	<b>คู่มือคุณภาพ</b>	
	<b>สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)</b>	
	รหัสเอกสาร: QM-HAI-01-07	แก้ไขครั้งที่: 07
	วันที่ประกาศใช้: วันที่ 25 เมษายน 2568	หน้าที่: 1 จาก 21

## คู่มือคุณภาพ (Quality Manual: QM)

### สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

สถานะ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	วันที่
ผู้จัดทำ	ตัวแทนฝ่ายบริหาร ระบบคุณภาพ	(นางวราภรณ์ สักกะโต )	21 เมษายน 2568
ผู้ทบทวน	รองผู้อำนวยการ	(นางบรรจง จำปา)	22 เมษายน 2568
ผู้อนุมัติ	ผู้อำนวยการสถาบัน	(นางปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ)	22 เมษายน 2568

#### ประวัติการแก้ไข (revised history)

ครั้งที่	วันที่	หน้าที่	รายการแก้ไข	ผู้แก้ไข	ผู้อนุมัติ
03	8 ม.ค. 61	1-12	ทบทวนเอกสาร ทั้งหมด	นางสาวเอมอมร คำนุช	นายกิตตินันท์ อนรรฆมณี
04	15 ม.ค. 63	1-16	ทบทวนเอกสาร ทั้งหมด	นายทรง พิลาสัย	นายกิตตินันท์ อนรรฆมณี
05	13 มี.ค. 66	1-22	ทบทวนเอกสาร ทั้งหมด	นายทรง พิลาสัย	นางปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
06	25 ก.ค. 67	1-22	ทบทวนเอกสาร ทั้งหมด	นายทรง พิลาสัย	นางปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
07	31 มี.ค. 68	1-22	ทบทวนเอกสาร ทั้งหมด	นางวราภรณ์ สักกะโต	นางปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ



## สารบัญ

### หน้า

1.0 เกี่ยวกับ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).....	2
2.0 ขอบเขตระบบบริหารคุณภาพ.....	2
3.0 คำจำกัดความ .....	3
4.0 บริบทขององค์กร .....	4
6.0 การอภิบาลและการนำองค์กร .....	11
7.0 การขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการและการบริหารงานทั่วไป.....	12
8.0 การบริหารระบบคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง และการควบคุมภายใน.....	13
9.0 การพัฒนาบุคลากรเชี่ยวชาญด้านคุณภาพ .....	18
10.0 การบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศ .....	18
11.0 การประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล .....	19
12.0 การสร้างกลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพร่วมกับภาคีเครือข่าย.....	20
13.0 การสื่อสารสาธารณะและลูกค้าสัมพันธ์.....	20
14.0 การสร้างจัดการ เผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรม .....	21
15.0 การจัดหลักสูตรฝึกอบรมแก่บุคลากรสาธารณสุข .....	21

## 1.0 เกี่ยวกับ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

1.1 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เป็นหน่วยงานภาครัฐรูปแบบองค์การมหาชนภายใต้ พระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขปรับปรุง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 จัดตั้งตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 และที่แก้ไขปรับปรุงเพิ่มเติม พ.ศ. 2562 ในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เรียกว่า “สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)” เรียกโดยย่อว่า “สรพ.” และให้ใช้ชื่อเป็นภาษาอังกฤษว่า “The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)” เรียกโดยย่อว่า “HAI”

1.2 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 ซอย 6 กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

## 2.0 ขอบเขตระบบบริหารคุณภาพ

2.1 ระบบบริหารคุณภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ภายใต้ขอบเขตการให้บริการของส่วนงานภายในของสถาบัน ประกอบด้วย

- ส่วนงานประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพ
- ส่วนงานพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรม
- ส่วนงานบริหารและพัฒนาทุนมนุษย์
- ส่วนงานการพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนเครือข่าย
- ส่วนงานสนับสนุนการบริหารองค์กร
- หน่วยตรวจสอบภายใน

2.2 โครงสร้างเอกสารระบบบริหารคุณภาพ ของ สรพ. ประกอบด้วย

2.2.1 คู่มือคุณภาพ (Quality Manual: QM) เป็นเอกสารภายใน บรรยายระบบบริหารคุณภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

2.2.2 ระเบียบปฏิบัติ (Standard Procedure: SP) เป็นเอกสารภายใน บรรยายขั้นตอนการปฏิบัติงานตามกระบวนการทำงานภายในองค์กร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามเป้าหมายและสอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า

2.2.3 วิธีปฏิบัติ (Work Instructions: WI) เป็นเอกสารภายในที่ระบุวิธีการขั้นตอนปฏิบัติงานที่สำคัญเพื่อให้ผู้ที่รับผิดชอบงานสามารถทำงานได้ตามมาตรฐานและขั้นตอนที่ถูกต้อง

2.2.4 แบบฟอร์มและเอกสารสนับสนุนอื่น ๆ (Form and Supporting document: FM and SD) เช่น คู่มือการปฏิบัติงาน แนวทางปฏิบัติ แบบฟอร์ม (FM) เป็นต้น.

### 3.0 คำจำกัดความ

- 3.1 สถาบัน หมายถึง สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
- 3.2 คณะกรรมการ หมายถึง คณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
- 3.3 ผู้อำนวยการ หมายถึง ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
- 3.4 ผู้บริหารระดับสูง หมายถึง ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ และผู้ช่วยผู้อำนวยการ
- 3.5 คณะบริหารการขับเคลื่อนภารกิจของสถาบัน หมายถึง คณะทำงานที่มีบทบาทหน้าที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานของสถาบันตามนโยบายหรือแผนปฏิบัติงานหรือตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการสถาบัน กำหนดนโยบายการจัดการจัดการภายในสถาบัน การมอบหมาย การควบคุมกำกับ การขับเคลื่อน ภารกิจขององค์กรบรรลุเป้าหมายตามคำรับรองปฏิบัติงาน โดยมีคำสั่งจากผอ.สถาบัน ในการแต่งตั้ง ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ผู้อำนวยการโครงการอาวุโส ผู้อำนวยการโครงการ นักวิชาการยุทธศาสตร์และแผน และ เจ้าหน้าที่ที่ทักษะพิเศษ (นิติกร) เป็นผู้ช่วยเหลือ
- 3.6 ตัวแทนฝ่ายบริหารระบบคุณภาพ (Quality Management Representative; QMR) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการ (วันที่ 29 มี.ค. 68) มีหน้าที่ เสนอร่างนโยบายกลยุทธ์และเป้าหมายคุณภาพองค์กร ทบทวน ปรับปรุง และผลักดันให้เกิดการพัฒนาของระบบบริหารคุณภาพตามแผนการพัฒนาคคุณภาพองค์กร กระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุนการสร้างวัฒนธรรมองค์กรด้านระบบบริหารคุณภาพให้สอดคล้องตามค่านิยมองค์กรอย่างยั่งยืน ประสานการดำเนินงานระบบบริหารคุณภาพระหว่างคณะบริหารการขับเคลื่อนภารกิจของสถาบันกับผู้ปฏิบัติงานของสถาบัน และรายงานผลการดำเนินงานต่อผู้อำนวยการ
- 3.7 ผู้ควบคุมเอกสาร (Document Control; DC) หมายถึง ผู้ควบคุมเอกสาร ที่ได้รับการแต่งตั้งให้มีหน้าที่ ควบคุม จัดเก็บ ตรวจสอบเอกสารในระบบบริหารคุณภาพให้มีประสิทธิภาพและปรับปรุงพัฒนางานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริหารคุณภาพ ทั้งนี้ สรพ. มอบหน้าที่ให้แต่ละส่วนงานมีผู้ควบคุมเอกสารประจำส่วนงาน และมีผู้ควบคุมเอกสารประจำสถาบัน
- 3.8 ผู้ปฏิบัติงาน หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานของสถาบัน รวมถึงพนักงานลูกจ้างของสถาบัน
- 3.9 เอกสาร หมายถึง ข้อมูลที่ผู้ปฏิบัติงานได้ศึกษาทำความเข้าใจและดำเนินการปฏิบัติตาม
- 3.10 เอกสารภายใน หมายถึง ข้อมูลจัดทำภายในของสถาบัน ในรูปแบบสื่อต่างๆ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้ใช้ประโยชน์ โดยได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจ
- 3.11 ISQuaEEA หมายถึง The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association เป็นหน่วยงานสากลที่ให้การรับรองหน่วยงานที่ให้การประเมินรับรองภายนอก

