

ฉบับสมบูรณ์

(ตามมติ ครั้งที่

3 / 2568

เมื่อวันที่

31 มี.ค. 2568

ลงชื่อประธาน/กรรมการ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แสน กীরตินวนันท์)

รองผู้อำนวยการวิทยาลัยพัฒนามหานคร

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คู่มือปฏิบัติงาน

เรื่อง กระบวนการจัดการเยี่ยมสำรวจภายในประจำปี

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวธัญลักษณ์ ชาญณรงค์

ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป ระดับปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 10598)

ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

นักจัดการงานทั่วไป ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 10598)

ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

หมายเหตุ คู่มือปฏิบัติงาน เรื่อง กระบวนการจัดการเยี่ยมสำรวจภายในประจำปี ดำเนินการจัดทำก่อนวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567

(ตามหนังสือมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ที่ นมร.0203/483 ลงวันที่ 2 พฤษภาคม 2567 เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานหลัก)



คู่มือปฏิบัติงาน

เรื่อง กระบวนการจัดการเยี่ยมสำรวจภายในประจำปี

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวธัญลักษณ์ ชาญณรงค์
ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป ระดับปฏิบัติการ
(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 10598)
ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

นักจัดการงานทั่วไป ระดับชำนาญการ
(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 10598)
ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คำนำ

กระบวนการเยี่ยมสำรวจภายในถือเป็นกลไกสำคัญของกระบวนการพัฒนาคุณภาพของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เนื่องจากเป็นกระบวนการที่สามารถธำรงรักษาไว้ซึ่งระบบคุณภาพขององค์กร เป็นการรับทราบและยืนยันการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของหน่วยงานต่าง ๆ อย่างมีคุณภาพ โดยใช้เกณฑ์ประเมินคุณภาพภายในชั้นก้าวหน้าระดับหน่วยงาน ตามมาตรฐาน HA ฉบับที่ 5 (Vajira New Advance Internal Survey: V-new A-IS) เป็นเกณฑ์ในการประเมินเพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินการสำคัญตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ และความปลอดภัยมาขับเคลื่อนในการพัฒนา การออกแบบระบบกระบวนการให้มีความเข้มแข็งนำไปสู่การปฏิบัติ และทั่วถึงทั้งองค์กรผ่านการมอบหมายหน้าที่ การฝึกอบรม การจัดสรรทรัพยากร การประสานงาน การแก้ไขปัญหาอุปสรรค และการกำกับดูแลที่ดีจากผู้บริหาร และหัวหน้าหน่วยงาน อันจะนำไปสู่การสร้างการเรียนรู้และบูรณาการจากสิ่งที่ดำเนินการ ใช้ความรู้ เทคโนโลยี และความคิดสร้างสรรค์สู่การสร้างนวัตกรรม ซึ่งทำให้องค์กรก้าวหน้าและประสบความสำเร็จ

สะท้อนให้เห็นโอกาสพัฒนา ให้กำลังใจแก่หน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งเป็นการช่วยประเมินระบบงานทำให้ระบบนั้นคงอยู่ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ของคณะฯ อีกทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมในการรองรับการเยี่ยมสำรวจจากองค์กรภายนอก เพื่อให้ผ่านการรับรองตามมาตรฐานต่าง ๆ ซึ่งมีขั้นตอนและกระบวนการทำงานที่มีความที่มีความถูกต้อง และสมบูรณ์ของข้อมูลซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพขององค์กร

คู่มือการปฏิบัติงานเล่มนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พนักงานจัดการงานทั่วไป ฝ่ายยุทธศาสตร์ และพัฒนาคุณภาพ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารและจัดทำข้อมูล มีแนวทางในการดำเนินงาน ทั้งในด้านการรวบรวม การจัดการ และการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเนื้อหาของคู่มือฉบับนี้ได้แสดงขั้นตอนในกระบวนการต่าง ๆ หลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน วิธีการปฏิบัติงาน เทคนิคในการปฏิบัติงาน ปัญหาและอุปสรรค รวมถึงวิธีแก้ไขปัญหาเพื่อให้งานมีความถูกต้องและมีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือการปฏิบัติงานเล่มนี้จะเป็นประโยชน์แก่นักจัดการงานทั่วไป ฝ่ายยุทธศาสตร์ และพัฒนาคุณภาพในการจัดกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน

นางสาวธัญลักษณ์ ชาญณรงค์

ตุลาคม 2567

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	๗
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ	1
1.2 วัตถุประสงค์	1
1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
1.4 ขอบเขตของคู่มือการปฏิบัติงาน	2
1.5 คำจำกัดความ	2
บทที่ 2 ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ	3
2.1 ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ	3
2.2 ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	5
2.3 โครงสร้างคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล	6
2.4 โครงสร้างฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ	7
บทที่ 3 แนวทางการปฏิบัติงาน	8
3.1 ขั้นตอนการเตรียมก่อนเกิดกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน	8
3.2 ขั้นตอนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการเยี่ยมสำรวจภายใน	9
3.3 ขั้นตอนระหว่างการเกิดกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน	9
3.4 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลหลังเกิดกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน	9
3.5 ขั้นตอนการจัดกิจกรรมสรุปผลการเยี่ยมสำรวจภายใน	16
3.6 ขั้นตอนการเตรียมมอบใบประกาศนียบัตรหน่วยงานในวันสถาปนาวชิรพยาบาล	16
3.7 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow)	17
บทที่ 4 ปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข	18
บทที่ 5 ข้อเสนอแนะ	19
เอกสารอ้างอิง	20
ภาคผนวก	21
บันทึกข้อความ ขอรับรองการนำคู่มือปฏิบัติงานมาใช้ในหน่วยงานจริง	22
แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การเยี่ยมสำรวจภายใน	23
ตัวอย่าง บันทึกข้อความแจ้งแผนการเยี่ยมสำรวจภายใน	36
ตัวอย่าง คำสั่งแต่งตั้งผู้เยี่ยมสำรวจภายใน	37
ตัวอย่าง บันทึกข้อความเชิญกล่าวรายงาน	39
ตัวอย่าง บันทึกข้อความเชิญกล่าวเปิดงาน	40
ตัวอย่าง รายชื่อจัดทีมเยี่ยมสำรวจภายใน	41
ตัวอย่าง Template Service Profile	42
ตัวอย่าง ppt. นำเสนอข้อมูลการรายงานผลการเยี่ยมสำรวจภายใน	65
ตัวอย่าง บันทึกข้อความลงนามในใบประกาศนียบัตร	71

สารบัญ

	หน้า
ตัวอย่าง บันทึกข้อความขอความอนุเคราะห์ดำเนินรายการพิธีมอบใบประกาศนียบัตร ในวันสถาปนาวิชิรพยาบาล	74
ตัวอย่างใบประกาศนียบัตร	76
Google Site การเยี่ยมชมสำรวจภายใน	77

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาระบบงานภายในของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และมีความพร้อมเพื่อขอการรับรองตามมาตรฐาน Hospital Accreditation (HA) โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง กรุงเทพมหานคร มีบริการทางการแพทย์ทุกสาขา ให้บริการตรวจรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค บริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเน้นระดับตติยภูมิขั้นสูงสำหรับประชาชนในเขตเมือง เป็นศูนย์รับส่งต่อของโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขในสังกัดกรุงเทพมหานคร และจากโรงพยาบาลรัฐ เอกชนต่าง ๆ เป็นสถานพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2549 จนถึงปัจจุบัน และปัจจุบันได้ผ่านการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพขั้นก้าวหน้า Advanced HA (A-HA) ครั้งที่ 1 จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) อีกทั้งมีการจัดการศึกษา การวิจัย การพัฒนาทางวิชาการ สถานฝึกอบรมแก่แพทย์ทั้งระดับก่อนปริญญา และหลังปริญญา ตลอดจนนักศึกษาพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ อีกหลายสาขา

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จึงได้มีการจัดการเยี่ยมสำรวจภายในประจำปีซึ่งเป็นการกระบวนการสำคัญของคณะฯ เพื่อเป็นกลไกในการธำรงระบบคุณภาพ และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งระดับหน่วยงาน ภาควิชา สหสาขาวิชาชีพ และเป็นการให้กำลังใจแก่หน่วยงาน รวมทั้งประเมินความสอดคล้องการบูรณาการของระบบงานสำคัญต่าง ๆ ในการรองรับการบรรลุวิสัยทัศน์ เป้าหมายของหน่วยงานและองค์กรสู่ความเป็นเลิศ สอดคล้องกับมาตรฐานและเป็นการเตรียมพร้อมหน่วยงานในการรับการเยี่ยมสำรวจจากองค์กรภายนอก มีรากฐานการเยี่ยมสำรวจภายในมากกว่า 10 ปี มีเกณฑ์การเยี่ยมสำรวจภายในประจำปีที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กรโดยแบ่งการเยี่ยมสำรวจภายในออกเป็นปีละ 2 ครั้ง จำนวน 150 หน่วยงาน และมีจำนวนผู้เยี่ยมสำรวจภายใน 145 คน ซึ่งเป็นสหสาขาวิชาชีพ ในการลงพื้นที่ปฏิบัติงานได้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน

ดังนั้นผู้รับการประเมินจึงได้จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน เรื่อง กระบวนการจัดการเยี่ยมสำรวจภายในประจำปี สำหรับบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง ของฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เพื่อที่สามารถนำไปใช้เป็นคู่มืออ้างอิงในการปฏิบัติงานประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้อง เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้การบริหารจัดการข้อมูลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบ

1.2 วัตถุประสงค์

- 1.2.1 เพื่อศึกษากระบวนการที่สำคัญในการจัดการเยี่ยมสำรวจภายในประจำปี
- 1.2.2 เพื่อศึกษากลไกที่สำคัญในการจัดการเยี่ยมสำรวจภายในประจำปี

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.3.1 บุคลากรสามารถใช้เป็นคู่มือปฏิบัติงานในกระบวนการจัดการเยี่ยมสำรวจภายในให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน มีประสิทธิภาพ และเป็นระบบ
- 1.3.2 ผู้บริหาร และบุคลากรสามารถนำข้อมูลป้อนกลับไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพตนเอง ต่อหน่วยงาน และต่อองค์กรได้

1.4 ขอบเขตของคู่มือการปฏิบัติงาน

ขอบเขตของการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน กระบวนการจัดการเยี่ยมสำรวจภายในประจำปี ใช้สำหรับบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องภายในฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ในครั้งนี้ได้ทำการรวบรวมความรู้เกี่ยวกับกระบวนการจัดการเยี่ยมสำรวจภายใน ตั้งแต่ก่อนเกิดกิจกรรม ระหว่างเกิดกิจกรรม และหลังการเกิดกิจกรรมที่มีส่วนสำคัญและสอดคล้องกับการปฏิบัติงานเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน มีประสิทธิภาพ และเป็นระบบ สามารถปฏิบัติงานแทนกันได้โดยศึกษาจากคู่มือปฏิบัติงานเล่มนี้

1.5 คำจำกัดความ

กระบวนการเยี่ยมสำรวจภายใน หมายถึง กระบวนส่งเสริมและกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงานมีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามมาตรฐาน

ผู้เยี่ยมสำรวจภายใน หมายถึง บุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่ได้รับการคัดเลือกให้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้เยี่ยมสำรวจภายในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ เพื่อชื่นชมในสิ่งที่หน่วยงานทำได้ดี ยืนยันผลการประเมินตนเองของหน่วยงาน และกระตุ้นให้เกิดโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้นอย่างต่อเนื่อง

คู่มือเกณฑ์การประเมินคุณภาพภายในระดับหน่วยงาน หมายถึง เกณฑ์การประเมินและรับรองคุณภาพระดับ Advance HA ซึ่งมีแนวทางการกำหนดระดับคะแนนตาม Scoring Guideline เป็นการวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาคุณภาพทั้งในด้านเกณฑ์ประเมินคุณภาพกระบวนการ เกณฑ์ประเมินผลลัพธ์ จำนวน 3 ข้อ และภาพรวมของการดำเนินการของหน่วยงานที่สอดคล้องกับเกณฑ์ Advance HA

Service Profile หมายถึง โครงร่างหน่วยงาน ข้อมูลสำคัญที่แสดงภาพรวมของหน่วยงาน ครอบคลุม บริบท เป้าหมาย กระบวนการ และผลลัพธ์ เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและโอกาสพัฒนาของหน่วยงาน

บทที่ 2

ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ

2.1 ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ

ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล โดยมีภารกิจ 4 งาน ดังนี้

2.1.1 งานยุทธศาสตร์

2.1.1.1 เผยแพร่ สร้างความเข้าใจ เกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการของ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ให้แก่บุคลากร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2.1.1.2 ติดตาม รวบรวม จัดทำรายงานความก้าวหน้าโครงการ/ กิจกรรมตามแผน และ ตัวชี้วัดตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล รวมทั้งรายงานตัวบ่งชี้ตาม ที่มหาวิทยาลัยกำหนด

2.1.1.3 ร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการประจำปีของคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล และแผนพัฒนามหาวิทยาลัยนวมินทราชิน

2.1.1.4 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ เผยแพร่และสร้างความเข้าใจ เกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ ให้แก่บุคลากรของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

2.1.1.5 วิเคราะห์ ประมวลข้อมูลความสำเร็จของแผนฯ และจัดทำรายงานเสนอต่อ ผู้บริหาร เพื่อประกอบการกำหนดนโยบาย แผนกลยุทธ์ จัดประชุมเพื่อปรับปรุงและทบทวนแผน ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ ระหว่างปี เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ใช้ในการกำหนด แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ ในปีถัดไป

2.1.1.6 รวบรวมข้อมูลจากผู้บริหาร หัวหน้าภาควิชา/ ฝ่าย และสำนักงาน เพื่อจัดทำ รูปเล่มแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการประจำปี เพื่อเผยแพร่แก่บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำลงสู่การปฏิบัติต่อไป

2.1.1.7 รวบรวมข้อมูลค่าของงบประมาณประจำปีของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ร่วมกับฝ่ายการคลังเพื่อเสนอต่อมหาวิทยาลัยและเผยแพร่งบประมาณจัดสรรประจำปีแก่หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง

2.1.1.8 จัดทำรายงานประจำปีเป็นรูปเล่ม เพื่อแสดงผลการดำเนินงานของ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลในภาพรวม และเผยแพร่แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายใน ภายนอก

2.1.2 งานพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการ

2.1.2.1 ให้บริการความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพแก่ทีมต่างๆ หน่วยงาน และบุคลากรทุกระดับภายในคณะฯ ในการให้ข้อมูลด้านต่างๆ ตามภารกิจ ได้แก่ Quality Meeting โครงการ Inhouse training การลงพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประชุมร่วมกับ PCT โครงการมหกรรมคุณภาพ

2.1.2.2 ส่งเสริมบุคลากรภายในองค์กรเข้าร่วมอบรมหลักสูตรต่าง ๆ ของหน่วยงาน ภายนอก เช่น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ และ สำนักสรีรพัฒนา สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ เช่น เข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี HA Forum HA 305 การพัฒนาคุณภาพสำหรับงานสนับสนุนบริการ HA 401 การเยี่ยมสำรวจภายในและการสร้างโค้ช เพื่อขับเคลื่อนคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Internal Survey & Coaching for Continuous Quality Journey) HA 601 ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ HA 602 คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก

TQA Criteria TQA New Assessor Training TQA Application Report หลักสูตรการพลิกโฉมนักวิเคราะห์นโยบายและแผนเพื่อองค์กรสมัยใหม่ หลักสูตรสถาบันพัฒนาบุคลากรภาครัฐด้านดิจิทัล (TDGA) และการอบรมมาตรฐานคุณภาพ ISO 9001:2015 เป็นต้น

2.1.2.3 จัดประชุมทีมนำระบบ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ (Service Lead Team : SLT) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านทั่วไป (RMG) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิก (RMC) คณะกรรมการประสานงานคุณภาพ (FA) คณะกรรมการการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยและการจัดการความรู้ และคณะอนุกรรมการการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย และการจัดการความรู้ (Team TERMS)

2.1.2.4 จัดให้มีกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน ทั้งหน่วยงานทางคลินิก สนับสนุนคลินิก สนับสนุนทั่วไป และสำนักงานภาควิชา (โดยสำนักงานภาควิชาเริ่มปีงบประมาณ 2567) เพื่อติดตามการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม 2 ครั้ง/ปี และลงพื้นที่หน่วยงานที่มีคะแนนผลการเยี่ยมสำรวจคะแนนส่วนต่างลดลงจากผลการเยี่ยมสำรวจครั้งที่ 1 เพื่อสร้างการเรียนรู้ และกระตุ้นการพัฒนาหน่วยงานให้เป็นไปตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพภายในชั้นก้าวหน้าระดับหน่วยงานมาตรฐาน ตามมาตรฐาน HA ฉบับที่ 5 (2567) รวมถึงค้นหาโอกาสพัฒนาของหน่วยงานตามข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยมสำรวจภายใน

2.1.2.5 จัดทำเอกสารคู่มือคุณภาพ/ แนวทางปฏิบัติในการดำเนินการด้านพัฒนาคุณภาพ ทั้งการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลชั้นก้าวหน้า A-HA มาตรฐานระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015 และ คู่มือ site visit planning ให้กับ internal surveyor

2.1.2.6 เตรียมรับการตรวจประเมินคุณภาพบริการ Re-accredit & Surveillance A-HA

2.1.2.7 สนับสนุนหน่วยงานในการรับการตรวจประเมินด้านคุณภาพจากองค์กรภายนอก เช่น ราชวิทยาลัย สภาเภสัชกรรม สภากายภาพบำบัด เป็นต้น

2.1.2.8 จัดตั้งคณะอนุกรรมการประสานงานคุณภาพ (FA-Co-Ordinator)

2.1.2.9 จัดตั้งคณะกรรมการผู้ประสานงานความเสี่ยงระดับหน่วยงานบริการ (Risk-Co-Ordinator)

2.1.2.10 การให้บริการสำเนาเอกสารหน่วยงาน

2.1.2.11 ประสานงานกับองค์กรภายนอก เพื่อรับการประเมิน เช่น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

2.1.3 งานการจัดการความรู้

2.1.3.1 จัดตั้ง VJR R2R Clinic เพื่อให้คำปรึกษาหน่วยงานในเรื่องการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย

2.1.3.2 สื่อสาร website (Google site) KM ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

2.1.3.3 เปิดรับอาสาสมัคร Team TERMS เป็นคณะอนุกรรมการ R2R ในการเป็นกระตุ้นและเป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินการ R2R

2.1.3.4 จัดอบรมให้ความรู้ด้าน R2R, KM แก่บุคลากรภายในคณะแพทยศาสตร์ ส่งบุคลากรเพิ่มพูนความรู้ในหลักสูตรอบรม และศึกษาดูงาน

2.1.4 งานเวชศาสตร์เขตเมือง

2.1.4.1 จัดทำรายงานการวิเคราะห์ข้อมูล 10 โรคสำคัญในเขตเมือง (Dusit model)

2.1.4.2 ลงพื้นที่ภาคิวิชาเพื่อหาแนวทางการดำเนินงานใน 4 เขต (Dusit model) ได้แก่ เขตดุสิต เขตบางพลัด เขตบางซื่อ และเขตพระนคร สนับสนุนและค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

2.1.4.3 เข้าร่วมการประชุมติดตามความก้าวหน้าตามแผนยุทธศาสตร์คณะแพทยศาสตร์

วชิรพยาบาล “โครงการโชนดุสิต” และรวบรวมข้อมูลแนวทางการรักษารายโรคในเครือข่ายสุขภาพพื้นที่ดุสิตทั้ง 19 ภาควิชา เพื่อจัดทำข้อมูลแก่ผู้บริหาร

2.1.4.4 จัดโครงการบริการวิชาการความรู้ด้านเวชศาสตร์เขตเมืองแก่บุคลากร และประชาชน

2.2 ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

ผู้รับการประเมิน ปัจจุบันดำรงตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ ซึ่งมีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบตามแต่จะได้รับคำสั่งโดยไม่จำกัดขอบเขตหน้าที่ เช่น การศึกษา วิเคราะห์เกี่ยวกับข้อมูลสถิติ การรายงานช่วยวางแผนและติดตามงาน การติดต่อนัดหมายจัดงานรับรอง และงานพิธีต่าง ๆ และการเตรียมการประชุม จัดบันทึก และเรียบเรียงรายงานการประชุมทางวิชาการ และรายงานอื่น ๆ ทำเรื่องติดต่อกับหน่วยงานและบุคคลต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ติดตามผล การปฏิบัติตามมติที่ประชุม หรือผลการปฏิบัติงานตามคำสั่งหัวหน้าส่วนงาน หรือมีลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุม และบริหารงานหลายด้านด้วยกัน เช่น งานสารบรรณ งานบริหารทรัพยากรบุคคล งานจัดระบบงาน งานบริหารงบประมาณ งานการเงินและบัญชี งานพัสดุ งานบริหารอาคารสถานที่ งานเอกสาร งานระเบียบแบบแผน งานรวบรวมข้อมูลสถิติ งานสัญญา เป็นต้น และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

