

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รายงานการวิจัย

ระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การ
สำหรับการพัฒนานโยบายเพื่อปรับปรุง
ระบบการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ

บัญชา แก้วส่อง

พิรศักดิ์ ศรีฤชา

สุจิตรา จงจิตร

สมภพ พระธานี

สุกัญญา เอ็มอิมธรรม

อมร สุวรรณนิมิตร



ห้องสมุดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ISBN 974-299-025-5

ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พฤษภาคม 2542

nx
150
เลขที่ 150
เลขที่ 150
วันที่ 6 เดือน พค ปี 42

คำนำ

รายงานการวิจัยเรื่อง ระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การสำหรับการพัฒนาโยบายเพื่อปรับปรุงระบบการบริหารโรงพยาบาลของรัฐนี้ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งคณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ ที่นี้ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งนายแพทย์สุกกร บัวสาย รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ได้ทุ่มเททั้งความคิดและกำลังใจให้แก่ทีมวิจัย

การวิจัยนี้แยกออกเป็น 3 เล่ม คือ เล่มที่ 1 เป็นบทรายงานการวิจัย คือเอกสารฉบับนี้ เล่มที่ 2 เป็นเอกสารรายงานการวิจัยรายกรณีศึกษา ส่วนเล่มที่ 3 รวบรวมเครื่องมือในการตรวจสอบขององค์การที่เป็นกรณีศึกษา

สำหรับรายงานการวิจัยฉบับนี้ได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 6 บท คือ บทนำ ซึ่งเน้นนำเสนอให้เห็นแนวคิดและวิธีการวิจัย ส่วนบทที่ 2 เน้นให้เห็นสภาพขององค์การที่เข้าไปทำการศึกษาทั้งในเรื่องของการเปลี่ยนแปลง การจัดระบบการบริหารจัดการ และการจัดวางระบบการตรวจสอบเพื่อให้เห็นสภาพแวดล้อมที่เป็นบริบทของการตรวจสอบก่อนที่จะเสนอระบบการตรวจสอบภายใน บทที่ 3 โดยเน้นในเรื่องของแนวคิดการตรวจสอบ องค์การการตรวจสอบ กระบวนการ เครื่องมือและกฎเกณฑ์ที่ใช้ และสัมฤทธิ์ผลของการตรวจสอบ ส่วนบทที่ 4 ได้แยกการตรวจสอบเฉพาะทางออกมาชี้ให้เห็น ทั้งการตรวจสอบทางการแพทย์ การพยาบาล และการตรวจสอบคุณภาพของทีมงาน โดยเฉพาะงานด้านเภสัชกรรม และโภชนาการ ส่วนบทที่ 5 พยายามนำประเด็นแนวคิดจากองค์กรที่ดำเนินการตรวจสอบในส่วนกลางทั้ง สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน สำนักงานประกันสังคม และโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และบทสุดท้าย เป็นความพยายามที่จะสรุปสังเคราะห์ข้อค้นพบที่สำคัญ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการตรวจสอบโรงพยาบาลของรัฐ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการตรวจสอบโรงพยาบาลของรัฐที่จะออกนอกระบบในอนาคต

การวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานในองค์การที่เป็นกรณีศึกษาทั้งหกแห่ง อันได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลบ้านแพ้ว คลินิกนอกเวลา โรงพยาบาลรามารับดี และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ได้ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง นอกจากนี้บุคคลต่าง ๆ ที่ได้มีส่วนช่วยเหลือเกื้อกูลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ได้เอื้อนามในที่นี้ คณะผู้วิจัยก็ขอขอบพระคุณอย่างสูงด้วย

ผศ.ดร.บัญชา แก้วทองและคณะ

พฤษภาคม 2542

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ระบบการติดตาม และประเมินผลการบริหารองค์การสำหรับการพัฒนานโยบาย เพื่อปรับปรุงระบบการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ

การวิจัยระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การสำหรับการพัฒนานโยบาย เพื่อปรับปรุงระบบการบริหาร โรงพยาบาลของรัฐ ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาวิวัฒนาการปรัชญา วัตถุประสงค์หลัก และภาพรวมของระบบการบริหารองค์การที่เป็นกรณีศึกษา 6 องค์การ 2) ศึกษากระบวนการติดตามประเมินผลขององค์การที่เป็นกรณีศึกษา 3) ศึกษาถึงแนวทางหรือเงื่อนไขขององค์การส่วนกลางของรัฐที่ทำหน้าที่ติดตามและประเมินผลโรงพยาบาลของรัฐ 4) เพื่อนำเสนอแผนการดำเนินงานและเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามประเมินผลการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ

วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่เป็นกรณีศึกษา (Case Study) คือ โรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร), โรงพยาบาลทั่วไป (โรงพยาบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา), โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์), หน่วยงานพิเศษ (คลินิกนอกเวลา โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล), โรงพยาบาลเอกชน (โรงพยาบาลราชบุรียินดี จ.สงขลา), มหาวิทยาลัยอิสระ (มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี) และองค์การส่วนกลางของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบติดตามประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร ผู้บริหารองค์กรซึ่งทำหน้าที่ในการตรวจสอบ ผู้ปฏิบัติงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผล ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรที่เกี่ยวข้องอย่างสำคัญในองค์การติดตามตรวจสอบกลาง และผู้รับบริการ/ผู้แทนชุมชน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการเลือกอย่างเจาะจง (Purposive sampling)

การเก็บรวบรวมข้อมูล เน้นการศึกษาเอกสารของหน่วยงาน และการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-dept interview)

ผลการวิจัยพบว่า

1) โครงสร้างองค์การและการบริหาร

1.1) รูปแบบโครงสร้างองค์การการบริหาร มี 2 ลักษณะ คือ 1) โครงสร้างองค์การตามหน้าที่ในสายงานปกติ โดยจะขึ้นตรงต่อองค์การในระดับที่สูงขึ้นไป อำนาจการกำหนดนโยบายจะอยู่กับองค์กรแม่ 2) โครงสร้างองค์การที่มีคณะกรรมการกำหนดนโยบายเป็นองค์การสูงสุด โดยจะจัดในรูปของคณะกรรมการ ซึ่งทำหน้าที่กำหนดนโยบาย เป็นผู้ควบคุม กำกับ และดูแลการบริหารงาน

1.2) สภาพการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญขององค์กร คือ การพัฒนาคุณภาพการบริการตามแนวทางของโครงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) การพัฒนาระบบงาน การพัฒนาคุณภาพการบริการตามแนว ISO 9002 การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน และการพัฒนาในระบบองค์การในกำกับของรัฐ โดยมีสาเหตุการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ เกิดจากภาวะปัญหาเศรษฐกิจตกต่ำ การไม่ยอมรับของชุมชน ความต้องการพัฒนาระบบงาน ความต้องการทดลองรูปแบบใหม่ ทั้งนี้ปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนแปลง คือ การมีผู้นำการเปลี่ยนแปลงในองค์กรที่มีความสามารถในการสร้างทีมงานและสร้างระบบงานขึ้นใหม่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง หรือการสนับสนุนจากภายนอก เช่น การสนับสนุนให้อำนาจในการบริหารจัดการจากรัฐ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงาน เป็นต้น

2) การจัดระบบตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลขององค์กร

2.1) ระบบการตรวจสอบติดตามและประเมินผล พบว่ามี 5 ระบบใหญ่ คือ 1) การตรวจสอบทางการบริหาร 2) การตรวจสอบคุณภาพและการปฏิบัติงาน 3) การตรวจสอบทางการเงินและทรัพย์สิน 4) การตรวจสอบทางการแพทย์และ 5) การตรวจสอบติดตามและประเมินผลกลุ่มงานย่อย

2.2) การจัดองค์กรการตรวจสอบภายใน จำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) องค์กรที่มีการจัดระบบการตรวจสอบภายในที่ชัดเจนและเป็นทางการ 2) องค์กรที่มีการจัดระบบการตรวจสอบภายใน แต่เป็นระบบที่ไม่เป็นทางการ และ 3) องค์กรที่ไม่มีการจัดระบบการตรวจสอบภายใน แต่มีการจัดวางระบบการตรวจสอบคุณภาพงานและการตรวจสอบด้านการเงิน

องค์กรการตรวจสอบภายในจะมี 2 องค์กรหลัก คือ 1) องค์กรควบคุมมาตรฐาน เป็นองค์กรหลัก ประกอบด้วยทีมงานจากบุคลากรหลายฝ่าย ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและควบคุมคุณภาพ และ 2) หน่วยตรวจสอบภายใน เป็นองค์กรย่อยของการควบคุมมาตรฐาน ประกอบด้วยบุคคลที่ได้รับใบรับรองการเป็นผู้ตรวจสอบภายใน ทำหน้าที่ติดตามและตรวจสอบงานภายในขององค์กร

2.3) แนวคิดสำคัญของการตรวจสอบ มีจุดเน้น คือ 1) เกี่ยวกับการตรวจสอบทางการเงินและการบัญชี (Financial Audit) 2) การตรวจสอบการปฏิบัติงาน (Performance Audit) 3) การตรวจสอบคุณภาพงาน (Quality Audit) โดยมีวัตถุประสงค์ของการตรวจสอบภายใน คือ 1) เพื่อตรวจสอบความเชื่อถือได้ด้านการเงิน 2) เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎระเบียบ 3) เพื่อตรวจสอบคุณภาพของการปฏิบัติงาน 4) เพื่อใช้ผลการตรวจสอบเป็นแนวทางในการพัฒนาและแก้ไขระบบงาน

2.4) เครื่องมือและกฎเกณฑ์การตรวจสอบภายใน จำแนกตามประเภทของการตรวจสอบ เช่น การตรวจสอบด้านการเงินและบัญชี ใช้เครื่องมือ คือ ระเบียบ แนวทางปฏิบัติ ตรวจสอบหลัก

ฐาน หรือการตรวจสอบการปฏิบัติงาน จะพิจารณาตามระเบียบข้อบังคับ มาตรฐาน ส่วนการตรวจสอบคุณภาพการปฏิบัติงานพิจารณาตามเอกสารคุณภาพ มาตรฐานการปฏิบัติงาน เป็นต้น

2.5) กระบวนการตรวจสอบ จำแนกเป็น 3 ขั้นตอนหลัก คือ 1) ขั้นการวางแผนการตรวจสอบ ประกอบด้วย การจัดทีมงาน/คณะกรรมการตรวจสอบ การจัดทำแผนการตรวจสอบ 2) ขั้นการปฏิบัติการตรวจสอบ ประกอบด้วย การประชุมร่วมกับผู้รับการตรวจสอบ การดำเนินการตรวจสอบ การวิเคราะห์ผลการตรวจสอบ และการสรุปผลการตรวจสอบ 3) ขั้นติดตามผลการตรวจสอบ ประกอบด้วย การจัดทำรายงานผลการตรวจสอบ การดำเนินการปรับปรุงและแก้ไข และการติดตามผลการแก้ไข

2.6) สัมฤทธิ์ผลของระบบการตรวจสอบ พบว่าสามารถประหยังบประมาณ ลดต้นทุน วัสดุ มีการตื่นตัวของบุคลากร องค์กรมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลเพิ่มขึ้น องค์กรมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น หน่วยงานข้างนอกมีความมั่นใจต่อการปฏิบัติงานและการให้บริการ รวมทั้งผู้บริหารมีความมั่นใจมากขึ้น

2.7) ปัญหาและอุปสรรคของการตรวจสอบ พบว่า ทักษะคิดของผู้รับการตรวจเข้าใจว่าการตรวจสอบคือการจับผิด การปิดบังข้อมูล ขาดข้อมูล ความไม่พร้อมของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ผู้บริหารบางระดับไม่เข้าใจบทบาทของหน่วยตรวจสอบภายใน ตลอดจนผลกระทบจากหน่วยรับตรวจที่ไม่พึงพอใจกับผลการตรวจสอบ

2.8) ระบบการตรวจสอบเฉพาะกลุ่มงาน ได้แก่ การตรวจสอบทางการแพทย์ การตรวจสอบทางการแพทย์ การประกันคุณภาพกลุ่มงานเภสัชกรรม การประกันคุณภาพงานโภชนาการ ซึ่งระบบการตรวจสอบส่วนใหญ่จะเน้นที่ระบบคุณภาพของการบริการเป็นหลัก เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและเพื่อพัฒนาระบบงาน

3) องค์กรควบคุมการตรวจสอบส่วนกลาง

3.1) สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน เน้นการตรวจสอบด้านการเงิน/บัญชี ซึ่งจะมีผลด้านลบต่อการตรวจสอบ ในปัจจุบันพยายามปรับเปลี่ยนเป็นการตรวจสอบผลงาน (Performance Audit) ซึ่งน่าจะเป็นทิศทางที่ดี

3.2) การตรวจสอบของสำนักงานประกันสังคม มีหน้าที่โดยตรงในการตรวจสอบสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้เอาประกันตน ซึ่งมี 2 องค์กร คือ คณะกรรมการการแพทย์ และกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ

3.3) โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เน้นการพัฒนาระบบมาตรฐานคุณภาพการบริการ เพื่อเป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะการพัฒนาระบบการตรวจสอบโรงพยาบาล

1) การพัฒนาองค์กรการบริหารและองค์กรการตรวจสอบหรือหน่วยตรวจสอบ

ภายใน องค์กรบริหารควรมีคณะกรรมการ 2 ส่วน คือ 1) คณะกรรมการนโยบายจำนวน 7-9 คน เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ติดตาม ควบคุม และตรวจสอบ คณะกรรมการชุดนี้ควรประกอบด้วยผู้แทนจากองค์กรประชาชน/และองค์กรเครือข่าย ผู้แทนจากรัฐ ผู้แทนจากโรงพยาบาล และผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข 2) คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล จำนวน 7-9 คน ประกอบด้วยบุคลากร 2 กลุ่ม คือ ผู้แทนกลุ่มผู้บริหาร และผู้แทนกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน

องค์กรการตรวจสอบหรือหน่วยตรวจสอบภายใน ควรเป็นองค์กรอิสระขึ้นตรงต่อคณะกรรมการนโยบาย ไม่อยู่ภายใต้การบริหารของผู้บริหารโรงพยาบาล แต่ทั้งนี้ควรประกอบด้วย 2 องค์กร คือ คณะกรรมการพัฒนาและควบคุมคุณภาพ จำนวน 5-7 คน และคณะผู้ตรวจสอบภายใน จำนวน 9-11 คน

2) การพัฒนาระบบการตรวจสอบ

2.1) การตรวจสอบคุณภาพงาน ควรปรับเปลี่ยนจากการตรวจสอบทางการเงินและระบบการตรวจสอบคุณภาพการบริการ เป็นการตรวจสอบคุณภาพงาน

2.2) การตรวจสอบทางวิชาชีพ/เฉพาะกลุ่มงาน ควรดำเนินการในด้านต่างๆ เช่น การตรวจสอบทางการแพทย์ การตรวจสอบทางการพยาบาล การควบคุมคุณภาพงานเภสัชกรรม และการควบคุมคุณภาพงานโภชนาการ

2.3) กระบวนการตรวจสอบ ควรประกอบด้วยทั้ง 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการก่อนการตรวจสอบ ขั้นดำเนินการตรวจสอบ และขั้นการดำเนินการภายหลังการตรวจสอบ

2.4) การพัฒนาเครื่องมือการตรวจสอบ ควรจะมีการพัฒนาทีมงาน การพัฒนามาตรฐาน และคุณภาพ การพัฒนาเครื่องมือวัดและประเมินผล

สารบัญ

คำนำ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	2
1.3 ขอบเขตการวิจัย	2
1.4 กรอบคิดการวิจัย	3
1.5 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	4
1.6 วิธีดำเนินการวิจัย	18
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	19
บทที่ 2 ภาพรวมของระบบการบริหารองค์การ	20
2.1 การเปลี่ยนแปลงองค์การและสาเหตุการเปลี่ยนแปลง	20
2.2 โครงสร้างองค์การและการบริหาร	24
2.3 การจัดระบบตรวจสอบ ติดตามและประเมินผลองค์การ	26
บทที่ 3 ระบบการตรวจสอบภายใน	30
3.1 แนวคิดและวัตถุประสงค์การตรวจสอบ	30
3.2 องค์การการตรวจสอบ	35
3.3 กระบวนการตรวจสอบภายใน	45
3.4 เครื่องมือและกฎเกณฑ์การตรวจสอบภายใน	59
3.4 สัมฤทธิ์ผล การนำไปใช้ และปัญหาอุปสรรค	64
บทที่ 4 ระบบการตรวจสอบเฉพาะกลุ่มงาน	67
4.1 การตรวจสอบทางการแพทย์	67
4.2 การตรวจสอบทางการพยาบาล	68
4.3 การประกันคุณภาพกลุ่มงานเภสัชกรรม	82
4.4 การประกันคุณภาพงานโภชนาการ	94

บทที่ 5 องค์การควบคุมการตรวจสอบส่วนกลาง	100
5.1 สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน	100
5.2 สำนักงานประกันสังคม	105
5.4 โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	111
บทที่ 6 สรุปผลและข้อเสนอเพื่อการพัฒนากระบวนการตรวจสอบโรงพยาบาล	115
6.1 สรุปผลการวิจัย	115
6.2 ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากระบวนการตรวจสอบโรงพยาบาล	118
บรรณานุกรม	129
ภาคผนวก	
เล่มที่ 1 กรณีศึกษาระบบการติดตามและประเมินผลการบริหาร องค์การสำหรับการพัฒนานโยบายเพื่อปรับปรุงระบบการ บริหาร โรงพยาบาลของรัฐ	
เล่มที่ 2 เครื่องมือการติดตามประเมินผลและการตรวจสอบองค์การ	

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาประเทศไทยตามยุคสมัยใหม่นับได้จากรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 5 เป็นต้นมา ที่ได้ทรงนำแนวความคิดการพัฒนาประเทศตามแบบตะวันตกมาใช้เพื่อให้เกิดความทันสมัยเท่าเทียมอารยะประเทศ ระบบราชการไทยจึงเริ่มก่อกำเนิดมาตั้งแต่ยุคนั้น และก็ขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว ขยายหน่วยงานที่หลากหลาย แต่ศูนย์กลางอำนาจของระบบราชการก็ยังคงอยู่ที่ส่วนกลาง การดำเนินกิจการหลาย ๆ อย่างในยุคสมัยปัจจุบัน ซึ่งถือว่าเป็นยุคของข้อมูลข่าวสารที่ต้องการการตัดสินใจที่รวดเร็ว ต้องการความคล่องตัวในการทำงาน จึงเป็นปัญหาในการดำเนินการอย่างมาก แนวคิดหนึ่งที่มีความพยายามที่จะดำเนินการก็คือ การสร้างความคล่องตัวให้แก่ระบบงานหรือองค์การให้มากขึ้น โดยแนวทางหนึ่งก็คือการออกจากระบบราชการ ส่วนอีกแนวทางหนึ่งมองว่าอาจต้องเน้นการกระจายอำนาจของระบบราชการ แต่ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใด คำถามสำคัญที่มีการถามเป็นประจำก็คือว่า เมื่อออกนอกกรอบ หรือสร้างความคล่องตัวให้แล้ว องค์การเหล่านั้นมีหลักประกันอะไรให้แก่ ประชาชนเจ้าของประเทศผู้เสียภาษีอากรว่า ไม่นำเงินไปใช้จ่ายโดยไร้ประสิทธิภาพ มีหลักประกันอะไรให้แก่ผู้ให้บริการเหล่านั้นว่าจะได้บริการดีที่มีคุณภาพ ใครจะเป็นควบคุมตรวจสอบสิ่งเหล่านี้ รูปแบบการตรวจสอบเป็นอย่างใดจึงจะสามารถตอบคำถามแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นรัฐผู้กำหนดแนวนโยบายการพัฒนาและสนับสนุนงบประมาณ ประชาชนผู้เสียภาษี ประชาชนผู้ให้บริการขององค์การนั้น ๆ ตลอดจนผู้บริหารและปฏิบัติงานของหน่วยงานนั่นเอง

ในยุคปัจจุบันปรากฏว่ามีบางหน่วยงานได้มีการดำเนินกิจกรรมที่เป็นอิสระจากรัฐมากขึ้น ซึ่งการดำเนินการในองค์การเหล่านั้น ควรได้รับการทำความเข้าใจให้ชัดเจน เพื่อจะได้แนวทางการประยุกต์ใช้ในองค์การอื่น ๆ ของรัฐ โดยเฉพาะการดำเนินงานของโรงพยาบาลในอนาคต ซึ่งต้องการการบริหารจัดการที่มีความคล่องตัวและให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษากรณีศึกษาระบบการตรวจสอบในองค์การดังกล่าว

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระบบการติดตามประเมินผลการบริหารองค์การในประเทศไทย 6 กรณีศึกษา ในประเด็นต่อไปนี้

1. ปรัชญา วัตถุประสงค์หลักและภาพรวมของระบบการบริหารองค์การที่เป็นกรณีศึกษา
2. ระบบการติดตามประเมินผลขององค์การที่เป็นกรณีศึกษา
 - 2.1 รูปแบบการติดตามประเมินผลที่มีการดำเนินการในองค์การ
 - 2.2 องค์กร กลยุทธ์ วิธีการและกระบวนการในการติดตามประเมินผล
 - 2.3 การนำผลการตรวจสอบไปใช้
 - 2.4 ปัญหาอุปสรรคในการตรวจสอบ
3. ทักษะที่เป็นเงื่อนไขขององค์กรกลางของรัฐที่ทำหน้าที่ในการติดตามประเมินผลโรงพยาบาลของรัฐ
4. ข้อเสนอแผนการดำเนินงานและเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามประเมินผลการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ

1.3 ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตกรณีศึกษา

1.1 มุ่งศึกษาเฉพาะ 6 กรณี ที่มีข้อมูลเบื้องต้นว่าได้มีการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลเพื่อความเป็นอิสระของการดำเนินงาน เป็นหน่วยงานที่สนใจจะปรับปรุงการบริหารให้เป็นอิสระมากกว่าระบบราชการ และเป็นหน่วยงานที่ยินยอมให้มีการดำเนินการวิจัยได้ ซึ่ง 6 หน่วยงานได้แก่

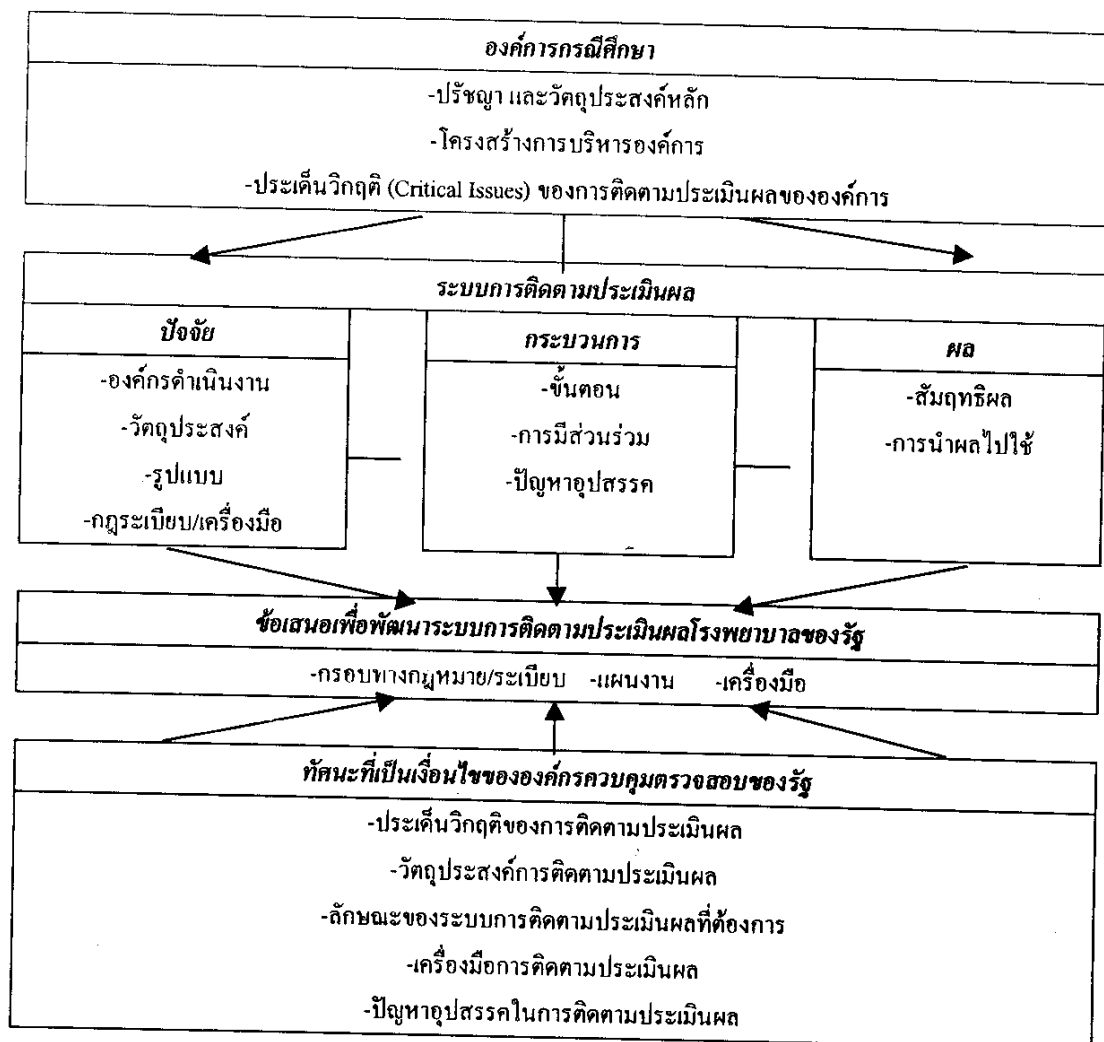
- 1) โรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร
- 2) โรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา
- 3) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ได้แก่ โรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- 4) หน่วยงานพิเศษ ได้แก่ คลินิกนอกเวลา โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- 5) โรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี จ.สงขลา
- 6) มหาวิทยาลัยอิสระ ได้แก่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

1.2 องค์การกลางของรัฐ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบการติดตามประเมินผล ได้แก่ สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน สำนักงานประกันสังคม และโครงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

2. ช่วงเวลาในการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการในช่วงเวลาตั้งแต่ 15 มิถุนายน 2541 - 15 ธันวาคม 2541 รวม 6 เดือน

1.4 กรอบคิดการวิจัย



1.5 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบ (Audit) พบว่าเกิดขึ้นภายหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Sayle, 1981:3) โดยพบในกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งต่อมามีการใช้คำว่า Internal auditing ในองค์กรของภาครัฐ เพื่อใช้ในการตรวจสอบด้านการเงิน (Herbert, 1979: 3-4) และปัจจุบันเรียกว่า Management audit โดยมีความหมายถึงการตรวจสอบการดำเนินงาน หรือกิจกรรมขององค์กร หรือโดยทั่วไปเป็นเรื่องของการแสดงรายละเอียดการใช้จ่ายทางการเงิน แต่การตรวจสอบโครงการมีความยืดหยุ่นมากกว่า และอาจมีจุดเน้นในสิ่งที่ผู้บริหารระดับสูงต้องการ (Meredith & Mantel 1989 : 481) ทั้งนี้วัตถุประสงค์หลัก ๆ ของการตรวจสอบ คือ

ประสิทธิผล (Effectiveness) คือ ต้องการตรวจสอบว่า ผลงานที่ได้มีบรรลุวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด

ประสิทธิภาพ (Efficiency) คือ ต้องการตรวจสอบว่าผลงานที่ได้เมื่อเทียบกับทรัพยากรที่ใช้ไปเป็นอย่างไร นั่นคือ อัตราส่วนของผลได้ต่อผลเสีย สูงหรือต่ำแค่ไหน เช่น 2/1 4/16 หรือ 5/2 เป็นต้น และ

ประหยัด (Economy) คือ ต้องการตรวจสอบว่า ผลงานที่ได้เกิดจากการใช้ทรัพยากรอย่างน้อยที่สุด

สำหรับการจัดวางระบบการตรวจสอบโรงพยาบาล (Organization Auditing) อาศัยแนวคิดของการประเมิน ก็คือ การช่วยให้องค์กรหรือโครงการบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ดังนั้นจึงต้องมีการศึกษาทุกแง่มุมเพื่อที่จะบรรลุ และทำความเข้าใจจุดแข็งและจุดอ่อน ผลของการประเมินจะเป็นชุดของข้อเสนอแนะที่จะเป็นประโยชน์ต่อโครงการที่กำลังดำเนินการอยู่ หรืออาจจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงในอนาคต ซึ่งโดยทั่วไปแล้วมักเป็นประเด็นเหล่านี้ (Meredith & Mantel 1989 : 482)

- การระบุปัญหาแต่เนิ่น ๆ
- แสดงความชัดเจนในความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงาน ค่าใช้จ่าย และเวลา
- ปรับปรุงการปฏิบัติงาน
- จัดวางโอกาสสำหรับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในอนาคต
- ประเมินคุณภาพของการบริหาร
- การลดค่าใช้จ่าย
- การเร่งสัมฤทธิ์ผลให้เร็วขึ้น
- การระบุความผิดพลาด การแก้ไขความผิดพลาด และการป้องกันมิให้ความผิดพลาดเกิดขึ้นในอนาคต

- การจัดเตรียมข้อมูลข่าวสารแก่ลูกค้า
- ช่วยยืนยันผลประโยชน์ขององค์กร
- ปรับปรุงความเข้าใจเกี่ยวกับวิถีทางที่กิจกรรมหรือโครงการจะมีคุณค่าต่อองค์กร
- ช่วยระบุจุดแข็งและจุดอ่อนขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบบุคลากร การจัดการ และเทคนิคการตัดสินใจ
- ระบุให้เห็นปัจจัยเสี่ยงของการดำเนินงาน
- ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานที่จะเป็นประโยชน์ต่อความเจริญเติบโตในการทำงานอาชีพของสมาชิกองค์กร

สำหรับการบริหารงานของผู้บริหารในระดับสูงของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐกิจและรัฐบาลได้นำเอาระบบการควบคุมภายใน โดยเฉพาะการตรวจสอบภายในมาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและมีประสิทธิภาพอย่างกว้างขวาง นอกจากนั้น ผู้บริหารต้องควบคุมดูแลทางการเงินแล้วยังต้องการควบคุมดูแลการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย ดังนั้น จึงทำให้การปฏิบัติงานของผู้ตรวจสอบภายใน ในฐานะที่เป็นเครื่องมือของผู้บริหารมีขอบเขตกว้างขวางขึ้นจากการตรวจสอบทางการเงินการบัญชีมาเพิ่มการตรวจสอบการปฏิบัติงานและผลการดำเนินงานด้วย (อร่าม คุปตเมธี, 2537)

นอกจากนั้น พบว่ามีการใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในงานตรวจสอบภายในภาครัฐกิจเอกชน ส่วนราชการ ได้กำหนดในกระทรวงการคลังว่าด้วยการตรวจสอบภายในของส่วนราชการ พ.ศ. 2535 ข้อ: 4 วรรค 2 ซึ่งกำหนดว่า “ในกรณีที่มีความจำเป็นที่ต้องอาศัยผู้ตรวจสอบภายในที่มีความรู้ความสามารถเป็นพิเศษ ให้หัวหน้าส่วนราชการ หรือผู้ว่าราชการจังหวัด แล้วแต่กรณี แต่งตั้งผู้ที่เหมาะสมจากส่วนราชการหรือองค์กรอื่น ปฏิบัติหน้าที่ตรวจสอบภายในในส่วนราชการนั้นได้” แต่ในทางปฏิบัติ ส่วนราชการส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีเสริมสร้างประสิทธิภาพของงานตรวจสอบภายใน โดยการฝึกอบรมทีมงานตรวจสอบภายในที่มีอยู่มากกว่าการใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ เพราะการตรวจสอบภายในส่วนใหญ่ยังคงให้ความสำคัญกับการตรวจสอบด้านการเงินการบัญชีเป็นหลัก ซึ่งการฝึกอบรมเพื่อตรวจสอบด้านนี้ทำได้ง่าย ใช้ค่าใช้จ่ายไม่มากนัก แต่ในกรณีที่จำเป็นก็ควรใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะตามความเหมาะสม (อร่าม คุปตเมธี, 2537)

นอกจากนี้ การตรวจสอบในปัจจุบันยังได้ขยายไปสู่การตรวจสอบคุณภาพ โดยเฉพาะหน่วยงานเอกชนได้ดำเนินการตามรูปแบบของมาตรฐาน ISO9002 รวมทั้งองค์กรของรัฐเช่นโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้ตื่นตัวที่จะพัฒนาคุณภาพโดยกำหนดรูปแบบมาตรฐานขึ้น เช่น รูปแบบของ Hospital Accreditation และ ISO9002 (สิทธิศักดิ์ พุกกะปิติกุล, 2542)

ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า การตรวจสอบในปัจจุบันได้ขยายขอบข่ายออกไปมากกว่าเป็นการตรวจสอบด้านการเงิน บัญชี แต่ได้ครอบคลุมถึงด้านต่าง ๆ ซึ่งอาจจำแนกได้เป็น การตรวจสอบทางการเงิน การตรวจสอบทางด้านการเงินการบัญชี การตรวจสอบการปฏิบัติการ การตรวจสอบผลงาน การตรวจสอบประสิทธิภาพ การตรวจสอบประสิทธิผล การตรวจสอบแบบรวบยอด การตรวจสอบคุณภาพ การตรวจสอบตนเองของธุรกิจ และการตรวจสอบและการบริหารคุณภาพ

สำหรับรายละเอียดของแต่ละรูปแบบมีดังต่อไปนี้

1. **การตรวจสอบทางการเงิน (Management Audit)** เป็นการตรวจสอบการบริหารงานขององค์การว่า องค์การบริหารกิจกรรมด้านต่าง ๆ เป็นไปตามหลักการบริหารที่มีการวางแผนการควบคุม การดำเนินงานและการประเมินผลหรือไม่ นอกจากนี้ยังพิจารณาถึงประสิทธิผล ประสิทธิภาพและประหยัของการดำเนินงาน (ประวัตร นิลสุวรรณกุล, 2534)

จากการที่การตรวจสอบการบริหารได้ขยายขอบเขตการตรวจสอบจากการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของเอกสารและการปฏิบัติตามระเบียบ กฎหมาย ออกไปสู่การตรวจสอบการดำเนินงาน และผลงานของกิจกรรมด้านต่าง ๆ ทั้งนี้เนื่องจาก องค์การและสถาบันต่าง ๆ มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น มีผู้ได้บังคับบัญชามากขึ้น และต้องอาศัยรายงานผู้ได้บังคับบัญชาแทนการสัมผัสกับเหตุการณ์จริงมากขึ้น ดังนั้น ผู้บริหารระดับสูงจึงต้องการสิ่งที่สามารถช่วยให้เขาเกิดความมั่นใจได้ว่า ผู้ได้บังคับบัญชา ระดับต่าง ๆ ได้ปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และได้รายงานตามความเป็นจริง ดังนั้นนักวิชาการจึงได้เริ่มเสนอแนะการตรวจสอบการปฏิบัติงาน และการบริหารงานของหน่วยงานต่าง ๆ ในองค์การโดยใช้ชื่อว่า การตรวจสอบการบริหาร “(Management Audit)” ในขณะที่นักบัญชีได้เพิ่มบทบาทจากเดิม นอกเหนือจากการตรวจสอบด้าน Financial and Compliance Audit ซึ่งได้มีจัดการประชุมใหญ่ คือการประชุม Confederations of Asia and Pacific Accountants (CAPA) ครั้งที่ 10 ณ เมือง New Delhi ประเทศ India เมื่อ 1985 การประชุม ASEAN Federations of Accountants (AFA) ครั้งที่ 4 เรื่อง Management Audit As A Mean to Increase Efficiency ณ เมือง Jakatar ประเทศอินโดนีเซีย เมื่อ 1984 และ AFA ครั้งที่ 5 เรื่อง Value for Money Audit ณ เมืองกัวลาลัมเปอ ประเทศมาเลเซียเมื่อ 1986 และได้ข้อสรุปจากการประชุมดังกล่าวว่านักบัญชีมีความเห็นตรงกันว่าควรขยายบทบาทและหน้าที่ของวิชาชีพออกไปจาก Financial and Compliance Audit และได้เสนอแนะการตรวจสอบที่ขยายขอบเขตออกไปในชื่อต่าง ๆ เช่น Management Audit, Performance Audit, Operational Audit, Efficiency Audit, และ Comprehensive Audit โดยการตรวจสอบการบริหารควรดำเนินการ ดังนั้นการประเมินตรวจสอบทางการเงินการบัญชีจึงเป็นการตรวจสอบรวบยอด (Comprehensive) ซึ่งอาจครอบคลุมถึงการตรวจสอบปัจจัยนำเข้า โดยเฉพาะการตรวจสอบทางการเงินและการปฏิบัติ ตามกฎระเบียบ (Financial and Compliance Audit) การตรวจสอบกระบวนการหรือการตรวจสอบการดำเนินงาน (Operational Audit) การ

ตรวจสอบผลผลิตโดยเฉพาะการตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน (Performance Audit ต่อไปนี้ (ประวัตร
 นิตสุวรรณากุล 2534 : 47-57)

1. การตรวจสอบและรวบรวมข้อมูล
 - 1.1 การรวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับหน่วยรับตรวจ
 - 1.2 การตรวจสอบการวางแผนกิจกรรมด้านต่าง ๆ ขององค์การ
 - 1.2.1 Inputs ของงานวางแผน
 - บุคลากร
 - ข้อมูล
 - อื่น ๆ
 - 1.2.2 กระบวนการในการวางแผน
 - 1.2.3 Outputs จากการวางแผน คือ แผนงาน
 - แผนงานหลักขององค์การ
 - ระบบการบริหาร
 - ระเบียบข้อบังคับ
 - ผังองค์การ (Organization)
 - คำอธิบายหน้าที่หน่วยงาน (Functional Description)
 - คำอธิบายลักษณะงาน (Job Description)
 - ระบบบัญชีและการเงิน
 - ระบบคอมพิวเตอร์
 - แผนงานระยะยาว
 - แผนงานประจำปี
 - 1.2.4 ปัญหาและอุปสรรคในการวางแผน
 - 1.3 การตรวจสอบการปฏิบัติงานของกิจกรรมด้านต่าง ๆ ขององค์การ
 - 1.3.1 การดำเนินงานในแต่ละด้านขององค์การ
 - 1.3.2 การควบคุมหรือการอำนวยความสะดวกดำเนินงานในแต่ละด้านขององค์การ
 - 1.3.3 ผลงาน
 - 1.3.4 ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน
 - 1.4 การตรวจสอบการประเมินผลของหน่วยงาน
 - 1.4.1 รายงานการประเมินผลงานด้านต่าง ๆ ขององค์การ
 - 1.4.2 กระบวนการในการประเมินผล

- 1.4.3 การประเมินผลด้านต่าง ๆ ขององค์การ
- 1.4.4 ปัญหาและอุปสรรคในการประเมินผล
- 1.5 การตรวจสอบระบบข้อสนเทศ
 - 1.5.1 คุณสมบัติของข้อสนเทศ
 - 1.5.2 ระบบข้อสนเทศทางการเงิน
 - 1.5.3 ระบบข้อสนเทศที่ไม่ใช่ทางการเงิน
 - 1.5.4 ปัญหาและอุปสรรคในระบบข้อสนเทศ
2. การประมวล วิเคราะห์ข้อมูล และประเมินผลของผู้ตรวจสอบ
3. การรายงานผลการตรวจสอบ
4. การเสนอคำแนะนำ

นอกจากนี้อรพรรณ ทองอร่าม (2537) ยังได้อธิบายถึงการตรวจสอบการบริหารว่า เป็นการประเมินความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริหารราชการ โดยการตรวจสอบทางด้านการบริหารซึ่งเป็นการวิเคราะห์ การประเมิน การสอบทานผลการบริหารราชการของส่วนราชการกับมาตรฐานที่มีอยู่โดยทั่วไป หรือนโยบาย และระเบียบต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้นในส่วนราชการนั้น ๆ

ทั้งนี้ผู้ตรวจสอบภายในต้องตระหนักว่าในส่วนราชการได้มีการบริหารงานอย่างมีหลักที่ถือปฏิบัติโดยทั่วไป นั่นคือ

การตรวจสอบว่าได้มีการวางแผนในส่วนราชการอย่างมีประสิทธิภาพ นั่นคือเป็นแผนงานที่สอดคล้องกับนโยบายที่ได้รับมาจากส่วนราชการ และเป็นแผนงานที่เป็นไป ได้ภายใต้สภาวะการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

การตรวจสอบว่าได้มีการบริหารการใช้จ่ายเงินงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ นั่นคือ การติดตามผลการใช้จ่ายเงินงบประมาณ และเร่งรัดการใช้จ่ายเงินให้สอดคล้องกับแผนการใช้จ่ายเงิน

การตรวจสอบว่าได้มีการประสานงานภายในส่วนราชการ นั่นคือมีการวางระบบงานในการประสานงานเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าไม่มีการดำเนินงานที่ซ้ำซ้อน

การตรวจสอบว่าได้มีการวางระบบในการติดตามผลการดำเนินงาน นั่นคือมีการติดตามการทำงานในหน่วยงานต่าง ๆ ว่าเป็นไปตามแผนงานที่กำหนดหรือไม่

และ Sayle ได้อธิบายว่าการตรวจสอบการบริหาร หมายถึง การที่บุคคลผู้ผ่านการฝึกฝนได้ทำการตรวจสอบหลักฐานที่ปรากฏ และเพื่อ พิจารณาคัดสินว่าการบริหารนั้นเป็นไปตามข้อตกลงหรือพันธะสัญญาที่หน่วยงานนั้นๆได้ให้ไว้ต่อลูกค้าหรือต่อชุมชน ซึ่งการตรวจสอบดังกล่าวจะต้องปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นจริงและเที่ยงธรรม (Sayle,1981: 4)

ในขณะเดียวกัน การตรวจสอบการบริหาร อาจหมายถึง การประกันคุณภาพ (Quality assurance) ซึ่งโดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ (Sayle,1981: 6-8)

- 1) Internal audit หมายถึง การตรวจสอบการบริหาร ซึ่งเป็นการตรวจสอบภายในโดยเป็นไปตามระบบ หรือกระบวนการขององค์กรนั้นๆ สำหรับผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจสอบอาจเป็นเจ้าหน้าที่ภายในองค์กร หรือบุคคลที่ได้รับการว่าจ้างให้ปฏิบัติในนามขององค์กร ทั้งนี้เพื่อประเมินผลความสำเร็จ หรือความล้มเหลวในการปฏิบัติงานขององค์กร
- 2) External audit เป็นการตรวจสอบการบริหารจากภายนอก ซึ่งกระทำโดยบริษัทหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การปฏิบัติหรือการกระทำเป็นไปตามเงื่อนไขหรือข้อตกลง
- 3) Extrinsic audit เป็นการตรวจสอบซึ่งกระทำโดยลูกค้า หรือ ฎระเบียบ หรือบริษัทตัวแทนที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งลูกค้าของบริษัทในเครือที่เกี่ยวข้อง

2. การตรวจสอบทางการเงินการบัญชี (Financial and Compliance Audit) เป็นการตรวจสอบที่เน้นความถูกต้องสมบูรณ์ของเอกสารประกอบรายการบัญชี และการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ (ประวัตร นิลสุวรรณกุล ,2534) ส่วนอร่าม กล่าวว่าการดำเนินการตรวจสอบทางการเงินการบัญชี (Financial Audit) นั้นเนื่องจากในปัจจุบัน รัฐบาลได้มีนโยบายที่จะกระจายอำนาจในการบริหารให้มากที่สุด ดังนั้นผู้บริหารของแต่ละส่วนราชการก็ย่อมต้องการทราบข้อมูลทางด้านการเงินการบัญชีที่ถูกต้องแม่นยำ เพื่อสามารถติดตามการใช้จ่ายเงินงบประมาณให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้นผู้ตรวจสอบภายในจึงต้องมีหน้าที่ในการให้ความมั่นใจแก่ผู้บริหารว่าระบบการควบคุมภายในทางด้านการบัญชีที่องค์กรจัดให้มีอยู่ได้มีการปฏิบัติตามอย่างมีประสิทธิภาพตลอดเวลา รวมถึงรายงานการเงินการบัญชีได้มีการจัดทำในกำหนดเวลาได้รวบรวมข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงครบถ้วน โดยปราศจากข้อผิดพลาดที่มีสาระสำคัญ (อรพรรณ ทองอร่าม,2537)

3. การตรวจสอบการปฏิบัติการ (Operational Audit) เป็นการตรวจสอบที่เน้นกระบวนการในการปฏิบัติงาน โดยจะให้ความสนใจเป็นพิเศษเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินงาน และการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอนนั้น ๆ รวมทั้งการวัดการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจริงโดยเทียบกับมาตรฐานการปฏิบัติงาน (ประวัตร นิลสุวรรณกุล, 2534) หรือเป็นการตรวจสอบประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ในการนำทรัพยากรมาใช้ในการดำเนินงาน เช่นมีการจัดการที่ดีเพียงใด ระบบการพัสดุ การจัดซื้อจัดจ้าง วิธีการดำเนินงานเหมาะสมเพียงใด เป็นต้น การตรวจเป็นลักษณะนี้จะสะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบและวิธีการดำเนินงานในขบวนการจัดการเพราะระบบที่ขาดประสิทธิภาพย่อมเป็นบ่อเกิดของการทุจริตได้ง่าย ทั้งนี้รวมถึงการควบคุมรักษาทรัพยากรด้วยผู้รับขอบางานดังกล่าว(บุญมี เลิศพิเชฐ,2538)

หรืออาจหมายถึง การประเมินอย่างอิสระที่ดำเนินการเป็นกิจกรรมปกติ โดยกลุ่มของผู้ตรวจสอบภายใน ในการตรวจสอบเรื่องบัญชี การเงิน และการปฏิบัติการอื่น ๆ ของหน่วยงาน อย่างไรก็ตาม

ถึงแม้ว่าการตรวจสอบจะค่อนข้างจำกัดอยู่ในเรื่องของการตรวจสอบทางบัญชี แต่ในแบบฟอร์มของการตรวจสอบจะมีแบบฟอร์มที่มีประโยชน์อย่างยิ่ง เนื่องจากมีข้อมูลที่แสดงให้เห็นการดำเนินงานว่าเป็นไปตามแผนการที่วางไว้หรือไม่ นั่นคือมีข้อมูลที่แสดงผลเมื่อเทียบกับแผน ดังนั้นการตรวจสอบการปฏิบัติการส่วนหนึ่งจึงเป็นเรื่องของการสร้างความมั่นใจให้แก่ตนเองว่าบัญชีทางการเงินได้สะท้อนความเป็นจริงในการประเมิน เกี่ยวกับนโยบาย วิธีการ การใช้อำนาจ คุณภาพของการบริหาร ประสิทธิภาพของวิธีการ ปัญหาพิเศษบางอย่าง และขั้นตอนอื่น ๆ ของการดำเนินงาน (Wehrich & Koontz 1993 : 609-610)

4. การตรวจสอบผลงาน (*Performance Audit*) เป็นการตรวจสอบที่เน้นถึงผลงาน (Outputs) โดยให้ความสนใจเป็นพิเศษเกี่ยวกับผลงานที่เกิดขึ้นว่ามีปริมาณแค่ไหน คุณภาพเป็นอย่างไร และผลงานที่ได้ทันต่อการนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือไม่ (ประวัตร นิลสุวรรณากุล, 2534) นอกจากนี้จะพบว่าความจำเป็นในการตรวจสอบการดำเนินการ (Performance audit) โครงการเงินนอกงบประมาณ เพราะปัจจุบันส่วนราชการนำเงินออกนอกงบประมาณมาใช้ดำเนินงานโครงการต่าง ๆ จำนวนมากแทนการใช้เงินงบประมาณที่ได้รับอนุมัติในจำนวน จำกัด หลายโครงการใช้เงินเป็นจำนวนมาก เช่น โครงการที่เกี่ยวกับการอุดหนุนและส่งเสริมความเจริญในภูมิภาค การช่วยเหลือในการยกระดับราคาพืชผล การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมหรืออนุรักษ์พลังงาน เป็นต้น ในขณะที่ อรพรรณ ทองอร่าม (2537) อธิบายว่า การตรวจสอบทางด้านการดำเนินงาน จะทำให้ผู้ตรวจสอบภายในสามารถติดตามผลการดำเนินงานในส่วนราชการได้อย่างกว้างขวางยิ่งขึ้นนอกเหนือจากการตรวจสอบทางการเงินการบัญชี เนื่องจากการตรวจสอบในเรื่องอื่น ๆ ดังต่อไปนี้

 การทำการตรวจสอบถึงผลงานในส่วนราชการ ว่ามีการดำเนินงานได้ผลงานตรงตามเป้าหมายที่องค์การได้ตั้งไว้หรือไม่ มีผลการดำเนินงานมากน้อยเพียงไร

 การทำการตรวจสอบถึงผลลัพธ์ในส่วนราชการ ว่ามีการใช้ทรัพยากรในองค์การ เช่น งบประมาณบุคลากร และทรัพย์สินและส่วนราชการ ให้เห็นผลดีที่ได้รับออกมาในรูปแบบใด

 การทำการตรวจสอบถึงคุณภาพของผลงานในส่วนราชการ ว่าผลการดำเนินงานที่ได้มีคุณภาพอย่างไร

 การทำการตรวจสอบถึงความคุ้มค่าของทรัพยากรที่ใช้ไป ว่าผลการดำเนินงานที่ได้สำเร็จทันเวลาที่กำหนด

 การตรวจสอบถึงความทันกาลของการดำเนินงาน ว่าผลการดำเนินงานที่ได้ สำเร็จทันเวลาที่กำหนด

 การตรวจสอบถึงความพอใจของประชาชนต่อผลการดำเนินการ ว่าผลการดำเนินงานมีประโยชน์ที่แท้จริงกับประชาชนหรือไม่

การตรวจสอบถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ของส่วนราชการโดยรวม ว่ามีการดำเนินงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายงานมาหรือไม่งานโครงการต่าง ๆ ที่ใช้เงินงบประมาณดำเนินการในขณะนี้หลายโครงการสามารถวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรมเพราะโครงการเหล่านี้มีแผนการใช้จ่ายเงินและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนซึ่งปัจจุบันสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ได้ใช้วิธีการตรวจสอบการดำเนินการไปบ้างแล้ว แต่ยังมีได้ดำเนินการอย่างจริงจังส่วนใหญ่ยังเน้นการตรวจสอบทางการเงิน (Financial audit) มากกว่าการตรวจสอบการดำเนินการอย่างจริงจัง

Richard E. Frown Thomas P. Gallagher และ Meredith C. Williams (อ้างถึงใน บุญมี เลิศพิเชฐ,2538) กล่าวว่า การตรวจสอบผลการดำเนินการ สามารถจำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การตรวจสอบขั้นการดำเนินการ (Operational auditing) และ การตรวจสอบประสิทธิผล (Effectiveness auditing)

อย่างไรก็ตาม การตรวจสอบการดำเนินงานโครงการจะได้ผลดีเพียงใดขึ้นกับเทคนิคและการวางแผนการตรวจสอบเนื่องจากโครงการของรัฐเป็นกิจกรรมที่ไม่ได้มุ่งเน้นกำไร ดังนั้น การตรวจสอบจึงจำเป็นต้องเน้นถึงความสัมฤทธิ์ผลเทคนิคการตรวจสอบจึงต้องครอบคลุมถึงวิธีปฏิบัติ การควบคุม การสังเกต การสอบถามผู้เกี่ยวข้องรวมถึงการสำรวจสภาพแวดล้อมโดยทั่วไปด้วย

และแม้ว่า สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ได้เริ่มใช้วิธีการตรวจสอบการดำเนินการแล้ว แต่ยังมีขีดจำกัด เนื่องจากงานโครงการของส่วนราชการต่าง ๆ ทั่วประเทศมีจำนวนมาก งานหลายโครงการ จึงไม่สามารถตรวจสอบได้ทั่วถึงโดยเฉพาะโครงการต่าง ๆ ของเงินนอกงบประมาณ ดังนั้น ผู้ตรวจสอบภายในของส่วนราชการจะสามารถช่วยในงานดังกล่าวนี้ได้เป็นอย่างดี โดยปรับวิธีการตรวจสอบภายในของหน่วยงานให้รวมการตรวจสอบการดำเนินการด้วย (บุญมี เลิศพิเชฐ,2538)

5. การตรวจสอบประสิทธิภาพ (Efficiency Audit) เป็นการตรวจสอบที่เน้นถึงการเปรียบเทียบผลงานและทรัพยากรที่ใช้ไปโดยให้ความสนใจเป็นพิเศษเกี่ยวกับอัตราส่วนของผลงานต่อทรัพยากรที่ใช้ไป (Outputs/Inputs) (ประวัตร นิลสุวรรณากุล, 2534)

6. การตรวจสอบรวบยอด (Comprehensive Audit) เป็นการตรวจสอบที่ครอบคลุมทุกเรื่องตามความหมายของคำว่า Comprehensive การตรวจสอบบัญชีในปัจจุบันสามารถแยกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ ประเภทหนึ่งเรียกว่า Financial and Compliance Audit และอีกประเภทหนึ่งเป็นการตรวจสอบแบบใหม่ที่ขยายขอบเขตออกไปจาก Financial and Compliance Audit การตรวจสอบประเภทนี้ มีชื่อเรียกหลายอย่างใดแตกต่างกัน การที่มีชื่อเรียกที่ต่างกัน ก็เพราะจุดเน้นหรือจุดที่ให้ความสนใจเป็นพิเศษของการตรวจสอบที่ไม่เหมือนกัน (ประวัตร นิลสุวรรณากุล, 2534)

7. การตรวจสอบประสิทธิผล (Effectiveness Auditing) การตรวจสอบความสัมฤทธิ์ผลงานว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่นั้นเป็นการควบคุมด้านการบริหารทางหนึ่งที่ทำให้เกิดผลดีต่อหน่วย

งานและสะท้อนถึงควมมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานด้วย กล่าวคือ ความสัมฤทธิ์ผลของงานจะสะท้อนถึงการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน มีแผนงาน เป้าหมาย ตลอดจนการบริหารที่ดีเพียงใด ผลที่ได้กระทบต่อการบริการหรือต่อสังคมอย่างไร

ในรายงานการตรวจสอบการดำเนินการ ควรมีสาระสำคัญดังนี้

- มีวิธีการดำเนินที่เหมาะสมกับงานเพียงใด
- วิธีการดำเนินการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ระเบียบข้อบังคับและสอดคล้องกับนโยบายหรือไม่
- แสดงให้เห็นถึงโอกาสที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานของหน่วยงาน (บุญมีเลิศพิเชฐ)

8. การตรวจสอบคุณภาพ โดยกระบวนการ Hospital Accreditation และ ISO 9002

คุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะโดยรวมของสิ่งหนึ่ง ๆ ที่แสดงออกซึ่งความสามารถในการที่จะสนองต่อความต้องการของลูกค้า หรือผู้รับบริการ ทั้งที่ระบุโดยชัดแจ้งหรือที่ควรจะเป็น ISO9002 (สิทธิศักดิ์ พุทธยปิติกุล,2542)

ในกรณีของโรงพยาบาล คุณภาพของโรงพยาบาล จะขึ้นอยู่กับ บุคลากร เครื่องมือ/เวชภัณฑ์ อาคาร / สถานที่ การบริหารความเสี่ยง การตรวจสอบ การบริหารจัดการ การจัดการสารสนเทศ

ดังนั้น จะเห็นว่าการตรวจสอบเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สามารถบ่งชี้ให้เห็นถึงคุณภาพได้ สำหรับ ISO 9002 เป็นรูปแบบการประกันคุณภาพ สำหรับการผลิต ดัดตั้ง และบริการ โดยมีกลไกที่สำคัญเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือ 1) การประชุมทบทวนของฝ่ายบริหาร_2) การตรวจสอบภายใน 3) การแก้ไขและป้องกันปัญหา และ4) การฝึกอบรม

การเปรียบเทียบความแตกต่างของ ISO 9002 กับ Hospital Accreditation (HA) พบว่า มีข้อกำหนดคล้ายกัน แต่ข้อกำหนดของ ISO 9002 มีรายละเอียดและรูปแบบที่แน่นอนมากกว่า สำหรับการรับรองคุณภาพนั้น หมายถึง กลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลควบคู่ไปกับการเรียนรู้แลกเปลี่ยนและการรับรองจากองค์กรภายนอกการรับรองจะมุ่งในประเด็นต่าง ๆ คือ รับรองว่าโรงพยาบาล มีความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาคุณภาพ มีกระบวนการทำงานที่เป็นมาตรฐานมีระบบตรวจสอบตนเองที่น่าเชื่อถือ มีการบริหารงานที่เป็นระบบมีการร่วมกันทำงานเป็นทีม มีกำลังคน สถานที่ และเครื่องมือเหมาะสม

การรับรองคุณภาพจะก่อประโยชน์ทั้งต่อสังคม ประชาชน ผู้ป่วย ผู้ประกอบอาชีพ โรงพยาบาล องค์กรผู้บริหารเงินกองทุนเพื่อสุขภาพและองค์กรวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วนั้นคาดว่าจะได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ไม่เสี่ยงต่อการดูแลรักษาที่ไม่ได้มาตรฐานหรือถูกปล่อยประละเลย ดังนั้นการรับรองคุณภาพจึงเป็นความจำเป็นของโรงพยาบาลที่จะต้องกำหนดมาตรฐาน

ตรวจสอบ และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะในระบบบริการสุขภาพนั้นมีความเสี่ยงทั้งในระบบและตัวผู้ประกอบวิชาชีพเนื่องจากขาดระบบที่จะตรวจสอบตนเอง ดังนั้นการรับรองคุณภาพจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยในกระบวนการตรวจสอบ ในการรับรองคุณภาพจำเป็นต้องอาศัยผู้ประเมินจากภายนอก ดังนั้นผู้ประเมินต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อปรัชญาของการพัฒนาคุณภาพ มีเจตคติที่ดีต่อความพยายามในการเปลี่ยนแปลงองค์การ มีทักษะในการตรวจสอบประเด็นปัญหา และใช้วิธีการเชิงบวกในการทำให้โรงพยาบาลเห็นปัญหาและต้องการพัฒนาตนเอง เข้าไปทำหน้าที่ในฐานะกัลยาณมิตรมากกว่าผู้ตรวจสอบ (อนุวัฒน์ สุขชาติกุล, เอกสารอัดสำเนา, มปป.)