## 4.0 บริบทขององค์กร

### 4.1 ความเข้าใจองค์กรและบริบทของสถาบัน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) เป็นหน่วยงานภาครัฐ จัดตั้งตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 และที่แก้ไขปรับปรุงเพิ่มเติม พ.ศ. 2562 เป็นองค์กรในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประวัติความเป็นมา ได้เริ่มต้นภารกิจมาจากการดำเนิน “งานวิจัยกลไกส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล” ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เมื่อปี พ.ศ. 2540 และต่อมาในปี พ.ศ. 2542 ได้รับการจัดตั้งเป็นหน่วยงานในกำกับของ สวรส. ในชื่อว่า “สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” (พรพ.) จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2552 จึงปรับหน่วยงานออกมาเป็น องค์การมหาชน ภายใต้ชื่อ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. ตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 โดยความตามมาตรา 7 ให้สถาบันมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

- (1) ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
- (2) รวบรวมข้อมูล ศึกษา วิเคราะห์ จัดให้มีการวิจัยและจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริมสนับสนุน และพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล
- (3) ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ
- (4) ส่งเสริม สนับสนุน และดำเนินการเผยแพร่องค์ความรู้ และการให้บริการ การเข้าถึงและใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
- (5) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ องค์กรหรือหน่วยงานในประเทศหรือต่างประเทศ และภาคเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
- (6) จัดทำหลักสูตรและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลให้เกิดความเข้าใจกระบวนการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

สถาบัน ทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานและการรับรองคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาล เพื่อเป็นหลักประกันให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน และทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อยกระดับมาตรฐานและคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาลเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพ สถาบันได้รับการรับรองจาก International Society for Quality in Healthcare หรือ “ISQua EEA” ซึ่งเป็นองค์กรสากลที่ให้การ

รับรองหน่วยงานที่รับรองสถานพยาบาลในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ครบทั้ง 3 โปรแกรม ได้แก่ โปรแกรมการรับรองมาตรฐาน (ตั้งแต่ พ.ศ. 2553), โปรแกรมการรับรององค์กร (ตั้งแต่ พ.ศ. 2556) และโปรแกรมการรับรองการฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ (ตั้งแต่ พ.ศ. 2559) และได้ทำการพัฒนาการดำเนินงานตามข้อกำหนดมาตรฐานสากลอย่างต่อเนื่องทุกโปรแกรมมีสถานะการรับรองเป็นปัจจุบัน นอกจากนี้สถาบัน ได้รับ ISO/IEC 27701 – 2567, ISO/IEC 27001:2013, รางวัลข้อมูลเปิดภาครัฐ (Open Data Awards) - 2567 และถือเป็นองค์กรที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล

#### 4.2 เครื่องหมาย/สัญลักษณ์ของสถาบัน



ตราสัญลักษณ์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เป็นสัญลักษณ์ที่ใช้ในการสื่อสาร และบ่งบอกความเป็นองค์กร โดยจัดทำคู่มือการใช้ตราสัญลักษณ์ที่ website ของสถาบัน

#### 4.3 กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียที่สำคัญ กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียที่สำคัญของสถาบัน ได้แก่

(1) กลุ่มหน่วยงานผู้กำหนดนโยบาย ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/กรมการแพทย์/ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ/ องค์การอาหารและยา/ กรมควบคุมโรค/ กรมการแพทย์แผนไทยฯ/ กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ), สำนักงานประมาณ, สำนักงาน กพร., กระทรวง DE, ก.ท่องเที่ยวและกีฬา, กระทรวงมหาดไทย (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น), กรุงเทพมหานคร (สำนักการแพทย์/สำนักอนามัย), กระทรวงการต่างประเทศ, กระทรวงอุดมศึกษาฯ, กระทรวงกลาโหม, สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.), องค์การบริหารส่วนจังหวัด)

(2) กลุ่มหน่วยงานผู้ซื้อบริการ (purchaser) ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), สำนักงานประกันสังคม, กรมบัญชีกลาง, สมาคมประกันชีวิตไทย, กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

(3) สถานพยาบาล ได้แก่ สถานพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข, สถานพยาบาลภาครัฐกลุ่มโรงพยาบาลเครือข่ายกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งประเทศไทย, สถานพยาบาลภาครัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข, สถานพยาบาลเอกชนและสมาคมโรงพยาบาลเอกชน

(4) ภาควิชาเครือข่ายภายในประเทศ ได้แก่ ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพ (HACC), เครือข่ายความร่วมมือระดับพื้นที่ (Quality Learning Network: QLN), สภาวิชาชีพ (แพทยสภา, สภาการพยาบาล, สภาเภสัชกรรม, สภากายภาพบำบัด, ทันตแพทยสภา, สภาเทคนิคการแพทย์, สภาการสาธารณสุขชุมชน), สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), สพฉ., สสส., สถาบันวิชาการ (HITAP, IHPP), ราชวิทยาลัย (อายุรกรรม/ตรต., พยาธิแพทย์), กสพท. (UhosNet), สถาบันพระบรมราชชนก, สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดฯ, มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช, สมาคมโรงพยาบาลเอกชน, สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.), สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย), ศูนย์คุณธรรม, ศมส.

- (5) ภาควิชาหรือหน่วยงานต่างประเทศ ได้แก่ WHO, SEARO, ISQua EEA, ASQua, ECRI, Planetree, MSQH
- (6) ภาคประชาชน/ประชาสังคม ได้แก่ สมาองค์กรของผู้บริโภค, กลุ่มตัวแทนผู้ป่วย, สื่อมวลชน
- (7) กลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญ ได้แก่ คณะกรรมการ, คณะอนุกรรมการ, ผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้มีคุณูปการ, ผู้เยี่ยมชมสำรวจ, ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ, วิทยากร, ผู้บริหารงานคุณภาพ (QMR), ผู้ปฏิบัติงานของสถาบัน

โดยดำเนินการทบทวนผู้มีส่วนได้เสียปีละหนึ่งครั้ง วิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้เสีย แสเสริมการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์ของสถาบัน

#### 4.4 ผู้ปฏิบัติงาน

สถาบันดำเนินการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ตามข้อบังคับคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ. 2563 และที่แก้ไขปรับปรุงเพิ่มเติม เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของสถาบัน ให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ คุณธรรม โปร่งใส และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี และไม่ถูกเลือกปฏิบัติ