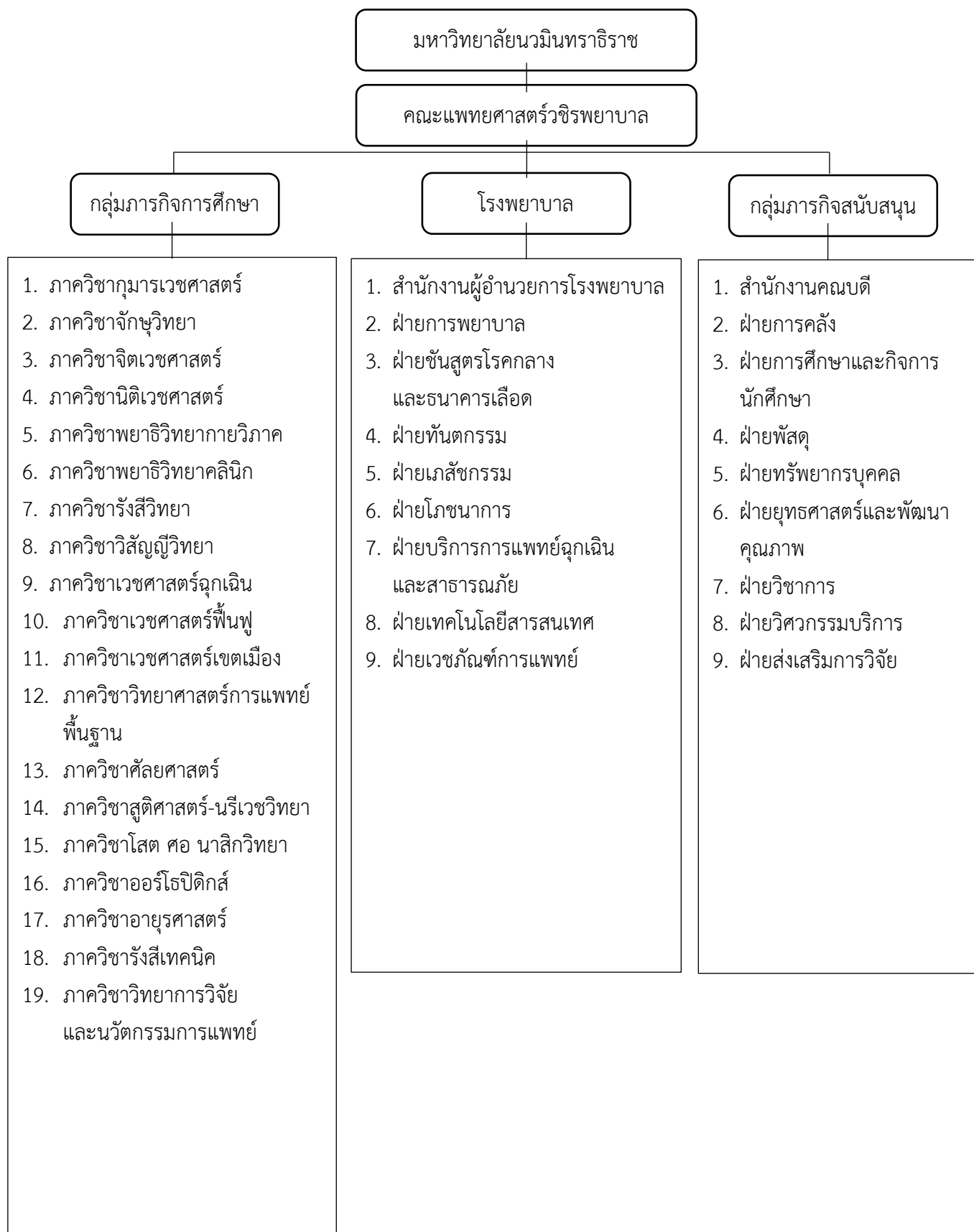
2.2.1 ด้านการปฏิบัติการ ศึกษารวบรวมข้อมูล สถิติ สรุปรายงาน จัดเตรียมการประชุม ติดต่อกับหน่วยงาน ส่วนงาน และบุคคลต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด

2.2.2 ด้านการวางแผน ร่วมดำเนินการวางแผนการทำงานของหน่วยงานหรือส่วนงานหรือโครงการ

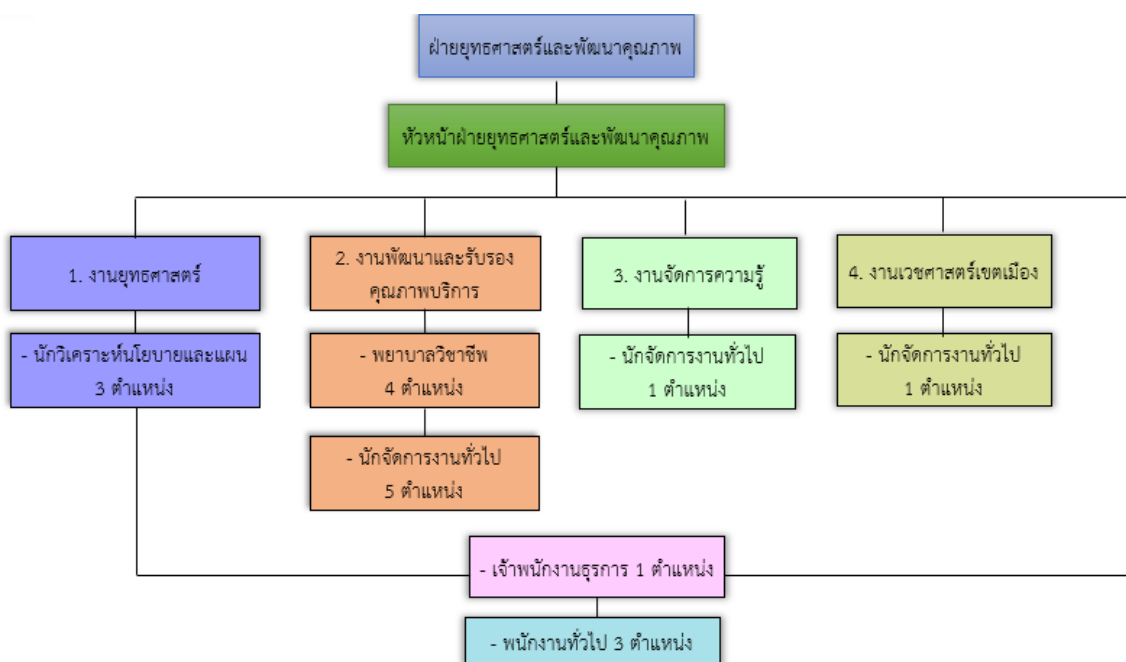
2.2.3 ด้านการประสานงาน ประสานความร่วมมือร่วมกันทั้งภายในและภายนอก คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลและชี้แจงรายละเอียดข้อมูลข้อเท็จจริงแก่บุคคลหรือหน่วยงาน

2.2.4 ด้านการบริการ ตอบปัญหา ชี้แจง และให้คำแนะนำเกี่ยวกับงาน ในความรับผิดชอบ

2.3 โครงสร้างส่วนงานคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล



2.4 โครงสร้างฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ



บทที่ 3

แนวทางการปฏิบัติงาน

3.1 ขั้นตอนการเตรียมก่อนเกิดกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน

3.1.1 จัดทำบันทึกข้อความสำรวจและทบทวนรายชื่อคณะกรรมการผู้เยี่ยมสำรวจภายในซึ่งคุณสมบัติของผู้เยี่ยมสำรวจภายในนั้น จะต้องเป็นบุคลากรภายในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลที่มีความสนใจด้านงานพัฒนาคุณภาพ และมีประสบการณ์ทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน อย่างน้อย 3-5 ปี

3.1.2 เวียนบันทึกข้อความเพื่อสำรวจและทบทวนรายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจภายในให้เป็นปัจจุบัน เช่น ลาออก เกษียณ โดยให้ตอบกลับข้อมูลผ่าน google form (เดือน กันยายน ของทุกปี)

3.1.3 เมื่อได้รับใบตอบกลับแล้วให้รวบรวมรายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจภายในในไฟล์ Excel โดยแบ่งคอลัมน์ดังต่อไปนี้

3.1.3.1 ลำดับ

3.1.3.2 ชื่อ – นามสกุล

3.1.3.3 ตำแหน่ง

3.1.3.4 สังกัด

3.1.3.5 สถานที่ปฏิบัติงานจริง

3.1.4 จัดทำคำสั่งแต่งตั้งผู้เยี่ยมสำรวจภายในประจำปี

3.1.4.1 ยกเลิกคำสั่งแต่งตั้งผู้เยี่ยมสำรวจภายในเดิม และบันทึกข้อความคำสั่งแต่งตั้งผู้เยี่ยมสำรวจภายในใหม่

3.1.4.2 เวียนคำสั่งแต่งตั้งผู้เยี่ยมสำรวจภายใน

3.1.5 กำหนดแผนการเยี่ยมสำรวจภายในประจำปี และจองห้องประชุม

3.1.6 รุกรการเวียนบันทึกข้อความแจ้งแผนงานการเยี่ยมสำรวจภายในประจำปีให้ หัวหน้าภาควิชา/ฝ่าย/สำนักงาน/ ผู้เยี่ยมสำรวจภายใน

3.1.7 รุกรการจัดทำบันทึกข้อความและบันทึกข้อมูลในระบบ Google form ดังนี้

3.1.7.1 จองห้องประชุม ลานอเนกประสงค์ และถ่ายภาพ

3.1.7.2 ขอความอนุเคราะห์เขียนป้ายเวที (ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 7 วัน)

3.1.7.3 ขอความอนุเคราะห์น้ำดื่มและน้ำแข็ง

3.1.7.4 ขอความอนุเคราะห์จัดและเก็บสถานที่

3.1.7.5 ขอความอนุเคราะห์ผ้าปูโต๊ะ

3.1.8 การจัดทีมผู้เยี่ยมสำรวจภายใน ข้อควรระวัง : ผู้เยี่ยมสำรวจไม่เยี่ยมหน่วยงานตัวเอง

3.1.8.1 จัดทำไฟล์รายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจภายในเดิม เทียบกับรายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจภายในใหม่

3.1.8.2 จัดทำไฟล์รายชื่อหน่วยงาน

3.1.8.3 จัดรายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจภายในเป็นทีม และหน่วยงานที่จะลงเยี่ยมสำรวจ

3.1.9 จัดเตรียม/ อัปเดตเอกสารใน Google Site

3.1.9.1 คำสั่งแต่งตั้งคณะผู้เยี่ยมสำรวจภายใน

3.1.9.2 คู่มือเกณฑ์การประเมินคุณภาพภายใน ระดับหน่วยงาน

3.1.9.3 Template Service Profile

3.1.9.4 รายชื่อทีมผู้เยี่ยมสำรวจภายใน

3.1.9.5 เอกสารสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจภายใน

3.1.9.5.1 คู่มือประกอบการเยี่ยมสำรวจภายใน ฉบับย่อ

- 3.1.9.5.1 คู่มือประกอบการเยี่ยมสำรวจภายใน ฉบับย่อ
- 3.1.9.5.2 คู่มือประกอบการเยี่ยมสำรวจภายใน
- 3.1.9.5.3 Service Profile หน่วยงาน
- 3.1.9.5.4 รายงานผลการเยี่ยมสำรวจภายใน
- 3.1.9.6 เอกสารสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจภายใน
 - 3.1.9.6.1 แบบฟอร์มส่ง Service Profile
 - 3.1.9.6.2 แบบประเมินตนเองของหน่วยงาน
 - 3.1.9.6.3 แบบประเมินกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน
 - 3.1.9.6.4 ข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจ
- 3.1.9.7 เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจภายในและหน่วยงาน
- 3.1.9.8 รายงานผลการเยี่ยมสำรวจภายในรายงานผลคะแนนความคิดเห็นของหน่วยงานต่อผู้เยี่ยมสำรวจภายใน (รายบุคคล)

3.2 ขั้นตอนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการเยี่ยมสำรวจภายใน

- 3.2.1 บันทึกข้อความเชิญผู้บริหารกล่าวเปิด และกล่าวรายงาน
- 3.2.2 จัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ใน Line และ Google Chat
- 3.2.3 อัปเดต/เพิ่มเอกสารใน Google Site
- 3.2.4 จัดทำ QR Code ลงทะเบียน เอกสารประกอบการเยี่ยมสำรวจ ความพึงพอใจการจัดกิจกรรม
- 3.2.5 แบ่งหน้าที่รับผิดชอบการจัดเตรียมงาน
- 3.2.6 เตรียมโต๊ะลงทะเบียน
- 3.2.7 เตรียมไฟล์นำเสนอ
- 3.2.8 ชักซ้อมเปิดไฟล์ และระบบเสียง
- 3.2.9 ดำเนินการจัดการประชุม ปิดประชุม

3.3 ขั้นตอนระหว่างการเกิดกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน

- 3.3.1 บันทึกภาพระหว่างการเยี่ยมสำรวจ
- 3.3.2 ตอบคำถาม/ประสานหน่วยงาน หากเกิดข้อขัดข้องในการลงพื้นที่
- 3.3.3 ตรวจสอบข้อมูลการรายงานผลในช่องทางต่าง ๆ หากข้อมูลไม่ครบหรือผิดปกติรีบแจ้งผู้รายงานให้ทำการแก้ไข/รายงานเข้ามาในระบบอีกครั้ง
- 3.3.4 ติดตามผลการรายงานการเยี่ยมสำรวจภายในและการปฏิบัติตามนโยบายสำคัญจากผู้เยี่ยมสำรวจภายในให้ครบถ้วนภายในเวลาที่กำหนด
- 3.3.5 ติดตามผลการประเมินตนเองของหน่วยงานและการประเมินผลผู้เยี่ยมสำรวจภายในจากหน่วยงานต่างๆ ให้ครบถ้วนภายในเวลาที่กำหนด

3.4 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลหลังเกิดกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน

- 3.4.1 จัดเตรียมไฟล์ Excel เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็น Sheet ต่าง ๆ
 - 3.4.1.1 Sheet วิเคราะห์ผล
 - 3.4.1.1.1 รหัสหน่วยงาน
 - 3.4.1.1.2 ลำดับ
 - 3.4.1.1.3 ชื่อหน่วยงาน
 - 3.4.1.1.4 คะแนนรายชื่อ

ผลคะแนน (ใช้สูตร = AVERAGE (คอลัมน์คะแนนประเมินข้อแรก : คอลัมน์คะแนนประเมินสุดท้าย))

3.4.1.1.5 เกณฑ์ 3 ระดับ สี (แสดงเกณฑ์เป็นสีโดยการตั้งกฎ = IF (คอลัมน์คะแนน < = 2.5, "ปรับปรุง", IF (คอลัมน์คะแนน < = 3.5, "พอใช้", IF (คอลัมน์คะแนน > = 3.51, "ดีมาก"))))

3.4.1.1.6 ระดับการพัฒนา ครั้งที่/..... (แสดงเกณฑ์เป็นสีโดยการตั้งกฎ = IF (คอลัมน์คะแนนครั้งที่ 2 < = 2.5, "ปรับปรุง", IF (คอลัมน์คะแนนครั้งที่ 2 < = 3.5, "พอใช้", IF (คอลัมน์คะแนนครั้งที่ 2 > = 3.51, "ดีมาก"))))

3.4.1.1.7 คะแนนภาพรวม ปี..... (คิดจากคะแนนครั้งที่ 1 + คะแนนครั้งที่ 2/ 2)

3.4.1.1.8 ระดับการพัฒนาภาพรวมปี..... (แสดงเกณฑ์เป็นสีโดยการตั้งกฎ = IF (คอลัมน์คะแนนภาพรวมปี.....< = 2.5, "ปรับปรุง", IF (คอลัมน์คะแนนภาพรวมปี.....< = 3.5, "พอใช้", IF (คอลัมน์คะแนนภาพรวม ปี.....> = 3.51, "ดีมาก"))))

3.4.1.1.9 คะแนนส่วนต่าง (ใช้สูตร =SUM (คอลัมน์คะแนนครั้งที่1-คอลัมน์คะแนนครั้งที่ 2

3.4.1.1.10 คะแนนเพิ่มลด (ตั้งกฎ =IF (คอลัมน์ผลต่าง < 0, "ลด", IF (คอลัมน์ผลต่าง = 0,"เท่าเดิม", IF (คอลัมน์ผลต่าง > 0, "เพิ่ม"))))

3.4.1.1.11 เปรียบเทียบคะแนนหน่วยงาน และคิดร้อยละ

เพิ่ม

(ใช้สูตร =COUNTIF (คอลัมน์เพิ่มลดหน่วยงานแรก : คอลัมน์เพิ่มลด หน่วยงานสุดท้าย,"เพิ่ม")) คิดร้อยละ=SUM (คอลัมน์หน่วยงานเพิ่ม*100)/ จำนวนหน่วยงาน ทั้งหมด

ลด

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์เพิ่มลดหน่วยงานแรก : คอลัมน์เพิ่มลด หน่วยงานสุดท้าย, "ลด")) คิดร้อยละ = SUM (คอลัมน์หน่วยงานลด*100)/ จำนวนหน่วยงานทั้งหมด คิด ร้อยละ = SUM (คอลัมน์หน่วยงานไม่มีคู่เทียบ100)/ จำนวนหน่วยงานทั้งหมด

เท่าเดิม

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์เพิ่มลดหน่วยงานแรก : คอลัมน์เพิ่มลด หน่วยงาน สุดท้าย,"เท่าเดิม")) คิดร้อยละ = SUM (คอลัมน์หน่วยงานเท่าเดิม*100)/ จำนวน หน่วยงาน ทั้งหมด

ไม่มีคู่เทียบ

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์เพิ่มลดหน่วยงานแรก : คอลัมน์เพิ่มลด หน่วยงานสุดท้าย, "ไม่มีคู่เทียบ"))

3.4.1.1.12 คะแนนเฉลี่ยรายหัวข้อการประเมินจำแนกออกเป็นหน่วยงาน

หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป

(ใช้สูตร = AVERAGE (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสนับสนุนทั่วไปแรก : คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสนับสนุนทั่วไปสุดท้าย))

หน่วยงานสนับสนุนคลินิก

(ใช้สูตร = AVERAGE (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสนับสนุนคลินิกแรก : คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสนับสนุนคลินิกสุดท้าย))

หน่วยงานคลินิก

(ใช้สูตร=AVERAGE (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานคลินิกแรก : คอลัมน์คะแนน หน่วยงานคลินิกสุดท้าย))

ภาพรวมคะแนนเฉลี่ย

(ใช้สูตร = AVERAGE (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสนับสนุนทั่วไปแรก : คอลัมน์คะแนนหน่วยงานคลินิกสุดท้าย))

จำนวนหน่วยงานทั้งหมด

(ใช้สูตร = COUNTA (คอลัมน์คะแนนกลุ่มสนับสนุนทั่วไป หน่วยงานแรก : คอลัมน์คะแนนกลุ่มคลินิกหน่วยงานสุดท้าย))

จำนวนหน่วยงานทั้งหมดเมื่อใช้สูตร COUNTA ออกมาแล้วจำนวน N จะไม่เท่ากัน เนื่องจาก บางหน่วยงาน ให้คะแนนได้ในบางหัวข้อ จึงทำให้ N ไม่เท่ากัน ใช้สูตรดังกล่าวทำจนครบหัวข้อคะแนนผลการเยี่ยมสำรวจ ทั้งหมด เมื่อเรียบร้อยแล้ว ให้คลิกตรวจสอบสูตรอีกครั้งเพื่อเป็นการ Recheck ความถูกต้อง

3.4.1.1.13 คะแนนภาพรวมการพัฒนาระดับหน่วยงาน

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0 - 2.50 ควรเร่งพัฒนา (ปรับปรุง)

หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์ระดับการพัฒนา ครั้งที่.../... หน่วยงานสนับสนุนทั่วไปแรก : คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงานสนับสนุนทั่วไปสุดท้าย, "ปรับปรุง"))

หน่วยงานสนับสนุนคลินิก

(ใช้สูตร =COUNTIF (คอลัมน์ระดับการพัฒนา ครั้งที่.../...หน่วยงานสนับสนุนคลินิกแรก:คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงานกลุ่มสนับสนุนคลินิกสุดท้าย, "ปรับปรุง"))

หน่วยงานคลินิก

(ใช้สูตร =COUNTIF (คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงานคลินิกแรก : คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงานคลินิกสุดท้าย, "ปรับปรุง"))

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51 – 3.50 มีการธำรงรักษาระบบคุณภาพไว้ (พอใช้)

หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../.. หน่วยงานสนับสนุนทั่วไปแรก : คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงานสนับสนุนทั่วไปสุดท้าย, "พอใช้"))

หน่วยงานสนับสนุนคลินิก

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงานสนับสนุนคลินิกแรก : คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงานสนับสนุนคลินิกสุดท้าย, "พอใช้"))

หน่วยงานคลินิก

(ใช้สูตร =COUNTIF (คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงานคลินิกแรก : คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงานคลินิกสุดท้าย, "พอใช้"))

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51 – 5.00 มีความโดดเด่นเป็นตัวอย่าง (ดีมาก)

หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์ระดับการพัฒนา ครั้งที่.../...หน่วยงานสนับสนุนทั่วไปแรก : คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงานสนับสนุนทั่วไปสุดท้าย, "ดีมาก"))

หน่วยงานสนับสนุนคลินิก

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงานสนับสนุนคลินิกสุดท้าย, "ดีมาก"))

หน่วยงานสนับสนุนคลินิก

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงานสนับสนุนคลินิกสุดท้าย, "ดีมาก")) รวม (หน่วย) (ใช้สูตร = SUM โดยทำให้ครบทุกกลุ่ม)

3.4.1.1.14 ร้อยละคะแนนภาพรวมการพัฒนา 3 ระดับ

ปรับปรุงหน่วยงานสนับสนุนทั่วไป

(ใช้สูตร =(คอลัมน์ปรับปรุงของหน่วยงานสนับสนุนทั่วไป*100)/ รวม หน่วย))

หน่วยงานสนับสนุนคลินิก

(ใช้สูตร =(คอลัมน์ปรับปรุงของหน่วยงานสนับสนุนคลินิก*100)/ รวม หน่วย))

หน่วยงานคลินิก

(ใช้สูตร =(คอลัมน์ปรับปรุงของหน่วยงานคลินิก*100)/ รวมหน่วย))

พอใช้หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป

(ใช้สูตร = (คอลัมน์พอใช้ของหน่วยงานสนับสนุนทั่วไป*100)/รวม (หน่วย))

หน่วยงานสนับสนุนคลินิก

(ใช้สูตร = (คอลัมน์พอใช้ของหน่วยงานสนับสนุนคลินิก*100)/ รวม (หน่วย))

หน่วยงานคลินิก (ใช้สูตร =(คอลัมน์พอใช้ของกลุ่มคลินิก*100)/ รวม หน่วย))

ดีมากหน่วยงานสนับสนุนทั่วไป

(ใช้สูตร = (คอลัมน์ดีมากของหน่วยงานสนับสนุนทั่วไป*100)/ รวมหน่วย))

หน่วยงานสนับสนุนคลินิก

(ใช้สูตร = (คอลัมน์ดีมากของหน่วยงานสนับสนุนคลินิก*100)/ รวมหน่วย))