9. การตรวจสอบตนเองขององค์การธุรกิจ (*The Enterprise Self-Audit*) เป็นการประเมินสถานะขององค์การว่าอยู่ในสภาพใด กำลังเดินทางไปทางใดภายใต้โครงการปัจจุบัน วัตถุประสงค์ควรเป็นอย่างไร และเมื่อใดที่จะต้องมีการปรับปรุงทบทวนแผน เพื่อให้งานบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในองค์การส่วนใหญ่วัตถุประสงค์และนโยบายมักจะล้าหลัง ถ้าหน่วยงานไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเนื้อหาให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี และการเมืองที่เปลี่ยนแปลงไปก็เกิดการสูญเสียตลาด สูญเสียลูกค้า บุคลากร หรือความต้องการอื่น ๆ ที่จะช่วยให้หน่วยงานดำรงสถานะต่อไปได้ การตรวจสอบตนเองขององค์การจึงได้รับการออกแบบมาเพื่อบังคับให้ผู้บริหารเผชิญกับสถานการณ์เหล่านี้

วิธีการการตรวจสอบตนเอง อาจจะดำเนินการทุกปี หรือทุก 3-5 ปี โดยมีขั้นตอนต่าง ๆ คือ (Wehrlich & Koontz 1993 : 678)

ขั้นแรก การศึกษาการคาดหวังในอนาคตเกี่ยวกับอุตสาหกรรมที่องค์กรกำลังดำเนินการอยู่ แนวโน้มในปัจจุบันและอนาคตคืออะไร ความคาดหวังเกี่ยวกับผลผลิตในอนาคตคืออะไร ตลาดอยู่ที่ใด การพัฒนาเทคโนโลยีใดที่จะมีผลต่ออุตสาหกรรมขององค์กร ความต้องการจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ปัจจัยทางการเมืองและทางสังคมใดบ้างที่จะกระทบต่ออุตสาหกรรม

ขั้นที่สอง การประเมินสถานะของธุรกิจในระบบอุตสาหกรรมทั้งในปัจจุบันและในอนาคต องค์กรจะคงสภาพได้หรือไม่ องค์กรจะมีการขยายอิทธิพลและการตลาดได้หรือไม่ คู่แข่งลดสภาพของตนเองลงหรือไม่ แนวโน้มของคู่แข่งจะเป็นอย่างไรในการตอบคำถามเหล่านี้้องค์การจะต้องทำการศึกษาคู่แข่งขันทางด้านสภาพ พัฒนาการ ปฏิบัติของลูกค้าน และปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะมีอิทธิพลต่อสภาพภาพของคู่แข่ง

ขั้นที่สาม การตรวจสอบวัตถุประสงค์พื้นฐานและนโยบายหลักขององค์กรใหม่ เพื่อจะได้ตัดสินใจว่าต้องการเป็นอย่างไรในอนาคตอีก 3 ปี 5 ปี หรือ 10 ปี

ขั้นที่สี่ การตรวจสอบองค์การในด้านนโยบาย วิธีการ แผนงาน สิ่งอำนวยความสะดวก สถานะทางการเงิน บุคลากร และการบริหาร การตรวจสอบนี้ควรระบุความเบี่ยงเบนใด ๆ ที่เกิดขึ้น ที่ทำให้ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ และเฝ้าระวังให้เกิดการปรับเปลี่ยนแผนหลักและแผนรองต่าง ๆ

10. การบริหารการตรวจสอบและการบริหารคุณภาพ (Auditing and Quality Management) ในการปรับปรุงประสิทธิภาพการตรวจสอบมีหลักการสำคัญ 10 ประการ คือ (สุรศักดิ์ นานากุล 2539 : 23-43)

- 1) การควบคุมคุณภาพโดยการตรวจสอบ (Quality Control by Inspection) เน้นการใช้การควบคุมคุณภาพโดยทางสถิติ (Statistical Quality Control) คือกระบวนการสุ่มตัวอย่างจากสินค้าหรือบริการมาตรวจสอบ ถ้าข้อบกพร่องไม่เกินมาตรฐานก็ให้บริการหรือขายสินค้านั้น แต่ถ้าข้อบกพร่องเกินมาตรฐานก็จะส่งกลับหน่วยวิเคราะห์ทำการวิเคราะห์เพื่อการแก้ไขปัญหา ต่อไป
- 2) การวางระบบเพื่อป้องกันปัญหา (Preventive System) การตรวจสอบที่ดีนั้นมิใช่คอยหาข้อผิดพลาดเพื่อแก้ไข เมื่อตรวจสอบพบข้อผิดพลาดแล้วต้องวางระบบมิให้เกิดขึ้นซ้ำอีกในอนาคต โดยวิศวกรและฝ่ายตรวจสอบจะเป็นผู้วางระบบ และผู้บริหารเป็นผู้สั่งการโดยสั่งการให้แก้ไขข้อผิดพลาด เมื่อแก้ไขแล้วก็สั่งการให้วางมาตรฐานและระบบงาน คอยดูแลให้มีการทำงานตามระบบและไม่บริหารตามโชคชะตา
- 3) การตรวจสอบระบบงาน (System Audit) หากฝ่ายตรวจสอบมีระบบการตรวจสอบที่ดี มีการวางระบบการป้องกันที่ดีและมีการบริหารที่ดีแล้ว โอกาสความผิดพลาดจะน้อยมาก แต่บางครั้งความผิดพลาดก็อาจจะเกิดจากการไม่ศึกษาระบบงานที่ดี (System) ขาดคู่มือการปฏิบัติงาน (Operating Manual) ไม่เข้าใจมาตรฐานการทำงาน (Work Standard) ที่กำหนดไว้ พนักงานขาดการฝึกอบรม (Training) ขาดการแนะแนวทางให้พนักงาน (Coaching) ขาดการบังคับบัญชาและการควบคุมที่ดี (Supervision and Control) และพนักงานถูกย้ายแล้วไม่มีการสอนงานที่ถูกต้อง (Orientation) ดังนั้นจึงต้องมีการตรวจสอบระบบงานว่าพนักงานได้ฝึกอบรมครบถ้วนตามตำแหน่งงาน พนักงานได้รับการสอนงานจากเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างานอย่างใกล้ชิด พนักงานได้รับการทบทวนความรู้ในงานอยู่เสมอ มีการวางแผนการหมุนเวียนบุคลากรในการทำงาน มีการติดตามให้มีการปฏิบัติงานตามแผนอยู่เสมอ ทุกครั้งที่มีการโอนย้ายงานต้องมีการปฐมนิเทศสอนงานด้วย ระบบงานมีการวางระบบไว้อย่างดีและมีเอกสารให้ศึกษาได้ ตลอดจนติดตามตรวจสอบดูว่ามีการปฏิบัติตามระบบนั้นอย่างครบถ้วน

- 4) การค้นหาปัญหาเพื่อการปรับปรุง (Problem Identification) การค้นหาปัญหาเพื่อทำการปรับปรุงควรเน้นการให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ซึ่งอาจทำได้ 2 แนวทาง คือ แนวทางที่หนึ่ง การใช้ระบบ Suggestion Plan โดยให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีโอกาสเสนอความคิดเห็นสร้างสรรค์เพิ่มเติมหรือคิดแปลงวิธีการทำงานให้ดีขึ้น อีกแนวทางหนึ่งใช้ระบบ Error Cause Removal (ECR) โดยการส่งเสริมและชักชวนให้ผู้ปฏิบัติงานค้นหาปัญหาในการทำงานและเสนอเพื่อการแก้ไขปรับปรุงเปลี่ยนแปลงงานให้ดีขึ้น ในการดำเนินการดังกล่าวผู้บริหารต้องตั้งหน่วยงานกลางเพื่อรับข้อคิดเห็น และพิจารณาว่าข้อคิดเห็นใดสามารถนำไปปฏิบัติได้ก็จะประกาศใช้ และให้รางวัลผู้ค้นพบ ดังนั้นผู้บริหารจึงต้องเป็นคนใจกว้างรับฟังปัญหา ไม่ปกปิดความผิดพลาดของหน่วยงาน
- 5) การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในรูปกลุ่มสร้างคุณภาพงาน (Participative Management Through QC Circles) เป็นระบบที่ส่งเสริมให้กลุ่มพนักงานเป็นผู้บริหารภายในขอบเขตของตนเอง ด้วยตัวของตัวเอง เพื่อช่วยกันแก้ปัญหาและหาทางแก้ไขตลอดจนควบคุมงานของตนเองให้มีมาตรฐานสูงได้ ตลอดจนการผลิด ประโยชน์สำคัญคือ 1) มีการคิดค้นขั้นตอนการทำงานเพิ่มเติมจากวิศวกรและตรวจสอบได้กว้างไว้ 2) มีการมอบหมายหน้าที่ให้พนักงานทุกคนในทีมได้ปฏิบัติ 3) ได้ดำเนินการตามอุดมการณ์ 3 ประการ คือการพัฒนาคน การทำงานเป็นทีม และการมีจิตสำนึกที่จะพัฒนางานให้มีคุณภาพและทำให้องค์กรมีความเจริญก้าวหน้า
- 6) การตรวจสอบคุณภาพโดยผู้บริหาร (Quality Audit) ผู้บริหารจะต้องมีบทบาทในการตรวจสอบคุณภาพ โดยการรณรงค์ให้พนักงานมีจิตสำนึกในการปรับปรุงคุณภาพ วางมาตรฐานการวัดระดับคุณภาพ ส่งทีมออกตรวจวัดผลงาน แจกรางวัลแก่ผู้ที่รณรงค์ได้ผลดีเด่น มีการประเมินคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการตรวจว่าทุกหน่วยทำตามระบบหรือไม่ และมีการติดตามความก้าวหน้าในกลุ่มควบคุมคุณภาพ
- 7) การสร้างคุณภาพในกระบวนการผลิตและกระบวนการบริหาร (Building Quality into The Production and Management Process) นั่นคือในกระบวนการผลิตนั้นจะต้องดำเนินการควบคุมคุณภาพโดยใช้เทคโนโลยี มีการควบคุมขั้นตอนการทำงานด้วยระบบงาน มีการแก้ปัญหา การกำหนดมาตรฐานและควบคุมการทำงานอย่างต่อเนื่องด้วยระบบวงจรควบคุมคุณภาพ และต้องทำทุก ๆ จุดขององค์การพร้อม ๆ กัน ส่วนการสร้างคุณภาพในกระบวนการบริหารนั้นจะต้องมี การวางแผนงานเป็นทีม (Team Planning) การบริหารอย่างมีคุณภาพ (Quality Management) นั่นคือ มีการประชุมเป็นประจำ มีประสิทธิภาพ

และมีการติดตามควบคุมระดับคุณภาพงาน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวต้องทำทั้งการบริหารระดับสูง ระดับกลาง และระดับล่าง

- 8) ขั้นตอนการทำงานถัดไปคือลูกค้าของเรา (Next Process in our Customer) ลูกค้าคือผู้ที่สำคัญที่สุด ลูกค้าหมายถึงหน่วยงานถัดไป ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร หรือผู้ที่ใช้บริการขององค์กร ดังนั้นองค์กรจึงต้องคอยตรวจสอบดูว่า ลูกค้ามีความพอใจในสินค้าและบริการของเราหรือไม่ สำหรับลูกค้าภายใน ได้แก่พนักงาน ผู้บริหารต้องเอาใจใส่อาจจะโดยการบริหารแบบพบปะพูดคุย (Management by Wandering Around – MBWA)
- 9) การลดต้นทุนของการรักษาคุณภาพ (Cost of Quality) การผลิตโดยทั่วไปมักจะมีค่าเสื่อมประสิทธิภาพอยู่ประมาณ 15-25 % ของยอดขาย ส่วนกิจกรรมการบริการความเสื่อมประสิทธิภาพอยู่ในระดับ 20-30 % ของค่าใช้จ่าย ดังนั้นองค์กรส่วนใหญ่จึงต้องรักษาคุณภาพของสินค้าและบริการ แต่มักจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาดังกล่าวค่อนข้างสูง เนื่องจากการบริหารงานไม่รัดกุม ระบบงานหละหลวม การขาดการพัฒนาพนักงาน มีสินค้าเสียหายมาก มีค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบสินค้า ค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซมสินค้าและ ค่าใช้จ่ายในการถุกคืนสินค้า องค์กรที่ดีจะต้องมุ่งทำงานให้มีคุณภาพมีเทคโนโลยีที่ดี มีระบบงานที่ดี และมีพนักงานที่ดี เพื่อจะได้ช่วยลดต้นทุนการรักษาคุณภาพซึ่งมักจะสูงถึง 5-15 %
- 10) การรณรงค์ลดความผิดพลาดให้เหลือศูนย์ (Zero Defects Campaign) คือการรณรงค์ลดของเสียให้เหลือศูนย์ (Zero Defects) ลดความผิดพลาดให้เหลือศูนย์ (Zero Mistake) ลดความสูญเปล่าให้เหลือศูนย์ (Zero Waste) หรือการลดการรอคอยให้เหลือศูนย์ (Zero Wait) ซึ่งต้องปูพื้นฐานด้วยการตรวจสอบ การวางระบบภายในการป้องกันและควบคุมคุณภาพ การบังคับบัญชาและควบคุมให้เป็นไปตามระบบ ความร่วมมือของพนักงานและผู้บริหารอย่างกว้างขวางในการทำ QC และการมุ่งคุณภาพ การใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์เพื่อช่วยเหลือในการควบคุมคุณภาพ การวางแผนเป็นทีมและการบริหารอย่างมีคุณภาพ และการรับฟังข้อคิดเห็นของลูกค้าและหน่วยงานอื่น

ระดับของการตรวจสอบ (Audit depth)

1. System audit เป็นการตรวจสอบเพื่อดูผลสำเร็จของระบบการบริหารของ องค์กรว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ เพียงใด และมีคุณภาพ ได้มาตรฐานตามที่กำหนดหรือไม่ (QA standards) โดยพิจารณาจากหลักฐาน เช่น เอกสารที่ปรากฏ รวมทั้งกระบวนการหรือแนวทางในการปฏิบัติงาน และต้องมั่นใจได้ว่าสามารถปฏิบัติได้จริง

2. Compliance audit เป็นการตรวจสอบการบริหารว่าเป็นไปตามข้อกำหนดหรือสอดคล้องกับเงื่อนไขและได้ผลหรือไม่เพียงใด

ขอบเขตของการตรวจสอบ (Audit scope)

- 1) Full audit เป็นการตรวจสอบที่ครอบคลุมทุกๆกิจกรรมและทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งค่อนข้างยุ่งยากและหากพบว่ามีข้อบกพร่องหรือปัญหา จะสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูงและเป็นการยากที่จะแก้ไข
- 2) Partial audit, mini, phased audit เป็นการตรวจสอบเฉพาะหน่วยงานที่มีความสำคัญเท่านั้น
- 3) Follow-up audit เพื่อดูผลของการตรวจสอบครั้งก่อน

กระบวนการตัดสินใจในการตรวจสอบ (The audit decision process)

ผู้ทำหน้าที่ตรวจสอบ ต้องมีข้อมูลต่างๆต่อไปนี้ คือ

- 1) ขอบเขตของสัญญา
- 2) รายละเอียดของรายการต่างๆ หรือ การบริการที่เกี่ยวข้อง
- 3) ระยะเวลา หรือผลสำเร็จ ของการดำเนินการที่เป็นอยู่ตามสัญญา
- 4) ข้อมูลของบริษัทที่เกี่ยวข้อง (สำหรับการตรวจสอบภายนอกโดยเฉพาะ)
- 5) แผนการและขั้นตอนการตรวจสอบ

ขั้นตอนในการเตรียมการตรวจสอบ (Step in preparing the audit)

จะต้องสอดคล้องกับแผนการและขั้นตอนของการตรวจสอบ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สองประการ คือ

- 1) บุคลากรเข้าใจได้และปฏิบัติตามพันธะสัญญา รวมทั้งสามารถวางแผนในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ
- 2) สามารถมีหลักฐานชี้ชัดเพื่อช่วยให้การตรวจสอบจากภายนอกได้ง่ายขึ้น

การแจ้งให้ผู้ปฏิบัติหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบ เช่นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่จะทำการตรวจสอบ โดยการแจ้งให้ทราบล่วงหน้าผ่านทางกระบวนการสื่อสารต่างๆตามความเหมาะสม ข้อมูลเบื้องต้นที่ผู้ถูกตรวจสอบควรทราบ เช่น วันที่ เอกสารที่ควรเตรียม รายชื่อของทีมผู้ตรวจสอบการยืนยันที่แน่นอนเกี่ยวกับวันและเวลา เพื่อให้ทั้งสองฝ่ายคือผู้ตรวจสอบและผู้ถูกตรวจสอบมีความพร้อม และสะดวกทั้งสองฝ่าย

1.6 วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่เป็นกรณีศึกษา (Case Study) เพื่อทำความเข้าใจระบบการติดตามประเมินผลการบริหารองค์การที่มีการดำเนินการในองค์กรที่เป็นกรณีศึกษา และระบบการตรวจสอบที่มีการดำเนินการในองค์กรส่วนกลางซึ่งทำหน้าที่ในการติดตามประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาได้แก่

- 1) ผู้บริหารสูงสุดขององค์การและรองผู้บริหารซึ่งรับผิดชอบงานด้านการบริหาร
- 2) ผู้บริหารองค์การซึ่งทำหน้าที่ในการตรวจสอบ ติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การ
- 3) ผู้ปฏิบัติงานในองค์การซึ่งทำหน้าที่ในการติดตามประเมินผล
- 4) ผู้ปฏิบัติงานในองค์การ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการขององค์การที่เป็นกรณีศึกษา
- 5) ผู้เกี่ยวข้องอย่างสำคัญในองค์การติดตามตรวจสอบกลาง
- 6) ผู้รับบริการ/ผู้แทนชุมชน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้มาโดยการเลือกอย่างเจาะจงเพื่อให้ได้ Key Informants ในองค์การเหล่านั้น

- 1) ผู้บริหารองค์การและผู้บริหารองค์การตรวจสอบในองค์กรนั้น 3-4 คน/องค์กร รวม 18-24 คน
- 2) ผู้ปฏิบัติงานในองค์กร 10-15 คน/องค์กร รวม 60-90 คน
- 3) ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรการตรวจสอบ 3-5 คน/องค์กร รวม 18-30 คน
- 4) ผู้เกี่ยวข้องในองค์กรการตรวจสอบกลางของรัฐ 1-2 คน/องค์กร รวม 6-12 คน
- 5) ผู้รับบริการ/ผู้แทนชุมชน 2-3 คน/องค์กร รวม 12-18 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล มุ่งเน้น 2 วิธี คือ

1) การศึกษาเอกสารของหน่วยงาน (Documentary Study) เพื่อมุ่งเน้นทำความเข้าใจเกี่ยวกับองค์การในด้านวิวัฒนาการ ปรัชญา วัตถุประสงค์ โครงสร้างองค์การ และระบบการติดตามประเมินผลขององค์การ

2) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Dept Interview) เพื่อมุ่งเน้นศึกษาระบบ กระบวนการ ปัญหา อุปสรรค และประเด็นวิกฤติในการติดตามประเมินผล หรือประเด็นอื่น ๆ

การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล มุ่งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในเชิงเหตุผล (Logical Analysis) ของปรากฏการณ์ของระบบการตรวจสอบที่มีการดำเนินการ ในแต่ละกรณีศึกษา และมุ่งสังเคราะห์ข้อมูลภาพรวมของกรณีศึกษา เพื่อทำความเข้าใจประเด็นร่วม (Common Factors) และประเด็นเฉพาะของแต่ละกรณี (Specific Factors)

1.7 ประโยชน์ที่ได้รับ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับประโยชน์ดังนี้

- 1) ได้ทำความเข้าใจระบบการตรวจสอบขององค์กรที่มีการดำเนินการ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในองค์กรอื่น ๆ
- 2) ได้ทำความเข้าใจปัญหาอุปสรรค ซึ่งช่วยให้มีการปรับระบบการตรวจสอบในหน่วยงานที่จะดำเนินการ
- 3) ได้แนวทางประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลของรัฐที่ต้องการทดลองการออกนอกกระบวนการ
- 4) ได้ตัวอย่างเครื่องมือของการติดตามและประเมินผลที่นำไปประยุกต์ใช้กับการทดลองออกนอกกระบวนการ
- 5) ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการออกนอกกระบวนการของโรงพยาบาล

บทที่ 2

ภาพรวมของระบบการบริหารองค์การ

ภาพรวมของระบบการบริหารองค์การนี้มุ่งนำเสนอให้เห็นสภาพการเปลี่ยนแปลงขององค์การและสาเหตุการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างองค์การและการบริหารงาน และการจัดระบบการตรวจสอบขององค์การ

2.1 การเปลี่ยนแปลงองค์การและสาเหตุการเปลี่ยนแปลง

2.1.1 สภาพการเปลี่ยนแปลงในองค์การ

ผลจากการวิจัยพบว่า องค์การที่เป็นกรณีศึกษานั้นมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ

- 1) การพัฒนาคุณภาพการบริการตามแนวของโครงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยดำเนินการใช้ระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขกำลังดำเนินการอยู่
- 2) การพัฒนาระบบงาน ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่มีการดำเนินการพัฒนาระบบงานในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งที่จะเป็นหน่วยบริการที่มีคุณภาพและมีความเป็นเลิศทางวิชาการและความเป็นผู้นำในภูมิภาค และในช่วงต่อมาได้เข้าร่วมโครงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้วย โดยเป็นโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยเพียงแห่งเดียวที่เข้าร่วมในโครงการความร่วมมือกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- 3) การพัฒนาคุณภาพการบริการตามแนว ISO 9002 ได้แก่ โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี ซึ่งได้พัฒนาคุณภาพการบริการโดยได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO 9002 จากต่างประเทศ และในปัจจุบันกำลังพยายามพัฒนามาใช้แนวทางของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน
- 4) การพัฒนาคุณภาพการบริการและการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารโรงพยาบาล เช่น กรณีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งได้พัฒนาระบบการดำเนินงานโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารและติดตามประเมินผลโรงพยาบาลได้

และได้มุ่งพัฒนาระบบบริการโดยใช้แนวทางของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้วย

- 5) การพัฒนาแนวทางการบริหารงานแบบใหม่ เช่น กรณีคลินิกนอกเวลาโรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งมุ่งพัฒนาแนวทางใหม่ คือ
 - ให้บริการผู้ป่วยที่มีความจำเป็นและไม่สามารถมารับการรักษาพยาบาลในเวลาราชการตามปกติ
 - ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้คุ้มค่า เนื่องจากเครื่องมือแพทย์แต่ละชิ้นใช้งบประมาณจำนวนมาก จึงควรใช้ให้เต็มตามประสิทธิภาพของเครื่อง
 - เป็นทางเลือกที่จะเสริมรายได้พิเศษให้แก่บุคลากรทุกระดับ ซึ่งอาจเป็นทางหนึ่งในการลดปัญหาสมองไหล
 - คาดหวังว่าการบริหารจัดการในคลินิกนอกเวลาจะเป็นแม่แบบในการพัฒนาคลินิกภาคปกติ

และในปัจจุบันได้พยายามพัฒนาระบบ ISO 9002 ด้วย

- 6) การพัฒนาในระบบองค์กรในกำกับของรัฐ เช่น มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ซึ่งได้ใช้รูปแบบการบริหารแบบใหม่ ไม่เป็นมหาวิทยาลัยของรัฐ ที่ใช้ระเบียบกฎเกณฑ์ที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินงาน จึงได้ปรับระบบใหม่ เป็นองค์กรซึ่งรัฐกำกับดูแล แต่มีกฎหมายการดำเนินงานเป็นอิสระของตนเอง

2.1.2 สาเหตุการเปลี่ยนแปลง

ผลจากการศึกษาองค์กรที่เป็นกรณีศึกษาพบว่ามีสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญหลายประการคือ

- 1) การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากปัญหาภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ เช่น กรณีโรงพยาบาลราษฎร์ยินดี ที่พบว่าภายใต้ภาวะวิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น องค์กรไม่ต้องการปลดพนักงาน จึงจำเป็นต้องร่วมกันวิเคราะห์แสวงหาทางออกให้แก่องค์การให้สามารถอยู่รอดได้ ซึ่งได้ดำเนินการหลายประการ รวมไปถึงการสร้างคุณภาพการบริการตามแนว ISO 9002 ด้วย ซึ่งเป็นประเด็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
- 2) การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากปัญหาการไม่ยอมรับของชุมชน เช่น กรณีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งพบว่าในช่วงแรกนั้นองค์กรไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน มีการใช้บริการที่องค์กรนี้น้อยมาก ดังนั้นผู้บริหารจึงต้องแสวงหาทางออก โดยการศึกษาปัญหาการ

ไม่ยอมรับของชุมชน และร่วมกับชุมชนและคนในองค์การพัฒนาคุณภาพการบริการ ขึ้นมาจนเป็นที่ยอมรับอย่างสูง

- 3) การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากต้องการพัฒนาระบบงาน เช่นกรณีโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งพบว่าต้องมีการพัฒนาตนเอง ขึ้นมา เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงภายนอก ในกรณีโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ต้องการเสริมสร้างความเป็นผู้นำทางด้านการบริการในภูมิภาค ส่วนโรงพยาบาลหาดใหญ่ต้องการพัฒนาระบบการบริการที่มีคุณภาพขึ้นมา
- 4) การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากต้องการทดลองรูปแบบใหม่ เช่น มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีและคลินิกนอกเวลา โรงพยาบาลรามารับดี ซึ่งเห็นว่าระบบการบริการที่มีการใช้อยู่เดิมนั้นไม่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาในอนาคต จึงต้องปรับระบบการดำเนินงานใหม่ โดยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้นำมหาวิทยาลัยออกนอกกระบวนการแต่ก็ยังคงได้รับการสนับสนุนจากรัฐ ส่วนคลินิกนอกเวลา ก็ใช้ระบบใหม่ที่ไม่ต้องอิงกับระบบราชการมาก และเปิดโอกาสให้ประชาชนมาใช้บริการนอกเวลาราชการด้วย

2.1.3 ปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนแปลง

ผลจากการศึกษาองค์การที่เป็นกรณีศึกษา ทั้ง 6 องค์การพบว่าปัจจัยสำคัญต่อการเอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนแปลง มี 2 ปัจจัยหลัก คือ

1) การมีผู้นำการเปลี่ยนแปลงในองค์การ

ผลการวิจัยกรณีศึกษาทั้ง 6 องค์การพบว่าการเปลี่ยนแปลงในองค์การที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากการมีผู้นำการเปลี่ยนแปลงในองค์การ ซึ่งในบางองค์การก็เป็นผู้นำสูงสุดขององค์การ เช่น โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ซึ่งมีอธิการบดีเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง หรือบางองค์การก็ไม่ใช่นำคนเดียวแต่เป็นกลุ่มนำระดับสูง เช่น โรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งมีผู้อำนวยการและกลุ่มรองผู้อำนวยการและนักวิชาการ ร่วมกันดำเนินการเปลี่ยนแปลง ส่วนโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ก็จะมีกลุ่มคณบดี/รองฯ และกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นกลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง และคลินิกนอกเวลาก็จะมีกลุ่มคณบดี/รองฯ ร่วมดำเนินการ หรือบางแห่งก็เป็นผู้นำระดับบนขององค์การแต่ไม่ใช่ผู้นำสูงสุดขององค์การ เช่น โรงพยาบาลราชบุรียินดี ซึ่งมีนายแพทย์ในองค์การเป็นผู้ดำเนินการการเปลี่ยนแปลง

ผู้นำและกลุ่มผู้นำเหล่านี้มีคุณลักษณะที่สำคัญคือ

- เป็นผู้นำหรือกลุ่มผู้นำที่มีความคิดริเริ่ม/เอาใจจริงเอาใจ ซึ่งการดำเนินการเปลี่ยนแปลงในช่วงแรกมักจะดำเนินการไปด้วยความยากลำบาก แต่เนื่องจากเป็นบุคคลที่ดำเนินการอย่างจริงจังจึงประสบความสำเร็จ เช่น
 - กรณีผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ได้พยายามอย่างยิ่งยวดในการทำความเข้าใจปัญหาชุมชน โดยการเข้าพบปะพูดคุยกับคนในชุมชนแทบทุกกลุ่มเป็นระยะเวลานาน
 - กรณีโรงพยาบาลราชบุรียินดี ได้พยายามอย่างยิ่งที่จะพัฒนาระบบ ISO 9002 โดยที่ยังไม่ได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารในช่วงแรก การดำเนินการจึงประสบอุปสรรคและต้องฝ่าฟันอุปสรรคด้วยตนเอง
 - กรณีอธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้พยายามเผยแพร่แนวคิดมหาวิทยาลัยในกำกับเป็นเวลายาวนานกว่าจะได้รับการยอมรับให้มีการดำเนินการได้
- มีวิสัยทัศน์ ผู้นำและกลุ่มผู้นำในการดำเนินการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดมีวิสัยทัศน์สามารถคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นได้อย่างดี และมองเห็นแนวทางการดำเนินการในอนาคต ซึ่งหน่วยงานอื่นยังไม่กล้าดำเนินการ เช่น
 - การดำเนินการออกเป็นมหาวิทยาลัยอิสระ
 - การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหาร
 - การพัฒนาคุณภาพงานและระบบงาน เป็นต้น
- สามารถสร้างทีมงานได้ การดำเนินการเปลี่ยนแปลงหลายแห่งจะมีทีมงานดำเนินการเพื่อเอื้อให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น
 - ทีมควบคุมคุณภาพ ของโรงพยาบาลราชบุรียินดีหรือ
 - ทีมบริหารงาน ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ คลินิกนอกเวลา และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เป็นต้น
- สามารถสร้างระบบงาน ขึ้นมาใหม่ เช่น
 - ระบบคุณภาพ ของโรงพยาบาลราชบุรียินดี โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
 - ระบบบริหารแบบมีส่วนร่วม ของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว
 - ระบบบริหารแบบอิสระของคลินิกนอกเวลาและมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

- สามารถสร้างแรงจูงใจต่อผู้อื่นให้ดำเนินการร่วม ในทุกแห่ง
 - 2) การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง หรือการสนับสนุนจากภายนอก
- การได้รับการสนับสนุนที่สำคัญ ทำให้การเปลี่ยนแปลงขององค์การที่เป็นกรณีศึกษา ดำเนินการไปได้ ซึ่งการสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่
- ได้รับการสนับสนุนจากอำนาจทางการเมือง เช่น กรณีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้รับการสนับสนุนจากนายกรัฐมนตรีชาติชาย ชุณหะวัณ ทำให้สามารถดำเนินการเป็นมหาวิทยาลัยอิสระได้ ทั้ง ๆ ที่มีการคัดค้านค่อนข้างมาก
 - ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารหน่วยงาน เช่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และคลินิกนอกเวลา โรงพยาบาลรามารับดี ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากคณะผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์อย่างเต็มที่ ส่วนโรงพยาบาลราชบุรียินดี ได้รับการสนับสนุนทางการบริหารในระยะต่อมาจึงสามารถดำเนินการต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - ได้รับการสนับสนุนจากภายนอก เช่นกรณีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว และโรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบทำให้องค์การสามารถดำเนินการเปลี่ยนแปลงได้

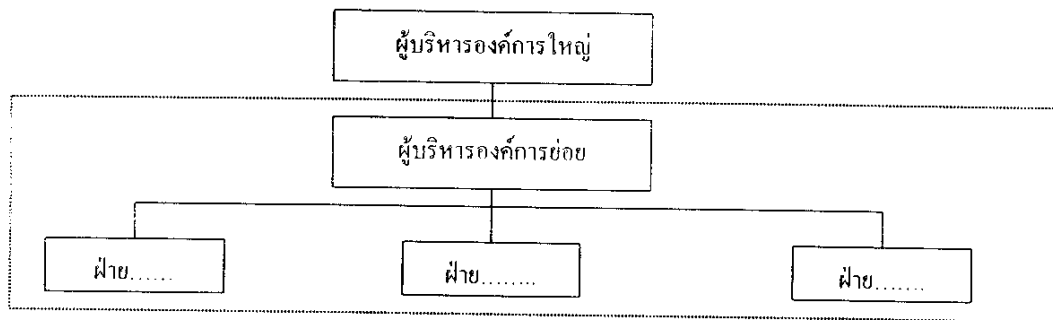
2.2 โครงสร้างองค์การและการบริหาร

ผลจากการศึกษาองค์การที่เป็นกรณีศึกษาพบว่าองค์การเหล่านี้มีการจัดโครงสร้างองค์การการบริหารใน 2 ลักษณะ คือ

2.2.1 โครงสร้างองค์การตามหน้าที่ในสายงานปกติ

โครงสร้างดังกล่าวนี้องค์การจะเป็นเพียงองค์การย่อยขึ้นต่อองค์การในระดับที่สูงขึ้นไป อำนาจการกำหนดนโยบายจะอยู่ที่องค์การระดับสูง ส่วนองค์การย่อยจะเป็นผู้ปฏิบัติตามนโยบายหลักขององค์การระดับสูง โดยองค์การย่อยเองก็จะมีผู้บริหารสูงสุดภายในองค์การ และมีผู้บริหารในระดับรองลงมา เช่น การจัดโครงสร้างของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และคลินิกนอกเวลาที่มีคณะแพทยศาสตร์ เป็นองค์การระดับสูง ส่วนโรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ก็จะขึ้นต่อหน่วยงานในระดับที่สูงขึ้นไปในสายงานของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

โครงสร้างองค์การดังกล่าวเขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



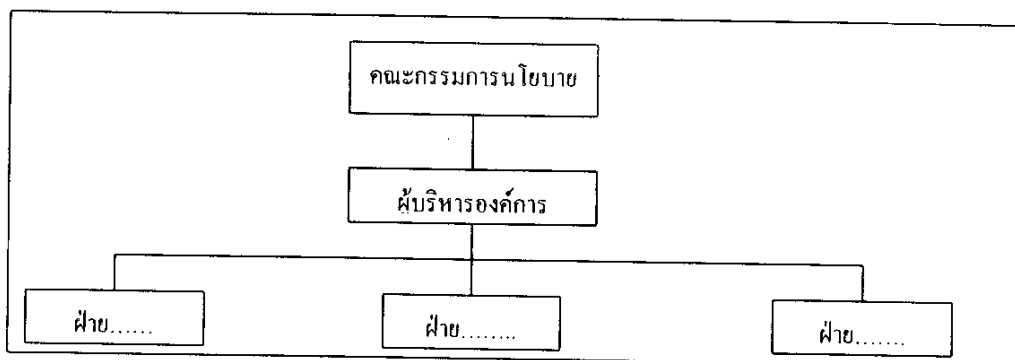
จากโครงสร้างองค์การจะไม่มีความเป็นอิสระในการดำเนินการแบบเบ็ดเสร็จภายในองค์การเอง ต้องบริหารตามนโยบายขององค์การใหญ่ การจัดวางระบบการตรวจสอบที่เป็นทางการจึงเป็นเรื่องขององค์การใหญ่เป็นหลัก ส่วนองค์การย่อยอาจจะมีระบบการตรวจสอบภายในอย่างไม่เป็นทางการของตนเองก็ได้ ดังเช่นโรงพยาบาลหาดใหญ่ เป็นต้น

2.2.2 โครงสร้างองค์การที่มีคณะกรรมการกำหนดนโยบายเป็นองค์การสูงสุด

โครงสร้างนี้จะจัดในรูปของคณะกรรมการซึ่งทำหน้าที่กำหนดนโยบายเป็นผู้ควบคุมกำกับดูแลการบริหารงาน และจะมีผู้บริหารทำหน้าที่บริหารภายใต้การกำกับของกรรมการนโยบายนี้ เช่น

- การจัดองค์การของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่มีสภามหาวิทยาลัยทำหน้าที่กำหนดนโยบายและกำกับกับการดำเนินงานของมหาวิทยาลัยให้เป็นไปตามนโยบาย โดยมีอธิการบดี เป็นผู้บริหารงานตาม
- การจัดองค์การของโรงพยาบาลราชบุรีรัตน์ ที่มีคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เป็นผู้กำหนดนโยบายและกำกับงานให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดำเนินการตามนโยบายที่กำหนด

การจัดองค์การการบริหารดังกล่าวเขียนเป็นแผนภาพได้ดังนี้



จากโครงสร้างองค์กรจะเห็นว่าองค์กรมีความเป็นอิสระในการดำเนินงาน โดยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกรรมการนโยบายขององค์กร

2.3 การจัดระบบตรวจสอบ ติดตามและประเมินผลขององค์กร

ผลการวิจัยในแต่ละกรณีศึกษาพบว่าองค์กรมีการจัดระบบการตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลดังนี้

โรงพยาบาลหาดใหญ่

มีระบบตรวจสอบ ติดตามและประเมินผลที่สำคัญคือ

- การตรวจสอบทางการเงินและวัสดุ
- การตรวจสอบทางการแพทย์
- การตรวจสอบทางการแพทย์
- การตรวจสอบคุณภาพ
- การตรวจสอบย่อยของกลุ่มงาน เช่น กลุ่มงานเภสัชกรรม
- การประเมินผลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มีระบบตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผล ที่สำคัญ คือ

- การตรวจสอบภายใน เน้นการตรวจสอบทางการเงิน และการปฏิบัติงาน
- การตรวจสอบทางการแพทย์
- การตรวจสอบคุณภาพของกลุ่มงาน เช่น งานเภสัชกรรม งานโภชนาการ และงานพัสดุ เป็นต้น
- การประเมินผลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

มีระบบการตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลที่สำคัญ ได้แก่

- การติดตามผลการบริหารงานโดยชุมชน
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคคล
- การตรวจสอบคุณภาพ
- การตรวจสอบทางการแพทย์
- การประเมินผลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี

มีระบบการตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลที่สำคัญ ได้แก่

- การทบทวนของฝ่ายบริหาร
- การตรวจสอบภายใน เน้นการตรวจสอบคุณภาพ
- การตรวจสอบทางการแพทย์
- การตรวจสอบประเด็นสำคัญ เช่น การตรวจสอบยาและวัสดุ การตรวจสอบโภชนาการ
- การตรวจสอบทางการเงิน
- การประเมินผลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

คลินิกนอกเวลา โรงพยาบาลรามารักษ์

มีระบบการตรวจสอบ ติดตามและประเมินผลที่สำคัญ คือ

- การตรวจสอบคุณภาพการบริการ
- การตรวจสอบทางการเงิน
- การประเมินผลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

มีระบบการตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลที่สำคัญ ได้แก่

- การตรวจสอบภายใน เน้นการตรวจสอบการเงินและทรัพย์สิน การตรวจสอบการปฏิบัติงาน และการตรวจสอบคอมพิวเตอร์
- การประเมินผลการบริหารบุคคล
- การประเมินผลงานด้านวิชาการและการประกันคุณภาพ
- การประเมินผลการดำเนินงานตามแผน

จากระบบการตรวจสอบ ติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การ ดังกล่าวข้างต้นสามารถจัดระบบการตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลได้ 4 กลุ่มใหญ่ คือ การตรวจสอบทางการแพทย์ การตรวจสอบคุณภาพงานและการปฏิบัติงาน การตรวจสอบการเงินและทรัพย์สิน การตรวจสอบทางการแพทย์ และการตรวจสอบ ติดตามและประเมินผลกลุ่มงานย่อยต่าง ๆ

การตรวจสอบทางการเงิน

- องค์การที่มีการจัดระบบการตรวจสอบของฝ่ายบริหารอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การทบทวนของฝ่ายบริหาร โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี และการติดตามผลของสภามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- องค์การที่มีการจัดระบบการติดตามการบริหารโดยชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

การตรวจสอบคุณภาพงานและการปฏิบัติงาน

- องค์การที่มีการจัดระบบการตรวจสอบคุณภาพงานและการปฏิบัติงาน เป็นระบบการตรวจภายในขององค์การที่ชัดเจน ได้แก่ โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- องค์การที่มีการตรวจสอบคุณภาพงาน แต่ยังไม่ได้จัดระบบการตรวจสอบที่ชัดเจน ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลหาดใหญ่ และคลินิกนอกเวลา

การตรวจสอบทางการเงิน

- องค์การที่มีการจัดระบบการตรวจสอบภายในทางการเงินที่เป็นระบบอย่างชัดเจน ได้แก่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- องค์การที่มีการตรวจสอบทางการเงิน แต่ไม่ได้จัดวางเป็นระบบการตรวจสอบภายใน ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี และคลินิกนอกเวลา โรงพยาบาลรามารบดี

การตรวจสอบทางการแพทย์

- องค์การที่มีการจัดระบบการตรวจสอบทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ มี 2 องค์การ คือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่
- องค์การที่มีการตรวจสอบทางการแพทย์ แต่ไม่ได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน ได้แก่ โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี โรงพยาบาลบ้านแพ้ว และคลินิกนอกเวลา โดยเฉพาะคลินิกนอกเวลานั้นมีการจัดระบบการตรวจสอบทางการแพทย์ที่หน่วยคนไข้นอก (OPD)

การตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลกลุ่มงาน

- การประเมินผลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ มีการดำเนินการในทุกองค์การ
- การตรวจสอบคุณภาพกลุ่มงานย่อย เช่น กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานโภชนาการ มีการดำเนินการในบางองค์การ

บทที่ 3

ระบบการตรวจสอบภายใน

ระบบการตรวจสอบภายในขององค์การที่เป็นกรณีศึกษาพบว่าจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

- 1) องค์การที่มีการจัดระบบการตรวจสอบภายในที่ชัดเจนและเป็นทางการ ได้แก่
 - ระบบการตรวจสอบภายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - ระบบการตรวจสอบภายในโรงพยาบาลราษฎร์ยินดี
 - ระบบการตรวจสอบภายในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- 2) องค์การที่มีการจัดระบบการตรวจสอบภายในแต่เป็นระบบที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่
 - การตรวจสอบภายในของโรงพยาบาลหาดใหญ่
 - การตรวจสอบภายในของคลินิกนอกเวลา โรงพยาบาลรามารัตน์
- 3) องค์การที่ไม่มีการจัดระบบการตรวจสอบภายใน แต่มีการจัดวางระบบการตรวจสอบคุณภาพงาน และการตรวจสอบด้านการเงิน ได้แก่
 - โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

การสังเคราะห์ผลกรณีศึกษาครั้งนี้ นำเสนอระบบการตรวจสอบภายใน 6 ประเด็น ได้แก่ แนวคิดและวัตถุประสงค์การตรวจสอบ การจัดองค์การการตรวจสอบ ผู้ทำการตรวจสอบ กระบวนการตรวจสอบ เครื่องมือและกฎเกณฑ์การตรวจสอบ และสัมฤทธิ์ผลและการนำไปใช้

3.1 แนวคิดและวัตถุประสงค์การตรวจสอบ

3.1.1 แนวคิดของการตรวจสอบภายใน

ผลการวิจัยพบว่าแนวคิดของการตรวจสอบภายในนั้นมี 3 แนวคิดหลัก คือ

- 1) แนวคิดเกี่ยวกับการตรวจสอบทางการเงินและการบัญชี (Financial audit) การจัดวางระบบการตรวจสอบภายในที่เน้นการตรวจสอบทางการเงินและการบัญชีเป็นหลัก แนวคิดนี้พบในระบบการตรวจสอบภายในของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ และจะพบในกระบวนการตรวจสอบของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว และคลินิก

นอกเวลาด้วย การตรวจสอบแนวมุ่งเน้นการตรวจสอบการเงินและการบัญชีว่าเป็นไปตามกฎระเบียบที่วางไว้หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคอะไร ทั้งนี้เป็นกระบวนการควบคุมการใช้จ่ายเงินให้เป็นไปตามระเบียบกฎเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เพื่อป้องกันการทุจริตนั่นเอง

แนวคิดการตรวจสอบทางการเงินและการบัญชีนี้ เป็นแนวทางการตรวจสอบแบบเดิมที่มุ่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการใช้จ่ายทางการเงินให้สอดคล้องกับระเบียบและกฎเกณฑ์ ประเด็นการตรวจสอบจึงคล้ายกับวิธีการจับผิดผู้ปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงานจึงไม่ได้มุ่งเน้นที่ผลของงาน แต่มุ่งจะปฏิบัติตามระเบียบและกฎเกณฑ์ที่วางไว้เท่านั้น เอกสารการเบิกจ่ายจึงเป็นเรื่องสำคัญสำหรับแนวคิดนี้ วิธีการนี้ยังไม่สามารถช่วยให้กระบวนการตรวจสอบมุ่งพัฒนางานให้บรรลุเป้าหมายอย่างแท้จริง

2) แนวคิดเกี่ยวกับการตรวจสอบการปฏิบัติงาน (Performance audit) แนวคิดนี้ขยายต่อจากแนวคิดการตรวจสอบทางการเงินและการบัญชี โดยในระยะต่อมาได้เพิ่มประเด็นการตรวจสอบการปฏิบัติงาน เข้ามาด้วย ซึ่งพบได้จากระบบการตรวจสอบภายในของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เน้นการปฏิบัติงานในเรื่องคุณภาพการบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน ในขณะที่มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีเน้นการปฏิบัติงานตามระเบียบและเกณฑ์ที่วางไว้ และเริ่มขยายสู่ระบบการตรวจสอบคุณภาพ

การตรวจสอบการปฏิบัติงานนี้ยังไม่สามารถขยายประเด็นได้ชัดเจน เนื่องจากองค์กรที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบยังเป็นองค์กรเดิม แนวคิดเดิมยังคงอยู่ นอกจากนี้ยังพบว่าหน่วยตรวจสอบภายในจากส่วนกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ที่นับว่าเป็นอุปสรรคขัดขวางการพัฒนาการตรวจสอบตามแนวใหม่นี้ กรณีที่ชัดเจนคือ ความไม่เข้าใจของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินต่อกระบวนการทำงานและเป้าหมายในการทำงานของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ทำให้การตรวจสอบมุ่งเน้นตามแนวทางเดิม มากกว่าจะมุ่งที่การตรวจสอบที่ผลงาน

3) แนวคิดเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพงาน (Quality audit) การจัดวางระบบการตรวจสอบภายในที่เน้นการตรวจสอบคุณภาพการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานที่วางไว้ พบในกรณีของโรงพยาบาลราชบุรียินดีที่จัดระบบการตรวจสอบภายในทั้งระบบเป็นเรื่องของการตรวจสอบคุณภาพ ส่วนโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เน้นการตรวจสอบคุณภาพของการปฏิบัติงาน โดยปรับขยายแนวคิดการตรวจสอบจากการตรวจสอบทางการเงินและการบัญชีอย่างเดียว มาเน้นที่ระบบการตรวจสอบคุณภาพมากขึ้น และมีแนวโน้มว่าจะขยายระบบการตรวจสอบมามุ่งในเรื่องคุณภาพเป็นหลัก

การตรวจสอบคุณภาพงานนี้แนวคิดที่สำคัญได้จากแนวคิดการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) และการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน ISO 9002 โดยแนวคิดนี้การดำเนินงาน

ขององค์การจะมุ่งที่การจัดวางระบบเพื่อการพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะคุณภาพการบริการ โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานตามแนวทางข้างต้นดังกล่าว

สำหรับแนวคิดที่เป็นจุดเน้นเปรียบเทียบของแต่ละองค์กรแสดงให้เห็นดังตารางเปรียบเทียบต่อไปนี้ คือ

แนวคิดการตรวจสอบ	สงขลา นครินทร์	หาดใหญ่	บ้านแพ้ว	ราษฎร์อิน ติ	คลินิก นอก เวลา	เทคโนสุร นารี
1. การตรวจสอบทางการเงิน และการบัญชี	มีหน่วย ตรวจสอบ ภายใน ดำเนินการ และเป็นจุด เน้นของ การตรวจ สอบใน ช่วงแรก	การตรวจ สอบตาม ปกติของผู้ บริหารและ การตรวจ สอบจาก ภายนอก โดย สดง.	การตรวจ สอบตาม ปกติของผู้ บริหารและ การตรวจ สอบจาก ภายนอก โดย สดง.	การตรวจ สอบตาม ปกติของผู้ บริหาร	มีคณะ กรรมการ ตรวจสอบทางการเงิน และบัญชี	มีหน่วย ตรวจสอบ ภายใน ดำเนินการ และเป็นจุด เน้นของ การตรวจ สอบใน ช่วงแรก
2. การตรวจสอบการปฏิบัติงาน	กำลังขยาย ผลมาสู่การ ปฏิบัติงาน ควบคู่กับ คุณภาพ งาน	ไม่เน้น การปฏิบัติ งานที่จัด เจนแต่มี ภาพรวมอยู่ ที่ HA	ตรวจสอบ ตามแนว ของ กพ.	เป็นส่วน หนึ่งของ การตรวจ สอบคุณ ภาพงาน	การตรวจ สอบตาม ปกติของผู้ บริหาร	ขยายผลมา สู่การ ปฏิบัติงาน
3. การตรวจสอบคุณภาพงาน	กำลังจัด วางระบบ ตามแนว ทางของ HA	กำลังจัด วางระบบ ตามแนว ทางของ HA	กำลังริเริ่ม ตามแนว ทางของ HA	เน้นคุณ ภาพงาน ตามแนว ของ ISO 9002 และ กำลังขยาย ไปสู่ HA	กำลังริเริ่ม จัดวาง ระบบ	ริเริ่มใน บางส่วน โดยเน้น การ ประกันคุณ ภาพ (QA)

3.1.2 วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบภายใน

การตรวจสอบภายในมีวัตถุประสงค์หลักอยู่ 5 ประการ คือ

1) เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎระเบียบที่วางไว้ เน้นที่มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เนื่องจากต้องเน้นการควบคุมดูแลด้านการเงิน ซึ่งต้องการการดำเนินการตามระเบียบอย่างโปร่งใส และเป็นการป้องกันการทุจริตรั่วไหลด้วย

2) เพื่อตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลทางการเงินและการบัญชี เช่น กรณีโรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว คลินิกนอกเวลา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ยังมีการดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอยู่ โดยที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เริ่มลดการดำเนินงานนี้ลง และมุ่งไปสู่การตรวจสอบการปฏิบัติงานตามมาตรฐานมาก

3) เพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และตรวจสอบคุณภาพของการปฏิบัติงานตามกฎหมายที่วางไว้ เน้นที่โรงพยาบาลราชบุรียี่สิบ เนื่องจากเป็นข้อกำหนดของการดำเนินกิจกรรม ISO 9002 นอกจากนี้ในกรณีของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ก็ได้พยายามเน้นการตรวจสอบคุณภาพเพิ่มมากขึ้น ส่วนองค์กรอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว กำลังอยู่ในช่วงของการพัฒนาการตรวจสอบคุณภาพ ยังไม่ได้มีการจัดระบบการตรวจสอบคุณภาพให้เป็นระบบการตรวจสอบภายในอย่างเป็นทางการ มีเพียงคณะกรรมการดำเนินการยังไม่ได้สร้างองค์กรดูแลเช่น โรงพยาบาลราชบุรียี่สิบ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

4) เพื่อใช้ผลการตรวจสอบเป็นแนวทางในการพัฒนาและแก้ไขระบบงาน วัตถุประสงค์ข้อนี้พบในกระบวนการตรวจสอบของโรงพยาบาลราชบุรียี่สิบ ที่มุ่งตรวจสอบเพื่อการแก้ไขระบบ มิใช่เป็นการตรวจสอบเพื่อการจับผิดบุคคล ส่วนองค์กรอื่น ๆ เน้นจุดนี้เป็นสำคัญรองลงมา เพราะส่วนใหญ่มุ่งเพื่อการแก้ไขโดยรวม ซึ่งบางครั้งเน้นที่การแก้ไขคนและบางครั้งเน้นที่การแก้ไขระบบ

สรุปเปรียบเทียบทั้ง 6 องค์กรได้ดังตารางต่อไปนี้

วัตถุประสงค์การตรวจสอบ	สงขลา นครินทร์	หาดใหญ่	บ้านแพ้ว	ราษฎร์ ดี	คลินิก นอก เวลา	เทคโนโลยี นารี
• เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ คำสั่งและนโยบายที่กำหนด	เป็นวัตถุประสงค์หลักช่วงแรกแต่เริ่มลดลง	เน้นแผนการใช้และการจัดซื้อ	ไม่ชัดเจน	ไม่มี	ไม่มี	เป็นวัตถุประสงค์หลัก
• เพื่อพิสูจน์ความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของข้อมูลและตัวเลข เพื่อป้องกันการรั่วไหล	เน้นป้องกันการรั่วไหล	เน้นความถูกต้องตามบัญชีและความเพียงพอ	มีการตรวจสอบจากภายนอก	เน้นเอกสารที่มีคุณภาพและเพียงพอ	มีการจัดระบบการตรวจสอบทางการเงินและบัญชี	เป็นวัตถุประสงค์หลัก
• เพื่อติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน และการติดตามตรวจสอบคุณภาพการปฏิบัติงาน	เพิ่มเติมในช่วงหลัง	ไม่ได้ระบุชัด	ไม่ได้ระบุชัดแต่มีระบบการประชุมของผู้นำชุมชน	เน้นการตรวจสอบคุณภาพการดำเนินงานที่สอดคล้องกับเอกสารคุณภาพ	ไม่ได้ระบุชัด	เป็นวัตถุประสงค์หลัก
• เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและแก้ไขระบบงาน	เพิ่มเติมในช่วงหลัง	ไม่ได้ชี้ไว้ชัดเจนแต่มีการนำไปใช้	มุ่งใช้ผลจากการตรวจสอบโดยผู้นำชุมชน	เน้นการใช้ผลจากการตรวจสอบเพื่อพัฒนาระบบ	ไม่ได้ระบุชัด	เพื่อประโยชน์ผู้บริหารในการตัดสินใจ

สำหรับวัตถุประสงค์การตรวจสอบแต่ละองค์กรที่เป็นกรณีศึกษามีดังต่อไปนี้

กรณีโรงพยาบาลหาดใหญ่

มีวัตถุประสงค์เฉพาะในการตรวจสอบภายใน คือ

1. ต้องการตรวจสอบว่าแผนการใช้วัสดุต่าง ๆ ของหน่วยรับตรวจ รวมทั้งแผนการจัดซื้อจัดหาเป็นไปตามแผนหรือไม่ ถูกตามระเบียบของทางราชการหรือไม่

2. ยอดวัสดุคงเหลือ มีจำนวนเท่าใด และจะพอมีใช้ต่อไปได้มากน้อยเพียงใด
3. รายการเบิกจ่ายวัสดุจากคลังใหญ่ (ฝ่ายพัสดุ ฯ) ไปยังคลังย่อย (หน่วยเบิกแต่ละหน่วย) ตามบัญชีวัสดุมีความถูกต้องตรงกันหรือไม่)

กรณีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การตรวจสอบภายในช่วงแรกมีวัตถุประสงค์ดังนี้

- 1) ดูแลติดตาม การปฏิบัติงานตามกฎ ระเบียบ และนโยบายของคณะ
- 2) เพื่อป้องกันการรั่วไหล

ต่อมาในช่วงปัจจุบัน ได้เน้นเพิ่มเติม คือ

- 3) การประเมินการติดตามการปฏิบัติงาน
- 4) เพื่อค้นหาและแก้ไขจุดอ่อน
- 5) เพื่อให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา

กรณีโรงพยาบาลราษฎร์ยินดี

ในการตรวจสอบภายในของโรงพยาบาลราษฎร์ยินดี มีเป้าหมาย 2 ประการ คือ

- 1) การตรวจสอบคุณภาพของเอกสาร (Quality Document Audit) นั่นคือตรวจสอบว่าเอกสารที่หน่วยงานใช้ทั้งหมด มีคุณภาพหรือไม่
- 2) การตรวจสอบการปฏิบัติงานคุณภาพ (Quality Compliance Audit) นั่นคือ ตรวจสอบว่าได้มีการปฏิบัติตามเอกสารคุณภาพที่กำหนดไว้จริงหรือไม่

ในการตรวจสอบของโรงพยาบาลราษฎร์ยินดีนั้น วัตถุประสงค์สำคัญคือ การตรวจสอบเพื่อการปรับปรุงและแก้ไขระบบการตรวจสอบภายในให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้คุณภาพการบริการเป็นไปตามเอกสารคุณภาพและการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับเอกสารคุณภาพนั้น

กรณีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วัตถุประสงค์การตรวจสอบภายใน

- 1) เพื่อพิสูจน์ความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของข้อมูลและตัวเลขต่าง ๆ ทางด้านการเงิน การบัญชี และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 2) เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติงานของหน่วยรับตรวจว่าเป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ คำสั่ง มติสภามหาวิทยาลัยและนโยบายที่กำหนด
- 3) เพื่อสอบทานระบบการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจว่าเพียงพอและเหมาะสม

- 4) เพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะหรือแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและประหยัด
- 5) เพื่อให้ผู้บังคับบัญชา ได้ทราบปัญหาจากการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชา และสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์

ประเด็นการตรวจสอบ เน้นการตรวจสอบการปฏิบัติงานกิจการภายในมหาวิทยาลัยในด้าน

- 1) ตรวจสอบเงินสำรองจ่าย
- 2) ตรวจสอบการเงิน การบัญชี
- 3) ตรวจสอบพัสดุ
- 4) ตรวจสอบการพัฒนาระบบสารสนเทศ
- 5) ระบบบริหารและการดำเนินการ

3.2 องค์การการตรวจสอบ

3.2.1 โครงสร้างองค์กร

ผลการวิจัยพบว่าองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบอย่างเป็นระบบนั้นมี 3 องค์กร คือ

1) องค์กรการบริหาร ทำหน้าที่ทางด้านควบคุมการบริหารสูงสุดขององค์กร เช่น คณะกรรมการตรวจสอบภายในคณะแพทยศาสตร์ ซึ่งเป็นองค์กรควบคุมการตรวจสอบภายในของโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลราชบุรียี่สิบ เป็นองค์กรควบคุมการบริหารโรงพยาบาล ซึ่งรวมถึงการควบคุมคุณภาพโดยภาพรวมด้วย และคณะกรรมการสภามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ทำหน้าที่ควบคุมหน่วยตรวจสอบภายในของมหาวิทยาลัย องค์กรนี้มักทำหน้าที่ในการดูแลการตรวจสอบทางการเงินและการบัญชี โดยใกล้ชิด เช่น ผู้บริหารโรงพยาบาลหาดใหญ่ ผู้บริหารคลินิกนอกเวลา และผู้บริหารโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เป็นต้น

2) องค์กรควบคุมมาตรฐานคุณภาพ เป็นองค์กรซึ่งทำหน้าที่กำหนดหรือควบคุมมาตรฐานการปฏิบัติงานในเชิงคุณภาพ การแต่งตั้งมักจะตั้งในรูปของคณะกรรมการพัฒนาและควบคุมคุณภาพ เช่น คณะกรรมการประกันคุณภาพงานบริการ ของโรงพยาบาลราชบุรียี่สิบ คณะกรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพงานบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นต้น นอกจากนี้องค์กรอื่น ๆ ยังได้จัดตั้งคณะกรรมการเกี่ยวกับคุณภาพการบริการเช่นเดียวกัน เช่น โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว โดยดำเนินการภายใต้กิจกรรมการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital accreditation)

3) องค์กรดำเนินกิจกรรมการตรวจสอบ เป็นองค์กรซึ่งดำเนินการตรวจสอบกิจกรรมขององค์กร เช่น หน่วยตรวจสอบภายใน ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือหน่วย

ตรวจสอบภายในของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ซึ่งเป็นองค์กรที่เป็นทางการตามระเบียบราชการมีบุคลากรด้านการตรวจสอบภายในโดยเฉพาะด้านการเงินและการบัญชี ส่วนโรงพยาบาลราชบุรียินดีไม่ได้จัดตั้งเป็นหน่วยตรวจสอบภายใน แต่จัดตั้งเป็นคณะกรรมการตรวจสอบภายใน ที่มีบุคลากรจากหลายสาขาร่วมเป็นผู้ตรวจสอบภายใน โรงพยาบาลหาดใหญ่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายใน เพื่อดำเนินการตรวจสอบก่อนการตรวจสอบจากภายนอก ส่วนคลินิกนอกเวลา มีคณะกรรมการตรวจสอบด้านการเงินและคณะกรรมการตรวจสอบด้านที่มีใช้การเงิน ทำหน้าที่ในการตรวจสอบ

องค์กรการตรวจสอบในระดับต่าง ๆ เปรียบเทียบทั้ง 6 กรณีศึกษา ได้ดังตารางต่อไปนี้

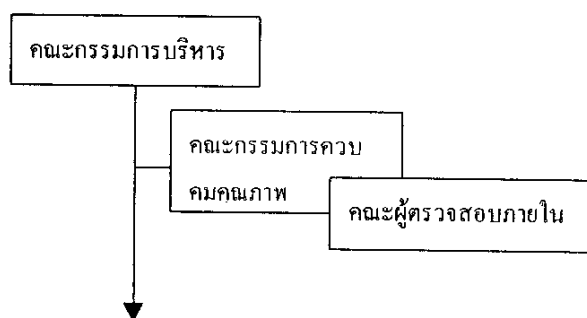
องค์กรการตรวจสอบ	สงขลานครินทร์	หาดใหญ่	บ้านแพ้ว	ราชบุรี ดี	คลินิก นอก เวลา	เทคโนโลยี สุรนารี
1) องค์กรการบริหาร	คณะกรรมการตรวจสอบภายใน คณะแพทยศาสตร์	ผู้บริหาร โรงพยาบาล	ผู้บริหาร โรงพยาบาล	คณะกรรมการบริหาร	ผู้บริหาร คลินิก	สภามหาวิทยาลัย
2) องค์กรควบคุมมาตรฐานคุณภาพ	คณะกรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพงานบริการ	คณะกรรมการ HA	คณะกรรมการ HA	คณะกรรมการประกันคุณภาพการบริการ	ผู้บริหาร คลินิก	สภามหาวิทยาลัย (เริ่มดำเนินการ)
3) องค์กรดำเนินกิจกรรมการตรวจสอบ	หน่วยตรวจสอบภายใน คณะ	คณะกรรมการตรวจสอบภายในของ โรงพยาบาล (เฉพาะกิจ)	ไม่มี	คณะกรรมการตรวจสอบภายใน (ประจำ)	คณะกรรมการตรวจสอบ	หน่วยตรวจสอบภายใน

3.2.2 โครงสร้างความสัมพันธ์ขององค์กร

ในองค์กรการตรวจสอบเหล่านี้ผลการวิจัยการจัดวางโครงสร้างองค์กรพบความสัมพันธ์ระหว่างองค์การย่อยในการตรวจสอบดังนี้

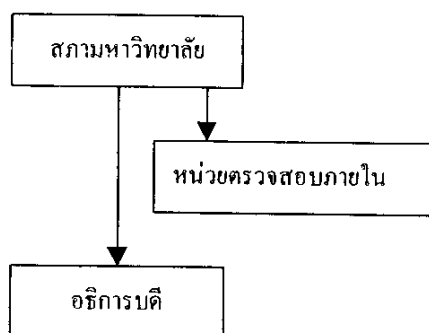
1) รูปแบบการจัดโยงความสัมพันธ์ระหว่างองค์การ 3 ระดับอย่างชัดเจน ดังเช่นกรณีโรงพยาบาลราชบุรียี่นดี การจัดรูปแบบนี้ช่วยให้มีการประสานงานกันได้ดีในกระบวนการของการตรวจสอบคุณภาพการบริการ โดยคณะกรรมการบริหารจัดการด้านนโยบายและการตัดสินใจการเปลี่ยนแปลงระบบที่สำคัญ ส่วนกรรมการคุณภาพจะควบคุมระบบคุณภาพขององค์กร โดยมีกรรมการตรวจสอบภายในทำหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพว่าเป็นไปตามระบบที่วางไว้หรือไม่

โครงสร้างองค์กรดังกล่าวเขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



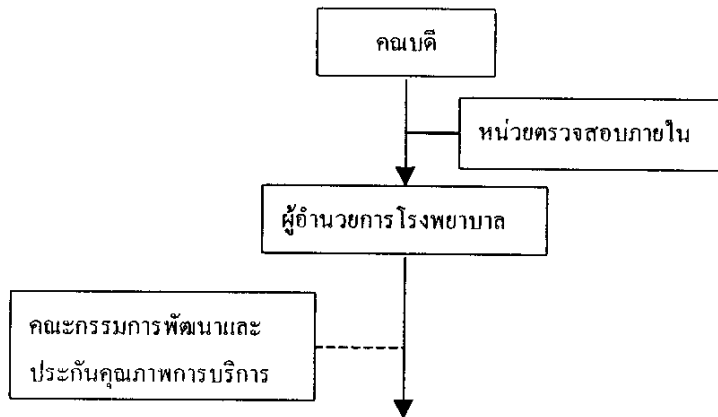
2) กรณีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เป็นรูปแบบการจัดองค์กรเพียง 2 องค์การที่เกี่ยวข้อง คือ สภามหาวิทยาลัยทำหน้าที่กำหนดนโยบายขององค์กร ส่วนหน่วยตรวจสอบภายในทำหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติการเพื่อติดตามการปฏิบัติตามกฎระเบียบและนโยบาย

โครงสร้างดังกล่าวเขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้

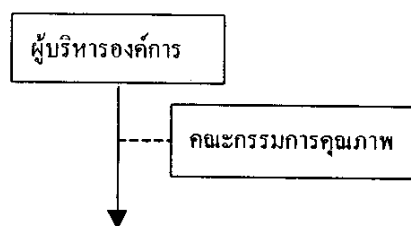


3) กรณีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นั้นการตรวจสอบภายในจะขึ้นกับคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โดยผ่านกรรมการตรวจสอบภายในของคณะ ส่วนในระดับโรงพยาบาลดูแลเฉพาะ

กรรมการควบคุมคุณภาพของโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งกรรมการชุดนี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับระบบการตรวจสอบภายใน



4) กรณีองค์กรอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ไม่ได้จัดระบบการตรวจสอบภายใน แต่มีการจัดตั้งกรรมการคุณภาพขององค์กรขึ้นมา เป็นคณะกรรมการไม่เป็นทางการดำเนินการภายใต้การดูแลของฝ่ายบริหารเพื่อพัฒนางานกิจกรรมคุณภาพตามแนวทางของ HA



3.2.3 ผู้ทำการตรวจสอบ

ผู้ตรวจสอบภายในจัดได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

1) บุคลากรหน่วยตรวจสอบภายใน ดังเช่นกรณีโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะเป็นบุคลากรด้านการเงินและการบัญชีเป็นหลัก และได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้ตรวจสอบภายใน

บุคลากรลักษณะดังกล่าวนี้จะผ่านกระบวนการฝึกอบรม หรือสอบเป็นผู้ตรวจสอบของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินเรียบร้อยแล้ว

วิธีการตรวจสอบจึงมักมุ่งเน้นไปที่การตรวจสอบความถูกต้องทางการเงินและการบัญชี ตามกฎเกณฑ์ หรือระเบียบที่วางไว้ ถึงแม้ว่าในช่วงหลังได้มีความพยายามในการปรับเปลี่ยนวิธีการตรวจสอบมาเน้นผลงานมากขึ้น แต่การปรับเปลี่ยนยังไม่สามารถดำเนินการได้เต็มที่ เพราะคุณสมบัติเดิม

ของบุคลากร ซึ่งเป็นนักการเงินและการบัญชี และการจำกัดด้านอัตราค่าจ้าง รวมทั้งการเสริมสร้างความเข้าใจร่วมกันกับทุก ๆ ฝ่าย

2) ผู้ตรวจสอบภายในกรณีของโรงพยาบาลราชบุรียินดี จะเป็นบุคลากรที่มาจากหลากหลายสาขา เข้ามาเป็นผู้ตรวจสอบภายในโดยผ่านกระบวนการคัดเลือก ฝึกอบรม และสอบรับใบรับรองคุณสมบัติการเป็นผู้ตรวจสอบภายใน

วิธีการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบที่มีคุณลักษณะนี้ จะมุ่งเน้นการตรวจสอบไปในเรื่องของคุณภาพมากกว่าจะเน้นในเรื่องของความถูกต้องตามระเบียบและกฎเกณฑ์ โดยให้ความสนใจกับเอกสารคุณภาพที่มีว่ามีคุณภาพหรือไม่ และเพียงพอหรือไม่ และที่สำคัญมีการตรวจสอบด้วยว่ามีการดำเนินการอย่างมีคุณภาพตามเอกสารจริงหรือไม่ ดังนั้นเอกสารคุณภาพที่หน่วยงานสร้างขึ้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งหน่วยงานสามารถปรับเปลี่ยนได้

3) คณะกรรมการตรวจสอบภายในกรณีโรงพยาบาลหาดใหญ่ และคลินิกนอกเวลา เป็นคณะกรรมการเฉพาะกิจที่ดั่งขึ้นมาจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการเงินและการเบิกจ่ายวัสดุ ครุภัณฑ์

ผู้ตรวจสอบลักษณะนี้ไม่ได้มุ่งการตรวจสอบตามแนวคิดของการตรวจสอบภายในอย่างแท้จริง แต่มุ่งเพื่อประโยชน์ทางการบริหาร ที่ก่อให้เกิดความโปร่งใส และป้องกันการทุจริต เนื่องจากการได้มาของคณะกรรมการตรวจสอบ ไม่จำเป็นต้องผ่านกระบวนการฝึกอบรม หรือสอบรับการเป็นผู้ตรวจสอบ เป้าหมายการตรวจสอบจึงสนใจถึงความถูกต้องของตัวเลข และความถูกต้องตามระเบียบกฎเกณฑ์ แต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งพบว่าผู้ที่ดำเนินการแท้จริงมักเป็นเจ้าหน้าที่ทางการเงินและการบัญชี หรือวัสดุ ครุภัณฑ์ เป็นหลัก