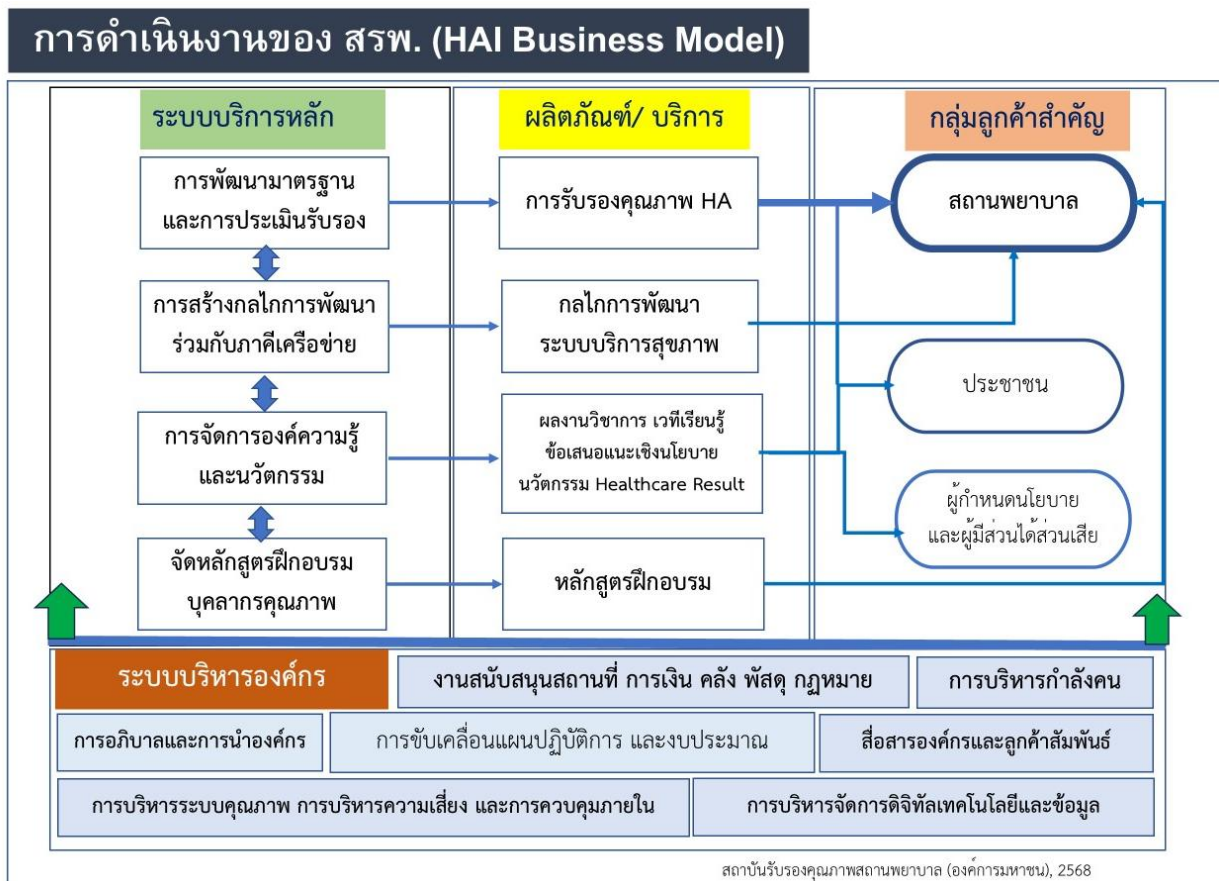
ผู้ปฏิบัติงานของสถาบันมี 3 ประเภท ดังนี้ (1) เจ้าหน้าที่หรือลูกจ้าง ได้แก่ ผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้สถาบัน โดยได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างจากงบประมาณของสถาบัน (2) ที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ผู้ซึ่งสถาบันจ้างให้ปฏิบัติหน้าที่เป็นที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญโดยมีสัญญาจ้าง (3) เจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งมาปฏิบัติงานที่สถาบัน เป็นการชั่วคราวตามมาตรา 30 (3) แห่ง พรฎ.จัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ทั้งนี้รวมถึงบุคคลที่สถาบันได้ดำเนินการจ้างเหมาเข้ามาปฏิบัติงานในรูปแบบสัญญาจ้างตามระเบียบพัสดุ โดยให้บุคคลดังกล่าวถือเป็นผู้ปฏิบัติงานตามคู่มือคุณภาพฉบับนี้

#### 4.5 ระบบบริหารคุณภาพ และกระบวนการ

สถาบันนำระบบการบริหารคุณภาพมาใช้ในการบริหารงาน โดยกำหนดให้มีการใช้เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) และข้อกำหนดมาตรฐานการบริหารองค์กรของ ISQuaEEA เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการขององค์กร เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพ/นวัตกรรมที่ตอบสนองต่อความท้าทายและความต้องการของผู้รับผลงาน/ผู้มีส่วนได้เสียอย่างต่อเนื่อง โดยจัดทำเป็นเอกสาร ได้แก่ คู่มือคุณภาพ ระเบียบปฏิบัติ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน แบบฟอร์มและเอกสารสนับสนุนต่างๆ และมีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและนวัตกรรม สนับสนุนการบริหารคุณภาพให้มีประสิทธิผล โดยมีตัวแทนฝ่ายบริหารระบบคุณภาพ (QMR) เป็นผู้รับผิดชอบ และมีผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบดำเนินการ ภายใต้ส่วนงานพัฒนาองค์กรและเครือข่าย โดยมีโครงสร้างการบริหารงานระบบคุณภาพและแผนผังระบบคุณภาพ ดังนี้

4.5.1 กระบวนการหลัก ได้แก่ การพัฒนามาตรฐานและการพัฒนาและประเมินรับรอง การสร้างจัดการ และเผยแพร่ความรู้และนวัตกรรม สร้างกลไกพัฒนาและการสร้างความร่วมมือกับเครือข่าย และการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข

4.5.2 กระบวนการสนับสนุน ได้แก่ การบริหารทั่วไป อาคารสถานที่ บัญชี พัสดุ กฎหมาย การขับเคลื่อน แผนปฏิบัติการ การจัดการงบประมาณ การบริหารงานทั่วไป, การบริหารระบบคุณภาพ ความเสี่ยงและการควบคุม ภายใน, การบริหารทรัพยากรบุคคล, การบริหารดิจิทัลเทคโนโลยีและข้อมูล การสื่อสารองค์กรและลูกค้าสัมพันธ์



## 5.0 ปรัชญา วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมขององค์กร ภาวะผู้นำและความมุ่งมั่น

### 5.1 ปรัชญา (philosophy)

Accreditation is an Educational Process: การรับรองกระบวนการคุณภาพ คือ กระบวนการเรียนรู้

### 5.2 วิสัยทัศน์ (vision)

“สถานพยาบาลมีระบบคุณภาพระดับสากล ประชาชนปลอดภัยด้วยมาตรฐาน HA”

### 5.3 พันธกิจ (mission)

- 5.3.1 ประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
- 5.3.2 ส่งเสริมให้เกิดกลไกการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีทั้งภายในและต่างประเทศ
- 5.3.3 สนับสนุนการสร้าง เผยแพร่ และการจัดการความรู้ การศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
- 5.3.4 จัดหลักสูตรและฝึกอบรมแก่บุคลากรของสถานพยาบาล เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

### 5.4 ค่านิยม (core values)

สถาบันมีการดำเนินกิจการภายใต้ค่านิยม HAI ดังนี้

H	Humanization (เป็นกัลยาณมิตร)	เป็นผู้มีมิตรที่หวังดี จริงใจ เคารพให้เกียรติ
A	Accountability (ผู้รับผิดชอบ)	เป็นผู้รู้รับผิดชอบและรับชอบทำงานตามบทบาทและหน้าที่อย่างสุดความสามารถเพื่อให้งานประสบความสำเร็จ ยอมรับและตระหนักถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานนั้นจะดีหรือไม่ อันเกิดจากจิตสำนึกในผลที่เกิดขึ้นกับองค์กรและสังคม
I	Improvement (หมุนงรอบพัฒนา)	เรียนรู้สิ่งใหม่ ใส่ใจผู้รับผลงาน เป็นผู้พร้อมเรียนรู้พัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง เปิดใจเรียนรู้สิ่งใหม่ ไม่ยึดติดเรียนรู้ใช้เทคโนโลยี ปรับปรุงเพื่อผู้รับผลงาน

### 5.5 เป้าประสงค์ (Goals) ของแผนปฏิบัติงาน พ.ศ. 2566-2570

- 5.5.1 ยกระดับและเพิ่มความครอบคลุมสถานพยาบาลได้รับการพัฒนาและประเมินรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA
- 5.5.2 ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพและความปลอดภัย จากสถานพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน HA
- 5.5.3 การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพประเทศไทยได้รับการยอมรับในระดับสากล