หน่วยงานคลินิก

(ใช้สูตร = (คอลัมน์ดีมากของหน่วยงานคลินิก*100)/ รวมหน่วย))

3.4.1.1.15 คะแนนภาพรวมรายชื่อการประเมิน ประกอบด้วยคอลัมน์ ดังนี้

3.4.1.1.15.1 หัวข้อการประเมิน

3.4.1.1.15.2 หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป

3.4.1.1.15.3 หน่วยงานสนับสนุนคลินิก

3.4.1.1.15.4 หน่วยงานคลินิก

3.4.1.1.15.5 ภาพรวม

3.4.1.1.16 Sheet การติดตามนโยบายที่สำคัญ N P M ประกอบด้วยคอลัมน์ ดังนี้

3.4.1.1.16.1 รหัสหน่วยงาน

3.4.1.1.16.2 ลำดับ

3.4.1.1.16.3 ชื่อหน่วยงาน

3.4.1.1.16.4 ประเด็นที่ติดตาม

3.4.1.1.16.5 หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป

รวม 0

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก:คอลัมน์คะแนน
หน่วยงานสุดท้าย, 0))

รวม 1

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก:คอลัมน์คะแนน
หน่วยงานสุดท้าย, 1))

รวม 2

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก:คอลัมน์คะแนน
หน่วยงานสุดท้าย, 2))

รวมทั้งหมด (ใช้สูตร = SUM รวม 0 : รวม 1 : รวม 2)

3.4.1.1.16.6 หน่วยงานสนับสนุนคลินิก

รวม 0

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก : คอลัมน์คะแนน
หน่วยงานสุดท้าย, 0))

รวม 1

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก : คอลัมน์คะแนน
หน่วยงานสุดท้าย, 1))

รวม 2

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก : คอลัมน์คะแนน
หน่วยงานสุดท้าย, 2))

รวมทั้งหมด (ใช้สูตร = SUM รวม 0 : รวม 1 : รวม 2)

3.4.1.1.16.7 หน่วยงานคลินิก

รวม 0

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก : คอลัมน์คะแนน
หน่วยงานสุดท้าย, 0))

รวม 1

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก : คอลัมน์คะแนน
หน่วยงานสุดท้าย, 1))

รวม 2

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก : คอลัมน์คะแนน
หน่วยงานสุดท้าย, 2))

รวมทั้งหมด (ใช้สูตร = SUM รวม 0 : รวม 1 : รวม 2)

3.4.1.1.16.8 ภาพรวม

รวม 0

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก : คอลัมน์คะแนน
หน่วยงานสุดท้าย, 0))

รวม 1

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก : คอลัมน์คะแนน
หน่วยงานสุดท้าย, 1))

รวม 2

(ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก : คอลัมน์คะแนน
หน่วยงานสุดท้าย, 2))

รวมทั้งหมด (ใช้สูตร = SUM รวม 0 : รวม 1 : รวม 2)

โดยการคีย์คะแนนจะใช้โค้ด 0 = N (not met) 1 = P (partially met) 2 = M (met) แทนสัญลักษณ์

✓ และใช้สูตร = COUNTIF คัดคะแนนร้อยละ ทำให้ครบทุกหัวข้อการประเมิน

3.4.1.1.17 Sheet หน่วยงานประเมินตนเอง ประกอบด้วยคอลัมน์ ดังนี้

3.4.1.1.17.1 รหัสหน่วยงาน

3.4.1.1.17.2 ลำดับ

3.4.1.1.17.3 ชื่อหน่วยงาน

3.4.1.1.17.4 หัวข้อคะแนนผลการเยี่ยมสำรวจ 18 ข้อ

คะแนนเฉลี่ย

(ใช้สูตร = AVERAGE (คอลัมน์หัวข้อคะแนนประเมินข้อแรก :
คอลัมน์หัวข้อคะแนนประเมินข้อสุดท้าย))

เกณฑ์

(แสดงเกณฑ์เป็นสีโดยการตั้งกฎ = IF (คอลัมน์คะแนน <= 2.5,
"ปรับปรุง", IF (คอลัมน์คะแนน <= 3.5, "พอใช้", IF (คอลัมน์คะแนน >= 3.51, "ดีมาก"))))

3.4.1.1.18 Sheet ข้อเสนอแนะ ประกอบด้วยคอลัมน์ ดังนี้

3.4.1.1.18.1 รหัสหน่วยงาน

3.4.1.1.18.2 ลำดับ

3.4.1.1.18.3 หน่วยงาน

3.4.1.1.18.4 จุดเด่น/ สิ่งที่ชื่นชม

3.4.1.1.18.5 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

3.4.1.1.18.6 บทเรียนปัญหา/ อุปสรรคในการเข้าเยี่ยม

3.4.1.1.19 Sheet คัดคะแนนสอดคล้อง ± 3

3.4.1.1.19.1 Copy sheet หน่วยงานประเมินตนเอง เพื่อสร้าง Sheet ใหม่

3.4.1.1.19.2 Copy คะแนนการเยี่ยมสำรวจครั้งปัจจุบัน

3.4.1.1.19.3 คะแนนส่วนต่าง

(ใช้สูตร = SUMคะแนนหน่วยงานประเมินตนเอง – คะแนนผลการเยี่ยม
สำรวจ)

3.4.1.1.19.4 คะแนนมากกว่า น้อยกว่า
 (ใช้สูตร = IF (คะแนนส่วนต่าง <= 0,"น้อยกว่า", IF (คะแนนส่วนต่าง > = 0.1, "มากกว่า"))))

- 3.4.1.1.19.5 น้อยกว่า 3
- 3.4.1.1.19.6 น้อยสุดคล้อย
- 3.4.1.1.19.7 มากสุดคล้อย
- 3.4.1.1.19.8 มากกว่า 3
- 3.4.1.1.19.9 เท่ากัน
- 3.4.1.1.19.10 ภาพรวม N

3.4.1.1.20 Sheet คะแนนประเมินผู้เยี่ยมสำรวจรายบุคคล

- 3.4.1.1.20.1 ลำดับ
- 3.4.1.1.20.2 รายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจภายใน
- 3.4.1.1.20.3 ชื่อหน่วยงานที่ผู้เยี่ยมสำรวจลงเยี่ยมพื้นที่
- 3.4.1.1.20.4 หัวข้อการประเมินผู้เยี่ยมสำรวจ
- 3.4.1.1.20.5 รวมคะแนน

(ใช้สูตร = SUM (หัวข้อการประเมินข้อแรก : หัวข้อการประเมินข้อสุดท้าย)/ จำนวนหัวข้อการประเมินทั้งหมด)

3.4.1.1.21 Sheet คะแนนประเมินภาพรวม

- 3.4.1.1.21.1 ลำดับ
- 3.4.1.1.21.2 หน่วยงาน
- 3.4.1.1.21.3 หัวข้อการประเมิน
- 3.4.1.1.21.4 ประโยชน์ที่ได้รับจากการเยี่ยม
- 3.4.1.1.21.5 ข้อเสนอแนะสำหรับฝ่ายยุทธศาสตร์
- 3.4.1.1.21.6 ค่าเฉลี่ยของหัวข้อการประเมิน

(ใช้สูตร = AVERAGE (คะแนนหัวข้อประเมินหน่วยงานแรก : คะแนนหัวข้อประเมินหน่วยงานสุดท้าย))

3.4.1.1.22 สรุปคะแนนการประเมินผู้เยี่ยมสำรวจรายบุคคล ประกอบด้วยคอลัมน์ ดังนี้

- 3.4.1.1.22.1 ชื่อผู้เยี่ยมสำรวจภายใน
- 3.4.1.1.22.2 วันที่เยี่ยม
- 3.4.1.1.22.3 เกณฑ์การประเมิน
- 3.4.1.1.22.4 หัวข้อการประเมิน
- 3.4.1.1.22.5 หน่วยงานที่ผู้เยี่ยมสำรวจลงเยี่ยม
- 3.4.1.1.22.6 ค่าเฉลี่ย
- 3.4.1.1.22.7 ค่าเฉลี่ยภาพรวมของการเยี่ยมสำรวจ
- 3.4.1.1.22.8 การแปลความหมาย
- 3.4.1.1.22.9 ประธานคณะกรรมการผู้เยี่ยมสำรวจภายในลงนาม

3.4.1.1.23 ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนาของหน่วยงาน

3.4.1.1.23.1 ชื่อหน่วยงาน

3.4.1.1.23.2 จุดเด่น สิ่งที่น่าสนใจ

3.4.1.1.23.3 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

3.4.2 วิเคราะห์ข้อมูลใน Sheet หัวข้อต่าง ๆ ตามหัวข้อ 3.4.1.1.1 - 3.4.1.1.23

3.4.3 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

3.4.4 จัดทำข้อมูลรายงานผลการเยี่ยมสำรวจภายในในรูปแบบเล่มรายงานและ ppt.

3.5 ขั้นตอนการจัดกิจกรรมสรุปผลการเยี่ยมสำรวจภายใน

3.5.1 จัดทำข้อมูลสรุปผลการเยี่ยมสำรวจภายใน และ ประกาศรายชื่อหน่วยงานก้าวหน้ากระโดด และ หน่วยงานพัฒนายอดเยี่ยม

3.5.2 บันทึกข้อความเชิญผู้บริหารกล่าวเปิด และกล่าวรายงาน

3.5.3 จัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ใน Line และ Google Chat

3.5.4 อัปเดต เพิ่มเอกสารใน Google Site

3.5.5 จัดทำ QR Code ลงทะเบียน เอกสารประกอบการเยี่ยมสำรวจ ความพึงพอใจ

3.5.6 แบ่งหน้าที่รับผิดชอบจัดเตรียมงาน

3.5.7 เตรียมโต๊ะลงทะเบียน

3.5.8 เตรียมไฟล์นำเสนอ

3.5.9 ชักซ้อมเปิดไฟล์ และระบบเสียง

3.5.10 ดำเนินการจัดการประชุม ปิดประชุม

3.6 ขั้นตอนการเตรียมมอบใบประกาศนียบัตรหน่วยงานในวันสถาปนาวิชาชีพพยาบาล

3.6.1 ประสานหัวหน้าสำนักงานคนบดีเพื่อยืนยันวันจัดงาน

3.6.2 ขออนุเคราะห์ใบประกาศนียบัตรและปกในระบบ google form ของสำนักงานคนบดี

3.6.3 จัดทำใบประกาศนียบัตรหน่วยงานก้าวหน้ากระโดด และหน่วยงานพัฒนายอดเยี่ยม

3.6.4 จัดทำบันทึกข้อความถึงคนบดีขอความอนุเคราะห์คนบดีลงนามในใบประกาศนียบัตร

3.6.5 โทรประสานหัวหน้าหน่วยงานเพื่อนัดหมายรับใบประกาศนียบัตรในวันงาน

3.6.6 จัดทำบันทึกข้อความถึงหัวหน้าสำนักงานคนบดีแจ้งรายชื่อหน่วยงานที่ได้รับรางวัลขอความอนุเคราะห์มอบรางวัลในวันงาน และ QR Code ลงทะเบียน

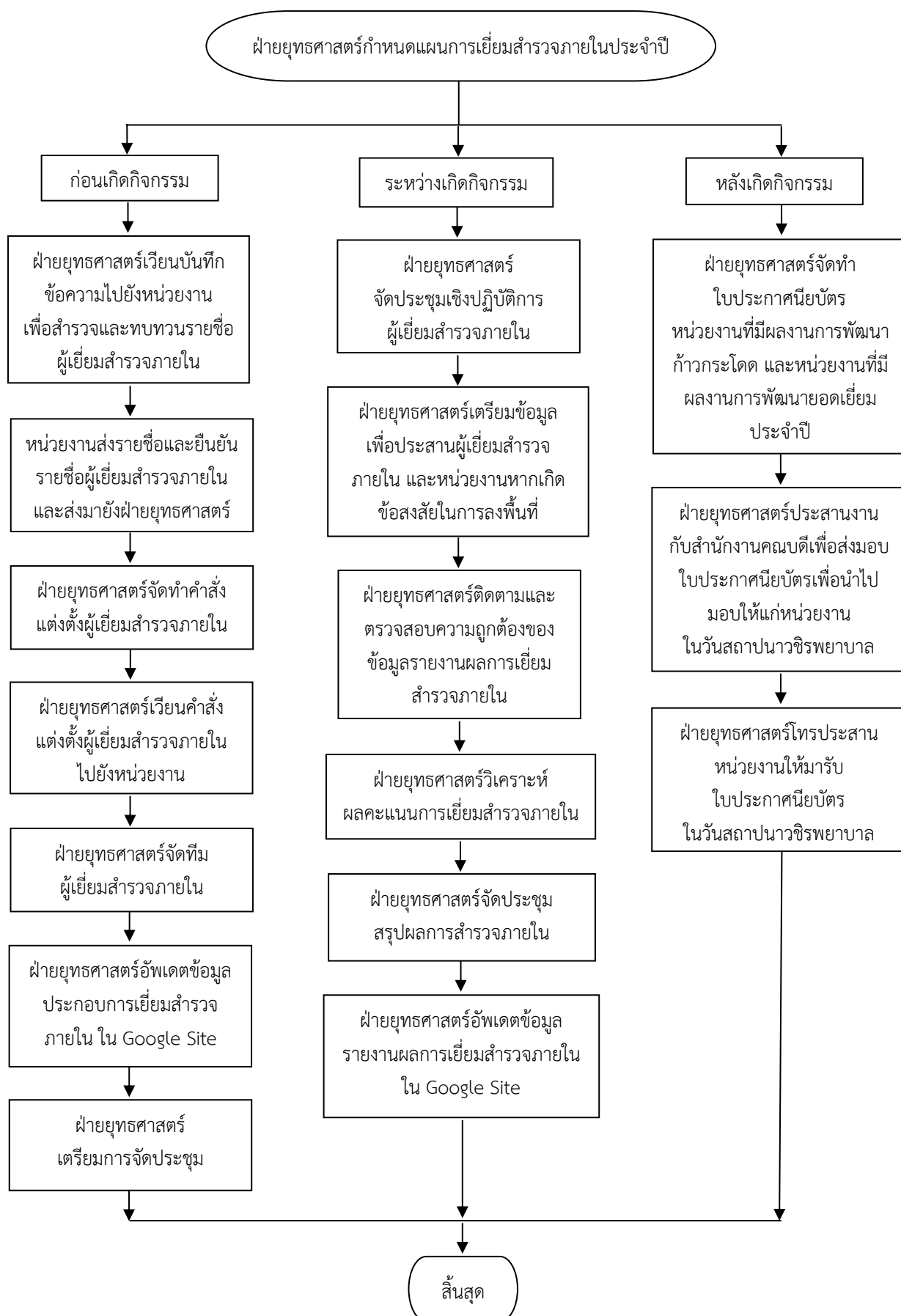
3.6.7 ส่งมอบประกาศนียบัตรพร้อมปกให้กับสำนักงานคนบดีก่อนวันเกิดกิจกรรม 3 วัน

3.6.8 เข้าร่วมชักซ้อม และกำหนดตำแหน่งที่นั่งของผู้รับรางวัลกับทางสำนักงานคนบดี

3.6.9 จัดทำโปสเตอร์แสดงความยินดี

3.6.10 มอบหมายเจ้าหน้าที่ฝ่ายยุทธศาสตร์ดูแลผู้รับรางวัลพร้อมถ่ายภาพในวันงาน

3.7 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow)



บทที่ 4

ปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข

คู่มือแนวทางปฏิบัติ เรื่อง กระบวนการจัดการเยี่ยมสำรวจภายในประจำปี เป็นคู่มือที่รวบรวมกระบวนการดำเนินงานทั้งหมดของกระบวนการเยี่ยมสำรวจภายใน ซึ่งแต่ละขั้นตอน มีความหลากหลาย และซับซ้อนของแต่ละชั้นข้อมูล จึงได้สรุปปัญหาอุปสรรค รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหา ดังนี้

ปัญหา/ อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
1. ผู้บริหาร ผู้เยี่ยมสำรวจ และหัวหน้าหน่วยงาน ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ตามวัน เวลา ที่กำหนด	1. จัดทำแผนการเยี่ยมสำรวจภายในประจำปี 2. เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ตามช่องทาง การสื่อสารต่าง ๆ 3. จัดทำบันทึกข้อความเชิญประชุม
2. ไฟล์ Excel ที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล เกิดความคลาดเคลื่อนในการผูกสูตรวิเคราะห์ ผลคะแนน	1. ปฏิบัติตามคู่มือแนวทางปฏิบัติอย่างเคร่งครัด 2. ตรวจสอบข้อมูลใน 3 ระดับชั้น ได้แก่ ผู้จัดทำข้อมูล และผู้ตรวจสอบคนที่ 1, 2
3. ผู้เยี่ยมสำรวจภายในไม่สามารถลงเยี่ยมหน่วยงาน ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด	1. จัดทำแผนการเยี่ยมสำรวจภายในประจำปี 2. หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ พิจารณาอนุญาตความจำเป็นรายบุคคล
4. หน่วยงานไม่รายงานผลการประเมินตนเอง และประเมินผลผู้เยี่ยมสำรวจภายใน ได้ทันภายในระยะเวลาที่กำหนด	1. กำหนดการติดตามล่วงหน้าก่อน 3 วัน ก่อนปิดระบบการรายงาน และใช้ระบบ การแจ้งเตือนเพื่อสื่อสารตามช่องทางต่าง ๆ
5. หน่วยงานไม่สามารถส่งไฟล์ Service Profile ได้ทันภายในระยะเวลาที่กำหนด	2. โทรประสานและติดตามหน่วยงาน
6. หน่วยงานได้คะแนนผลการเยี่ยมสำรวจภายใน ต่ำกว่าเกณฑ์ (คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 2.5)	1. วิเคราะห์ผลคะแนนหน่วยงาน 2. จัดทีมคณะกรรมการประสานงานคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย Super FA FA และผู้เยี่ยมสำรวจภายใน หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์ลงพื้นที่ หน่วยงานเพื่อให้ความรู้และกระตุ้นการพัฒนา คุณภาพของหน่วยงาน 3. ติดตามผลการเยี่ยมสำรวจภายในของหน่วยงาน ดังกล่าวว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือลดลง เพื่อบริหารข้อมูลแก่ผู้บริหารและวางแผน การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานในประเด็นต่าง ๆ 4. กำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพของ หน่วยงานให้ชัดเจน

บทที่ 5

ข้อเสนอแนะ

กระบวนการจัดการเยี่ยมสำรวจภายในประจำปี เป็นกระบวนการทำงานที่มีความหลากหลาย และข้อมูลมีความซับซ้อน อีกทั้งยังมีการติดต่อประสานงานต่าง ๆ กับหน่วยงาน และผู้เยี่ยมสำรวจภายในจำนวนมากซึ่งมีปัญหาและความต้องการที่หลากหลายและแตกต่างกันออกไป จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะต่อมหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราข

1.1 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราข เป็นส่วนงานหนึ่งที่มีกลไกการพัฒนา กระตุ้น ส่งเสริมการคุณภาพของหน่วยงานอย่างต่อเนื่องและยาวนานจึงทำให้บุคลากรภายในหน่วยงานมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำเครื่องมือในคุณภาพมาประยุกต์ใช้ในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังผ่านการรับรองคุณภาพชั้นก้าวหน้า Advance HA มหาวิทยาลัยจึงควรถอดบทเรียน เพื่อให้บุคลากรในส่วนงานต่าง ๆ เห็นถึงแนวทางการพัฒนา ตลอดจนการต่อยอดองค์ความรู้ใหม่ ๆ

1.2 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราข เป็นส่วนงานที่มีความเข้มแข็ง ด้านกระบวนการการพัฒนาคุณภาพ อีกทั้งยังมีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ ได้รับการยอมรับทั้งภายในและภายนอกองค์กรในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ มหาวิทยาลัยควรสร้างโมเดลต้นแบบด้านการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานตามมาตรฐานเพื่อเผยแพร่ให้ส่วนงานต่าง ๆ ในสังกัดมหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราข ได้เรียนรู้กระบวนการ และกลไกในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับส่วนงานของตนเองได้

2. ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหาร

2.1 กระบวนการเยี่ยมสำรวจภายในเป็นกระบวนการทำงานที่สำคัญที่ทำให้องค์กรสามารถขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน ดังนั้น ผู้บริหารจึงควรวางแผนทางการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานระยะยาวเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืนขององค์กร

2.2 ส่งเสริมหลักสูตรฝึกอบรมความรู้การพัฒนาคุณภาพเพื่อต่อยอดองค์ความรู้ให้กับบุคลากร

3. ข้อเสนอแนะต่อผู้ปฏิบัติงาน

3.1 กระบวนการเยี่ยมสำรวจภายในเป็นกิจกรรมที่มีกระบวนการทำงานหลากหลายขั้นตอน อีกทั้งยังมีข้อมูลที่มีชั้นความลับของข้อมูล และความเสี่ยงของหน่วยงาน ดังนั้นจึงต้องมีการศึกษาแนวทางปฏิบัติงานและวางแผนการทำงานก่อนเริ่มทำงานทุกครั้ง เพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจ และไม่เกิดความผิดพลาดในการทำงาน

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลรายงานผลการเยี่ยมสำรวจภายในเป็นขั้นตอนการทำงานที่ต้องใช้ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจากเป็นข้อมูลสำคัญขององค์กร ดังนั้นจะต้องมีการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการเผยแพร่ทุกครั้ง

เอกสารอ้างอิง

- คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. (2565). แผนพัฒนาคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล 4 ปี (ปีงบประมาณ 2565 – 2568). กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. (ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 เมษายน 2565). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สถาบัน, 2565.