สำหรับรายละเอียดของแต่ละกรณีศึกษาที่สำคัญมีดังนี้
กรณีโรงพยาบาลหาดใหญ่

โรงพยาบาลหาดใหญ่มีระบบการตรวจสอบภายในโดยใช้คณะกรรมการตรวจสอบภายในของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกรรมการเฉพาะกิจ ที่ได้รับการแต่งตั้งประจำปี ระบบตรวจสอบภายในของโรงพยาบาลนี้เริ่มมีขึ้นเมื่อปี 2540 ก่อนหน้านั้นการตรวจสอบภายในของหน่วยต่างๆ อาศัยการตรวจสอบจากผู้นิเทศของกระทรวงสาธารณสุข และการตรวจสอบจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน แต่เนื่องจากฝ่ายบริหารของโรงพยาบาลเห็นว่าควรมีการตรวจสอบภายในก่อนจะถูกตรวจสอบจากองค์กรภายนอก หากมีการดำเนินการไม่เรียบร้อยหรือไม่ถูกต้องก็จะได้นำดำเนินการเป็นการภายในก่อนให้เรียบร้อย เพราะต้องการรักษาภาพพจน์ขององค์กร อีกทั้งการตรวจสอบภายในยังเป็นกระบวนการติดตามผลการใช้ทรัพยากรหรือการหมุนเวียนทรัพยากรของโรงพยาบาล ได้อีกทางหนึ่งด้วย

การตรวจสอบภายในของโรงพยาบาลหาดใหญ่ดำเนินการโดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในของโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ดำเนินการตรวจสอบภายในหน่วยงานรับตรวจต่าง ๆ จำนวน 55 หน่วยรับตรวจที่มีการเบิกจ่ายวัสดุต่าง ๆ ยกเว้นหน่วยการเงินและบัญชี ซึ่งเป็นหน่วยที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้กำกับดูแล และตรวจสอบโดยตรง คณะกรรมการประกอบด้วยรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายบริหารเป็นประธาน และมีกรรมการที่รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายบริหารเลือกมาจากหน่วยเบิกต่าง ๆ อีก 6 คน และให้หัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชีเป็นเลขานุการ รวมจำนวนกรรมการทั้งสิ้น 8 คน ทั้ง 8 คนต่างก็มีการงานประจำของตนเองอยู่แล้ว ดังนั้นคณะกรรมการนี้จึงมีลักษณะเป็นคณะกรรมการเฉพาะกิจ (Ad hoc committee) คณะหนึ่งในหน่วยงาน และรายงานผลขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล

กรณีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

องค์กรการตรวจสอบ ติดตามและประเมินคุณภาพ ประกอบด้วย

- 1) หน่วยตรวจสอบภายในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีหน้าที่ดูแลตรวจสอบหน่วยงานต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัย ขึ้นตรงต่ออธิการบดี
- 2) คณะกรรมการตรวจสอบภายในคณะแพทยศาสตร์ มีคณบดี เป็นประธาน ดูแลและตรวจสอบงานภายในคณะ
- 3) หน่วยตรวจสอบภายในคณะแพทยศาสตร์ มีบทบาทหน้าที่ดูแล ติดตาม ตรวจสอบ หน่วยงานย่อยภายในคณะประมาณ 75 หน่วยงาน และรายงานสรุปให้คณะกรรมการตรวจสอบคณะ
- 4) คณะกรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพงานบริการของโรงพยาบาล มีหน้าที่กำหนดนโยบาย แนวทางและวิธีการสนับสนุน พัฒนา และประกันคุณภาพการบริการของหน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ประสานงาน สนับสนุนและผลักดันหน่วยงาน ในการดำเนินการด้านคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล จัดให้มีระบบติดตาม ประเมินคุณภาพการให้บริการในระยะยาว ดำเนินการเพื่อการตรวจสอบรับรองคุณภาพงานบริการของโรงพยาบาลจากหน่วยงานภายนอก
- 5) ที่ปรึกษาหน่วยตรวจสอบของมหาวิทยาลัย มีหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการตรวจสอบ

บุคลากร

- 1) หน่วยตรวจสอบภายใน มีบุคลากร 2 คน
- 2) คณะกรรมการตรวจสอบภายในคณะ มีคณะกรรมการ

- 3) คณะกรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพงานบริการของโรงพยาบาล มีคณะกรรมการ 22 คน โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นประธาน หัวหน้าฝ่าย/หน่วยงาน และภาควิชาที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยเป็นกรรมการ

กรณีโรงพยาบาลราชบุรียินดี

องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบการตรวจสอบคุณภาพของโรงพยาบาล มี 3 องค์กร คือ

1. คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล (Executive Committee) ดำเนินการตรวจสอบและพิจารณา (Management Review)

ฝ่ายบริหารระดับสูงของโรงพยาบาลมีการประชุมประจำเดือนเพื่อติดตามผลการดำเนินงานต่างๆของโรงพยาบาล ซึ่งการประชุมแต่ละครั้งจะได้มีการพิจารณาผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข เมื่อพบแล้วจะออกไปแก้ไขให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปดำเนินการตามวิธีการและเวลาที่หน่วยงานนั้น ๆ กำหนดเอง

2. คณะกรรมการประกันคุณภาพงานบริการ (Quality Assurance)

คณะกรรมการประกันคุณภาพงานบริการ ประกอบด้วย แพทย์ซึ่งทำหน้าที่เป็น QMR (Quality Management Review)

แพทย์ซึ่งทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมตรวจสอบภายใน ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาล และรองผู้อำนวยการฝ่ายการเงิน เป็นกรรมการ จำนวน 6 คน คณะกรรมการชุดนี้เดิมมีหลายคน ในช่วงแรกของการดำเนินการ ต่อมาบางคนได้ติดธุกิจด้านอื่น ๆ ทำให้ไม่มีเวลาร่วมกิจกรรม จึงได้มีการปรับปรุงใหม่คัดเลือกมาเฉพาะบุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะและมีความต้องการที่จะดำเนินงานในลักษณะนี้ด้วย เพราะคณะกรรมการชุดนี้มีการประชุมแทบทุกวันในการวิเคราะห์และแสวงหาทางออกของการแก้ปัญหาให้แก่ระบบการบริการ

คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่ ที่สำคัญ คือ

- 1) ทำหน้าที่บริหารงานคุณภาพของโรงพยาบาล
- 2) ควบคุมกระบวนการให้บริการของโรงพยาบาล
- 3) ควบคุมกระบวนการจัดหาครุภัณฑ์ (Equipment) ที่จะเข้ามาในระบบ
- 4) การฝึกอบรมบุคลากรที่จะเข้าไปทำงานในระบบ
3. หน่วยตรวจสอบภายใน (Internal Audit Team)
- 3.1 องค์ประกอบของทีมงานตรวจสอบภายใน

ทีมงานผู้ตรวจสอบภายใน มี 11 คน มีนายแพทย์เป็นหัวหน้าทีม บุคคลในทีมประกอบด้วยบุคลากรจากหลาย ๆ หน่วยงานในโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการคัดเลือก ผ่านกระบวนการฝึกอบรมและสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ตรวจสอบภายในได้

3.2 คุณลักษณะสำคัญของผู้ตรวจสอบภายใน

ผู้ตรวจสอบภายในมีคุณสมบัติสำคัญตามระเบียบของการตรวจสอบภายใน ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ

- 1) มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน
- 2) ไม่มีความขัดแย้งกับหน่วยงานที่จะไปสำรวจ
- 3) มีความอดทนอดกลั้นต่อการบีบรัดหรือความเครียดที่เกิดขึ้น
- 4) เป็นผู้รู้จักกาละเทศะ เป็นคน

3.3 กระบวนการได้มาซึ่งผู้ตรวจสอบภายใน

การได้มาซึ่งผู้ตรวจสอบภายในมีกระบวนการดังนี้

- 1) การคัดเลือก โดยคณะกรรมการประกันคุณภาพเป็นผู้คัดเลือกจากบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะเป็นผู้ตรวจสอบ และมีความตั้งใจอยากทำงาน ที่สำคัญผู้ตรวจสอบต้องมีความหลากหลายจากสาขาวิชาเฉพาะต่าง ๆ
- 2) ผ่านกระบวนการฝึกอบรมในการเป็นผู้ตรวจสอบตามหลักสูตรมาตรฐาน
- 3) สอบเป็นผู้ตรวจสอบ มีการประเมินโดยใช้วิธีการตรวจสอบให้ดู
- 4) ฝึกหัดการตรวจสอบในสถานที่จริง
- 5) ในกรณีที่มีการตรวจสอบใหญ่จะต้องมีการฝึกอบรมผู้ตรวจสอบทุกครั้ง
- 6) ภายหลังจากการตรวจสอบแล้ว จะมีการพูดคุยระหว่างทีมงานเพื่อสรุปปัญหาในการตรวจสอบ

กรณีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

1. ผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ (Auditor) ควรเป็นผู้ที่มีความเป็นกลาง ไม่ลำเอียง มีความรู้ในกระบวนการตรวจสอบ ซื่อสัตย์ต่อหน้าที่ เก็บความลับ เป็นที่ปรึกษามากกว่าจะจ้องจับผิด สร้างความไว้วางใจ ไม่มองว่าผู้รับการตรวจสอบเป็นผู้ทำผิด นอกจากนี้มหาวิทยาลัยได้กำหนดมาตรฐานของผู้ตรวจสอบ ไว้ดังนี้

- 1) ผู้ตรวจสอบต้องมีความรู้ ความสามารถ และมีความชำนาญในการตรวจสอบ
- 2) ผู้ตรวจสอบต้องปฏิบัติหน้าที่ด้วยความอิสระ ซื่อสัตย์ สุจริต เทียงธรรม และมีจริยธรรม

3) ผู้ตรวจสอบต้องมีความขยันขันแข็งในการปฏิบัติงานเต็มความสามารถ เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมาย

4) ผู้ตรวจสอบต้องปฏิบัติงานตรวจสอบ และเสนอรายงานผลการตรวจสอบต่อนายกสภามหาวิทยาลัยด้วยความระมัดระวังและรอบคอบ

ขณะเดียวกันหน่วยรับการตรวจ จะต้องปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยเช่นเดียวกัน คือ

1. ต้องอำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือแก่หน่วยตรวจสอบภายใน
2. ทำบัญชี และเอกสารประกอบการบัญชี และการเงิน ให้เรียบร้อยทันการและพร้อมที่จะให้ผู้ตรวจสอบภายในตรวจสอบได้
3. เตรียมหนังสือและเอกสารอื่นในการปฏิบัติงานให้ครบถ้วน และพร้อมที่จะตรวจสอบได้
4. ชี้แจงและตอบข้อซักถามต่างๆ พร้อมทั้งหาข้อมูลเพิ่มเติมให้
5. ปฏิบัติตามข้อทักท้วงและข้อเสนอแนะของหน่วยตรวจสอบภายในในเรื่องต่างๆ ที่อธิการบดีสั่งการ

2. แนวทางการปฏิบัติตามทัศนะของผู้ตรวจสอบ

- 1) มุ่งประโยชน์ของมหาวิทยาลัยเป็นหลัก
- 2) มีความเป็นอิสระ
- 3) ไม่ยึดผู้บริหาร แต่ยึดนโยบายของมหาวิทยาลัย
- 4) ไม่ส่งพนักงานที่มีความคุ้นเคยกันเข้าไปตรวจสอบ
- 5) หากพบข้อผิดพลาดต้องรีบแจ้งหัวหน้าหน่วยทราบทันที
- 6) ความถี่ของการตรวจสอบ ขึ้นกับความสำคัญของการกิจ เช่นการเงิน เทคโนโลยี
พัสดุจะตรวจสอบปีละ 2 ครั้ง ส่วนการดำเนินงาน ปีละครั้ง
- 7) รักษาจรรยาบรรณของผู้ตรวจสอบอย่างเคร่งครัด

ผู้ตรวจสอบภายใน มีบุคลากรจำนวน 4 คน

บทบาทผู้ตรวจสอบภายในตามระเบียบมหาวิทยาลัย

- 1) ตรวจสอบความถูกต้องและเชื่อถือได้ของข้อมูล ตัวเลขต่าง ๆ ด้วยเทคนิค หรือวิธีการตรวจสอบที่ยอมรับโดยทั่วไป ปริมาณมากน้อยตามความเหมาะสม โดยคำนึงถึงการควบคุมภายใน ความสำคัญของเรื่องที่จะตรวจสอบ วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบ และระยะเวลา
- 2) ตรวจสอบการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบริหารงบประมาณ การบริหารการเงินและบัญชี การบริหารพัสดุและทรัพย์สิน การบริหารงานด้านอื่น ๆ ของมหาวิทยาลัยให้เป็นไปตามระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่ง มติสภามหาวิทยาลัย สภาวิชาการ และนโยบาย

- 3) ตรวจสอบการดูแลรักษาทรัพย์สิน และการใช้ทรัพยากรทุกประเภทว่าเป็นไปโดยมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และประหยัด
- 4) ประเมินผลการปฏิบัติงานตาม (2) ว่าปฏิบัติตามหน้าที่และความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพและประหยัด
- 5) เสนอแนะวิธีหรือมาตรการในการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้การปฏิบัติงานตาม (2) เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และประหยัดยิ่งขึ้น
- 6) เสนอแนะวิธีการป้องกันการรั่วไหลหรือการทุจริตเกี่ยวกับการเงินและทรัพย์สินต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัย
- 7) ประสานงานกับสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน
- 8) ปฏิบัติงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบภายใน

กรณีคลีนคนนอกเวลา

การตรวจสอบการเงินอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของงานคลัง ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งในจำนวน 10 หน่วยของสำนักงานคณบดี

จากการสัมภาษณ์รองหัวหน้างานคลังและเจ้าหน้าที่การเงิน พบว่ามีวิธีการตรวจสอบด้านการเงินเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้ป่วยดูที่ใบสั่งยาว่ายาและราคาตรงกันหรือไม่
2. ห้องยาตรวจสอบว่าการรับเงินตรงกับค่าใช้จ่ายที่แจ้งหรือไม่
3. ฝ่ายบัญชีจะรับรายงานจากจุดเก็บเงินต่างๆจากแผนกผู้ป่วยนอก 6 จุดต่อวัน เช้าวันต่อมาจะตรวจสอบเงินสด

4. คณะกรรมการตรวจสอบ (ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเก็บเงิน) ทำการตรวจนับเงินค่ายา/ค่ารักษา และตรวจสอบรายงานจากงานคลัง ในประเด็นต่อไปนี้

- 4.1 ตรวจนับเงินสดว่าตรงกับรายงานหรือไม่
- 4.2 หากพบความผิดพลาด ให้รายงานตามลำดับขั้นขึ้นไปจนถึงระดับคณะในที่ชุด

4.3 จัดทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการตรวจสอบว่าจุด A B หรือ C เก็บเงินได้เท่าใด เก็บจริงหรือไม่ และจะกระทบกับยอดบัญชีหรือไม่ เวลาใด โดยมีหัวหน้าเจ้าหน้าที่เก็บเงินดูแลอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้จัดการหน่วยงานกลาง งานคลัง และในวันรุ่งขึ้น คณะกรรมการจะกรอกรวบรวมว่าจุดรับผิดชอบของใครอยู่ที่ใด เป็น double check

ทั้งนี้บุคลากรที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวทางดังกล่าวของการตรวจสอบ ซึ่งโดยภาพรวม ควรจะมีลักษณะดังนี้

1. เป็นระบบที่ชัดเจน มีมาตรฐานและกฎเกณฑ์ที่ดี เหมาะสมกับลักษณะงาน
2. เป็นแบบประเมิน แบบสอบถาม หรือ check list ที่เหมาะสม
3. ผู้ตรวจสอบต้องเป็นสาขาเดียวกัน หรือผู้ที่ผ่านการอบรมเพื่อตรวจสอบมาแล้ว
4. ผู้ตรวจสอบต้องลงไปสัมผัสสถานการณ์จริง ไม่ใช่ฟังจากรายงานอย่างเดียว ซึ่งข้อมูลอาจถูกบิดเบือนได้
5. หากพบว่าผู้ถูกตรวจสอบสามารถทำงานตามวัตถุประสงค์แล้ว ก็น่าจะถือว่าผ่านการตรวจสอบได้
6. ผู้ตรวจสอบต้องเป็นคนมีคุณภาพ ซื่อสัตย์ เป็นธรรม เพียงตรง ไม่หลงตัวเอง
7. ต้องแจ้งล่วงหน้าก่อนการตรวจสอบ
8. มีคณะกรรมการตรวจสอบทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งชุดเดียวและหลายชุดตามความเหมาะสมของการตรวจสอบ
9. ให้ผู้รับบริการร่วมตรวจสอบในเรื่องการรักษาพยาบาล และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับแพทย์ผู้ทำการรักษาด้วย
10. ทุกคนควรตรวจสอบตนเอง ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญที่สุด

3.3 กระบวนการตรวจสอบภายใน

ผลจากการวิจัยรายกรณีศึกษาพบว่ากระบวนการตรวจสอบภายในสามารถจำแนกได้เป็น 3 ขั้นตอนหลัก คือ ขั้นตอนการวางแผนการตรวจสอบ ขั้นตอนปฏิบัติการตรวจสอบ และขั้นตอนติดตามผลการตรวจสอบ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวสรุปสังเคราะห์ได้ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผนการตรวจสอบ

ในขั้นของการวางแผนการตรวจสอบนั้นพบขั้นตอนย่อยของการดำเนินการ 2 ขั้นตอนดังนี้

- 1.1 การจัดทีมงาน/คณะกรรมการตรวจสอบ เป็นขั้นของการกำหนดบุคคลหรือคณะกรรมการหรือทีมงานที่จะไปร่วมในการดำเนินการตรวจสอบ ซึ่งมักเป็นบุคคลในหน่วยตรวจสอบขององค์กร หรืออาจจะมีบุคคลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการตรวจสอบเข้าร่วมในการดำเนินการ การจัดรูปคณะกรรมการมักจะเป็นชุดใหญ่ ประกอบด้วยบุคคลหลายฝ่าย และในคณะกรรมการมักจะจัดเป็นทีมงาน ซึ่งรับผิดชอบในการตรวจสอบหน่วยงานย่อย หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง หรือหลายหน่วยงาน
- 1.2 การจัดทำแผนการตรวจสอบ เป็นขั้นของการกำหนดหน่วยงานและกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการตรวจสอบ ในการกำหนดหน่วยงานที่จะตรวจสอบ มักจะเกี่ยวข้องกับหน่วยงานที่ก่อผลต่อการปฏิบัติงานที่ผิดพลาด หรือเป็นหน่วยงานที่มีปัญหาที่ต้องได้รับการ

แก้ไขโดยเร่งด่วน หรืออาจเป็นหน่วยงานย่อยในองค์การที่เกี่ยวข้องกับการเงิน ในกรณีของการตรวจสอบทางการเงิน หรือบางครั้งผู้บริหารอาจจะระบุหน่วยงานย่อยที่จะให้มีการตรวจสอบก็ได้ ภายหลังจากได้หน่วยงานย่อยแล้ว มักจะมีการกำหนดประเด็นที่จะดำเนินการตรวจสอบ และช่วงเวลาที่จะใช้ในการตรวจสอบ

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการตรวจสอบ

ในขั้นของการปฏิบัติการตรวจสอบภายใน มักจะมีขั้นตอนในการปฏิบัติการตรวจสอบ 4 ขั้นตอน คือ

- 2.1 การประชุมร่วมกับผู้รับการตรวจสอบ ในขั้นนี้คณะผู้ตรวจสอบจะดำเนินการประชุมร่วมกับหน่วยงานย่อยที่จะรับการตรวจสอบ เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจในประเด็นที่จะเข้าไปตรวจสอบ การตรวจสอบ และช่วงระยะเวลาของการตรวจสอบ รวมทั้งผู้ตรวจสอบเองจะได้ทำความเข้าใจหน่วยรับตรวจสอบเป็นเบื้องต้นก่อน โดยมักจะเปิดโอกาสให้หน่วยรับการตรวจสอบแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการตรวจสอบด้วย
- 2.2 การดำเนินการตรวจสอบ ในขั้นนี้เป็นขั้นที่ทีมผู้ตรวจสอบจะดำเนินการเข้าไปตรวจสอบในหน่วยงานย่อยตามประเด็นที่จะตรวจสอบ เช่นการตรวจสอบทางการเงิน ก็จะมุ่งตรวจสอบความถูกต้องของระบบการเงินและการบัญชี การมุ่งตรวจสอบหลักฐานการใช้จ่าย และการบันทึกว่าเป็นไปอย่างถูกต้องตามระเบียบปฏิบัติที่วางไว้หรือไม่ ในกรณีการตรวจสอบการปฏิบัติงาน เป็นการตรวจสอบว่าผู้ปฏิบัติได้ปฏิบัติตามมาตรฐานงานที่วางไว้หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคอะไรในการปฏิบัติงาน และผลของการปฏิบัติงานเป็นอย่างไร ซึ่งการตรวจสอบนี้อาจจะใช้การศึกษาจากเอกสาร การสังเกต การสอบถาม การสัมภาษณ์ หรือใช้วิธีการหลายวิธีควบคู่กันไปก็ได้ รวมถึงบางครั้งมีการสาธิตการปฏิบัติงานให้ผู้ตรวจสอบดูด้วย
- 2.3 การวิเคราะห์ผลการตรวจสอบ ในขั้นนี้ผู้ตรวจสอบมักจะวิเคราะห์เบื้องต้นก่อนว่าผลการตรวจสอบเป็นอย่างไร หลังจากนั้นมักจะประชุมร่วมกับคณะกรรมการตรวจสอบเพื่อพิจารณาผลโดยรวมอย่างรอบคอบ และวิเคราะห์ผลทุกแง่มุม เพื่อป้องกันการลำเอียง
- 2.4 การสรุปผลการตรวจสอบ ในการสรุปผลการตรวจสอบนั้นบางหน่วยงาน คณะผู้ตรวจสอบดำเนินการเอง แต่ในบางหน่วยงานพบว่าคณะผู้ตรวจสอบจะใช้วิธีการสรุปผลร่วมกับหน่วยงานผู้รับตรวจสอบ โดยผู้ตรวจสอบจะชี้แจงผลให้หน่วยรับตรวจสอบทราบ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้หน่วยรับตรวจสอบสะท้อนข้อมูลกลับ ก่อนที่จะสรุปผลอย่างเป็นทางการต่อไป ในการสรุปผลการตรวจสอบนี้ ประเด็นสำคัญที่มีสรุปผลการตรวจสอบคือ ผลเป็นอย่างไร ดำเนินการไปด้วยดีหรือไม่ เพราะเหตุใด และจะมีแนวทางการแก้ไขอย่างไร

ขั้นที่ 3 การติดตามผลการตรวจสอบ

ในการดำเนินการภายหลังจากการตรวจสอบเสร็จสิ้นแล้วปรากฏว่าองค์กรต่าง ๆ มีการดำเนินการดังนี้

- 3.1 การจัดทำรายการผลการตรวจสอบ เป็นขั้นของการเขียนรายงานเป็นหลักฐานนำเสนอต่อผู้บริหาร และแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทราบและดำเนินการแก้ไขต่อไป
- 3.2 การดำเนินการปรับปรุงและแก้ไข เป็นขั้นของหน่วยงานย่อยที่จะดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ในประเด็นที่ได้รับการชี้แนะจากผู้ตรวจสอบ โดยบางองค์กรนั้น หน่วยงานย่อยมักจะทำบันทึกเสนอให้ผู้บริหารทราบว่าตนเองจะดำเนินการแก้ไขอย่างไร และจะดำเนินการแก้ไขให้เสร็จสิ้นภายในเมื่อใด
- 3.3 การติดตามผลการแก้ไข ภายหลังจากครบกำหนดเวลาแล้ว หน่วยตรวจสอบจะทำหน้าที่ติดตามผลการแก้ไขการปฏิบัติงานว่ามีการดำเนินการแก้ไขเรียบร้อยหรือไม่ ผลการแก้ไขเป็นอย่างไร ในกรณีที่ยังไม่ได้แก้ไข หรือแก้ไขไม่สำเร็จเป็นเพราะเหตุใด ในส่วนที่แก้ไขสำเร็จแล้วก็จะยุติผล ในกรณีที่ยังไม่สำเร็จก็ต้องติดตามผลต่อไป

สำหรับกระบวนการตรวจสอบรายกรณีศึกษามีดังนี้

กรณีโรงพยาบาลขนาดใหญ่

กระบวนการตรวจสอบแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

1. การแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายใน

รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารในฐานะเจ้าของเรื่องจะเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขอแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาตรวจสอบเกี่ยวกับการเบิกจ่ายวัสดุประจำปีขึ้นมากณะหนึ่งโดยมีรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารเป็นประธาน และหัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชีเป็นกรรมการและเลขานุการ โดยการคัดเลือกกรรมการอื่น อีก 6 คน จากหน่วยรับตรวจต่าง ๆ เพื่อขอเสนออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายในประจำปีขึ้น รวมกรรมการทั้งสิ้น 8 คน เพื่อทำการตรวจสอบภายในหน่วยรับตรวจทั้งสิ้น 55 หน่วย การแต่งตั้งจะดำเนินการทุกปี โดยกรรมการทั้ง 6 คนที่มาจากการคัดเลือกมาร่วมเป็นกรรมการนั้นอาจได้รับการแต่งตั้งได้อีก ทั้งนี้การคัดเลือกจะพิจารณาจากประสบการณ์เกี่ยวกับการตรวจสอบพัสดุเป็นสำคัญ

2. การจัดทำแผนการตรวจสอบประจำปี

เมื่อคณะกรรมการตรวจสอบภายในประจำปีได้รับการแต่งตั้งในรูปของคำสั่งโรงพยาบาลแล้ว ก็จะมีการประชุมกันเพื่อกำหนดแผนการตรวจสอบภายในประจำปีร่วมกัน โดยในแผนที่จัดทำขึ้นจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับกรรมการที่ได้รับมอบหมายให้เข้าทำการตรวจสอบหน่วยรับตรวจต่างๆ ซึ่งมี

จำนวนมากน้อยแตกต่างกันตามปริมาณงานที่จะเข้าทำการตรวจสอบ ถ้าเป็นหน่วยรับตรวจที่มีปริมาณวัสดุที่ใช้ในแต่ละปีไม่มากก็จะใช้กรรมการเพียง 2-3 คน แต่หากเป็นหน่วยรับตรวจที่มีปริมาณการเบิกจ่ายวัสดุในแต่ละปีมีมากก็จะแบ่งกรรมการออกไปตรวจสอบจำนวนหลายคน เช่น อาจเป็น 6-8 คนเลยก็ได้ นอกจากนั้นยังกำหนดวันเวลาที่จะเข้าตรวจสอบ และวันสิ้นสุดการตรวจสอบในแต่ละหน่วยรับตรวจ ซึ่งมีทั้งสิ้น 55 หน่วย ได้แก่ หน่วยที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณเกี่ยวกับวัสดุต่าง ๆ ยกเว้นหน่วยของฝ่ายการเงิน และบัญชีที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้กำกับดูแลและตรวจสอบเป็นประจำ ตลอดเวลาอยู่แล้วเท่านั้นที่คณะกรรมการชุดนี้ไม่ได้เข้าไปตรวจสอบภายใน แผนการตรวจสอบภายในที่ได้จัดทำขึ้นนี้จะต้องเสนอรับความเห็นชอบอนุมัติแผนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อน การปฏิบัติด้วย สำหรับจำนวนครั้งของการตรวจสอบนั้นในแผนฯ ปี 2541 กำหนดเข้าตรวจสอบ 2 ครั้ง แต่ในปี 2540 ได้เข้าตรวจสอบเพียงครั้งเดียวเท่านั้น

3. การแจ้งแผนการตรวจสอบภายในให้หน่วยรับตรวจทราบก่อนการเข้าตรวจ

เมื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้อนุมัติให้ความเห็นชอบแผนการตรวจสอบภายในที่คณะกรรมการตรวจสอบภายในประจำปีได้ทำขึ้นก็จะส่งแผนการการตรวจสอบนั้นไปยังหน่วยรับการตรวจให้ทราบล่วงหน้าประมาณ 1 เดือน เพื่อให้มีเวลาเตรียมการสำหรับให้กรรมการตรวจสอบเข้าไปตรวจสอบ โดยมีการแจ้งให้หน่วยรับตรวจเตรียมเอกสารไว้ให้ตรวจสอบ ได้แก่ แผนการใช้วัสดุต่าง ๆ ของหน่วยรับตรวจ (แผนการจัดซื้อจัดหาวัสดุ) ขอดำรงงานวัสดุคงเหลือประจำเดือน และรายการเบิกจ่ายวัสดุจากคลังใหญ่ไปยังคลังย่อย (บัตรบัญชีคุมวัสดุ) ขณะเดียวกันคณะกรรมการตรวจสอบภายในก็มีการประชุมซักซ้อมแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบและการบันทึกผลการตรวจสอบ เพื่อให้ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

4. การเข้าตรวจสอบภายใน ณ หน่วยรับตรวจ

เมื่อถึงกำหนดการตรวจสอบในหน่วยรับตรวจที่กำหนดไว้ในแผนการตรวจสอบภายในประจำปี คณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายให้เข้าตรวจสอบภายใน ณ หน่วยรับตรวจนั้นจะเข้าไปตรวจสอบตามรายงานที่ได้แจ้งให้หน่วยรับตรวจทราบล่วงหน้าแล้ว โดยจะตรวจสอบแผนการใช้วัสดุ ได้แก่

1. ยอดเงินที่ได้รับอนุมัติจัดสรร จำนวนเงินที่ได้เบิกจ่ายไปแล้ว และจำนวนเงินคงเหลือ
2. จำนวนวัสดุเบิกใช้ ซึ่งแยกเป็นวัสดุสำนักงาน และวัสดุงานบ้านงานครัวซึ่งจะตรวจสอบทุกรายการ รวมทั้งตรวจสอบจำนวนวัสดุคงเหลือด้วย

3. ตรวจสอบความถูกต้องและความเป็นปัจจุบันของบัตรบัญชีคุมรายการวัสดุเบิกจ่าย

ในระหว่างที่ตรวจ หากคณะกรรมการพบว่า รายการพัสดุใดไม่ถูกต้องกับความเป็นจริง หรือมีความไม่เป็นปัจจุบัน หรือระบบการคุมยอดไม่ดีก็จะมีคำแนะนำให้แก่ไขให้ถูกต้อง โดยบันทึกผลการตรวจสอบและคำแนะนำไว้เสมอ เมื่อตรวจเสร็จก็จะแจ้งผลการตรวจสอบนั้นแก่หน่วยรับตรวจนั้น

ทราบด้วย ทั้งนี้ คณะกรรมการจะมีการติดตามหน่วยรับตรวจที่ยังมีปัญหในการปฏิบัติเพื่อให้แก้ไขให้ถูกต้องตามที่ได้ให้คำแนะนำเอาไว้ด้วย

5. การจัดทำรายงานผลการตรวจสอบ

ภายหลังสิ้นสุดการตรวจสอบภายในในทุกหน่วยรับตรวจแล้ว คณะกรรมการตรวจสอบภายในจะมีการประชุมเพื่อสรุปจัดทำผลการตรวจสอบ รายงานให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรับทราบ หรือ วินิจฉัยสั่งการอื่น ๆ ต่อไป

กรณีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การดำเนินการเข้าตรวจสอบแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ก่อนการตรวจสอบ

1.1 ที่ปรึกษาผู้ควบคุม ผู้ตรวจสอบ และผู้ตรวจสอบจะขอคำแนะนำในการตรวจสอบจากผู้บริหารที่ดูแลหน่วยรับตรวจ

1.2 ที่ปรึกษาผู้ควบคุม ผู้ตรวจสอบ และผู้ตรวจสอบทำความรู้จักหน่วยงาน และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้รับตรวจระดับหัวหน้าภาควิชา/หัวหน้างาน

2. ระหว่างการตรวจสอบ

ผู้ตรวจสอบรวบรวมข้อมูลจากเอกสารเครื่องมือต่างๆ และจากการสังเกตและสอบถามข้อมูลระหว่างการตรวจสอบจากผู้รับตรวจระดับผู้ปฏิบัติการ

3. หลังการตรวจสอบ

3.1 ผู้ตรวจสอบสรุปผลการตรวจสอบและยืนยันความถูกต้อง พร้อมกับรับฟังข้อชี้แจงจากผู้รับตรวจระดับผู้ปฏิบัติการ

3.2 ที่ปรึกษาผู้ควบคุมการตรวจสอบและผู้ตรวจสอบสรุปผลการตรวจสอบและเสนอแนะ พร้อมรับฟังคำชี้แจงและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้รับตรวจระดับหัวหน้าภาควิชา/หัวหน้างาน

3.3 ที่ปรึกษาผู้ควบคุมผู้ตรวจสอบ และผู้ตรวจสอบสรุปผลการตรวจสอบและข้อเสนอแนะ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้บริหารที่ดูแลหน่วยรับตรวจ

3.4 ขั้นตอนการทำการรายงานสรุปผลการปฏิบัติการตรวจสอบ

1. ผู้ตรวจสอบรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติงาน

2. ประมวลและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงาน

3. สรุปผลการปฏิบัติงาน

ทั้ง 3 ขั้นตอนข้างต้นจะมีที่ปรึกษาและผู้ควบคุมผู้ตรวจสอบให้คำปรึกษาแนะนำ

4. ร่างรายงานเสนอที่ปรึกษาและผู้ควบคุมพิจารณาแก้ไข
5. จัดพิมพ์ร่างรายงานหลังจากผ่านการพิจารณาตรวจสอบแล้ว
6. เสนอรายงานต่อคณะดีพิจารณา
7. เสนอรายงานที่ผ่านการพิจารณาจากคณะดีแล้วไปยังคณะกรรมการตรวจสอบภายในพิจารณาและเสนอข้อคิดเห็น
8. รายงานสรุปผลการตรวจสอบ ข้อเสนอแนะการดำเนินการของหน่วยงานเสนอหัวหน้าส่วนราชการ

3.5 การติดตามผลการตรวจสอบ

การติดตามผลการตรวจสอบมีการปฏิบัติ 2 แนวทาง คือ

1. ติดตามโดยให้หน่วยรับตรวจรายงาน มีขั้นตอนดังนี้
 - 1.1 หน่วยรับตรวจชี้แจงและรายงานผลหลังจากได้รับข้อคิดเห็นจากคณะกรรมการตรวจสอบภายในต่อคณะดี
 - 1.2 คณะดีรับทราบข้อชี้แจงและรายงานผล และส่งกลับมายังเจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายใน
 - 1.3 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายในรวบรวมข้อชี้แจงและรายงานผล แจ้งต่อคณะกรรมการตรวจสอบภายในเพื่อรับทราบ และคณะกรรมการตรวจสอบภายในจะมอบหมายให้ผู้ตรวจสอบติดตามผลต่อไป
2. ติดตามโดยผู้ตรวจสอบ มีขั้นตอนดังนี้
 - 2.1 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายในพบผู้บริหารที่ดูแลหน่วยรับตรวจปฏิบัติงานตรวจสอบเพื่อติดตามผล
 - 2.2 รายงานการติดตามผลการตรวจสอบไปยังคณะดี
 - 2.3 คณะดีรับทราบรายงานการติดตามผลการตรวจสอบ และแจ้งให้คณะกรรมการตรวจสอบภายในพิจารณา
 - 2.4 คณะกรรมการตรวจสอบภายในพิจารณารายงานการติดตามผลการตรวจสอบ
 - 2.5 มอบหมายหน่วยตรวจสอบภายในส่งผลไปให้หน่วยรับตรวจชี้แจงกรณียังไม่ได้ดำเนินการ

กรณีโรงพยาบาลราชบุรียินดี

การดำเนินการตรวจสอบมี 3 ขั้นตอนหลัก คือ ขั้นเตรียมการก่อนการตรวจสอบ ขั้นดำเนินการตรวจสอบ และขั้นภายหลังการตรวจสอบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมการก่อนการตรวจสอบ (Pre-Auditing)

ในขั้นนี้มี 2 ขั้นตอนได้แก่ การประชุมทีมผู้ตรวจสอบภายใน และการกำหนดช่วงเวลาในการทำงานตรวจสอบ ดังนี้

ขั้นย่อยที่ 1 การประชุมทีมผู้ตรวจสอบภายใน (Auditor Team Meeting)

ในรอบของการดำเนินการตรวจสอบแต่ละครั้ง ก่อนการตรวจสอบ ทีมผู้ตรวจสอบจะประชุมร่วมกัน เพื่อรับนโยบายการตรวจสอบมาจากกรรมการบริหารและคณะกรรมการประกันคุณภาพงานว่าในรอบนี้จะต้องตรวจสอบหน่วยงานใดบ้าง ซึ่งในการประชุมนี้ทีมผู้ตรวจสอบจะพิจารณา 3 ประเด็น คือ

- 1) ประเด็นที่จะมีการตรวจสอบ การตรวจสอบในครั้งนี้จะเน้นไปที่ประเด็นใดบ้าง เพื่อจะได้ทำความเข้าใจร่วมของผู้ตรวจสอบทั้งหมด ให้เห็นถึงภารกิจที่จะต้องดำเนินการ ขอบข่ายของการตรวจสอบ ตารางแสดงรายการที่จะต้องตรวจสอบตามมาตรฐาน ISO 9002 และจะต้องมีรายการที่จะต้องตรวจสอบเพิ่มเติมไว้ด้วย ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยงานนี้ไม่ต้องการหยุดเพียงการได้มาตรฐาน ISO 9002 แต่ต้องการพัฒนามาใช้ระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้วย ซึ่งในปัจจุบัน โรงพยาบาลราชบุรียินดีดำเนินการ HA ได้ประมาณ 60% แล้ว
- 2) หน่วยงานที่จะต้องตรวจสอบ เป็นการพิจารณาว่าจะต้องมีการตรวจสอบหน่วยงานใด โดยใช้ข้อมูลเดิม หรือพิจารณาจากนโยบายของหน่วยเหนือ และผู้ตรวจสอบจากภายนอกเป็นหลัก
- 3) การจัดทีมผู้ตรวจสอบ ทีมผู้ตรวจสอบจะจัด 2-3 คน ต่อทีม แต่ละทีมอาจตรวจสอบ 2-3 หน่วยงาน หลักการจัดทีมก็คือ ในทีมจะต้องไม่มีผู้มีส่วนได้เสียกับหน่วยที่จะไปตรวจสอบ เป็นการจับคนจากหน่วยหนึ่งไปตรวจสอบอีกหน่วยหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อมิให้เกิดความลำเอียง

ขั้นย่อยที่ 2 การกำหนดช่วงเวลาการทำงาน (Setting Time Table) เป็นการกำหนดให้เห็นอย่างชัดเจนว่าจะทำการตรวจเมื่อใด ตรวจหน่วยใด เพื่อผู้รับการตรวจจะได้เตรียมตัวในการรับการตรวจได้ดี เป็นการดำเนินการตาม Master Plan ของการตรวจสอบระบบคุณภาพ ซึ่งจะระบุไว้อยู่แล้วว่าจะต้องมีการตรวจสอบคุณภาพปกติเมื่อใด

ขั้นที่ 2 การดำเนินการตรวจสอบ (Auditing)

มี 4 ขั้นตอนได้แก่ การเปิดประชุมการตรวจสอบ การดำเนินการตรวจสอบ การประชุมทีมผู้ตรวจสอบวิเคราะห์ผล และการประชุมปิดการตรวจสอบ ดังรายละเอียดวิธีการดังต่อไปนี้

ขั้นย่อยที่ 1 การประชุมเปิดการตรวจสอบ (Opening Meeting)

การประชุมเปิดการตรวจสอบ เป็นการประชุมร่วมระหว่างหน่วยงานที่จะได้รับการตรวจสอบ กับทีมผู้ตรวจสอบ โดยทำความเข้าใจร่วมถึงช่วงเวลา วิธีการตรวจสอบ ทีมที่จะเข้าไปตรวจสอบ และ ประเด็นที่จะต้องไปตรวจสอบ ในช่วงนี้เปิดโอกาสให้ผู้ที่จะได้รับการตรวจสอบแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการที่จะไปตรวจสอบได้อย่างเต็มที่ และทีมผู้ตรวจสอบก็ได้ปรับกลยุทธ์การตรวจสอบ ในช่วงนี้เป็นเบื้องต้นก่อน ประเด็นสำคัญของการประชุมจะเน้นในเรื่อง

- คำแนะนำเรื่องการตรวจสอบ
 - มาตรฐานการตรวจสอบ
 - กำหนดการตรวจสอบที่อาจจะต้องปรับเปลี่ยน
 - การนัดหมายการปิดการตรวจสอบ เป็นต้น
- ขั้นย่อยที่ 2 การดำเนินการตรวจสอบ (Auditing)

ในการดำเนินการตรวจสอบ ทีมผู้ตรวจสอบจะเข้าไปพบที่หน่วยที่จะรับการตรวจสอบ การตรวจสอบเน้นที่ 2 ประเด็นหลัก คือ

ประเด็นที่ 1 ความเพียงพอของเอกสารคุณภาพ (Adequacy) เพื่อจะดูว่าเอกสารที่ดำเนินการมีคุณภาพมากน้อยเพียงใด มีความสมบูรณ์หรือไม่ ขาดตกบกพร่องในเรื่องใด เอกสารนี้จะต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการประกันคุณภาพ จะเป็นเอกสารที่กำหนดเองโดยไม่ได้รับอนุมัติไม่ได้ มิเช่นนั้นจะถือว่าเป็นเอกสารเถื่อน ถ้าหน่วยงานต้องการปรับปรุงเอกสารต้องมีการดำเนินการก่อนแล้วขอ อนุมัติจากกรรมการ นอกจากนั้นก็จะตรวจสอบว่าเอกสารเขียนเพียงพอตามข้อกำหนดที่ควรมีหรือไม่ เป็นไปตามกฎเกณฑ์ที่ระบุไว้หรือไม่ เอกสารที่ตรวจสอบมี 5 ระดับคือ

- 1) คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)
- 2) ระเบียบปฏิบัติ (Procedure) จะมีเกณฑ์สำคัญ ๆ กำหนดไว้ในการปฏิบัติต่าง ๆ เช่น ระเบียบปฏิบัติการส่งเลือดไปตรวจ เป็นระเบียบที่กำหนดให้ผู้ปฏิบัติต้องปฏิบัติตามวิธีการต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ ระเบียบปฏิบัติที่มีในปัจจุบันประมาณ 200 รายการ
- 3) คำแนะนำวิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction) เป็นเอกสารที่แสดงให้เห็นว่าแต่ละตำแหน่งงานนั้นมีวิธีการปฏิบัติงานคุณภาพอย่างไร คู่มือนี้ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้สร้างขึ้นเอง โดยได้รับการรับรองจาก QMR และผู้บริหารระดับสูงด้วย คำแนะนำการทำงานของแต่ละลักษณะงานนี้ปัจจุบันมีประมาณ 700 รายการ เป็นของฝ่ายการพยาบาล ประมาณ 50 รายการ
- 4) การบันทึกคุณภาพ (Quality Record)
- 5) เอกสารคุณภาพภายนอก (External Quality Document) เช่น HA เป็นต้น

ในการตรวจสอบว่าเอกสารมีความเพียงพอหรือไม่มุ่งเน้นตรวจสอบใน 3 ประเด็น คือ

ประการแรก เป็นไปตามมาตรฐาน ISO 9002 หรือไม่

ประการที่สอง คู่มือหรือแผนของงานว่ามีการขาดตอนหรือไม่ มีการสะกดหรือการแตกตัวของระบบคุณภาพไหม

ประการที่สาม พิจารณาจาก NC (Non-conform) ที่เกิดขึ้นว่ามีอะไรบ้าง เกิดจากความไม่เพียงพอของมาตรฐานที่กำหนดหรือไม่

ประเด็นที่ 2 ความสอดคล้องในการปฏิบัติงานคุณภาพ (Compliance) เป็นการตรวจสอบเพื่อดูว่าตามเอกสารคุณภาพที่เขียนไว้นั้นได้มีการปฏิบัติตามจริงหรือไม่ โดยเน้นการตรวจสอบความสอดคล้องในการปฏิบัติตามเอกสาร 3 ระดับคือ การปฏิบัติตามคู่มือคุณภาพ การปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ และการปฏิบัติตามข้อแนะนำในการปฏิบัติงาน วิธีการตรวจสอบความสอดคล้องในการปฏิบัติงานทำ 3 แบบคือ

- 1) การศึกษาจากบันทึก เพื่อดูว่าการปฏิบัติงานมีการบันทึกข้อมูลไว้ครบถ้วนหรือไม่
- 2) การสังเกต จะใช้คำแนะนำในการปฏิบัติงานมาเปิดดูแล้วขอให้ผู้รับการตรวจสอบดำเนินการให้ดู เป็นการสังเกตพฤติกรรมว่าเป็นไปตามข้อกำหนดที่ได้เขียนไว้หรือไม่
- 3) การตรวจสอบรายการ เป็นการตรวจสอบตามรายการของ ISO 9002

ผลจากการตรวจสอบจะมี 2 แบบคือ

- การยอมรับคุณภาพการปฏิบัติงาน โดยผู้ตรวจสอบต้องสรุปให้เห็นว่ามีหลักฐานอะไรที่ทำให้ยอมรับได้

- การไม่ยอมรับคุณภาพการปฏิบัติงาน มี 2 ระดับ คือ ระดับที่ไม่รุนแรงจะใช้วิธีการให้ O (Observe) ไปก่อน เพราะยังเอาผิดไม่ได้ เพียงแต่ตั้งข้อสงสัยไว้เป็นเบื้องต้น ในกรณีที่เห็นว่าเป็นความผิดที่ชัดเจน ก็จะมีการออกใบ CAR เพื่อดำเนินการแก้ไขต่อไป

ขั้นย่อยที่ 3 การประชุมทีมผู้ตรวจสอบ (Auditor Meeting)

ภายหลังจากการตรวจสอบแล้ว ทีมผู้ตรวจสอบทั้งหมดทุกทีมจะมาสรุปผลและอภิปรายร่วมกันว่ามีประเด็นใดบ้างที่ไม่สอดคล้อง (NC-Non-Conform)

ขั้นย่อยที่ 4 การประชุมปิดการตรวจสอบ (Closing Meeting)

เป็นการประชุมร่วมระหว่างทีมผู้ตรวจสอบ กรรมการประกันคุณภาพ และผู้รับการตรวจสอบ และผู้บริหารอาจจะเข้าร่วมประชุมด้วย ประเด็นการประชุมจะเน้นในเรื่องของความผิดพลาดของระบบที่เกิดขึ้นว่าเกิดในส่วนใด มีส่วนใดบ้างที่การดำเนินการไม่สอดคล้องกับเอกสารคุณภาพ และจะมีการสรุป CAR ที่จะต้องออกทั้งหมด ในบางกรณีบางหน่วยงานที่ได้รับการตรวจสอบอาจจะเสนอวิธีการแก้ไขปัญหา หรือบางหน่วยได้ดำเนินการแก้ไขแล้ว ก็จะปิด CAR ได้เลย

ขั้นที่ 3 การดำเนินการภายหลังการตรวจสอบ (Post-Auditing)

มี 2 ขั้นย่อย ได้แก่ การจัดทำรายงานการตรวจสอบภายใน และการติดตามผลการแก้ไขปัญหามาจากผลการตรวจสอบที่ดำเนินการ

ขั้นย่อยที่ 1 การจัดทำรายงานการตรวจสอบ (Report)

ในการจัดทำรายงานการตรวจสอบ จะเป็นรายงานที่แสดงให้เห็น

- กำหนดการของการตรวจสอบ
- หลักฐานที่แสดงว่าการปฏิบัติงานมีคุณภาพ
- การสรุปข้อเสนอประเด็นที่ต้องดำเนินการแก้ไข (Corrective Action Request :CAR)
- การสรุปประเด็นที่ดั่งข้อสังเกตไว้ (Observation)

รายงานนี้จะส่งถึง QMR ก่อนส่งให้ทีมผู้บริหารรับทราบต่อไป

ขั้นย่อยที่ 2 การติดตามผลการดำเนินการแก้ไขปัญหา (Monitoring Corrective Action Request or CAR)

เป็นกระบวนการในการติดตามผลของหน่วยงานที่ได้รับใบประเด็นที่ต้องแก้ไข โดยหน่วยงานจะต้องให้คำตอบกลับมาภายใน 10 วัน ว่าจะดำเนินการแก้ไขอย่างไร และมีกำหนดเวลาแล้วเสร็จเมื่อใด เพื่อผู้ตรวจสอบจะได้ติดตามไปตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง

กรณีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ขั้นตอนการดำเนินงานตรวจสอบภายใน แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน

1. ขั้นตอนก่อนตรวจสอบ

1.1 ศึกษาขอบข่ายงานที่รับผิดชอบ คือหน่วยรับตรวจและเรื่องที่จะตรวจ ซึ่งในการปฏิบัติงานของหน่วยตรวจสอบภายใน จะครอบคลุมทุกหน่วยงานของมหาวิทยาลัย การตรวจสอบจะวิเคราะห์ถึงมาตรฐานของการทำบัญชี จุดคุ้มทุน รวมทั้งวิเคราะห์ห้งบการเงินเพื่อดูว่าจุดไหนเป็นจุดที่ไม่ประหยัด ซึ่งในบางครั้งผู้ปฏิบัติ หรือผู้ทำบัญชีจะขาดความรู้และความเข้าใจในการจัดทำรายงาน และบัญชี ทางหน่วยจะเข้าไปช่วยในการวางรูปแบบ และเป็นที่ปรึกษาในการจัดทำรายงานดังกล่าว

1.2 ศึกษารายละเอียดของมหาวิทยาลัยเรื่องกฎ ระเบียบ ข้อบังคับและนโยบาย

1.3 กำหนดวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบ ซึ่งจะแตกต่างกันขึ้นกับการกิจของหน่วยรับตรวจ

1.4 วางแผนการตรวจสอบ (Audit Plan) ซึ่งเป็นแผนการปฏิบัติงานที่ผู้ตรวจสอบจัดทำไว้ล่วงหน้าว่าจะตรวจสอบเรื่องใด ด้วยวัตถุประสงค์อะไร ที่หน่วยรับตรวจใด และ ณ เวลาใด รวมทั้งการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยตรวจสอบภายในของหน่วยรับตรวจ และการกำหนดงบประมาณที่ใช้

ในการปฏิบัติงานตรวจสอบ ทั้งนี้เพื่อสอบถามความก้าวหน้าของงานตรวจสอบเป็นระยะๆ และเพื่อให้งานตรวจสอบดำเนินไปอย่างราบรื่นทันตามกำหนดเวลา

ในการวางแผนการตรวจสอบ ผู้ตรวจสอบจะดำเนินการโดย

1) จัดลำดับความสำคัญของหน่วยรับตรวจและเรื่องที่จะตรวจสอบ โดยพิจารณาจาก กฎหมายระเบียบ ข้อบังคับ มติสภามหาวิทยาลัย มติสภาวិชาการ นโยบายและคำสั่งของมหาวิทยาลัย เรื่องที่มีผลกระทบต่อการทำงานของหน่วยรับตรวจ และเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชน

2) พิจารณาความถี่ของการตรวจสอบ ซึ่งจะขึ้นกับความสำคัญของงานตามข้อ 1

3) พิจารณาจำนวนคน / วัน ที่จะทำการตรวจสอบแต่ละเรื่อง และแต่ละหน่วยรับตรวจ

แผนการตรวจสอบ จัดทำขึ้น 2 แผน คือ

1) แผนการตรวจสอบระยะยาว เป็นแผนที่มีระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ทั้งนี้จะครอบคลุมถึงหน่วยรับตรวจที่อยู่ในความรับผิดชอบทั้งหมด และต้องสอดคล้องกับนโยบายของมหาวิทยาลัย

2) แผนการตรวจสอบประจำปี เป็นแผนที่มีระยะเวลา 1 ปี ซึ่งต้องวางให้สอดคล้องกับแผนการตรวจสอบระยะยาวและนโยบายของมหาวิทยาลัย

ทั้งนี้ผู้รับผิดชอบในการวางแผนคือหัวหน้าหน่วยตรวจสอบภายใน ภายใต้การดูแลของเลขาธิการสภามหาวิทยาลัย (รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร)

การเสนอแผนการตรวจสอบ ผู้ตรวจสอบต้องเสนอแผนการตรวจสอบต่ออธิการบดีเพื่อเสนอนายกสภามหาวิทยาลัยพิจารณาอนุมัติ โดยแผนตรวจสอบระยะยาว เสนอภายในเดือนกรกฎาคมก่อนปีงบประมาณแรกของแผนระยะยาว ส่วนแผนการตรวจประจำปี เสนอภายในเดือนกันยายนของทุกปี และหากมีการปรับแผนต้องได้รับการเห็นชอบและอนุมัติจากนายกสภามหาวิทยาลัยด้วย

1.5 จัดทำคู่มือการตรวจสอบภายในแต่ละส่วน ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ กำหนดแบบฟอร์มหรือกระดาษทำการ โดยใส่รหัส และกำหนดแบบสรุปผลการตรวจสอบ

1.6 ประชุมทีมงานเพื่อชี้แจงและแบ่งงานตามแผนและคู่มือการตรวจสอบ ในการมอบหมายงานตรวจสอบซึ่งจะมีการมอบงานเป็นลายลักษณ์อักษร และมีปฏิทินการปฏิบัติงานและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนซึ่งอาจเป็นรายบุคคลหรือคณะบุคคลแล้วแต่กรณี

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการตรวจสอบ

เมื่อมีการมอบหมายหน้าที่แล้วผู้ตรวจสอบจะปฏิบัติการตรวจสอบตามแผน โดยจะดำเนินการดังนี้ คือ

2.1 ตรวจสอบหลักฐาน เอกสาร รายงานทางการเงิน การบัญชี รวมทั้งหลักฐานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

- 2.2 ตรวจสอบหลักฐาน เอกสาร และรายงานให้เป็นไปตามนโยบาย แผนงานและโครงการตามวงจรการบริหาร คือการวางแผน การควบคุม การกำกับ การปฏิบัติงานและการประเมินผล
- 2.3 ประเมินผลการปฏิบัติงานและการบริหารงานของมหาวิทยาลัย โดยพิจารณาถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพและความประหยัด

นอกจากนั้นผู้ตรวจสอบต้องประเมินประสิทธิภาพการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจ ซึ่งประกอบด้วย แผนการจัดหน่วยงาน วิธีการปฏิบัติงาน และมาตรการต่างๆของหน่วยงาน ว่าเหมาะสมและเพียงพอสำหรับการดำเนินงานและการบริหารงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน และเพื่อพิจารณากำหนดขอบเขต และวิธีปฏิบัติงานตรวจสอบให้มีคุณภาพ คุ้มค่าและเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 ภายหลังการตรวจสอบ

- 3.1 ผู้ตรวจสอบสรุปผลการตรวจสอบและเสนอแนะในข้อสังเกตที่ควรปรับปรุงแก้ไข โดยก่อนรายงานจะมีการปรึกษากับหัวหน้าหน่วยรับตรวจก่อนเสนอรายงานคณายกสภามหาวิทยาลัย
- 3.2 การเสนอรายงานจะต้องครบถ้วนทุกปัญหา ถูกต้องตามความเป็นจริงรวมทั้งเสนอแนะแนวทางแก้ไขปรับปรุงงานของมหาวิทยาลัยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยใช้ถ้อยคำคำที่รัดกุมและเข้าใจง่าย
- 3.3 ผู้ตรวจสอบจะเสนอรายงานการตรวจสอบคณายกสภามหาวิทยาลัยอย่างน้อยเดือนละครั้ง และถ้าเป็นโครงการระยะยาว เมื่อโครงการสิ้นสุด ผู้ตรวจสอบต้องเสนอสรุปรายงานผลการตรวจสอบโครงการคณายกสภาอีกครั้งหนึ่งภายใน 60 วัน
- 3.4 การเสนอรายงาน ในกรณีที่ตรวจพบเหตุการณ์ไม่ปกติอันอาจมีผลเสียหายต่อมหาวิทยาลัย ให้เสนอด้วยวาจาต่ออธิการบดีทันที แล้วสรุปเสนอรายงานผลการตรวจสอบตามปกติอีกครั้ง
- 3.5 ผู้ตรวจสอบเสนอสรุปผลการปฏิบัติงานคณายกสภามหาวิทยาลัย 4 เดือน / ครั้ง

จากภารกิจของงานตรวจสอบภายในดังที่กล่าวมา จึงมุ่งเน้นที่ การตรวจสอบด้านการเงิน บัญชี และทรัพย์สิน ส่วนระบบย่อย คือ การตรวจสอบด้านพัสดุ การตรวจสอบด้านการปฏิบัติการ และการตรวจสอบด้านคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การตรวจสอบด้านการเงิน บัญชี และทรัพย์สิน หน่วยตรวจสอบภายในจะเข้าไปตรวจสอบในส่วนต่างๆต่อไปนี้

- 1.1 ส่วนการเงิน และบัญชี ซึ่งส่วนนี้จะมีการกิจในการจัดทำงบรายได้ งบดุล และงบค่า

ใช้จ่าย โดยเมื่อสิ้นปีงบประมาณ หน่วยการเงินและบัญชีจะต้องสรุปงบดุลรายรับ - รายจ่ายและจัดเตรียมเอกสารเพื่อให้สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) เข้ามาตรวจสอบ ทั้งนี้ในส่วนของ หน่วยตรวจสอบภายในของมหาวิทยาลัย จะเข้ามาตรวจสอบตามแผนที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน โดยจะดูทั้งด้านการบริหารจัดการ และด้านเอกสาร ภายหลังการตรวจสอบ และประเมิน หน่วยตรวจสอบภายในจะจัดทำรายงานเสนอนายกสภามหาวิทยาลัย ซึ่งขณะเดียวกันจะจัดส่งสำเนาให้กับหน่วยการเงินและบัญชีด้วย

1.2 ตรวจสอบเงินสำรองจ่ายที่แต่ละศูนย์ / สำนัก เบิกไปตั้งจ่ายเอง เพื่อความสะดวกและคล่องตัวในการบริหารจัดการ เช่น การจัดซื้อวัสดุเร่งด่วน การเบิกเงินทดรองจ่ายค่าเดินทาง เบี้ยเลี้ยงไปราชการ

1.3 ตรวจสอบเงินสำรองจ่ายที่หน่วยประสานงานกรุงเทพฯ

1.4 ตรวจสอบหน่วยงานพิเศษ เช่น ฟาร์มมหาวิทยาลัย และเทคโนโลยี

แนวทางการตรวจสอบด้านการเงิน บัญชี

ขั้นที่ 1 ขออนุมัติการตรวจสอบ (Audit Plan) โดยดำเนินการตามปฏิทินเพื่อให้สอดคล้องกับงบการเงินที่ต้องนำส่งสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินในเดือนธันวาคม

ขั้นที่ 2 ปฏิบัติการตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบ (ม.ค. - ธ.ค.) โดยดำเนินการตามแนวทางการตรวจสอบ (Audit Program)

ขั้นที่ 3 วิเคราะห์และสรุปผลการตรวจสอบ โดยมีข้อเสนอแนะในข้อสังเกตที่ควรปรับปรุงแก้ไข

ขั้นที่ 4 รายงานผลต่อสภามหาวิทยาลัยปีละ 3 ครั้ง

2. การตรวจสอบด้านพัสดุ

ส่วนพัสดุ ของมหาวิทยาลัยเป็นงานที่มีระเบียบพัสดุเป็นของตนเอง โดยขั้นตอนในการจัดซื้อจัดหานั้น แต่ละสำนักวิชา จะระบุคุณสมบัติของอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ต้องการ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเปิดซองจากหลายๆฝ่าย ภายหลังที่มีการใช้เครื่องมือและพบว่า มีข้อบกพร่อง ชำรุด ใช้การไม่ได้ มีปัญหา ทางศูนย์ สถาบัน จะแจ้งให้ส่วนพัสดุทราบ เพื่อปรับเปลี่ยนหากมีการจัดซื้อในครั้งต่อไป และกรณีที่พัสดุสูญหาย / ชำรุด จะตั้งกรรมการขึ้นมาตรวจสอบตามระเบียบการพัสดุ ต่อไปหน่วยตรวจสอบภายในจะเข้าไปดูและตรวจสอบเกี่ยวกับด้านพัสดุ โดยจะแจ้งแผนการตรวจสอบล่วงหน้า แต่โดยปกติแล้วหน่วยตรวจสอบจะสามารถเข้าไปได้ตลอดเวลา โดยที่ส่วนพัสดุก็น่าจะพร้อมที่จะให้ตรวจสอบได้ตลอดเวลาเช่นกัน

ประเด็นที่หน่วยตรวจสอบภายใน จะเข้าไปตรวจสอบ คือ

1. การก่อกั้นผูกพัน
2. การจัดซื้อ / จัดจ้าง
3. การสำรวจ และจัดทำทะเบียนวัสดุ / ครุภัณฑ์
4. การพัฒนาระบบสารสนเทศ
5. การดำเนินงาน

3. การตรวจสอบด้านการปฏิบัติการ

ภารกิจอีกด้านหนึ่งของหน่วยตรวจสอบภายในคือการตรวจสอบการปฏิบัติการของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น

- 3.1 การตรวจสอบการปฏิบัติการเกี่ยวกับการบริหารงานอาคารสถานที่
- 3.2 การตรวจสอบการปฏิบัติการเกี่ยวกับงานธุรการ
- 3.3 การตรวจสอบการปฏิบัติการเกี่ยวกับงานที่สำรวจ ออกแบบและก่อสร้าง
- 3.4 การตรวจสอบการปฏิบัติงาน-งานประปาและสิ่งแวดล้อม
- 3.5 การตรวจสอบการปฏิบัติงาน - การควบคุมการใช้ยานพาหนะ
- 3.6 การตรวจสอบการปฏิบัติงาน - งานรักษาความปลอดภัย และงาน Operator
- 3.7 การตรวจสอบการปฏิบัติงาน - งานภูมิทัศน์

ประเด็นที่จะตรวจสอบ คือ

1. สัญญาการจ้าง
2. การตรวจการจ้าง
3. การเบิกจ่ายเงิน
4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความคุ้มค่า
5. การเปรียบเทียบปรับเมื่อผิดสัญญา

ในการตรวจสอบด้านปฏิบัติการส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการะงานที่โอนถ่ายให้ภาคเอกชน ซึ่งหน่วยตรวจสอบภายในจะทำการประเมิน วิเคราะห์เปรียบเทียบผลงานกับค่าจ้างที่ลงทุนว่าเหมาะสมหรือไม่เพียงใด

4. การตรวจสอบด้านคอมพิวเตอร์

หน่วยตรวจสอบภายในจะเข้าไปประเมินการใช้คอมพิวเตอร์ของแต่ละส่วนงานที่มีการนำเอาคอมพิวเตอร์มาใช้ในการประมวลผลข้อมูลรวมทั้งที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการจัดทำบัญชี ในการตรวจสอบจะคำนึงถึง ขนาดของคอมพิวเตอร์ เช่น คอมพิวเตอร์ขนาดใหญ่ คอมพิวเตอร์ขนาดกลาง คอมพิวเตอร์ขนาดเล็ก และคอมพิวเตอร์เครือข่าย ประเด็นที่จะตรวจสอบ คือ

1. การควบคุมทั่วไป
2. การควบคุมการเข้าสู่ข้อมูล
3. การควบคุมการเข้าสู่โปรแกรม
4. การควบคุมกรรมวิธีการพัฒนาระบบ
5. การปฏิบัติการประมวลผล
6. การควบคุมระบบงาน
7. การควบคุมและตรวจคุณภาพ

นอกจากนั้นหน่วยตรวจสอบภายในจะประเมินว่าในการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อใช้งานนั้นเหมาะสมและใช้งานคุ้มค่าหรือไม่

3.4 เครื่องมือและกฎเกณฑ์การตรวจสอบภายใน

เครื่องมือและกฎเกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจสอบภายในจะแตกต่างกันไปตามประเด็นของการตรวจสอบ คือ

- 1) การตรวจสอบการเงินและการบัญชี เครื่องมือและกฎเกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจสอบที่สำคัญ คือ
 - ระเบียบปฏิบัติทางการเงินและการบัญชี
 - หลักฐานการใช้จ่ายเงินและหลักฐานทางบัญชี
 - ระเบียบพัสดุ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ.2535
- 2) การตรวจสอบการปฏิบัติงาน เครื่องมือและกฎเกณฑ์ที่สำคัญ คือ
 - ระเบียบข้อบังคับและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
 - มาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนดไว้
 - การตรวจสอบรายการปฏิบัติงานตามระเบียบปฏิบัติ หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้
 - การสังเกตการปฏิบัติงาน
 - การใช้แบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
 - การใช้กระดานทำการบันทึกการปฏิบัติงาน
 - แบบประเมินตนเอง
- 3) การตรวจสอบคุณภาพการปฏิบัติงาน เครื่องมือและกฎเกณฑ์สำคัญได้แก่
 - เอกสารคุณภาพที่แสดงถึงระบบการปฏิบัติงาน

- มาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนดไว้โดยผู้ปฏิบัติงาน และได้รับการรับรองโดยหน่วยงาน
- การศึกษาจากบันทึกการปฏิบัติงาน
- การสังเกตการปฏิบัติงาน โดยใช้แบบตรวจสอบรายการ หรือการสังเกตขั้นตอนการปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่วางไว้
- การใช้แบบสอบถามความคิดเห็นผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ
- การใช้แบบบันทึกปัญหาการปฏิบัติงาน
- มาตรฐานขององค์กรกลางที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานประกันสังคม
- แบบบันทึกข้อตกลงการปฏิบัติงาน

อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์สรุปแล้วรูปแบบเครื่องมือและกฎเกณฑ์การติดตามและประเมินขององค์กรกรณีศึกษา ซึ่งพบว่ามีรูปแบบหลัก ๆ อยู่ 2 รูปแบบ คือ

1. เอกสาร ซึ่งเป็นแบบบันทึกเพื่อประเมินตามลักษณะของงาน เช่น

- แบบบันทึกผลการปฏิบัติงาน
- แบบบันทึกด้านการเงินและบัญชี
- แบบบันทึกเอกสารคุณภาพ
- แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยญาติผู้ป่วย
- แบบบันทึกมาตรฐานต่าง ๆ
- เอกสารที่เป็นหลักฐานการประชุม
- กระดาษทำการ ฯลฯ

ทั้งนี้ เครื่องมือที่เป็นแบบบันทึกเหล่านี้มีทั้งข้อดีและข้อเสีย กล่าวคือ

ข้อดี

- 1) มีรูปแบบและกฎเกณฑ์ที่ชัดเจน ง่ายต่อการประเมิน และสามารถระบุเป้าหมาย รวมทั้งวางแผนการประเมินได้ค่อนข้างจะแน่นอน
- 2) สามารถเปิดโอกาสให้บุคคลภายนอกหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมประเมิน เช่น ผู้ให้บริการ สื่อมวลชน ประชาชน ชุมชน ซึ่งจะช่วยสะท้อนความต้องการของผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี
- 3) สามารถจัดเป็นระบบการประเมินอย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้เข้าสู่ระบบการปฏิบัติงานประจำ
- 4) ผลจากการประเมินสามารถนำไปปรับปรุงแก้ไขงานได้ทันที่
- 5) ผลจากการประเมินสามารถใช้เป็นเครื่องมือช่วยในการตัดสินใจ เช่น ในกรณีของการถ่ายโอนงานให้กับภาคเอกชน

- 6) สามารถแต่งตั้งบุคลากรประจำให้เป็นกรรมการตรวจสอบได้ทุกหน่วยงาน
- 7) ในกรณีที่รูปแบบสอบถามผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยในโรงพยาบาลจะสะดวกสำหรับการตอบคำถามหรือให้ข้อมูล และได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากพอ ผู้ตอบมีอิสระในการให้ข้อมูล ซึ่งทางโรงพยาบาลควรอำนวยความสะดวกเช่นสถานที่หรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม

ข้อเสีย

- 1) แบบสอบถามอาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือขาดรายละเอียดบางเรื่อง
- 2) ผู้ถูกประเมิน หรือผู้ตอบขาดความไว้วางใจ กลัวผลกระทบจากการประเมิน หรือเกรงใจ แพทย์ พยาบาล ทำให้ได้ข้อมูลไม่เที่ยงตรง
- 3) ในกรณีที่ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออก หรือผู้สูงอายุ เด็ก อาจทำให้เก็บข้อมูลยาก ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการใช้วิธีสัมภาษณ์
- 4) ผู้ปฏิบัติงานอาจรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน รู้สึกว่าเป็นการจับผิด ทั้งนี้ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องอธิบายถึงเป้าหมายและประโยชน์ของการประเมินให้ชัดเจน

2. การสัมภาษณ์ และการสังเกต

การสัมภาษณ์ ทั้งที่เป็นแบบทางการกับแบบที่ไม่เป็นทางการ และการสังเกต นั้น

ข้อดี

- 1) ทำให้ได้ข้อมูลจากผู้ตอบไม่กล้าเปิดเผยโดยตรงหรือเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งอาจเป็นข้อมูลที่ล่อแหลม
- 2) ผู้ถูกประเมินหรือหน่วยรับตรวจ มีโอกาสชี้แจงในรายละเอียด ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ในหากใช้แบบฟอร์ม
- 3) ผู้รับการประเมินสามารถทักท้วงในกรณีที่เกิดความคลาดเคลื่อนจากการเก็บข้อมูล
- 4) ผู้ประเมินมีโอกาสสร้างความเชื่อมั่นให้กับหน่วยรับตรวจ หรือผู้ถูกประเมินว่าเป็นการช่วยเหลือในการแก้ปัญหา มากกว่าเป็นการจับผิด

ข้อเสีย

อาจเกิดความลำเอียงหากผู้ประเมินขาดคุณธรรม หรือ เภณท์ / ทัศนคติของผู้ทำหน้าที่ประเมินแตกต่างกัน

นอกจากเครื่องมือทั้งสองประเภทที่กล่าวมา พบว่าการใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยในการตรวจสอบจะช่วยให้ประหยัดเวลาและอัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่ได้มาก แต่ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในเบื้องต้น แต่ในระยะยาวเชื่อว่าจะช่วยให้ประหยัดได้มาก

กรณีโรงพยาบาลหาดใหญ่

กฎระเบียบที่ใช้ในการตรวจสอบจะยึดระเบียบการเกี่ยวกับพัสดุ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 เป็นหลัก ซึ่งเป็นระเบียบปฏิบัติที่ครอบคลุมงานพัสดุทุกด้านตั้งแต่การจัดซื้อจัดหา การเก็บ การตรวจสอบพัสดุ ฯลฯ นอกจากนั้นแล้วยังมีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารงบประมาณในระดับจังหวัด และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536 อีกด้วย

ทรัพยากรและค่าใช้จ่าย

เนื่องจากการตรวจสอบภายในของโรงพยาบาลหาดใหญ่ดำเนินการโดยคณะกรรมการที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่งตั้งขึ้นจากราชการภายในของโรงพยาบาลในฐานะเป็นกรรมการเฉพาะกิจคณะหนึ่งจึงไม่จำเป็นต้องจัดสรรงบประมาณพิเศษเพื่อดำเนินการแต่อย่างใด ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นอาจมีบ้างในด้านวัสดุสำนักงานบางส่วนเท่านั้น ซึ่งมีจำนวนไม่มาก

กรณีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบมีดังต่อไปนี้

- 1) การสังเกตการณ์ โดยให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเข้าไปสังเกตการปฏิบัติงานในแต่ละหน่วย โดยพิจารณาจากคู่มือการปฏิบัติงานของแต่ละหน่วย และเกณฑ์มาตรฐานที่แต่ละหน่วยงานกำหนดว่าการปฏิบัติงานนั้นเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคใดบ้าง
- 2) แบบสอบถามผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่หน่วยตรวจสอบภายในจัดทำ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละหน่วย ซึ่งเป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
- 3) แบบสอบถามของเจ้าหน้าที่ฝ่ายตรวจสอบที่จัดทำขึ้นเพื่อสอบถามผู้ปฏิบัติงาน โดยการศึกษาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและจัดทำเป็นแบบสอบถามขึ้น
- 4) เอกสารการประชุมของหน่วยงาน จะทำให้ทราบถึงปัญหาต่าง ๆ และแนวทางที่ได้แก้ไขไปแล้ว
- 5) หนังสือขอตกลงการปฏิบัติงาน ใบรับรองรองผลงานที่พัฒนา หรือปรับปรุงงาน

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบภายในประกอบด้วย

- แบบสัมภาษณ์ที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
- กระดาษทำการ

- คอมพิวเตอร์
- แบบฟอร์มที่ใช้ในแต่ละหน่วยงาน
- การสังเกต
- การตรวจสอบจากเอกสาร
- การบันทึกรายงาน การทำบัญชี
- การจัดทำระบบการตรวจสอบด้วยคอมพิวเตอร์

มาตรฐานการตรวจสอบภายใน

- มาตรฐานทั่วไป
- มาตรฐานการปฏิบัติงาน
- มาตรฐานการรายงาน
- มาตรฐานการประเมินประสิทธิภาพการควบคุมภายใน
- มาตรฐานการรายงาน (รายละเอียด)
- มาตรฐานการวางแผนการตรวจสอบและแผนงานการตรวจสอบ
- มาตรฐานการทำกระดาษทำการ

กรณีโรงพยาบาลราชบุรีอินดี

การตรวจสอบเน้นที่ 2 ประเด็นหลัก คือ

ประเด็นที่ 1 ความเพียงพอของเอกสารคุณภาพ (Adequacy) เพื่อจะดูว่าเอกสารที่ดำเนินการมีคุณภาพมากน้อยเพียงใด มีความสมบูรณ์หรือไม่ ขาดตกบกพร่องในเรื่องใด เอกสารนี้จะต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการประกันคุณภาพ จะเป็นเอกสารที่กำหนดเองโดยไม่ได้รับอนุมัติไม่ได้ มิเช่นนั้นจะถือว่าเป็นเอกสารเถื่อน ถ้าหน่วยงานต้องการปรับปรุงเอกสารต้องมีการดำเนินการก่อนแล้วขออนุมัติจากกรรมการ นอกจากนั้นก็จะตรวจสอบว่าเอกสารเขียนเพียงพอตามข้อกำหนดที่ควรมีหรือไม่ เป็นไปตามกฎเกณฑ์ที่ระบุไว้หรือไม่ เอกสารที่ตรวจสอบมี 5 ระดับคือ

- 1) คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)
- 2) ระเบียบปฏิบัติ (Procedure) จะมีเกณฑ์สำคัญ ๆ กำหนดไว้ในการปฏิบัติต่าง ๆ เช่น ระเบียบปฏิบัติการส่งเลือดไปตรวจ เป็นระเบียบที่กำหนดให้ผู้ปฏิบัติต้องปฏิบัติตามวิธีการต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ ระเบียบปฏิบัติที่มีในปัจจุบันประมาณ 200 รายการ
- 3) คำแนะนำวิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction) เป็นเอกสารที่แสดงให้เห็นว่าแต่ละตำแหน่งงานนั้นมีวิธีการปฏิบัติงานคุณภาพอย่างไร คู่มือนี้ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้สร้างขึ้นเอง

โดยได้รับการรับรองจาก QMR และผู้บริหารระดับสูงด้วย คำแนะนำการทำงานของแต่ละลักษณะงานนี้ปัจจุบันมีประมาณ 700 รายการ เป็นของฝ่ายการพยาบาลประมาณ 50 รายการ

4) การบันทึกคุณภาพ (Quality Record)

5) เอกสารคุณภาพภายนอก (External Quality Document) เช่น HA เป็นต้น

ในการตรวจสอบว่าเอกสารมีความเพียงพอหรือไม่มุ่งเน้นตรวจสอบใน 3 ประเด็น คือ ประการแรก เป็นไปตามมาตรฐาน ISO 9002 หรือไม่

ประการที่สอง ดูการไหลเวียนของงานว่ามีการขาดตอนหรือไม่ มีการสะดุดหรือการแตกร้างของระบบคุณภาพหรือไม่

ประการที่สาม พิจารณาจาก NC (Non-conform) ที่เกิดขึ้นว่ามีอะไรบ้าง เกิดจากความไม่เพียงพอของมาตรฐานที่กำหนดหรือไม่

ประเด็นที่ 2 ความสอดคล้องในการปฏิบัติงานคุณภาพ (Compliance) เป็นการตรวจสอบเพื่อดูว่าตามเอกสารคุณภาพที่เขียนไว้นั้นได้มีการปฏิบัติตามจริงหรือไม่ โดยเน้นการตรวจสอบความสอดคล้องในการปฏิบัติตามเอกสาร 3 ระดับคือ การปฏิบัติตามคู่มือคุณภาพ การปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ และการปฏิบัติตามข้อแนะนำในการปฏิบัติงาน วิธีการตรวจสอบความสอดคล้องในการปฏิบัติงานทำ 3 แบบ คือ

4) การศึกษาจากบันทึก เพื่อดูว่าการปฏิบัติงานมีการบันทึกข้อมูลไว้ครบถ้วนหรือไม่

5) การสังเกต จะใช้คำแนะนำในการปฏิบัติงานมาเปิดดูแล้วขอให้ผู้รับการตรวจสอบดำเนินการให้ดู เป็นการสังเกตพฤติกรรมว่าเป็นไปตามข้อกำหนดที่ได้เขียนไว้หรือไม่

6) การตรวจสอบรายการ เป็นการตรวจสอบตามรายการของ ISO 9002

3.5 สัมฤทธิ์ผล การนำไปใช้และปัญหาอุปสรรค

3.5.1 สัมฤทธิ์ผลและการนำผลของการตรวจสอบไปใช้ทางการบริหาร

ผลจากการตรวจสอบภายในพบสัมฤทธิ์ผลที่น่าสนใจคือ

กรณีโรงพยาบาลหาดใหญ่

ก่อนที่โรงพยาบาลหาดใหญ่จะนำระบบการกระจายอำนาจการตัดสินใจไปยังหน่วยเบิกซึ่งเป็นหน่วยรับตรวจให้จัดทำแผนการใช้วัสดุของหน่วยภายใต้งบประมาณที่โรงพยาบาลจัดสรรให้ นั้น การบริหารพัสดุถูกจัดระบบรวมศูนย์อยู่ที่ผู้อำนวยการคนเดียวมีจะคอยตรวจสอบการเบิกจ่ายของแต่ละหน่วย ว่ามีการเบิกจ่ายสูงผิดปกติไปจากเดิมหรือไม่ เพื่อประกอบการพิจารณาอนุมัติ แต่เมื่อได้จัดสรร

งบให้ไปบริหารกันในหน่วยก็สามารถประหยัดงบประมาณลงได้มาก ในปีแรกประมาณว่าสามารถลดต้นทุนค่าวัสดุลงไปได้ประมาณ กว่า 10 ล้านบาท

สำหรับผลการตรวจสอบนั้นปรากฏว่า ในปีแรก (ปี 2540) พบปัญหาความไม่ถูกต้องและความไม่เป็นปัจจุบันของหน่วยรับตรวจบ้างเป็นบางหน่วย แต่มีการแก้ไขให้ถูกต้องเรียบร้อยภายหลังได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติแล้ว ประกอบกับในหน่วยงานนั้นได้นำเอาปัญหาดังกล่าวไปเป็นปัญหาสำหรับการแก้ไขในกระบวนการ QCC ด้วยทำให้ผลการตรวจในปีต่อมา (ปี 2541 ในครั้งที่ 1) พบปัญหาดังกล่าว้น้อยมาก

ส่วนหน่วยงานของฝ่ายการเงินและบัญชีที่ไม่ถูกตรวจสอบตามระบบตรวจสอบภายในของโรงพยาบาลหาดใหญ่ นั้นเป็นเพราะผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้ลงมากำกับดูแลและตรวจสอบการปฏิบัติหน้าที่ของฝ่ายนี้อย่างใกล้ชิดอยู่แล้ว โดยผู้อำนวยการถือว่าหน่วยงานนี้เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับการบริหารโรงพยาบาล ซึ่งจะต้องทราบการหมุนเวียนของเงิน รายรับ-รายจ่าย ประจำเดือน ประจำวัน ประจำสัปดาห์ และ หนี้ผูกพัน เป็นต้น

กรณีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จากการมีระบบตรวจสอบภายในทั้งระดับมหาวิทยาลัยและระดับคณะ ผลที่ได้จากการสร้างและพัฒนาระบบนี้จนเป็นที่ยอมรับ และนำไปใช้ปฏิบัติในทุกหน่วยงาน มีดังนี้

1. บุคลากรมีการตื่นตัว กระตือรือร้นในการทำงาน ปรับเปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรมในการทำงาน และดึงศักยภาพของตนมาใช้มากขึ้น
2. ทรัพยากรได้ใช้อย่างประหยัดและคุ้มค่า
3. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กรเพิ่มขึ้น
4. องค์กรมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น
5. หน่วยงานข้างนอกมีความมั่นใจต่อการปฏิบัติงานและการให้บริการ
6. ผู้บริหารมีความมั่นใจมากขึ้น

กรณีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

พบว่า ผลจากการบริหารตามนโยบายเพื่อเน้นความคล่องตัวในทุก ๆ ด้าน สามารถลดค่าใช้จ่ายในบางด้าน เช่น การจัดซื้อ จัดจ้าง เพราะสามารถอาศัยกระบวนการต่อรองในเรื่องของกรอบเวลาในการส่งจ่ายที่รวดเร็ว แต่ในขณะเดียวกันก็อาจจะเปิดช่องโหว่ให้กับผู้แสวงหาผลประโยชน์ในทางมิชอบ ซึ่งอาจแก้ไขโดยการเป็นตัวอย่างที่ดีของผู้บริหารและสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นเจ้าขององค์กรร่วมกัน และอาศัยการตรวจสอบที่เข้มงวด

3.5.2 ปัญหาอุปสรรคของการตรวจสอบภายใน

ผลการสัมภาษณ์องค์กรที่เป็นกรณีศึกษาพบว่าปัญหาอุปสรรคของการตรวจสอบมีดังนี้

- 1) ทักษะของผู้รับตรวจ ผู้รับตรวจมักมีความเข้าใจว่าการตรวจสอบคือการมาจับผิด ดังนั้นจึงไม่ค่อยเต็มใจและมีปฏิกิริยา โดยเฉพาะในช่วงต้นๆของการเริ่มมีระบบตรวจสอบ ปัจจุบันปัญหานี้เริ่มคลี่คลาย โดยทางหน่วยตรวจสอบภายในได้จัดทำโครงการบรรยายให้ความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับหน่วยตรวจสอบภายในต่อหัวหน้าส่วนและหัวหน้างาน ซึ่งภายหลังการบรรยาย สามารถเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจแก่ผู้รับการตรวจสอบได้เป็นอย่างดี ปัจจุบันสถานภาพของหน่วยตรวจสอบฯจึงเป็นที่ยอมรับ และมีบทบาทเป็นที่ปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง ทำให้การติดต่อประสานงานเป็นไปด้วยดี ทั้งในด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล การสัมภาษณ์ เป็นต้น
- 2) การปิดบังข้อมูลของหน่วยรับตรวจ หน่วยรับตรวจบางหน่วยไม่ให้ข้อมูลที่แท้จริงทั้งหมดแก่หน่วยตรวจสอบภายใน โดยเฉพาะการตรวจสอบทางการเงินและการบัญชี ส่วนกรณีการตรวจสอบคุณภาพงานมักไม่เป็นปัญหา
- 3) การไม่จัดเก็บรวบรวมข้อมูลของหน่วยรับตรวจ
- 4) ความไม่พร้อมของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ซึ่งต้องให้บริการผู้ป่วยตลอดเวลา รวมทั้งเอกสารที่หน่วยรับตรวจต้องบันทึกขณะปฏิบัติงาน
- 5) ผู้บริหารบางระดับยังไม่เข้าใจบทบาทของหน่วยตรวจสอบภายใน และไม่ให้ความสำคัญ
- 6) ได้รับผลกระทบจากหน่วยรับตรวจที่ไม่พึงพอใจกับผลการตรวจสอบ

บทที่ 4

ระบบการตรวจสอบเฉพาะกลุ่มงาน

ระบบการตรวจสอบเฉพาะกลุ่มงานที่สำคัญขององค์การที่ศึกษามี 4 ระบบ คือ ระบบการตรวจสอบทางการแพทย์ ระบบการตรวจสอบทางการแพทย์ ระบบการตรวจสอบกลุ่มงานเภสัชกรรม และระบบการตรวจสอบกลุ่มงานโภชนาการ

4.1 การตรวจสอบทางการแพทย์

(Medical Audit)

การตรวจสอบทางการแพทย์พบว่ามีความพยายามในการดำเนินการตรวจสอบอย่างเป็นทางการ ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1.1 จุดประสงค์ในการตรวจสอบ

เพื่อทบทวนความเหมาะสมของการให้บริการทางการแพทย์ของแพทย์ผู้ให้บริการทั้งในด้านความเหมาะสมเชิงเหตุผลในวิธีการรักษา และการปฏิบัติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น มาตรฐานทางวิชาการในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ตลอดจนคุณภาพของบริการที่ผู้รับบริการได้รับ

4.1.2 องค์การในการตรวจสอบ

ขณะนี้โรงพยาบาลขนาดใหญ่กำลังอยู่ในระหว่างการจัดตั้งกรรมการขึ้นมารับผิดชอบการตรวจสอบคุณภาพการรักษาของแพทย์ ให้เป็นคณะกรรมการชุดหนึ่งในองค์การของแพทย์ (medical organization) เพื่อทำการตรวจสอบ (audit) หรือเป็น peer review หรือ utilization review หรือ utilization management โดยการผลักดันของคณะกรรมการ HA ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำที่มีการปรึกษาหารือเป็นการภายในมีแนวโน้มว่าฝ่ายวิชาการจะเป็นแกนหลักของคณะกรรมการซึ่งคาดว่าจะประกอบด้วยแพทย์ จำนวน ไม่เกิน 5 คน ส่วนมากจะเป็นผู้ที่มีศักยภาพการทำงานที่เก่งคล่องตัวดี แต่จะมีแพทย์อาวุโสบ้างเพื่อให้เกิดการยอมรับ กรรมการชุดนี้จะคอยพิจารณาทบทวนปรับปรุงตัวชี้วัดที่ได้รับจากฝ่ายประสานงาน รวมทั้งมีหน้าที่ในการพิจารณาบันทึกทางการแพทย์ (medical record) ของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ทราบรายละเอียดของปัญหามากขึ้น เช่นในทารกแรกเกิดที่มีปัญหาการหายใจติดขัดจะต้องเอาประวัติรายตัวของผู้ป่วยรายนั้นมาวิเคราะห์ถึงรายละเอียดด้วย

4.1.3 เครื่องมือหรือเกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจสอบ

การตรวจสอบทางการแพทย์ตามมาตรฐานของ HA จะต้องมีความชัดเจนของแต่ละกลุ่มงานทางการแพทย์เอง ตัวชี้วัดที่ฝ่ายวิชาการนำมาเป็นเพียงแนวทางกว้าง ๆ ถ้าจะนำไปเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบก็ต้องเป็นอีกระดับหนึ่ง ตัวชี้วัดที่ฝ่ายวิชาการโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทำไว้ เช่น อัตราการป่วยการตาย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การติดเชื้อในโรงพยาบาล การนอนเตียงในโรงพยาบาลในแต่ละโรค การรับกลับเข้าเป็นผู้ป่วยในซ้ำ (Re-admission) อัตราการตายในห้องผ่าตัด การผ่าตัดซ้ำ เป็นต้น ทั้งนี้ตัวชี้วัดดังกล่าวจะมีความถูกต้องแม่นยำมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับระบบการจัดเก็บและการบันทึกข้อมูลที่ฝ่ายต่าง ๆ ดำเนินการอยู่

4.1.4 กระบวนการตรวจสอบ

ในความเห็นของหัวหน้าฝ่ายวิชาการซึ่งเป็นองค์กรประสานงานเห็นว่า จุดแรกที่จะต้องดูสำหรับการตรวจสอบทางการแพทย์ก็คืออัตราป่วย อัตราตาย อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งแต่ละตัวก็จะมีตัวชี้วัดอยู่ด้วย คณะกรรมการตรวจสอบทางการแพทย์ต้องมีการประชุมเป็นระยะ ๆ เพื่อรับทราบรายงานสิ่งที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลที่ฝ่ายวิชาการนำเสนอให้ทราบ เช่น รายงานการตายด้วยสาเหตุแปลก ๆ หรือไม่สมควร เมื่อคณะกรรมการตรวจสอบทางการแพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าควรแก้ไขอย่างไร ก็อาจส่งให้แผนกหรือกลุ่มงานการแพทย์ที่เกี่ยวข้องนำไปแก้ไขปรับปรุงต่อไป

4.1.5 ปัญหาและอุปสรรค

เนื่องจากการตรวจสอบทางการแพทย์เพิ่งเป็นแนวคิดในการดำเนินงานในอนาคต ยังไม่มีการทดลองปฏิบัติจริงในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จึงยังไม่ทราบได้ว่าจะมีปัญหาอุปสรรคมากน้อยเพียงใด แต่ปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่คิดว่าจะเผชิญก็คือ ความร่วมมือของแพทย์ผู้ให้การรักษา เพราะระบบขณะนี้ยังเป็นระบบที่เอื้อโอกาสแก่แพทย์ให้มีอิสระและอึดวิสัยในการสั่งการรักษาค่อนข้างมาก นอกจากนั้นยังเป็นปัญหาในโครงสร้างที่ต้องการให้การสนับสนุน เช่นระบบบันทึกข้อมูล การจัดหาตัวชี้วัดที่เหมาะสม ตลอดจนการกำหนดคณะกรรมการการตรวจสอบทางการแพทย์ที่เป็นกลาง และมีความเชื่อถือได้ในหมู่แพทย์ เป็นต้น

4.2 การตรวจสอบทางการแพทย์

(Nursing Audit)

ระบบการตรวจสอบทางการแพทย์มีการดำเนินการ 2 รูปแบบ คือ

- 1) การตรวจสอบทางการแพทย์ (Nursing audit) การตรวจสอบทางการแพทย์พบว่ามีการตรวจสอบที่เป็นระบบ 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ และมีการตรวจสอบทางการแพทย์ที่ยังอยู่ในช่วงของการจัด

ระบบ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลราชบุรียินดี โดยพยายามแยกการตรวจสอบทางวิชาชีพ
 พยาบาลออกมาจากการตรวจสอบภายในที่เน้นคุณภาพของการปฏิบัติงาน

- 2) การประกันคุณภาพการพยาบาล (Nursing quality assurance) การประกันคุณภาพการ
 พยาบาลพบว่ามีใน 3 องค์การ คือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โรง
 พยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เป็นระบบที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อสร้างคุณ
 ภาพให้แก่งานวิชาชีพพยาบาล

4.2.1 องค์การการบริหารและการตรวจสอบทางการพยาบาล

1) การจัดองค์กรการบริหาร

องค์การการบริหารการพยาบาลในโรงพยาบาล มีการจัด 3 รูปแบบ คือ

- 1.1) องค์การการบริหารกลุ่มงานพยาบาล การจัดองค์กรแบบนี้เน้นการจัดองค์กรที่องค์
 ประกอบของคณะกรรมการบริหาร มาจากกลุ่มผู้บริหารงานด้านการพยาบาลทั้ง
 หมด ซึ่งได้แก่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้า
 ฝ่ายการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าตึก เป็นต้น การจัดองค์กรแบบนี้มี
 การดำเนินการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว
- 1.2) องค์การการบริหารการพยาบาล เป็นการจัดองค์กรการบริหารซึ่งประกอบด้วยกลุ่ม
 ผู้บริหารการพยาบาลบางส่วน และกลุ่มบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากผู้ปฏิบัติการ
 ในจำนวนที่เท่า ๆ กัน ดังเช่นการจัดองค์กรของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งมีผู้แทน
 ฝ่ายบริหาร 6 คน และผู้แทนฝ่ายปฏิบัติการ 6 คน ร่วมเป็นกรรมการ ประธานองค์
 กรคือ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
- 1.3) องค์การการพยาบาล เป็นการจัดองค์กรที่เน้นการควบคุมทางวิชาชีพและเน้นการ
 ปกป้องผลประโยชน์ของคนในองค์กร องค์ประกอบขององค์กรมีทั้งกลุ่มผู้บริหาร
 และผู้แทนฝ่ายปฏิบัติการ โดยได้จากการเลือกตัวแทนฝ่ายต่าง ๆ เข้ามา ประธาน
 องค์กรจะต้องไม่ใช่ผู้บริหาร

องค์การการบริหารการพยาบาลนี้มีหน้าที่ที่สำคัญ คือ

- กำหนดทิศทางการให้บริการ
- กำหนดระเบียบข้อบังคับด้านบริหารทางการพยาบาล
- วิเคราะห์และจัดทำแผนอัตรากำลัง
- ประสานและพิจารณาแผนงบประมาณ
- จัดทำแผนงานทางการพยาบาล

- ติดตามกำกับควบคุม นิเทศ และประเมินผลงาน
- พิจารณาความดีความชอบและคัดเลือกบุคคลเข้าสู่ตำแหน่ง
- สรุปผลการดำเนินงานและเสนอผู้บริหาร

2) องค์การการตรวจสอบทางการแพทย์และคุณภาพการพยาบาล

การตรวจสอบทางการแพทย์มี 2 ระบบ คือ

2.1) การตรวจสอบโดยองค์การบริหาร มักจะเป็นการตรวจสอบตามปกติของการพยาบาลซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น

- การตรวจนิเทศตามปกติ (Regular round)
- การตรวจนิเทศพิเศษ (Grand round)
- การตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์
- การตรวจสอบการปฏิบัติงานตามบันทึก
- การตรวจสอบคุณภาพการบริการพยาบาล

เป็นต้น

การตรวจสอบโดยองค์การนี้มีการดำเนินการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว และโรงพยาบาลราชบุรียี่สิบปี ถือว่าการตรวจสอบดังกล่าวเป็นกิจกรรมปกติของงานฝ่ายการพยาบาลทุกแห่ง

2.2) การตรวจสอบโดยองค์การตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล จะเน้นที่การตรวจสอบคุณภาพของงาน ซึ่งมีการจัดองค์การตรวจสอบหลายระดับเช่น

- กรรมการอำนวยการสร้างมาตรฐานการพยาบาล
- กรรมการควบคุมคุณภาพการพยาบาล หรือทีมพัฒนาคุณภาพการบริการ
- กรรมการควบคุมคุณภาพหน่วยงานย่อย หรือทีมตรวจสอบภายในของหน่วยงานย่อย

การจัดองค์การตรวจสอบแบบนี้ มีในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่มีการจัดองค์การเป็น 3 ระดับ คือ กรรมการสร้างมาตรฐานการพยาบาล กรรมการควบคุมคุณภาพการพยาบาล และกรรมการส่งเสริมคุณภาพกิจกรรม เช่น กิจกรรม 5 ส. กิจกรรมควบคุมคุณภาพ (QC) เป็นต้น

ส่วนที่โรงพยาบาลหาดใหญ่มีการจัดองค์การ 2 ระดับคือ คณะกรรมการวิชาการ ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมคุณภาพบริการโดยรวมของโรงพยาบาล และทีมพัฒนาคุณภาพบริการของฝ่ายการพยาบาล

สำหรับโรงพยาบาลราชบุรียี่สิบปี มีการจัดองค์การ 3 ระดับ คือ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพของโรงพยาบาลโดยรวม ทีมตรวจสอบภายในของโรงพยาบาล และทีมตรวจสอบภายในหรือทีม

วิชาการของหน่วยงานย่อย ซึ่งทำหน้าที่ตรวจสอบตัวเองเป็นระยะ ๆ ก่อนที่ทีมตรวจสอบรวมจะเข้ามาตรวจสอบ

สำหรับรายกรณีศึกษาของแต่ละองค์การมีดังต่อไปนี้

กรณีโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

1. การจัดองค์กรและการบริหารงานของฝ่ายบริการพยาบาล

การประกันคุณภาพการบริการพยาบาล ได้กำหนดคณะกรรมการรับผิดชอบ และดำเนินการ 3 ชุดคือ

1. กรรมการอำนวยการสร้างมาตรฐานการพยาบาล ดำเนินการสร้างมาตรฐานเพื่อใช้ในฝ่ายบริการพยาบาลโดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2539 มีมาตรฐานประกาศใช้รวม 20 มาตรฐาน
2. กรรมการควบคุมคุณภาพการพยาบาลทำหน้าที่ติดตามตรวจสอบเพื่อประเมินคุณภาพและการปรับปรุงพยาบาล เป็นผู้แนะนำส่งเสริมและกระตุ้นให้มีการทำ QA ในหอผู้ป่วย ดำเนินกิจกรรมประกันคุณภาพในระดับฝ่ายการพยาบาลรวม 6 เรื่อง ได้แก่ คุณภาพจัดรถ และเครื่องมือฉุกเฉิน คุณภาพการดูแลสิ่งแวดล้อม สำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยในการให้การพยาบาล คุณภาพการให้ยาแก่ผู้ป่วย คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และทบทวนวิเคราะห์อุบัติการณ์เพื่อหาแนวทางปรับปรุงแก้ไข นอกจากนี้ได้ส่งเสริมให้หอผู้ป่วยทำ QA ในหน่วยงานของตนเอง
3. กรรมการส่งเสริมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน ส่งเสริมกิจกรรมคุณภาพงานของกลุ่มคุณภาพ QC กิจกรรมกลุ่มย่อย กิจกรรมข้อเสนอแนะ และกิจกรรม 5ส. เป็นต้น โดยมีรายละเอียดของคณะกรรมการทั้ง 3 คณะ ดังนี้

● คณะกรรมการอำนวยการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล

มาตรฐานการพยาบาลจะมีการแต่งตั้งกรรมการอำนวยการมาตรฐานการพยาบาลอยู่ในวาระ 1 ปี กรรมการชุดนี้มีหน้าที่ดังนี้

1. กำหนดนโยบาย เป้าหมายและแผนการดำเนินงานในการสร้างมาตรฐานการพยาบาล
2. กระตุ้นให้หอผู้ป่วยสร้างมาตรฐานการพยาบาลที่เกี่ยวข้องในงาน
3. พัฒนามาตรฐานการพยาบาลที่ประกาศใช้แล้ว
4. พัฒนารูปแบบการประสานงานร่วมกันระหว่างกรรมการอำนวยการมาตรฐานการพยาบาล กรรมการควบคุมคุณภาพการพยาบาลและคณะพยาบาลศาสตร์

5. พัฒนาความรู้ ความสามารถของกรรมการอำนวยการมาตรฐานการพยาบาลและบุคลากรในฝ่ายบริการพยาบาล

6. เผยแพร่มาตรฐานการพยาบาลแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้รับบริการ

● คณะกรรมการควบคุมคุณภาพการพยาบาล

คณะกรรมการชุดนี้จะทำหน้าที่ควบคุมคุณภาพการพยาบาลของฝ่ายการพยาบาลให้ดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง กรรมการมีวาระ 2 ปี ได้มาจากบุคคลในกลุ่มงานการพยาบาล โดยใช้อัตราส่วนผู้บริหาร : พยาบาลประจำการ = 2 : 3 รวม 15 คน

1) ผู้บริหารจำนวน 6 คน มาจาก ผู้ตรวจการพยาบาล 2 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วย 4 คน

2) ผู้แทนพยาบาลจากหอผู้ป่วยจำนวน 9 คน เป็นพยาบาลประจำการมาจากตัวแทนหอผู้ป่วย ซึ่งได้จากกลุ่มหอผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในกลุ่มเดียวกับผู้บริหาร

กรรมการชุดนี้มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1) วางแผน และกำหนดการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล พร้อมทั้งประกาศ หรือประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานทราบ

2) ตรวจสอบความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล โดยแบ่งความรับผิดชอบเป็นกลุ่มตามสาขาทางการพยาบาล และจากการทำหนังสือเวียนสอบถามหอผู้ป่วย

3) สร้างเกณฑ์การตรวจสอบ โดยใช้แนวคิดตามมาตรฐานการพยาบาลที่ประกาศใช้ และตามหลักวิชาการพยาบาล

4) คัดเลือกเรื่องที่จะตรวจสอบ (Audit) การพยาบาลโดยพิจารณาจากมาตรฐานที่ประกาศใช้ และตามการพยาบาลที่สำคัญ เช่น กิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออันตรายสูงจากการพยาบาลที่ไม่ถูกต้อง (เช่น การให้ยาที่อันตราย การจัดท่านอน การให้เลือด) กิจกรรมที่เกิดบ่อยกับคนจำนวนมาก ค่าใช้จ่ายสูง

5) เตรียมผู้ทำหน้าที่ตรวจสอบ และสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ โดยจัดประชุมผู้ที่จะทำหน้าที่ตรวจสอบ เพื่อชี้แจงวิธีการใช้เกณฑ์ที่ประเมิน และวิธีประเมินก่อนทำการตรวจสอบในแต่ละครั้ง

6) ทำการตรวจสอบอย่างต่อเนื่องตลอดปี และกระตุ้นให้หน่วยงานหรือ หอผู้ป่วยต่าง ๆ ดำเนินการตรวจสอบผลการดำเนินงานของตนเอง โดยสนับสนุนเอกสารและความสะดวกต่าง ๆ

7) รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล แปลผลการตรวจสอบและรายงานผลการตรวจสอบต่อหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ทีมบริหารและผู้ตรวจการพยาบาลทราบ

8) รายงานผลการตรวจสอบเป็นความลับเฉพาะหอผู้ป่วยต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย

9) คัดเลือกผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้สูงสุด ประกาศเกียรติคุณและให้รางวัลเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้ปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น

10) ติดตามสนับสนุนทั้งในด้านความรู้ คำแนะนำปรึกษา แก่ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามมาตรฐานได้น้อย จัดประชุมปรึกษาหาหรือเพื่อหาแนวทางแก้ไขในแต่ละจุด

● คณะกรรมการส่งเสริมคุณภาพงาน (คณะกรรมการ 5 ส.)

มีหน้าที่รับผิดชอบกำกับดูแลและส่งเสริมกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมคุณภาพในทุกหน่วยงาน และแผนการพยาบาล ทั้งนี้โดยกิจกรรมที่ดีเป็นนโยบายให้ปฏิบัติได้แก่ กิจกรรม 5 ส. โดยมุ่งที่จะปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการทำงานและมาตรฐานการทำงานให้ดีขึ้น

กรณีโรงพยาบาลขนาดใหญ่

การจัดองค์กรทางการบริหารของกลุ่มงานการพยาบาล

กลุ่มงานการพยาบาลมีการจัดองค์กรทางการบริหารเพื่อการบริหารกิจการพยาบาลของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในลักษณะของคณะกรรมการ เรียกว่า คณะกรรมการบริหารการพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่ดังนี้

1. กำหนดทิศทางการให้บริการ
2. กำหนดระเบียบข้อบังคับด้านบริหารทางการพยาบาล
3. วิเคราะห์และจัดทำแผนอัตรากำลัง
4. ประสานและพิจารณาแผนงบประมาณ
5. จัดทำแผนงานทางการพยาบาล
6. ติดตาม กำกับ ควบคุม นิเทศ และประเมินผลงาน
7. พิจารณาความดี ความชอบ และคัดเลือกบุคคลขึ้นสู่ตำแหน่ง
8. สรุปผลการดำเนินงาน และเสนอผู้บริหาร

องค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารการพยาบาล

คณะกรรมการบริหารการพยาบาลของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ประกอบด้วยกรรมการจำนวน 13 คน มีหัวหน้าพยาบาลเป็นประธานกรรมการ รองประธานกรรมการ 1 คน คัดเลือกจากคณะกรรมการบริหารการพยาบาล เลขานุการ 1 คน และผู้ช่วยเลขานุการ 1 คน คัดเลือกจากคณะกรรมการบริการ และคณะกรรมการบริหารการพยาบาล จำนวน 12 คน (6 คนมาจากการเลือกของหัวหน้าพยาบาล อีก 6 คนที่เหลือมาจากการให้พยาบาลเลือกตั้งจากพยาบาลที่ดำรงตำแหน่งระดับ 7 ขึ้นไป) การทำงานของคณะกรรมการฯ มี 3 ฝ่าย คือ

1. ฝ่ายแผนงานและพัฒนาบริการพยาบาล

2. ฝ่ายบุคคลและบริการการศึกษาพยาบาล

3. ฝ่ายสวัสดิการและกิจกรรมพิเศษ

ฝ่ายที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับมาตรฐานการพยาบาล ได้แก่ฝ่ายแผนงานและพัฒนา
บริการ ซึ่งแบ่งงานย่อยออกไปอีกเป็น ทีม มีทั้งหมด 4 ทีม ได้แก่

1. ทีมแผนงาน/โครงการ และประเมินผล
2. ทีมพัฒนาคุณภาพบริการ
3. ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ทีม IC หรือ Infectious Control)
4. ทีมวิจัยและพัฒนา

4.2.2 การสร้างมาตรฐานทางการพยาบาล

องค์การการพยาบาลมีการสร้างมาตรฐานเพื่อการตรวจสอบทางการพยาบาล การดำเนินการ
การสร้างมาตรฐานทำได้หลายระดับ เช่น

- 1) การสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานโดยกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน วิธีการนี้มีการดำเนินการใน
โรงพยาบาลหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และ
โรงพยาบาลราชบุรียินดี การดำเนินการนี้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานย่อยจะสร้างมาตร
ฐานให้ตนเอง โดยมาตรฐานนั้นจะต้องอิงหลักวิชาการ และได้รับการรับรองมาตร
ฐานจากองค์กรที่ทำหน้าที่ควบคุมคุณภาพ เช่น คณะกรรมการสร้างมาตรฐาน หรือ
คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ
- 2) การสร้างมาตรฐานโดยองค์กรคุณภาพ วิธีการนี้องค์กรซึ่งทำหน้าที่ควบคุมคุณภาพจะ
สร้างมาตรฐานมาให้หน่วยย่อยปฏิบัติ โดยอิงหลักวิชาการเช่นเดียวกัน มีการดำเนิน
การในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว
จะเห็นได้ว่าการสร้างมาตรฐานของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาล
หาดใหญ่มีการดำเนินการแบบผสมผสานจากทั้งระดับบนและระดับล่าง ส่วนของโรงพยาบาล
ราชบุรียินดี เน้นการสร้างมาตรฐานจากระดับล่าง ในขณะที่โรงพยาบาลบ้านแพ้วเน้นจากระดับบน
ของฝ่ายการพยาบาล

สำหรับกระบวนการสร้างมาตรฐานการพยาบาลนั้นมีความแตกต่างกันบ้างเล็กน้อย เช่น
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์จะมีกระบวนการที่พัฒนาขึ้นเองในหน่วยงาน ส่วนโรงพยาบาลหาด
ใหญ่ได้อิงตามมาตรฐานการปฏิบัติของกองการพยาบาล แต่ได้มีการปรับรายละเอียดการปฏิบัติให้
สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของงานแต่ละแผนก อย่างไรก็ตามกระบวนการสร้างมาตรฐานการ
พยาบาล มักจะใช้ขั้นตอนดังนี้

- กลุ่มงานสร้างมาตรฐานของตนเองจากแนวทางปฏิบัติประจำและเอกสารทางวิชาการ
- เสนอผู้บริหารระดับต้น
- คณะกรรมการควบคุมมาตรฐานพิจารณาโดยใช้มาตรฐานทางวิชาการ
- ปรับปรุงมาตรฐานร่วมกันระหว่างกรรมการควบคุมกับหน่วยปฏิบัติ
- ทดลองใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ปรับปรุงตามข้อเสนอ
- ส่งผู้เชี่ยวชาญพิจารณา
- ปรับปรุงและประกาศใช้

อย่างไรก็ตามในกรณีที่มีการปฏิบัติงานบางอย่างต้องเกี่ยวข้องกับหน่วยงานหลายหน่วย การสร้างมาตรฐานจะต้องทำร่วมกัน หรือบางครั้งกรรมการควบคุมมาตรฐานจะสร้างขึ้นมาก่อนแล้ว ทดลองใช้ก่อนประกาศใช้จริง

นอกจากนี้การประกันคุณภาพฝ่ายการพยาบาลบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้มีการควบคุมคุณภาพ 6 ประการ คือ

- คุณภาพการจัดรถและเครื่องมือฉุกเฉิน
- คุณภาพการดูแลสิ่งแวดล้อม
- คุณภาพการให้ยาแก่ผู้ป่วย
- คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล
- การสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยในการให้การพยาบาล
- การทบทวนวิเคราะห์อุบัติการณ์

กรณีโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

การสร้างมาตรฐานการพยาบาลดำเนินการในรูป 2 รูปแบบ คือ

- 1) คณะกรรมการอำนวยการฯ สร้างมาตรฐานกลาง จะพิจารณาเฉพาะเรื่องที่ทุกหอผู้ป่วยต้องปฏิบัติเหมือน ๆ กัน หรือเป็นงานที่มีความเสี่ยงสูง โดยการออกแบบสอบถาม จากนั้นจึงดำเนินจัดทำมาตรฐานกลาง และมีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบพิจารณาให้เห็น
- 2) หน่วยงานสร้างมาตรฐานของตน คณะกรรมการอำนวยการจะกระตุ้นให้แต่ละหน่วยงานสร้างมาตรฐานของตน ซึ่งมีขั้นตอนในการนำเสนอมาตรฐานที่สร้างจากกลุ่มงานไปสู่หัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อพิจารณา และเสนอต่อผู้ตรวจการพยาบาล ก่อนจะส่งไปยังคณะกรรมการอำนวยการมาตรฐานเพื่อพิจารณาเนื้อหา หลังจากนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะทดลองใช้ และคณะกรรมการอำนวยการจะปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ก่อน

ส่งผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณา และส่งกลับสู่คณะกรรมการอำนวยการปรับปรุงครั้งสุดท้ายก่อนการประกาศใช้ต่อไป

สำหรับมาตรฐานที่ผ่านการพิจารณาและประกาศใช้แล้วนั้น จะมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงทุก 3 ปี เพื่อพัฒนาให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมและวิทยาการ แต่หากมีกรณีเร่งด่วนที่เป็นปัญหาที่สามารถพิจารณาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

ข้อมูลที่ใช้ในการปรับปรุงได้มาจากการศึกษาค้นคว้าทฤษฎีใหม่ ๆ ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ หรือข้อคิดเห็นจากผู้ใช้บริการ

4.2.3 เครื่องมือและกระบวนการตรวจสอบทางการแพทย์พยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการตรวจสอบที่สำคัญ ได้แก่

1. แนวทางการสัมภาษณ์ผู้บริหารเกี่ยวกับการพัฒนาระบบงาน
2. แบบสำรวจความจำเป็นในการฝึกอบรม
3. แบบสอบถามความเห็นของเจ้าหน้าที่พยาบาล
4. แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแผนการดูแลผู้ป่วย
5. เกณฑ์มาตรฐานงานของกองการพยาบาล
6. แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
7. แบบวิเคราะห์งานต่าง ๆ เช่น
 - แบบวิเคราะห์งานกลุ่มงานพยาบาล
 - แบบวิเคราะห์งานป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - แบบวิเคราะห์งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - แบบวิเคราะห์งานผู้ป่วยนอก
 - แบบวิเคราะห์งานผู้ป่วยใน
 - แบบวิเคราะห์งานจ่ายกลาง
 - แบบวิเคราะห์งานห้องผ่าตัด
 - แบบวิเคราะห์งานวิสัญญี
 - แบบวิเคราะห์งานห้องคลอด
 - แบบวิเคราะห์งานปรึกษาสุขภาพอนามัย
 - แบบวิเคราะห์งานบริการผู้ป่วยหนัก
 - แบบวิเคราะห์การบริหารการพยาบาล

กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ในส่วนของคณะกรรมการอำนวยการมาตรฐานการพยาบาล จะติดตามตรวจสอบดังนี้

1. สืบถามตามข้อผู้เกี่ยวข้องถึงการนำมาตรฐานไปปฏิบัติจริง
2. ในการสอบเลื่อนระดับ จะมีข้อทดสอบเกี่ยวกับเรื่องนี้ด้วย เป็นการทดสอบความรู้ความเข้าใจ
3. ออกแบบสอบถาม ถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามมาตรฐาน และแนวทางแก้ไข คณะกรรมการอำนวยการจะได้วิเคราะห์และดำเนินการแก้ไข
4. การนิเทศตามหอผู้ป่วย (round ward)
5. การวิจัย ซึ่งขณะนี้ได้ทดลองใช้แนวทางวิจัยมาช่วยในการตรวจสอบ

ปัญหาอุปสรรค

การดำเนินการมาตรฐานการพยาบาลมีปัญหาอุปสรรคดังนี้

1. ความล่าช้าในการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน
2. ความล่าช้าในขั้นตอนการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ
3. การสนับสนุนส่งเสริมจากฝ่ายบริหาร
4. ความต่อเนื่องทั้งในเชิงนโยบาย และเนื้อหาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ยังไม่มีปัญหาเรื่องนี้ เพราะผู้บริหารและประธานคณะกรรมการมาตรฐานยังเป็นกลุ่มเดิม

กรณีศึกษาโรงพยาบาลหาดใหญ่

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบ ประกอบด้วย

1. แนวทางการสัมภาษณ์ผู้บริหารเกี่ยวกับการพัฒนาระบบงาน
2. แบบสำรวจความจำเป็นในการฝึกอบรม
3. แบบสอบถามความเห็นของเจ้าหน้าที่พยาบาล
4. แบบบันทึกทางการพยาบาล และแผนการดูแลผู้ป่วย
5. เกณฑ์มาตรฐานงานของกองการพยาบาล
6. แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

วิธีการตรวจสอบ

จากการสัมภาษณ์หัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ทราบว่า การตรวจสอบทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของระบบการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล (Quality audit)

ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีระบบการตรวจสอบทางการแพทย์ 2 ประเภท ได้แก่

ก. การตรวจสอบทางการแพทย์แบ่งตามเวลาที่ตรวจ มี 2 แบบ คือ

1) **Concurrent Audit** มีลักษณะของการเดินไปตรวจการณหรือไปนิเทศตามหอผู้ป่วยหรือหน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยของหัวหน้าพยาบาล หรือผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล เรียกว่า การ Round ward หรือการตรวจนิเทศ ซึ่งมี 2 ชนิด คือ

1.1 การตรวจนิเทศตามปกติ (Regular round) เป็นการตรวจนิเทศในหน่วยงานพยาบาลที่ค่อนข้างวิกฤติ หรือมีปัญหาเฉพาะหน้ามาก เช่น ที่แผนกผู้ป่วยนอก และฉุกเฉินที่มีผู้ป่วยคับคั่งมากก็จะไปตรวจดูทุกเช้า ตอนบ่ายก็อาจลงไปตรวจดูอีก ส่วนในหอผู้ป่วยก็มีการไปตรวจการณหมุนเวียนกันไปตามแต่ความวิกฤติของแต่ละหอ ในตอนเช้าผู้จัดการทีมงานพยาบาล (nurse manager) ของเวรเดี๋ยงจะส่งมอบเวรให้ทีมงานเวรเช้า (ซึ่ง nurse manager ของเวรเช้าได้แก่หัวหน้าหอผู้ป่วยนั้น) โดยจะสรุปสถานการณ์ตลอด 24 ชั่วโมงที่ผ่านให้หัวหน้าพยาบาลและทีมผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลที่ไปตรวจการณในเช้าวันนั้นให้ทราบ และช่วยหาทางแก้ไขปัญหาก็ให้ หากที่ใดมีปัญหาหรือคับคั่งถ้าหัวหน้าไปไม่ได้ก็จะให้ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลในสาขานั้นลงไปดูและแก้ไขปัญหาก็ให้ เช่นเมื่อมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกในเด็ก มีผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเด็กจำนวนมาก หัวหน้าพยาบาลก็จะไปตรวจทุกเช้าว่าผู้ป่วยอยู่ในระดับไหน มีพยาบาลกี่คน ซึ่งถ้าหัวหน้าพยาบาลไม่ลงไปดู ตามปกติก็มีผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยแต่ละหอคอยทำหน้าที่แทนหัวหน้าพยาบาลได้อยู่แล้ว แต่การไปตรวจเช่นนั้น เชื่อว่าทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีกำลังใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น

1.2 การตรวจนิเทศพิเศษ (Grand round) เป็นการตรวจนิเทศพิเศษซึ่งจะดำเนินการไปพร้อมกับผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลในสาขาต่าง ๆ ร่วมกับทีมควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ทีม IC) ทีมพัฒนาบริการ ซึ่งจะมีแผนการตรวจพิเศษนี้สัปดาห์ละครั้งในวันพฤหัสบดี ตามปกติจะใช้เวลา ไม่เกิน 1 ชั่วโมงในแต่ละหอผู้ป่วยที่ไปตรวจนิเทศแบบนี้ เพื่อไม่ให้ไปรบกวนการทำงานของพยาบาลบนหอผู้ป่วย การ round ถือว่าเป็นการ monitor ได้ด้วยอย่างหนึ่งและเป็นการ audit ด้วยเช่นกัน การไป round หัวหน้าพยาบาลจะย้ายกับพยาบาลอยู่เสมอว่าไม่ใช่เป็นการมาจับผิด แต่อยากให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกว่าจะขณะที่ตนเองทำงานเหนื่อย ๆ ยังมีผู้หลักผู้ใหญ่มาให้ความสนใจในการทำงาน และช่วยเหลือพวกเขาแก้ไขปัญหเฉพาะหน้าที่แก้ไม่ได้ และอยากมาเห็นการทำงานที่มีคุณภาพของพยาบาลบนหอด้วย

2) **Retrospective audit** หรือการตรวจสอบย้อนหลัง หมายถึง การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ของตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อการตรวจสอบคุณภาพการปฏิบัติหรือการบริการพยาบาลจากการบันทึกว่าตรงกับสภาพที่ควรจะเป็นมากน้อยเพียงใด การตรวจสอบทางการแพทย์

พยาบาลจะดำเนินการโดยคณะกรรมการบริหารการพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย (คือทีม พัฒนาคุณภาพบริการ หรือทีม QA) ตามปกติจะดำเนินการปีละครั้ง ถ้าผู้ป่วยมากก็จะสุ่มหอผู้ป่วยจากแต่ละสาขามา เช่น สาขาหนึ่งมี 6 หอ ก็จะสุ่มมา 2 หอ ถ้ามี 3 หอ ก็จะสุ่มมา 1 หอ เป็นต้น โดยจะตรวจสอบเฉพาะเตียงซึ่งพยาบาลได้บันทึกไว้ ตั้งแต่หน้าแรกจนถึงหน้าสุดท้ายที่บันทึก คือเริ่มตั้งแต่การบันทึกชื่อผู้ป่วย สถานภาพสมรส อายุ อาการแรกเริ่ม การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย การให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการบันทึกการปฏิบัติต่าง ๆ เป็นต้น ปีก่อน ๆ มีการตรวจสอบทุกหอ เพื่อตรวจสอบว่าคุณภาพการบันทึกกับคุณภาพการปฏิบัติเป็นอย่างไร โดยจะมีเกณฑ์ในการบันทึกให้พิจารณา เช่น พยาบาลบันทึกว่า ผู้ป่วยมีไข้ ผู้ตรวจสอบก็จะดูว่าพยาบาลบันทึกอย่างไรในเชิงคุณภาพ เช่น ในเชิงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่มีไข้ ก็คือการเช็ดตัว แล้วประเมินดูว่าไข้ลดลงหรือไม่ ได้บันทึกต่อหรือเปล่า หากไม่ลด พยาบาลได้ดำเนินการประการใดต่อไป เช่น การรายงานแพทย์หรือการให้ยา เป็นต้น ซึ่งการบันทึกนั้นใช้หลักการของกระบวนการการพยาบาลเป็นมาตรฐาน ในการบันทึกและปฏิบัติโดยในชั้นแรกพยาบาลจะต้องรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยก่อน ต่อไปก็ต้องกำหนดปัญหาคนไข้ให้ได้ แล้วจึงมากำหนดว่าจะทำกิจกรรมอะไรบ้าง ต้องบันทึกไว้หมด สุดท้ายก็เป็นการบันทึกผลการปฏิบัติเป็นอย่างไร การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกของพยาบาลมีสมมติฐานว่าสิ่งที่เขาบันทึกคือสิ่งที่เขาได้ทำ

ข. การแบ่งการตรวจทางพยาบาลออกตามมาตรฐานและลักษณะงาน แบ่งเป็น

1) การตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลการบันทึก ดังได้กล่าวแล้ว

2) การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยใช้แบบสำรวจที่กองการพยาบาลกำหนดซึ่งจะครอบคลุมความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีการสำรวจทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกทุกปี ผลการสำรวจจะนำมาประมวลหาจุดบกพร่องที่คนไข้ไม่พอใจแล้วหาทางแก้ไขปรับปรุงต่อไป

3) การประเมินผลการวิเคราะห์งานของแต่ละแผนก โดยใช้แบบวิเคราะห์งานสำหรับวิเคราะห์งานแผนกต่าง ๆ ที่กองการพยาบาลสร้างขึ้นประกอบด้วย แบบวิเคราะห์งานกลุ่มงานพยาบาล แบบวิเคราะห์งานป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน งานจ่ายกลาง งานห้องผ่าตัด งานวิสัญญี งานห้องคลอด งานปรึกษาสุขภาพอนามัย งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก และการบริหารการพยาบาล เนื่องจากวิธีปฏิบัติ (procedure) ในแต่ละงานไม่เหมือนกัน แต่การที่ใช้แนวคิดในการวิเคราะห์ที่ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือมีการวิเคราะห์โครงสร้าง วิเคราะห์กระบวนการ วิเคราะห์พฤติกรรม และผลลัพธ์ (outcome) แล้วแปลผลออกมาเป็นคุณภาพว่าแต่ละงานมีระดับคุณภาพเป็นอย่างไร ถ้าหากเข้าเกณฑ์ขั้นต่ำก็ถือว่าพอใจ แต่หากหลุดเกณฑ์ขั้นต่ำก็ต้องให้งานนั้น ๆ วางแผนแก้ไข ฝ่ายการพยาบาลก็จะช่วยให้เขาจัดทำแผนให้ทำได้ การวิเคราะห์งานดังกล่าวปกติจะกระทำโดยหน่วยงานนั้น ปีละครั้ง

วิธีการในการควบคุมคุณภาพ ก็โดยการใช้มาตรฐานในการวัด ข้อไหนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดขั้นต่ำก็ต้องมาวิเคราะห์ดูว่าเพราะอะไร แล้วก็พัฒนา ณ จุดนั้นให้แก่ดีขึ้น วิธีการวัดก็จะใช้การสอบถาม การสัมภาษณ์ ดูจากอัตราต่าง ๆ เช่น อัตราการติดเชื้อ อัตราการตกเตียง จากการรายงานอุบัติการณ์ (Incidence report) ของการจัดการความเสี่ยง (Risk management) ในโรงพยาบาล เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบประกอบด้วย แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยแต่ละโรค ซึ่งกำหนดขึ้นโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล (nursing process) ในการปฏิบัติและบันทึกการปฏิบัติ ในแบบบันทึกนี้จะกำหนดกิจกรรมการดูแล ผลการดูแลที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันแรกจนถึงวันสุดท้ายที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล และกำหนดให้พยาบาลในแต่ละเวรบันทึกกิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วย เช่น แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย OCPD : ไม่มีภาวะการหายใจล้มเหลว แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย Acute Myocardial Infarction: ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น ในแต่ละเวร กรรมการบริหารการพยาบาลมีข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการปฏิบัติไว้ เช่น สมมติว่าทำจริง 10 กิจกรรม แต่บันทึกไว้ 2 กิจกรรม ก็แสดงว่าได้ทำเพียง 2 กิจกรรม แต่ถ้ากำหนดให้ทำกิจกรรมให้ผู้ป่วย 5 กิจกรรม แต่เป็นกิจกรรมที่ไม่ความเสี่ยงสูงก็อาจบันทึกเพียง 2 กิจกรรมก็ได้ แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวได้จัดทำขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยโรคนั้น ๆ ที่กลุ่มงานการพยาบาลได้ร่วมกับกลุ่มเทคนิคบริการทางการแพทย์สาขาต่าง ๆ และฝ่ายวิชาการในการสร้างแผนการดูแลผู้ป่วยแบบรวมหรือแบบเป็นทีม เรียกว่า CAREMAP สำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรคขึ้นมา ขณะนี้สามารถสร้าง CAREMAP ไว้ได้หลายโรคแล้ว แต่ยังได้ไม่หมด เช่น แผนการดูแลผู้ป่วย COPD : ไม่มีภาวะการหายใจล้มเหลว แผนการดูแลผู้ป่วย Acute Myocardial Infarction : Uncomplicated เป็นต้น แผนการดูแลผู้ป่วยนี้เป็นแผนการดูแลที่วิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล นักสุขศึกษา นักกายภาพบำบัด เภสัชกร ว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรบ้าง ในแต่ละวัน เป็นต้น เช่นวันที่ 1 ที่ผู้ป่วยเข้ามาอยู่ใน ร.พ. จะได้รับบริการและการดูแลเรื่องใดบ้างจากวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การบันทึกก็โดยใช้วิธีการกาหรือใช้ถูกรอยก็ได้ CAREMAP เป็นมาตรฐานการปฏิบัติสำหรับวิชาชีพต่าง ๆ (guideline management) ที่พัฒนาขึ้นมาจากมาตรฐานการพยาบาลร่วมกับแพทย์ เช่นวันที่ 1 วันที่ 2 ถ้าผู้ป่วยมีไข้ใน CAREMAP อาจกำหนดไว้ว่าจะให้ยาตัวใดได้บ้าง พยาบาลก็จะบันทึกว่าได้ให้ยานั้นในชั่วโมงที่เท่าไร โดยไม่ต้องไปเขียน card ยา

ปัญหาและอุปสรรค

แม้ว่าระยะนี้ยังอยู่ในช่วงแรกของการนำระบบการบันทึกแบบใหม่มาใช้ แต่จากความเห็นของผู้ปฏิบัติไม่พบปัญหาในการปฏิบัติ ฝ่ายบริหารเห็นว่าเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาการให้การดูแลรักษาพยาบาลดีขึ้น เพราะระบบบันทึกนี้สามารถทราบความก้าวหน้า (progress) ของผู้ป่วย และลด

ปัญหาการฟ้องร้องหรือการร้องเรียนจากญาติลงได้มาก อย่างไรก็ตาม ปัญหาการประสานงานกันกับวิชาชีพอื่นในการปฏิบัติก็มีอยู่เช่นกัน

กระบวนการตรวจสอบ

ระบบการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ดำเนินการประกอบด้วยขั้นตอนการดังต่อไปนี้

1. การสัมภาษณ์ผู้บริหาร ถึงระบบงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ว่าต้องการเห็นการพัฒนาไปในทางใดบ้าง ระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีประสิทธิภาพมากน้อยแค่ไหน
2. การสำรวจความจำเป็นในการฝึกอบรม (training need) ของพยาบาลว่าต้องการพัฒนาในเรื่องใด มีความพึงพอใจในงานของตนอะไรบ้าง
3. การสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของงานที่ปฏิบัติ ความพึงพอใจ/ภาคภูมิใจในงานเป็นต้น
4. การทำ nursing audit (หรือการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล)
5. การสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

สำหรับการประเมินคุณภาพการพยาบาลนั้น ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลหาดใหญ่มีการกำหนดมาตรฐานคุณภาพของงาน โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานงานของกองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะมีเกณฑ์กำหนดคุณภาพงานครอบคลุมทุกงานในฝ่ายการพยาบาลและยังมีเครื่องมือในการวัด แสดงผลออกมาเป็นคะแนนที่ได้สำหรับเปรียบเทียบกับการประเมินครั้งก่อนหรือการเปรียบเทียบกับอื่น ๆ ได้

วิธีการประเมินคุณภาพการพยาบาล มี 2 แบบ คือ

1. การประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากร เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานการพยาบาลทุกคนจะเลือกคนที่จะมาประเมินตนเอง 3 คน แต่ตัวเองต้องมีการประเมินตนเองก่อน แล้วจึงให้ผู้ที่ตนเลือกมาประเมินในฐานะเป็นกรรมการชุดที่ 1 และมีกรรมการประเมินอีก ชุดที่ 2 ด้วยแล้วจึงเสนอผลการประเมินไปยังคณะกรรมการบริหารพยาบาล แบบที่ใช้ในการประเมินก็มีรายการประเมินครอบคลุมทุกด้าน แยกตามระดับวิชาชีพ เช่นมีแบบประเมินสำหรับพยาบาลวิชาชีพ แยกต่างหากหากแบบประเมินสำหรับพยาบาลเทคนิคและเจ้าหน้าที่การพยาบาล

2. การประเมินคุณภาพการพยาบาล จากวิธีการต่อไปนี้

- 1) การตรวจสอบคุณภาพการบันทึก
- 2) การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
- 3) การประเมินผลการวิเคราะห์งานของแต่ละแผนก โดยใช้แบบวิเคราะห์งานสำหรับวิเคราะห์งานแผนกต่าง ๆ ที่กองการพยาบาลสร้างขึ้น

4.3 การประกันคุณภาพกลุ่มงานเภสัชกรรม

4.3.1 วัตถุประสงค์ของการประกันคุณภาพและการตรวจสอบงานเภสัชกรรม

ในการประกันคุณภาพงานและการตรวจสอบด้านเภสัชกรรมนั้น องค์การที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบมี 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์และโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญคือ

- กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด
- ควบคุม กำกับการบริหารเวชภัณฑ์ทั้งระบบให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- การเปิดบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา (Pharmacy counseling)
- การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ในการใช้ยา (Adverse drug reaction monitoring)
- การติดตามรายงานผลการใช้ยาในโรงพยาบาล (Drug used review)
- การให้บริการเภสัชสนเทศ (Drug information service)
- ประสานงานให้ความร่วมมือระหว่างผู้ใช้ยา (ฝ่ายบำบัด) และผู้ดำเนินการในการจัดซื้อจัดหาและเวชภัณฑ์ (กลุ่มงานเภสัชกรรม) เพื่อนำมาใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาล
- ประเมินผล เสนอแนะ หาแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการบริหารเวชภัณฑ์

4.3.2 องค์การตรวจสอบ

การจัดองค์การตรวจสอบ มักจะดำเนินการในรูปของคณะกรรมการและอนุกรรมการชุดต่าง ๆ เช่น คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด คณะกรรมการพิจารณา เป็นต้น

4.3.3 ระบบการตรวจสอบ

การตรวจสอบทางเภสัชกรรมมีการตรวจสอบที่สำคัญ คือ

- การตรวจสอบ Stock ยา
- การประกันคุณภาพการซื้อยาและเวชภัณฑ์
- การประกันคุณภาพการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์
- การติดตามการใช้ยาในโรงพยาบาล
- การตรวจสอบยาที่หมดอายุและยาที่ใช้บ่อย

สำหรับกรณีศึกษาขององค์การมีดังต่อไปนี้

กรณีศึกษาโรงพยาบาลหาดใหญ่

จุดประสงค์ของการตรวจสอบ

โรงพยาบาลหาดใหญ่ให้ความสำคัญกับการบริหารคลังยาของโรงพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากรายจ่ายของโรงพยาบาลหาดใหญ่ประมาณร้อยละ 40 เป็นรายจ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์ ซึ่งเป็นสัดส่วนรายจ่ายที่มากที่สุดของโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีการกำกับตรวจสอบในขั้นตอนต่าง ๆ ตั้งแต่การจัดหา การจัดสรร การใช้ยา และการติดตามผลการใช้ โดยเฉพาะการจัดซื้อจัดหา และควบคุม กำกับการเบิกจ่ายยา

องค์การที่ตรวจสอบ

1) โครงสร้างองค์กร

กลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นหนึ่งในกลุ่มเทคนิคการบริการ สายงานบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล แบ่งความรับผิดชอบภายในกลุ่มงานออกเป็น 3 กลุ่มบริการ ได้แก่ กลุ่มบริการเภสัชกรรม กลุ่มเภสัชกรรมการผลิต และกลุ่มเภสัชภัณฑ์และเภสัชสนเทศ

โรงพยาบาลหาดใหญ่มียาที่ใช้ในปัจจุบันที่จะต้องจัดซื้อจัดหาประมาณ 600 รายการ และเพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการ จึงได้จัดกลุ่มยาออกเป็นหมวดหมู่ได้ 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมียาประมาณ 200 ตัว โรงพยาบาลมีระบบการจัดซื้อจัดหาในรูปแบบของคณะกรรมการ เรียกว่า คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (The Pharmacy and Therapeutic Committee : PTC) ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่งตั้งขึ้น ซึ่งชุดปัจจุบันแต่งตั้งขึ้นตามคำสั่งโรงพยาบาลหาดใหญ่ที่ 32/2538 ลงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2538 ให้เป็นคณะกรรมการอำนาจการ มีหน้าที่สำคัญในการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด คณะกรรมการประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นประธาน และกรรมการอื่น ๆ อีก 21 คน รวมเป็น 22 คน โดยมีหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นกรรมการและเลขานุการ

วัตถุประสงค์

1. กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด
 2. ควบคุม กำกับการบริหารเวชภัณฑ์ทั้งระบบให้เกิดประโยชน์สูงสุด
 3. ประสานงานให้ความร่วมมือระหว่างผู้ใช้ยา (ฝ่ายบำบัด) และผู้ดำเนินการในการจัดซื้อจัดหาและเวชภัณฑ์ (กลุ่มงานเภสัชกรรม) เพื่อนำมาใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาล
 4. ประเมินผล เสนอแนะ หาแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการบริหารเวชภัณฑ์
- บทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบ
1. กำหนดมาตรการ แนวทางปฏิบัติ และแผนงานเกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์

2. พิจารณาจัดทำ/ปรับปรุง Hospital drug list หรือ Hospital Drug Formulary ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

3. พิจารณาคัดเลือกยาใหม่ (new drug) และตัดยาออกจากบัญชีรายการยา ตามข้อ 2 รวมทั้งจัดสรรยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ราคาเหมาะสมมาใช้ในการบริการการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

4. จัดแบ่งยา/เวชภัณฑ์ที่มีขายออกเป็นกลุ่ม มอบหมายพร้อมกำหนดแนวทางปฏิบัติให้คณะอนุกรรมการฯ ซึ่งคัดเลือกมาจากกลุ่มงาน/ฝ่ายต่าง ๆ ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่พัสดุ เป็นผู้ดูแล ปรับปรุง เสนอแนะโดยให้สอดคล้องกับหลักวิชาการ กฎ ระเบียบต่าง ๆ รวมไปถึงงบประมาณทุกหมวดที่เกี่ยวข้อง

5. ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนกลุ่มงานเภสัชกรรม งานพัสดุ ในการพัฒนา ทบทวน นโยบาย กฎ ระเบียบในด้านเวชภัณฑ์ และเวชภัณฑ์ที่มีขาย

6. ควบคุม กำกับการบริหารเวชภัณฑ์ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด เช่น การวางแผนการจัดซื้อ การปรับแผนในกรณีไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผน

7. กำหนดแนวทางปฏิบัติ และให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกระดับที่เกี่ยวข้อง

8. ให้การสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์แก่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับแนวทางของคณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์ระดับจังหวัด กลุ่มเครือข่าย 12/1 ตามโครงการ พบส.

9. ติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction)

10. ติดตามประเมินผล การบริหารเวชภัณฑ์ทั้งระบบ เพื่อนำไปแก้ไขปัญหและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

คณะอนุกรรมการในการดำเนินการมี 4 ชุด คือ

คณะอนุกรรมการชุดที่ 1 (PT. Subcommittee 1) รับผิดชอบการบริหารยา 4 ประเภท ได้แก่ ยาต้านจุลชีพ (antimicrobial) เซรั่มและวัคซีน ยาที่ใช้กับตาและหู (Eye Ear Preparation) และยาที่ใช้ในทางเดินอาหาร (Gastro-intestinal tract) คณะอนุกรรมการชุดนี้ประกอบด้วยอนุกรรมการจำนวน 11 คน

คณะอนุกรรมการชุดที่ 2 (PT. Subcommittee 2) รับผิดชอบการบริหารยา ในกลุ่มยาต้านมะเร็ง (Antineoplastic) Blood agent, Blood product, Hormone, Solution, Electrolyte และวิตามิน และเกลือแร่ ประกอบด้วยอนุกรรมการจำนวน 9 คน

คณะอนุกรรมการชุดที่ 3 (PT. Subcommittee 3) รับผิดชอบยาในกลุ่มที่ 3 ซึ่งเป็นยาที่มีอัตราการใช้สูง ได้แก่ Anaesthetic, NSAID & Antipyretic, Antiepileptic, Antihistamine,

Cardiovascular, Dermatological, Diuretic, Muscle relaxant, Psychotherapeutic, Respiratory และ Vasodilator ประกอบด้วยอนุกรรมการ 16 คน

คณะอนุกรรมการชุดที่ 4 (PT. Subcommittee 4) รับผิดชอบการบริหารเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และเวชภัณฑ์อื่น ๆ นอกเหนือจากยาในกลุ่มที่ 1-3 ประกอบด้วยอนุกรรมการจำนวน 11 คน

ในแต่ละกลุ่มอนุกรรมการนี้จะประกอบด้วยแพทย์ที่ใช้ยาหรือเวชภัณฑ์เหล่านั้นเป็นกรรมการ มีแพทย์อาวุโสเป็นประธานอนุกรรมการ และเภสัชกรอาวุโสเป็นอนุกรรมการและเลขานุการ โดยมีการกำหนดบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบดังนี้

1. ดำเนินการให้เป็นไปตามแนวทางที่คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาล หนดใหญ่ กำหนดในทุกกรณีที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา/เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของกลุ่มยาที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งยาที่อยู่ในขั้นทดลองและ new drug

2. พิจารณา ทบทวน ปรับปรุง และคัดเลือกยาในบัญชียาของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ให้เหลือ 700 items โดย ED:NED = 50 : 50 ยาทุก items ต้องผลิตโดยบริษัทที่ได้เครื่องหมายรับรอง GMP จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

3. สนับสนุนให้มีการใช้ยา ED, NED อย่างสมเหตุสมผล (rational prescription)

4. ให้ข้อมูลข่าวสาร ข้อเสนอแนะทางด้านขามาพิจารณาประกอบการตัดสินใจในการดำเนินการพิจารณาใหม่ หรือนำเสนอคัดแยกออกจากบัญชียาของโรงพยาบาล

5. รวบรวมและวิเคราะห์รายงานการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

6. รายงานผลการดำเนินการส่งเลขานุการคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพื่อพิจารณาและดำเนินการต่อไป

ระบบการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์

จะเห็นได้ว่าคณะอนุกรรมการของแต่ละกลุ่มจะเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจว่า กลุ่มของตนควรจะมียาหรือเวชภัณฑ์อะไรบ้าง จำนวนเท่าไร และรับผิดชอบในการส่งยาไปตรวจสอบหรือจะซื้อจากบริษัทผู้ผลิตหรือจำหน่ายใด ราคาเท่าไร เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการเภสัชกรรม และการบำบัดของโรงพยาบาลให้ความเห็นชอบ ซึ่งส่วนใหญ่คณะกรรมการฯ ก็เห็นชอบตามที่คณะอนุกรรมการฯ เสนอ หน้าที่ความรับผิดชอบเกือบทั้งหมดสามารถหาข้อยุติได้ในระดับคณะอนุกรรมการ มีน้อยมากที่ต้องนำเสนอให้คณะกรรมการฯ ตัดสินวินิจฉัยให้ จากการได้ปฏิบัติในรูปแบบนี้มา 4-5 ปี พบว่าประสบผลสำเร็จดีมาก อนุกรรมการสามารถบริหารยาในกลุ่มได้เป็นอย่างดี สามารถจัดหาได้ในราคาถูก อย่างไรก็ตามการกำหนด items ของยาก็ยังคงต้องปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยยา ขณะเดียวกันคณะอนุกรรมการแต่ละกลุ่มก็ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการจัดซื้อจัดหาลงไปเลย คล้าย ๆ กับระบบการจัดซื้อพัสดุอื่น ๆ ในโรงพยาบาล ในการพิจารณาจัดสรรเงินเพื่อจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จะพิจารณาจากยอดเงิน

ที่ใช้ในปัจจุบัน แล้วเพิ่มให้อีกประมาณร้อยละ 5 สำหรับการสั่งซื้อในปีต่อไป แต่ละกลุ่มก็ต้องจัดทำแผนการจัดซื้อจัดหา (Purchasing Plan) ซึ่งเมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการฯ แล้วก็ดำเนินการจัดหาได้เลย ผู้อำนวยการก็มีหน้าที่คอย monitor ทุก 3 เดือน ในฐานะเป็นประธานกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาล โดยทุกครั้งที่มีการประชุมของคณะกรรมการฯ จะมีการรายงาน ว่า ณ ปัจจุบันมียาต่าง ๆ ในแต่ละกลุ่มเหลืออยู่ในสต็อกยาเท่าใด จะสั่งซื้ออีกเท่าไร แต่การดำเนินการในปีงบประมาณ 2541 ค่อนข้างมีปัญหาเนื่องจากไม่เป็นไปตามแผนอันเนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจของประเทศทำให้การเบิกจ่ายเงินงบประมาณประจำปีงวดไม่เป็นไปตามที่เคยเบิกจ่าย แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากยังมีแหล่งเงินแหล่งอื่นนอกเหนือจากเงินงบประมาณที่จะนำมาใช้ในการจัดซื้อจัดหาโดยเฉพาะอย่างยิ่งเงินประกันสังคม และเงินบำรุงซึ่งเป็นเงินรายได้ของโรงพยาบาล ร.พ.หาดใหญ่ได้นำเงินเหล่านี้มารวมกันแล้วพิจารณาจัดสรรให้ไป

ในการจัดซื้อจัดหาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ คณะอนุกรรมการต่าง ๆ จะใช้วิธีการเจรจาต่อรองกับผู้แทนยาโดยตรงทำให้สามารถซื้อได้ในราคาค่อนข้างถูกกว่าในหลายจังหวัด นอกจากนั้นยังมีระบบการจัดซื้อยารวม โดยจะซื้อยารวมกันทั้งจังหวัดพร้อมกันในคราวเดียวกัน โดยมีการเชิญเภสัชกรจากทุกโรงพยาบาลชุมชนมาประชุมปรึกษาหารือกันเพื่อหา common drugs หรือยาที่ใช้ร่วมกันใน ร.พ.ต่าง ๆ แล้วทำสัญญาจะซื้อจะขายโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลาเป็นคู่สัญญากับบริษัทผู้ผลิต/จำหน่าย เมื่อโรงพยาบาลใดต้องการซื้อยาใดในรายการ common drugs ซึ่งมีอยู่ประมาณ 60 รายการ ก็จะซื้อโดยอ้างถึงสัญญาที่จัดทำขึ้นนั้นภายใต้ราคาที่กำหนดไว้ในสัญญา วิธีการนี้ได้ดำเนินการติดต่อกันมา 4 ปี แล้ว ในปีแรกสามารถประหยัดงบประมาณในการจัดซื้อได้ประมาณ 4 – 5 ล้านบาท ผู้บริหารโรงพยาบาลหาดใหญ่เชื่อว่าปัญหาในการสมยอมราคาของผู้จำหน่ายยาให้โรงพยาบาลหาดใหญ่นั้นน้อยมากหรือไม่มีเลย

ระบบการควบคุมและกำกับเกี่ยวกับการเบิกจ่ายยา

ในด้านการควบคุมการรั่วไหลของยานั้น โรงพยาบาลหาดใหญ่มีการดำเนินการโดยมีกฎเกณฑ์หรือมาตรฐานการปฏิบัติหลัก ๆ 2 ด้าน ได้แก่

1. การนำระบบ Daily Dose Dispensing System : DDDS มาใช้ในการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มงานเภสัชกรรมได้กำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรให้เข้าใจและถือปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยมีรายละเอียดและขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

1) การจัดการกับคำสั่งแพทย์

- ใช้ Doctor's order sheet แบบมีสำเนา
- พยาบาลเซ็นรับคำสั่งและบันทึกคำสั่งยาใน cardex และรวบรวมสำเนา Doctor's order sheet ให้ฝ่ายเภสัชกรรม เวลาประมาณ 10.00 น.

- หากมีผู้ป่วยรับใหม่ หรือมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งภายหลังที่รวบรวมสำเนาคำสั่งแล้ว ก็สามารถส่งสำเนาคำสั่งได้ทุกขณะที่ห้องยาเปิดทำการ
 - หากมีผู้ป่วยรับใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งในช่วงเวลาที่ห้องยา DDDS ปิดทำการแล้ว ให้ใช้ยาที่สำรองไว้บนห่อผู้ป่วยก่อนแล้วใช้ใบบันทึกการติดต่อจากฝ่ายพยาบาล (Nurse's Communication Card) แนบคู่กับสำเนาคำสั่งแพทย์ เพื่อรวบรวมส่งฝ่ายเภสัชกรรมในเวลาปกติต่อไป
- 2) การตรวจสอบคำสั่งยา ได้แก่การตรวจสอบต่อไปนี้
- ความสมบูรณ์ของคำสั่ง เช่นความแรงของยา
 - เป็นยาที่มีใช้ในโรงพยาบาลหรือไม่
 - มีปัญหากับยาซึ่งผู้ป่วยได้รับอยู่หรือไม่
 - มีปัญหากับโรคหรืออาการของผู้ป่วยหรือไม่
- 3) การลงบันทึกการใช้ยาประจำตัวผู้ป่วย
- เภสัชกรลงบันทึกการใช้ยาประจำตัวผู้ป่วย (Patient Medication Profile) โดยใช้สำเนาคำสั่งแพทย์
 - บันทึกการใช้ยาประจำตัวผู้ป่วย ให้เก็บบันทึกที่ฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับพัฒนางานเภสัชกรรมคลินิกอื่น ๆ ต่อไป
- 4) การจัดและจ่ายยา
- จัดยาลงใน Cassette ประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งอยู่ใน Medication Cart
 - Medication cart 1 คัน มี 25 Cassette ดังนั้นในการจัดแต่ละครั้งต้องใช้ Cart 2 คันต่อห่อผู้ป่วย Cart หมายเลข 1 สำหรับผู้ป่วยเตียง 1 – 25 Cart หมายเลข 2 สำหรับเตียงที่ 26 – 30 เตียงเสริมที่ 31 – 50 ห้องพิเศษ ถ้าเกิน 50 คน จะใช้ Cassette เสริม
 - แต่ละ Cassette จะมีป้ายบอกหมายเลขเตียงอยู่ด้านหน้า ส่วนด้านในจะแบ่งออกเป็น 4 ช่อง สำหรับจัดเรียงลำดับการใช้งาน ช่องแรกเป็นยามื้อเย็นทั้งก่อนอาหารและหลังอาหาร และยาก่อนนอน ช่องถัดเข้าไปเป็นช่องสำหรับยามื้อเช้าของวันรุ่งขึ้นทั้งยาก่อนและหลังอาหาร ช่องถัดไปเป็นยามื้อเที่ยงทั้งก่อนและหลังอาหาร และช่องในสุดเป็นช่องสำหรับยาฉีด
 - ยาฉีดทุกชนิดจะถูกบรรจุในช่องยาฉีดในปริมาณการใช้ 1 วัน
 - ยาเม็ดแต่ละชนิดจะระบุชื่อยา ขนาดมิลลิกรัม(ถ้ามีหลายขนาด) ในซอง Prepack แล้วยาทั้งหมดจะถูกบรรจุในซองก่อนอาหาร หรือซองหลังอาหารของแต่ละมื้อ โดยจะจ่ายในปริมาณการใช้เท่ากับ 1 วัน

- ยาที่ใช้เมื่อมีอาการ (ยานอน) เช่น Paracetamol , Idarac , Tramal จะจ่ายยาให้จำนวนหนึ่งเท่ากับปริมาณการใช้ 1 วัน และใส่ในตระกร้ารวมเมื่อหมดจึงเริ่มจ่ายยาและคิดราคาใหม่
- ยาน้ำ เนื่องจากการแบ่งบรรจุตามมื้ออาหาร หากไม่มีเครื่องมือช่วยจะเป็นเพิ่มงานและเสียงานขณะบรรจุเป็นจำนวนมากดังนั้นถ้าเป็นยาตามคำสั่งยาที่ใช้ต่อเนื่อง (order for continuation) จะจ่ายทั้งขวด (ใส่ไว้ในตระกร้ารวมของผู้ป่วย) เมื่อหมดจึงเริ่มคิดราคาใหม่ แต่ถ้าเป็นยาที่สั่งใช้วันเดียว (order for one day) จะแบ่งบรรจุให้ตามจำนวนที่ต้องการ
- ยาภายนอก เช่น ยาที่เป็นครีม ยาทาถูนวด จะจ่ายให้ตามขนาดที่มีใช้ในโรงพยาบาล โดยใส่ไว้ในตระกร้ารวมซึ่งอยู่บน Cart เจ้าหน้าที่หอบผู้ป่วยอาจจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้เลยเมื่อหมดก็ให้เขียนขอเพิ่มโดยใช้ Nurse's Communication Card ส่งมาในเวลาที่ตั้งสำนักงานแพทย์
- ยาเสพติดให้โทษ เช่น Pethidine , Morphine ช่วงแรกการเบิกจ่ายให้ใช้ระบบเดิม แต่เกสซกรจะบันทึกรายการ และราคาไว้ใน Medication Profile เพื่อจัดเก็บเงินต่อไป
- น้ำเกลือ จะจ่ายเป็นยอดรวมแต่ละวัน ของผู้ป่วยทุกคนในหอผู้ป่วย โดยจะใช้แบบฟอร์มการเบิกจ่ายน้ำเกลือสำหรับแต่ละหอผู้ป่วยโดยส่งจ่ายน้ำเกลือแต่ละรายการตามคำสั่งแพทย์ แล้วส่งแบบฟอร์มไปยังฝ่ายผลิต ฯ เพื่อจัดเตรียมยา เจ้าหน้าที่หอบผู้ป่วยไปรับน้ำเกลือที่ฝ่ายผลิต ฯ ในช่วงบ่ายพร้อมรับสำเนาแบบฟอร์มคืน

5) การตรวจสอบการจัดยาจ่าย

- ยาในแคสเสต Cassette ของผู้ป่วยจะถูกจัดโดยเจ้าพนักงานเภสัชกรรม หรือเจ้าหน้าที่ในฝ่ายเภสัชกรรม และจะถูกตรวจสอบการจัดยาจ่ายก่อนจ่ายยาโดยเภสัชกร

6) การส่งยาไปยังหอผู้ป่วย และแลกเปลี่ยน Cart

- ส่ง Medication cart ตามเวลาที่กำหนด คือ 13.30 น. ไปยังหอผู้ป่วย
- ย้ายตระกร้ารวมจาก Cart เดิมไปยังCart ใหม่ และรวมกับยาใหม่
- แลกเปลี่ยน Cart เดิมกลับมายังห้องยา DDOS

7) การบริหารยา

- พยาบาลเป็นผู้จ่ายยา และบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย
- ยาที่ไม่ได้ให้แก่ผู้ป่วยไม่ว่าจะด้วยเหตุใด ๆ ก็ตาม เช่นแพทย์สั่งเลิกใช้ยานั้น หรือผู้ป่วยไม่สามารถรับยานั้นไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตาม ให้คืนยาอยู่ใน cassette ของผู้ป่วยเพื่อที่ห้องยาจะได้คิดราคายาทำที่ได้ออกไปจริง

8) การคิดราคาและการชำระเงิน

- ใช้ใบแจ้งค่ายาและวัสดุการแพทย์ซึ่งมีสำเนาในตัว
- แจ้งค่ายาของวันที่ผ่านมาเป็นรายรวม (ไม่แจ้งรายละเอียด) ราคายาพิเศษ (ถ้ามี) และยาอื่น
- การรับชำระเงิน โดยเจ้าหน้าที่การเงินซึ่งจะไปให้บริการที่หอผู้ป่วยทุก 3 วัน
- เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน จะเก็บใบแจ้งค่ายา และวัสดุการแพทย์ไว้เป็นหลักฐาน โดยต้นฉบับจะเก็บไว้ที่ห้องยา สำเนาจะเก็บไว้ที่ห้องการเงิน

2. การจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติในขั้นตอนที่สำคัญเกี่ยวกับยา

กลุ่มงานเภสัชกรรมได้จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติในขั้นตอนที่สำคัญเกี่ยวกับยาไว้หลายอย่าง เช่นมาตรฐานการรับเวชภัณฑ์จากบริษัทขนส่ง (รวมทั้งจากการบินไทย ไปรษณีย์ ร.ศ.พ. และทางรถไฟ) มาตรฐานการควบคุมกำกับเวชภัณฑ์ที่มีอายุ มาตรฐานการตรวจสอบยาก่อนจ่าย และมาตรฐานการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอก เป็นต้น ซึ่งในมาตรฐานที่กล่าวมาจะมีการระบุกิจกรรมและแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ รวมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบไว้ด้วย เพื่อให้การปฏิบัติต่าง ๆ เกี่ยวกับยามีความถูกต้อง รวดเร็ว มีคุณภาพ และปลอดภัยต่อผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาตามคำสั่งแพทย์

ส่วนการตรวจสอบผลการปฏิบัติงานนั้น อาศัยการตรวจสอบจากบันทึกและรายงานเป็นส่วนใหญ่ เช่นในแผนกผู้ป่วยนอกจะต้องทำรายงานเกี่ยวกับจำนวนใบสั่งยาและขนาดยา จำนวนเวชภัณฑ์ มูลค่าเวชภัณฑ์ที่ให้บริการ และจำนวนเงินที่เรียกเก็บหรือให้ฟรีตามประเภทต่าง ๆ ของผู้ป่วย โดยจัดทำรายงานทั้งรายเดือนและรายปี

สัมฤทธิ์ผล

จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่พบว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่มีความพึงพอใจระดับหนึ่งในการจัดระบบยาในโรงพยาบาล โดยเห็นว่าเป็นระบบที่ดีกว่าในอีกหลายโรงพยาบาล และมีการรู้ไหล่น้อยมาก ซึ่งในด้านรู้งานเกี่ยวกับยานั้นคิดว่ามีน้อยมากหรือไม่มีเลย เพราะโรงพยาบาลจะมีการทำ Prescription review ของแพทย์ในบางช่วง เพื่อตรวจดูว่าแพทย์ที่ได้รับการคุ้มครองจะมีการใช้ยาต่าง ๆ ในแต่ละเดือนไปเท่าไร จ่ายยาฟรีไปเท่าใด แล้วก็ feed back ให้เจ้าตัวทราบ ขณะเดียวกันก็รายงานให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดทราบอีกทางด้วย ผลการปฏิบัติก็ได้รับความร่วมมือดีจากแพทย์ทุกคน ทำให้การบริหารยามีประสิทธิภาพ แพทย์ก็ใช้ยาในลักษณะสมเหตุสมผลมากยิ่งขึ้น

กรณีโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

เป้าหมายและวัตถุประสงค์

ฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริการด้านยาในทุกแง่มุม โดยครอบคลุมทั้งด้านการบริหาร บริการและวิชาการ โดยมีจุดมุ่งหมายให้มีการบริหารและบริการที่ถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย และประหยัด สำหรับการบริหารภายใน มุ่งเน้นการจัดวางระบบงานภายในให้สามารถติดตาม ตรวจสอบคุณภาพและปรับปรุงงานประจำที่ทำอยู่ให้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนได้ขยายบริการเพิ่มในกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากขึ้น ได้แก่

- การเปิดบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา (Pharmacy counseling)
- การให้บริการ และติดตามการให้สารอาหารทางหลอดเลือด (Total Parenteral nutrition : Aseptic dispensary & monitoring)
- การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ในการใช้ยา (Adverse drug reaction monitoring)
- การติดตามรายงานผลการใช้ยาในโรงพยาบาล (Drug used review)
- การให้บริการเภสัชสนเทศ (Drug information service)

แนวคิดหลักในการดำเนินงาน

การดำเนินงานด้านประกันคุณภาพ ฝ่ายเภสัชกรรมได้ดำเนินการมานานแล้ว โดยยึดหลักดังนี้

- เริ่มด้วยการแก้ไขที่ตนเอง โดยเน้นการสำรวจระบบงานของตนเอง และแก้ไข ปัญหาที่ตัวเองหรือหน่วยงานภายในก่อน หากยังมีปัญหาที่จะประสานงานเพื่อหาวิธีแก้ไขร่วมกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป
 - การทำงานเป็นทีม โดยสร้างความเข้าใจร่วมกันถึงเป้าหมายของงาน การร่วมมือ และการยอมรับความคิดเห็นของผู้อ่าน และให้ทีมงานเห็นประโยชน์ของการรวบรวมข้อมูลและ การนำข้อมูลมาใช้
 - การใช้ข้อมูลที่เก็บจากข้อเท็จจริง การจัดวางระบบงาน (Process design) หรือการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในฝ่ายเภสัชกรรม จะใช้ข้อมูลที่รวบรวมจากข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น โดยพยายาม จัดระบบงานที่ให้มีการเก็บตัวเลข เพื่อนำมาใช้เป็นเครื่องชี้วัด ทั้งนี้เพื่อให้ทีมงานมองเห็นปัญหา เข้าใจ และยอมรับเกี่ยวกับความรุนแรงและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นได้ตรงกัน อีกทั้งได้ใช้ตัวเลข ข้อมูลนี้สำหรับตั้งเป้าหมายเพื่อการปรับปรุง และใช้ในการเปรียบเทียบประเมินผลการปรับปรุงได้
 - การติดตามเพื่อรักษาคุณภาพ เมื่อมีการจัดวางระบบงานได้แล้วจะมีการติดตามตรวจสอบ โดยให้มีการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นประโยชน์แทรกไว้ในงานประจำ
- กระบวนการตรวจสอบภายในของงานเภสัชกรรม

เพื่อเป็นการประกันคุณภาพในการดำเนินงานให้ถูกต้องทุกขั้นตอน การรับและการส่งมอบต่อ เพื่อมิให้เกิดปัญหาในภายหลัง ฝ่ายเภสัชกรรมได้กำหนดแนวทางตรวจสอบภายในขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อทำงานให้ถูกต้องทุกขั้นตอน และง่ายในการตรวจสอบ การตรวจสอบภายในที่ดำเนินการอยู่มีดังนี้

1) การตรวจสอบ stock ยา

- ควบคุม โดยอาศัยการตรวจเช็คจากคอมพิวเตอร์ และการตรวจรายการต่าง ๆ
- สุ่มตรวจทุกสัปดาห์ที่มีการเบิกยา
- ตรวจสอบครั้งใหญ่ปีละ 2 ครั้ง ในเดือนมีนาคมและกันยายน โดยตรวจสอบยาทุกชนิด

กรณีตรวจสอบแล้วพบความคลาดเคลื่อน จะรายงานคณบดีเพื่อขออนุมัติปรับเปลี่ยน stock ให้เป็นไปตามตัวเลขที่เป็นจริงเป็นรายปี

- การตรวจสอบโดยเภสัชกร ในจุดเบิกจ่ายยา ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
- การตรวจสอบการเบิกจ่ายยา ระหว่างคลังยาใหญ่กับคลังยาย่อย ที่เบิกจ่ายสัปดาห์ละครั้ง

2) การประกันคุณภาพการซื้อยา

เพื่อให้การซื้อยาเป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ งานเภสัชกรรมได้มีแนวปฏิบัติดังนี้

1. ระบบจัดซื้อ จะมีคณะกรรมการพิจารณา คณะกรรมการชุดนี้จะพิจารณาที่บริษัทนำเสนอ โดยพิจารณาคุณภาพของยา และข้อมูลสนับสนุนการนำไปใช้ได้จริงตลอดจนพิจารณาเปรียบเทียบราคากับบริษัทอื่น ๆ

2. การวิเคราะห์คุณภาพยาที่จะจัดซื้อ จะมีการสุ่มวิเคราะห์คุณภาพยา โดยสุ่มจากบริษัทที่ขึ้นประมูลในราคาต่ำสุดก่อน พิจารณาว่าเข้าเกณฑ์มาตรฐานทางกายภาพและทางเคมีหรือไม่ หากผ่านเกณฑ์มาตรฐานทางกายภาพและเคมีจึงจะซื้อ หากไม่ผ่านเกณฑ์จะมีมาตรการงดสั่งซื้อจากบริษัทดังกล่าว 3 ปี ค่าใช้จ่ายในการวิเคราะห์บริษัทเป็นผู้จ่าย กรณีบริษัทที่เสนอราคาต่ำสุดไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ก็จะวิเคราะห์คุณภาพยาของบริษัทที่เสนอราคาต่ำในอันดับที่สอง โดยดำเนินการเหมือนข้างต้น

3. การวิเคราะห์คุณภาพยาโดยทั่วไป จะมีการสุ่มยาประมาณ 10-20 รายการต่อเดือน เพื่อส่งไปวิเคราะห์ที่คณะเภสัช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือที่กรมวิทยาศาสตร์ เป็นการประกันยาว่าที่ใช้อยู่ในโรงพยาบาลมีคุณภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน งานนี้จะทำเป็นประจำ

4. ห่วงเวลาในการจัดซื้อ เคมีจัดซื้อ 6 เดือนครั้ง ปัจจุบันเปลี่ยนเป็น 3 เดือน, 1 เดือน ครั้ง บางรายการซื้อเมื่อต้องการใช้เท่านั้น โดยไม่สำรอง Stock ทั้งนี้เพื่อจะได้ยาใหม่มาใช้และเป็นการลดมูลค่า stock

5. การวิเคราะห์ยาที่ผลิตจากต่างประเทศกับที่ผลิตภายในประเทศ จะมีการวิเคราะห์คุณภาพยา โดยส่งไปวิเคราะห์ที่คณะเภสัช หรือกรมวิทยาศาสตร์ แม้แต่สารเคมีที่ฝ่ายเภสัชกรรมผลิตเองก็จะมี การตรวจสอบความถูกต้องทุกระดับเหมือนกับการที่ผลิตที่โรงงาน

3) การประกันคุณภาพการจ่ายยา

1. การคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา

ฝ่ายเภสัชกรรมได้กำหนดระบบตรวจสอบภายในเอง โดยศึกษาจากวารสารต่าง ๆ และนำมาประยุกต์ให้เหมาะสม การควบคุมเพื่อมิให้เกิดการคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาจะดูแลตรวจสอบใน 3 จุดใหญ่ ๆ ดังนี้

1. การคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาผิด (Prescribing error) ซึ่งจะคลาดเคลื่อนจากการเขียนใบสั่งยาของแพทย์

2. การคลาดเคลื่อนในการจัดเตรียมยา (Dispensing error) มักจะเป็นการคลาดเคลื่อนในจุดคิดราคายากับจุดจัดจ่ายก่อนที่จะให้แก่ผู้ป่วย

3. การคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error)

การคลาดเคลื่อนดังกล่าวทราบได้จากหลายทาง เช่น จากพยาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยใน จากแพทย์ คนไข้ หรือผู้เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอน

การดำเนินการเมื่อได้รับข้อมูลการคลาดเคลื่อน

1. หากได้รับแจ้งเรื่องความคลาดเคลื่อนจะดำเนินการทันทีโดยค้นหาต้นตอของความคลาดเคลื่อน และนำมาวิเคราะห์สาเหตุและหาทางแก้ไข

2. กรณีที่ตรวจสอบพบและเกิดผลที่คาดว่าจะอันตรายจะติดตามไปยังบ้านของคนไข้ และแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ กรณีให้ยาไม่ครบจะจัดส่งไปให้ทางไปรษณีย์ กรณีไม่แน่ใจจะติดต่อโทรศัพท์, จดหมายถึงคนไข้ให้เอายาทั้งหมดกลับมาดูใหม่

3. รวบรวมข้อมูลที่คลาดเคลื่อนทุกเดือน โดยจัดทำเป็นรายงานและแจ้งในที่ประชุมเพื่อรับรู้ปัญหาาร่วมกัน และหาแนวทางป้องกันมิให้เกิดปัญหา นอกจากนั้นได้นำไปลงเผยแพร่แจ้งให้ได้ทราบในข่าวสารยาด้วย

2. การปฏิบัติงานการจ่ายยา เป็นการควบคุมคุณภาพการทำงานและเวลาในการปฏิบัติงาน โดยตั้งเป้าหมายในการบริการยาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายไม่เกิน 15 นาที ในการคิดราคา ยา จัดยา และอธิบายการใช้ยา ซึ่งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน มีการเก็บสถิติข้อมูลประจำวัน และหาค่าเฉลี่ยรายเดือน และสรุปข้อมูลเพื่อรายงานให้ฝ่ายที่เกี่ยวข้องทราบและข้อมูลนี้จะเป็น

ประโยชน์ในเชิงการบริหารจัดการในการปรับเปลี่ยน และการวางแผนวางอัตรากำลังในแต่ละจุดได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพสูงสุด

4) การติดตามการใช้ยาในโรงพยาบาล

เป็นงานใหม่ที่ริเริ่ม เป็นการติดตามยาว และความเหมาะสมในการใช้ยา เพื่อศึกษารวบรวมข้อมูล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการ การดำเนินการในเรื่องนี้ จะติดตามยาบางชนิดที่น่าสนใจ เช่น ยาที่ใช้มาก หรือราคาแพง เพื่อพิจารณาว่ามีการสั่งใช้เหมาะสมหรือไม่ criteria ที่กำหนด มาจากการศึกษาค้นคว้า และนำมาปรับประยุกต์ให้เหมาะสม การรวบรวมข้อมูลการติดตามการใช้ยาตัวที่ศึกษานี้จะรวบรวมสถิติปริมาณการสั่งใช้ ผู้สั่ง คนใช้ โดยสืบค้น ข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ย้อนหลัง 6 เดือน และนำข้อมูลทั้งหมดสรุปเสนอรายงานไปยังคณะกรรมการบริหาร คณะ หรือผู้บริหาร

5) การติดตามตรวจสอบยาหมดอายุและยาที่ใช้้น้อย

ยาหมดอายุ จะมีการตรวจ stock ทุกปี ในเดือนกันยายน โดยจะมีแบบฟอร์มเพื่อตรวจเช็ค จะทำให้ทราบว่ามียาชนิดใดบ้างจะหมดอายุ และหมดอายุในเดือนใด ซึ่งจะได้ขอแลกเปลี่ยนกับบริษัทฯ ได้

ยาใช้น้อย จะมีการตรวจเช็คทุก 6 เดือน ว่ามีรายการยาชนิดใดบ้างที่ใช้้น้อยหรือไม่ เบิกใช้เลย และแจ้งไปยังภาควิชา เพื่อขอคัดออกจากบัญชีกรณีที่ไม่ต้องการใช้แล้ว เพื่อฝ่ายเภสัชกรรมจะได้ดำเนินการขอแลกเปลี่ยนยาคืนจากบริษัท

ปัญหาอุปสรรค

เนื่องจากงานเภสัชกรรมได้ดำเนินงานด้านประกันคุณภาพมาเป็นเวลานาน โดยสร้างความเข้าใจร่วมกันในฝ่ายปฏิบัติ มีระบบตรวจสอบภายในงานของตนเอง มีระบบงานที่ชัดเจนและมีการพัฒนางานตามลำดับ ดังนั้นจึงไม่มีปัญหาเรื่องการไม่ยอมรับการตรวจสอบภายในงานการตรวจสอบของคณะ และการตรวจสอบจากส่วนกลางของมหาวิทยาลัย หากจะมีอยู่บ้างก็เป็นปัญหาในการปฏิบัติงาน ได้แก่

1. ปัญหาความผิดพลาดเรื่องจำนวนยา ซึ่งเป็นปัญหาเกี่ยวเนื่องจากบริษัท เช่น ยาเม็ดในขวดจากบริษัทฯ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง $\pm 10\%$
2. การป้องกันยาสูญหาย ใช้มาตรการป้องกัน และปลูกจิตสำนึกในเรื่องความซื่อสัตย์สุจริต และได้ย้ำเน้นในการประชุม และหากปฏิบัติถือว่าเป็นความผิดร้ายแรง ทั้งนี้เพราะไม่มีระบบตรวจสอบตัวบุคคลก่อนออกจากห้องปฏิบัติงาน
3. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา ซึ่งมีบ้างแต่ได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างรวดเร็วและบันทึกข้อมูล เพื่อใช้ในการปรับปรุงและแก้ปัญหา

ผลที่ได้จากการดำเนินงานการประกันคุณภาพ

1. การติดตามตรวจสอบระยะเวลาในการรอรับยาของผู้ป่วย (Waiting time monitoring) พบว่า ผู้ป่วยใช้เวลาในการรอรับยาไม่เกิน 15 นาที ตามเป้าหมาย โดยวิธีการเพิ่มจุดคิดราคา ยา แยกช่องจ่ายยา เปิดบริการช่องพิเศษ นำคอมพิวเตอร์มาใช้ จัดเหลื่อมเวลาการทำงาน และจัดเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือแนะนำผู้ป่วยในช่วง peak time
2. การติดตามตรวจสอบคุณภาพยาที่ซื้อ และผลิตขึ้นใช้ในโรงพยาบาล (Quality control monitoring) ยาที่ผ่านการคัดเลือกซื้อของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ทุกรายการจะเป็นยาที่มีคุณภาพดี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่ได้ทำการตรวจสอบและราคาเหมาะสม และยาที่ผลิตขึ้นใช้เองทุกรายการผ่านเกณฑ์การตรวจสอบทั้งในระหว่างกระบวนการผลิต และตัวผลิตภัณฑ์
3. การติดตามตรวจสอบประสิทธิภาพการบริหารยา (Inventory control monitoring) มียาคงคลังมูลค่าไม่เกิน 2 เดือน และการบริหารคลังยาคลาดเคลื่อนไม่เกิน 1%

4.4 การประกันคุณภาพงานโภชนาการ

การประกันคุณภาพงานโภชนาการมีระบบการประกันหลายส่วน เช่น

- การตรวจสอบการจัดซื้ออาหารสดและแห้ง โดยวางระบบย่อย 2 ระบบ คือ
 1. ระบบการตรวจรับ
 2. ระบบสืบราคา
- การประกันคุณภาพอาหาร โดยมีการดำเนินการประกันคุณภาพ 3 แบบ คือ
 1. การควบคุมการติดเชื้อ
 2. การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ
 3. การเสิร์ฟอาหารให้ทีมผู้บริหารประเมิน
- การประเมินคุณภาพของผู้เสนอสินค้าและคุณภาพสินค้า

กรณีโรงพยาบาลขนาดใหญ่

บุคลากรในฝ่ายประกอบด้วยนักโภชนาการ 6 คน (เป็นข้าราชการ 4 คน และลูกจ้าง 2 คน) และเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่แม่ครัวและหน้าที่อื่น ๆ อีก ประมาณ 17 คน นักโภชนาการทั้งหมดจะทำหน้าที่เป็นทีมงานโภชนาการ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในระบบการควบคุมคุณภาพของฝ่ายโภชนาการ กระบวนการทำงาน

ในทุกเช้าฝ่ายโภชนาการจะรวบรวมใบสั่งผลิต (order) ตามแผนกและหอผู้ป่วย ต่าง ๆ มา สำหรับผลิตอาหารมื้อเที่ยงของวันนั้นเป็นมื้อแรก ต่อไปก็จะเป็นมื้อเย็น และมื้อเช้าตามลำดับ เมื่อ

ได้รับใบสั่งผลิตมาแล้วก็จะมีกรรวบรวบและตรวจสอบใบสั่งผลิต (check order) ว่าจำนวนผู้ป่วยมีเท่าใด แยกเป็นประเภทสามัญ และ พิเศษอย่างละเท่าใด ประเภทของอาหารแต่ละชนิด เช่นอาหารปกติ (regular diet) อาหารอ่อน (soft diet) อาหารเหลว (fluid diet) อาหารเฉพาะโรคต่าง ๆ และอาหารมุสลิม เป็นต้น เมื่อได้ใบสั่งผลิตทั้งหมดแล้ว นักโภชนาการก็จะเป็นผู้กำหนดอาหารที่จะผลิตตามใบสั่ง ผู้ผลิตก็จะผลิตอาหารตามใบสั่งนั้น โดยกำหนดปริมาณตาม dietary account ซึ่งการเสิร์ฟก็จะ เสิร์ฟตาม dietary account เช่นกัน อาหารเข้าทุกเช้าจะเป็นข้าวต้มไก่ทั้งหมด โดยผู้ป่วยสามัญกับผู้ป่วยพิเศษจะมีสัดส่วนการผลิตไม่แตกต่างกัน จะต่างกันตรงที่ภาชนะที่ใช้เท่านั้น

ระบบการควบคุมคุณภาพของฝ่ายโภชนาการ

โดยที่งานโภชนาการมีพันธกิจหลักในการจัดบริการอาหารให้แก่ผู้ป่วย ตลอดจนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จึงกำหนดให้มีระบบการประกันคุณภาพอาหารที่ผลิตนับตั้งแต่การจัดซื้อจัดหาวัตถุดิบในการผลิต การเตรียม การปรุงอาหาร ความสะอาดของภาชนะ และผู้เกี่ยวข้องกับอาหาร สถานที่ผลิต วิธีการเสิร์ฟอาหาร เพื่อให้อาหารมีคุณภาพทั้งในแง่ของหลักโภชนาการหลักสุขภาพอาหาร รสชาติ และความเหมาะสมด้านราคาในการผลิต องค์กรที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบคุณภาพอาหาร ได้แก่ทีมงานโภชนาการ ฝ่ายโภชนาการได้วางระบบเพื่อควบคุมคุณภาพไว้ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดมาตรฐานการทำงานตลอดจนกฎระเบียบในการปฏิบัติต่าง ๆ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรให้แก่เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบและปฏิบัติ เช่นมาตรฐานการแต่งกายของผู้จัดอาหารและผู้บริการอาหาร มารยาท และการปฏิบัติทั่วไป มาตรฐานการปฏิบัติในห้องผลิตอาหารผสม มาตรฐานการผลิตอาหารผสม มาตรฐานการบรรจุภาชนะ และมาตรฐานการทำงานต่าง ๆ
2. การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบให้แก่ข้าราชการและลูกจ้างให้ทราบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และให้ลงนามรับทราบ
3. การนิเทศตรวจตราอย่างใกล้ชิดโดยหัวหน้าฝ่ายและทีมงานโภชนาการในทุกขั้นตอนของการผลิตอาหาร เริ่มตั้งแต่ขั้นการจัดซื้อวัตถุดิบและอาหารแห้ง ซึ่งดำเนินการจัดซื้อจัดหาโดยฝ่ายพัสดุตามที่ฝ่ายโภชนาการเสนอให้จัดซื้อจัดหา โดยปกติจะจัดซื้อจากห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่ในจังหวัดสัปดาห์ละครั้ง ส่วนของสดก็จะมีรูปแบบการจัดซื้อโดยใช้ menu cycle เป็นหลัก และจะเสนอไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลว่าประสงค์จะซื้ออะไรบ้างในสัปดาห์หน้า (สัปดาห์ 1 สัปดาห์) โดยคิดจากฐานจำนวนผู้ที่บริโภคเป็นเกณฑ์ว่าจะซื้อให้คนจำนวนเท่าใด มีใครบ้าง อาหารหลัก ๆ เช่น ข้าวสาร เนื้อไก่ ไข่ เนื้อหมูจะซื้อในรูปของการตกลงราคา 2 เดือนต่อครั้ง สำหรับการ

จัดซื้อข้าวสารนั้นจะใช้วิธีการติดต่อไปตามร้านค้าต่าง ๆ ให้เสนอราคาและตัวอย่างข้าวสารมาให้พิจารณา โดยมีกรรมการจากฝ่ายพัสดุเข้าร่วมเป็นกรรมการคัดเลือกข้าวสารด้วย การผลิตแต่ละวันก็จะมีการจัดทำบัญชีบันทึกการผลิตไว้สำหรับให้หน่วยตรวจสอบภายในมาตรวจสอบได้ นอกจากนั้นยังคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการผลิตให้เป็นประโยชน์สูงสุดไม่ว่าจะเป็นด้านราคา และประเภทของวัตถุดิบ

- ตรวจสอบเกี่ยวกับงานสุขาภิบาลอาหาร ได้แก่ การล้าง การเตรียมภาชนะ เป็นต้น
 - ตรวจสอบเกี่ยวกับการถนอมคุณค่าของอาหาร เช่น การหั่น การสับ การปรุง การใช้อุณหภูมิ เหมาะสมกับประเภทอาหารที่ผลิต
 - ตรวจสอบเกี่ยวกับรสชาติของอาหาร ปริมาณที่ได้รับ การจัด การเสิร์ฟ อาหาร
4. การเยี่ยมชมทางโภชนาการแก่ผู้ป่วย (nutrition round) ทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 09.00-12.00 น. ตามหอผู้ป่วยต่าง ๆ เพื่อสอบถามความพึงพอใจในอาหารที่ได้รับบริการจากฝ่ายโภชนาการเพื่อนำมาปรับปรุงงานของฝ่ายให้เป็นที่พอใจของผู้รับบริการให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

สัมฤทธิ์ผล

จากการวางระบบการทำงานที่มีมาตรฐานการปฏิบัติเกี่ยวกับอาหารในทุกขั้นตอนของการผลิต และการบริการอาหาร การมอบหมายงานที่ชัดเจน และการตรวจตราเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดของทีมงานโภชนาการ ปรากฏว่าได้สร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการอาหารเป็นส่วนมากไม่ว่าจะเป็นด้านปริมาณอาหาร รสชาติ ความสะอาดของอาหาร และพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในฝ่าย และที่สำคัญที่บุคลากรในฝ่ายเกิดความภาคภูมิใจในการทำงานคือการได้รับประกาศนียบัตรรับรองคุณภาพ 5 ปีติดต่อกัน และเป็นแบบอย่างให้โรงพยาบาลอื่น ๆ มาศึกษาดูงานโดยตลอด

กรณีโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

สำหรับวัตถุประสงค์ในการที่ต้องมีระบบตรวจสอบนั้น เพื่อควบคุมการทำงานให้ถูกต้องและเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ ตลอดจนสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้บริการ แนวคิดหลักในการดำเนินงาน

เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด งานโภชนาการได้ดำเนินงาน โดยยึดหลักดังนี้

1. วิธีการทำงานที่ถูกต้องและการทำงานเป็นทีม โดยที่ทีมงานจำเป็นจะต้องเข้าใจนโยบาย จุดมุ่งหมายของหน่วยงาน และเข้าใจวิธีการทำงานที่ถูกต้องและผลเสียที่พึงเกิดขึ้น

หากไม่ปฏิบัติงานตามหลักการที่ได้วางแนวทางไว้ โดยการฝึกอบรมให้รู้จักงาน ประชุมปรึกษาหารืออย่างน้อยเดือนละครั้ง

2. ต้องมีการสื่อสารที่ดีภายในองค์กร และระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. จุดมุ่งหมายหลักที่สำคัญ คือ การจัดการอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมกับเกณฑ์ที่กำหนด และให้การบริการที่ดีแก่ผู้รับบริการ ซึ่งหมายถึงทั้งผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง
4. ต้องเผยแพร่ความรู้ทางโภชนาการและโภชนบำบัดให้แก่ผู้ป่วย ญาติ นักศึกษาที่มาฝึกงานและผู้สนใจทั่วไป
5. มีข้อตกลงร่วมกันในหน่วยงานที่จะต้องมีการประเมินผลการปฏิบัติงานทุกวันหากมีประเด็นผิดพลาดต้องทำบันทึกรายงานด้วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานไม่ใช่การจับผิดหรือเพ่งโทษ นอกจากนั้นในรอบ 6 เดือน จะมีการประเมินภาพรวมอีกครั้งและรายงานเสนอผู้บริหารเป็นลายลักษณ์อักษร

ระบบการประกันคุณภาพ

เพื่อให้งานโภชนาการดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด งานโภชนาการได้มีระบบการประกันคุณภาพในหลายส่วนดังนี้

1) การตรวจสอบการจัดซื้ออาหารสดและแห้ง

งานโภชนาการ มีระบบการจัดซื้ออาหารสดและอาหารแห้ง (บางชนิด) โดยให้พ่อค้ามาส่งของตามใบสั่งซื้อในแต่ละวัน และเสนอราคาแบบลอยตัว ซึ่งมีระบบการจัดซื้อ-ตรวจรับดังนี้

1.1 ระบบการตรวจรับ มีการตรวจรับอาหารสดทุกวัน โดยกรรมการตรวจรับอาหารวันละ 1 ชุด ๆ ละ 3 คน แต่ละชุดมีวาระการปฏิบัติงาน 10 วัน (เดือนละ 3 ชุด) หมุนเวียนเป็นเวลา 3 เดือน จึงจะเปลี่ยนกลุ่มใหม่ มีหน้าที่ตรวจรับอาหารให้ตรงตามคุณลักษณะของอาหารแต่ละประเภทตามที่งานโภชนาการกำหนด

1.2 ระบบสืบราคา เนื่องจากพ่อค้าเสนอราคาอาหารโดยวิธีลอยตัว จึงต้องมีคณะกรรมการสืบราคาอาหารที่ขายในตลาดใหญ่ ๆ 2-3 แห่ง และเฉลี่ยราคาของราคาอาหารแต่ละรายการเพื่อใช้เป็นราคาเปรียบเทียบกับราคาที่พ่อค้านำเสนอ โดยมีกรรมการชุดละ 3 คน วาระการปฏิบัติงาน 6 เดือน เปลี่ยนกรรมการกลุ่มใหม่

การจัดซื้ออาหารสด จะจัดซื้อทุกวัน โดยออกไปส่งรายการอาหารล่วงหน้า 3 วันก่อนถึงวันให้อาหารจริง พ่อค้าจะส่งอาหารสดล่วงหน้า 1 วัน มีการเตรียมเก็บไว้ในห้องเย็นก่อนเบิกจ่ายสำหรับอาหารแห้งงานโภชนาการจะกำหนดปริมาณการใช้แต่ละหมวด หน่วยคลังพัสดุจะเป็นฝ่ายจัดซื้อ และส่งใบรายการเบิกของทุกวันจันทร์ รับของทุกวันพุธ เมื่อเบิกจากพัสดุมาแล้วจะลงบัญชีคุมพัสดุ แต่ละจุดที่ต้องการใช้ก็จะเขียนใบเบิกไปใช้ในแต่ละหมวด

2) การประกันคุณภาพอาหาร

เพื่อให้อาหารมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานและผู้ใช้บริการพึงพอใจ งานโภชนาการได้กำหนดแนวทางประกันคุณภาพอาหารดังนี้

2.1) การควบคุมการติดเชื้อ ดำเนินการดังนี้

- อาหารทางสายให้อาหารและนมผสม ส่งตรวจที่หน่วยจุลชีววิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยาทุกวันอังคารที่สองของเดือนทุกเดือน และควบคุมกระบวนการผลิตทุกขั้นตอน

- อาหารทั่วไป ควบคุมที่กระบวนการทุกขั้นตอน เช่น ภาชนะและอุปกรณ์ที่ใช้ต้องผ่านการฆ่าเชื้อโดยไอน้ำร้อน ในส่วนของผู้ปรุง ผู้จัดอาหารต้องปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหาร และมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี ซึ่งขั้นตอนการเตรียมและการปรุงอาหาร จะมีโภชนาการควบคุมดูแลให้คำแนะนำทุกจุด

2.2 ประเมินความพึงพอใจของผู้บริการ งานโภชนาการได้กำหนดแบบฟอร์มเพื่อใช้สำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วย การประเมินความพึงพอใจนี้จะทำทุก ward ทุก ๆ 3-4 เดือน เกณฑ์ความพึงพอใจที่รับได้ต้องไม่ต่ำกว่า 75-80% (มีตัวอย่างแบบสอบถาม)

2.3 การเสิร์ฟอาหารภาคให้ทีมผู้บริหารประเมิน โดยใช้อาหารภาคของผู้ป่วยพิเศษให้ผู้บริหารประเมิน (มีตัวอย่างแบบประเมิน)

3) การประเมินคุณภาพของผู้เสนอสินค้าและคุณภาพสินค้า

เพื่อให้ได้คุณภาพของอาหารที่ตรงสเปกและมีคุณภาพ ราคาเป็นธรรม ได้มีการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อ-ตรวจรับ-สืบราคา ทุก 3 เดือน หรือตามความเหมาะสม โดยกำหนดแนวทางการประเมินดังนี้

1. ผู้เสนอสินค้าตามสเปกหรือไม่
2. คุณภาพของสินค้าตรงสเปกหรือใกล้เคียงสเปกที่กำหนดหรือไม่
3. ราคาที่เสนอเมื่อเปรียบเทียบกับราคากลางเป็นอย่างไร โดยปกติจะยึดคุณภาพของอาหารเป็นหลัก

ในการประเมินคุณภาพสินค้า จะดูจากการตรวจรับอาหาร และการสุ่มตัวอย่างอาหารมาตรวจสอบ เช่น นำข้าวสารที่เสนอขายมาหุงเพื่อดูคุณภาพ หลังจากนั้นก็จะแจ้งฝ่ายพัสดุโดยระบุชนิดของข้าวสารที่มีคุณภาพนั้น ๆ

กรณีที่ผู้เสนอสินค้าสอดคล้องได้สินค้าที่ไม่มีคุณภาพปะปนมา งานโภชนาการตรวจพบจะส่งคืนทั้งหมด และผู้เสนอสินค้านั้นจะไม่ได้รับการพิจารณา หรือถ้าส่งสินค้าคุณภาพไม่ดีราคาสูงกว่าราคากลางมาก ก็จะยกเลิกการซื้อ และเสาะหาพ่อค้ารายอื่นส่งแทนในอาหารหมวดนั้น ๆ

4) การดำเนินการเกี่ยวกับการจัดบริการอาหารผู้ป่วย

- การรับคำสั่งอาหาร งานโภชนาการได้ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการรับคำสั่งอาหาร โดยหอผู้ป่วยจะส่งอาหารเฉพาะผู้ป่วยรับใหม่ หรือผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งอาหารหรือผู้

ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้าน ไม่ต้องสั่งอาหารทุกมื้อ ทุกวันในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งงานโภชนาการจะ Print ข้อมูลมือเช้า เวลา 05.00 น. มื้อกลางวัน เวลา 09.30 น. มื้อเย็นเวลา 14.30 น. ในกรณีหออผู้ป่วย ต้องการสั่งอาหารในช่วงเวลานี้อีกให้สั่งได้ทางโทรศัพท์

- การจัดอาหาร งานโภชนาการใช้ระบบ Centralize Service โดยการดักอาหารทุกถาด จากงานโภชนาการ และนำส่งผู้ป่วยแต่ละรายโดยรถเข็นนำส่ง ในการกะปริมาณอาหารที่ใช้ในแต่ละมื้อ จะใช้สถิติการสั่งอาหารจากหออผู้ป่วย ± 20 ราย ทั้งนี้เพื่อรองรับสำหรับผู้ป่วยที่ Admitted ใหม่ หลังจากหออผู้ป่วยสั่งอาหารในมือนั้นมาแล้ว

- การจัดรายการอาหาร งานโภชนาการจัดรายการอาหารทั่วไป 16 cycle หมุนเวียน กัน ในส่วนของอาหารเฉพาะโรค ได้ดัดแปลงรายการอาหารทั่วไปให้เหมาะสมกับสภาพโรคของผู้ป่วยและเป็นไปตามที่แพทย์กำหนด เช่น จำนวนแคลอรี สารอาหารต่าง ๆ ฯลฯ และอาหารทางสายให้อาหาร นมผสม จะมีสูตรเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น สัดส่วนความเข้มข้นจำนวนแคลอรี สารอาหาร ฯลฯ

- อาหารที่เหลือจากการจัดให้ผู้ป่วย ถ้านำอาหารที่สามารถเก็บไว้ได้ จะเก็บใส่ตู้เย็น เพื่อนำไปดัดแปลงเป็นอาหารชนิดอื่น เพื่อเสิร์ฟในวันต่อไป

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

- การสั่งอาหารจากหออผู้ป่วย บางครั้งข้อมูลไม่สมบูรณ์ เช่น ผู้ป่วยอิสลาม แต่หออผู้ป่วยไม่ได้ระบุว่าต้องการอาหารอิสลาม ทำให้ผู้ป่วยอิสลามได้รับอาหารไทย บางครั้งอาจจะมีเนื้อหมูปนอยู่ด้วย ฯลฯ จึงได้ประสานงานแก้ปัญหา

ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการบริการอาหารผู้ป่วย

1. อาหารเฉพาะโรค แพทย์และโภชนาการในโรงพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญ การสั่งอาหารดังกล่าวไม่ควรสั่งกว้าง ๆ เช่น อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ควรระบุจำนวนแคลอรี และสารอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับให้ชัดเจน ในการจัดอาหารก็ควรจัดให้เหมาะสมกับสภาพโรคของผู้ป่วย และเป็นไปตามที่แพทย์กำหนด

2. โภชนาการของทุกโรงพยาบาล ควรได้รับการส่งเสริมในด้านวิชาการ โดยการส่งไปฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ด้านโภชนาการและโภชนบำบัด เช่น โครงการฝึกอบรมนักกำหนดอาหาร ฯลฯ

บทที่ 5

องค์กรควบคุมการตรวจสอบส่วนกลาง

การศึกษาเกี่ยวกับองค์กรควบคุมการตรวจสอบส่วนกลางได้มีการศึกษาในองค์กรหลายแห่ง แต่ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับระบบการตรวจสอบโรงพยาบาลสูงนั้นมี 3 แห่ง คือ สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน สำนักงานประกันสังคม และโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

5.1 สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน

5.1.1 วิสัยทัศน์ (VISION) ของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน

ตามระบบรัฐบาลโดยรัฐสภา ประชาชนเลือกผู้แทนทำหน้าที่ควบคุมการบริหารราชการแผ่นดินของรัฐบาลเพื่อให้ทำหน้าที่ให้บริการที่ดีแก่ประชาชน

การควบคุมการบริหารราชการแผ่นดินตามอำนาจหน้าที่ของรัฐสภาจำเป็นต้องมีหน่วยงานทำหน้าที่ตรวจสอบและรายงานให้รัฐสภาทราบว่าหน่วยงานของรัฐได้ปฏิบัติการกิจการการเงิน โดยถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และ/หรือมติคณะรัฐมนตรีหรือไม่ และปฏิบัติการกิจการงานอย่างพึงประสงค์ คือ มีประสิทธิภาพ ประหยัด มีประสิทธิผล และคุ้มค่าเพียงใด

ปัจจุบันหน่วยงานซึ่งทำหน้าที่ตรวจสอบและรายงานต่อรัฐสภาดังกล่าว คือ สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน โดยอาจเรียกภารกิจส่วนนี้ว่า หน้าที่สักขีพยาน ซึ่งสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินจะต้องปฏิบัติการงานนี้อย่างอิสระและเที่ยงธรรม จึงจะเอื้ออำนวยอย่างแท้จริงต่อการปฏิบัติหน้าที่ของรัฐสภา

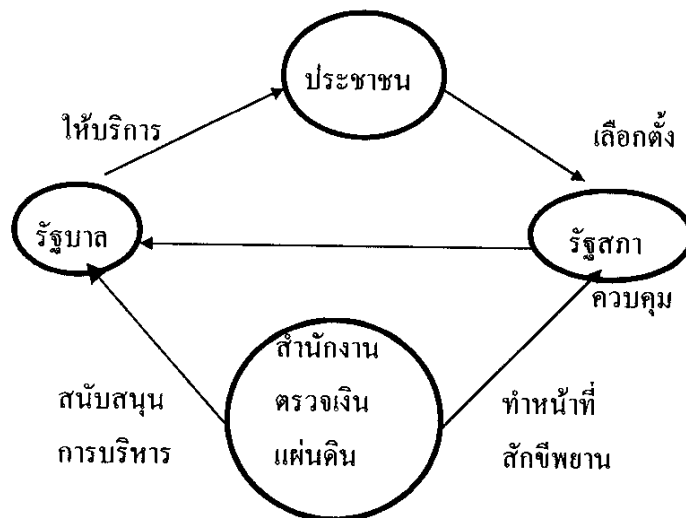
ในการปฏิบัติการกิจการการเงิน หน่วยงานของรัฐต้องอาศัยระบบการตรวจทานภายใน และระบบการตรวจสอบภายในที่เหมาะสม เพื่อป้องกันหรือตรวจพบความไม่ถูกต้องก่อนที่จะเกิดความเสียหายร้ายแรง

ในการปฏิบัติการกิจการงาน หน่วยงานของรัฐต้องอาศัยระบบการประเมินผลงานภายในที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถแก้ไขความไม่พึงประสงค์ คือ ความไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ประหยัด ไม่มีประสิทธิผล และ/หรือไม่คุ้มค่า (ถ้ามี) ได้ทันเวลา ไม่ปล่อยทิ้งไว้จนไม่อาจแก้ไขได้

ในกรณีที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบพบว่าระบบการตรวจทานภายใน ระบบการตรวจสอบภายใน และ/หรือระบบการประเมินผลงานภายในของหน่วยงานของรัฐมีความอ่อนแอ สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินจะเสนอแนะให้หน่วยงานของรัฐแก้ไขระบบต่างๆ ทุกระบบที่พบว่าอ่อนแอ

การตรวจสอบเพื่อเสนอแนะให้หน่วยงานของรัฐแก้ไขความอ่อนแอของระบบต่างๆ ดังกล่าว เป็นการสนับสนุนการบริหารของหน่วยงานของรัฐ ซึ่งสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินจะต้องปฏิบัติการงานนี้อย่างสร้างสรรค์จึงจะเอื้ออำนวยอย่างแท้จริงต่อการปฏิบัติหน้าที่ของรัฐ