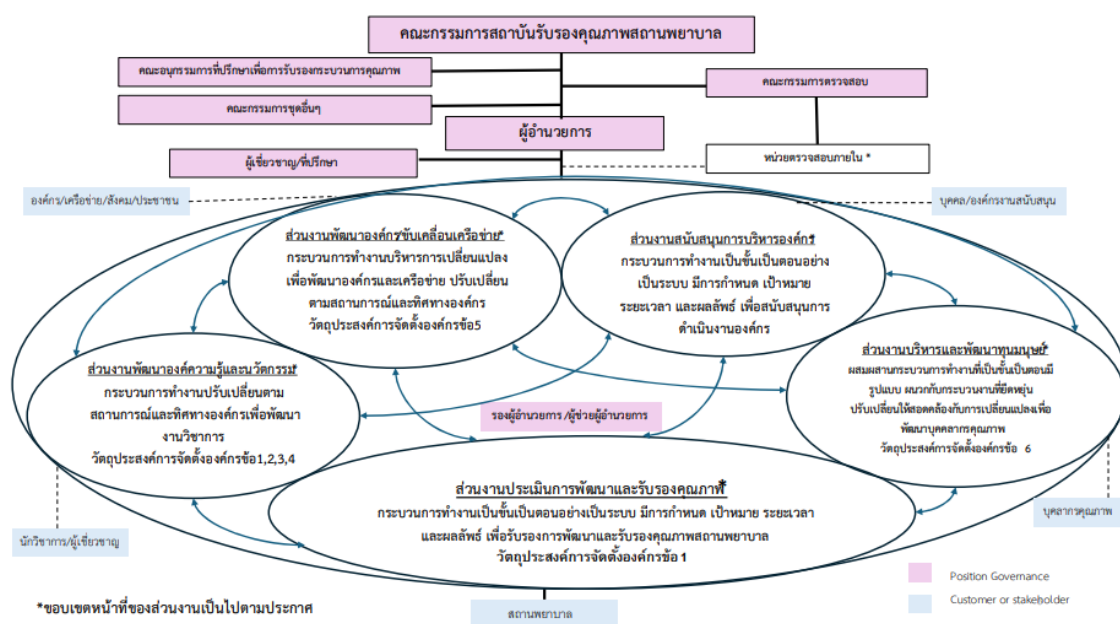
### 5.6 ภาวะผู้นำและความมุ่งมั่น

ผู้อำนวยการ มีความมุ่งมั่นชัดเจนในการพัฒนาและนำระบบการบริหารคุณภาพไปสู่การปฏิบัติ โดยมีการปรับปรุงประสิทธิภาพประสิทธิผลประสิทธิภาพของระบบการบริหารคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

- 5.6.1 เป็นผู้รับผิดชอบต่อการดำเนินงานของระบบบริหารคุณภาพ
- 5.6.2 กำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์คุณภาพโดยมีความสอดคล้องกับแผนปฏิบัติงาน
- 5.6.3 มีแผนบริหารทรัพยากรให้เพียงพอในการบริหารงาน
- 5.6.4 สื่อสารพร้อมสร้างความตระหนักให้ผู้ปฏิบัติงาน มีการปรับปรุงกระบวนการให้สอดคล้องตามข้อกำหนดของระบบบริหารคุณภาพ และใช้แนวคิดคุณภาพในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- 5.6.5 มีคำสั่งแต่งตั้งบุคคลหรือคณะทำงานกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง
- 5.6.6 กำหนดบทบาทระบบการบริหารคุณภาพ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- 5.6.7 การมุ่งเน้นลูกค้า ผู้กำหนดนโยบาย และผู้มีส่วนได้เสีย โดยทำให้มั่นใจว่าข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการและข้อกำหนดกฎหมาย/ข้อบังคับ/ระเบียบ/ประกาศที่เกี่ยวข้องได้รับการพิจารณากำหนดและสอดคล้อง, ความเสี่ยงและโอกาสที่สามารถส่งผลกระทบต่อความสอดคล้องของบริการและผลิตภัณฑ์ และการทำให้ได้มาซึ่งความพอใจของลูกค้า ได้รับการระบุและจัดการ, มุ่งเน้นเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับผลงานและการบำรุงรักษา

### 5.7 ผังโครงสร้างองค์กร

ผังโครงสร้างองค์กรและการจัดแบ่งส่วนงาน ถูกจัดทำขึ้นเพื่อแสดงส่วนงานและขอบเขตหน้าที่ของส่วนงานแบบ customer and stakeholder oriented แสดงการทำงานแบบ cross functional team สายบังคับบัญชาและความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานในองค์กร โครงสร้างองค์กร (ตามรูป) เป็นโครงสร้างที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ ประกาศใช้ ตั้งแต่วันที่ 10 มกราคม 2568



\*ขอบเขตหน้าที่ของส่วนงานเป็นไปตามประกาศ

## 5.8 นโยบายคุณภาพ (quality policy)

สถาบันมีความมุ่งมั่นในการทำงานที่มุ่งให้ผลการดำเนินการขององค์กรและบุคลากรมีระดับสูงขึ้นไป (high performance organization) ต่อเนื่องและเป็นระบบ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับผลงานและผู้มีส่วนได้เสียสำคัญ มีการพัฒนาองค์กรตามมาตรฐานทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยใช้กรอบการพัฒนา ระบบบริหารจัดการภาพรวมขององค์กร อาทิ เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ Guidelines and Standards for External Evaluation Organizations และใช้การจัดการความรู้ เป็นเครื่องมือเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) มีการบริหารจัดการองค์กรสู่ความเป็นเลิศ ยกระดับให้เป็นองค์กรที่มีธรรมาภิบาล เพิ่มผลผลิตและคุณภาพในกระบวนการ บริการ/ผลิตภัณฑ์ สร้างนวัตกรรม และประชาชนพึงพอใจ/ไว้วางใจต่อสถานพยาบาลมาตรฐาน HA โดย สรพ. “เป็นองค์กรที่มีชีวิต องค์กรที่เป็นมิตร องค์กรที่ใครๆ ก็คิดถึง”

## 5.9 วัตถุประสงค์ด้านคุณภาพ (quality objectives)

สถาบันกำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ด้านการบริหารคุณภาพ ดังนี้

วัตถุประสงค์		ตัวชี้วัดผลผลิตที่คาดหวัง
1	เพื่อสนับสนุนความสำเร็จตามเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของแผนปฏิบัติงาน	ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด กพร.
2	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ พัฒนานวัตกรรมและปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"><li>จำนวนผลงานการพัฒนาคุณภาพ/ นวัตกรรม</li><li>จำนวนของระบบงานที่มีการเพิ่มประสิทธิภาพ</li></ul>
3	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและธำรงการรับรองมาตรฐานขององค์กร	<ul style="list-style-type: none"><li>ระดับสากล: ธำรงการรับรองมาตรฐานสากล (ISQuaEEA)</li><li>ระดับประเทศ: ได้รับการรับรอง TQC</li></ul>

## 5.10 ตัวแทนฝ่ายบริหารระบบคุณภาพ (QMR: Quality Management Representative)

ผู้อำนวยการ เป็นผู้แต่งตั้งตัวแทนฝ่ายบริหารระบบคุณภาพ โดยให้มีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ ดังนี้

5.10.1 เสนอร่างนโยบายกลยุทธ์และเป้าหมายคุณภาพองค์กร (Quality Planning and Policy Development) เพื่อยกระดับคุณภาพในระยะสั้น ระยะยาว และบูรณาการแนวคิดคุณภาพเข้ากับยุทธศาสตร์องค์กรรวมทั้งดูแลงานระบบบริหารคุณภาพของสถาบันให้สามารถขับเคลื่อนงานให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

5.10.2 ทบทวน ปรับปรุง และผลักดันให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริหารคุณภาพตามแผนการพัฒนาคูณภาพองค์กร (Quality Auditing and Continuous Improvement) รวมทั้งการจัดทำกิจกรรมปรับปรุงระบบงาน CQI ระบบงานให้สอดคล้องกับพันธกิจ ทิศทางนโยบายในการดำเนินกิจการของสถาบันอย่างต่อเนื่องและทั่วถึงทั้งองค์กร

5.10.3 กระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุนการสร้างวัฒนธรรมองค์กรด้านระบบบริหารคุณภาพให้สอดคล้องตามค่านิยมองค์กร (Core values) อย่างยั่งยืน

5.10.4 ประสานการดำเนินงานระบบบริหารคุณภาพระหว่างคณะกรรมการขับเคลื่อนภารกิจของสถาบันกับผู้ปฏิบัติงานของสถาบัน และรายงานผลการดำเนินงานต่อผู้อำนวยการสถาบันทราบไม่น้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง

## 6.0 การอภิบาลและการนำองค์กร

### 6.1 การกำกับดูแลกิจการ

6.1.1 สถาบันมีคณะกรรมการสถาบันทำหน้าที่กำกับดูแลกิจการตามที่กำหนดไว้ใน พ.ร.ฎ. จัดตั้งสถาบัน เพื่อสร้างความยั่งยืนให้แก่สถาบัน และรักษาผลประโยชน์ของสังคม

6.1.2 คณะกรรมการยึดถือแนวทางปฏิบัติในการกำกับดูแลกิจการที่ดีตามที่สำนักงาน ก.พ.ร. กำหนด และระบุว่าด้วยจริยธรรมและแนวปฏิบัติที่ดีๆ

6.1.3 สถาบันมีนโยบายที่จะส่งเสริมการเรียนรู้ของคณะกรรมการ ผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมและการรับรู้ผลการพัฒนาของสถานพยาบาลต่างๆ

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

### 6.2 การมุ่งเน้นผู้รับผลงาน

6.2.1 สถาบันมีนโยบายรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ

6.2.2 สถาบันมีนโยบายที่จะสร้างความสัมพันธ์และช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ

6.2.3 สถาบันมีนโยบายที่จะสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรและผู้เยี่ยมชมของสถาบันปฏิบัติหน้าที่โดยอิสระ ไม่ถูกแทรกแซง และไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน เป็นไปตามระเบียบว่าด้วยจริยธรรมและแนวปฏิบัติที่ดี และค่านิยมองค์กร

## 7.0 การขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการและการบริหารงานทั่วไป

### 7.1 กลไกการบริหารจัดการองค์กร

สถาบันบริหารและขับเคลื่อนงานในองค์กรผ่านคณะกรรมการขับเคลื่อนภารกิจของสถาบัน ซึ่งประกอบด้วยผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ผู้อำนวยการโครงการอาวุโส และ ผู้อำนวยการโครงการ เป็นทีมขับเคลื่อนด้านการบริหาร ให้มีความสอดคล้องตามแผนปฏิบัติงานขององค์กร กำกับติดตาม ประเมินผลและรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการสถาบันตามที่กำหนด โดยจัดประชุม คณะผู้บริหารการขับเคลื่อนภารกิจของสถาบัน อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง

### 7.2 การจัดทำแผนปฏิบัติงานระยะ 5 ปี แผนงบประมาณ และแผนปฏิบัติการประจำปี

7.2.1 สถาบันมีนโยบายที่จะใช้วิสัยทัศน์และพันธกิจซึ่งมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ เป็นตัวขับเคลื่อนทิศทางการดำเนินงานของสถาบัน

7.2.2 สถาบันมีการวางแผนปฏิบัติงานระยะ 5 ปี แผนงบประมาณ และแผนปฏิบัติการประจำปี เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานของสถาบันให้สอดคล้องกับทิศทางและการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ ความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้เสีย โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน มีการทบทวนแผนปฏิบัติงานทุกปี ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติผ่านแผนงบประมาณและแผนปฏิบัติการประจำปี มีระบบการติดตามการบรรลุเป้าหมายและปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติงานระยะ 5 ปี ให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

### 7.3 การประชาสัมพันธ์และสื่อสารองค์กร

สถาบันมีนโยบายที่จะขยายการรับรู้ Brand HA เพิ่มจากกลุ่มสถานพยาบาลซึ่งรู้จักและยอมรับ Brand HA แล้ว ไปสู่สังคมโดยรวม โดยมุ่งเป้าให้สัญลักษณ์การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นสัญลักษณ์ที่สะท้อนความน่าไว้วางใจของสถานพยาบาลที่ผ่านการประเมินรับรอง และช่วยให้สังคมรู้จักและเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของสถาบันด้วย อันจะเป็นการเสริมสร้างความมั่นคงในการดำรงอยู่ของสถาบันในระยะยาว

### 7.4 การบริหารการเงินและงบประมาณ

7.4.1 สถาบันมีเป้าหมายในการสร้างความมั่นคงทางการเงินของสถาบัน โดยรักษาระดับสภาพคล่องทางการเงินให้ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ควบคู่ไปกับการนำเงินทุนสะสมไปลงทุนในด้านโครงสร้างพื้นฐานและเทคโนโลยีใหม่ที่สนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรในอนาคต

7.4.2 สถาบันมีนโยบายการใช้แผนงบประมาณเพื่อจัดลำดับความสำคัญของการใช้ทรัพยากร และใช้รายงานผลการดำเนินงานเพื่อกำกับติดตามการบริหารงบประมาณให้เป็นไปตามแผน

7.4.3 สถาบันมีระบบควบคุมภายในทางด้านการเงินและสินทรัพย์ที่เป็นอิสระ และช่วยปกป้องสินทรัพย์ขององค์กร

### 7.5 การบริหารพัสดุและการจัดซื้อจัดจ้าง



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

7.5.2 สถาบันมีนโยบายการเก็บรักษาและควบคุมพัสดุที่มีประสิทธิภาพ

## 7.6 การบริหารสภาพแวดล้อมการทำงาน

7.6.1 สถาบันมีนโยบายกำกับดูแลสภาพแวดล้อมการทำงานและปัจจัยทางกายภาพอื่น ๆ อย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดความเป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด และเกิดความปลอดภัยต่อการปฏิบัติงาน

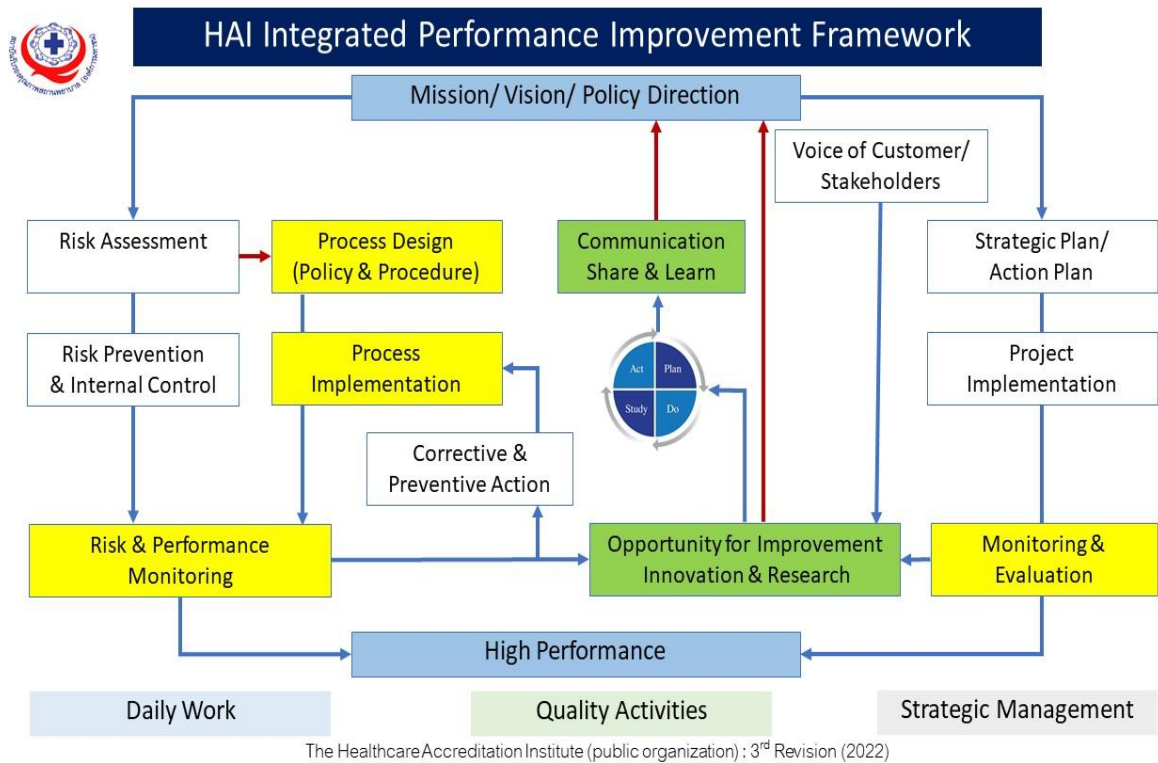
7.6.2 สถาบันมีนโยบายการประกันอุบัติเหตุและคุ้มครองชีวิตของบุคลากรซึ่งเกิดจากการปฏิบัติงาน