ภาคผนวก



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ โทร. ๓๕๒๕)

ที่

วันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอรับรอนการนำคู่มือปฏิบัติงานมาใช้ในหน่วยงานจริง

เรียน หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

ข้าพเจ้านางสาวธัญลักษณ์ ชาญณรงค์ ได้จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน เรื่อง กระบวนการจัดการเยี่ยม สํารวจภายในประจำปี สำหรับการปฏิบัติงานของนั้กจัดการงานทั่วไป ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เพื่อใช้เป็นคู่มือปฏิบัติงานที่มีมาตรฐาน ทั้งนี้ได้เริ่มดำเนินการจัดทำคู่มือ และนำคู่มือปฏิบัติงานมาใช้ในฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ ตั้งแต่วันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๖ และขณะนี้ ยังคงใช้คู่มือประกอบการปฏิบัติงานอยู่ นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอคำรับรองว่า คู่มือปฏิบัติงานดังกล่าวนี้นำมาใช้จริงในหน่วยงาน เพื่อประกอบการขอประเมิน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนั้กจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ธัญลักษณ์ ชาญณรงค์

(นางสาวธัญลักษณ์ ชาญณรงค์)

นั้กจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



(นางจรินทร์ เป็นสุข)

หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

วิธีปฏิบัติงาน (WORK INSTRUCTION)

เรื่อง การเยี่ยมสำรวจภายใน

รหัสเอกสาร : WI –TQM02-008 แก้ไขครั้งที่ : Rev.00

จำนวน 13 หน้า

วันที่เริ่มใช้ : 15 มีนาคม 2566

ผู้ทบทวน

.....
 ()

หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

ผู้อนุมัติ

.....
 ()

รองคณบดี

ด้านบริหารระบบคุณภาพ

สำเนา



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การเยี่ยมสำรวจภายใน

บันทึกการแก้ไขเอกสาร

แก้ไขครั้งที่	รายละเอียดการแก้ไข	หน้า	มีผลวันที่	DAR NO.
Rev.00	จัดทำเอกสาร บังคับใช้เป็นครั้งแรก	1-13	15 มี.ค. 66	TQM02-02-1/1

สำเนา



วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การเยี่ยมสำรวจภายใน

วิธีปฏิบัติ เรื่อง การเยี่ยมสำรวจภายใน

- 1.1 รายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจภายใน (Internal Surveyor)
- 1.2 เวียนบันทึกข้อความเพื่อสำรวจและทบทวนรายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจภายในให้เป็นปัจจุบัน เช่น ลาออก เกษียณ โดยให้ตอบกลับข้อมูลผ่าน google form
- 1.3 เมื่อได้รับใบตอบกลับแล้วให้รวบรวมรายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจภายในในไฟล์ Excel โดยแบ่งคอลัมน์ดังต่อไปนี้
 - 1.3.1 ลำดับ
 - 1.3.2 ชื่อ – นามสกุล
 - 1.3.3 ตำแหน่ง
 - 1.3.4 สังกัด
 - 1.3.5 สถานที่ปฏิบัติงานจริง
- 1.4 จัดทำคำสั่งแต่งตั้งผู้เยี่ยมสำรวจภายในประจำปี
 - 1.4.1 ยกเลิกคำสั่งแต่งตั้งผู้เยี่ยมสำรวจภายในเดิม และบันทึกข้อความคำสั่งแต่งตั้งผู้เยี่ยมสำรวจภายในใหม่
 - 1.4.2 คำสั่งแต่งตั้งผู้เยี่ยมสำรวจภายใน
- 1.5 กำหนดแผนการเยี่ยมสำรวจภายในประจำปี
- 1.6 รุกรการเวียนบันทึกข้อความแจ้งแผนงานการเยี่ยมสำรวจภายในประจำปีให้ หน.ภาควิชา/ฝ่าย/ สง. และ Internal Surveyor
- 1.7 จอสถานที่ในระบบ Google form / จัดทำบันทึกข้อความ ดังนี้
 - 1.7.1 จอห้องประชุม ลานอเนกประสงค์ และถ่ายภาพ
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf4K-q4nWnOEIIW98MN4dIgN3pw1gS8f_gqSOB70naKtj4xWw/viewform
 - 1.7.2 ขอความอนุเคราะห์เขียนป้ายเวที (ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 7 วัน)
<https://docs.google.com/forms/u/1/d/e/1FAIpQLSe7hpllvEh6Xyl8Kk96e6ZXz6Wj2cAv30kdRLsaduNsaLFuJA/viewform>
 - 1.7.3 บันทึกข้อความขอความอนุเคราะห์จัดสถานที่
<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScpByjxt3nTupndYePd0ZA-lgz9YzR-TZA7i33g9q2CBKadsw/viewform>
 - 1.7.4 บันทึกข้อความขอความอนุเคราะห์ผ้าปูโต๊ะลงทะเบียน 2 ผืน โต๊ะวิทยากร 1 ผืน ผ้าคลุมเก้าอี้ 2 ผืน
<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe9fmvHf9kXAXF-pp-7WhO8P7-N4LYq9MOXa0LZgLD802Rg/viewform>
 - 1.7.5 บันทึกข้อความกระจายเสียง
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc0EA4mlRE7A__TL8ayz5o5qkH8gk6anZymiWedkYdLrXRxHg/viewform



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การเยี่ยมสำรวจภายใน

- 1.8 การจัดทีมผู้เยี่ยมสำรวจภายใน ข้อควรระวัง : ผู้เยี่ยมสำรวจไม่เยี่ยมหน่วยงานตัวเอง
 - 1.8.1 จัดทำไฟล์รายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจภายในเดิม เทียบกับรายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจภายในใหม่
 - 1.8.2 ไฟล์รายชื่อหน่วยงาน
 - 1.8.3 จัดรายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจภายในเป็นทีม ทีมละ 3 - 4 คน และหน่วยงานที่จะลงเยี่ยมสำรวจ
- 1.9 เตรียมเอกสารสำหรับการเยี่ยมสำรวจ
 - 1.9.1 ออกแบบ Google Site สำหรับรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมสำรวจ
<https://sites.google.com/nmu.ac.th/is-vjr?pli=1&authuser=1>
 - 1.9.2 คำสั่งแต่งตั้งคณะผู้เยี่ยมสำรวจภายใน
 - 1.9.3 คู่มือเกณฑ์การประเมินคุณภาพภายในระดับหน่วยงาน
 - 1.9.4 รายชื่อทีมผู้เยี่ยมสำรวจภายใน
 - 1.9.5 Service Profile หน่วยงาน
 - 1.9.6 แบบฟอร์มส่ง Service Profile หน่วยงาน
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfmqF7t7KL-QNYkD_DBNtPgX7hvZKq_RRtWj5_AFNa0CyCQRw/viewform?pli=1
 - 1.9.7 แบบรายงานผลการเยี่ยมสำรวจภายใน (ใบสีขาว) และการติดตามการปฏิบัติตามนโยบายที่สำคัญ (ใบสีเขียว)
<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScOxPR74jKKeSBluY2ESpYjSAF-jRIMTi2LdZDtE6bbqeW7zA/viewform>
 - 1.9.8 รายงานการประเมินตนเองของหน่วยงาน (ใบสีชมพู)
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdz_J9uGCqkl8UBmRwz9bQcGqIHCSAkJ51Wjm2FJwlJ9uYzg/viewform
 - 1.9.9 แบบประเมินผลการเยี่ยมสำรวจภายใน (ใบสีฟ้า)
<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfeSQN6QSDe17G5tcASka86WZTPNI51W9kVNedbhXw4efLKtg/viewform>
- 1.10 ทำประชาสัมพันธ์เพื่อส่งใน Line Google Chat
- 1.11 จัดสถานที่ล่วงหน้าก่อนกิจกรรม 1 วัน
- 1.12 รับผ้าปูโต๊ะ/อื่นๆ ที่ทำบันทึกข้อความขอความอนุเคราะห์ไว้ล่วงหน้าก่อนเกิดกิจกรรม 1 วัน
- 1.13 ประสานงานศิลปินเพื่อสอบถามความเรียบร้อยของป้ายเวที
- 1.14 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ
 - 1.14.1 จัดเตรียมป้ายชื่อ (ป้ายสามเหลี่ยม)
 - 1.14.2 QR Code ลงทะเบียน
 - 1.14.3 QR Code ประเมินผลการจัดกิจกรรม



วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การเยี่ยมสำรวจภายใน

1.14.4 ติดตั้ง Notebook ที่ห้องประชุม

1.14.5 เตรียมรถ TQM

1.15 หลังการเสร็จสิ้นการประชุมเชิงปฏิบัติการให้เตรียมไฟล์ Excel เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็น Sheet ดังนี้ Sheet Master ประกอบด้วยคอลัมน์ ดังนี้

1.14.5.1 รหัสหน่วยงาน

1.14.5.2 ลำดับ

1.14.5.3 ชื่อหน่วยงาน

1.14.5.4 หัวข้อคะแนนผลการเยี่ยมสำรวจ 18 ข้อ

1.14.5.5 คะแนนเฉลี่ย (ใช้สูตร = AVERAGE (คอลัมน์คะแนนประเมินข้อแรก : คอลัมน์คะแนนประเมินสุดท้าย))

1.14.5.6 เกณฑ์ (แสดงเกณฑ์เป็นสีโดยการตั้งกฎ = IF (คอลัมน์คะแนน < = 2.5, "ปรับปรุง", IF (คอลัมน์คะแนน < = 3.5, "พอใช้", IF (คอลัมน์คะแนน > = 3.51, "ดีมาก"))))

2.21.1 Sheet ผลการเยี่ยม ประกอบด้วยคอลัมน์ดังนี้

2.21.2.1 รหัสหน่วยงาน

2.21.2.2 ลำดับ

2.21.2.3 ชื่อหน่วยงาน

2.21.2.4 หัวข้อคะแนนผลการเยี่ยมสำรวจ 18 ข้อ

2.21.2.5 คะแนนเฉลี่ย (ใช้สูตร = AVERAGE (คอลัมน์คะแนนประเมินข้อแรก : คอลัมน์คะแนนประเมินสุดท้าย))

2.21.2.6 เกณฑ์ (แสดงเกณฑ์เป็นสีโดยการตั้งกฎ = IF (คอลัมน์คะแนน < = 2.5, "ปรับปรุง", IF (คอลัมน์คะแนน < = 3.5, "พอใช้", IF (คอลัมน์คะแนน > = 3.51, "ดีมาก"))))

2.21.2.7 คะแนนครั้งที่ 1/....

2.21.2.8 ระดับการพัฒนา ครั้งที่ 1/.... (แสดงเกณฑ์เป็นสีโดยการตั้งกฎ = IF (คอลัมน์คะแนนครั้งที่ 1 < = 2.5, "ปรับปรุง", IF (คอลัมน์คะแนน ครั้งที่ 1 < = 3.5, "พอใช้", IF (คอลัมน์คะแนนครั้งที่ 1 > = 3.51, "ดีมาก"))))

2.21.2.9 คะแนนครั้งที่ 2/....

สำเนา



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การเยี่ยมสำรวจภายใน

- 2.21.2.10 ระดับการพัฒนา ครั้งที่ 2/..... (แสดงเกณฑ์เป็นสีโดยการตั้งกฎ = IF (คอลัมน์คะแนนครั้งที่ 2 <= 2.5, "ปรับปรุง", IF (คอลัมน์คะแนนครั้งที่ 2 <= 3.5, "พอใช้", IF (คอลัมน์คะแนนครั้งที่ 2 >= 3.51, "ดีมาก"))))
- 2.21.2.11 คะแนนภาพรวมปี (คิดจากคะแนนครั้งที่ 1 + คะแนนครั้งที่ 2/2)
- 2.21.2.12 ระดับการพัฒนาภาพรวมปี..... (แสดงเกณฑ์เป็นสีโดยการตั้งกฎ = IF (คอลัมน์คะแนนภาพรวมปี.....<= 2.5, "ปรับปรุง", IF (คอลัมน์คะแนนภาพรวมปี.....<= 3.5, "พอใช้", IF (คอลัมน์คะแนนภาพรวมปี.....>= 3.51, "ดีมาก"))))
- 2.21.2.13 คะแนนส่วนต่าง (ใช้สูตร = SUM (คอลัมน์คะแนนครั้งที่ 1 – คอลัมน์คะแนนครั้งที่ 2))
- 2.21.2.14 เพิ่มลด (ตั้งกฎ = IF (คอลัมน์ผลต่าง < 0, "ลด", IF (คอลัมน์ผลต่าง = 0, "เท่าเดิม", IF (คอลัมน์ผลต่าง > 0, "เพิ่ม"))))
- 2.21.2.15 เปรียบเทียบคะแนนหน่วยงาน และคิดร้อยละ ประกอบด้วย คอลัมน์ ดังนี้
- เพิ่ม (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์เพิ่มลดหน่วยงานแรก : คอลัมน์เพิ่มลดหน่วยงาน
สุดท้าย, "เพิ่ม")) คิดร้อยละ = SUM (คอลัมน์หน่วยงานเพิ่ม*100)/
จำนวนหน่วยงาน ทั้งหมด
- ลด (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์เพิ่มลดหน่วยงานแรก : คอลัมน์เพิ่ม
ลดหน่วยงาน
สุดท้าย, "ลด")) คิดร้อยละ = SUM (คอลัมน์หน่วยงานลด*100)/
จำนวนหน่วยงาน ทั้งหมด คิดร้อยละ = SUM (คอลัมน์
หน่วยงานไม่มีคู่เทียบ100)/ จำนวนหน่วยงานทั้งหมด
- เท่าเดิม (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์เพิ่มลดหน่วยงานแรก : คอลัมน์
เพิ่มลดหน่วยงาน
สุดท้าย, "เท่าเดิม")) คิดร้อยละ = SUM
(คอลัมน์หน่วยงานเท่าเดิม*100)/ จำนวน หน่วยงานทั้งหมด
- ไม่มีคู่เทียบ (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์เพิ่มลดหน่วยงานแรก : คอลัมน์เพิ่ม
ลดหน่วยงาน
สุดท้าย, "ไม่มีคู่เทียบ"))
- 2.21.2.16 คะแนนเฉลี่ยรายหัวข้อการประเมิน จำแนกออกเป็นหน่วยงาน
ประกอบด้วยคอลัมน์ ดังนี้

หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป (ใช้สูตร = AVERAGE (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสนับสนุนทั่วไป

สำเนา



วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การเยี่ยมสำรวจภายใน

แรก : คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสนับสนุนทั่วไปสุดท้าย))

หน่วยงานสนับสนุนคลินิก (ใช้สูตร = AVERAGE (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสนับสนุนคลินิก

แรก : คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสนับสนุนคลินิกสุดท้าย))

หน่วยงานคลินิก (ใช้สูตร=AVERAGE (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานคลินิกแรก:คอลัมน์คะแนน
หน่วยงานคลินิกสุดท้าย))

ภาพรวมคะแนนเฉลี่ย (ใช้สูตร = AVERAGE (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสนับสนุนทั่วไปแรก
คอลัมน์คะแนนหน่วยงานคลินิกสุดท้าย))

จำนวนหน่วยงานทั้งหมด (ใช้สูตร = COUNTA (คอลัมน์คะแนนกลุ่มสนับสนุนทั่วไป

หน่วยงานแรก : คอลัมน์คะแนนกลุ่มคลินิกหน่วยงานสุดท้าย)) จำนวน

หน่วยงานทั้งหมดเมื่อใช้สูตร COUNTA ออกมาแล้วจำนวน N จะไม่เท่ากัน

เนื่องจาก บางหน่วยงานให้คะแนนได้ในบางหัวข้อจึงทำให้ N ไม่เท่ากัน

ใช้สูตรดังกล่าวทำจนครบหัวข้อคะแนนผลการเยี่ยมสำรวจทั้งหมด เมื่อเรียบร้อยแล้วให้คลิก
ตรวจสอบสูตรอีกครั้งเพื่อเป็นการ Recheck ความถูกต้อง

2.21.2.17 คะแนนภาพรวมการพัฒนาระดับหน่วยงาน ประกอบด้วยคอลัมน์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0 - 2.50 ควรเร่งพัฒนา (ปรับปรุง)

หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป (ใช้สูตร = COUNTIF(คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...

หน่วยงาน สนับสนุนทั่วไปแรก : คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงาน

สนับสนุนทั่วไปสุดท้าย, "ปรับปรุง"))

หน่วยงานสนับสนุนคลินิก (ใช้สูตร = COUNTIF(คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...

หน่วยงานหน่วยงานสนับสนุนคลินิกแรก:คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...

หน่วยงานกลุ่มสนับสนุนคลินิกสุดท้าย, "ปรับปรุง"))

หน่วยงานคลินิก (ใช้สูตร =COUNTIF (คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงานคลินิก

แรก : คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงานคลินิกสุดท้าย,"ปรับปรุง"))

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51 – 3.50 มีการธำรงรักษาระบบคุณภาพไว้ (พอใช้)

หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...

หน่วยงานสนับสนุนทั่วไปแรก : คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงาน

สนับสนุนทั่วไปสุดท้าย,"พอใช้"))

สำเนา



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การเยี่ยมสำรวจภายใน

หน่วยงานสนับสนุนคลินิก (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...

หน่วยงานสนับสนุนคลินิกแรก : คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงาน

สนับสนุนคลินิกสุดท้าย, "พอใช้"))

หน่วยงานคลินิก (ใช้สูตร =COUNTIF (คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงาน

คลินิกแรก : คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงานคลินิกสุดท้าย, "พอใช้"))

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51 – 5.00 มีความโดดเด่นเป็นตัวอย่าง (ดีมาก)

หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...

หน่วยงานสนับสนุนทั่วไปแรก : คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงาน

สนับสนุนทั่วไปสุดท้าย, "ดีมาก"))

หน่วยงานสนับสนุนคลินิก (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...

หน่วยงานสนับสนุนคลินิกแรก : คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงานสนับสนุนคลินิกสุดท้าย, "ดีมาก"))

หน่วยงานสนับสนุนคลินิก (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...

หน่วยงานคลินิกแรก : คอลัมน์ระดับการพัฒนาครั้งที่.../...หน่วยงานคลินิก

สุดท้าย, "ดีมาก")) รวม (หน่วย) (ใช้สูตร = SUM โดยทำให้ครบทุกกลุ่ม)

2.21.2.18 ร้อยละคะแนนภาพรวมการพัฒนา 3 ระดับ ประกอบด้วยคอลัมน์ ดังนี้

ปรับปรุง

หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป (ใช้สูตร = (คอลัมน์ปรับปรุงของหน่วยงานสนับสนุนทั่วไป*100)/ รวม (หน่วย))

หน่วยงานสนับสนุนคลินิก (ใช้สูตร =(คอลัมน์ปรับปรุงของหน่วยงานสนับสนุนคลินิก*100)/ รวม (หน่วย))

หน่วยงานคลินิก (ใช้สูตร =(คอลัมน์ปรับปรุงของหน่วยงานคลินิก*100)/ รวม (หน่วย))

พอใช้

หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป (ใช้สูตร = (คอลัมน์พอใช้ของหน่วยงานสนับสนุนทั่วไป*100)/รวม (หน่วย))

หน่วยงานสนับสนุนคลินิก (ใช้สูตร = (คอลัมน์พอใช้ของหน่วยงานสนับสนุนคลินิก*100)/ รวม (หน่วย))

หน่วยงานคลินิก (ใช้สูตร = (คอลัมน์พอใช้ของกลุ่มคลินิก*100)/ รวม (หน่วย))

ดีมาก

หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป (ใช้สูตร =(คอลัมน์ดีมากของหน่วยงานสนับสนุนทั่วไป*100)/ รวม (หน่วย))

สำเนา



วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การเยี่ยมสำรวจภายใน

หน่วยงานสนับสนุนคลินิก (ใช้สูตร = (คอลัมน์ดี่มากของหน่วยงานสนับสนุนคลินิก*100)/ รวม (หน่วย))

หน่วยงานคลินิก (ใช้สูตร = (คอลัมน์ดี่มากของหน่วยงานคลินิก*100)/ รวม (หน่วย))

2.21.2.19 คะแนนภาพรวมรายหัวข้อการประเมิน ประกอบด้วยคอลัมน์ ดังนี้

2.21.2.19.1 หัวข้อการประเมิน

2.21.2.19.2 กลุ่มสนับสนุนทั่วไป

2.21.2.19.3 กลุ่มสนับสนุนคลินิก

2.21.2.19.4 กลุ่มคลินิก

2.21.2.19.5 ภาพรวม

คะแนนจะ Copy มาจากคะแนนเฉลี่ยรายข้อเพื่อและหาคะแนนสูงสุดต่ำสุดของแต่ละกลุ่มเพื่อใช้ข้อมูลทำ ppt.