ตามที่กล่าวสรุปได้ว่า สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินเป็นหน่วยงานซึ่งทำหน้าที่หลักสี่ประการอย่างอิสระและเที่ยงธรรม และสนับสนุนการบริหารของหน่วยงานของรัฐอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งบทบาท ดังกล่าวแสดงเป็นแผนภาพได้ดังนี้



5.1.2 แนวคิดในการตรวจสอบของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน

1) การตรวจสอบการเงิน กรณีที่หน่วยรับตรวจมีการตรวจทานภายในและการตรวจสอบภายในเหมาะสมย่อมเป็นที่วางใจได้ว่า น่าจะไม่มีความไม่ถูกต้องซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงขึ้นในหน่วยรับตรวจโดยยังไม่มี การแก้ไขให้ดีขึ้น ดังนั้นหากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบโดยให้ความสำคัญอย่างเพียงพอกับการตรวจทานภายในและการตรวจสอบภายในและได้ให้ข้อเสนอแนะที่เหมาะสมแก่ผู้บริหาร รวมทั้งได้ติดตามผลจนมั่นใจว่า หน่วยรับตรวจมีการตรวจทานภายในและการตรวจสอบภายในที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ ย่อมไม่มีความจำเป็นที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินจะต้องใช้เวลามากในการตรวจสอบหลักฐานอย่างอื่น ซึ่งส่วนใหญ่ได้แก่ เอกสารประกอบกรณีการเงิน (financial transaction) อาจกล่าวได้ว่าการตรวจสอบตามนัยดังกล่าวนี้เป็น การตรวจสอบซึ่งให้ความสำคัญกับการป้องกัน

ในทางตรงกันข้าม กรณีที่หน่วยรับตรวจมีการตรวจทานภายในและการตรวจสอบภายในที่ไม่เหมาะสม อาจมีความไม่ถูกต้องซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงขึ้นในหน่วยรับตรวจโดยยังไม่มี การแก้ไขให้ดีขึ้น สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินจึงจำเป็นต้องใช้เวลามากในการ

ตรวจสอบหลักฐานอย่างอื่น เพื่อให้แน่ใจว่ามีกรณีดังกล่าวหรือไม่ และหากมีข้อสงสัยว่าน่าจะมีกรณีดังกล่าว ก็จะต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นเพื่อตรวจสอบให้ทราบถึงเหตุการณ์และตัวผู้กระทำความผิด

อาจกล่าวได้ว่าการตรวจสอบตามนัยดังกล่าวนี้เป็นการตรวจสอบซึ่งให้ความสำคัญกับการปราบปราม ซึ่งมีผลคือน้อยกว่าการตรวจสอบซึ่งให้ความสำคัญกับการป้องกัน เพราะหากมีความไม่ถูกต้องซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงขึ้นในหน่วยรับตรวจ แม้สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินจะตรวจสอบพบความเสียหายร้ายแรงที่เกิดขึ้นแล้ว และไม่อาจแน่ใจได้ว่าสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินจะสามารถตรวจสอบพบกรณีดังกล่าวเสมอไป เพราะโดยทั่วไปแล้วผู้กระทำความผิดโดยเจตนาย่อมต้องใช้ความพยายามทุกวิถีทางที่จะปกปิดความไม่ถูกต้องที่เกิดจากการกระทำของตน นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังจะต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายอีกมากในการดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ภายหลังจากได้รับแจ้งจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน

ด้วยเหตุผลดังได้กล่าวมา สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินจึงกำหนดคุณลักษณะในการตรวจสอบการเงินไว้ว่า สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินต้องตรวจสอบการเงินโดยให้ความสำคัญกับการป้องกันมากกว่าการปราบปราม

2) การตรวจสอบผลงาน กรณีที่หน่วยรับตรวจมีการประเมินผลงานภายในที่เหมาะสม ผู้บริหารย่อมทราบแน่ชัดตลอดเวลารั้งถึงความเป็นไปได้ในระหว่างการดำเนินงาน และสามารถแก้ปัญหาอย่างทันกาลเพื่อให้การดำเนินงานมีความพึงประสงค์ตามที่ควร

ฉะนั้น หากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบโดยให้ความสำคัญอย่างเพียงพอต่อการประเมินผลงานภายใน และได้ให้ข้อเสนอแนะที่เหมาะสมแก่ผู้บริหารรวมทั้งได้ติดตามผลงานมั่นใจว่าหน่วยรับตรวจมีการประเมินผลงานภายในที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ ย่อมไม่มีความจำเป็นที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินจะต้องประเมินผลงานด้วยตนเอง เพียงแต่ตรวจสอบการประเมินผลงานภายในของหน่วยรับตรวจ สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินก็สามารถนำการประเมินผลงานภายในที่ได้ตรวจสอบแล้วมาแจ้งผู้เกี่ยวข้องและจัดทำรายงานตามอำนาจหน้าที่ได้

อาจกล่าวได้ว่าการตรวจสอบตามนัยดังกล่าวนี้เป็นการตรวจสอบซึ่งให้ความสำคัญกับความพึงประสงค์

ในทางตรงกันข้าม กรณีที่หน่วยรับตรวจไม่มีการประเมินผลงานภายในที่เหมาะสม ผู้บริหารจะไม่ทราบแน่ชัดถึงความเป็นไปได้ในระหว่างการดำเนินงาน การดำเนินงานอาจมีความไม่พึงประสงค์ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินจึงจำเป็นต้องตรวจสอบโดยประเมินผลงานด้วยตนเองเพื่อให้ทราบว่ากรณีดังกล่าวหรือไม่ซึ่งต้องใช้เวลามาก และหากพบว่ากรณีดังกล่าว ก็จะต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นเพื่อตรวจสอบให้ทราบสาเหตุ

อาจกล่าวได้ว่าการตรวจสอบตามนัยดังกล่าวนี้เป็นการตรวจสอบซึ่งให้ความสำคัญกับ**ความไม่พึงประสงค์** ซึ่งมีผลดีน้อยกว่าการตรวจสอบซึ่งให้ความสำคัญกับ**ความพึงประสงค์** เพราะหากการดำเนินงานมีความไม่พึงประสงค์ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขแม้สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน จะตรวจสอบพบก็เป็นเวลาภายหลังที่เหตุการณ์ผ่านไประยะหนึ่งแล้ว อาจไม่สามารถแก้ไขให้การดำเนินงานมีความพึงประสงค์ตามที่ควรได้ และผู้บริหารซึ่งโดยทั่วไปจะต้องปกป้องตนเองตามสัญชาตญาณ อาจไม่ยอมรับข้อเท็จจริงที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินแจ้งให้ทราบ และ/หรือข้อเสนอแนะที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินเสนอให้พิจารณา

ด้วยเหตุผลดังกล่าวมา สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินจึงกำหนดวิธีทัศนในการตรวจสอบผลงานไว้ว่า **สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินพึงตรวจสอบผลงานโดยให้ความสำคัญกับความพึงประสงค์มากกว่าความไม่พึงประสงค์**

โดยสรุปแล้ว สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินมีวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบดังนี้

1. ป้องปรามมิให้เกิดความผิดปกติด้านการเงิน + การคลัง + ทรัพย์สิน
2. เสนอแนะแนวทางการป้องกันความผิดพลาดอันอาจเกิดขึ้น
3. แก้ไขปัญหาหากพบว่ามีผิดพลาด
4. ตรวจสอบการปฏิบัติงาน (Performance Audit)
5. เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับให้หน่วยงานต้นสังกัด เช่น สำนักงานประมาณ ,สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และหน่วยรับตรวจ เป็นต้น

5.1.3 ประเด็นวิกฤติของโรงพยาบาล

สำหรับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบโรงพยาบาลนั้น สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินพบว่า**มีประเด็นวิกฤติที่สำคัญ** คือ

1. ขาดการควบคุมภายในที่ดี
2. จุดบกพร่องของการเรียกเก็บเงินผู้ป่วยใน ควบคุมไม่ดี
3. ระบบการทำบัญชีโดยเฉพาะบัญชีหนี้สินยังไม่รัดกุม
4. การเบิกจ่ายเงินค่ายา ยังไม่มีระบบควบคุมที่ดี
5. การจัดซื้อจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ขาดการควบคุมที่ดี
6. การใช้วิธีการที่ไม่โปร่งใส เช่น ปิดกั้นข่าวประกวดราคา, มีการร่วมมือกันเพื่อให้การซื้อข้าวล่าช้า

การตรวจสอบหรือประเด็นที่ต้องเอาใจใส่เป็นพิเศษ

จากประเด็นวิกฤติดังกล่าว ทางสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินเห็นว่า การตรวจสอบโรงพยาบาลควรมุ่งเน้นในประเด็นต่อไปนี้

1. ข้อสังเกตจากคณะกรรมการ ผลงานไม่เป็นไปตามแผน
2. ความล่าช้าของโครงการ
3. ประเด็นที่อยู่ในความสนใจของประชาชน/ผู้บริหาร/รพด.
4. ตามสถานการณ์ปัจจุบันลดความซ้ำซ้อนของงบประมาณ
5. โครงการต่างๆ จำนวนมาก
6. จัดหมายร้องเรียนที่มีหลักฐานชี้ชัดหรือมีแนวโน้มว่าจะเป็นไปได้

การตรวจสอบของโรงพยาบาลควรประกอบด้วย

1. การตรวจสอบทางการเงิน (Financial audit)
2. การตรวจสอบผลงาน (Performance audit)

แผนการตรวจสอบ

ขึ้นกับนโยบายจากส่วนกลาง เพื่อให้สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

อนาคตของการตรวจสอบ

1. ให้เอกชนมาช่วยดำเนินการภายใต้การดูแลของ สตง.
2. ข้างที่ปรึกษา
3. การตรวจสอบองค์การใหม่ เช่น อบต. ควรให้เอกชนหรือมีระบบตรวจสอบกันเอง
4. พัฒนาบุคลากร อบรม คุณวุฒิ และเพิ่มตำแหน่งนิติกร

ปัญหา/อุปสรรค

1. ระบบควบคุมภายในหย่อน
2. ปัญหาเรื่อง Performance Audit ยังไม่ได้รับการยอมรับจากหน่วยรับตรวจ
3. ภาระงานเพิ่มมากขึ้นในขณะที่อัตรากำลังเท่าเดิม

เทคนิค

- พบผู้บริหาร แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ
- ปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือการประสานงาน โดยเฉพาะถ้าผู้บริหารให้การสนับสนุน การตรวจสอบจะดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางแก้ไขและป้องกันปัญหา

1. ระเบียบพัสดุซึ่งถือปฏิบัติในปัจจุบันไม่เหมาะสมกับกระทรวงสาธารณสุข เพราะปัญหาเรื่องการจัดซื้อยาหรือวัสดุการแพทย์ซึ่งจำเป็นต้องนำมาใช้ก่อนจึงจัดซื้อย้อนหลัง ซึ่งหากมองในแง่ของความจำเป็นเร่งด่วนก็ต้องอนุมัติไปก่อนแต่กรณีเช่นนี้ก็สามารถเป็นช่องทางให้เกิดความเสี่ยงได้
2. หากพบว่ามีกรณีผิดปกติเกิดขึ้นในหน่วยรับตรวจ ผู้ทำหน้าที่ตรวจสอบจะแจ้งหัวหน้าหน่วยงานตรวจสอบทำหนังสือถึงกรม เพื่อกำกับดูแลต่อไป ในขณะที่เดียวกันจะกำชับให้หัวหน้าหน่วยงานที่ได้รับการตรวจสอบทราบพร้อมทั้งแนวทางปฏิบัติต่อไป
3. กรณีที่พบว่าหลักฐานข้อชี้แจงไม่สุจริต นิติกรของ สดง. จะเข้าไปดูแล เพื่อรวบรวมแสวงหาข้อเท็จจริง เพื่อส่งให้พนักงานสอบสวนต่อไป
4. กรณีที่ท้วงติงแล้วหน่วยงานไม่ปรับแก้ กรมฯ จะลงมาดูแล
5. ระบบตรวจสอบภายในของหน่วยงานควรมีการตรวจสอบ ตรวจสอบ ตรวจสอบภายในหน่วยงานและควรกระทำอย่างต่อเนื่อง จริงจัง เพื่อลดภาระงานของหน่วยตรวจสอบภายนอก
6. ควรมีการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานให้มีความรู้ความสามารถในการตรวจสอบภายใน

5.2 การตรวจสอบของสำนักงานประกันสังคม

(The Social Security Office)

5.2.1 องค์กรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบสถานพยาบาล

องค์กร/หน่วยงานที่ทำหน้าที่โดยตรงในการตรวจสอบสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้เอาประกันคน มี 2 องค์กร ได้แก่

1. คณะกรรมการการแพทย์ (Medical Committee)
2. กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ (Medical Coordination And Rehabilitation Division)

5.2.2 กระบวนการและขั้นตอนการตรวจสอบสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม

ตามมติของคณะรัฐมนตรีเมื่อ พ.ศ.2533 กำหนดให้โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งทุกระดับที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 100 เตียงขึ้นไปให้เข้ามาเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main contractor) กับสำนักงานประกันสังคม ทั้งโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกระทรวง ทบวง กรมอื่น โรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่นอกจากจะมีฐานะเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักแล้วยังเป็น

โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยส่งตัวจากโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักมารับรักษาพยาบาลต่อ (ที่เรียกว่าเป็นโรงพยาบาล Supra-contractor นั่นเอง) ด้วย สำหรับโรงพยาบาลชุมชนของกระทรวงสาธารณสุขที่มีขนาดจำนวนเตียงไม่ถึง 100 เตียงนั้นก็มิใช่เป็นคู่สัญญารอง (Sub-contractor) ไป ส่วนโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าข่ายเกณฑ์ที่กำหนดที่มีความประสงค์จะเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยประกันตนจะต้องเข้ามาสมัครและต้องผ่านการตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลจากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลของสำนักงานประกันสังคมก่อน

ประเภทของการตรวจสอบสถานพยาบาล มี 3 ประเภท ดังนี้

1. การตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลที่สมัครเข้าเป็นสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม
2. การตรวจสอบสถานพยาบาลเพื่อประเมินคุณภาพและมาตรฐานสถานพยาบาล
3. การตรวจสอบสถานพยาบาลเมื่อมีข้อร้องเรียน

1) การตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลที่สมัครเข้าเป็นสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม เป็นการตรวจสอบมาตรฐานของสถานพยาบาลที่สมัครเข้ามาเป็นสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม อันเป็นกระบวนการตรวจสอบเพื่อให้การรับรองว่าสถานพยาบาลที่สมัครเข้ามานั้นได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของสำนักงานประกันสังคม เกณฑ์มาตรฐานดังกล่าวมีดังนี้

1. เป็นสถานพยาบาลที่มีขนาดไม่น้อยกว่า 100 เตียง และมีการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยประกันตนได้รับความสะดวกในการไปเข้ารับบริการทางการแพทย์
2. เป็นสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐานของสถานพยาบาลตามท้ายประกาศ ซึ่งมีมาตรฐานทั้งหมด 11 ด้าน (โปรดดูภาคผนวก)
3. เป็นสถานพยาบาลที่มีบริการส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการทางการแพทย์จนถึงที่สุดการรักษา
4. เป็นสถานพยาบาลที่จัดให้มีบริการทางการแพทย์ตั้งแต่ 12 สาขาหลักขึ้นไป คือ อายุรกรรมทั่วไป ศัลยกรรมทั่วไป สูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จักษุวิทยา โสต นาสิก ลาริงซ์ รังสีวิทยา วิทยาศาสตร์ นิติเวชกรรม เวชกรรมป้องกัน ยูโรวิทยาหรือดงวิทยา

อนึ่ง กรณีที่สถานพยาบาลที่สมัครเข้าเป็นสถานพยาบาลประกันสังคมในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยประกันตนมีคุณสมบัติไม่ครบถ้วนตามที่กำหนดในข้อ 1 ข้อ 2 และ ข้อ 4 สำนักงานประกันสังคมมีอำนาจพิจารณาตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ได้

คณะกรรมการที่มีหน้าที่ในการตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลได้แก่ คณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล ซึ่งมีองค์ประกอบมาจากคณะกรรมการแพทย์และอนุกรรมการกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลที่ปรึกษาจำนวน 7 คน (เป็นแพทย์ 4 คน และพยาบาล 3 คน) โดยมีเจ้าหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคมที่มักเป็นพยาบาล ร่วมด้วย คณะกรรมการตรวจรับรอง ฯ นี้จะแบ่งสายกันออกปฏิบัติงาน สายละประมาณ 3 คน โดยใช้แบบประเมินและบันทึกคะแนน เป็นเครื่องมือในการตรวจประเมิน แบบประเมิน ฯ นี้ สำนักงานประกันสังคมว่าจ้างให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นให้สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานของสถานพยาบาลที่ได้ประกาศใช้แล้ว ในรายการประเมินมาตรฐานแต่ละข้อคณะผู้ประเมินจะพิจารณาให้คะแนน ผลรวมของคะแนนจะคำนวณเป็นร้อยละ โดยมีเกณฑ์ที่ขีดถือว่าผ่าน คือขั้นต่ำร้อยละ 70 หากประเมินได้ถึงร้อยละ 80 ถือว่าเป็นสถานพยาบาลที่อยู่ในขั้นดี การตรวจรับรองนี้จะดำเนินการทุกปี สำหรับสถานพยาบาลเอกชนที่สมัคร (หมายความว่าสถานพยาบาลเอกชนจะต้องสมัครทุกปี และต้องผ่านมาตรฐานทุกปีด้วย)

ขั้นตอนการตรวจสอบ มีดังนี้

1. สำนักงานประกันสังคมจะออกประกาศรับสมัครสถานพยาบาลที่ประสงค์จะให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้เอาประกันตนตาม พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 ให้มาสมัครในช่วงต้นปีของทุกปี โดยมีระยะเวลาให้สมัครประมาณ 1 – 2 เดือน ต่อจากนั้นสำนักงานประกันสังคมจะแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลขึ้นเพื่อดำเนินการตรวจสอบต่อไป
2. ก่อนที่คณะกรรมการ ฯ จะออกไปตรวจรับรอง คณะกรรมการ ฯ จะส่งแบบประเมินตนเองของสถานพยาบาล ไปให้สถานพยาบาลที่สมัครให้ประเมินตนเองก่อน ซึ่งรายละเอียดของรายการประเมินมีลักษณะเหมือนกันกับแบบประเมินและบันทึกคะแนน ที่คณะกรรมการ ฯ ใช้ตรวจประเมินทุกประการ
3. คณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลแต่ละสายปฏิบัติการ ซึ่งมีสายละประมาณ 3 คน จะเข้าไปตรวจรับรองมาตรฐานโดยใช้แบบประเมินและบันทึกคะแนนเป็นเครื่องมือ โดยมีการแจ้งให้สถานพยาบาลแต่ละแห่งที่สมัครเข้ามาให้ทราบกำหนดวันเวลาตรวจสอบล่วงหน้า คณะกรรมการ ฯ จะลงบันทึกผลการตรวจและให้คะแนนตามรายการต่าง ๆ รวมทั้งคำแนะนำและข้อเสนอแนะ(ถ้ามี) ให้แก่สถานพยาบาลที่รับตรวจ และอาจไปตรวจซ้ำอีกก็ได้ในกรณีที่มียุติการที่ต้องปรับปรุงแก้ไขก่อน
4. คณะกรรมการ ฯ จะเสนอผลการตรวจรับรองเสนอแก่คณะกรรมการการแพทย์เพื่อลงมติว่าจะรับเข้าเป็นสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมหรือไม่ หากมีมติรับแล้ว ขั้นต่อไป สำนัก

งานประกันสังคมก็จะแจ้งให้สถานพยาบาลนั้นมาทำสัญญากับสำนักงานประกันสังคมในฐานะคู่สัญญาหลัก (Main contractor) และให้สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักแจ้งให้สำนักงานประกันสังคมทราบว่า มีโรงพยาบาลเครือข่ายทั้ง sub-contractor และ Supra contractor ของคนที่ใดบ้าง เพื่อที่ทางสำนักงานประกันสังคมจะได้รวบรวมรายชื่อเพื่อประกาศในราชกิจจานุเบกษา พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ผู้เอาประกันตนทราบและตัดสินใจเลือกให้เป็นสถานพยาบาลของตนในปีต่อไป

ผลการดำเนินการ การตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลนี้ ส่วนใหญ่เป็นการตรวจเชิงปริมาณ เน้นโครงสร้างพื้นฐานของสถานพยาบาลแต่ละแห่งเป็นหลัก ส่วนใหญ่ก็ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ (ร้อยละ 70) มีน้อยแห่งที่ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 มีบางครั้งที่คณะกรรมการฯ พบกับการจัดฉากเพื่อให้ตัวเองผ่านเกณฑ์ก็มี แต่น้อย

2. การตรวจเพื่อประเมินคุณภาพและมาตรฐานสถานพยาบาล เป็นการตรวจเพื่อประเมินคุณภาพและมาตรฐานสถานพยาบาลที่เป็นสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมอยู่แล้วทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน รวมทั้งสถานพยาบาลเครือข่ายด้วย องค์กรที่ดำเนินการตรวจ คือคณะที่ปรึกษาทางการแพทย์และพยาบาล ซึ่งสำนักงานประกันสังคมว่าจ้างเต็มเวลา (full - time basis) ให้มาตรวจประเมิน โดยมีสัญญาว่าจ้าง ปีต่อปี มีจำนวนทั้งหมด 4 ทีม ๆ ละ 2 คน แบ่งพื้นที่รับผิดชอบเป็น 12 เขตเช่นเดียวกับการแบ่งเขตสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข การตรวจประเมินก็จะใช้แบบประเมินและบันทึกคะแนน ซึ่งเป็นเครื่องมือเดียวกันกับการตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล การตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานสถานพยาบาลนี้จะเข้าตรวจโรงพยาบาลที่เป็น main contractor ทุกโรง ส่วนสถานพยาบาลเครือข่ายจะใช้การสุ่มตรวจโดยพิจารณาจากจำนวนผู้เอาประกันคนที่เลือกเอาเป็นสถานพยาบาลของตน ปัญหาข้อร้องเรียน ตลอดจนสภาพการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ให้บริการ เป็นต้น การตรวจจะดำเนินการปีละ 1 ครั้ง

ขั้นตอนการตรวจ

1. คณะที่ปรึกษาทางการแพทย์และพยาบาลแต่ละทีมจะทำการตรวจประเมินเรียกว่า กำหนดการประเมินคุณภาพและมาตรฐานสถานพยาบาลขึ้น ก่อนการออกตรวจ ตามแผนที่จัดทำขึ้นจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับกำหนดการตรวจต่าง ๆ ของทีมที่ปรึกษาทางการแพทย์ และทีมที่ปรึกษาทางการแพทย์ว่าตามเวลาที่กำหนดจะมีกิจกรรมการตรวจอะไรบ้าง โดยใคร ที่ไหน และให้สถานพยาบาลเตรียมอะไรไว้ให้ตรวจบ้าง เช่นเอกสารต่าง ๆ บุคลากรเพื่อตอบข้อซักถามและให้ความเห็นแก่คณะกรรมการที่ปรึกษา ทั้งนี้คณะกรรมการที่ปรึกษาจะส่งแผนการตรวจนี้ไปให้สถานพยาบาลแต่ละแห่งที่จะรับการตรวจให้ทราบล่วงหน้าประมาณ 1 เดือน

2. คณะที่ปรึกษา ฯ เข้าทำการตรวจประเมินตามกำหนดการที่แจ้งให้ทราบล่วงหน้าแล้ว โดยใช้เครื่องมือคือ แบบประเมินและบันทึกคะแนน เช่นเดียวกับการตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล ทั้งนี้โดยมีคู่มือสำหรับผู้ประเมินไว้เป็นแนวทางการประเมินด้วย การตรวจประเมินแต่ละครั้งผู้ประเมินจะให้คะแนนตามเกณฑ์รายละเอียดต่าง ๆ เช่นเดียวกันกับการตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล ทั้งนี้โดยมีการบันทึกผลการประเมิน ข้อเสนอแนะ ทุกครั้ง การประเมินนี้แม้ว่าจะเน้นที่โครงสร้างพื้นฐานของสถานพยาบาล แต่ทีมที่ปรึกษาจะให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับมาตรฐานการรักษายาบาล โดยต้องให้ได้มาตรฐานเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไปอื่น ๆ เช่น ยาที่สั่งสำหรับผู้เอาประกันคนจะต้องมีมาตรฐานไม่ต่ำกว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ยาต้องผลิตจากผู้ผลิตที่ได้มาตรฐาน GMP : Good Manufacture Product ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข) ผลการตรวจประเมินหากปรากฏว่าตกเกณฑ์ จะมีการเตือนเป็นหนังสือ พร้อมข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไขด้วย ในการปฏิบัติงานจริงส่วนใหญ่สถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมมีมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์ดี มีบางโรงพยาบาล (ที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐ บางแห่ง) เท่านั้นที่มีมาตรฐานไม่เป็นที่น่าพอใจนัก เนื่องจากมีปัญหาในด้านงบประมาณที่นำมาใช้ในการปรับปรุงให้ได้ตามเกณฑ์ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไว้

3. การตรวจสอบสถานพยาบาลกรณีมีข้อร้องเรียน เป็นการตรวจสอบหาข้อเท็จจริงกรณีมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้เอาประกันคน ซึ่งข้อร้องเรียนส่วนมากเป็นเรื่องเกี่ยวกับมาตรฐานและคุณภาพการให้บริการ ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับจริยธรรมของผู้ให้บริการ และข้อร้องเรียนเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติที่ผู้เอาประกันคนขาดความเข้าใจที่ถูกต้อง การตรวจสอบจะดำเนินการโดยคณะกรรมการที่ปรึกษาทางการแพทย์และพยาบาลเช่นเดียวกัน แต่จะไม่มีภารกิจให้สถานพยาบาลที่รับการตรวจทราบล่วงหน้า การตรวจสอบหาข้อเท็จจริงมีทั้งการตรวจสอบเอกสารการบันทึกทางการแพทย์ และ พยานบุคคล หากพบว่าการร้องเรียนมีมูลความจริงก็จะดำเนินการหารายละเอียดต่าง ๆ อย่างครบถ้วนให้ได้มากที่สุดเพื่อเสนอคณะกรรมการการแพทย์เพื่อวินิจฉัยและสั่งการลงโทษตามที่เห็นสมควรต่อไป มาตรการเชิงลงโทษที่ใช้บังคับมี 2 กรณี นอกเหนือจากการตักเตือนได้แก่ การให้จ่ายเงินคืนแก่ผู้เอาประกันคนในกรณีที่ผู้เอาประกันคนเข้าไปใช้บริการแล้ว และได้รับบริการไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการแพทย์ที่ควรได้รับ นอกจากนั้นหากเป็นกรณีร้ายแรงอาจได้รับมาตรการตัดงบประมาณ (capitation budget) สำหรับสถานพยาบาลแห่งนั้นลง ซึ่งเป็นอำนาจของเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

5.2.3 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ในระยะเริ่มแรก (พ.ศ.2533 – 2538) สำนักงานประกันสังคมประสบปัญหาไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ต้องอาศัยการจ้างเป็นคราว ๆ ไม่ได้จ่ายค่าตอบแทนเป็นรายเดือน การตรวจสอบสถานพยาบาลก็ไม่มีหลักเกณฑ์อะไรแน่นอน ส่วนใหญ่เข้าไปตรวจสอบดูว่ามีเครื่องมือทางการแพทย์เพียงพอเพียงใด มีบุคลากรเท่าใดเหมาะสมสำหรับจำนวนเตียงหรือไม่ สักส่วนบุคลากรต่อจำนวนผู้ป่วยประกันคนเป็นอย่างไร จนกระทั่งปี 2538 จึงได้มีการประกาศสำนักงานประกันสังคมเรื่องกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยประกันคนขึ้น ซึ่งต่อมาในปี 2539 สำนักงานประกันสังคมได้ขอความร่วมมือจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขให้ช่วยจัดทำเครื่องมือในการประเมินคุณภาพสถานพยาบาลขึ้นตามเกณฑ์ที่ได้ประกาศไว้ เครื่องมือนี้ได้เริ่มใช้ตั้งแต่ปี 2539 เป็นต้นไป แต่เมื่อพิจารณาเนื้อหาการประเมินจะพบว่าเป็นเครื่องมือที่เน้นหนักประเมินโครงสร้างพื้นฐานมากกว่าการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ (process and outcome) ซึ่งสำนักงานประกันสังคมได้ตระหนักถึงจุดอ่อนนี้ดีจึงได้จ้างมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติเพื่อทำการปรับปรุงคู่มือการตรวจสอบสถานพยาบาลที่เน้นกระบวนการและผลลัพธ์มากกว่าในปัจจุบัน

2. ในการไปตรวจรับรองสถานพยาบาลและการตรวจคุณภาพ ฯ บางครั้งผู้ตรวจสอบพบสิ่ง ที่เรียกว่า ” การฉ้อฉล ” ของสถานพยาบาลที่เข้าไปตรวจ ทั้งนี้ก็เพื่อที่จะให้โรงพยาบาลของตนผ่านการรับรอง ซึ่งนับว่าเป็นจุดอ่อนอย่างหนึ่งของการดำเนินการ

3. โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งว่าจ้างแพทย์จบใหม่มาให้บริการแก่ผู้ประกันคนที่ป่วยด้วยโรคที่นำได้รับการดูแลจากแพทย์ที่มีประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคนั้น ทำให้ผู้ป่วยประกันคนที่ไปใช้บริการร้องเรียนเกี่ยวกับบริการที่ได้รับบ่อย ๆ เช่น ร้องเรียนว่าแพทย์ตรวจไม่ละเอียด ให้การบำบัดรักษาไม่หายหรือไม่ดีขึ้น เป็นต้น ซึ่งทางคณะผู้เข้าไปตรวจสอบหาข้อเท็จจริงได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาบริการแล้วและได้รับการตอบสนองอย่างดีจากสถานพยาบาลนั้น

4. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินนอกจากจะมีจุดที่ควรแก้ไขดังที่กล่าวในข้อ 1 แล้ว บางข้อยังพบว่าไม่เหมาะสมที่จะใช้ประเมินอีกด้วย อาจเป็นเพราะว่าคัดลอกมาจากของต่างประเทศ เช่น ข้อที่มีอุปกรณ์และสถานที่ในการเตรียมยาปราศจากเชื้อ ตามความเป็นจริงนั้นมีโรงพยาบาลหลายแห่งที่ไม่มีอุปกรณ์และสถานที่ในการเตรียมยาปราศจากเชื้อเองแต่ไปซื้อยามาจากบริษัทผู้ผลิตอื่นที่ได้เครื่องหมาย GMP เนื่องจากเห็นว่าสิ้นค่าใช้จ่ายถูกกว่า ทำให้เมื่อพิจารณาให้คะแนนในข้อนี้จึงไม่ได้คะแนน ทำให้ไปลดคะแนนข้ออื่น ๆ ลง

5.3 โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

(Hospital Accreditation)

5.3.1 แนวคิดสำคัญ

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลควบคู่ไปกับการเรียนรู้แลกเปลี่ยนและการรับรองจากภายนอก โดยมีประเด็นการรับรองที่สำคัญคือ

- รับรองว่าโรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาคุณภาพ
- รับรองว่าโรงพยาบาลมีกระบวนการทำงานที่เป็นมาตรฐาน
- รับรองว่าโรงพยาบาลมีระบบตรวจสอบตนเองที่น่าเชื่อถือ
- รับรองว่าโรงพยาบาลมีการบริหารที่เป็นระบบ มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม
- รับรองว่าโรงพยาบาลมีกำลังคน สถานที่ และเครื่องมือเหมาะสม

ผลที่คาดว่าจะได้รับการรับรองคุณภาพ

- สังคมเกิดความเชื่อมั่นว่าโรงพยาบาลต่าง ๆ มีระบบการทำงานที่ไว้วางใจได้
- ประชาชนทราบว่าควรให้ความไว้วางใจกับโรงพยาบาลใด
- ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ไม่เสี่ยงต่อการดูแลรักษาที่ไม่ได้มาตรฐานหรือถูกปล่อยปละละเลย
- ผู้ประกอบวิชาชีพทำงานภายใต้ความเสี่ยงในระดับต่ำที่สุด มีความราบรื่นและคล่องตัวในการทำงาน
- โรงพยาบาลมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับ
- องค์กรผู้บริหารเงินกองทุนเพื่อสุขภาพ มีข้อมูลเพื่อคัดเลือกโรงพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งองค์กรนั้นดูแลอยู่
- องค์กรวิชาชีพมีหลักประกันว่ามาตรฐานวิชาชีพ ข้อกำหนดต่าง ๆ ถูกนำไปปฏิบัติ

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ

- เน้นการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า (Awareness to Customer Requirement)
- เน้นการปรับปรุงกระบวนการทำงาน/ระบบงานอย่างไม่มีที่สิ้นสุด (Continuous Process Improvement)
- เน้นการเสริมพลังเจ้าหน้าที่ และการทำงานร่วมกันเป็นทีม (Employee Empowerment and Teamwork)

- เน้นการนำด้วยอุดมการณ์ (Value-base Leadership)
- มาตรฐานวิชาชีพและแนวทางการดูแลรักษา (Professional Standard and Practice Guidelines)

5.3.2 องค์กรรับรองคุณภาพ

1) คณะกรรมการอำนวยการของภาคีความร่วมมือในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล องค์กรในระดับภาพรวม จะเป็นคณะกรรมการอำนวยการ ที่มาจากตัวแทนของหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง และผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งตั้งคณขอมรับ มีประมาณ 30 คน ในจำนวนนี้เป็นบุคคลที่มีความสามารถที่จะเป็นวิทยากรให้แก่โรงพยาบาลได้และทำการสำรวจได้ ประมาณ 6 คน และอีกประมาณ 20 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้บริหารสามารถสำรวจได้

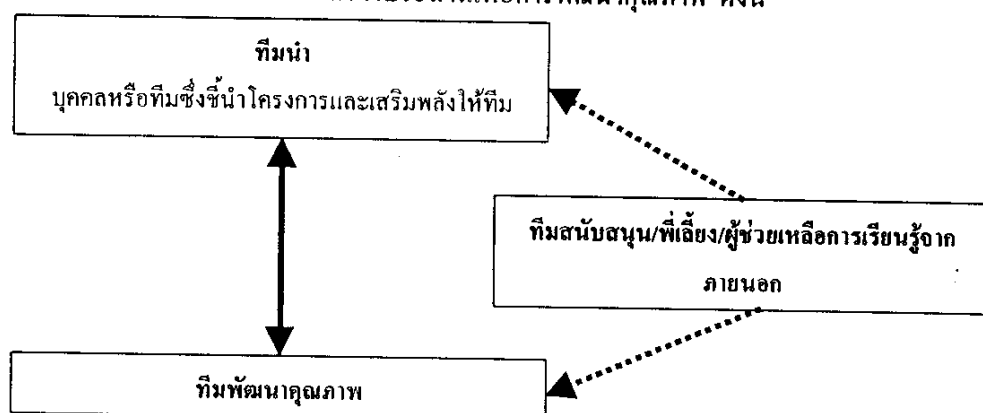
2) ทีมพัฒนาคุณภาพ ทีมพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลประกอบด้วยทีม 3 ประเภท คือ

2.1) ทีมชั้นนำ อาจเป็นทีมผู้บริหาร ทีมนำ สภาคุณภาพ Patient Care Team หรือหัวหน้าหน่วยงาน โดยจะเป็นทีมที่เน้นการกำหนดทิศทาง ประเด็นที่จะพัฒนา เป้าหมายการพัฒนา ผู้รับผิดชอบ สนับสนุนทรัพยากร เสริมพลังให้ทีมพัฒนาทำงานได้ ติดตามความก้าวหน้า ขยายผล ทีมชั้นนำมีความสำคัญอย่างมาก เพราะอำนาจการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงระบบ และการอนุมัติใช้ทรัพยากร จะตกอยู่ในมือของทีมนำเป็นส่วนใหญ่

2.2) ทีมสนับสนุน หรือกลุ่มพี่เลี้ยง หรือผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) เป็นที่ปรึกษาจากภายนอก หรือผู้อำนวยความสะดวกที่ผ่านกระบวนการ อบรม เข้ามาเพื่ออำนวยความสะดวกช่วยเหลือในด้านกระบวนการทำงานร่วมกันเป็นทีมและกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ไม่มีหน้าที่ในการเสนอแนะประเด็นเนื้อหาของการพัฒนา

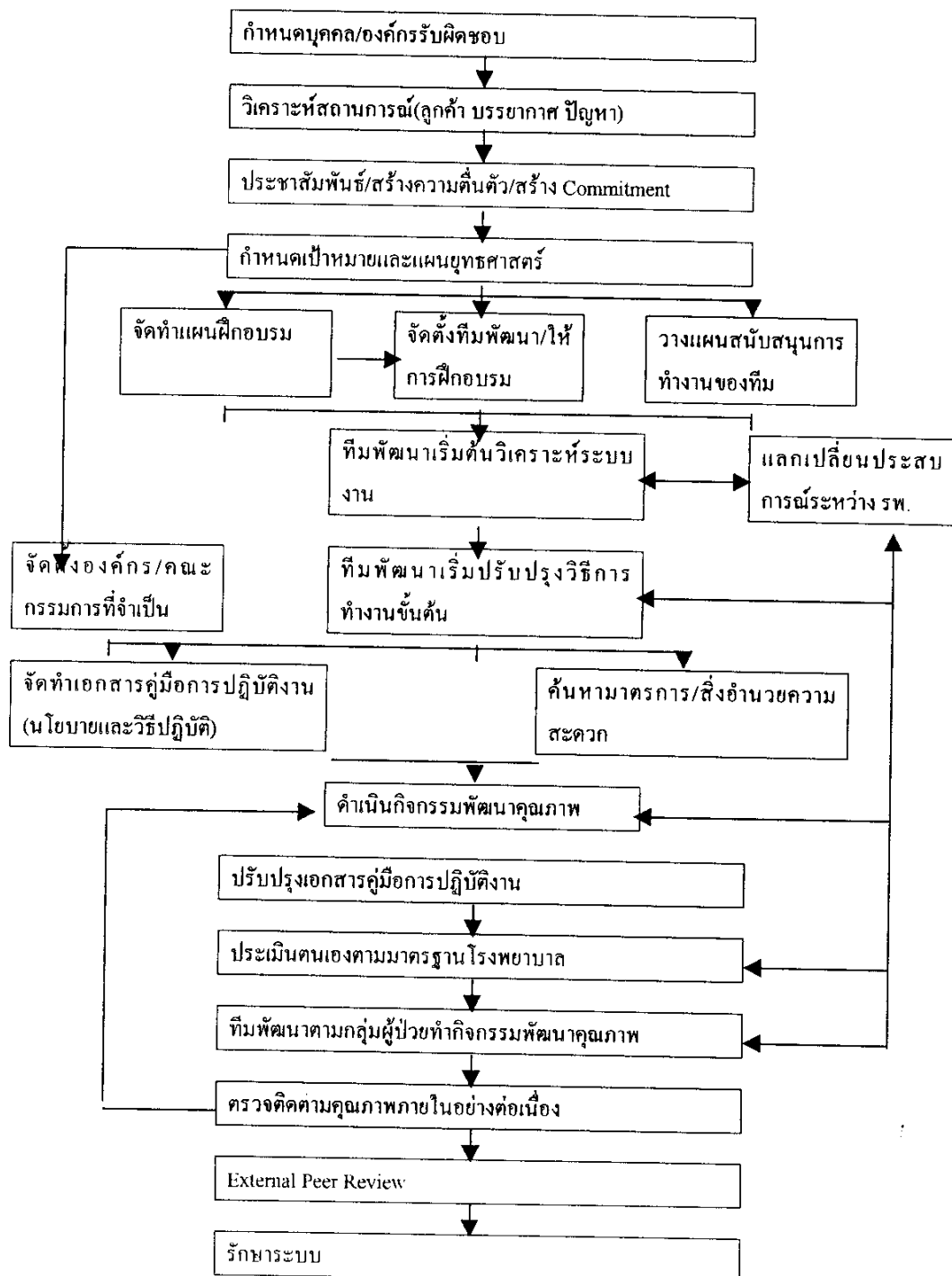
2.3) ทีมพัฒนาคุณภาพ อาจจะเป็นทีมที่อยู่ในหน่วยงานเดียวกัน หรืออาจจะคร่อมสายงาน ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา ทีมพัฒนาคุณภาพอาจจะเริ่มจากข้างล่าง หรือมาจากข้างบนก็ได้

ทั้งสามทีมดังกล่าวมีโครงสร้างประสานเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ดังนี้



5.3.3 กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีขั้นตอนดังนี้



5.3.4 เครื่องมือ

การประเมินคุณภาพโรงพยาบาลเป็นแบบประเมินตนเอง ซึ่งพัฒนาโดยโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้หน่วยงานในโรงพยาบาลใช้เป็นเครื่องมือในการวัดความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพของตนเอง
- เพื่อเป็นสื่อที่จะให้ผู้ประเมินภายนอกได้รับทราบระดับของกิจกรรมและการพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นในหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้ง่ายต่อการสำรวจและสัมภาษณ์

ประเด็นในการประเมิน

แบบประเมินตนเองนี้มีประเด็นการประเมิน 9 ประเด็น คือ

- พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์
- การจัดองค์กรและการบริหาร
- การจัดการทรัพยากรบุคคล
- การพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- คู่มือการปฏิบัติงาน
- สิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่
- เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก
- ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ
- กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

5.3.5 ปัญหาอุปสรรค

- การขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร
- ผู้บริหารงานมีความคาดหวังสูง ก่อให้เกิดความบีบคั้นต่อการปฏิบัติงาน
- ผู้ปฏิบัติคิดว่าตัวเองทำดีอยู่แล้ว ไม่อยากปรับปรุง
- เน้นรูปแบบมากเกินไป ไม่เริ่มต้นจากสิ่งที้ง่าย ๆ ก่อน

บทที่ 6

สรุปผลและข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบการตรวจสอบโรงพยาบาล

6.1 สรุปผลการวิจัย

6.1.1 โครงสร้างองค์การและการบริหาร

1) รูปแบบโครงสร้างองค์การการบริหาร

ผลการวิจัยพบว่ามี 2 ลักษณะ คือ 1) โครงสร้างองค์การตามหน้าที่ในสายงานปกติ โดยจะขึ้นตรงต่อองค์การในระดับที่สูงขึ้นไป อำนาจการกำหนดนโยบายจะอยู่กับองค์กรแม่ 2) โครงสร้างองค์การที่มีคณะกรรมการกำหนดนโยบายเป็นองค์การสูงสุด โดยจะจัดในรูปของคณะกรรมการซึ่งทำหน้าที่กำหนดนโยบาย เป็นผู้ควบคุม กำกับ และดูแลการบริหารงาน

การจัดองค์กรที่มีคณะกรรมการนโยบายเป็นองค์กรสูงสุด จะมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการและมีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการสูงกว่ารูปแบบการจัดโครงสร้างที่มีหน่วยงานใหญ่ในระดับที่สูงขึ้นไป

2) สภาพการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญขององค์การ

ผลการวิจัยพบว่าการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญขององค์การได้แก่ การพัฒนาคุณภาพการบริการตามแนวทางของโครงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) การพัฒนาระบบงาน การพัฒนาคุณภาพการบริการตามแนว ISO 9002 การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน และการพัฒนาในระบบองค์การในกำกับของรัฐ โดยมีสาเหตุการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ เกิดจากภาวะปัญหาเศรษฐกิจตกต่ำ การไม่ยอมรับของชุมชน ความต้องการพัฒนาระบบงาน ความต้องการทดลองรูปแบบใหม่ ทั้งนี้ปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนแปลง คือ การมีผู้นำการเปลี่ยนแปลงในองค์การที่มีความสามารถในการสร้างทีมงานและสร้างระบบงานขึ้นใหม่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง หรือการสนับสนุนจากภายนอก เช่น การสนับสนุนให้อำนาจในการบริหารจัดการจากรัฐ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงาน เป็นต้น

6.1.2 การจัดระบบตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลขององค์กร

1) ระบบการตรวจสอบติดตามและประเมินผล

ผลการวิจัยพบว่ามี 5 ระบบใหญ่ คือ 1) การตรวจสอบทางการบริหาร 2) การตรวจสอบคุณภาพและการปฏิบัติงาน 3) การตรวจสอบทางการเงินและทรัพย์สิน 4) การตรวจสอบทางโรงพยาบาลและ 5) การตรวจสอบติดตามและประเมินผลกลุ่มงานย่อย

การตรวจสอบที่กำลังมีการขยายตัวในแทบทุกองค์กร คือการตรวจสอบคุณภาพ และการปฏิบัติงาน แทนการตรวจสอบทางการเงินแบบเดิม

2) การจัดองค์กรการตรวจสอบภายใน

ผลการวิจัยพบว่าการจัดองค์กรการตรวจสอบนั้น จำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) องค์กรที่มีการจัดระบบการตรวจสอบภายในที่ชัดเจนและเป็นทางการ 2) องค์กรที่มีการจัดระบบการตรวจสอบภายใน แต่เป็นระบบที่ไม่เป็นทางการ และ 3) องค์กรที่ไม่มีการจัดระบบการตรวจสอบภายใน แต่มีการจัดวางระบบการตรวจสอบคุณภาพงานและการตรวจสอบด้านการเงิน

องค์กรการตรวจสอบภายในจะมี 2 องค์กรหลัก คือ 1) องค์กรควบคุมมาตรฐาน เป็นองค์กรหลัก ประกอบด้วยทีมงานจากบุคลากรหลายฝ่าย ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและควบคุมคุณภาพ และ 2) หน่วยตรวจสอบภายใน เป็นองค์กรย่อยของการควบคุมมาตรฐาน ประกอบด้วยบุคคลที่ได้รับใบรับรองการเป็นผู้ตรวจสอบภายใน ทำหน้าที่ติดตามและตรวจสอบงานภายในขององค์กร

การจัดระบบการตรวจสอบภายในที่มีประสิทธิภาพนั้นพบว่า การจัดระบบที่มีการตรวจสอบภายในเป็นหน่วยงานทางการ และการจัดทีมการตรวจสอบที่มีบุคลากรมาจากหลายฝ่าย และผ่านกระบวนการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ตรวจสอบ จะมีประสิทธิภาพของการตรวจสอบค่อนข้างสูงและเป็นระบบมากกว่าการจัดให้มีผู้ตรวจสอบที่เชี่ยวชาญทางการเงินและการบัญชี

3) แนวคิดสำคัญของการตรวจสอบ

ผลการวิจัยพบว่าแนวคิดสำคัญของการตรวจสอบมีจุดเน้น คือ 1) การตรวจสอบทางการเงินและการบัญชี (Financial Audit) 2) การตรวจสอบการปฏิบัติงาน (Performance Audit) 3) การตรวจสอบคุณภาพงาน (Quality Audit) โดยมีวัตถุประสงค์ของการตรวจสอบภายใน คือ 1) เพื่อตรวจสอบความเชื่อถือได้ด้านการเงิน 2) เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎระเบียบ 3) เพื่อตรวจสอบคุณภาพของการปฏิบัติงาน 4) เพื่อใช้ผลการตรวจสอบเป็นแนวทางในการพัฒนาและแก้ไขระบบงาน

แนวคิดการตรวจสอบได้ให้ความสนใจต่อการตรวจสอบคุณภาพงานและผลการปฏิบัติงานมากขึ้น โดยเฉพาะในองค์กรที่เป็นกรณีศึกษา ส่วนการตรวจสอบทางการเงินนั้นจุดเน้นเริ่มลดลง

4) เครื่องมือและกฎเกณฑ์การตรวจสอบภายใน

ผลการวิจัยพบว่าเครื่องมือในการตรวจสอบมีหลายประเภท จำแนกตามประเภทของการตรวจสอบ เช่น การตรวจสอบด้านการเงินและบัญชี ใช้เครื่องมือ คือ ระเบียบ แนวทางปฏิบัติ ตรวจสอบหลักฐาน หรือการตรวจสอบการปฏิบัติงาน จะพิจารณาตามระเบียบข้อบังคับ มาตรฐาน ส่วนการตรวจสอบคุณภาพการปฏิบัติงานพิจารณาตามเอกสารคุณภาพ มาตรฐานการปฏิบัติงาน เป็นต้น

5) กระบวนการตรวจสอบ

ผลการวิจัยพบว่ากระบวนการตรวจสอบสามารถจำแนกเป็น 3 ขั้นตอนหลัก คือ 1) ขั้นตอนวางแผนการตรวจสอบ ประกอบด้วย การจัดทีมงาน/คณะกรรมการตรวจสอบ การจัดทำแผนการตรวจสอบ 2) ขั้นตอนการปฏิบัติการตรวจสอบ ประกอบด้วย การประชุมร่วมกับผู้รับการตรวจสอบ การดำเนินการตรวจสอบ การวิเคราะห์ผลการตรวจสอบ และการสรุปผลการตรวจสอบ 3) ขั้นตอนติดตามผลการตรวจสอบ ประกอบด้วย การจัดทำรายงานผลการตรวจสอบ การดำเนินการปรับปรุงและแก้ไข และการติดตามผลการแก้ไข

กระบวนการตรวจสอบดังกล่าวค่อนข้างจะมีประสิทธิผล โดยเฉพาะกระบวนการติดตามแก้ไขการปฏิบัติงานตามผลการตรวจสอบในหน่วยงานที่มีระบบการตรวจสอบที่เป็นทางการ

6) สัมฤทธิ์ผลของระบบการตรวจสอบ

ผลการวิจัยพบว่าสามารถประหยัคงบประมาณ ลดต้นทุนวัสดุ มีการตื่นตัวของบุคลากรองค์กรมีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลเพิ่มขึ้น องค์กรมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น หน่วยงานข้างนอกมีความมั่นใจต่อการปฏิบัติงานและการให้บริการ รวมทั้งผู้บริหารมีความมั่นใจมากขึ้น

7) ปัญหาและอุปสรรคของการตรวจสอบ

ผลการวิจัยพบว่า ทักษะคติของผู้รับการตรวจเข้าใจว่าการตรวจสอบคือการจับผิด การปิดบังข้อมูล ขาดข้อมูล ความไม่พร้อมของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ผู้บริหารบางระดับไม่เข้าใจบทบาทของหน่วยตรวจสอบภายใน ตลอดจนผลกระทบจากหน่วยรับตรวจที่ไม่พึงพอใจกับผลการตรวจสอบ

8) ระบบการตรวจสอบเฉพาะกลุ่มงาน

ผลการวิจัยพบว่าระบบการตรวจสอบเฉพาะกลุ่มงานมีหลายกลุ่มที่สำคัญ ได้แก่ การตรวจสอบทางการแพทย์ การตรวจสอบทางการพยาบาล การประกันคุณภาพกลุ่มงานเภสัชกรรม การ

ประกันคุณภาพงานโภชนาการ ซึ่งระบบการตรวจสอบส่วนใหญ่จะเน้นที่ระบบคุณภาพของการบริการเป็นหลัก เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและพัฒนากระบวนการ

การตรวจสอบทางการแพทย์ยังไม่สามารถทำได้อย่างจริงจัง ในขณะที่การตรวจสอบทางการพยาบาลส่วนใหญ่ได้วางระบบการตรวจสอบอย่างดี ส่วนการตรวจสอบเฉพาะกลุ่มงานนั้น จะเน้นการประกันคุณภาพของกลุ่มงานเป็นหลัก

6.1.3 องค์การควบคุมการตรวจสอบส่วนกลาง

1) สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน

ผลการวิจัยพบว่าเน้นการตรวจสอบด้านการเงิน/บัญชี ซึ่งจะมีผลด้านลบต่อการตรวจสอบในปัจจุบันพยายามปรับเปลี่ยนเป็นการตรวจสอบผลงาน (Performance Audit) มากขึ้นซึ่งน่าจะเป็นทิศทางที่ดี แต่การดำเนินการยังคิดในรูปแบบเดิมเป็นหลัก

2) การตรวจสอบของสำนักงานประกันสังคม

ผลการวิจัยพบว่ามีความที่โดยตรงในการตรวจสอบสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้เอาประกันตน ซึ่งมี 2 องค์การ คือ คณะกรรมการการแพทย์ และกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ

3) โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่าเน้นการพัฒนาระบบมาตรฐานคุณภาพการบริการ เพื่อเป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

6.2 ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบการตรวจสอบโรงพยาบาลของรัฐ

6.2.1 การพัฒนาองค์การบริหารและองค์การตรวจสอบ

กรอบทางกฎหมายที่ควรดำเนินการมีดังต่อไปนี้

1) องค์การบริหาร

ผลจากการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการดำเนินการของหน่วยงานอิสระที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมีการบริหาร 2 ระดับ ตามแนวทางของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โรงพยาบาลราชบุรี ยินดี และตามแนวทางบางรูปแบบของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว คือ คณะกรรมการนโยบาย และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

1.1) คณะกรรมการนโยบาย เป็นรูปแบบที่ได้จากการปรับรูปแบบสภามหาวิทยาลัยตามแนวทางของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ซึ่งเป็นคณะกรรมการนโยบายเดิมรูปแบบจากองค์กรในกำกับของรัฐ การปรับจากรูปแบบของคณะกรรมการบริหารโรง

พยาบาลราชภัฏวชิรยินดีจากองค์กรของเอกชน และปรับรูปแบบของโรงพยาบาลบ้านแพ้วจากการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาลบางระดับ คณะกรรมการชุดนี้เปรียบเสมือนตัวแทนของประชาชนผู้เสียภาษี และผู้แทนของหน่วยงานซึ่งกำหนดนโยบายและดูแลกำกับงาน โดยที่กรรมการชุดนี้มีหน้าที่ องค์กรประกอบและการได้มา ดังนี้

หน้าที่

คณะกรรมการนโยบายควรมีภารกิจสำคัญ คือ การกำหนดนโยบายและติดตามตรวจสอบและควบคุมการดำเนินงานให้เป็นไปตามนโยบาย ทั้งนี้เพื่อจะได้เป็นผู้กำหนดนโยบายการดำเนินงานของโรงพยาบาล แทนกระทรวงสาธารณสุข และขณะเดียวกันก็ทำหน้าที่ในการติดตามตรวจสอบ เพื่อดูแลกำกับงานให้เป็นไปตามนโยบายที่กำหนดด้วย

องค์กรประกอบ

เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถสนองตอบต่อความต้องการของประชาชนและสนองตอบต่อนโยบายสาธารณสุขภาพรวมระดับประเทศ ตลอดจนมีความโปร่งใสในการกำหนดและกำกับการดำเนินงาน คณะกรรมการนโยบายควรมีประมาณ 7-9 คน ประกอบด้วย

- ผู้แทนจากองค์กรประชาชน/เครือข่าย เพื่อทำหน้าที่สะท้อนความต้องการของประชาชน และทำหน้าที่แทนประชาชนในการกำกับดูแลและตรวจสอบการดำเนินงานของโรงพยาบาล ผู้แทนส่วนนี้ควรมี 2 ส่วนย่อย คือ ผู้นำในระดับชุมชน เช่น ผู้แทนจากประชาคม และผู้แทนประชาชนโดยทั่วไป เช่น ผู้แทนเครือข่าย หรือผู้แทนจากสื่อมวลชน แสดงให้เห็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดและกำกับการดำเนินงาน ควรจะมีประมาณ 3-4 คน
- ผู้แทนจากรัฐ เพื่อทำหน้าที่แทนกระทรวงสาธารณสุขในการประสานกับนโยบายภาพรวม และทำหน้าที่ตรวจสอบกำกับงานแทนรัฐ ควรมี 1 คน
- ผู้แทนจากโรงพยาบาล เพื่อจะได้สะท้อนปัญหาจากผู้ปฏิบัติงานด้วยแสดงให้เห็นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในการกำหนดและกำกับการดำเนินงาน ควรมีทั้งผู้แทนฝ่ายบริหารและผู้แทนฝ่ายผู้ปฏิบัติงาน ควรมีประมาณ 2-3 คน
- ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข เพื่อจะได้แนวทางในเชิงวิชาการในการกำหนดนโยบายและกำกับการดำเนินงาน ควรมี 1 คน

1.2) คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล การบริหารงานในยุคใหม่ขององค์การในอนาคตนั้นหมดยุคแล้วในการบริหารงานแบบผู้นำเดี่ยว แต่การบริหารงานแบบยุคใหม่เน้นที่การบริหารเป็นทีมงาน ดังนั้นการบริหารโรงพยาบาลจึงเป็นรูปแบบการบริหารแบบทีมงาน โดยปรับรูปแบบของสภาวิชาการของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และการปรับรูปแบบของคณะกรรมการบริหารการพยาบาลของโรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลราชบุรียินดี โดยให้มีหน้าที่และองค์ประกอบต่อไปนี้

หน้าที่

คณะกรรมการชุดนี้ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการโรงพยาบาล ตามนโยบายที่กำหนดโดยคณะกรรมการนโยบาย

องค์ประกอบ

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ควรมี 2 กลุ่มในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน โดยอาจมีคณะกรรมการบริหารประมาณ 7-9 คน ทั้งนี้เพื่อความคล่องตัวในการปฏิบัติงานเข้าร่วมในการบริหารจัดการ

- ผู้แทนกลุ่มผู้บริหาร เป็นผู้แทนจากหัวหน้าฝ่าย หัวหน้ากลุ่มงาน เนื่องจากต้องเป็นผู้ดูแลกำกับงานย่อยในส่วนที่รับผิดชอบให้สำเร็จ และสะท้อนทัศนะของกลุ่มผู้บริหารให้คณะกรรมการบริหารรับผิดชอบ
- ผู้แทนกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เพื่อจะได้สะท้อนปัญหาการปฏิบัติงานและเป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ในการบริหารอย่างเต็มที่ แต่อาจต้องกำหนดคุณสมบัติบางประการไว้ เพื่อจะได้บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมมาร่วมในการบริหาร

2) องค์การการตรวจสอบหรือหน่วยตรวจสอบภายใน

ผลการวิจัยพบว่าองค์กรที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ จะต้องเป็นองค์กรอิสระไม่อยู่ภายใต้การบริหารของผู้บริหาร แต่จะอยู่ภายใต้องค์กรกำหนดนโยบาย การจัดองค์กรที่เสนอนี้ได้จากการปรับองค์กรการตรวจสอบของโรงพยาบาลราชบุรียินดี หน่วยตรวจสอบภายในของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี คณะกรรมการพัฒนาและควบคุมคุณภาพขององค์การทุกแห่ง และความคิดเห็นจากองค์กรส่วนกลาง โดยจัดองค์กรการตรวจสอบภายในของโรงพยาบาลควรมี 2 องค์กร คือ

- คณะกรรมการพัฒนาและควบคุมคุณภาพ ทำหน้าที่จัดวางระบบขององค์การในการตรวจสอบ และทำหน้าที่พัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง วางขั้นตอนการพัฒนาจากการ

ตรวจสอบการเงินและทรัพย์สินแบบเดิม มาเป็นการตรวจสอบคุณภาพงานด้านการเงิน และทรัพย์สินแทน

องค์ประกอบ

คณะกรรมการควรมีประมาณ 5-7 คนประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เกษตรกร พยาบาล รองผู้อำนวยการฝ่ายการเงิน และบุคคลอื่น ๆ

หน้าที่

คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่ ที่สำคัญ คือ

- 1) ทำหน้าที่บริหารงานคุณภาพของโรงพยาบาล
- 2) ควบคุมกระบวนการให้บริการของโรงพยาบาล
- 3) การฝึกอบรมบุคลากรที่จะเข้าไปทำงานในระบบ

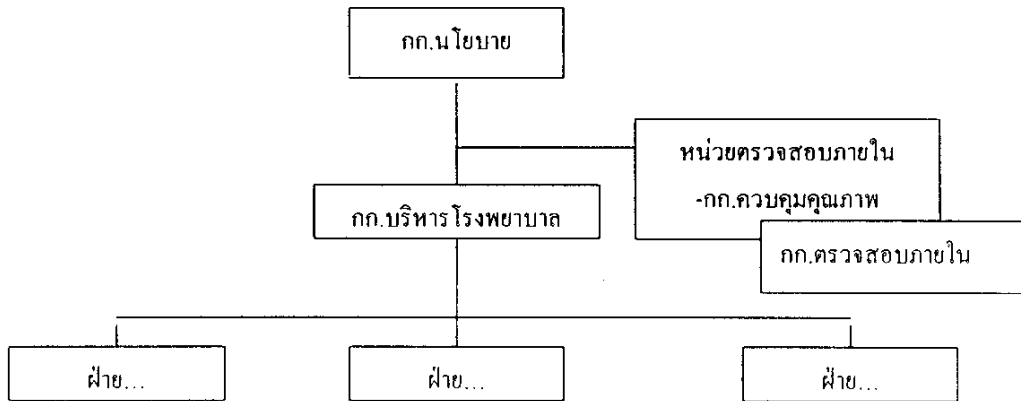
• คณะผู้ตรวจสอบภายใน

ผลจากการวิจัย ที่พบว่าผู้ตรวจสอบภายใน ที่เป็นบุคลากรทางการเงินและการบัญชี มักจะมีการติดขัดในวิธีการเดิม โดยเฉพาะวิธีการตรวจสอบทางการเงินเท่านั้น การปรับเปลี่ยนมาตรวจสอบคุณภาพการปฏิบัติงานด้านอื่น ๆ จะยังไม่สามารถเข้าใจได้ลึกซึ้งเพียงพอ และการใช้ผู้ตรวจสอบภายในที่ไม่ผ่านกระบวนการฝึกอบรม และการสอบเพื่อรับรองการเป็นผู้ตรวจสอบ ก็จะได้ผู้ตรวจสอบที่ไม่มีความรู้ความสามารถพอ และไม่ได้ผู้ที่มีความตั้งใจทำงานอย่างแท้จริงด้วย

ข้อเสนอ ควรจัดให้มีคณะผู้ตรวจสอบภายใน ทำหน้าที่ตรวจสอบทางการเงินและทรัพย์สิน และตรวจสอบคุณภาพ คณะผู้ตรวจสอบภายในไม่จำเป็นต้องเป็นข้าราชการประจำในการตรวจสอบ แต่ควรจัดบุคคลในองค์กรที่มีความสามารถและผ่านการสอบเป็นผู้ตรวจสอบแล้วมาดำเนินการ โดยต้องจัดเงินตอบแทนพิเศษให้ องค์ประกอบของทีมงานตรวจสอบภายในอาจประกอบด้วยคณะบุคคล 9-11 คน บุคคลในทีมประกอบด้วยบุคคลจากหลาย ๆ หน่วยงานในโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการคัดเลือก ผ่านกระบวนการฝึกอบรมและสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ตรวจสอบภายในได้ ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ไม่มีความขัดแย้งกับหน่วยงานที่จะไปสำรวจ มีความอดทนอดกลั้นต่อการบีบรัดหรือความเครียดที่เกิดขึ้น และเป็นผู้รู้จักกาละเทศะ เป็นต้น

3) ข้อเสนอในการจัดโครงสร้างองค์การ

การจัดโครงสร้างองค์การที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์การการบริหารและองค์การตรวจสอบ อาจจัดเป็นแผนภูมิองค์การได้ดังต่อไปนี้



6.2.2 ข้อเสนอในการพัฒนาระบบการตรวจสอบ

1) ระบบการตรวจสอบและวัตถุประสงค์การตรวจสอบ

ผลการวิจัยพบว่าระบบการตรวจสอบที่มีการดำเนินการมีหลายประเภท เช่น การตรวจสอบการเงินและทรัพย์สิน การตรวจสอบคุณภาพการบริการ การตรวจสอบการพยาบาล การตรวจสอบการแพทย์ และการตรวจสอบของกลุ่มงานเฉพาะ เช่น กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานโภชนาการ เป็นต้น ข้อเสนอต่อระบบการตรวจสอบที่ควรมีการดำเนินการ ได้แก่