7.6.3 สถาบันมีข้อกำหนดเกี่ยวกับการดำเนินงานเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือเกิดเหตุการณ์ผิดปกติรุนแรง หรือเกิดภัยพิบัติต่าง ๆ

## 8.0 การบริหารระบบคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง และการควบคุมภายใน

### 8.1 กรอบการปรับปรุงผลการดำเนินงาน (Performance Improvement Framework)

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



## 8.2 ระบบเอกสารเพื่อสนับสนุนระบบบริหารคุณภาพ

8.2.1 ข้อกำหนดด้านเอกสาร (Documentation requirements) เอกสารที่ใช้ในการสนับสนุนระบบบริหารคุณภาพของสถาบัน แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

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

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

ระดับที่ 3: วิธีปฏิบัติ (Work Instruction: WI) เป็นเอกสารที่แสดงถึงขั้นตอนวิธีการปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน

ระดับที่ 4: แบบฟอร์มและเอกสารสนับสนุนอื่นๆ (Form and Supporting document: FM and SD) เป็นเอกสารที่สถาบันจัดทำให้มีขึ้น เพื่อให้มั่นใจถึงประสิทธิภาพของการวางแผนการดำเนินงาน การควบคุมกระบวนการงาน และบันทึก ที่ได้มีข้อกำหนดไว้

### 8.2.2 การควบคุมเอกสาร (Document control)

เอกสารที่ถูกกำหนดให้มีขึ้นในระบบบริหารคุณภาพได้ถูกออกแบบ บันทึก และจัดเก็บตามข้อกำหนดซึ่งสถาบันได้จัดทำระเบียบปฏิบัติ เพื่อระบุนโยบายการควบคุมเอกสารที่จำเป็น ได้แก่

8.2.2.1 การอนุมัติเอกสารเพื่อแสดงถึงความจำเป็นก่อนใช้งาน

8.2.2.2 การทบทวนและทำให้ทันสมัยตามความจำเป็น และอนุมัติเอกสารซ้ำ

- 8.2.2.3 การทำให้มั่นใจว่าการเปลี่ยนแปลงและสถานการณ์แก้ไขที่เป็นปัจจุบันของเอกสารได้รับการบ่งชี้
- 8.2.2.4 การทำให้มั่นใจว่าเอกสารฉบับที่เกี่ยวข้องมีอยู่ ณ ที่ใช้งาน
- 8.2.2.5 การทำให้มั่นใจว่าเอกสารยังคงอ่านออกและมีการบ่งชี้
- 8.2.2.6 การทำให้มั่นใจว่าเอกสารภายนอกได้รับการบ่งชี้ และมีการควบคุมการแจกจ่าย
- 8.2.2.7 การป้องกันการนำเอกสารที่ล้าสมัยไปใช้งานโดยไม่ตั้งใจ และประยุกต์ใช้ตัวบ่งชี้ที่เหมาะสม กรณียังคงเก็บไว้เพื่อใช้งานการควบคุมเอกสารอยู่ในความรับผิดชอบของคณะทำงานจัดทำเอกสารคุณภาพสถาบัน

### 8.2.3 การควบคุมบันทึก (Record control)

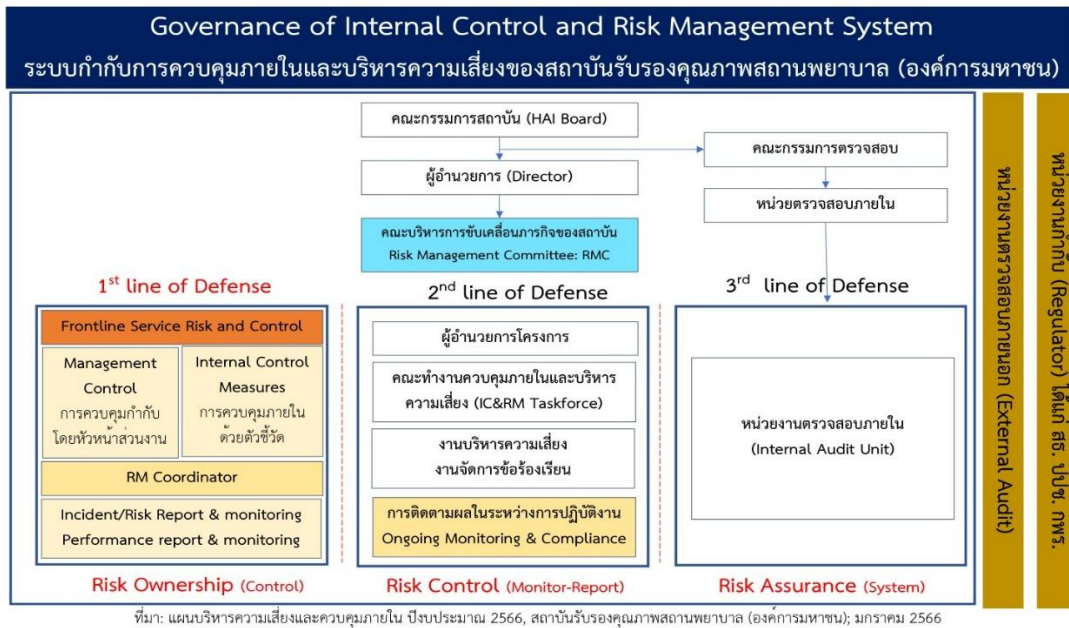
บันทึกได้ถูกจัดทำขึ้นและได้รับการธำรงรักษา เพื่อใช้เป็นหลักฐานของความสอดคล้องในข้อกำหนดและประสิทธิผลของการดำเนินงานของระบบบริหารคุณภาพ บันทึกต้องมีความชัดเจน มีการบ่งชี้ และนำมาใช้ได้โดยสะดวก

สถาบันได้ระบุนโยบายการควบคุมที่จำเป็นในการบ่งชี้ การจัดเก็บ การป้องกัน การเรียกใช้ ระยะเวลาการจัดเก็บ และการนำออกจากที่ใช้งาน ไว้ในระเบียบปฏิบัติ โดยการควบคุมเอกสารอยู่ในความรับผิดชอบของคณะทำงานจัดทำเอกสารคุณภาพของสถาบัน

## 8.3 การควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง (risk management and internal control)

คณะผู้บริหารมีหน้าที่รับผิดชอบในการผสมผสานความคิดการบริหารความเสี่ยง การควบคุมภายในให้เข้ากับวัฒนธรรมองค์กรโดยจัดทำนโยบายและกรอบการบริหารความเสี่ยงที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ (Risk management framework) ดำเนินการสอดคล้องตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขปรับปรุง โดยบูรณาการกรอบแนวคิดการบริหารความเสี่ยง COSO-ERM2017 Framework และ ISO31000: 2018 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและเหมาะสมตามบริบทขององค์กร และดำเนินการระบบกำกับควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงขององค์กร โดยบูรณาการขอบเขตของความเสี่ยงจะต้องครอบคลุมทั้งในส่วนประเด็นภายในและภายนอก ต้องคำนึงถึงความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการดำเนินงานประจำวันของสถาบัน

โดยมีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงและควบคุมภายในเสนอต่อคณะกรรมการตรวจสอบ และเห็นชอบโดยคณะกรรมการสถาบัน จัดทำทะเบียนบริหารความเสี่ยง (Risk registers) และรายงานสรุปการดำเนินงานแก่คณะกรรมการ



**โดยประเภทความเสี่ยงขององค์กร ประกอบด้วย**

- 8.3.1 ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic risk)
- 8.3.2 ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial risk)
- 8.3.3 ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ คำสั่ง (Compliance risk)
- 8.3.4 ความเสี่ยงด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติการ (Operation risk)
- 8.3.5 ความเสี่ยงในด้านการทุจริต