2.22 Sheet การติดตามนโยบายที่สำคัญ N P M ประกอบด้วยคอลัมน์ ดังนี้

2.22.1 รหัสหน่วยงาน

2.22.2 ลำดับ

2.22.3 ชื่อหน่วยงาน

2.22.4 ประเด็นที่ติดตาม

ด้านล่างจะเป็นตารางสรุปโดยแบ่งออกเป็นกลุ่ม

2.22.5 หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป

รวม 0 (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก:คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสุดท้าย, 0))

รวม 1 (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก:คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสุดท้าย, 1))

รวม 2 (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก:คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสุดท้าย, 2))

รวมทั้งหมด (ใช้สูตร = SUM รวม 0 : รวม 1 : รวม 2)

2.22.6 หน่วยงานสนับสนุนคลินิก

รวม 0 (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก : คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสุดท้าย, 0))

รวม 1 (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก : คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสุดท้าย, 1))

รวม 2 (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก : คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสุดท้าย, 2))

รวมทั้งหมด (ใช้สูตร = SUM รวม 0 : รวม 1 : รวม 2)

2.22.7 หน่วยงานคลินิก

รวม 0 (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก : คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสุดท้าย, 0))



วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การเยี่ยมสำรวจภายใน

รวม 1 (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก : คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสุดท้าย, 1))

รวม 2 (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก : คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสุดท้าย, 2))

2.22.8 ภาพรวม

รวม 0 (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก : คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสุดท้าย, 0))

รวม 1 (ใช้สูตร = COUNTIF (คอลัมน์คะแนนหน่วยงานแรก : คอลัมน์คะแนนหน่วยงานสุดท้าย, 1))

รวมทั้งหมด (ใช้สูตร = SUM รวม 0 : รวม 1 : รวม 2)

โดยการชี้คะแนนจะใช้โค้ด 0 = N (not met) 1 = P (partially met) 2 = M (met) แทน
สัญลักษณ์ ✓ และใช้สูตร = COUNTIF คัดคะแนนร้อยละ ทำให้ครบทุกหัวข้อการประเมิน

3. Sheet หน่วยงานประเมินตนเอง

3.1 รหัสหน่วยงาน

3.2 ลำดับ

3.3 ชื่อหน่วยงาน

3.4 หัวข้อคะแนนผลการเยี่ยมสำรวจ 18 ข้อ

3.5 คะแนนเฉลี่ย (ใช้สูตร = AVERAGE (คอลัมน์หัวข้อคะแนนประเมินข้อแรก : คอลัมน์หัวข้อคะแนนประเมินข้อสุดท้าย))

3.6 เกณฑ์ (แสดงเกณฑ์เป็นสีโดยการตั้งกฎ = IF (คอลัมน์คะแนน <= 2.5, "ปรับปรุง", IF (คอลัมน์คะแนน <= 3.5, "พอใช้", IF (คอลัมน์คะแนน >= 3.51, "ดีมาก"))))

4. Sheet ข้อเสนอแนะ ประกอบด้วยคอลัมน์ ดังนี้

4.1 รหัสหน่วยงาน

4.2 ลำดับ

4.3 หน่วยงาน

4.4 จุดเด่น/ สิ่งที่ชื่นชม

4.5 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

4.6 บทเรียนปัญหา/ อุปสรรคในการเข้าเยี่ยม

5. Sheet คัดคะแนนสอดคล้อง ± 3 ประกอบด้วยคอลัมน์ ดังนี้

5.1 Copy sheet หน่วยงานประเมินตนเอง เพื่อสร้าง Sheet ใหม่

5.2 Copy คะแนนการเยี่ยมสำรวจครั้งปัจจุบัน

5.3 คะแนนส่วนต่าง (ใช้สูตร = SUMคะแนนหน่วยงานประเมินตนเอง - คะแนนผลการ
เยี่ยมสำรวจ)

สำเนา



วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การเยี่ยมสำรวจภายใน

- 5.4 คะแนนมากกว่า น้อยกว่า (ใช้สูตร = IF (คะแนนส่วนต่าง < = 0, "น้อยกว่า", IF (คะแนนส่วนต่าง > = 0.1, "มากกว่า")))
- 5.5 น้อยกว่า 3
- 5.6 น้อยสุดคณล่อง
- 5.7 มากสุดคณล่อง
- 5.8 มากกว่า 3
- 5.9 เท่ากัน
- 5.10 ภาพรวม N
6. Sheet คะแนนประเมินผู้เยี่ยมสำรวจรายบุคคล ประกอบด้วยคอลัมน์ ดังนี้
 - 6.1 ลำดับ
 - 6.2 รายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจภายใน
 - 6.3 ชื่อหน่วยงานที่ผู้เยี่ยมสำรวจลงเยี่ยมพื้นที่
 - 6.4 หัวข้อการประเมินผู้เยี่ยมสำรวจ
 - 6.5 รวมคะแนน (ใช้สูตร = SUM (หัวข้อการประเมินข้อแรก : หัวข้อการประเมินข้อสุดท้าย)/ จำนวนหัวข้อการประเมินทั้งหมด)
7. Sheet คะแนนประเมินภาพรวมของการเยี่ยมสำรวจ ประกอบด้วยคอลัมน์ ดังนี้
 - 7.1 ลำดับ
 - 7.2 หน่วยงาน
 - 7.3 หัวข้อการประเมิน
 - 7.4 ประโยชน์ที่ได้รับจากการเยี่ยม
 - 7.5 ข้อเสนอแนะสำหรับฝ่ายยุทธศาสตร์
 - 7.6 ค่าเฉลี่ยของหัวข้อการประเมิน (ใช้สูตร = AVERAGE (คะแนนหัวข้อประเมินหน่วยงานแรก : คะแนนหัวข้อประเมินหน่วยงานสุดท้าย))
8. คะแนนผลการเยี่ยมสำรวจ จำแนกภาควิชา ฝ่าย และสำนักงาน ประกอบด้วยคอลัมน์ ดังนี้
 - 8.1 คะแนนผลการเยี่ยมสำรวจจำแนกภาควิชา
 - 8.1.1 ลำดับ
 - 8.1.2 ภาควิชา (จำแนกหน่วยงานที่สังกัดกับภาควิชา)
 - 8.1.3 คะแนนครั้งที่ 1/... และคะแนนครั้งที่ 2/...
 - 8.1.4 ระดับการพัฒนาครั้งที่ 1/...และระดับการพัฒนาครั้งที่ 2/...
 - 8.1.5 ภาพรวม ปี...
 - 8.1.6 ระดับภาพรวมการพัฒนาปี...



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การเยี่ยมสำรวจภายใน

- 8.1.7 คะแนนส่วนต่าง (ใช้สูตร = SUM คะแนนครั้งที่ 1 – คะแนนครั้งที่ 2)
- 8.1.8 เพิ่มลด (ใช้สูตร = IF (คะแนนส่วนต่าง < 0, "ลด", IF (คะแนนส่วนต่าง = G1451, "เท่าเดิม", IF (คะแนนส่วนต่าง > 0, "เพิ่ม"))))
- 8.1.9 คะแนนรวม (ใช้สูตร = SUM (คะแนนหน่วยงานทั้งหมดที่ขึ้นกับแต่ละภาควิชา)/ จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ขึ้นกับภาควิชา)
- 8.2 คะแนนผลการเยี่ยมสำรวจจำแนกฝ่าย
- 8.2.1 ลำดับ
- 8.2.2 ภาควิชา (จำแนกหน่วยงานที่สังกัดกับฝ่าย)
- 8.2.3 คะแนนครั้งที่ 1/... และคะแนนครั้งที่ 2/...
- 8.2.4 ระดับการพัฒนาครั้งที่ 1/...และระดับการพัฒนาครั้งที่ 2/...
- 8.2.5 ภาพรวม ปี...
- 8.2.6 ระดับภาพรวมการพัฒนาปี...
- 8.2.7 คะแนนส่วนต่าง (ใช้สูตร = SUM คะแนนครั้งที่ 1 – คะแนนครั้งที่ 2)
- 8.2.8 เพิ่มลด (ใช้สูตร = IF (คะแนนส่วนต่าง < 0, "ลด", IF (คะแนนส่วนต่าง = G1451, "เท่าเดิม", IF (คะแนนส่วนต่าง > 0, "เพิ่ม"))))
- 8.2.9 คะแนนรวม (ใช้สูตร = SUM (คะแนนหน่วยงานทั้งหมดที่ขึ้นกับแต่ละฝ่าย)/ จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ขึ้นกับฝ่าย)
- 8.3 คะแนนผลการเยี่ยมสำรวจจำแนกสำนักงาน
- 8.1.9 ลำดับ
- 8.1.10 ภาควิชา (จำแนกหน่วยงานที่สังกัดกับฝ่าย)
- 8.1.11 คะแนนครั้งที่ 1/... และคะแนนครั้งที่ 2/...
- 8.1.12 ระดับการพัฒนาครั้งที่ 1/...และระดับการพัฒนาครั้งที่ 2/...
- 8.1.13 ภาพรวม ปี...
- 8.1.14 ระดับภาพรวมการพัฒนาปี...
- 8.1.15 คะแนนส่วนต่าง (ใช้สูตร = SUM คะแนนครั้งที่ 1 - คะแนนครั้งที่ 2)
- 8.1.16 เพิ่มลด (ใช้สูตร = IF (คะแนนส่วนต่าง < 2, "ลด", IF (คะแนนส่วนต่าง = G1451, "เท่าเดิม", IF (คะแนนส่วนต่าง > 0, "เพิ่ม"))))
- 8.1.17 คะแนนรวม (ใช้สูตร = SUM (คะแนนหน่วยงานทั้งหมดที่ขึ้นกับแต่ละฝ่าย)/ จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ขึ้นกับฝ่าย)
9. สรุปคะแนนการประเมินผู้เยี่ยมสำรวจรายบุคคล สร้างแบบฟอร์มExcel ขึ้นมาใหม่ ประกอบด้วยคอลัมน์ ดังนี้

สำเนา



วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การเยี่ยมสำรวจภายใน

- 9.1 ชื่อผู้เยี่ยมสำรวจภายใน
- 9.2 วันที่เยี่ยม
- 9.3 เกณฑ์การประเมิน
- 9.4 หัวข้อการประเมิน
- 9.5 หน่วยงานที่ผู้เยี่ยมสำรวจลงเยี่ยม
- 9.6 ค่าเฉลี่ย
- 9.7 ค่าเฉลี่ยภาพรวมของการเยี่ยมสำรวจ
- 9.7 การแปลความหมาย
- 9.8 ประธานคณะกรรมการผู้เยี่ยมสำรวจภายในลงนาม
10. ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนาของหน่วยงาน สร้างแบบฟอร์มในไฟล์ Word ใหม่ ประกอบด้วยหัวข้อ ดังนี้
 - 10.1 ชื่อหน่วยงาน
 - 10.2 จุดเด่น/ สิ่งที่ดีขึ้นชม
 - 10.3 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

ขั้นตอนการปฏิบัติในการเตรียมระหว่างการเยี่ยมสำรวจภายใน

1. เตรียมเอกสาร (หัวข้อ 1.9) กรณี ผู้เยี่ยมสำรวจต้องการเอกสารเพิ่มเติม
2. บันทึกภาพระหว่างการเยี่ยมสำรวจ
3. หากเกิดข้อขัดข้องในการลงพื้นที่ ฝ่ายยุทธศาสตร์ฯ ประสานผู้เยี่ยม/ หน่วยงาน

ขั้นตอนการปฏิบัติในการเตรียมหลังการเยี่ยมสำรวจภายใน

1. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลใน google form ที่ผู้เยี่ยมสำรวจรายงาน
2. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาจัดทำ ppt. เพื่อนำเสนอผู้บริหาร
3. จัดประชุมการรายงานผลการเยี่ยมสำรวจภายใน
 - 3.1 จัดเตรียมป้ายสามเหลี่ยม
 - 3.2 QR code ลงทะเบียน
 - 3.3 QR code ประเมินผลการจัดกิจกรรม
 - 3.4 ติดตั้ง Notebook ที่ห้องประชุม และลงไฟล์ ppt.
 - 3.5 เตรียมรถ TQM
 - 3.6 จัดเตรียมข้อมูลรายงานผลการเยี่ยมสำรวจเผยแพร่ใน google form
4. จัดทำบันทึกข้อความ ขอสรุปรายชื่อหน่วยงานที่มีคะแนนการเยี่ยมสำรวจภายในดีเด่นประจำปี เสนอต่อผู้บริหาร
5. AAR สรุปผลการทำงาน



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล (ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ โทร. ๓๕๒๕).....

ที่ พวช.๐๖/๔๐๕..... วันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๗.....

เรื่อง ขอแจ้งแผนงานการเยี่ยมสำรวจภายใน ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘.....

เรียน คณบดี รองคณบดี ผู้ช่วยคณบดี หัวหน้าภาควิชา หัวหน้าฝ่าย หัวหน้าสำนักงาน และผู้เยี่ยมสำรวจภายใน
เพื่อให้การเยี่ยมสำรวจภายใน ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนา
คุณภาพ จึงขอแจ้งแผนงานการเยี่ยมสำรวจภายใน ดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
๑	หัวหน้าภาควิชา ฝ่าย และสำนักงาน พิจารณาทบทวนรายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจภายใน ตำแหน่ง สังกัด และเบอร์โทรศัพท์ภายใน ตามเอกสารแนบ และส่งรายชื่อที่ท่านต้องการ ยืนยัน ปรับเปลี่ยน เพิ่มเติม ภายในวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๗ เพื่อจัดทำคำสั่งแต่งตั้งและ จัดทำรายชื่อเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการ หมายเหตุ : หากไม่ส่งกลับมามีถือว่าท่านยืนยัน ตามรายชื่อเดิม หมายเหตุ: กรณีเพิ่มเติมผู้เยี่ยมสำรวจภายในต้องทำงานคุณภาพอย่างน้อย 3 ปี เช่น Rick co, ICWN, EQPP ฯลฯ	ผู้เยี่ยมสำรวจภายใน
๒	ทุกหน่วยงาน ทบทวน Service profile ให้เป็นปัจจุบัน และนำส่งฝ่ายยุทธศาสตร์ฯ ใน รูปแบบ pdf ไฟล์ ภายในวันที่ ๑๖ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ (หน่วยงานในสังกัดฝ่ายการ พยาบาล และสำนักงาน ให้ส่ง Service profile ที่ต้นสังกัดของท่าน เพื่อรวบรวมส่งฝ่าย ยุทธศาสตร์ฯ ต่อไป)	หัวหน้าหน่วยงาน
๓	หน่วยงานประเมินตนเอง หลังจากส่ง Service Profile ปิดระบบ วันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๗	หัวหน้าหน่วยงาน
๔	ขอเชิญผู้เยี่ยมสำรวจภายในทุกท่าน เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเยี่ยมสำรวจภายใน ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เพื่อฟื้นฟูความรู้ เทคนิคการเยี่ยมฯ เครื่องมือคุณภาพ ทำความเข้าใจเกณฑ์ วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๓.๓๐-๑๕.๓๐ น. ห้องประชุม ๒ ชั้น ๖ อาคารที่ปิงกรัสมิโชติ หมายเหตุ : หัวหน้าหน่วยงาน และผู้สนใจสามารถเข้าร่วม Observe ได้ไม่จำกัด	ผู้เยี่ยมสำรวจภายใน และหน่วยงาน
๕	ทุกหน่วยงาน รับการเยี่ยมสำรวจภายใน ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ ระหว่าง วันที่ ๑๖ ตุลาคม - ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ โดยขอให้เสร็จสิ้นภายในเวลาที่กำหนด	ผู้เยี่ยมสำรวจภายใน และหน่วยงาน
๖	หน่วยงานประเมินผู้เยี่ยมสำรวจภายใน ๒ วัน หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจ ของหน่วยงาน ปิดระบบวันที่ - ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๗	หัวหน้าหน่วยงาน ทุกระดับ
๗	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจภายใน นำเสนอผู้บริหารคณะฯ ในวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๔.๓๐ น. ณ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๖ อาคารที่ปิงกรัสมิโชติ หมายเหตุ : หัวหน้าหน่วยงาน และผู้สนใจสามารถเข้าร่วม Observe ได้ไม่จำกัด	คณบดี รองคณบดี ผู้ช่วยคณบดี ภาควิชา ฝ่าย สำนักงาน ผู้เยี่ยมสำรวจฯ หัวหน้าหน่วยงานและ ผู้สนใจ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ

(
หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ
คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



คำสั่งคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ที่ ๘๘๘/๒๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะผู้เยี่ยมสำรวจภายใน

ตามคำสั่งคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ที่ ๙๓๓/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ แต่งตั้งคณะผู้เยี่ยมสำรวจภายใน ไปแล้ว นั้น

เพื่อกระตุ้นให้มีการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ตามที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มีนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๔ แห่งพระราชบัญญัติ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พ.ศ. ๒๕๕๓ จึงยกเลิคำสั่งคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ที่ ๙๓๓/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ และแต่งตั้งคณะผู้เยี่ยมสำรวจภายใน ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จักรวาล คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ที่ปรึกษา
มณีฤทธิ์
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพ ที่ปรึกษา
ลีฬหะกร บุคคลภายนอกที่ช่วยปฏิบัติงาน
สำนักงานคณบดี
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิโรจน์ รองคณบดี ประธาน
รักษากุล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
๔. นางสาวอำพัน วิมลวัฒนา รองคณบดี รองประธาน
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล คนที่ ๑
๕. รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง รองคณบดี รองประธาน
ปนัดดา สุวรรณ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล คนที่ ๒
๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อนุแสง รองคณบดี รองประธาน
จิตสมเกษม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล คนที่ ๓
๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อุราภรณ์ ผู้ช่วยคณบดี กรรมการ
ภูมิศานติพงศ์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุษบา ผู้ช่วยคณบดี กรรมการ
ศุภวัฒน์ธนบดี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์กิตติศักดิ์ ผู้ช่วยคณบดี กรรมการ
ผลถาวรกุลชัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
๑๐. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชมพูนุท ผู้ช่วยคณบดี กรรมการ
ปธนสมิทธิ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

๑๑. นางปาริชาติ...

โดยให้คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจภายใน มีหน้าที่และความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้เยี่ยมชมสำรวจภายในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ เพื่อชื่นชมในสิ่งที่หน่วยงานทำให้ดี ยืนยันผลการประเมินตนเองของหน่วยงานและกระตุ้นให้หน่วยงานเห็นโอกาสพัฒนาในมุมที่กว้างขึ้น และมีความต่อเนื่องตามมาตรฐานโรงพยาบาล

๒. รวบรวมข้อมูล ร่องรอย หลักฐาน บันทึกและจัดทำรายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจให้กับฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ เพื่อรวบรวมและนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหาร

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

[Redacted Signature]

([Redacted Name])

คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ โทร. ๓๕๒๓)

ที่ พวช. ๐๖/๕๓๖ วันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญกล่าวรายงาน ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เยี่ยมสำรวจภายใน ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘

เรียน รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิโรจน์ รักษากุล)

ด้วย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำหนดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เยี่ยมสำรวจภายใน ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ แก่ผู้เยี่ยมสำรวจภายใน หัวหน้าหน่วยงาน และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อฟื้นฟูความรู้เทคนิคการเยี่ยมสำรวจภายใน เครื่องมือคุณภาพ และเกณฑ์การเยี่ยมสำรวจ นั้น

ในการนี้ ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ จึงขอเรียนเชิญท่าน กล่าวรายงาน ในวันอังคารที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๕.๐๐ น. ณ ห้องประชุม ๒ ชั้น ๖ อาคารที่ปิงกรัสมิโชติ ทั้งนี้ได้แนบคำกล่าวรายงานมาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

([Redacted Name])

หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ โทร. ๓๕๒๓)

ที่ พวช. ๐๖/ ๕๓๕ วันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญกล่าวเปิดงานประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เยี่ยมสำรวจภายใน ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ด้วย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำหนดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เยี่ยมสำรวจภายใน ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ แก่ผู้เยี่ยมสำรวจภายใน หัวหน้าหน่วยงาน และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อฟื้นฟูความรู้เทคนิคการเยี่ยมสำรวจภายใน เครื่องมือคุณภาพ และเกณฑ์การเยี่ยมสำรวจ นั้น

ในการนี้ ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ จึงขอเรียนเชิญท่าน กล่าวเปิดงานดังกล่าว ในวันอังคารที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๕.๐๐ น. ณ ห้องประชุม ๒ ชั้น ๖ อาคารที่ปิงกรัสมิโชติ ทั้งนี้ได้แนบคำกล่าวเปิดงานมาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

([Redacted Signature])

หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ทราบ

เรียน หัวหน้าสำนักงานคณบดี
เพื่อโปรดดำเนินการ

([Redacted Signature])

คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๗

การเยี่ยมสำรวจภายใน ครั้งที่ 1/2568 ระหว่างวันที่ วันที่ 16 ตุลาคม – 6 พฤศจิกายน 2567
 รายชื่อกลุ่มผู้เยี่ยมสำรวจภายใน และ หน่วยงาน ที่ได้รับมอบหมาย
 วัน เวลา : ขอให้ผู้เยี่ยมฯ นัดหมายกับหัวหน้าหน่วยงาน (ภายในวันที่ 6 พฤศจิกายน 2567)

ลำดับ	รายชื่อผู้เยี่ยมสำรวจภายใน	ชื่อหน่วยงาน
1.	ผศ.นพ.สุรวุฒิ ลิ้มหกร (3633) ผศ.พญ.ธรรมพร กิตติสยาม (ภาควิชาสูติศาสตร์-3405) พว.ประทานพร พัวปวโรภาส (ห้องตรวจครรภ์ 3433)	50. หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยอาคารที่ปังกรัศมีโชติ 134. ตึกผ่าตัด 3 (ชั้น 5 อาคารเพชรรัตน์) 141. ศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย (Referral Center)
2.	ผศ.นพ.จักรารุช มณีฤทธิ์ (สำนักคณบดี-3002) พว.กนกพรธม งามมุข (ฝ่ายการพยาบาล-3080) พว.อาวีวรรณ วิทยากรณศักดิ์ (มว.6A-3323)	93. ห้องคลอด 118. ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 126. ห้องตรวจอัลตราซาวด์สูติกรรม
3.	ผศ.นพ.พรชัย เดชานวนวงศ์ (ภาควิชาอายุรศาสตร์-3461) พว. ธีรพร ด้านธีระภากุล (พร.14B-3494) พว.วรดาธร สอนเต็ม (Pain Clinic -3701)	60. ศูนย์ส่องกล้อง 109. หน่วยรักษาภาวะมีบุตรยาก 110. ห้องตรวจส่งเสริมสุขภาพสตรีและวางแผนครอบครัว
4.	ดร.อำพัน วัฒนวัฒนา (สำนักงานคณบดี-3012) พว.รุ่งวิลาวัลย์ พันธวงษ์ (พร. 15B-3498) พว.วิศรา จิระวาทีน (งานควบคุมโรคติดต่อ-3528)	108. คลินิกพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น 127.ห้องตรวจครรภ์+ หน่วยปรึกษาสุขภาพ สตน. 144. หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4E
5.	ผศ.นพ.กิตติศักดิ์ ผลถาวรกุลชัย (ภาควิชาอายุรศาสตร์-3461) พว.น้องนุต ชีระนรังสี (มว.10C-3168) พว. ขจีมาศ คูบารมี (ห้องผ่าตัดศัลยกรรม- 5116-7)	39.งานบริการทางรังสีวิทยา(งานเวชศาสตร์นิวเคลียร์) 71. หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11A 84. หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7A
6.	ผศ.นพ.วิโรจน์ รักษากุล (สำนักคณบดี-3002) พว.วรรณ ภูกิตติวรารกุล (ผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม-3457) ผศ.พญ. กนกรัตน์ บุญนาค (ภาค ENT 3397)	61. ฝ่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข 148. หอผู้ป่วยระยะสั้น1 150. ห้องตรวจโทรเวชกรรม (Tele Medicine)
7.	ทพญ.ปิยนันท์ เกื้อสกุล (ฝ่ายทันตกรรม-3121) พว.พัชรี ประไพพิณ-(ฝ่ายการพยาบาล-3079) พว.จุฑามาศ เชื้อสีดา (งานควบคุมโรคติดต่อ- 3528)	42. งานจุลชีววิทยา 52. หน่วยจ่ายยาและผสมยาปราศจากเชื้อ 53. หน่วยคลังยาและเวชภัณฑ์
8.	รศ.พญ.ปนัดดา สุวรรณ (สำนักงานผู้อำนวยการ รพ. 3633) พว.อุไรวรรณ บวรธรรมจักร (Admission center-3891) พว.วิภาดา ทองรักษ์ (ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์-3380)	56. หน่วยบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน 62. หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4A (MICU) 135. คลินิกไข้หวัด และคลินิกแยกโรค
9.	พว.ปาริชาติ จันทรสุนทรพร (ฝ่ายการพยาบาล-3886) พว.จันทรา ว่องวัฒนกุล (มว.8D-3444) ว่าที่ร้อยตรีหญิง อรุณศรี เนื่อนิม (พร 8 A-3447)	37. งานบริการทางรังสีวิทยา (สาขารังสีวินิจฉัย) 75. หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 13B 122. ห้องตรวจโรคหัวใจและหลอดเลือด
10.	ผศ.ดร.บุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี (ภาควิชาวิทยาการวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ -3007) ภญ.ธัญญพัทธ์ วราวัฒน์โยธิน (หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก1-3148) พว.ศิรินา เมืองแสน (งานจัดเก็บรายได้-3570)	32. งานสุขภาพชุมชนและดูแลต่อเนื่อง 41. งานควบคุมโรคติดต่อ 139. หอผู้ป่วยเพชรรัตน์13A
11.	ผศ.นพ.กนก สุวรรณกิจ (ภาคศัลย์-3282) พว.สุริมาศ ชาศิตศักดิ์ (งานสุขภาพชุมชนและดูแลต่อเนื่อง-3273) ภญ.ชนิดา ชูติกาญจน์ (ห้องผสมยาเคมีบำบัด-3145)	29. งานบริการสังคม 63. หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C (MCCU) 123. ห้องตรวจอายุรกรรม



การประเมินตนเอง

ระดับหน่วยงาน

(Service Profile)

หน่วยงาน.....

