดทำขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการทวนสอบความถูกต้องของ ข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ จัดเก็บนั้นเชื่อถือได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการจัดทำระบบการบริหาร ความเสี่ยงของระบบสารสนเทศ เพื่อป้องกันข้อมูลเสียหาย (ระบบ Back up / Recovery)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการจัดทำ Contingency Plan อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและ ดำเนินการตามแผน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (Check)				
	- มีการติดตามและประเมินผล การดำเนินงานตามแผนฯ อย่างสม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	การประเมินกระบวนการ ในการวิเคราะห์การวางแผนและ การดำเนินงาน	กระบวนการ			ผลการวิเคราะห์ / ปัญหา / อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
		มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี	
	- มีการรายงานผลการดำเนินงาน ด้านการบริหารจัดการเทคโนโลยี สารสนเทศให้แก่ผู้บริหาร พิจารณาทบทวนอย่างสม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการรายงานผลการดำเนินงาน ด้านการบริหารจัดการเทคโนโลยี สารสนเทศให้แก่คณะกรรมการ พิจารณาเป็นรายไตรมาส โดย กำหนดเป็นวาระเพื่อพิจารณา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	การปรับปรุงการดำเนินงาน (Act)				
	- มีการตัดสินใจของผู้บริหารในการ กำหนดมาตรการแก้ไข/ปรับปรุง หรือป้องกันจุดบกพร่อง/จุดอ่อน ของระบบการจัดการเทคโนโลยี สารสนเทศ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- มีการวิเคราะห์ทบทวนผลการ ดำเนินงานตามการจัดการเทคโนโลยี สารสนเทศปัจจุบัน เพื่อนำไป จัดทำแผนการจัดการเทคโนโลยี สารสนเทศในปีถัดไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	