**สถาบันมีนโยบายและแนวทางในการบริหารความเสี่ยง ดังนี้**

1. การรายงานความเสี่ยงไม่ถือเป็นความผิด ให้ถือเป็นการส่งเสริมวัฒนธรรมการไม่กล่าวโทษ (no blame culture)
2. ความเสี่ยงจะถูกระบุโดยแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น รายงานอุบัติการณ์ การวิเคราะห์กระบวนการทำงาน ข้อร้องเรียน การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมภายนอก เสี่ยงสะท้อนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงการประชุมต่าง ๆ ของสถาบัน เป็นต้น
3. จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงจากตัวแปร โอกาสเกิดและผลกระทบโดยใช้เมทริกซ์ความเสี่ยง
4. กำหนดมาตรการบริหารความเสี่ยงและมาตรการควบคุมภายในที่เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และมีผลกระทบน้อยที่สุดต่อการดำเนินงานขององค์กร
5. ติดตาม รายงานประเมินประสิทธิผล ทบทวนระบบการบริหารความเสี่ยงและระบบควบคุมภายในอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างสมดุลระหว่างการตรวจสอบและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

6. รวบรวมการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในเข้าไว้ในส่วนของการปฏิบัติงานประจำ และสร้างวัฒนธรรม “การเรียนรู้จากความผิดพลาด” เพื่อผลักดันการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

#### 8.4 การจัดการข้อร้องเรียน ร้องทุกข์ และการอุทธรณ์

สถาบันตระหนักและให้ความสำคัญต่อการจัดการเรื่องร้องเรียน หรือร้องทุกข์ และการรับเรื่องร้องเรียนการทุจริตการปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบให้ครอบคลุมการฝ่าฝืนจริยธรรมตามกฎหมายว่าด้วยมาตรฐานทางจริยธรรม โดยยึดถือแนวทางหลักธรรมาภิบาล ความโปร่งใส และ ตรวจสอบได้

8.4.1 กำหนดให้มีกระบวนการและแนวทางในการปฏิบัติงาน และการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ รวมทั้งกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบในรูปแบบคณะกรรมการเพื่อความโปร่งใส ตรวจสอบได้

8.4.2 กำหนดมาตรการคุ้มครองผู้ร้องเรียนหรือร้องทุกข์หรือผู้แจ้งเบาะแสไว้เป็นความลับโดยคำนึงถึง ความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลและความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ร้องเรียนหรือร้องทุกข์หรือผู้แจ้งเบาะแส รวมทั้งพยานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง

8.4.3 กำหนดให้มีกลไกหรือกระบวนการพิจารณาให้ความเป็นธรรมแก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้น ถึงผลลัพธ์ในเชิงสร้างสรรค์ และการยอมรับและเคารพต่อการตัดสินใจร่วมกัน

8.4.4 ตอบสนองการรับแจ้งเรื่องร้องเรียนและรายงานผลสถานะดำเนินการเรื่องร้องเรียนหรือร้องทุกข์ ให้แก่ผู้ร้องเรียนหรือร้องทุกข์ทราบอย่างรวดเร็วและถูกต้องผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ภายใต้มาตรการรักษาความ มั่นคงปลอดภัยสารสนเทศอย่างเคร่งครัด

8.4.5 กำหนดให้มีการทบทวนประเด็นข้อร้องเรียนหรือร้องทุกข์ และกำหนดมาตรการป้องกันเพื่อมิให้เกิดซ้ำ

8.4.6 เผยแพร่นโยบายและระเบียบวิธีปฏิบัติในการจัดการเรื่องร้องเรียนหรือร้องทุกข์และการร้องเรียนทุจริตและประพฤติมิชอบ และกำหนดให้มีช่องทางรับเรื่องร้องเรียนหรือร้องทุกข์ได้โดยง่ายและสะดวก

8.4.7 สรุปผลการดำเนินงานการจัดการเรื่องร้องเรียนหรือร้องทุกข์และการร้องเรียนทุจริตและประพฤติมิชอบต่อคณะกรรมการทราบอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

#### 8.5 การประเมินการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง และการควบคุมภายใน

สถาบันมีนโยบายที่จะทบทวนและประเมินระบบบริหารคุณภาพขององค์กร การบริหารความเสี่ยง และการควบคุมภายในทุกปี ในประเด็นต่อไปนี้

- 8.5.1 ความเหมาะสมของกรอบแนวคิดที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง
- 8.5.2 การปฏิบัติตามข้อกำหนดต่าง ๆ
- 8.5.3 ประสิทธิภาพของระบบบริหารคุณภาพ การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน

- 8.5.4 ความก้าวหน้าและความสำเร็จของการนำแผนพัฒนาคุณภาพ แผนการบริหารความเสี่ยง และควบคุมภายในไปปฏิบัติ
- 8.5.5 ประสิทธิภาพในการจัดการข้อร้องเรียนร้องทุกข์

## 9.0 การพัฒนาบุคลากรเชี่ยวชาญด้านคุณภาพ

- 9.1 สถาบันมีนโยบายด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ตาม HRD Blueprint ขององค์กร ได้แก่ บุคลากรของสถาบัน ผู้เยี่ยมสำรวจ ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ และผู้บริหารระบบคุณภาพ ที่มุ่งเน้นให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร โดยมีกระบวนการสรรหาและคัดเลือกที่โปร่งใส มีการทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และเป้าหมายขององค์กร
- 9.2 การพัฒนาบุคลากรภายในองค์กร มีกระบวนการพัฒนาบุคลากร ยกระดับความรู้ความสามารถ มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในที่ทำงาน ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิต มีการสร้างสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมที่สนับสนุนการทำงานและความผูกพันต่อองค์กร เพื่อให้บุคลากรมีค่านิยมและสมรรถนะสอดคล้องกับทิศทางการทำงานขององค์กรอย่างเพียงพอเหมาะสมและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล
- 9.3 การบริหารและพัฒนาบุคลากรเชี่ยวชาญด้านคุณภาพ (Quality Experts) มีการวิเคราะห์และจัดทำแผนบริหารและพัฒนาบุคลากรเชี่ยวชาญด้านคุณภาพ ครอบคลุมผู้เยี่ยมสำรวจ ที่ปรึกษากระบวนการ คุณภาพ วิทยากร และผู้บริหารงานคุณภาพของสถานพยาบาล โดยมีหลักสูตรที่ชัดเจน มีกระบวนการจัดการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มีการประเมินอย่างเป็นระบบเพื่อขึ้นทะเบียนที่ชัดเจนและโปร่งใส

## 10.0 การบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศ

สถาบันมุ่งพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีคุณภาพ เสถียรภาพ เพื่อการขับเคลื่อนภารกิจของสถาบันอย่างมีประสิทธิภาพ ตามแผนแม่บทด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT Master Plan) โดยมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ

- 10.1 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของสถาบัน ให้สามารถรองรับความต้องการในการใช้งานของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต
- 10.2 พัฒนาและบำรุงรักษาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารอย่างคุ้มค่า มีระบบรักษาความมั่นคงปลอดภัยที่เป็นไปตามกฎหมายและมาตรฐานสากล
- 10.3 เสริมสร้างศักยภาพของสถาบันด้วยระบบสารสนเทศ พัฒนาต่อยอดให้รองรับความต้องการของผู้ใช้หลายระดับ
- 10.4 พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในด้านเจตคติและทักษะการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

## 11.0 การประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

### 11.1 การปฏิบัติการประเมินและรับรอง

11.1.1 จัดระบบการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่เป็นธรรม โปร่งใส เอื้อต่อการเรียนรู้และการพัฒนาของสถานพยาบาล โดยมีกระบวนการตัดสินใจที่น่าเชื่อถือ คงเส้นคงวา เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสถานพยาบาลและสอดคล้องกับทิศทางการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของประเทศและนานาชาติ

11.1.2 ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีกับสถานพยาบาลที่ขอรับการรับรอง และจัดให้มีข้อมูลที่เป็นเพียงพอสําหรับการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาล

11.1.3 การจัดทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจที่มีทักษะและประสบการณ์เหมาะสมกับองค์กรที่เข้าเยี่ยมชมสำรวจ โดยมีการจัดทำกำหนดการเยี่ยมชมสำรวจที่สถานพยาบาลและผู้เยี่ยมชมสำรวจให้ความเห็นชอบ มีกระบวนการเยี่ยมชมและใช้ Scoring Guideline ที่เป็นมาตรฐาน