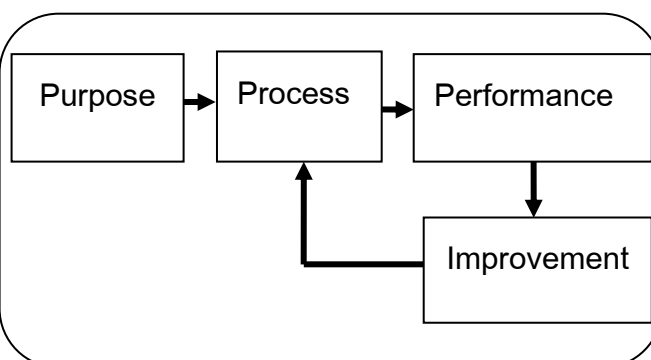
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

การประเมินตนเองระดับหน่วยงาน (Service Profile)

ชื่อหน่วยงาน	
หัวหน้าหน่วยงาน	 โทรศัพท์
ที่ปรึกษาหน่วยงาน (ถ้าเป็นหน่วยงานทาง คลินิก ระบุชื่อแพทย์)	
วันที่บันทึก	

วัตถุประสงค์ของเอกสารชุดนี้

1. เพื่อสื่อสาร เชื่อมโยงทิศทางขององค์กร
2. เพื่อทำความเข้าใจมาตรฐาน HA อย่างเชื่อมโยง
3. เพื่อสรุปบทบาท ความก้าวหน้าและผลงานของทีม
4. เพื่อประโยชน์ในการเยี่ยมสำรวจภายใน



ข้อมูลสำคัญในเอกสาร

1. ทิศทางองค์กร ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
2. บริบทสำคัญของหน่วยงาน และประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหน่วยงาน
3. กระบวนการพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน
4. ผลลัพธ์ ความสำเร็จในการพัฒนา
5. เอกสารแนบต่างๆ

แนวทางการนำเสนอข้อมูลสำคัญ

1. การนำเสนอผลการดำเนินการ ใช้หลัก 3 P คือ
 - Purpose เป้าหมายของเรื่องนี้คืออะไร
 - Process แนวทางปฏิบัติ และวิธีการนำสู่การปฏิบัติ
 - Performance ประเมินผลอย่างไร ใช้ตัวชี้วัดอะไรบ้าง
2. กรณีต้องการนำเสนอการพัฒนาเฉพาะเรื่อง ให้ใช้หลัก 3C-DALI
 - กำหนดเป้าหมาย โดยเชื่อมโยงกับ บริบท (Context) แนวคิด/ ค่านิยมคุณภาพ (Concept) และ มาตรฐาน/ ความรู้ที่เกี่ยวข้อง (Criteria)
 - ออกแบบระบบอย่างไร (Design)

- นำสู่การปฏิบัติอย่างไร (Action)
- ประเมินผลอย่างไร (Learning)
- ปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างไร (Improve)

ส่วนที่หนึ่ง ทิศทางองค์กร

(เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับทุกหน่วยงานใช้ศึกษาและอ้างอิง)

ปณิธาน	“วชิรพยาบาล เพื่อประโยชน์สาธารณะและสุขภาพประชาชน” (เป็นการสืบทอดพระประสงค์ของล้นเกล้ารัชกาลที่ 6 ผู้ทรงก่อตั้งโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อปี พ.ศ. 2455 แล้วทรงมอบให้เป็นสาธารณสมบัติ เพื่อการดูแลสุขภาพสำหรับประชาชนโดยทั่วไป ดังนั้นการมีอยู่ของวชิรพยาบาล จึงมุ่งที่การสร้างคุณค่าหรือประโยชน์ให้กับสังคมไทย โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพของประชาชน)
วิสัยทัศน์	“สถาบันแพทยศาสตร์ที่ทรงคุณค่า ผู้นำด้านเวชศาสตร์เขตเมือง” <u>สถาบันแพทยศาสตร์ทรงคุณค่า</u> หมายความว่า องค์กรนี้จะส่งมอบคุณค่าด้านบริการสุขภาพ และวิชาการ รวมทั้งการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อสร้าง <u>สุขภาวะที่ดีของชุมชนเขตเมือง</u> บนพื้นฐานของงานวิจัยที่มีคุณภาพ <u>สุขภาวะที่ดีของชุมชนเมือง</u> ครอบคลุม 1) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2) การลดอุปสรรคในการเข้าถึง/เข้ารับบริการเมื่อเจ็บป่วย 3) การได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย ในทุกระดับของการเจ็บป่วย 4) การได้รับการดูแลต่อเนื่องในโรคเรื้อรังเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว <u>ผู้นำด้านเวชศาสตร์เขตเมือง</u> หมายความว่า องค์กรนี้มุ่งบุกเบิกการสร้างและรวบรวมศาสตร์ วิทยาการ หรือองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและการบริหารจัดการด้านสุขภาพที่เป็นลักษณะเฉพาะของเมืองใหญ่ (จากสภาพแวดล้อม การอยู่อาศัย วิถีชีวิต และพฤติกรรมของคนเมือง) เพื่อนำไปเผยแพร่และกระตุ้นให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย สร้างแนวคิดหรือต้นแบบในการจัดการในระยะยาว
พันธกิจ	(1) ผลิตบัณฑิตแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรด้านสุขภาพ (2) จัดบริการด้านการแพทย์และสุขภาพ และ (3) สร้างองค์ความรู้วิจัยและนวัตกรรม ที่มีคุณภาพสูง ได้มาตรฐานสากล ด้วยเทคโนโลยียุคดิจิทัล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของกรุงเทพมหานครและประเทศ
คำนิยามองค์กร	We are VAJ+IRA (ในวงเล็บคือคำนิยาม HA ที่สอดคล้องกัน) V: Visionary มองไกล อย่างสร้างสรรค์ (Visionary leadership) A: Altruism ช่วยเหลือกันด้วยหัวใจ (Customer focus, Social responsibility) J: Justice ยึดความถูกต้อง เสมอภาค (Ethic & professional standard, Evidence base approach, Management by fact) J: Joy สุขในทุกงาน ด้วยคุณค่าของทุกคน (Creativity & innovation, Value on staff, Empowerment) I: Integration สอดประสาน มุ่งสู่เป้าหมาย (System perspective, Teamwork)

	R: Responsibility รับผิดชอบ ตอบสนองทุกคำสัญญา (Individual commitment, Focus on result, Continuous improvement) A: Agility พร้อมก้าวไป ในทุกสถานการณ์ (Learning, Agility)
วัฒนธรรมองค์กร	ก. วัฒนธรรมคุณภาพ : ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ คือ 1) พัฒนาต่อเนื่อง (<i>Continuous improvement</i>) 2) เน้นเรื่องทีมงาน (<i>Effective Teamwork</i>) 3) ผู้รับผลงานคือหัวใจ (<i>Patient & Customer Focus</i>) 4) ใช้ข้อมูลจริง (<i>Management by fact</i>) 5) อ้างอิงมาตรฐานและความรู้ (<i>Evidence base practice</i>) ข. วัฒนธรรมความปลอดภัย : ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ คือ 1) ตระหนักรู้ความปลอดภัย (<i>Safety Awareness</i>) 2) ใส่ใจการป้องกัน (<i>Prevention</i>) 3) ยึดมั่นมาตรการ (<i>Comply to strong action</i>) 4) ขยันรายงาน (<i>Incidence report</i>) 5) ร่วมกันทบทวนและเรียนรู้ (<i>Review & RCA</i>) ค. วัฒนธรรมการเรียนรู้ : ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ คือ 1) เปิดใจรับสิ่งใหม่ (<i>Growth mindset</i>) 2) ประสานภายในกับภายนอก (<i>Integrate tacit & explicit knowledge</i>) 3) เรียนรู้จากการปฏิบัติจริง (<i>Learning by doing</i>) 4) สรุปบทเรียนจากทุกเหตุการณ์ (<i>Evaluation and learning</i>) 5) พร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (<i>Knowledge Sharing</i>)
เกณฑ์ประเมิน A-HA	1. Performance driven organization ใช้การวิเคราะห์ผลดำเนินการมาขับเคลื่อนการพัฒนาโดยค้นหาปัจจัยที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จมาจัดการ/แก้ไข 2. Systematic process design and implementation มุ่งออกแบบ/ปรับปรุงระบบ/ กระบวนการสำคัญให้เข้มแข็ง (มีแนวทางชัดเจน ทำซ้ำได้ วัดผลได้ คาดการณ์ได้) นำสู่การปฏิบัติอย่างมุ่งมั่นและทั่วถึงทั้งองค์กร ด้วยการมอบหมายผู้รับผิดชอบ ภายใต้การประสานและกำกับดูแลที่ดี 3. Learning, Improvement, Innovation ใช้การประเมินและเรียนรู้จากสิ่งที่ดำเนินการ เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา นำสู่การปรับปรุงต่อเนื่อง และการสร้างนวัตกรรม ซึ่งจะสร้างความก้าวหน้าและความสำเร็จขององค์กร 4. Core values driven organization ชี้นำการพัฒนาด้วยค่านิยมสำคัญ 3 ประเด็น 1) Management by fact จัดการปัญหาด้วยข้อมูลจริงในทุกระดับ

	2) Customer & Patient focus รับผิดชอบต่อความต้องการ/ความคาดหวัง ประสบการณ์ของผู้ป่วย /ผู้รับผลงาน และตอบสนองอย่างเต็มที่ 3) System perspective การจัดการประเด็นสำคัญในเชิงระบบ โดยมีการบูรณาการเชื่อมโยงในภาพรวมของทั้งองค์กร ทั้งในแนวดิ่งและแนวราบ
ยุทธศาสตร์ HEROES <i>*พวกเรา คือ วีรบุรุษ ที่กล้าคิด กล้าทำ ในสิ่งใหม่ๆ ที่ก่อให้เกิดประโยชน์สังคม โดยมีเป้าหมาย คือ การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น*</i>	● H: Healthcare Excellence การบริการที่เป็นเลิศ มุ่งพัฒนาบริการรายโรคให้มีคุณภาพ และปลอดภัยผ่านการรับรอง DSC แล้วต่อยอดหน่วยบริการที่มีความพร้อมสู่ศูนย์ความเป็นเลิศ (VCOE) และมุ่งพัฒนาต้นแบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการในเชิงพื้นที่ร่วมกับเครือข่ายปฐมภูมิ (ศูนย์บริการสาธารณสุขและคลินิกชุมชนอบอุ่น) ในเขตดุสิต พระนคร บางซื่อและบางพลัด ในชื่อโครงการดุสิตโมเดล ● E₁: Education Excellence การศึกษาที่เป็นเลิศ มุ่งพัฒนาการศึกษาให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐานสากล สร้างบัณฑิตที่คุณภาพสูงที่มีแนวคิดและความรู้ด้านเวชศาสตร์เขตเมือง ● R: Research Excellence in Urbanology การวิจัยที่เป็นเลิศด้านเวชศาสตร์เขตเมือง มุ่งพัฒนาการวิจัยที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย สร้างแนวคิด และต้นแบบในการจัดการสุขภาพคนเมือง ● O: Organizational Strength การสร้างองค์กรที่เข้มแข็ง มั่นคง และเติบโตอย่างยั่งยืน มุ่งพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะสูงและผูกพันกับความสำเร็จขององค์กร พัฒนาระบบการเงินและการคลังที่มีประสิทธิภาพ ใช้นวัตกรรมเพื่อความเป็นเลิศ (TQA) ในการยกระดับคุณภาพองค์กรทุกระบบ ● E₂: Engagement of Customers การสร้างความผูกพันของลูกค้า/ผู้รับผลงาน มุ่งเรียนรู้คุณค่าที่ต้องการและคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ผู้เรียน ผู้ให้ทุนวิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม เพื่อนำมาบริการและผลิตภัณฑ์ตอบสนองให้สอดคล้อง ซึ่งจะสร้างความผูกพัน สนับสนุน มีส่วนร่วมและบอกต่อของลูกค้าทุกกลุ่ม ● S: Smart Medical Faculty การพัฒนาคณะแพทย์ฯสู่องค์กรอัจฉริยะ มุ่งพัฒนาการบริหารจัดการในทุกพันธกิจและการบริหารองค์กรด้วยเทคโนโลยีและแนวคิดการจัดการใหม่ๆ ในยุคดิจิทัล
จุดเน้น เข้มมุ่ง ปี 2567-2568	● มุ่งเน้นปลอดภัย (Harm free Care & Service) หน่วยงานคลินิก/สนับสนุนคลินิกมีการจัดการความเสี่ยงเชิงรุก ให้สอดคล้องกับ 11 Vajira 2P Goals โดยเฉพาะการกำกับให้มีการปฏิบัติอย่างเข้มแข็งไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ ใน 4 Zero Events คือ 1) ผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง 2) มีสิ่งตกค้างในผู้ป่วยผ่าตัดซึ่งมีโอกาสดังอันตรายภายหลัง 3) ให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด 4) สลับทัวทารก และการลดอันตรายรุนแรงจากการดูแลรักษา 4 Harm Free Care คือ 1) การแพ้ยาซ้ำ 2) อันตรายจากการใช้ยาเสี่ยงสูง 3) การพลัดตกหกล้ม 4) การเกิดแผลกดทับ สำหรับหน่วยงานทั่วไปเน้นการบริหารจัดการความเสี่ยงตาม Risk profile ของแต่ละหน่วยงาน

	● ประทับใจลูกค้า (Enrich customer value) เน้นการเรียนรู้ลักษณะเฉพาะ ความต้องการ/ความคาดหวัง ตลอดจนการรับรู้ประสบการณ์ของลูกค้า/ผู้รับผลงาน เพื่อนำมาปรับปรุงบริการ/ผลิตภัณฑ์ ที่สามารถสร้างคุณค่าและความประทับใจ มีการฝึกทักษะ/พฤติกรรมในการให้บริการด้วยแนวคิด V-Care Character 5 ประเด็นคือ 1) การรับฟังอย่างตั้งใจ (Voice listening) 2) ละมุนละไมสื่อสาร (Calm communication) 3) ประเมินสถานการณ์ข้างหน้า (Assess situation) 4) อาสา/ตอบสนองฉับไว (Rapid response) 5) พร้อมเข้าใจผู้รับบริการ (Empathy) ● เห็นคุณค่าเพื่อนร่วมงาน (Joyful workplace) สร้างสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานให้น่าอยู่ น่ารัก ด้วยการทำงานเป็นทีม สร้างการมีส่วนร่วม เห็นคุณค่าและให้เกียรติเพื่อนร่วมงาน และงดพฤติกรรมที่มีลักษณะต่อไปนี้ 1) ถูกก่อกวน คุกคาม คุกคาม (No Bully) 2) คุกคามทางเพศ (No Harassment) 3) ใส่ร้ายหรือสร้างความขัดแย้ง (No toxic behavior) 4) ใช้ความรุนแรง (No Violence) ● บูรณาการสู่ชุมชน (Embrace community) สนับสนุนการดำเนินการเพื่อชุมชนตาม <u>โครงการดุสิตโมเดล</u> รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสังคม สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี การเผยแพร่ความรู้เพื่อสุขภาพที่ดีของชุมชนและสังคม
เป้าหมายสำคัญของโรงพยาบาล	1. การพัฒนาบริการโรคสำคัญ ให้มีคุณภาพสูง ปลอดภัย ผ่านการประเมินและ <u>การรับรองคุณภาพมาตรฐานบริการรายโรค (Disease Specific Certification : DSC)</u> จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน 2. การพัฒนา Excellence Center ต่อยอดจากบริการรายโรคที่มีศักยภาพสูง และมีความพร้อม ให้เป็น <u>ศูนย์ความเป็นเลิศวิชาการ (Vajira Center of Excellence: VCOE)</u> โดยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่เป็นเลิศ (Clinical Excellence) การบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence) การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสูง (Management Excellence) และมีบูรณาการระหว่าง 3 พันธกิจ คือ บริการ การศึกษา และวิจัย 3. โครงการดุสิตโมเดล การพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุขและคลินิกชุมชนอบอุ่น และหน่วยงานอื่นๆ สำหรับผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ใน 4 เขตคือ ดุสิต พระนคร บางซื่อ บางพลัด เพื่อส่งเสริมให้เกิด <u>สุขภาพที่ดี</u> คือ 1) มีการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สอดคล้องกับบริบท 2) ลดอุปสรรคในการเข้าถึง/เข้ารับบริการเมื่อเจ็บป่วย 3) ได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยในทุกกระดับ 4) ได้รับการดูแลต่อเนื่องเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว 4. 3P safety การจัดการความเสี่ยง/ความปลอดภัยเพื่อบรรลุเป้าหมาย 1) ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ปลอดภัย (Patient Safety) 2) ผู้ให้บริการปลอดภัย (Personal Safety) และ 3) สิ่งแวดล้อมชุมชน/สังคมปลอดภัย (People Safety) 5. การจัดการประสิทธิภาพและต้นทุนการให้บริการ การจัดการบริการที่มีประสิทธิภาพภายใต้

	ทรัพยากรที่มีอยู่		
Vajira 2P Safety Goals	เรื่อง	เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในหน่วยงาน	
		ใช่	ไม่ใช่
เป้าหมายเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการในโรงพยาบาล	1. การป้องกันการผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง/ผิดหัตถการ		
	2. การป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญในโรงพยาบาล a. Surgical Site Infection (SSI) b. Ventilator-Association Pneumonia (VAP) c. Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) d. Central-Line Associated Blood Stream Infection (CLABSI)		
	3. การป้องกันบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน		
	4. การป้องกันอันตรายจากการใช้ยา (Medication Error และ Adverse Drug Events) a. อันตรายจากการใช้ยาเสี่ยงสูง High Alert Drug b. การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ		
	5. การป้องกันการให้เลือดผิดคน ผิดกรุป ผิดชนิด		
	6. การป้องกันการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย/ ผู้รับบริการผิดพลาด		
	7. การป้องกันการวินิจฉัยผิดพลาด คลาดเคลื่อน หรือล่าช้า		
	8. การป้องกันรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ/รังสี/พยาธิวิทยา ผิดพลาด คลาดเคลื่อน ล่าช้า		
	9. การป้องกันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผิดพลาด		
	10. การป้องกันผู้ป่วยวิกฤติไม่ให้ถูกดูแลที่ไม่เหมาะสม		
	11. การป้องกันการสื่อสารในภาวะวิกฤติผิดพลาดหรือล่าช้า		
Vajira Sentinel Events เหตุการณ์สำคัญที่ต้อง รายงาน ผู้บริหาร โดยด่วน	เหตุการณ์สำคัญที่อาจมีผลกระทบสูงซึ่งต้องรายงานให้ผู้บริหารระดับสูง (ผู้อำนวยการ/คณบดี/ผู้ได้รับมอบหมาย) ทราบโดยด่วน เพื่อให้สั่งการแก้ไขสถานการณ์ได้ทันเวลา 1. อัคคีภัย 2. มีผู้กระโดดตึก/พยายามฆ่าตัวตาย 3. อุบัติเหตุหมู่ 4. ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด 5. เหตุอื่นใดที่อาจก่อความเสียหายรุนแรงต่อการปฏิบัติการ หรือชื่อเสียงองค์กร ใน 3 ประเด็นแรกต้องรายงานทันทีทางโทรศัพท์ ใน 2 ประเด็นการรายงานโดยเร็ว อย่างช้าภายใน 24 ชั่วโมง		

ส่วนที่สอง

บริบทสำคัญของหน่วยงาน

(เป็นโจทย์ของการพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน)

1. ข้อมูลพื้นฐาน

- ลักษณะเฉพาะ [] หน่วยงานคลินิก [] หน่วยงานสนับสนุนคลินิก [] หน่วยงานทั่วไป
- สังกัด [] ภาควิชา..... [] ฝ่าย/สำนักงาน.....
- อยู่ในทีม [] PCT.....[] ทีมระบบ.....

2. หน้าที่และความรับผิดชอบหลัก และขอบเขตของงาน/การให้บริการ

.....