1.1) การตรวจสอบคุณภาพงาน

เดิมระบบการตรวจสอบส่วนนี้มักจะมี 2 ระบบ คือ การตรวจสอบทางการเงินและทรัพย์สิน ซึ่งเป็นการตรวจสอบความโปร่งใสในการใช้จ่ายเงินให้เป็นไปตามระเบียบแบบแผนที่กำหนดไว้ กับระบบการตรวจสอบคุณภาพการบริการ ซึ่งเป็นการตรวจสอบมาตรฐานการปฏิบัติงานตามมาตรฐานคุณภาพที่วางไว้ สำหรับข้อเสนอในการจัดระบบการตรวจสอบครั้งนี้ ควรเน้นการตรวจสอบคุณภาพงานที่น่าจะเพียงพอโดยปรับระบบการตรวจสอบทางการเงินและทรัพย์สินมาเป็นการตรวจสอบคุณภาพงานทางการเงินและทรัพย์สินแทน และปรับระบบการตรวจสอบคุณภาพการบริการเป็นการตรวจสอบคุณภาพงานทางบริการแทน ดังนั้นทั้งการตรวจสอบทางการเงินและการตรวจสอบคุณภาพจึงสามารถจัดเป็นระบบเดียวกันได้

วัตถุประสงค์การตรวจสอบที่สำคัญ คือ

- การตรวจสอบความเพียงพอของเอกสารคุณภาพ เช่น มาตรฐานการปฏิบัติงานและผลงาน ระเบียบปฏิบัติในด้านการเงินและทรัพย์สิน เพื่อจะได้รับประกันได้ว่ามาตรฐานที่วางไว้มีคุณภาพเพียงพอหรือไม่ และจะได้มีการปรับปรุงแก้ไขเอกสารให้ได้คุณภาพ

- การตรวจสอบความสอดคล้องของการปฏิบัติงานคุณภาพกับเอกสารคุณภาพ เช่น การปฏิบัติงานเป็นไปตามกระบวนการและวิธีการที่กำหนดไว้หรือไม่ เพื่อจะได้แสวงหาจุดบกพร่องเพื่อช่วยในการพัฒนาและจัดวางระบบใหม่ หรือเป็นข้อมูลและแนวทางในการวางแผนพัฒนาบุคลากร

ดังนั้น การตรวจสอบจึงไม่ใช่เรื่องของการตรวจสอบเพื่อหาบุคคลผู้รับผิดชอบแต่เป็นการตรวจสอบที่ระบบเพื่อจะได้ปรับปรุงที่ระบบให้เหมาะสมต่อไป

1.2) การตรวจสอบทางวิชาชีพ/เฉพาะกลุ่มงาน

ระบบการตรวจสอบเฉพาะกลุ่มงาน เน้นการตรวจสอบคุณภาพของการปฏิบัติงานเฉพาะทางของกลุ่มงาน ซึ่งประกอบด้วยการตรวจสอบที่สำคัญ ที่โรงพยาบาลควรจะดำเนินการ คือ

- การตรวจสอบทางการแพทย์ (Medical audit)
- การตรวจสอบทางการพยาบาล (Nursing audit)
- การควบคุมคุณภาพงานเภสัชกรรม
- การควบคุมคุณภาพงานโภชนาการ

หรืออาจจะจัดให้มีการตรวจสอบอื่น ๆ เพิ่มเติมก็ได้

วัตถุประสงค์ในการตรวจสอบ เน้นเช่นเดียวกันกับการตรวจสอบคุณภาพงาน แต่มาตรฐานที่สำคัญของกลุ่มงาน คือ มาตรฐานเชิงวิชาการของกลุ่มงานต้องได้รับการพิจารณาอย่างสำคัญด้วย

2) กระบวนการตรวจสอบ

กระบวนการในการตรวจสอบที่เป็นระบบที่ค้นพบและเสนอเป็นแนวทางการตรวจสอบ ซึ่งน่าจะสามารถใช้ได้กับระบบการตรวจสอบทุกประเภท มีดังนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมการก่อนการตรวจสอบ (Pre-Auditing)

ในขั้นนี้มี 2 ขั้นตอนได้แก่ การประชุมทีมผู้ตรวจสอบภายใน และการกำหนดช่วงเวลาในการทำงานตรวจสอบ ดังนี้

ขั้นที่ 2 การดำเนินการตรวจสอบ (Auditing)

มี 4 ขั้นตอนได้แก่ การเปิดประชุมการตรวจสอบ การดำเนินการตรวจสอบ การประชุมทีมผู้ตรวจสอบวิเคราะห์ผล และการประชุมปิดการตรวจ

ในการดำเนินการตรวจสอบ ทีมผู้ตรวจสอบจะเข้าไปพบที่หน่วยที่จะรับการตรวจสอบ การตรวจสอบเน้นที่ 2 ประเด็นหลัก คือ

ประเด็นที่ 1 ความเพียงพอของเอกสารคุณภาพ (Adequacy)

ประเด็นที่ 2 ความสอดคล้องในการปฏิบัติงานคุณภาพ (Compliance)

ขั้นที่ 3 การดำเนินการภายหลังการตรวจสอบ (Post-Auditing)

มี 2 ขั้นย่อย ได้แก่ การจัดทำรายงานการตรวจสอบภายใน และการติดตามผลการแก้ไข
ปัญหาจากผลการตรวจสอบที่ดำเนินการ

3) กระบวนการติดตามผลการตรวจสอบ

ในการติดตามผลการตรวจสอบว่าหน่วยงานที่รับการตรวจสอบได้มีการดำเนินการแก้ไข
ปัญหาหรือไม่ และผลเป็นอย่างไรนั้น องค์การควรจัดกระบวนการติดตามผลดังนี้

3.1) แหล่งที่มาของรายการที่ต้องแก้ไข โรงพยาบาลสามารถที่จะได้รายการที่ต้องแก้ไขมา
จาก 4 แหล่ง คือ

- ผลของการตรวจสอบภายใน
- รายงานการปฏิบัติงาน (Non-conform Report : NCR)
- รายงานการร้องเรียนของผู้รับบริการ (Customer Complain Report : CCR)
- การทบทวนของคณะผู้บริหาร

3.2) กระบวนการ

กระบวนการการแก้ไขปัญหามาโบราณการแก้ไขสามารถดำเนินการได้ดังต่อไปนี้

- คณะกรรมการพัฒนาและควบคุมคุณภาพรับทราบรายการที่ต้องปรับปรุงแก้ไขจาก 4
แหล่ง และดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริง
- แสดงรายการที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และส่งให้หน่วยงานที่ต้องปรับปรุงแก้ไขดำเนินการ
- หน่วยงานชี้แจงถึงแนวทางแก้ไขและกำหนดระยะเวลาที่จะดำเนินการแก้ไขให้เสร็จ
สิ้น
- หน่วยงานดำเนินการแก้ไขปัญหายภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ผู้ตรวจสอบ เข้าไปดำเนินการตรวจสอบถ้าพบว่าการแก้ไขเรียบร้อยแล้วก็สรุปผล
แต่ถ้าพบว่ายังไม่เรียบร้อยก็ให้ดำเนินการแก้ไขต่อ หรือออกรายการแก้ไขใหม่ให้

6.2.3 ข้อเสนอในการพัฒนาเครื่องมือการตรวจสอบ

ผลการวิจัยพบว่าเครื่องมือการตรวจสอบที่สำคัญมี 3 ประการ คือ ทีมงานการตรวจสอบ
เอกสารมาตรฐานและคุณภาพงาน และแบบตรวจสอบและประเมินผล

1) การพัฒนาทีมงาน

ทีมงานของโรงพยาบาลที่จะต้องมีการพัฒนามีหลายทีมได้แก่

- ทีมกำหนดนโยบาย
- ทีมบริหารโรงพยาบาล
- ทีมพัฒนาและควบคุมคุณภาพ
- ทีมตรวจสอบภายใน
- ทีมปฏิบัติงานของกลุ่มงาน

อย่างไรก็ตามทีมงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการตรวจสอบโรงพยาบาล โดยเป็นระบบการตรวจสอบระดับโรงพยาบาลมีเพียง 2 ทีมเท่านั้น คือ ทีมพัฒนาและควบคุมคุณภาพงาน และทีมตรวจสอบภายใน ดังนั้นข้อเสนอในการพัฒนาเครื่องมือการตรวจสอบที่เป็นทีมงานในโรงพยาบาล จึงเน้นที่ 2 ทีมนี้

ทีมพัฒนาและควบคุมคุณภาพ

ทีมพัฒนาและควบคุมคุณภาพถือว่าเป็นหัวใจของงาน อันเนื่องมาจากเป็นทีมที่ทำหน้าที่ในการจัดวางระบบงานคุณภาพ และบริหารงานคุณภาพ การพัฒนาทีมงานนี้จึงต้องเริ่มจากการคัดเลือกผู้ปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ มีใจรักในการปฏิบัติงานคุณภาพ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ใฝ่เรียนรู้ และสามารถทำงานเป็นทีมได้ ซึ่งประเด็นดังกล่าวค่อนข้างยากที่จะได้บุคคลที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ดังนั้นจึงต้องมุ่งพัฒนาดังต่อไปนี้

- การพัฒนาวิธีการทำงานเป็นทีม
- การพัฒนาวิธีปฏิบัติงานที่เป็นระบบและการพัฒนาวิสัยทัศน์ของทีม
- การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานคุณภาพต่าง ๆ เช่น การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ISO 9002 หรือการปฏิบัติงานคุณภาพอื่น ๆ
- การบริหารงานคุณภาพ

ทีมตรวจสอบภายใน

ทีมตรวจสอบภายใน เป็นทีมสำคัญในการติดตามตรวจสอบการปฏิบัติงานคุณภาพ ดังนั้นประเด็นที่จะต้องพัฒนาได้แก่

- มาตรฐานการตรวจสอบภายในและกระบวนการตรวจสอบภายใน เพื่อรองรับรองการเป็นผู้ตรวจสอบภายในตามกฎหมาย
- มนุษยสัมพันธ์ เนื่องจากต้องมนุษยสัมพันธ์สูงกับหน่วยงานที่รับการตรวจสอบ เพื่อจะได้ลดความขัดแย้งและได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติงาน

- การพัฒนาวิธีการทำงานเป็นทีม

2) การพัฒนามาตรฐานและคุณภาพ

มาตรฐานและคุณภาพที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการตรวจสอบองค์การได้แก่ เอกสารคุณภาพ ระเบียบวิธีปฏิบัติงานคุณภาพ และคู่มือปฏิบัติงานคุณภาพ

- เอกสารคุณภาพของหน่วยงาน เป็นเอกสารที่ว่าด้วยวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี และมาตรฐานในการปฏิบัติงาน เป็นเอกสารที่แสดงเจตน์จำนงค์ขององค์การในการจะดำเนินกิจกรรมคุณภาพ เป็นเอกสารสำคัญที่ยึดเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมคุณภาพ
- ระเบียบวิธีการปฏิบัติงานคุณภาพ เป็นเอกสารที่ว่าด้วยกฎเกณฑ์ แนวทาง ขั้นตอนและวิธีการ ซึ่งเป็นระเบียบหรือข้อบังคับสำหรับการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องต้องกันอย่างเป็นระบบ หรือเพื่อให้เกิดมาตรฐานตามเอกสารคุณภาพที่กำหนดไว้
- คู่มือปฏิบัติงานคุณภาพ เป็นเอกสารที่แสดงถึงกิจกรรมการปฏิบัติงานที่บุคคลแต่ละคนหรือแต่ละตำแหน่งหรือแต่ละกลุ่มงานต้องปฏิบัติ เป็นขั้นตอนในการทำงานในเรื่องนั้น ๆ โดยเฉพาะ

สำหรับกระบวนการในการสร้างคุณภาพและมาตรฐานนี้กระบวนการจะเริ่มจากผู้ปฏิบัติงานหรือกลุ่มผู้ปฏิบัติงานดำเนินการสร้างมาตรฐานและคุณภาพการปฏิบัติงานให้แก่กลุ่มงาน โดยอาศัยประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติงานมา พร้อมทั้งอาศัยแนวคิดเชิงวิชาการประกอบด้วย หลังจากนั้นหัวหน้าหน่วยงานต้องตรวจสอบความถูกต้องเชิงวิชาการเป็นเบื้องต้นก่อน ก่อนจะส่งให้คณะกรรมการพัฒนาและควบคุมคุณภาพพิจารณา คณะกรรมการจะพิจารณารับรองมาตรฐานถ้าเห็นว่ามาตรฐานที่กำหนดเป็นไปตามหลักวิชาการ และถ้ามีปัญหาก็จะมีการปรึกษาร่วมกันระหว่างกรรมการกับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเพื่อแสวงหาข้อยุติร่วมกัน ก่อนจะรับรองประกาศเป็นมาตรฐานหรือคุณภาพที่ต้องใช้ต่อไป

อย่างไรก็ตามมาตรฐานนี้สามารถจะเปลี่ยนแปลงได้ เพื่อสร้างมาตรฐานที่ดีกว่าเดิม หรือจำเป็นต้องปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของส่วนอื่น ๆ

3) การพัฒนาเครื่องมือวัดและประเมินผล

ผลจากการวิจัยพบว่าเครื่องมือสำคัญที่องค์การใช้ในการตรวจสอบความสำเร็จของการปฏิบัติงาน มีอย่างน้อย 2 ชุด คือ การประเมินผลผลิตของการปฏิบัติงาน การประเมินและตรวจสอบกระบวนการปฏิบัติงาน

การประเมินผลผลิตของการปฏิบัติงาน

การประเมินผลผลิตของการปฏิบัติงานอาจประเมินได้ 2 แบบ คือ การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ และการประเมินผลการปฏิบัติงาน

- การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผลจากการวิจัยพบว่าทุกองค์การมีการประเมินผลความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อจะได้ใช้เป็นดัชนีในการปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงานของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับความพึงพอใจของลูกค้า แบบประเมินที่มีการใช้อย่างกว้างขวาง คือ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยใน ซึ่งพัฒนาขึ้นมาโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งจะมีประเด็นช่วยชี้ให้เห็นระดับความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ที่สำคัญครอบคลุมทุกด้าน และกระบวนการใช้เครื่องมือนี้ก็ค่อนข้างง่าย ดังนั้นข้อเสนอในที่นี้คือ ควรใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยอาจจะปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของโรงพยาบาล หรือหน่วยงานย่อย ๆ แต่ละแห่ง
- การประเมินผลการปฏิบัติงาน ผลผลิตของการปฏิบัติงานที่สำคัญอีกประการหนึ่งของโรงพยาบาลก็คือ สัมฤทธิ์ผลของการบริการ เช่น อัตราการตาย อัตราการหายจากการเจ็บป่วย อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน หรือปริมาณและคุณภาพของผลผลิตที่เกิดจากการปฏิบัติงาน ซึ่งสามารถประเมินได้จากสถิติที่มีการเก็บรวบรวม หรือได้จากการตรวจสอบรายการ

การประเมินและตรวจสอบกระบวนการปฏิบัติงาน

การประเมินและกระบวนการตรวจสอบกระบวนการปฏิบัติงาน นั้นมีข้อเสนอแนะให้ประเมินและตรวจสอบอย่างน้อย 2 ประเด็น คือ การตรวจสอบความเพียงพอของเอกสารคุณภาพ และการตรวจสอบความสอดคล้องของการปฏิบัติงานกับเอกสารคุณภาพ

- การตรวจสอบความเพียงพอของเอกสารคุณภาพ ควรมุ่งเน้นการตรวจสอบว่าเอกสารคุณภาพนี้มีคุณภาพเพียงพอจริงหรือไม่ มีจุดใดที่เป็นปัญหา ทันสมัย ทันกาล หรือไม่ ถูกต้องตามหลักวิชาการหรือไม่ มีประเด็นใดที่ยังไม่ได้กำหนดไว้ เอกสารคุณภาพนี้รวมไปถึง เอกสารคุณภาพ ระเบียบปฏิบัติ และคู่มือคุณภาพ ทั้งนี้เนื่องจากต้องใช้เอกสารนี้เป็นแนวทางในการดำเนินการ เอกสารนี้จึงต้องมีความเพียงพอที่จะก่อให้เกิดคุณภาพได้จริง ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบอาจต้องเป็นแบบตรวจสอบรายการตามมาตรฐานที่กำหนด ในกรณีการตรวจสอบรายการของโรงพยาบาลตามมาตรฐานการรับรองโรงพยาบาล หรือตามมาตรฐานของ ISO 9002 อย่างไรก็ตามการ

ใช้กลุ่มมาวิเคราะห์ซึ่งประเด็นก็เป็นเครื่องมือที่สำคัญอีกประการหนึ่ง นอกเหนือจากการใช้แบบตรวจสอบรายการ ซึ่งมักจะค่อนข้างวัดได้เพียงตามรายการที่กำหนดเท่านั้น

การตรวจสอบการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับเอกสารคุณภาพ เป็นการมุ่งเน้นเพื่อจะตรวจสอบว่า ผู้ปฏิบัติงานระดับต่าง ๆ ได้ปฏิบัติงานจริงตามแนวทางของเอกสารที่กำหนดไว้หรือไม่ เพราะเหตุใด เครื่องมือสำคัญที่อาจนำมาใช้ได้แก่ การสังเกตการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน หรือการตรวจสอบรายการการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน

บรรณานุกรม

- ทบวงมหาวิทยาลัย (2532). โครงการจัดตั้งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- บัญชา แก้วส่อง (2541) การจัดวางระบบการตรวจสอบโรงพยาบาล เอกสารอัดสำเนา
- บุญมี เลิศพิเชฐ (2538) “เงินนอกงบประมาณและการตรวจสอบการดำเนินการ”.วารสารกรม
บัญชีกลาง ปีที่ 38 เล่มที่ 2:
- ประวัตร นิลสุวรรณากุล (2534). “การเพิ่มประสิทธิภาพของผู้ตรวจสอบโดยการตรวจสอบการบริหาร”. วารสารกรมบัญชีกลาง ปีที่ 32 เล่มที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ :47-57
- ประวัตร นิลสุวรรณากุล (มปป.) “การตรวจสอบการตรวจสอบการบริหารจัดการ”.จุฬาลงกรณ์
สาร.:78-82.
- ประมล ชูแก้ว (2537) การปฏิบัติงานตรวจสอบภายในอย่างมีประสิทธิภาพ. วารสารกรมบัญชี
กลาง ปีที่ 37 เล่มที่ 1:19-24.
- ภาวิช ทองโรจน์.(มปป). เหตุผล ความจำเป็นและพัฒนาการทางแนวคิดในการปรับเป็น
มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ. เอกสารอัดสำเนา
- มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (มปป.) 4 ปี มทส.
- มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (มปป.) 8 ปี มทส.
- มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. แผนพัฒนามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. (พ.ศ.2540 - 2544)
- วิจิตร ศรีส้าน (2534) การเป็นอิสระของมหาวิทยาลัยโดยยังมีสถานภาพเป็นมหาวิทยาลัยของรัฐ.
เอกสารอัดสำเนา
- สิทธิศักดิ์ พุกกะปิติกุล (2542). ISO9200 สำหรับโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: ดวงกระมล.
- สุทธิเดช กอศรีไพร (2534) “การวิเคราะห์การตรวจสอบภายในของรัฐวิสาหกิจ”. วารสารกรม
บัญชีกลาง ปีที่ 32 ฉบับที่ 2:27-34.
- สุทธิรัตน์ รัตนโชติ (2532). “ระเบียบว่าด้วยการตรวจสอบภายในของส่วนราชการ”. วารสารกรม
บัญชีกลาง ปีที่ 30 เล่มที่ 5:35-45.
- สุรศักดิ์ นานานุกุล (2539). “การตรวจสอบและการบริหารคุณภาพ” .วารสารตรวจเงินแผ่นดิน.3
(9) มกราคม-มิถุนายน:23-42.
- ศัจรัตน์ เมธีสุวภาพ. (2539). “ผู้บริหารกับการตรวจสอบภายใน”. จุฬาลงกรณ์สาร.:95-100.
- อร่าม คุปตเมธี. (2539) “เทคนิคสำหรับผู้ตรวจสอบภายใน”.วารสารบัญชีกรมกลาง ปีที่ 37 ฉบับที่
:37-43.

อรพรรณ ทองอร่าม (2539) “ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะช่วยงานตรวจสอบภายในได้อย่างไร” วารสาร
บัญชีกรรกลาง ปีที่ 37 ฉบับที่ 1

อนุวัฒน์ สุขขุติกุล (มปป.) การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เอกสารอัดสำเนา

Sayle.(1981).**Management Audits**. London: McGraw-Hill.

Arens, A.A. and Loebbecke.(1976) .**Auditing an Intrgrated Aproach**. New York: Prentice-
Hall.

Carmichael, D.K., and JJ. Willingham .(1979). **Perspective in Auditing**. New York: McGraw-
Hill.

Novak, S.R. (1980). **Auditor’s Manaul and Guide**. U.S.A.Institue for Business Planning.

Ricchiute, D.N. (1982).**Auditing Concepts and Standards**. U.S.A.South-Western Publising.

Meridith&Mantel.1989.อ้างอิงในบัญชีร แก้วส่อง.การจัดวางระบบการตรวจสอบโรงพยาบาล
(เอกสารอัดสำเนา)

Weihrich, H., and H. Koontz (1994) .**Management Aglobal Perspective**. New York: McGraw-
Hill.

กรณีศึกษา “ระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การ
สำหรับการพัฒนานโยบายเพื่อปรับปรุงระบบการบริหาร
โรงพยาบาลของรัฐ”

โดย

บัญชากร แก้วส่อง
พิระศักดิ์ ศรีฤชา สกพ พระธานี
สุจิตรา จงจิตร สุกัญญา เอ็มเอ็มธรรม
อมร สุวรรณนิมิตร

ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น



จัดพิมพ์โดย สำนักวิทยบริการฯ

สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

WX
150
บ213ร
2542
ก2ค1

เลขหมู่	HS0568/2
เลขทะเบียน	
วันที่	6 เดือน กค ปี 42

**กรณีศึกษา “ระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การ
สำหรับการพัฒนานโยบายเพื่อปรับปรุงระบบการบริหาร
โรงพยาบาลของรัฐ”
: 6 กรณีศึกษา**

โดย

**ผศ.ดร.บัญญัติ แก้วส่อง
รศ.พีระศักดิ์ ศรีฤชา
รศ.นพ.สมภพ พระธานี
ผศ.ดร.สุจิตรา จงจิตร
อาจารย์สุกัญญา เอ็มอัมรรรม
อมร สุวรรณนิมิตร**

**ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

คำนำ

รายงานผลการศึกษา โครงการวิจัยเรื่อง กรณีศึกษา: “ระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การสำหรับการพัฒนานโยบายเพื่อปรับปรุงระบบการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ” ได้จัดทำรายงานเป็นสามส่วน

ส่วนที่หนึ่ง เป็นการสังเคราะห์ภาพรวมจากกรณีศึกษาทั้ง 6 กรณีศึกษา รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาองค์กรกลาง

ส่วนที่สอง เป็นภาคผนวกซึ่งรวมเนื้อหาในส่วนที่เป็นรายละเอียดของกรณีศึกษาทั้ง 6 กรณีศึกษา

ส่วนที่สาม เป็นเครื่องมือที่รวบรวมไว้ทั้งหกกรณีศึกษา

สำหรับในส่วนที่สองนี้ คณะผู้วิจัยได้นำเสนอรายละเอียดของแต่ละกรณีศึกษา คือ

กรณีศึกษา : โรงพยาบาลราชบุรียูนิต จังหวัดสงขลา

กรณีศึกษา : โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กรณีศึกษา : โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

กรณีศึกษา : โรงพยาบาลหาดใหญ่

กรณีศึกษา : คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ

โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์

กรณีศึกษา : มหาวิทยาลัยอัสระ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผลการศึกษา คาดว่าจะเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อวางระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การสำหรับการพัฒนานโยบาย เพื่อปรับปรุงระบบการบริหารโรงพยาบาลของรัฐต่อไป

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหาร ตลอดจนเจ้าหน้าที่ขององค์กรที่เป็นศึกษา และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ในการสละเวลาและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัย ครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

คณะผู้วิจัย

(ร่าง)

ผลการวิจัย

เรื่อง

**“ระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การสำหรับการ
พัฒนานโยบายเพื่อปรับปรุงระบบการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ**

กรณีศึกษา :

โรงพยาบาลราชบุรียี่นดี จังหวัดสงขลา ”

การศึกษาระบบการติดตามและประเมินผลโรงพยาบาล
: กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรียี่นดี จังหวัดสงขลา

1. บทนำ

1.1 วิวัฒนาการขององค์กร

โรงพยาบาลราชบุรีอินคีเป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาดกลาง ตั้งอยู่ที่ 119 ถนนราชบุรีอินคี อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีคนไข้มารับบริการเดือนละประมาณ 7000 คน เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพการบริการ ISO 9002 จากการบริการของห้องฉุกเฉิน (Emergency Room : ER) โดยใช้เวลาในการดำเนินการทั้งหมด ประมาณ 9 เดือน ก่อนที่จะได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพการบริการจากบริษัท TRADA ประเทศอังกฤษ เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2541

การก่อเกิดของระบบ ISO 9002

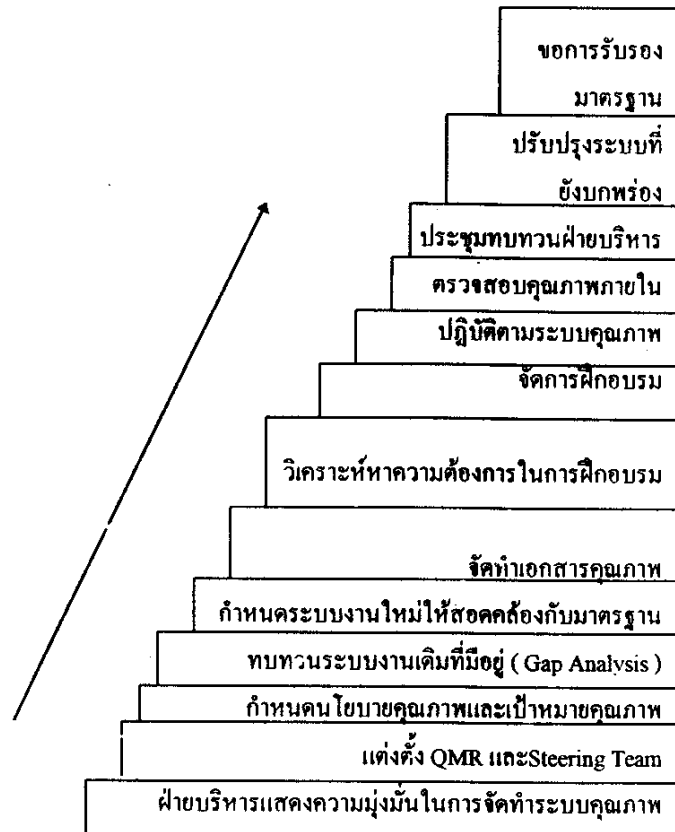
1.แนวคิดในการเปลี่ยนแปลงองค์กรเกิดจากยุคภาวะเศรษฐกิจตกต่ำมีผลกระทบต่อโรงพยาบาลหลายด้าน ได้แก่

- ยอดขายลดลง
- พนักงานบางส่วนว่างงาน มีพนักงานเกินปริมาณ
- โรงพยาบาล ไม่มีนโยบายจะปลดพนักงาน
- ในช่วงที่ว่างงานจึงมีการอบรมพนักงานเพื่อมุ่งเน้นมาตรฐานการปฏิบัติงานของพนักงาน
- จึงได้นำแนวคิดการจัดทำคุณภาพการบริการการบริการตามแนวของ ISO 9002

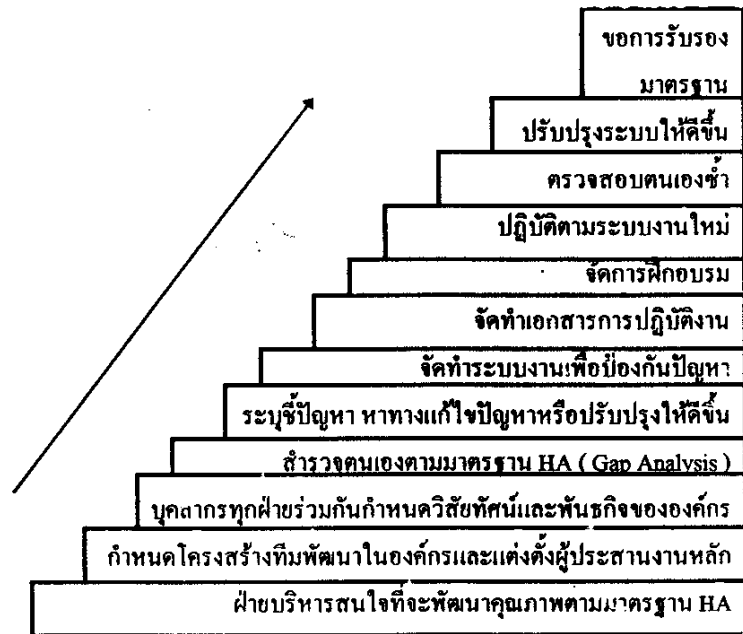
2. ปัญหาการเริ่มดำเนินการในช่วงแรกของการดำเนินการต้องการใช้ระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) แต่ก็พบปัญหาของการใช้ HA ว่า

- ไม่มีรูปแบบให้
- มีการกำหนดเป้าหมายให้เห็นแต่ขาดวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมายนั้น
- ทุกคนที่เกี่ยวข้องเกิดความเครียดว่าจะไปถึงเป้าหมายได้อย่างไร
- ทุกคนพยายามหาทางที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

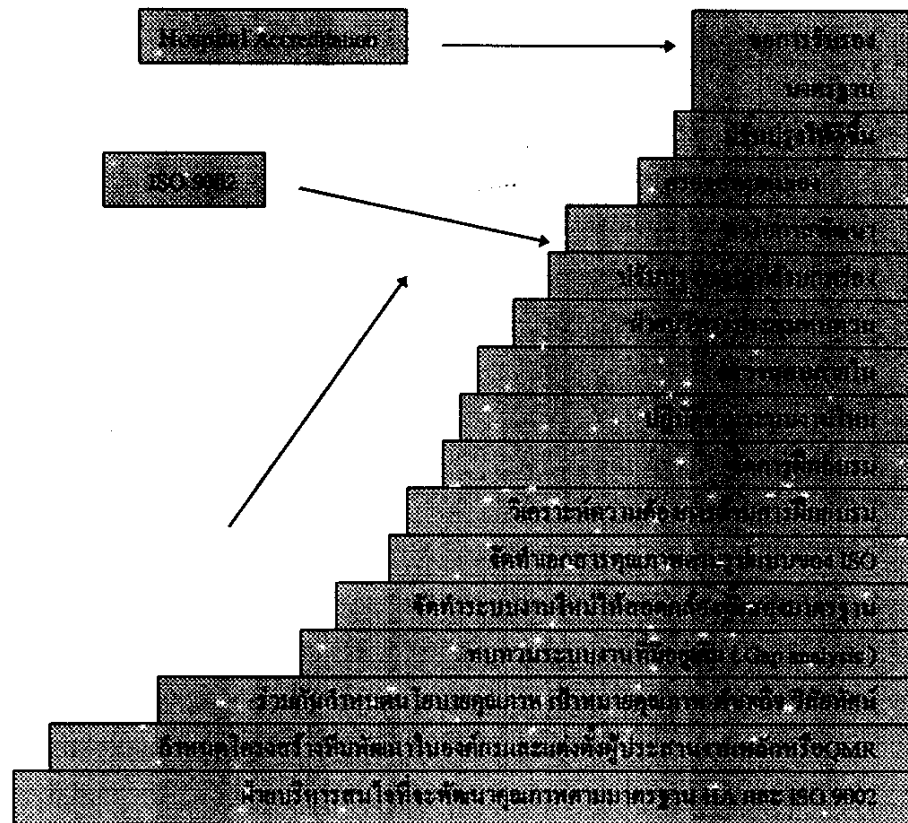
ภาพที่ 1 ขั้นตอนการรับรองมาตรฐาน ISO 9002



ภาพที่ 2 บันไดสู่มาตรฐาน Hospital Accreditation



ภาพที่ 3 บันไดสู่มาตรฐาน ISO 9002 และ Hospital Accreditation



2. ระบบการตรวจสอบคุณภาพ (Quality Audit System)

องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบการตรวจสอบคุณภาพของโรงพยาบาล มี 3 องค์กร คือ

1. คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล (Executive Committee) ดำเนินการตรวจสอบและพิจารณา (Management Review)

ฝ่ายบริหารระดับสูงของโรงพยาบาลมีการประชุมประจำเดือนเพื่อติดตามผลการดำเนินงานต่างๆของโรงพยาบาล ซึ่งการประชุมแต่ละครั้งจะได้มีการพิจารณาผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข เมื่อพบแล้วจะออกใบแก้ไขให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปดำเนินการตามวิธีการและเวลาที่หน่วยงานนั้น ๆ กำหนดเอง

2. คณะกรรมการประกันคุณภาพงานบริการ (Quality Assurance)

คณะกรรมการประกันคุณภาพงานบริการ ประกอบด้วย แพทย์ซึ่งทำหน้าที่เป็น QMR แพทย์ซึ่งทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมตรวจสอบภายใน ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และรองผู้อำนวยการฝ่ายการเงิน เป็นกรรมการ จำนวน 6 คน คณะกรรมการชุดนี้เดิมมีหลายคน ในช่วงแรกของการดำเนินการ ต่อมาบางคนได้ติดภารกิจด้านอื่น ๆ ทำให้ไม่มีเวลามาร่วมกิจกรรม จึงได้มีการปรับปรุงใหม่คัดเลือกมาเฉพาะบุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะและมีความต้องการที่จะดำเนินงานในลักษณะนี้ด้วย เพราะคณะกรรมการชุดนี้มีการประชุมแทบทุกวันในการวิเคราะห์และแสวงหาทางออกของการแก้ปัญหาให้แก่ระบบการบริการ

คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่ ที่สำคัญ คือ

- 1) ทำหน้าที่บริหารงานคุณภาพของโรงพยาบาล
 - 2) ควบคุมกระบวนการให้บริการของโรงพยาบาล
 - 3) Equipment ที่จะเข้ามาในระบบ
 - 4) การฝึกอบรมบุคลากรที่จะเข้าไปทำงานในระบบ
3. หน่วยตรวจสอบภายใน (Internal Audit Team)

3.1 องค์ประกอบของทีมงานตรวจสอบภายใน

ทีมงานผู้ตรวจสอบภายใน มี 11 คน มีนายแพทย์สุนทร เป็นหัวหน้าทีม บุคคลในทีมประกอบด้วยบุคคลจากหลาย ๆ หน่วยงานในโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการคัดเลือก ผ่านกระบวนการฝึกอบรมและสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ตรวจสอบภายในได้

3.2 คุณลักษณะสำคัญของผู้ตรวจสอบภายใน

ผู้ตรวจสอบภายในมีคุณสมบัติสำคัญตามระเบียบของการตรวจสอบภายใน ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ

- 1) มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน
- 2) ไม่มีความขัดแย้งกับหน่วยงานที่จะไปสำรวจ
- 3) มีความอดทนอดกลั้นต่อการบีบรัดหรือความเครียดที่เกิดขึ้น
- 4) เป็นผู้รู้จักกาลเทศะ เป็นต้น

3.3 กระบวนการได้มาซึ่งผู้ตรวจสอบภายใน

การได้มาซึ่งผู้ตรวจสอบภายในมีกระบวนการดังนี้

- 1) การคัดเลือก โดยคณะกรรมการประกันคุณภาพเป็นผู้คัดเลือกจากบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะเป็นผู้ตรวจสอบ และมีความตั้งใจอยากทำงาน ที่สำคัญผู้ตรวจสอบต้องมีความหลากหลายจากสาขาวิชาเฉพาะต่าง ๆ
- 2) ผ่านกระบวนการฝึกอบรมในการเป็นผู้ตรวจสอบตามหลักสูตรมาตรฐาน
- 3) สอบเป็นผู้ตรวจสอบ มีการประเมินโดยใช้วิธีการตรวจสอบให้ดู
- 4) ฝึกหัดการตรวจสอบในสถานที่จริง
- 5) ในกรณีที่มีการตรวจสอบใหญ่จะต้องมีการฝึกอบรมผู้ตรวจสอบทุกครั้ง
- 6) ภายหลังจากการตรวจสอบแล้ว จะมีการพูดคุยระหว่างทีมงานเพื่อสรุปปัญหาในการตรวจสอบ

3.4 ระยะเวลาของการตรวจสอบภายใน

การตรวจสอบภายในมี 2 แบบ คือ

- 1) การตรวจสอบปกติ (Annual Audit) จะมีการตรวจสอบปีละ 2 ครั้ง นั่นคือ ตรวจสอบทุก 6 เดือน เพื่อรองรับการตรวจสอบจากภายนอก โดยเฉพาะการตรวจสอบจาก บริษัท TRADA ประเทศอังกฤษ ซึ่งเป็นผู้อนุมัติ ISO 9002 การจัดทีมตรวจสอบจะจัดประมาณ 4-5 ทีม โดยมีสมาชิกทีมละ 2-3 คน แล้วแต่ขนาดของหน่วยงานที่ไปตรวจสอบ การตรวจสอบครั้ง ๆ หนึ่งใช้เวลาประมาณ 2-5 วัน
- 2) การตรวจสอบเป็นครั้งคราว (Sporadic Audit) มีการดำเนินการเป็นครั้งคราวตามความจำเป็น โดยไม่ต้องรอช่วงของการตรวจสอบใหญ่ เป็นการดำเนินการแบบไม่เป็นทางการ จุดมุ่งหมายเพื่อปิด CAR โดยมีการบันทึกการตรวจสอบไว้เช่นเดียวกับการตรวจสอบปกติ

3.5 เป้าหมายของการตรวจสอบภายใน

ในการตรวจสอบภายในของโรงพยาบาลราชบุรีอินดิ มีเป้าหมาย 2 ประการ คือ

- 1) การตรวจสอบคุณภาพของเอกสาร (Quality Document Audit) นั่นคือ ตรวจสอบว่าเอกสารที่หน่วยงานใช้ทั้งหมด มีคุณภาพหรือไม่
- 2) การตรวจสอบการปฏิบัติงานคุณภาพ (Quality Compliance Audit) นั่นคือ ตรวจสอบว่าได้มีการปฏิบัติตามเอกสารคุณภาพที่กำหนดไว้จริงหรือไม่

ขั้นตอนในการตรวจสอบภายใน

การดำเนินการตรวจสอบมี 3 ขั้นตอนหลัก คือ ขั้นเตรียมการก่อนการตรวจสอบ ขั้นดำเนินการตรวจสอบ และขั้นภายหลังการตรวจสอบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมการก่อนการตรวจสอบ (Pre-Auditing)

ในขั้นนี้มี 2 ขั้นตอนย่อยได้แก่ การประชุมทีมผู้ตรวจสอบภายใน และการกำหนดช่วงเวลาในการทำงานตรวจสอบ ดังนี้

ขั้นตอนย่อยที่ 1 การประชุมทีมผู้ตรวจสอบภายใน (Auditor Team Meeting)

ในรอบของการดำเนินการตรวจสอบแต่ละครั้ง ก่อนการตรวจสอบ ทีมผู้ตรวจสอบจะประชุมร่วมกัน เพื่อรับนโยบายการตรวจสอบมาจากกรรมการบริหารและคณะกรรมการประกันคุณภาพงานว่าในรอบนี้จะต้องตรวจสอบหน่วยงานใดบ้าง ซึ่งในการประชุมนี้ทีมผู้ตรวจสอบจะพิจารณา 3 ประเด็นคือ

- 1) ประเด็นที่จะมีการตรวจสอบ การตรวจสอบในครั้งนี้จะเน้นไปที่ประเด็นใดบ้าง เพื่อจะได้ทำความเข้าใจร่วมของผู้ตรวจสอบทั้งหมด ให้เห็นถึงภารกิจที่จะต้องดำเนินการ ขอบข่ายของการตรวจสอบ ตารางแสดงรายการที่จะต้องตรวจสอบตามมาตรฐาน ISO 9002 และจะต้องมีรายการที่จะต้องตรวจสอบเพิ่มเติมไว้ด้วย ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยงานนี้ไม่ต้องการหยุดเพียงการได้มาตรฐาน ISO 9002 แต่ต้องการพัฒนามาใช้ระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้วย ซึ่งในปัจจุบัน โรงพยาบาลราชบุรีอินดิดำเนินการ HA ได้ประมาณ 60% แล้ว
- 2) หน่วยงานที่จะต้องตรวจสอบ เป็นการพิจารณาว่าจะต้องมีการตรวจสอบหน่วยงานใด โดยใช้ข้อมูลเดิม หรือพิจารณาจากนโยบายของหน่วยเหนือ และผู้ตรวจสอบจากภายนอกเป็นหลัก
- 3) การจัดทีมผู้ตรวจสอบ ทีมผู้ตรวจสอบจะจัด 2-3 คน ต่อทีม แต่ละทีมอาจตรวจสอบ 2-3 หน่วยงาน หลักการจัดทีมก็คือ ในทีมจะต้องไม่มีผู้มี

ส่วนได้เกี่ยวกับหน่วยที่จะไปตรวจสอบ เป็นการจับคนจากหน่วยหนึ่งไปตรวจสอบอีกหน่วยหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อมิให้เกิดความลำเอียง

ขั้นย่อยที่ 2 การกำหนดช่วงเวลาการทำงาน (Setting Time Table) เป็นการกำหนดให้เห็นอย่างชัดเจนว่าจะทำการตรวจเมื่อใด ตรวจหน่วยใด เพื่อผู้รับการตรวจจะได้เตรียมตัวในการรับการตรวจได้อย่างดี เป็นการดำเนินการตาม Master Plan ของการตรวจสอบระบบคุณภาพ ซึ่งจะระบุไว้อยู่แล้วว่าจะต้องมีการตรวจสอบคุณภาพปกติเมื่อใด

ขั้นที่ 2 การดำเนินการตรวจสอบ (Auditing)

มี 4 ขั้นย่อยได้แก่ การเปิดประชุมการตรวจสอบ การดำเนินการตรวจสอบ การประชุมทีมผู้ตรวจสอบวิเคราะห์ผล และการประชุมปิดการตรวจสอบ ดังรายละเอียดวิธีการดังต่อไปนี้

ขั้นย่อยที่ 1 การประชุมเปิดการตรวจสอบ (Opening Meeting)

การประชุมเปิดการตรวจสอบ เป็นการประชุมร่วมระหว่างหน่วยงานที่จะได้รับการตรวจสอบ กับทีมผู้ตรวจสอบ โดยทำความเข้าใจร่วมถึงช่วงเวลา วิธีการตรวจสอบ ทีมที่จะเข้าไปตรวจสอบ และประเด็นที่จะต้องไปตรวจสอบ ในช่วงนี้เปิดโอกาสให้ผู้ที่จะได้รับการตรวจสอบแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการที่จะไปตรวจสอบได้อย่างเต็มที่ และทีมผู้ตรวจสอบก็ได้ปรับกลยุทธ์การตรวจสอบ ในช่วงนี้เป็นเบื้องต้นก่อน ประเด็นสำคัญของการประชุมจะเน้นในเรื่อง

- คำแนะนำเรื่องการตรวจสอบ
- มาตรฐานการตรวจสอบ
- กำหนดการตรวจสอบที่อาจจะต้องปรับเปลี่ยน
- การนัดหมายการปิดการตรวจสอบ เป็นต้น

ขั้นย่อยที่ 2 การดำเนินการตรวจสอบ (Auditing)

ในการดำเนินการตรวจสอบ ทีมผู้ตรวจสอบจะเข้าไปพบที่หน่วยที่จะรับการตรวจสอบ การตรวจสอบเน้นที่ 2 ประเด็นหลัก คือ

ประเด็นที่ 1 ความเพียงพอของเอกสารคุณภาพ (Adequacy) เพื่อจะดูว่าเอกสารที่ดำเนินการมีคุณภาพมากน้อยเพียงใด มีความสมบูรณ์หรือไม่ ขาดตกบกพร่องในเรื่องใด เอกสารนี้จะต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการประกันคุณภาพ จะเป็นเอกสารที่กำหนดเองโดยไม่ได้รับอนุมัติไม่ได้ มิเช่นนั้นจะถือว่าเป็นเอกสารเถื่อน ถ้าหน่วยงานต้องการปรับปรุงเอกสารต้องมีการดำเนินการก่อนแล้วขออนุมัติจากกรรมการ นอกจากนั้นก็จะตรวจสอบว่าเอกสารเขียนเพียงพอตามข้อกำหนดที่ควรมีหรือไม่ เป็นไปตามกฎเกณฑ์ที่ระบุไว้หรือไม่ เอกสารที่ตรวจสอบมี 5 ระดับคือ

- 1) คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

- 2) ระเบียบปฏิบัติ (Procedure) จะมีเกณฑ์สำคัญ ๆ กำหนดไว้ในการปฏิบัติต่าง ๆ เช่น ระเบียบปฏิบัติการส่งเลือดไปตรวจ เป็นระเบียบที่กำหนดให้ผู้ปฏิบัติต้องปฏิบัติตามวิธีการต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ ระเบียบปฏิบัติที่มีในปัจจุบันประมาณ 200 รายการ
 - 3) คำแนะนำวิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction) เป็นเอกสารที่แสดงให้เห็นว่าแต่ละตำแหน่งงานนั้นมีวิธีการปฏิบัติงานคุณภาพอย่างไร คู่มือนี้ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้สร้างขึ้นเอง โดยได้รับการรับรองจาก QMR และผู้บริหารระดับสูงด้วย คำแนะนำการทำงานของแต่ละลักษณะงานนี้ปัจจุบันมีประมาณ 700 รายการ เป็นของฝ่ายการพยาบาลประมาณ 50 รายการ
 - 4) การบันทึกคุณภาพ (Quality Record)
 - 5) เอกสารคุณภาพภายนอก (External Quality Document) เช่น HA เป็นต้น
- ในการตรวจสอบว่าเอกสารมีความเพียงพอหรือไม่มุ่งเน้นตรวจสอบใน 3 ประเด็น คือ
- ประการแรก เป็นไปตามมาตรฐาน ISO 9002 หรือไม่
 - ประการที่สอง ดูการไหลเวียนของงานว่ามีการขาดตอนหรือไม่ มีการสะดุดหรือการแตกตัวของระบบคุณภาพไหม
 - ประการที่สาม พิจารณาจาก NC (Non-conform) ที่เกิดขึ้นว่ามีอะไรบ้าง เกิดจากความไม่เพียงพอของมาตรฐานที่กำหนดหรือไม่
- การสร้างเอกสารคุณภาพ

ประเด็นที่ 2 ความสอดคล้องในการปฏิบัติงานคุณภาพ (Compliance) เป็นการตรวจสอบเพื่อดูว่าตามเอกสารคุณภาพที่เขียนไว้นั้นได้มีการปฏิบัติตามจริงหรือไม่ โดยเน้นการตรวจสอบความสอดคล้องในการปฏิบัติกับเอกสาร 3 ระดับคือ การปฏิบัติตามคู่มือคุณภาพ การปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ และการปฏิบัติตามคำแนะนำในการปฏิบัติงาน วิธีการตรวจสอบความสอดคล้องในการปฏิบัติงานทำ 3 แบบคือ

- 1) การศึกษาจากบันทึก เพื่อดูว่าการปฏิบัติงานมีการบันทึกข้อมูลไว้ครบถ้วนหรือไม่
 - 2) การสังเกต จะใช้คำแนะนำในการปฏิบัติงานมาเปิดดูแล้วขอให้ผู้รับการตรวจสอบดำเนินการให้ดู เป็นการสังเกตพฤติกรรมว่าเป็นไปตามข้อกำหนดที่ได้เขียนไว้หรือไม่
 - 3) การตรวจสอบรายการ เป็นการตรวจสอบตามรายการของ ISO 9002
- ผลจากการตรวจสอบจะมี 2 แบบคือ

-การยอมรับคุณภาพการปฏิบัติงาน โดยผู้ตรวจสอบต้องสรุปให้เห็นว่ามีหลักฐานอะไรที่ทำให้ยอมรับได้

-การไม่ยอมรับคุณภาพการปฏิบัติงาน มี 2 ระดับ คือ ระดับที่ไม่รุนแรงจะใช้วิธีการให้ O (Observe) ไปก่อน เพราะยังเอาผิดไม่ได้ เพียงแต่ตั้งข้อสงสัยไว้เป็นเบื้องต้น ในกรณีที่เป็นความผิดที่ชัดเจน ก็จะมีกรออกใบ CAR เพื่อดำเนินการแก้ไขต่อไป

ขั้นย่อยที่ 3 การประชุมทีมผู้ตรวจสอบ (Auditor Meeting)

ภายหลังจากการตรวจสอบแล้ว ทีมผู้ตรวจสอบทั้งหมดทุกทีมจะมาสรุปผลและอภิปรายร่วมกันว่ามีประเด็นใดบ้างที่ไม่สอดคล้อง (NC-Non-Conform)

ขั้นย่อยที่ 4 การประชุมปิดการตรวจสอบ (Closing Meeting)

เป็นการประชุมร่วมระหว่างทีมผู้ตรวจสอบ กรรมการประกันคุณภาพ และผู้รับการตรวจสอบ และผู้บริหารอาจจะเข้าร่วมประชุมด้วย ประเด็นการประชุมจะเน้นในเรื่องของความผิดพลาดของระบบที่เกิดขึ้นว่าเกิดในส่วนใด มีส่วนใดบ้างที่การดำเนินการไม่สอดคล้องกับเอกสารคุณภาพ และจะมีการสรุป CAR ที่จะต้องออกทั้งหมด ในบางกรณีบางหน่วยงานที่ได้รับการตรวจสอบอาจจะเสนอวิธีการแก้ไขปัญหา หรือบางหน่วยได้ดำเนินการแก้ไขแล้ว ก็จะปิด CAR ได้เลย

ขั้นที่ 3 การดำเนินการภายหลังการตรวจสอบ (Post-Auditing)

มี 2 ขั้นย่อย ได้แก่ การจัดทำรายงานการตรวจสอบภายใน และการติดตามผลการแก้ไขปัญหามาจากผลการตรวจสอบที่ดำเนินการ

ขั้นย่อยที่ 1 การจัดทำรายงานการตรวจสอบ (Report)

ในการจัดทำรายงานการตรวจสอบ จะเป็นรายงานที่แสดงให้เห็น

-กำหนดการของการตรวจสอบ

-หลักฐานที่แสดงว่าการปฏิบัติงานมีคุณภาพ

-การสรุปข้อเสนอประเด็นที่ต้องดำเนินการแก้ไข (Corrective Action Request :CAR)

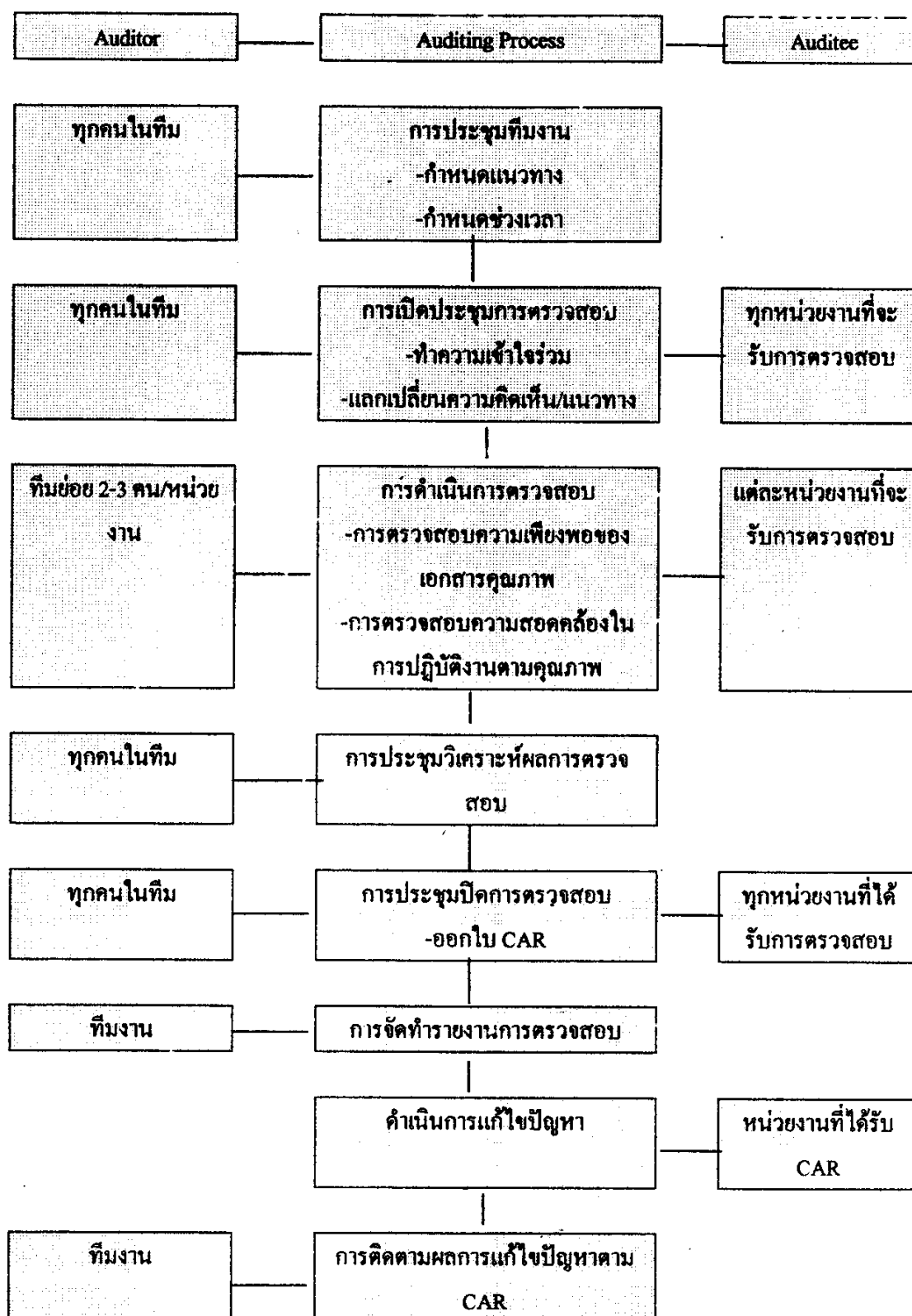
-การสรุปประเด็นที่ตั้งข้อสังเกตไว้ (Observation)

รายงานนี้จะส่งถึง QMR ก่อนส่งให้ทีมผู้บริหารรับทราบต่อไป

ขั้นย่อยที่ 2 การติดตามผลการดำเนินการแก้ไขปัญหา (Monitoring Corretive Action Request or CAR)

เป็นกระบวนการในการติดตามผลของหน่วยงานที่ได้รับใบประเด็นที่ต้องแก้ไข โดยหน่วยงานจะต้องให้คำตอบกลับมาภายใน 10 วัน ว่าจะดำเนินการแก้ไขอย่างไร และมีกำหนดเวลาแล้วเสร็จเมื่อใด เพื่อผู้ตรวจสอบจะได้ติดตามไปตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง

สำหรับกระบวนการในการตรวจสอบดังกล่าวอาจเขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



3.6 CAR Process

1) แหล่งที่มาของ CAR

มี 4 แหล่ง ได้แก่

1.1) การตรวจสอบภายใน

ผลจากการตรวจสอบภายในซึ่งพบปัญหาในการปฏิบัติงานก็จะมีก็นำปัญหานั้นมาปรึกษากันในกลุ่มของผู้ตรวจสอบ พร้อมทั้งขอคำชี้แจงจากหน่วยงานนั้นด้วย ถ้าทีมผู้ตรวจสอบเห็นว่าปัญหามีความรุนแรง ก็อาจจะออก CAR ให้ แต่ถ้าปัญหาไม่รุนแรงมาก ก็จะ Observe เพื่อรอผลการแก้ไขปัญหาก่อน หรือถ้าเป็นปัญหาเล็กน้อย ก็จะเสนอให้มีการแก้ไขเลย โดยไม่ต้องออก CAR ให้

1.2) รายงานการปฏิบัติงาน (Nonconform Report : NCR)

ในกระบวนการของการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจต้องเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน ทางหน่วยงานหนึ่งอาจจะทำหนังสือร้องเรียนขึ้นไปให้เห็นว่าอีกหน่วยงานหนึ่งทำงานไม่สอดคล้องกันก็ได้ ทั้งนี้เป้าหมายสำคัญ เพื่อการแก้ไขปัญหาให้ระบบการปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใบคำร้องนั้นเรียกว่า NCR ซึ่ง QMR จะทำหน้าที่เป็นผู้พิจารณาว่ารายงานดังกล่าวเป็นจริงเท็จใด และสมควรที่จะออก CAR หรือไม่

1.3) รายงานการร้องเรียนของผู้รับบริการ (Customer Complain Report : CCR)

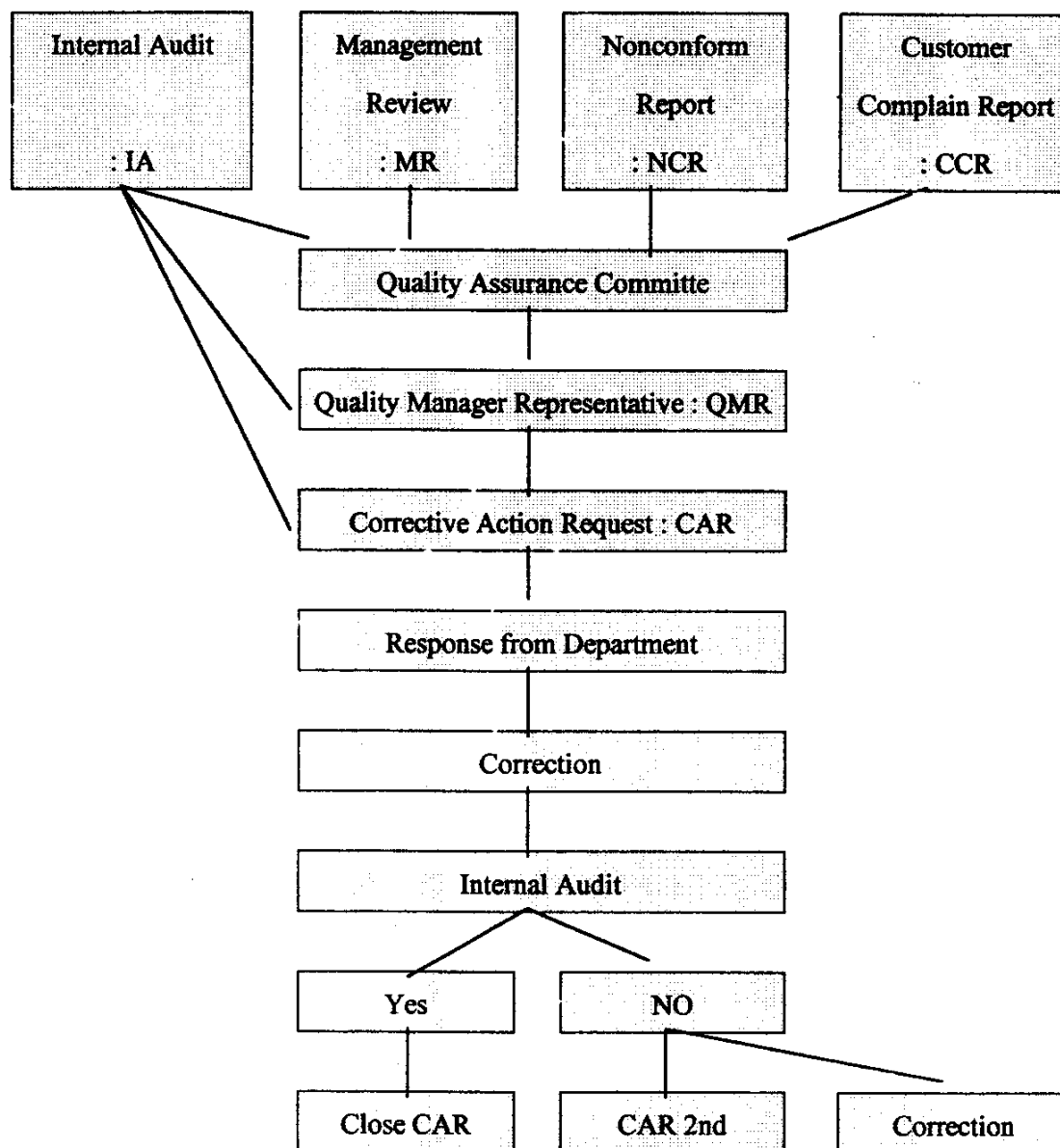
ในการให้บริการของหน่วยงานต่าง ๆ ผู้มารับบริการจะได้รับการร้องขอให้เขียนปัญหาของการรับบริการ หรือประเด็นที่ประทับใจ ซึ่งทางโรงพยาบาลจะใช้ประเด็นนี้ในการวิเคราะห์ระบบปฏิบัติงานของโรงพยาบาล ใบ CCR ที่ผู้รับบริการเขียนนี้ ผู้บริหารจะตรวจสอบทุกวัน เพื่อการแก้ไขปัญหาโดยเร่งด่วน

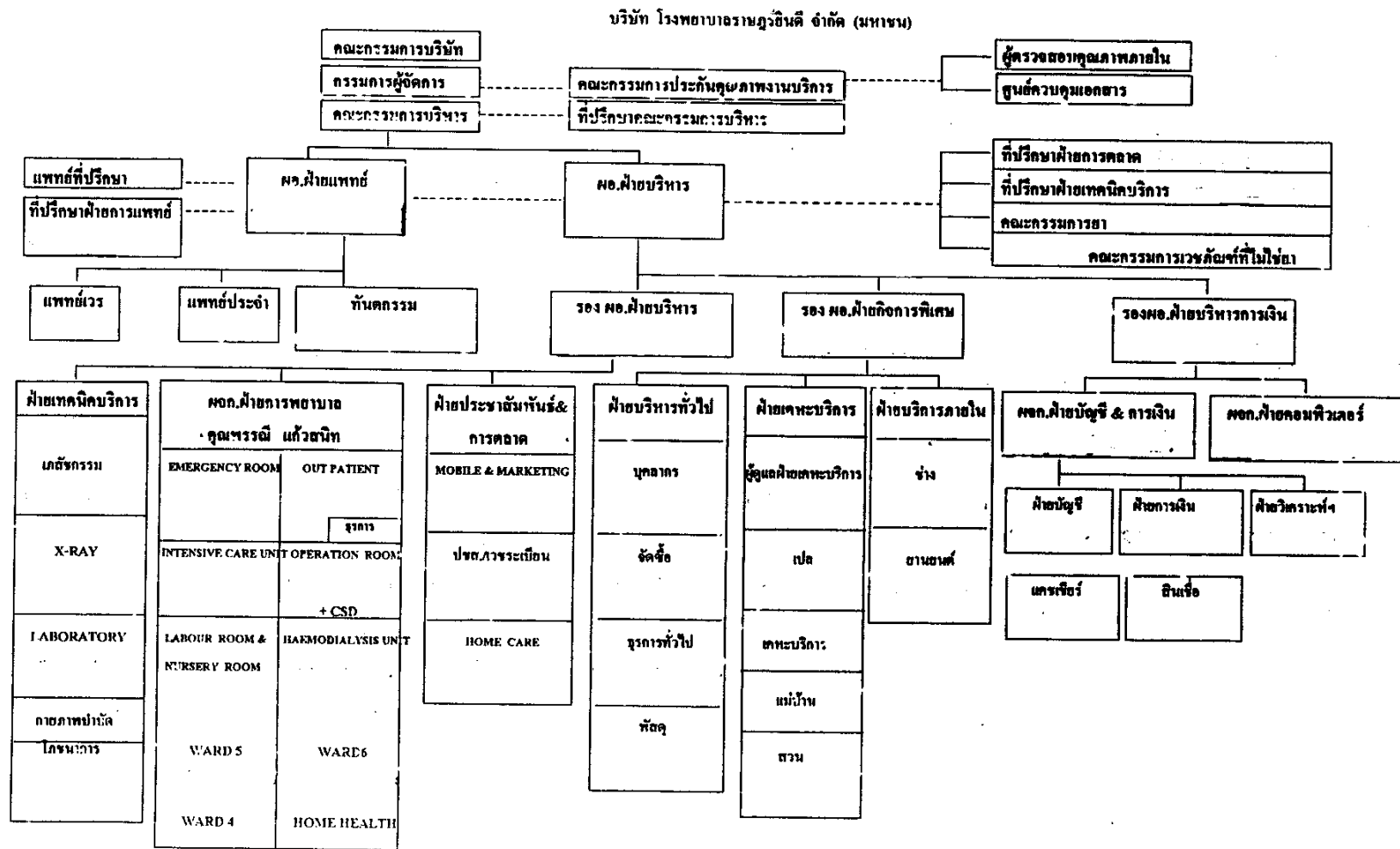
1.4) การทบทวนของคณะผู้บริหาร

คณะผู้บริหารจะมีการประชุมทบทวนการบริหารงานอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งในการประชุมผู้บริหารจะทบทวนระบบการปฏิบัติงานว่ามีจุดใดบกพร่อง และเมื่อมีข้อบกพร่องก็จะออก CAR ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องแก้ไข