11.1.4 จัดทำรายงานการเยี่ยมชมสำรวจที่มีคุณค่า เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจรับรองและการใช้เพื่อการพัฒนาของสถานพยาบาล

11.1.5 รับฟังเสียงสะท้อนจากสถานพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการจัดการเยี่ยมชมสำรวจอย่างต่อเนื่อง

### 11.2 การรับรองคุณภาพและการปฏิบัติหลังได้รับการรับรอง

11.2.1 สถาบันจะใช้กระบวนการตัดสินใจรับรองที่มีความชัดเจน คงเส้นคงวา โปร่งใส และเป็นอิสระจากขั้นตอนการเยี่ยมชมสำรวจ

11.2.2 มีการสื่อสารให้สังคมมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความหมาย ขอบเขตการรับรอง ระยะเวลาการรับรอง เผยแพร่ต่อสถานพยาบาล ผู้เกี่ยวข้องและสาธารณะ ที่ถูกต้อง เหมาะสมตามระยะเวลาที่กำหนด

11.2.3 มีกระบวนการพิจารณาข้อร้องเรียนเกี่ยวกับผลการรับรองที่โปร่งใส ชัดเจน

11.2.4 มีการติดตามและสนับสนุนการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจ การติดตามผลลัพธ์การพัฒนา และการเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อความเชื่อถือของสังคม รวมทั้งมีกระบวนการเฝ้าระวัง การบริหารความเสี่ยง การดำเนินการกรณีเหตุอื่นใด ที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงคุณภาพสถานพยาบาล

11.2.5 มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูล กลไก เครื่องมือหรือนวัตกรรมในการพัฒนาต่อเนื่องของสถานพยาบาล การบูรณาการกระบวนการรับรอง การพัฒนากับการรับรองคุณภาพและการกำกับ

11.2.6 มีระบบการจัดการ จัดเก็บ ทำลาย เอกสารการเยี่ยมชมสำรวจและการรับรอง ที่มีความถูกต้อง รัดกุมและรักษาความลับของข้อมูล

11.2.7 มีการติดตามประเมินกระบวนการและผลของการให้การรับรอง และนำสิ่งที่พบมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนา มีการวัดผลของการดำเนินงาน และมีการพัฒนากระบวนการปรับปรุงกระบวนการโดยใช้ข้อมูลสารสนเทศและเสียงสะท้อนของสถานพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง

### 11.3 การพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

11.3.1 มีการพัฒนามาตรฐานให้สอดคล้องตามแนวทางข้อกำหนดสากล โดยคณะกรรมการการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาล โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสถาบัน

11.3.2 มีการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ดำเนินการ และประเมินผลอย่างเป็นระบบ ผ่านกลไกพัฒนาและการเผยแพร่ความรู้รวมทั้งการจัดหลักสูตรของสถาบัน

## 12.0 การสร้างกลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพร่วมกับภาคีเครือข่าย

12.1 ประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนการทำงาน โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อกำหนดหน่วยงานองค์กร หรือเครือข่าย ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อสร้างความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพ

12.2 สถาบันสนับสนุนให้มีเครือข่ายพัฒนาคุณภาพทั้งในรูปแบบของศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพ (Healthcare Accreditation Collaborating Center - HACC) ในระดับภูมิภาค, เครือข่ายพัฒนาคุณภาพในระดับจังหวัด (Quality Learning Network - QLN) ซึ่งจะช่วยให้สถานพยาบาลมีการช่วยเหลือกันและกันในระดับพื้นที่ของแต่ละจังหวัด ทั้งนี้ เพื่อให้สถานพยาบาลมีผู้สร้างการเรียนรู้กระตุ้นการพัฒนาด้วยมาตรฐาน HA ขึ้นตอนการประเมินรับรอง และมีการเตรียมตัวที่เหมาะสมเพื่อต่ออายุการรับรอง

12.3 พัฒนาและดำเนินการกลไกเครื่องมือสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ เพื่อเป็นกลไกสร้างการเรียนรู้ให้เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ยกระดับ มีผลลัพธ์และมีความต่อเนื่อง ได้แก่ 3PSafety, Thailand Hospital Indicator Program (THIP), National Reporting and Learning System (NRLS), Patient Experience Program (PEP), Hospital Safety Culture Surveys Program (HSCS)

12.4 สถาบันมีกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการรับฟังข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อจัดทำกลไกสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลตามทิศทางนโยบาย สถาบัน

## 13.0 การสื่อสารสาธารณะและลูกค้าสัมพันธ์

13.1 สถาบัน มีนโยบายสื่อสารสาธารณะและภาพลักษณ์องค์กร โดยมีการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายสถานการณ์ เพื่อกำหนด รูปแบบ วิธีการ ช่องทาง สื่อ และสาร เพื่อสื่อสารสร้างการรับรู้ บทบาทหน้าที่ ผลการดำเนินงาน คุณค่า และภาพลักษณ์ขององค์กร

13.2 มีการรับฟังข้อเสนอแนะ ความต้องการ รวมทั้งข้อร้องเรียน ของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อออกแบบ กระบวนการและแผนสร้างความสัมพันธ์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ลูกค้าและเครือข่ายที่ครอบคลุม

#### 14.0 การสร้างจัดการ เผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรม

14.1 มีนโยบายในการรวบรวมข้อมูล ศึกษา วิเคราะห์ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล การพัฒนามาตรฐาน และระบบการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล โดยมีกระบวนการจัดทำ องค์กรความรู้ ข้อเสนอแนะ และการวิจัย เกี่ยวกับการ ส่งเสริม สนับสนุน และการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลที่เป็นสากลอย่างเป็นระบบ

14.2 นำข้อมูลและความรู้จากแหล่งต่างๆ มาใช้ในการพัฒนามาตรฐาน HA สร้างเครื่องมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพและเสริมสร้างความปลอดภัยในสถานพยาบาล และปรับปรุงกระบวนการเยี่ยม สํารวจ เผยแพร่ความรู้ในช่องทางที่หลากหลายนอกเหนือจากหลักสูตรการฝึกอบรมที่สถาบันมี การดำเนินการ ได้แก่ การเผยแพร่ผ่าน Website ของสถาบัน การสัมมนาและสื่อสารผ่านสื่อ อิเล็กทรอนิกส์และสื่อสังคมออนไลน์ เป็นต้น

14.3 มีการจัดการความรู้ในสถาบัน ออกแบบกระบวนการสร้างและจัดการความรู้ที่เกิดจากการ ปฏิบัติงานและพัฒนางานของบุคลากร จัดพื้นที่แลกเปลี่ยน และเผยแพร่ ส่งเสริมการนำองค์ ความรู้มาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

#### 15.0 การจัดหลักสูตรฝึกอบรมแก่บุคลากรสาธารณสุข

15.1 บริหารจัดการศูนย์ฝึกอบรมและจัดทำแผนการฝึกอบรม สัมมนา ศึกษาดูงาน สำหรับบุคลากร สาธารณสุขทั้งในและต่างประเทศอย่างเป็นระบบ มีรูปแบบวิธีการประเมินผลหลักสูตรและใช้ประโยชน์จาก ข้อมูลในการพัฒนาหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง ใช้เทคโนโลยีและดิจิทัลสนับสนุน เพื่อให้เป็นศูนย์การสร้างและ พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ความเข้าใจ มาตรฐาน กลไก กระบวนการ เครื่องมือคุณภาพ

15.2 จัดให้มีหลักสูตรฝึกอบรมที่จำเป็นที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้แก่บุคลากรของสถานพยาบาล เพื่อให้บุคลากรของสถานพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในมาตรฐาน HA เข้าใจเครื่องมือคุณภาพและความ ปลอดภัยที่สถาบันแนะนำ ตลอดจนสามารถนำความรู้เหล่านี้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้ สถานพยาบาลสามารถผ่านการรับรองคุณภาพ และพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของ ผู้รับบริการได้ดี