.....

.....

.....

.....

3. ข้อมูลภาระงาน/ ผลงานย้อนหลัง 3-5 ปี (ใช้ได้ทั้งหน่วยงานทางคลินิกและหน่วยงานสนับสนุน ข้อมูลย้อนหลังเท่าที่หาได้ จากบันทึกหน่วยงาน หน่วยเวชระเบียนหรือ ฝ่าย IT)

งานที่สำคัญ	ปริมาณงาน				
	2563	2564	2565	2566	2567
จำนวนผู้ป่วยที่รักษา					
อัตราครองเตียง					
LOS					
R.W. เฉลี่ย					
ถึงแก่กรรมทั้งหมด					

4. กลุ่มโรคหลัก/ หัตถการที่สำคัญ (เฉพาะหน่วยงานทางคลินิก)

กลุ่มโรคหลัก/ หัตถการที่สำคัญ	ปริมาณงาน				
	2563	2564	2565	2566	2567
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

5. ศักยภาพและข้อจำกัด (ทรัพยากร : ผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี สถานที่) เทียบกับภาระงาน

ทรัพยากร	จำแนกประเภทและจำนวน	ความเพียงพอ/ ข้อจำกัด (ระบุส่วนขาดสำคัญที่กระทบการทำงานที่)
บุคลากร		
เครื่องมือ/ เทคโนโลยี สำคัญ		
สถานที่ สิ่งแวดล้อม		

ส่วนที่สาม

การพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐาน

I-1 การนำ (เป้าหมาย/ ประเด็นสำคัญตามมาตรฐาน คือ ผู้นำสื่อสารทิศทางองค์กรและเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติ กำหนดเป้าหมายหน่วยงานอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับทิศทางองค์กร มีการบริหารจัดการกำกับติดตาม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติจริงจัง มีการสร้างแรงจูงใจและสภาพแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ)

1. การสื่อสารทิศทางองค์กรให้บุคลากรเข้าใจและเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติ

- 1) วิธีการสื่อสารเพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจของบุคลากรในหน่วยงาน และแนวทาง ประเมินผล

.....

.....

2) การเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติ

ทิศทางองค์กร	ตัวอย่างการนำสู่การปฏิบัติในหน่วยงานที่ดำเนินการ
1. ค่านิยมองค์กร VAJ+IRA	
2. ยุทธศาสตร์ HEROES (เฉพาะที่เกี่ยวข้องโดยตรง)	
3. จุดเน้น เชื่อมมุ่ง ▪ มุ่งเน้นปลอดภัย ▪ ประทับใจลูกค้า ▪ เห็นคุณค่าเพื่อนร่วมงาน ▪ บูรณาการสู่ชุมชน	

2. เป้าหมายหน่วยงาน (บอกความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะทำหน้าที่ให้ดีที่สุด ด้วยหลักคิดสำคัญ เพื่อสร้างคุณค่าอะไรบ้างแก่ผู้รับผลงาน และองค์กร โดยให้ขีดเส้นใต้ประเด็นคุณภาพสำคัญ)

.....

.....

3. วิธีการบริหารจัดการ กำกับติดตามและทำให้เกิดการปฏิบัติงานจริงจัง มีแนวทางดังนี้

.....

.....

4. วิธีการสื่อสาร/ ประสานงาน สร้างแรงจูงใจ และสภาพแวดล้อมเพื่อความสำเร็จของหน่วยงานและองค์กร

1) การสื่อสารและประสานงานประจำภายในหน่วยงาน

วิธีการที่ใช้	ความถี่	จุดมุ่งหมาย
การประชุม		
กระดาน DMS		
การส่งเวร		
Line กลุ่ม		
Google chat		

2) วิธีการสร้างแรงจูงใจและสภาพแวดล้อมการทำงานที่ทำให้บุคลากรมุ่งมั่นรับผิดชอบภาระกิจ และสร้างความก้าวหน้า/ ความสำเร็จของหน่วยงาน

.....

.....

.....

I-2 กลยุทธ์และการวางแผนพัฒนา (มีการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในภายนอกอย่างน้อยปีละครั้ง กำหนด ใจทย์หรือประเด็นสำคัญในการพัฒนา วิเคราะห์สภาพแวดล้อม การกำหนดแผนพัฒนาระยะสั้น/ ระยะยาว วิธีติดตามความก้าวหน้าและวัดความสำเร็จ รวมทั้งแนวทางการจัดหาทรัพยากร)

1. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน ภายนอกของหน่วยงาน (SWOT analysis) ที่มีผลต่อ

ความสำเร็จของหน่วยงาน (วันเวลาที่ทบทวนครั้งล่าสุด.....)

ปัจจัยภายในที่เป็นจุดแข็ง	ปัจจัยภายในที่เป็นจุดอ่อน
ปัจจัยภายนอกหน่วยงานที่เอื้อ	ปัจจัยภายนอกหน่วยงานที่เป็นอุปสรรค

2. **แผนพัฒนาหน่วยงาน** (วัตถุประสงค์การพัฒนาได้มาจาก นโยบายหรือยุทธศาสตร์องค์กร ข้อเสนอแนะจากผู้เยี่ยม หรือความประสงค์ของหน่วยงานเองจากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ที่จะดำเนินการให้สำเร็จได้ใน 1-2 ปี ไม่เกิน 3 ประเด็น)

1) **แผนการพัฒนาสำคัญในปี 2567**

วัตถุประสงค์	โครงการ/ กิจกรรม	ทรัพยากรที่จำเป็น	การประเมินความสำเร็จ

2) **ความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรค และการปรับแผน (เดิมเมื่อเริ่มดำเนินการแล้ว 6 เดือน)**

.....

.....

.....

- I-3 **ผู้รับบริการ/ ผู้รับผลงาน** (กำหนดกลุ่มสำคัญ ช่องทางติดต่อมีปฏิสัมพันธ์ รับรู้ความต้องการ/ ความคาดหวัง แล้วนำมาปรับปรุงกระบวนการให้บริการ เสริมพลัง/ สร้างการมีส่วนร่วม รับฟังเสียงสะท้อน คำนึงสิทธิ/ ความเป็นส่วนตัว)

1. **การแบ่งผู้รับบริการ/ ผู้รับผลงานกลุ่มสำคัญ เพื่อกำหนดช่องทางการสื่อสาร รับรู้ข้อมูลและรับฟังความต้องการ**

กลุ่ม	ช่องทางสื่อสารรับรู้/ รับฟัง	ความถี่ในการดำเนินการ

2. **สรุปประเด็นความต้องการและความคาดหวังสำคัญสำคัญของผู้รับบริการ/ผู้รับผลงาน และการนำไปใช้ประโยชน์**

ความต้องการ/ ความคาดหวังสำคัญ	การนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุง

3. ประเด็นสิทธิผู้ป่วยและสิทธิผู้รับผลงานสำคัญ

ประเด็น	การดำเนินการเพื่อคุ้มครอง/ตอบสนอง

4. กิจกรรม/วิธีการให้ความรู้/ เสริมพลัง และสร้างการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ/ ผู้รับผลงาน

กิจกรรม/ วิธีการ	ความสำเร็จ

5. การจัดการความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจ ข้อร้องเรียน และประสบการณ์ผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน

ประเด็น	วิธีรับรู้/ ค้นหา	ประเด็นสำคัญ
ความพึงพอใจ		
ความไม่พึงพอใจ/ข้อร้องเรียน		
ประสบการณ์ผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน/ข้อเสนอแนะ		

I-4 การวัด/ วิเคราะห์ การจัดการสารสนเทศ การจัดการความรู้ (กำหนดข้อมูล/ สารสนเทศและตัวชี้วัดสำคัญที่จะใช้ในการดำเนินการและปรับปรุง มีการรวบรวม จัดเก็บ สังเคราะห์ และวิเคราะห์เพื่อใช้ประโยชน์ มีการจัดการความรู้ทั้งจากทักษะในบุคคลและจากภายนอกรวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานประจำ หรือสร้างนวัตกรรม)

1. **การกำหนดตัวชี้วัดสำคัญสำคัญของหน่วยงาน** (สอดคล้องกับประเด็นคุณภาพสำคัญของหน่วยงาน ควรครอบคลุมประสิทธิผล (ดูไข้) ประสิทธิภาพ (ดูคุ่ม) และคนเป็นศูนย์กลาง (ดูคน)

ชื่อตัวชี้วัด	ประเด็นคุณภาพ/ มิติคุณภาพที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบในการรวบรวม/ รายงาน

2. การจัดการสารสนเทศ (สำคัญที่ใช้ในการจัดการ/ ตัดสินใจ)

ข้อมูลสำคัญที่ต้องใช้	วัตถุประสงค์/ การใช้ประโยชน์	วิธีการได้มา

3. การจัดการความรู้ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน

ความรู้/ ทักษะที่จำเป็น	วัตถุประสงค์/ การใช้ประโยชน์	การทบทวน หรือ Update ครั้งล่าสุด

I-5 การบริหาร/ พัฒนาบุคลากร (มีการบริหารจัดการอัตรากำลังและสมรรถนะของบุคลากรให้สอดคล้องกับภาระงาน ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็น และดูแลสุขภาพ/ สวัสดิภาพ สร้างแรงจูงใจและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน)

1. แนวทางการบริหารอัตรากำลัง

1) ในภาวะปกติ

.....

.....

2) ในภาวะไม่ปกติ

.....

.....

2. แนวทาง/ แผนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร

1) การฝึกอบรมภายในหน่วยงาน

.....

.....

2) การส่งเข้าอบรมตามแผน/โครงการขององค์กรหรืออบรมภายนอก

.....

.....

.....

3. การจัดการสวัสดิภาพ/ สุขภาพบุคลากร

1) การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายให้เพียงพอ

.....

.....

.....

.....

2) การตรวจสุขภาพปกติ/ เฉพาะกรณี

(ระบุว่าบุคลากรได้รับการตรวจครบถ้วนตามมาตรฐานหรือไม่)

.....

.....

3) กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

.....

.....

4. กิจกรรมการสร้างควมสามัคคี ขวัญกำลังใจบุคลากร

.....

.....

I-6 การปฏิบัติการ (ออกแบบปรับปรุงกระบวนการและวิธีปฏิบัติในขั้นตอนสำคัญ ให้สอดคล้องกับมาตรฐาน ข้อกฎหมาย มีความกระชับคล่องตัว ไม่สูญเสีย ไม่สูญเปล่า มีการควบคุมต้นทุน ปฏิบัติได้คงเส้นคงวา บรรลุผล สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ/ ผู้รับผลงาน ได้เป็นอย่างดี มีการประสานกับหน่วยงานอื่นๆ/ ผู้ส่งมอบ และมีแผนฉุกเฉิน)

1. กระบวนการหลัก (ระบุขั้นตอนหลัก เป้าหมาย/ ข้อกำหนด/ วิธีการปฏิบัติ/ การประเมินผล)

1) การบริการผู้ป่วย (เฉพาะหน่วยงานทางคลินิก)

ขั้นตอน	ข้อกำหนด/ ประเด็น คุณภาพสำคัญ	วิธีการ/ มาตรฐาน การปฏิบัติ	การประเมินผลสำเร็จ
1. การเข้าถึง/ เข้ารับบริการ			
2. การประเมิน/ วินิจฉัย			
3. การวางแผน			
4. การดูแลรักษา			
5. การให้ข้อมูล/ เสริมพลัง			
6. การดูแลต่อเนื่อง			

2) กระบวนการอื่น ๆ (หน่วยงานอื่น ๆ หรือหน่วยงานทางคลินิกที่มีมากกว่า 1 กระบวนการ)

ขั้นตอน	ข้อกำหนด/ ประเด็น คุณภาพสำคัญ	วิธีการ/ มาตรฐาน การปฏิบัติ	การประเมินผลสำเร็จ

3) แนวทางในการจัดการให้มีวัสดุอุปกรณ์สำหรับใช้งานเพียงพอ

4) การจัดการต้นทุน ลดการใช้ทรัพยากร (ถ้ามี)

5) แผนจัดการกรณีฉุกเฉิน (ถ้ามี)

II-1.1 การจัดการคุณภาพ (มีการค้นหาโอกาสพัฒนาจากกิจกรรมทบทวน การรับฟังเสียงของผู้รับบริการ/ ผู้รับผลงาน ข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยมสำรวจ และการเทียบเคียงกับมาตรฐาน/ องค์ความรู้และหลักฐานวิชาการใหม่ๆ แล้วนำมาปรับปรุงโดยใช้กระบวนการคุณภาพ (PDSA/ CQI)

1. การค้นหาโอกาสพัฒนาจากกิจกรรมทบทวน (เลือกเฉพาะหัวข้อที่เกี่ยวข้องและทำสม่ำเสมอ)

กิจกรรม/ ทบทวน	วิธีการ	ความถี่	ประเด็นสำคัญที่สามารถนำไปปรับปรุง
1. การรับฟังผู้ปฏิบัติงาน			
2. การทบทวนการดูแลผู้ป่วย/ การให้บริการ	เช่น DMS การส่งเวร		
3. การทบทวนเวชระเบียน/ เอกสารบันทึกการทำงาน	One Day One Chart		
4. การทบทวนอุบัติการณ์	MM Conference		
5. การทบทวนการใช้ทรัพยากร	Utilization Review		
6. การทบทวนข้อร้องเรียน/ เสนอแนะจากผู้รับผลงาน			
7. การทบทวนความรู้ทักษะ บุคลากร			

กิจกรรม/ ทบทวน	วิธีการ	ความถี่	ประเด็นสำคัญที่สามารถนำไปปรับปรุง
8. การทบทวนการส่งต่อ/ ประสานหน่วยงานอื่น			
9. การทบทวนการใช้ยา/ เลือด			
10. การทบทวนการใช้เครื่องมือ/ อุปกรณ์			
11. การทบทวนการติดเชื้อ			
12. การทบทวน/วิเคราะห์ตัวชี้วัด			
13. การทบทวนผลการตรวจ ประเมิน			
14. การทบทวนแผนอค์คิภัย			
15. อื่นๆ			

2. แนวคิด/ เครื่องมือคุณภาพที่หน่วยงานนำมาใช้ในการพัฒนา (เช่น 3P, PDSA, CQI, Lean, R2R)

.....

.....

3. การนำประเด็นคุณภาพสำคัญมาพัฒนาด้วยการทำ CQI/ R2R ในปีที่ผ่านมา

เรื่อง	ทีมรับผิดชอบ	ระยะเวลาดำเนินการ

4. การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานเฉพาะ และการรับรอง (ถ้ามี)

มาตรฐาน	สถานะการรับรอง	แผนดำเนินการ
ISO-15189	รับรองตั้งแต่ปี 2565-2567	เตรียมรับรองซ้ำปลายปี 2567

II-1.2 การจัดการความเสี่ยง (มีการค้นหาความเสี่ยง ทั้งจากบริบทและตามนโยบาย นำมาวางแผนป้องกัน เฝ้าระวังและเตรียมตอบสนอง มีการรายงานอุบัติการณ์ และนำอุบัติการณ์ที่เกิดในหน่วยงานมาทบทวนและปรับปรุงการทำงาน มีการให้ความรู้ด้านความปลอดภัยและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย)

1. ความเสี่ยงคลินิกที่สำคัญ (Clinical Risk Profile) เฉพาะหน่วยงานทางคลินิก

(ใช้ Patient Safety Goal และมาตรฐานสำคัญจำเป็น เป็นแกนในการพิจารณา จัดลำดับความสำคัญด้วย Risk Matrix จากโอกาสเกิดและผลกระทบหากเกิดขึ้น)

ลำดับ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง	แนวทางการจัดการ (เช่นทำ Risk Register คู่มือ/ แนวทางป้องกัน)
1.		มาก	
2		สูง	
3		กลาง	

2. ความเสี่ยงทั่วไป

ลำดับ	ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง	แนวทางการจัดการ (เช่นทำ Risk Register คู่มือ/ แนวทางป้องกัน)
1.		สูง	
2		กลาง	
3		กลาง	

3. อุบัติการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในรอบปี และการทบทวน

ชื่ออุบัติการณ์	เกิดขึ้นเมื่อ	ผลการทบทวนและการปรับระบบ

4. กิจกรรมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านความปลอดภัยในหน่วยงาน (ถ้ามี)

.....

.....

.....

II-3 การจัดการสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในการทำงาน (มีการประเมินและปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่ทำงานให้เหมาะสมกับการทำงาน การให้บริการ มีความสะอาด ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย ตามหลักอาชีวอนามัย มีการจัดการของเสีย ขยะอันตรายอย่างเหมาะสม รวมทั้งแผนป้องกันอัคคีภัย)

1. ประเด็นสำคัญด้านสภาพแวดล้อมและการจัดการ

ประเด็นสำคัญ	วิธีการจัดการ/ ประเมินผล	ผลการประเมิน/ ปัญหา	การปรับปรุงในช่วงปีที่ ผ่านมา
● สภาพแวดล้อมโดยรวม	5 ส		
● การจัดการอัคคีภัย	จัดทำและซ้อมแผน		
● อาชีวอนามัย	รับการตรวจจาก อาชีวอนามัย		
● การจัดการขยะ/ ของเสีย			

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ตามบริบท) (มีการประเมินและวางแผนจัดการด้านการติดเชื้อเหมาะสมตามบริบท ฝึกอบรมบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติ ติดตามการปฏิบัติและผลลัพธ์เพื่อนำมาปรับปรุง)

1. บริบทที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ

ประเด็นสำคัญ	การดำเนินการ	ผลลัพธ์
Zoning		
Hand Hygiene		
VAP		
CAUTI		
CLABSI		

2. การฝึกอบรมกำกับดูแลบุคลากรด้านการติดเชื้อ

กลุ่ม	การอบรม/ กำกับดูแล	ผลลัพธ์
ICWN		
พยาบาล		
บุคลากรอื่น ๆ		

II-6 การจัดการด้านยา (ตามบริบท) (มีการประเมินบริบทด้านยาและนำมาตรฐานสำคัญด้านยาที่เกี่ยวข้องมาดำเนินการ ให้ความรู้บุคลากร กำกับดูแลการปฏิบัติ และประเมินผล แล้วนำมาปรับปรุง)

1. บริบทที่เกี่ยวข้องกับยา

ประเด็นสำคัญ	การดำเนินการ	ผลลัพธ์
HAD		
การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อน		
การจัดการ ADE		
การจัดเก็บยาสำรอง		
การจัดการยาเสพติด		

2. การฝึกอบรมให้ความรู้บุคลากรเกี่ยวกับยา

- 1) การเข้าอบรมที่กรรมการ Med Safety จัดให้.....
- 2) การทบทวนความเข้าใจภายในหน่วยงาน.....

ส่วนที่สี่

ผลงานและความสำเร็จอื่น ๆ

1. ผลลัพธ์การติดตามตัวชี้วัดสำคัญ HA I-4.1ก(1)

ตารางแสดงตัวชี้วัดและผลลัพธ์

ชื่อ KPI	ค่าเป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
เชิงประสิทธิผล (ผลสำเร็จของงาน เช่น ผลการดูแลผู้ป่วย ผลด้านความปลอดภัย)						
เชิงประสิทธิภาพ/ Process Indicators (เช่นระยะเวลาารอคอย จำนวนชิ้นงานที่ทำได้)						
คนเป็นศูนย์กลาง (เช่นความพึงพอใจ NPS ข้อร้องเรียน)						
มิติตุณภาพอื่น ๆ (ถ้ามี)						

2. กราฟแสดงตัวชี้วัดสำคัญ และผลการวิเคราะห์ (ตัวชี้วัดสำคัญให้จัดทำกราฟที่เข้าใจง่าย มีค่าเป้าหมาย และสัญลักษณ์ที่ชี้ทิศทางของเป้าหมาย ระบุคู่เทียบ(ถ้ามี) และมีการวิเคราะห์ระดับการบรรลุเป้าหมาย แนวโน้ม ความแปรปรวน การเทียบเคียง และปัจจัยที่ทำให้เกิดขึ้น และนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงกระบวนการ) อย่างน้อย 2-3 ตัว

3. ผลงาน ความสำเร็จและภาคภูมิใจ (เขียนอธิบายโดยย่อ)

- 1) ผลงาน CQI, R2R ที่แล้วเสร็จ
- 2) นวัตกรรม
- 3) รางวัลที่ได้รับ
- 4) การรับรองเฉพาะจากหน่วยงานภายนอก

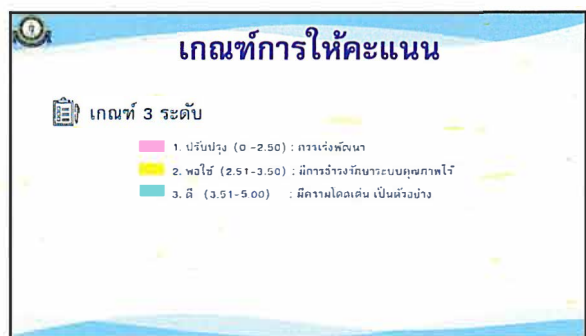
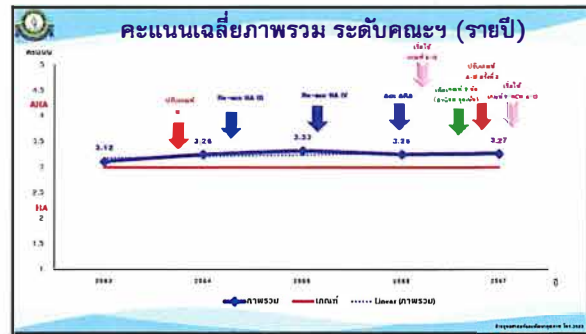
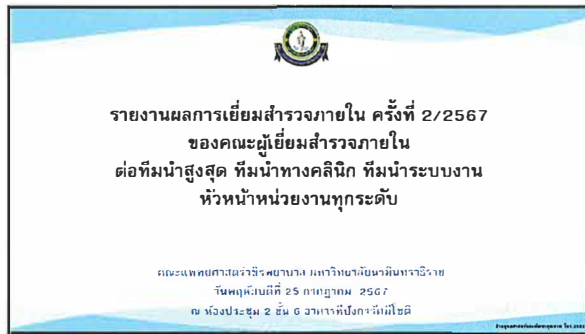
ส่วนที่ห้า

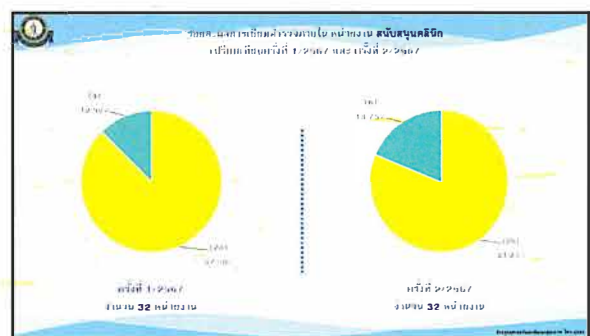
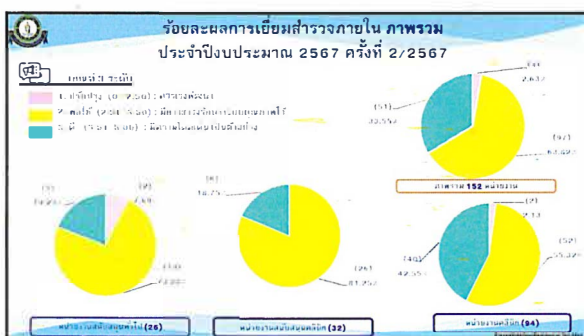
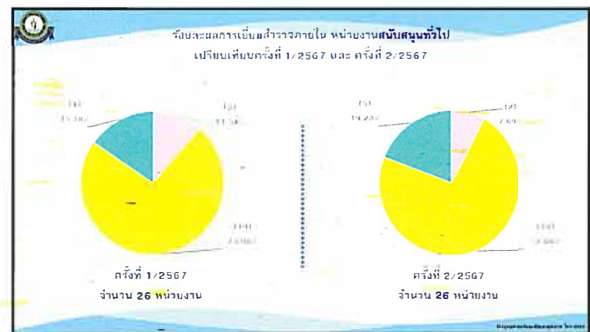
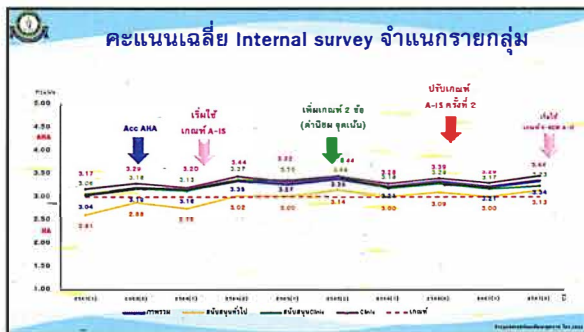
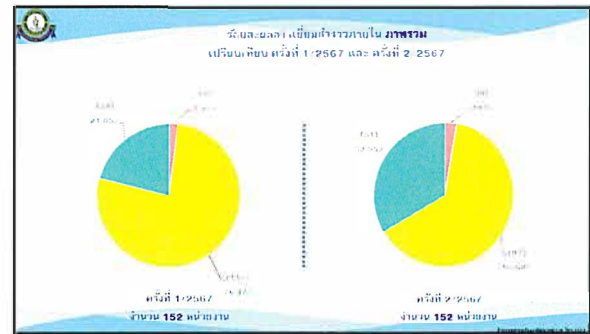
เอกสารแนบ

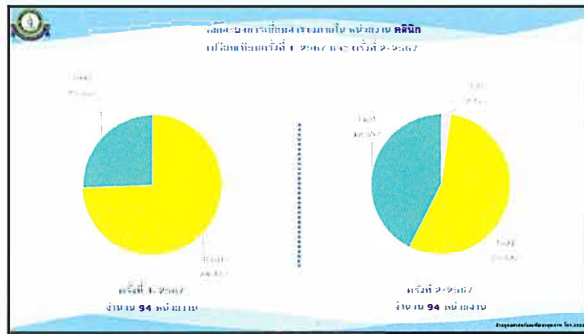
- 1) Flow กระบวนการสำคัญ (ถ้ามี)
- 2) มาตรฐานการปฏิบัติงาน/ คู่มือ (ใส่เฉพาะรายชื่อ เอกสารให้แสดงที่หน่วยงานเมื่อมีการเยี่ยม)
- 3) สรุปโครงการ/ กิจกรรม CQI/ R2R/ นวัตกรรม Risk Register (ถ้ามี) ทั้งที่ดำเนินการแล้วหรืออยู่ระหว่างดำเนินการ เรื่องละ 1 – 2 หน้า (ย้อนหลังไม่เกิน 3 ปี)

หัวข้อที่กำหนด

1. เรื่องที่ ปีงบประมาณผู้รับผิดชอบหลัก.....
2. ชื่อผลงาน (ควรให้สื่อความหมายและระดับที่สุด อยู่ใน 1 บรรทัด)
3. คำสำคัญ (เพื่อง่ายต่อการค้นหา ไม่ต้องมีคำอธิบายศัพท์)
4. ปัญหา เป้าหมาย
 - ปัญหา (ระบุปัญหา สาเหตุ และผลกระทบอย่างสั้นๆ)
 - เป้าหมาย (ควรเขียนเป้าหมายที่สำคัญที่สุดเพียงประเด็นเดียว)
5. สาระสำคัญของการพัฒนา
(ขั้นตอนการพัฒนา ควรเขียนในลักษณะ bullet เน้นขั้นตอนที่สำคัญ ที่กระชับ เข้าใจง่าย)
6. ผลลัพธ์
7. บทเรียนเพื่อการแบ่งปัน (เขียนในลักษณะของ bullet ระบุ action ที่ผู้อ่านสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทันที)
8. การนำเสนอในเวทีคุณภาพในช่วงที่ผ่านมา







คะแนนรายข้อ จำนวนตามกลุ่มหน่วยงาน

ข้อ	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 3	ข้อ 4
1. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.70	3.38
2. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38
3. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38
4. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38
5. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38
6. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38
7. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38
8. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38
9. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38
10. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38
11. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38
12. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38
13. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38
14. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38
15. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38

เปรียบเทียบความสอดคล้อง
ของคะแนนการประเมินตนเอง กับคะแนนที่ได้จากการเยี่ยมชมสำรวจ
จำนวน 152 หน่วยงาน (ร้อยละ 100)

ความสอดคล้อง	จำนวนหน่วยงาน	ร้อยละ
เท่ากัน	4	2.63
สอดคล้อง	84	42.11
ไม่สอดคล้อง	84	55.26
- สูงกว่า	43	28.29
- ต่ำกว่า	41	26.97

เกณฑ์การพิจารณาความสอดคล้อง เท่ากับ +/- 0.3

Score guide ข้อ B การประเมินตนเอง

ข้อ	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 3	ข้อ 4	ข้อ 5
1. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38	3.38
2. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38	3.38
3. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38	3.38
4. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38	3.38
5. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38	3.38
6. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38	3.38
7. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38	3.38
8. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38	3.38
9. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38	3.38
10. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38	3.38
11. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38	3.38
12. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38	3.38
13. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38	3.38
14. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38	3.38
15. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.37	3.37	3.38	3.38	3.38

คะแนนรายข้อสูงสุด/ต่ำสุด จำนวนตามกลุ่มหน่วยงาน

ภาพรวม	คะแนน
ข้อ 1 การประเมินตนเอง	3.56
ข้อ 2 การประเมินตนเอง	3.20
หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป	
ข้อ 1 การประเมินตนเอง	3.37
ข้อ 2 การประเมินตนเอง	2.92
หน่วยงานสนับสนุนคลินิก	
ข้อ 1 การประเมินตนเอง	3.69
ข้อ 2 การประเมินตนเอง	3.08
หน่วยงานคลินิก	
ข้อ 1 การประเมินตนเอง	3.70
ข้อ 2 การประเมินตนเอง	3.32

ความคิดเห็นของ 152 หน่วยงาน ต่อผู้เยี่ยมชมสำรวจ : คะแนนเต็ม 5

หัวข้อที่ประเมิน	ค่าเฉลี่ย
1. การทำให้ผู้เยี่ยมชมเข้าใจและเห็นภาพของกิจกรรมพัฒนารวมทั้ง	4.53
2. การให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับเป้าหมายและทิศทาง	4.50
3. การกระตุ้นและส่งเสริมให้ทีมมีการพัฒนาตนเอง	4.57
4. ความพึงพอใจต่อการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนและพัฒนา	4.48
5. การสร้างความมั่นใจและให้กำลังใจในการพัฒนาตนเอง	4.56
6. ค่าที่ผู้เยี่ยมชมเห็นว่ามีความสำคัญต่อการพัฒนาตนเอง	4.77
7. การติดตามผลและการติดตามความก้าวหน้า	4.71
8. การสรุปประเด็นสำคัญและข้อเสนอแนะ	4.50
9. การดำเนินการตามข้อเสนอแนะ	4.77
10. การทำรายงานผลการพัฒนาตนเอง	4.67

นิตยสารของกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ (ส.ก.) หน่วยงานคลินิก ประจำ 92 หน่วยงาน

ส.ก. 92 หน่วยงาน

ลำดับ	หน่วยงาน	ครั้งที่ 1/2567	ครั้งที่ 2/2567	คะแนน ส่วนต่าง
1.	ศูนย์บริการการค้าและวิชาการเกษตร	ดีมาก	ดีมาก	0.45
2.	ศูนย์บริการการค้าและวิชาการเกษตร	พอใช้	พอใช้	0.42
3.	ศูนย์บริการการค้าและวิชาการเกษตร	ดีมาก	ดีมาก	0.32

หน่วยงานกลุ่ม สนับสนุนคลินิก
ที่มีคะแนนผลงานการพัฒนาภาวะโรค 3 ลำดับแรก
จากทั้งหมด 32 หน่วยงาน

ลำดับ	หน่วยงาน	ครั้งที่ 1/2567	ครั้งที่ 2/2567	คะแนน ส่วนต่าง
1.	หน่วยสนับสนุนบริการและวิชาการเกษตร	ดีมาก	ดีมาก	0.45
2.	หน่วยบริการเกษตรกรรม ผู้ป่วยใน	พอใช้	พอใช้	0.42
3.	หน่วยงานเคมีคลินิกและภูมิคุ้มกันวิทยา	ดีมาก	ดีมาก	0.32

ประกาศรายชื่อ
หน่วยงานที่มีคะแนนการเยี่ยมสำรวจภายในดีเด่น
ประจำปี 2567

1.ประเภท ผลงานการพัฒนาภาวะโรค 3 กลุ่ม
คะแนนรวมต่าง (GAP) ระหว่างการเยี่ยมสำรวจภายใน ดีที่ 1 / 2567 กับ ดีที่ 2/2567 สูงสุดขององค์กรกลุ่ม

2.ประเภท ผลงานการพัฒนาขอเยี่ยมชม 3 กลุ่ม
คะแนนการเยี่ยมสำรวจภายในของปี 2567 เกือบสูงสุดขององค์กรกลุ่ม

ขอเชิญหัวหน้าหน่วยงานเข้ารับประกาศเกียรติคุณ
วันสถาปนาโรงพยาบาล 2 มกราคม 2568 ณ ห้องประชุม 2 อาคารที่บึงกร

หน่วยงานกลุ่ม คลินิก
ที่มีคะแนนผลงานการพัฒนาภาวะโรค 5 ลำดับแรก
จากทั้งหมด 94 หน่วยงาน

ลำดับ	หน่วยงาน	ครั้งที่ 1/2567	ครั้งที่ 2/2567	คะแนน ส่วนต่าง
1.	ศูนย์ฝึกอบรมสถานการณ์จำลองทางคลินิกชีววิทยา (V-SIM)	พอใช้	ดีมาก	1.08
2.	หอผู้ป่วยหนักหัวใจ 80	พอใช้	ดีมาก	0.92
3.	หอผู้ป่วยหนักหัวใจ 68	พอใช้	พอใช้	0.86
4.	หอผู้ป่วยหนักหัวใจ 158	ดีมาก	ดีมาก	0.77
5.	หอผู้ป่วยหนักหัวใจ 48	พอใช้	ดีมาก	0.69

หน่วยงานกลุ่ม สนับสนุนทั่วไป
ที่มีคะแนนผลงานการพัฒนาภาวะโรค 3 ลำดับแรก
จากทั้งหมด 26 หน่วยงาน

ลำดับ	หน่วยงาน	ครั้งที่ 1/2567	ครั้งที่ 2/2567	คะแนน ส่วนต่าง
1.	งานบริการสารสนเทศ	พอใช้	พอใช้	0.40
2.	งานจัดหารายได้	พอใช้	พอใช้	0.35

หน่วยงานที่มีผลงานการพัฒนาขอเยี่ยมชม
ประจำปี 2567

หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป
ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ

หน่วยงานสนับสนุนคลินิก
หน่วยสนับสนุนบริการและวิชาการเกษตร
สังกัด ฝ่ายเกษตรกรรม

หน่วยงานคลินิก
หน่วยงานระดมความรู้
สังกัด ฝ่ายการพยาบาล



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพโทร. ๓๕๒๕)

ที่ พวช.๐๖/ ๕๔๒ วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอโปรดลงนามในใบประกาศนียบัตร

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (ผ่านรองคณะบดี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิโรจน์ รักษากุล)

ตามที่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๒ ครั้ง เพื่อกระตุ้นและติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ และมีนโยบายในการยกย่อง เชิดชู ใ้รางวัลเพื่อเสริมสร้างขวัญ และกำลังใจ นั้น

ในการนี้ ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ จึงขอให้ท่านลงนามในใบประกาศเกียรติบัตร เพื่อมอบให้แก่หน่วยงานที่ได้รับรางวัลในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๑๘ ฉบับ โดยมีรายชื่อดังนี้

๑. ประเภท ผลงานการพัฒนาก้าวหน้ากระโดด

(มีคะแนนความต่าง ของการเยี่ยมสำรวจภายใน ครั้งที่ ๑ และ ๒ สูงสุดของแต่ละกลุ่มตามลำดับ)

กลุ่มหน่วยงานสนับสนุนทั่วไป	กลุ่มหน่วยงานสนับสนุนคลินิก	กลุ่มหน่วยงานคลินิก
๑. ฝ่ายการศึกษาและกิจการนักศึกษา	๑. หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก 2 สังกัดฝ่ายเภสัชกรรม	๑. ห้องตรวจหัวใจและหลอดเลือด สังกัด ฝ่ายการพยาบาล
๒. สำนักงานฝ่ายการพยาบาล สังกัด ฝ่ายการพยาบาล	๒. ฝ่ายเวชภัณฑ์การแพทย์	๒. หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17A สังกัดฝ่าย การพยาบาล
๓. งานมาตรฐานความปลอดภัยและ พลังงาน สังกัดฝ่ายวิศวกรรมบริการ	๓. หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยใน สังกัด ฝ่ายเภสัชกรรม	๓. หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 5A สังกัดฝ่าย การพยาบาล
		๔. คลินิกกระชับปวด สังกัดฝ่ายการ พยาบาล
		๕. หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B สังกัดฝ่ายการ พยาบาล
		๖. ตึกผ่าตัด 3 สังกัดฝ่ายการพยาบาล
		๗. ศูนย์หัตถการสวนหัวใจและ หลอดเลือด สังกัดฝ่ายการพยาบาล

๒.ประเภท ผลงานการพัฒนาถอดเขียน

(มีคะแนนการเขียนสำรวจภายในของปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เฉลี่ยสูงสุดของกลุ่ม)

กลุ่มหน่วยงานสนับสนุนทั่วไป	กลุ่มหน่วยงานสนับสนุนคลินิก	กลุ่มหน่วยงานคลินิก
๑. ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ	ฝ่ายเวชภัณฑ์การแพทย์	๑. หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 5A สังกัดฝ่ายการพยาบาล
๒. สำนักงานผู้อำนวยการโรงพยาบาล		๒. ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์การพยาบาลบาดแผลและออสโตมี สังกัดฝ่ายการพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา พร้อมนี้ได้แนบใบประกาศนียบัตรในรูปแบบกระดาดมาด้วยแล้ว



([Redacted Signature])

หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เพื่อโปรดพิจารณาลงนาม

ลงนามแล้ว

([Redacted Signature])

รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๖

([Redacted Signature])

คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖

- สำเนา -

๒.ประเภท ผลงานการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(มีคะแนนการเยี่ยมสำรวจภายในของปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เฉลี่ยสูงที่สุดของกลุ่ม)

กลุ่มหน่วยงานสนับสนุนทั่วไป	กลุ่มหน่วยงานสนับสนุนคลินิก	กลุ่มหน่วยงานคลินิก
๑. ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ	ฝ่ายเวชภัณฑ์การแพทย์	๑. หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 5A สังกัดฝ่ายการพยาบาล
๒. สำนักงานผู้อำนวยการโรงพยาบาล		๒. ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์การพยาบาลบาดแผลและออสโตมี สังกัดฝ่ายการพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา พร้อมนี้ได้แนบใบประกาศนียบัตรในรูปแบบกระดาษมาด้วยแล้ว

๐

๐



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพโทร. ๓๕๒๕)

ที่ พวช.๐๖/๕๕๐ วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ดำเนินการรายการพิธีมอบใบประกาศนียบัตรในวันสถาปนาวชิรพยาบาล

เรียน หัวหน้าสำนักงานคนบดี

ตามที่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๒ ครั้ง เพื่อกระตุ้นและติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ และนโยบายในการยกย่อง เชิดชู ให้รางวัลเพื่อเสริมสร้างขวัญ และกำลังใจ นั้น

ในการนี้ ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ จึงขอความอนุเคราะห์ท่านดำเนินการรายการพิธีมอบใบประกาศนียบัตรในวันสถาปนาวชิรพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. มอบใบประกาศนียบัตร
๒. สคริปพิธีกร
๓. QR Code ลงทะเบียน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา พร้อมนี้ส่งใบประกาศนียบัตรพร้อมปกมาด้วยแล้ว

([Redacted Signature])

หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

มอบ หัวหน้างานสื่อสารและส่งเสริมภาพลักษณ์
เพื่อโปรดดำเนินการ

([Redacted Signature])

หัวหน้าสำนักงานคนบดี
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๖



แบบสำรวจความพึงพอใจ
ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

รายชื่อหน่วยงานที่เข้ารับใบประกาศนียบัตร
หน่วยงานที่มีผลคะแนนการเยี่ยมสำรวจภายใน ประจำปี 2566
ประเภทผลงานการพัฒนาก้าวกระโดด และ ประเภทผลงานการพัฒนายอดเยี่ยม
ในวันสถาปนาวชิรพยาบาล 2 มกราคม 2567 ณ ห้องประชุม ชั้น 6 อาคารที่ปิงกรัศมีโชติ

1. ประเภทผลงานการพัฒนาก้าวกระโดด ได้แก่

หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป

1. ฝ่ายการศึกษาและกิจการนักศึกษา
2. สำนักงานฝ่ายการพยาบาล สังกัดฝ่ายการพยาบาล
3. งานมาตรฐานความปลอดภัยและพลังงาน สังกัดฝ่ายวิศวกรรมบริการ

หน่วยงานสนับสนุนคลินิก

1. หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก 2 สังกัดฝ่ายเภสัชกรรม
2. ฝ่ายเวชภัณฑ์การแพทย์
3. หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยใน สังกัดฝ่ายเภสัชกรรม

หน่วยงานคลินิก

1. ห้องตรวจหัวใจและหลอดเลือด สังกัดฝ่ายการพยาบาล
2. หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17A สังกัดฝ่ายการพยาบาล
3. หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 5A สังกัดฝ่ายการพยาบาล
4. คลินิกกระดูกสันหลัง สังกัดฝ่ายการพยาบาล
5. หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B สังกัดฝ่ายการพยาบาล
6. ตึกผ่าตัด 3 สังกัดฝ่ายการพยาบาล
7. ศูนย์หัตถการสวนหัวใจและหลอดเลือด สังกัดฝ่ายการพยาบาล

2. ประเภทผลงานผลงานการพัฒนายอดเยี่ยม ได้แก่

หน่วยงานสนับสนุนทั่วไป

1. ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ
2. สำนักงานผู้อำนวยการโรงพยาบาล

หน่วยงานสนับสนุนคลินิก

1. ฝ่ายเวชภัณฑ์การแพทย์

หน่วยงานคลินิก

1. หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 5A สังกัดฝ่ายการพยาบาล
2. ศูนย์ความเป็นเลิศทางการพยาบาลบาดแผลและออสโตมี สังกัดฝ่ายการพยาบาล



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอมอบเกียรติบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

เป็นหน่วยงานผลงานการพัฒนายอดเยี่ยม “ประเภทหน่วยงานสนับสนุนทั่วไป”

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

()

คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Google Site : <https://sites.google.com/nmu.ac.th/is-vjr>


การเยี่ยมสำรวจภายใน คณะแพทยศา...

การเยี่ยมสำรวจภายใน

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คำสั่งแต่งตั้งคณะผู้เยี่ยมสำรวจภายใน



ปี 2561



ปี 2562



ปี 2563



ปี 2564



ปี 2565

คู่มือเกณฑ์การประเมินคุณภาพภายใน ระดับหน่วยงาน



คู่มือเกณฑ์การประเมินคุณภาพ
ในการเยี่ยมสำรวจภายใน ชั้นก้าวหน้า
(VAIRA A-IS : Advanced Internal Survey)
ฉบับแก้ไขครั้งที่ 07

โดย : ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
21 พฤศจิกายน 2562

คู่มือเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ระดับหน่วยงาน
A-IS
(ฉบับแก้ไขครั้งที่ 07)



คู่มือการเยี่ยมสำรวจภายในชั้นก้าวหน้าระดับหน่วยงาน
(VAIRA NEW ADVANCE INTERNAL SURVEY (V-NEW A-IS))

โดย ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คู่มือเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ระดับหน่วยงาน
V-NEW A-IS
(ฉบับแก้ไขครั้งที่ 08)

รายชื่อทีมผู้เยี่ยมสำรวจภายใน



รายชื่อทีมผู้เยี่ยมสำรวจภายใน
ครั้งที่ 1/2566

ครั้งที่ 1/2566



รายชื่อทีมผู้เยี่ยมสำรวจภายใน
ครั้งที่ 2/2566

ครั้งที่ 2/2566