2) กระบวนการของ CAR

กระบวนการการแก้ไขปัญหาตามใบ CAR ดำเนินการดังต่อไปนี้





(ร่าง)

ผลการวิจัย

เรื่อง

**“ระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การสำหรับการ
พัฒนานโยบายเพื่อปรับปรุงระบบการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ**

กรณีศึกษา :

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์”

**ระบบติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การ :
กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**

ระบบติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การ :
กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทนำ

ประวัติความเป็นมาของคณะแพทยศาสตร์และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จัดตั้งขึ้นตามประกาศในราชกิจจานุเบกษา แบ่งส่วนราชการของมหาวิทยาลัยเมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2515 รับนักศึกษาแพทย์รุ่นแรกจำนวน 35 คน ในเดือนพฤศจิกายน 2516 ระยะแรกใช้สถานที่คณะวิทยาศาสตร์เป็นที่เรียนภาคทฤษฎี และใช้โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลาเป็นที่เรียนภาคปฏิบัติ แพทยศาสตรบัณฑิตรุ่นแรกสำเร็จการศึกษาในเดือนมีนาคม 2522

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ใช้ในการเรียนการสอน และการรักษาพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ สามารถเปิดให้บริการแก่ประชาชนอย่างเป็นทางการจำนวน 100 เตียงแรกเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2525

ปัจจุบันคณะแพทยศาสตร์รับนักศึกษาแพทย์ปีละ 126 คน โรงพยาบาลเปิดให้บริการผู้ป่วย 731 เตียง คณะฯได้ดำเนินการภารกิจมาเป็นปีที่ 25 ผลิตบัณฑิตทั้งสิ้น 19 รุ่น รวม 1,307 คน ให้บริการผู้ป่วยนอกกว่า 400,000 ราย และผู้ป่วยในมากกว่า 24,000 รายต่อปี

พันธกิจของคณะแพทยศาสตร์ในทศวรรษหน้า

กรรมการประจำคณะฯ ในคราวประชุมครั้งที่ 15/2540 เมื่อวันที่ 5 กันยายน 2540 ได้มีมติเห็นชอบพันธกิจของคณะฯ ดังนี้

1. ผลิตและพัฒนาแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและคุณธรรม ให้สอดคล้องต่อความต้องการของสังคม โดยเน้นการแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง
2. สร้างงานวิจัยที่มีคุณภาพและมีทิศทางที่ตอบสนองต่อปัญหาของประเทศ โดยเฉพาะภาคใต้ เป็นที่ยอมรับในระดับชาติและนานาชาติ
3. ให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ เพื่อสนับสนุนการผลิตแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และเน้นการบริการระดับตติยภูมิ
4. ชี้นำสังคมในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน และร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

ภารกิจของคณะแพทยศาสตร์

นอกเหนือจากภารกิจหลักในการจัดการศึกษา คณะฯยังมีงานบริการรักษาพยาบาล งานวิจัย และงานบริการวิชาการแก่ชุมชน ซึ่งทุกภารกิจมีความสำคัญและมีบทบาทสนับสนุนซึ่งกันและกัน ให้ภารกิจแต่ละด้านสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

1. งานจัดการศึกษา

คณะฯมีหลักสูตรในสาขาวิชาระดับต่างๆ ดังนี้

1. หลักสูตรระดับปริญญาตรี

- 1.1 สาขาวิชาแพทยศาสตร์ รับนักศึกษาปีละ 126 คน
- 1.2 สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ (ต่อเนื่อง 2 ปี) รับนักศึกษาปีละ 60 คน

2. หลักสูตรระดับประกาศนียบัตรชั้นสูง

- 2.1 สาขาวิชาวิสัญญีพยาบาล รับนักศึกษาปีละ 5 คน
- 2.2 สาขาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ (การอบรมนานาชาติระยะสั้น)
รับนักศึกษาปีละ 16 คน

3. หลักสูตรระดับปริญญาโท

- 3.1 สาขาวิชาระบาดวิทยา (หลักสูตรนานาชาติ) รับนักศึกษาปีละ 12 คน
- 3.2 สาขาวิชาสถิติการแพทย์ (หลักสูตรนานาชาติ) รับนักศึกษาปีละ 5 คน

4. หลักสูตรระดับปริญญาเอก

- 4.1 สาขาวิชาระบาดวิทยา (หลักสูตรนานาชาติ) รับนักศึกษาปีละ 2 คน
- 4.2 วุฒิปดเฉพาะทาง 9 สาขาวิชา ได้แก่

- กุมารเวชศาสตร์	รับแพทย์เฉพาะทางปีละ 3 คน
- จิตเวชศาสตร์	รับแพทย์เฉพาะทางปีละ 3 คน
- วิสัญญีวิทยา	รับแพทย์เฉพาะทางปีละ 2 คน
- สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	รับแพทย์เฉพาะทางปีละ 4 คน
- โสต นาสิก ลาริงซ์ วิทยา	รับแพทย์เฉพาะทางปีละ 3 คน
- ศัลยศาสตร์ทั่วไป	รับแพทย์เฉพาะทางปีละ 6 คน
- ประสาทศัลยศาสตร์	รับแพทย์เฉพาะทางปีละ 2 คน
- ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	รับแพทย์เฉพาะทางปีละ 2 คน
- อายุรศาสตร์	รับแพทย์เฉพาะทางปีละ 6 คน

2. งานบริการรักษาพยาบาล

โรงพยาบาลศรีนครินทร์นอกจากเป็นสถานที่ศึกษาและฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ แพทย์เฉพาะทาง และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ยังให้การรักษายาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน (tertiary care) ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นๆ ในพื้นที่ภาคใต้ด้วยครุภัณฑ์ เทคโนโลยีที่ทันสมัย และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคสาขาต่างๆ

3. งานวิจัย

คณะฯ สนับสนุน กระตุ้น research thinking ตั้งแต่ระดับนักศึกษาแพทย์จนถึงอาจารย์แพทย์ สร้างนักวิจัยใหม่ จัดหาทุนสนับสนุนงานวิจัย สนับสนุนการทำงานเป็นกลุ่มวิจัย และควบคุมดูแลการทำวิจัยให้มีคุณภาพและจริยธรรม

4. งานบริการวิชาการแก่ชุมชน

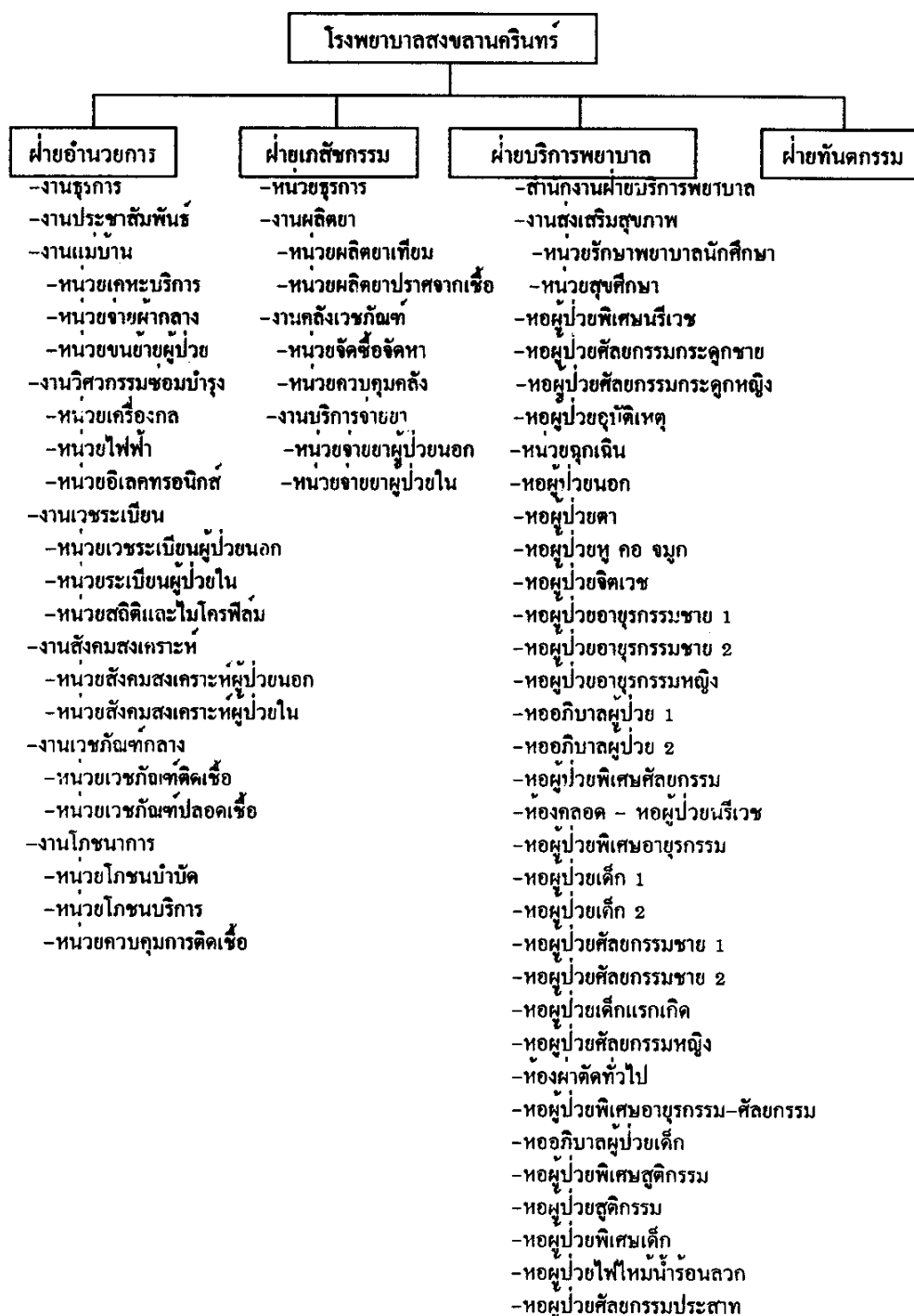
ในฐานะที่เป็นศูนย์กลางวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข คณะฯ ได้ให้บริการด้านคำปรึกษาแก่แพทย์ในโรงพยาบาลภาคใต้ จัดอบรมเพื่อการศึกษาต่อเนื่อง (continuing medical education) ในสาขาวิชาต่างๆ เป็นวิทยากร กรรมการ แก่หน่วยงานภายนอก เผยแพร่ความรู้ความก้าวหน้าทางการแพทย์ในที่ประชุมทั้งในและต่างประเทศ และผลิตตำราเอกสารประกอบการสอนในสื่อต่างๆ

แผนภูมิการแบ่งส่วนราชการ



* เป็นหน่วยงานภายในที่ไม่ได้ดำเนินการขอแบ่งส่วนราชการ

การแบ่งส่วนราชการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์



ความเป็นมาของการประกันคุณภาพงาน

- พ.ศ.2529 คณะกิจกรรรมกลุ่มสร้างคุณภาพ (QCC) มาใช้ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาคน คุณภาพงานเป็นผลพลอยได้
- พ.ศ.2532 กิจกรรมระบบข้อเสนอแนะได้นำมาเสริมเพื่อให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการปรับปรุงการทำงาน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
- พ.ศ.2534 นำผลการประเมินการปฏิบัติหน้าที่อาจารย์เป็นคะแนนควบคู่กับผลงานทางวิชาการในการพิจารณาคำแหน่งทางวิชาการระดับผู้ช่วยศาสตราจารย์และรองศาสตราจารย์
- พ.ศ.2535 คณะฯสนับสนุนให้หัวหน้าหน่วยงานจัดทำโครงการพัฒนางานเพื่อเพิ่มผลผลิตด้านการบริการพัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน ด้านการประสานงานและการบริหารงานให้มีความคล่องตัว
- พ.ศ.2537 อบรมและสนับสนุนให้หน่วยงานจัดตั้งกลุ่ม จัดระเบียบทำกิจกรรม 5ส เนื่องจากเป็นกิจกรรมพื้นฐานของการปรับปรุง และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

วันที่ 4-6 และ 28 พฤษภาคม 2536 กรรมการประจำคณะฯ ได้สัมมนาเรื่อง การปรับทิศทางการบริการของโรงพยาบาล และการควบคุมคุณภาพของการบริการ ผลจากการสัมมนาที่ประชุมเห็นชอบให้คณะฯและภาควิชาฯ จัดให้มีคณะกรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพงาน เพื่อให้มีระบบการติดตาม คู่มือ ประเมินผล การแจ้งให้แก้ไขปรับปรุงตามมาตรฐานและข้อตกลงการทำงานของแต่ละภาควิชา

กลไกการควบคุมมาตรฐาน

1. ประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ซักซ้อมความเข้าใจระหว่างกรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพงานของคณะฯ และภาควิชาฯ ในระยะแรกๆ
2. เน้นให้ภาควิชาฯประชุมเพื่อพูดคุย จัดทำข้อตกลงระหว่างคณาจารย์ในเรื่องโครงสร้างภารกิจของภาควิชา มาตรฐานการปฏิบัติหน้าที่อาจารย์ เน้นให้มีข้อมูลเอกสารเพื่อการติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่โดยเพื่อนร่วมงาน
3. จัดประชุมรายงานความก้าวหน้าการดำเนินกิจกรรมพัฒนา และประกันคุณภาพงานของภาควิชา/หน่วยงาน เพื่อกระตุ้นติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

นโยบายการพัฒนาและประกันคุณภาพงาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะกรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพงานของคณะแพทยศาสตร์ ในคราวประชุมครั้งที่ 9 (2/2538) เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2538 ได้มีมติเห็นชอบให้กำหนดนโยบายการพัฒนาและประกันคุณภาพงานของคณะฯ ดังนี้

ด้านการเรียนการสอน :

1. นักศึกษาแพทย์มีการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์
2. มีการพัฒนาอาจารย์อย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านความเป็นครูและวิชาชีพ
3. พัฒนาการเรียนการสอนให้ทันสมัยและเหมาะสม
4. มีการประเมินผลนักศึกษาแพทย์ที่น่าเชื่อถือได้

ด้านการวิจัย :

1. พัฒนาการทำงานเป็นทีม และประกันคุณภาพงานวิจัยอย่างเป็นระบบ
2. สร้างมาตรฐานของการรักษาพยาบาลและระบบข้อมูล เพื่อนำไปสู่การวิจัยที่มีคุณภาพ
3. มีการดูแลงานวิจัยให้มีคุณภาพและถูกต้องตามหลักจริยธรรม

ด้านการบริการรักษาพยาบาล :

1. เพิ่มประสิทธิภาพการบริการผู้ป่วยนอก
 - 1.1 ลดเวลารอคอย
 - 1.2 ลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตรวจหรือตรวจไม่เสร็จภายใน 1 ครั้งที่มาตรวจ
 - 1.3 ดูแลการให้บริการให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ และเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ
2. เพิ่มประสิทธิภาพการบริการผู้ป่วยใน
 - 2.1 ลดจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล
 - 2.2 มีการตรวจวินิจฉัยโรคโดยเร็ว
 - 2.3 ลดเวลาและขั้นตอนในการปรึกษาภายในและระหว่างภาควิชา
 - 2.4 ลดจำนวนวันรอคิวและการเลื่อนการตรวจวินิจฉัยและการผ่าตัด
 - 2.5 ลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - 2.6 ใช้เตียงอย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
 - 2.7 ขยายเวลาการใช้ผู้เชี่ยวชาญและครุภัณฑ์ราคาแพงออกจากกรอบของเวลาราชการ
 - 2.8 ปรับปรุงหน่วยสนับสนุนการบริการผู้ป่วย เพื่อเอื้อต่อการปฏิบัติงานของภาควิชา
 - 2.9 ให้การช่วยเหลือคนไข้สังคมสงเคราะห์ที่ควรสงเคราะห์ โดยคำนึงถึงหลักวิชาการ และสภาพเศรษฐกิจ สังคม จรรยาบรรณ และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
 - 2.10 ดูแลการใช้ยาและเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม
3. เพิ่มประสิทธิภาพการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน
 - 3.1 จัดบุคลากรปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉินอย่างเหมาะสม ให้มีจิตสำนึกของการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ
 - 3.2 จัดระบบการปรึกษาที่รวดเร็ว ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลาที่

โครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพงาน

1. คณะกรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพงานของคณะแพทยศาสตร์

คณบดี ได้แต่งตั้งกรรมการกลางพัฒนาและประกันคุณภาพงานครั้งแรก เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2536 ครั้งที่ 6 เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2539 ครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2540 กรรมการมีวาระ 2 ปี นับจากวันที่ 1 มกราคม 2537 มีคณบดีเป็นประธาน อดีตคณบดี นายแพทย์วิจารณ์ พานิช และ นายแพทย์ธาดา ยิบอินซอย เป็นที่ปรึกษา กรรมการประกอบด้วยผู้แทนจากมหาวิทยาลัย (รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ และ/หรือคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย) รองคณบดีทั้งฝ่ายโรงเรียนแพทย์และฝ่ายโรงพยาบาล ฝ่ายแพทยศาสตรศึกษา ฝ่ายพัฒนานุเคราะห์ ฝ่ายเวชสารสนเทศ หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล และฝ่ายเภสัชกรรม มีหัวหน้าหน่วยประกันคุณภาพงานเป็นเลขานุการ กรรมการมีหน้าที่ประสานงาน สนับสนุนให้เกิดระบบพัฒนาคุณภาพขึ้นในคณะ ภาควิชา และหน่วยงาน วางนโยบาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องปรับปรุง ติดตาม และมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพของแต่ละภาควิชา หน่วยงาน

2. คณะกรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพงานของภาควิชา

ได้รับแต่งตั้งและมีวาระเช่นเดียวกับคณะกรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพงานของคณะ คณะกรรมการประกอบด้วย หัวหน้าภาควิชาเป็นประธานกรรมการ อาจารย์ และ/หรือนุเคราะห์ในภาควิชาเป็นกรรมการ มีเลขานุการภาควิชาเป็นเลขานุการคณะกรรมการ โดยตำแหน่ง หน้าที่ของกรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพงานของภาควิชา คือ รวบรวมข้อมูล โครงสร้าง กระบวนการทำงาน และผลการปฏิบัติการหลักของภาควิชา จัดทำข้อตกลงมาตรฐานการปฏิบัติงานของอาจารย์ ประเมินการปฏิบัติหน้าที่โดย peer groups หัวหน้าภาควิชาเป็นผู้ดำเนินการในกรณีที่ต้องมีการแนะนำแก้ไขปรับปรุง หากมีปัญหาเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐาน วิเคราะห์ และประเมินภาพรวมของภาควิชาเป็นระยะๆ เพื่อรายงานให้ประธานคณะกรรมการกลางทราบ

3. คณะกรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพงานการบริการของโรงพยาบาล

กรรมการมีวาระ 2 ปี นับจากวันที่ 15 กันยายน 2540 มีหน้าที่กำหนดนโยบายแนวทาง และวิธีสนับสนุน พัฒนา และประกันคุณภาพการบริการของหน่วยงานต่างๆของโรงพยาบาล ประสานงาน สนับสนุน และผลักดันหน่วยงานในการดำเนินงานด้านคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล จัดให้มีระบบติดตามประเมินคุณภาพการให้บริการในระยะยาว ดำเนินการเพื่อการตรวจสอบรับรองคุณภาพงานบริการของโรงพยาบาลส่งสถานครินทร์จากหน่วยงานภายนอก คณะกรรมการประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานกรรมการ หัวหน้าฝ่าย/หน่วยงาน และภาควิชาที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วย เป็นกรรมการ รวมทั้งสิ้น 22 คน

นอกจากคณะกรรมการทั้ง 3 ชุดที่กล่าว คณะอนุกรรมการวิชาการ คณะอนุกรรมการการศึกษาหลังปริญญา คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล ซึ่งเป็นองค์กรบริหารของคณะฯที่มีอยู่เดิม เป็นกลไกสำคัญในการนำนโยบายการพัฒนาและประกันคุณภาพงานไปกำหนดแนวทางและเกณฑ์

การปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และกำหนดวิธีในการนำเกณฑ์ที่กำหนดไปใช้ให้เกิดผลในทางปฏิบัติต่อไป

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital Accreditation)

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้นำแนวคิด HA ตลอดทั้งเทคนิควิธีการต่างๆที่จะนำไปสู่การตรวจรับรอง ด้วยการเริ่มต้นที่ศึกษาสภาพการณ์ต่างๆของคณะแพทย์ รวมทั้งกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพต่างๆ ว่าสิ่งใดที่จะนำไปสู่ HA และสิ่งใดที่ต้องเพิ่มเติม การสร้างความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่กลุ่มต่างๆ การสร้างความตื่นตัว แรงกระตุ้นให้เกิดโครงสร้างองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กระตุ้นให้มีระบบ/กลไกที่จะศึกษาความต้องการของลูกค้ายของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เป็นต้น

การดำเนินงานด้าน HA ขณะนี้ยังไม่ได้มีทีมงาน มีแต่ผู้ประสานงานคุณภาพ ซึ่งขึ้นตรงกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล งานที่ได้ดำเนินการไปแล้วมีดังนี้

1. โครงสร้างองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Care Team) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการนำไปสู่ HA ขณะนี้ได้ดำเนินการไปแล้ว 1 กลุ่ม ด้านกุมารเวชศาสตร์ และคาดว่าจะในปีนี้จะดำเนินการได้เพิ่มเติมในกลุ่มสูติรีเวช อายุรกรรม และศัลยกรรม สำหรับกลุ่มกุมารเวชศาสตร์ที่ได้ดำเนินการไปแล้ว มีระบบติดตามด้วยตนเอง โดยการสังเกตให้คำแนะนำและการช่วยเหลือในด้านต่างๆ

2. การประเมินตนเองโดยใช้กรอบโครงการ HA โดยสร้างความเข้าใจกับทุกกลุ่มเรื่อง HA และมาตรฐาน โดยเชิญวิทยากรภายนอกมาให้ความรู้กับกลุ่มหัวหน้าภาควิชา เป็นการกระตุ้นให้เกิดความอยากรู้และอยากทำ และแจกแบบประเมินให้ระดับหัวหน้าภาควิชาทดลองทำ และส่งกลับมาที่ผู้ประสานงานคุณภาพ เพื่อวิเคราะห์และให้คำแนะนำปรึกษา และติดตามไปดูงานที่ดำเนินการกิจกรรมที่จะผลักดันให้ดำเนินการ มีดังนี้

- ผลักดันให้ระดับโรงพยาบาลกำหนดพันธกิจและตัวชี้วัดคุณภาพ โรงพยาบาล ที่เป็นรูปธรรม และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- รวบรวมคู่มือการปฏิบัติงานของกลุ่มงานต่างๆ
- กระตุ้นและช่วยเหลือให้เกิด Patient Care Team ที่ขึ้นนำทีมพัฒนาคุณภาพที่เป็น Cross Functional Team มากขึ้น
- จัดระบบติดตามความก้าวหน้าในการทำงานด้านพัฒนาของหน่วยงาน/ทีมให้รัดกุมและวัดได้
- จัดระบบสำรวจรับฟังข้อคิดเห็น ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ผลการดำเนินงานพัฒนาและประกันคุณภาพงาน

ผลจากการประกันคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล มีดังนี้

1. มีคณะกรรมการประกันคุณภาพการให้บริการนอกเวลาราชการของคณะฯ เพื่อกำหนดแนวทางและติดตามผลการประกันคุณภาพการให้บริการให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ และติดตามรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
2. มีคณะกรรมการประกันคุณภาพการให้บริการนอกเวลาราชการของภาควิชา มีหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพการให้บริการการรักษาพยาบาล โดยการสุ่มทบทวนเวชระเบียนอย่างน้อย 10% ของผู้ให้บริการแต่ละคน ศึกษารายละเอียดของผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงผิดปกติ ให้ความเห็นเรื่องความเหมาะสมของการรักษาผู้ป่วย ควบคุมดูแลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่มารับบริการนอกเวลาราชการ
3. มีคณะกรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพงานบริการของโรงพยาบาล เพื่อกำหนดนโยบาย แนวทาง และวิธีการสนับสนุน ผลักดันหน่วยงานในการดำเนินงานด้านคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล
4. มีกิจกรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพงานของฝ่ายบริการพยาบาล และฝ่ายเภสัชกรรม ที่เป็นระบบ และดำเนินกิจกรรมมาอย่างต่อเนื่อง
5. มีคณะกรรมการพิจารณาการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งคมสงเคราะห์ เพื่อพิจารณาแผนการรักษาและการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย และติดตามข้อมูลค่าตั้งคมสงเคราะห์ผู้ป่วยรวม แยกรายภาควิชา รายหอผู้ป่วย และรายหน่วย
6. มีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด กำหนดนโยบายการใช้ยาอย่างปลอดภัยและถูกต้อง พิจารณาเสนอยาเข้าหรือออกจากเภสัชตำรับตามเกณฑ์ข้อมูลทางวิชาการ ราคาที่เหมาะสม และความหลากหลายของยา ติดตามข้อมูลการใช้ยาบางรายการ เช่น ยาราคาแพง ยาที่มีอัตราการใช้สูง และยาที่ทำให้การตั้งคมสงเคราะห์มาก ศึกษาผลอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
7. มีคณะกรรมการโรคเอดส์ และคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาล เพื่อลดอุบัติการณ์การติดเชื้อ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนาน
8. พัฒนาระบบคอมพิวเตอร์ โดยเริ่มที่ระบบเวชระเบียนซึ่งเป็นข้อมูลหลักของระบบงานอื่นๆ ในโรงพยาบาล และขยายเครือข่ายสู่ระบบงานต่างๆ เพื่อเสริมประสิทธิภาพการให้บริการผู้ป่วย ได้แก่ ระบบการเงินผู้ป่วยใน ระบบจ่ายยาของเภสัชกร ระบบรายงานผลตรวจทางพยาธิวิทยา รังสีวิทยา และเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ระบบงานคลังเลือด ระบบลงทะเบียนตรวจและนัดผู้ป่วยนอก ระบบจัดตารางผ่าตัด ระบบลงทะเบียนผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ระบบการตั้งอาหารให้ผู้ป่วย ระบบการเบิกจ่ายผ้าที่ใช้สำหรับงานผู้ป่วยใน

9. มีคณะกรรมการผู้รับข้อเสนอแนะของโรงพยาบาล เพื่อรับข้อเสนอแนะและเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการของโรงพยาบาล การตรวจรักษาของแพทย์ และการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ

10. มีคณะกรรมการพิจารณาคัดเลือกหน่วยงานที่พัฒนางานด้านบริการ เพื่อกำหนดเกณฑ์และวิธีการประเมินหน่วยงาน โดยพิจารณาจากความพึงพอใจของผู้รับบริการ การดำเนินงานอย่างประหยัด เกิดประสิทธิภาพ คุณภาพ เมื่อเปรียบเทียบการใช้ทรัพยากรรับผลงาน หรือผลผลิตที่ได้ กรรมการชุดนี้มีวาระ 1 ปี

11. มีการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (มีแบบสอบถามความเห็น OP voice IP voice) เก็บจากกลุ่มตัวอย่าง 5% จากทุกจุด แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนางาน

ระบบตรวจสอบภายใน

1. องค์การ ความเป็นมา และวัตถุประสงค์

ระบบตรวจสอบภายใน มีดังนี้

1. หน่วยตรวจสอบภายในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีคุณธริยาเป็นหัวหน้า ดูแลตรวจสอบหน่วยงานต่างๆของมหาวิทยาลัย ขึ้นตรงกับอธิการบดี

2. คณะกรรมการตรวจสอบภายในคณะแพทย มีคณบดีคณะแพทย์เป็นประธาน ดูแลและตรวจสอบงานภายในคณะ

3. คณะกรรมการประกันคุณภาพ มีคุณวิไลพรหมเป็นหัวหน้า ดูแลคุณภาพงาน

4. ที่ปรึกษาหน่วยตรวจสอบของมหาวิทยาลัย คือ อาจารย์สมวิไล ศิริวัฒน์ มีหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการตรวจสอบ

ความเป็นมา หน่วยตรวจสอบภายในของคณะแพทย คณะแพทย์เป็นคณะที่มีขอบข่ายการปฏิบัติงาน การบริการที่กว้าง และมีหน่วยงานและบุคลากรมาก เพื่อประสิทธิภาพในการทำงาน และการติดตามผลการปฏิบัติงานที่ดี ทางคณะฯได้กำหนดให้มีการตรวจสอบภายในคณะฯขึ้น ในช่วงแรกได้จ้างลูกจ้างชั่วคราว ทำหน้าที่ตรวจสอบภายใน โดยมีหัวหน้าผู้ตรวจสอบของมหาวิทยาลัยดูแล และมีที่ปรึกษาหน่วยตรวจสอบของมหาวิทยาลัย ให้คำปรึกษาแนะนำ เริ่มมาตั้งแต่ พ.ศ.2536 มีอัตรากำลังเพียง 1 คนเท่านั้น แต่เรื่องการประเมินติดตามผล QC คณะแพทย์ได้ดำเนินการมานานแล้ว

ปัจจุบันอัตรากำลังของหน่วยตรวจสอบคณะแพทย์มี 2 คน เป็นข้าราชการ 1 คน และลูกจ้าง 1 คน มีบทบาทหน้าที่ดูแล ติดตาม ตรวจสอบหน่วยงานประมาณ 75 หน่วยงานย่อย และรายงานสรุปให้คณะกรรมการตรวจสอบภายในคณะ

วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบ

ในระยะแรกมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ดูแล ติดตามการปฏิบัติงานตามกฎ ระเบียบ และนโยบายของคณะฯ

2. ป้องกันการรั่วไหล

ปัจจุบันได้มุ่งเน้นเพิ่มเติม คือ

1. การประเมินติดตามการปฏิบัติงาน

2. ค้นหาแก้ไขจุดอ่อน

3. ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา

2. ปัจจัยในการตรวจสอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบการปฏิบัติงาน มีดังนี้

1. การสังเกตการณ์ โดยเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเข้าไปสังเกตการปฏิบัติงานในแต่ละหน่วย โดยพิจารณาจากคู่มือการปฏิบัติงานของแต่ละหน่วย และเกณฑ์มาตรฐานที่แต่ละหน่วยงานกำหนดว่าการปฏิบัติงานนั้นเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคใดบ้าง

2. แบบสอบถามผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่หน่วยตรวจสอบภายในจัดทำ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละหน่วย ซึ่งเป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการ และปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

3. แบบสอบถามของเจ้าหน้าที่ฝ่ายตรวจสอบ ที่จัดทำขึ้นเพื่อสอบถามผู้ปฏิบัติงาน โดยการศึกษาข้อมูลจากแหล่งต่างๆที่เกี่ยวข้อง และจัดทำเป็นแบบสอบถามขึ้น

4. เอกสารการประชุมของหน่วยงาน จะทำให้ทราบถึงปัญหาต่างๆ และแนวทางที่ได้แก้ไขไปแล้ว

บุคลากรตรวจสอบ ปัจจุบันมีเพียง 2 คน ที่ต้องดูแลหน่วยงานย่อยประมาณ 75 หน่วย มีแผนปฏิบัติงานตรวจสอบปีละประมาณ 8-12 หน่วย หรือประมาณ 30 หน่วยงานย่อย การเวียนการตรวจสอบแต่ละหน่วยซ้ำอีกครั้ง ขึ้นอยู่กับความเสี่ยงของหน่วยงานนั้น และคณะกรรมการตรวจสอบพิจารณา

3. กระบวนการตรวจสอบภายใน

3.1 การจัดทำแผนการตรวจสอบ

การจัดทำแผนการตรวจสอบทำได้ 2 แบบ คือ

1. ผู้ตรวจสอบจัดทำแผนตรวจสอบ โดยผู้ตรวจสอบกำหนดแผนดำเนินงานว่าจะเข้าไปพิจารณาหน่วยงานใดในรอบปี ปกติกำหนดปีละประมาณ 8-12 หน่วยงาน ทั้งนี้ต้องดูนโยบายของคณะกรรมการตรวจสอบด้วย เมื่อกำหนดแผนการตรวจสอบเสร็จแล้วจะนำเสนอแผนการตรวจสอบไปยังผู้ควบคุมและที่ปรึกษาผู้ตรวจสอบพิจารณาแก้ไขเบื้องต้น เมื่อได้รับการพิจารณาแล้วจึง

เสนอคณะดี และเสนอต่อไปยังคณะกรรมการตรวจสอบภายใน หากได้รับการพิจารณาแล้วจะแจ้งแผนการตรวจสอบไปยังหน่วยรับตรวจ กรณีต้องแก้ไขในแต่ละจุดเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบต้องดำเนินการตามคำแนะนำ และแก้ไขในแต่ละขั้นตอน เพื่อให้ได้แผนที่สมบูรณ์และสอดคล้องกับนโยบายของคณะฯ รายละเอียดปรากฏดังเอกสารที่แนบ (เอกสารหมายเลข 1)

2. ผู้รับการตรวจสอบเสนอให้ฝ่ายตรวจสอบเข้าไปดำเนินการ กรณีนี้หน่วยรับการตรวจจะแจ้งความประสงค์ไปยังคณะดี ซึ่งส่วนใหญ่มักขอให้ไปตรวจสอบเฉพาะบางหน่วยงานย่อย

แผนการตรวจสอบมี 2 แบบ คือ

1. แผนระยะสั้น 1 ปี เป็นแผนประจำปี ซึ่งเป็นแผนปฏิบัติงานทั่วไป ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ขอบเขต เรื่องที่จะตรวจสอบ หน่วยงานที่จะตรวจสอบ และระยะเวลาในการตรวจสอบ

2. แผนระยะยาว 2-5 ปี ของคณะแพทย์ แผนระยะยาวยังไม่มี

3.2 การดำเนินการเข้าตรวจสอบ

การดำเนินการเข้าตรวจสอบแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (เอกสารหมายเลข 2)

1. ก่อนการตรวจสอบ

1.1 ที่ปรึกษาผู้ควบคุม ผู้ตรวจสอบ และผู้ตรวจสอบจะขอคำแนะนำในการตรวจสอบจากผู้บริหารที่ดูแลหน่วยรับตรวจ

1.2 ที่ปรึกษาผู้ควบคุม ผู้ตรวจสอบ และผู้ตรวจสอบทำความเข้าใจหน่วยงาน และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้รับตรวจระดับหัวหน้าภาควิชา/หัวหน้างาน

2. ระหว่างการตรวจสอบ

ผู้ตรวจสอบรวบรวมข้อมูลจากเอกสารเครื่องมือต่างๆ และจากการสังเกตและสอบถามข้อมูลระหว่างการตรวจสอบจากผู้รับตรวจระดับผู้ปฏิบัติการ

3. หลังการตรวจสอบ

3.1 ผู้ตรวจสอบสรุปผลการตรวจสอบและยืนยันความถูกต้อง พร้อมกับรับฟังข้อชี้แจงจากผู้รับตรวจระดับผู้ปฏิบัติการ

3.2 ที่ปรึกษาผู้ควบคุมการตรวจสอบและผู้ตรวจสอบสรุปผลการตรวจสอบและเสนอแนะ พร้อมรับฟังข้อชี้แจงและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้รับตรวจระดับหัวหน้าภาควิชา/หัวหน้างาน

3.3 ที่ปรึกษาผู้ควบคุมผู้ตรวจสอบ และผู้ตรวจสอบสรุปผลการตรวจสอบและข้อเสนอแนะ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้บริหารที่ดูแลหน่วยรับตรวจ

3.3 ขั้นตอนการทำรายงานสรุปผลการปฏิบัติการตรวจสอบ (เอกสารหมายเลข 3)

1. ผู้ตรวจสอบรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติงาน

2. ประมวลและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงาน

3. สรุปผลการปฏิบัติงาน

- ทั้ง 3 ขั้นตอนข้างต้นจะมีที่ปรึกษาและผู้ควบคุมผู้ตรวจสอบให้คำปรึกษาแนะนำ
4. ร่างรายงานเสนอที่ปรึกษาและผู้ควบคุมพิจารณาแก้ไข
5. จัดพิมพ์ร่างรายงานหลังจากผ่านการพิจารณาตรวจสอบแล้ว
6. เสนอรายงานต่อคณะดีพิจารณา
7. เสนอรายงานที่ผ่านการพิจารณาจากคณะดีแล้วไปยังคณะกรรมการตรวจสอบภายในพิจารณาและเสนอข้อคิดเห็น
8. รายงานสรุปผลการตรวจสอบ ข้อเสนอแนะการดำเนินการของหน่วยงานเสนอหัวหน้าส่วนราชการ

3.4 การติดตามผลการตรวจสอบ

การติดตามผลการตรวจสอบมีการปฏิบัติ 2 แนวทาง คือ

1. ติดตามโดยให้หน่วยรับตรวจรายงาน มีขั้นตอนดังนี้ (เอกสารหมายเลข 4)

- 1.1 หน่วยรับตรวจชี้แจงและรายงานผลหลังจากได้รับข้อคิดเห็นจากคณะกรรมการตรวจสอบภายในต่อคณะดี
- 1.2 คณะดีรับทราบข้อชี้แจงและรายงานผล และส่งกลับมายังเจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายใน
- 1.3 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายในรวบรวมข้อชี้แจงและรายงานผล แจ้งต่อคณะกรรมการตรวจสอบภายในเพื่อรับทราบ และคณะกรรมการตรวจสอบภายในจะมอบหมายให้ผู้ตรวจสอบติดตามผลต่อไป

2. ติดตามโดยผู้ตรวจสอบ มีขั้นตอนดังนี้ (เอกสารหมายเลข 5)

- 2.1 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายในพบผู้บริหารที่ดูแลหน่วยรับตรวจปฏิบัติงานตรวจสอบเพื่อติดตามผล
- 2.2 รายงานการติดตามผลการตรวจสอบไปยังคณะดี
- 2.3 คณะดีรับทราบรายงานการติดตามผลการตรวจสอบ และแจ้งให้คณะกรรมการตรวจสอบภายในพิจารณา
- 2.4 คณะกรรมการตรวจสอบภายในพิจารณารายงานการติดตามผลการตรวจสอบ
- 2.5 มอบหมายหน่วยตรวจสอบภายในส่งผลไปให้หน่วยรับตรวจชี้แจงกรณียังไม่ได้ดำเนินการ

4. สัมฤทธิ์ผลจากการมีระบบตรวจสอบ

จากการมีระบบตรวจสอบภายในทั้งระดับมหาวิทยาลัยและระดับคณะ ผลที่ได้จากการสร้างและพัฒนาระบบนี้จนเป็นที่ยอมรับ และนำไปใช้ปฏิบัติในทุกหน่วยงาน มีดังนี้

1. บุคลากรมีการตื่นตัว กระตือรือร้นในการทำงาน ปรับเปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรมในการทำงาน และดึงศักยภาพของตนมาใช้มากขึ้น

2. ทรัพยากรได้ใช้อย่างประหยัดและคุ้มค่า

3. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กรเพิ่มขึ้น

4. องค์กรมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

5. หน่วยงานข้างนอกมีความมั่นใจต่อการปฏิบัติงานและการให้บริการ

6. ผู้บริหารมีความมั่นใจมากขึ้น

5. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรคของฝ่ายตรวจสอบภายใน มีดังนี้

1. ทัศนคติของผู้รับตรวจ ผู้รับตรวจมักมีความเข้าใจว่าการตรวจสอบคือการมาจับผิด ดังนั้นจึงไม่ค่อยเต็มใจและมีปฏิกิริยา โดยเฉพาะในช่วงต้นๆของการเริ่มมีระบบตรวจสอบ ปัจจุบันปัญหานี้เริ่มคลี่คลาย

2. การบิดบังข้อมูลของหน่วยรับตรวจ หน่วยรับตรวจบางหน่วยไม่ให้ข้อมูลที่แท้จริงทั้งหมดแก่หน่วยตรวจสอบภายใน

3. การไม่ให้ความร่วมมือของหน่วยรับตรวจ

4. การไม่จัดเก็บรวบรวมข้อมูลของหน่วยรับตรวจ

5. ความไม่พร้อมของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ซึ่งต้องให้บริการผู้ป่วยตลอดเวลา รวมทั้งเอกสารที่หน่วยรับตรวจต้องบันทึกขณะปฏิบัติงาน

6. ความล่าช้าในการเข้าพบหัวหน้าหน่วยรับตรวจก่อนและหลังการเข้าปฏิบัติงาน ทำให้ระยะเวลาการตรวจสอบไม่เป็นไปตามแผนงาน

7. การไม่ยอมรับผลการตรวจสอบของหน่วยรับตรวจ

8. ผู้บริหารบางระดับยังไม่เข้าใจบทบาทของหน่วยตรวจสอบภายใน และไม่ให้ความสำคัญ

9. ขาดผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางแพทย์ในการให้คำปรึกษาแนะนำขณะปฏิบัติงานตรวจสอบ

10. ขาดการพบปะเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ตรวจสอบภายในของโรงพยาบาล
อื่นๆ

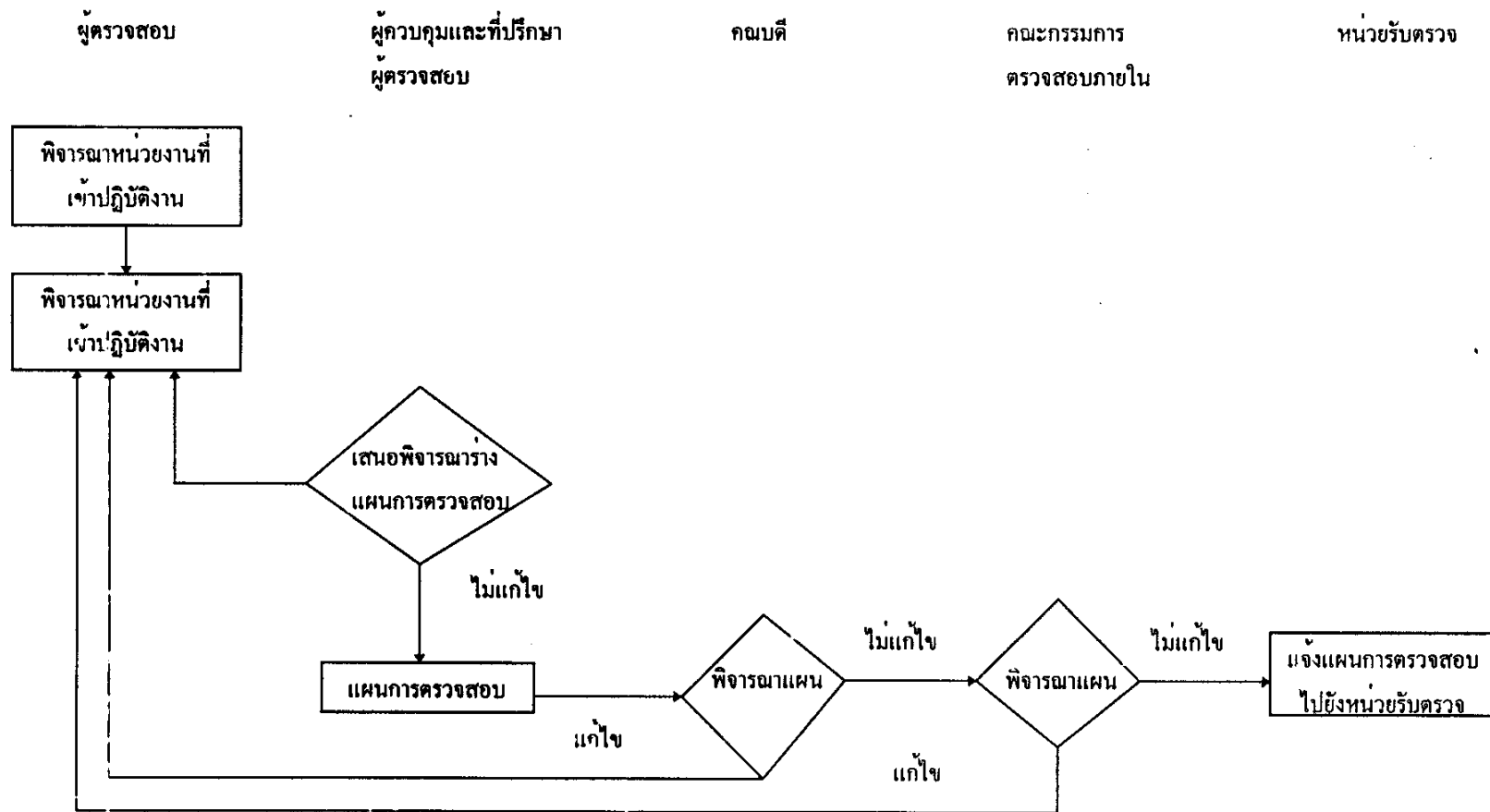
11. ได้รับผลกระทบจากหน่วยรับตรวจที่ไม่พึงพอใจกับผลการตรวจสอบ

ข้อเสนอแนะ

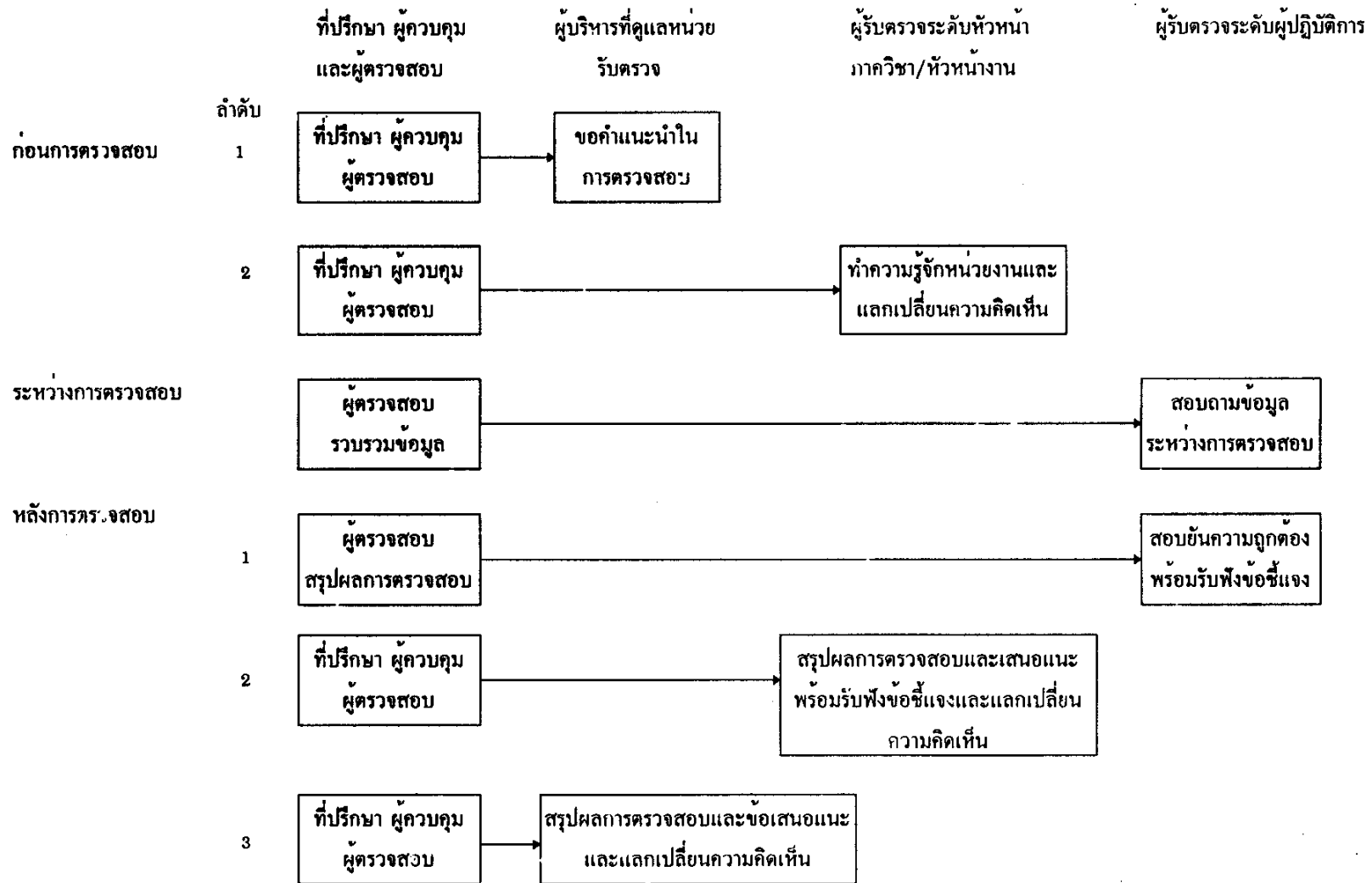
1. ผู้บริหารต้องสร้างความเข้าใจกับผู้รับตรวจว่า การตรวจสอบไม่ใช่เพื่อจับผิด แต่เป็นการพัฒนางาน และช่วยให้คำแนะนำ แก่ไขในจุดที่บกพร่อง ผิดพลาด ก่อนที่ ศตง. จะมาตรวจ

2. ต้องสร้างความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่หน่วยตรวจสอบถึงบทบาทหน้าที่ของตน การวางแผน ตลอดจนกลวิธีการติดต่อประสานงานกับฝ่ายต่างๆ
3. หน่วยตรวจสอบต้องพัฒนาตลอดเวลา และเจ้าหน้าที่ฝ่ายตรวจสอบควรได้รับการพัฒนา ด้านความรู้ เพื่อสามารถทำหน้าที่ให้คำแนะนำที่ดีแก่หน่วยรับตรวจได้ โดยการส่งไปอบรมเพิ่มพูน ความรู้อย่างต่อเนื่องทั้งภายในและนอกประเทศ
4. ควรมีผู้เชี่ยวชาญในหลายๆด้าน เช่น ด้านการแพทย์ เครื่องมือ การพยาบาล ด้าน วิศวกรรม เป็นต้น เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำเจ้าหน้าที่หน่วยตรวจสอบ เพราะในบางเรื่อง โดยเฉพาะ ทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่หน่วยตรวจสอบไม่มีความรู้ จะทำให้การตรวจสอบไม่ถูกต้อง และสัมฤทธิ์ ผลไม่ดีเท่าที่ควร
5. ควรมีคู่มือในการตรวจสอบ จะได้ใช้เป็นฐานในการพิจารณาการตรวจสอบ และการ ดำเนินงานที่ผ่านมาใช้ระเบียบราชการและคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ
6. ระบบตรวจสอบต้องมีอิสระ เช่น อิสระในการปฏิบัติงาน อิสระในการเขียนรายงานที่ เป็นอยู่ ระบบตรวจสอบภายในควรมีลักษณะกึ่งอิสระ คือ ต้องทำตามผู้บริหาร แท้จริงควรอิสระ อย่างสิ้นเชิง ยกเว้นนโยบายที่ผู้บริหารเป็นผู้กำหนด
7. การตรวจสอบความคุ้มค่า หน่วยตรวจสอบภายในได้ถือปฏิบัติอยู่แล้ว
8. การรายงานของทุกหน่วยต้องตรงไปตรงมา โปร่งใส ชัดเจน ครบถ้วน เป็นจริง และตรวจ สอบได้
9. หน่วยตรวจสอบภายในจะพบปะพูดคุยในประเด็นต่างๆกับผู้รับตรวจก่อนเขียนสรุป เสนอ (ตามเอกสารหมายเลข 2) และให้นำข้อเสนอแนะของคณะกรรมการแจ้งให้ผู้รับตรวจได้ทราบ (ตามเอกสารหมายเลข 4) ซึ่งจะจัดทำเป็นหนังสือแจ้งมติที่ประชุม เริ่มตั้งแต่มีคณะกรรมการ
10. หากหน่วยงานต้องออกนอกระบบ เรื่องการตรวจสอบเป็นหัวใจสำคัญที่สุด

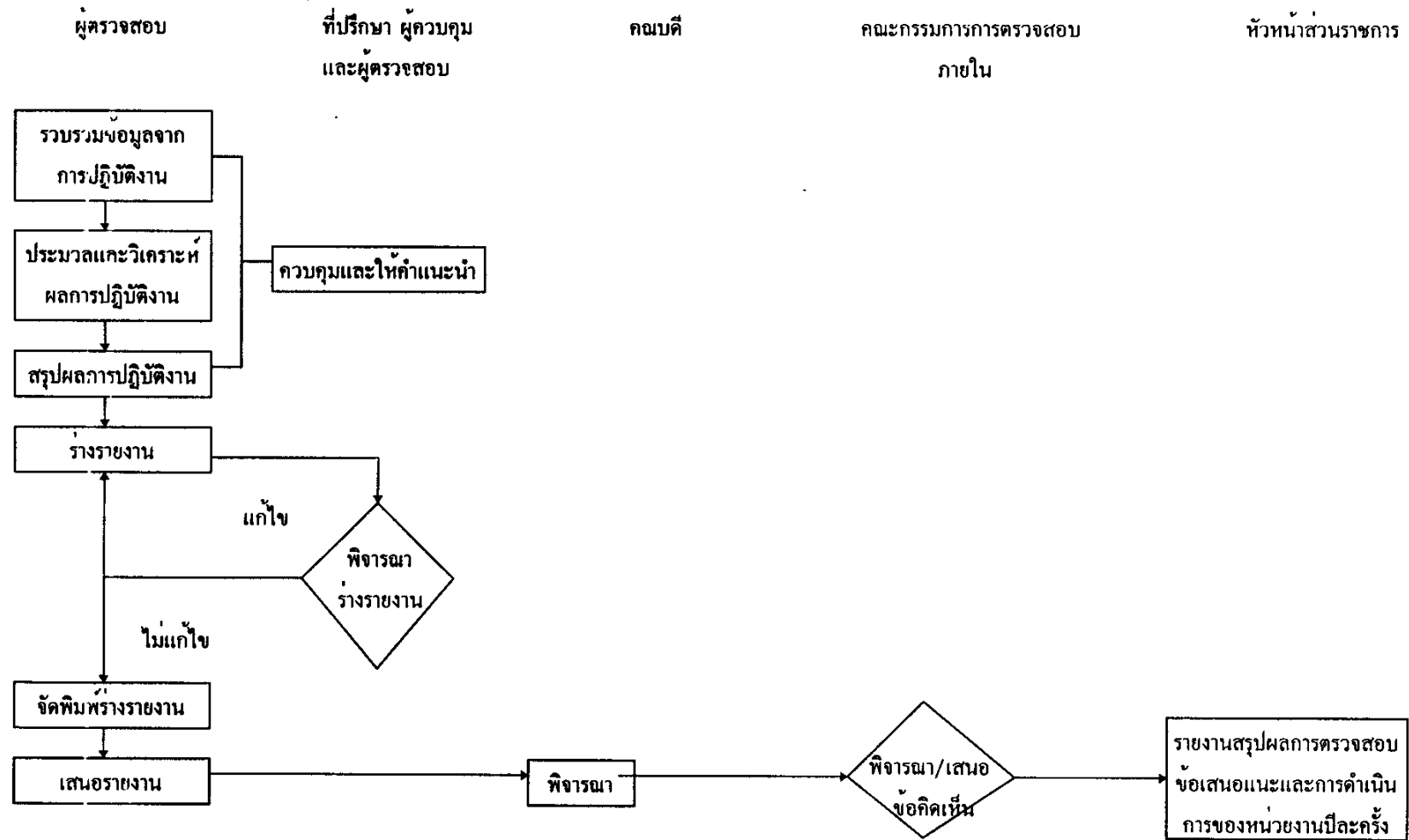
การจัดทำแผนการตรวจสอบ



ขั้นตอนการดำเนินการเข้าตรวจสอบหน่วยงาน

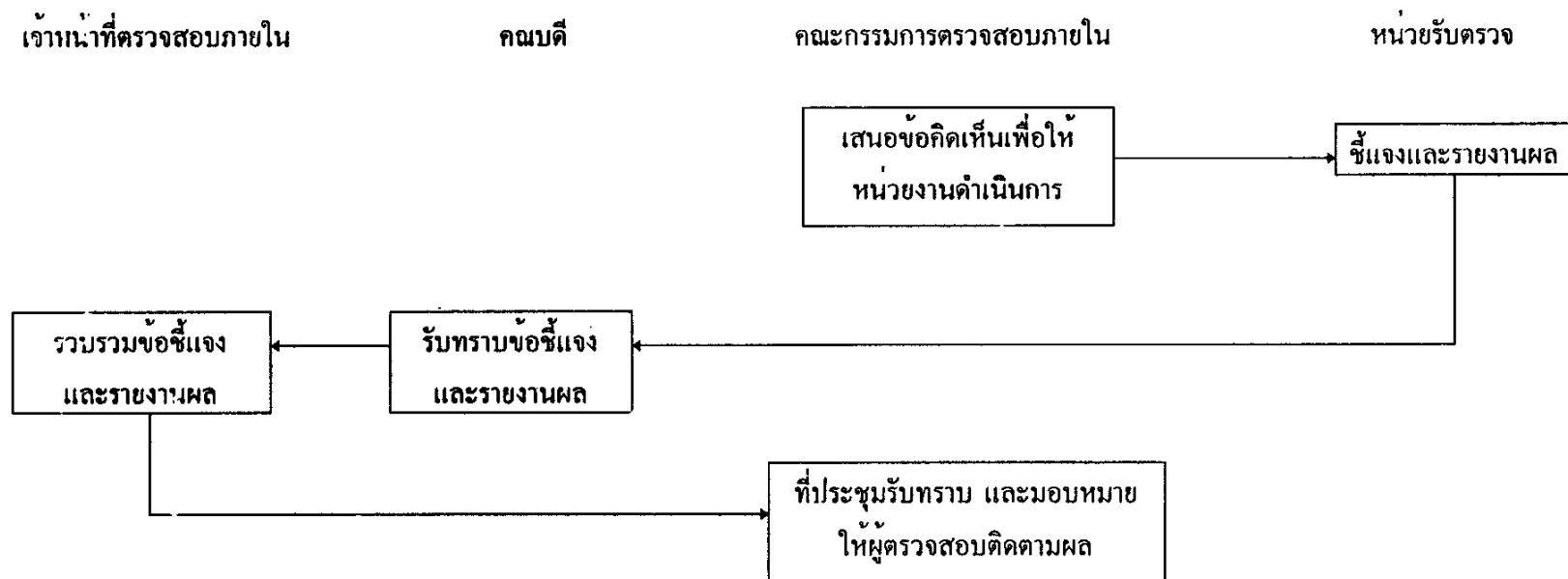


ขั้นตอนการทำรายงานสรุปผลการปฏิบัติการตรวจสอบ



การติดตามผลการตรวจสอบ

1. ติดตามโดยให้หน่วยรับตรวจรายงาน



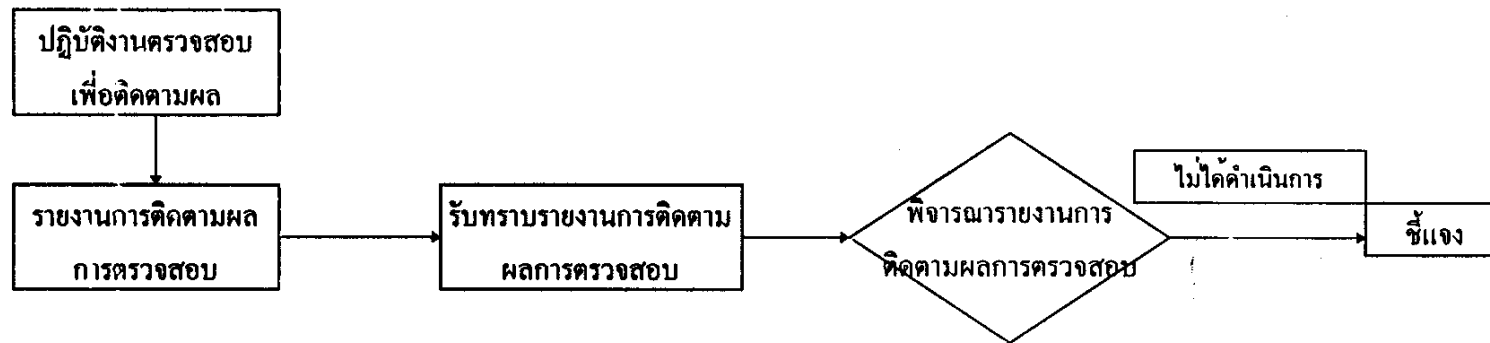
2. ติดตามโดยผู้ตรวจสอบ

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายใน

คอมพิวเตอร์

คณะกรรมการตรวจสอบภายใน

หน่วยรับตรวจ



ระบบตรวจสอบของฝ่ายบริการพยาบาล

1. การจัดการและการบริหารงานของฝ่ายบริการพยาบาล วิสัยทัศน์และพันธกิจ

ฝ่ายบริการพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้กำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจ ดังนี้

วิสัยทัศน์ 2550

เราเป็นฝ่ายบริการพยาบาลชั้นนำของประเทศ

พันธกิจ

1. ให้การพยาบาลที่มีคุณภาพสูงเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ และเน้นการพยาบาลผู้ป่วยระดับตติยภูมิ
2. พัฒนานักการให้มีศักยภาพสูง มีคุณธรรม สามารถสร้างหรือนำความรู้ใหม่มาใช้
3. ส่งเสริมสนับสนุนการเรียนการสอน ค้นคว้าวิจัย และบริการวิชาการแก่นักการสาขาต่างๆ
4. ชี้นำสังคมในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน และร่วมพัฒนาบริการสาธารณสุข
5. ส่งเสริมให้นักการมีความสุขในการทำงาน

ปรัชญาของฝ่ายบริการพยาบาล

ฝ่ายบริการพยาบาลมีความเชื่อว่า ผู้รับบริการแต่ละคนเป็นปัจเจกบุคคล (Individual Different) มีความแตกต่างทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแตกต่างกันออกไป ดังนั้นการจัดให้บริการพยาบาลจะมุ่งให้การพยาบาลทั้งตัวบุคคล โดยให้ประชาชนดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยได้อย่างดี ทั้งที่เป็นโรคและไม่เป็นโรค เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถดำเนินชีวิตตามปกติอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขมากที่สุด โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลจะต้องเป็นผู้มีความรู้และทักษะในเชิงวิชาชีพ เพื่อจะได้พัฒนาทันต่อวิทยาการที่ทันสมัย และเทคโนโลยีที่กำลังก้าวไปอย่างไม่หยุดยั้ง สามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์เอาความรู้จากศาสตร์ด้านต่างๆมาผสมผสาน และประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างสูงสุด มีความพร้อมที่จะพัฒนาตนเองให้ทันต่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างมีคุณภาพ

จุดมุ่งหมาย

1. ดำเนินงานให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ และมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าในอนาคต
2. มุ่งเน้นการให้บริการพยาบาลที่สอดคล้องและถูกต้องตามหลักวิชาชีพและจริยธรรม
3. ส่งเสริมงานด้านวิจัยทางการพยาบาล มาตรฐานพยาบาล การสร้างคุณภาพงานทางด้านการพยาบาล
4. พัฒนาบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้ความสามารถในแต่ละสาขาการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น
5. ส่งเสริมวิชาชีพพยาบาลให้มีความมั่นคง เจริญก้าวหน้า และเป็นที่ยอมรับในสังคมทั่วไป

วัตถุประสงค์

บุคลากรพยาบาลฝ่ายบริการพยาบาลสามารถจัดการบริการพยาบาลให้กับผู้ใช้บริการครบถ้วน และชุมชนทั่วไปได้อย่างมีมาตรฐานและคุณภาพ โดยนำหลักวิชาการ ความรู้ต่าง ๆ มาประมวลเพื่อจัดตั้งบริการที่ดี ถูกต้อง เหมาะสมที่สุด ให้อย่างมีเหตุผลสมควรแก่การกระทำ แล้วลงมือปฏิบัติและไม่คำนึงถึงเพศ วัย เชื้อชาติ ศาสนา ความหลักวิชาการอันทันสมัย และด้วยความสำนึกทางด้านจริยธรรมอันดี โดย

1. ให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเจ็บทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์ ความหลักของวิชาชีพการพยาบาล โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน
2. ปกป้อง ส่งเสริมสุขภาพอนามัยในครอบครัว ชุมชน และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ และอยู่ร่วมในสังคมอย่างมีความสุข
3. ให้ความร่วมมือและประสานงานด้านการศึกษา การค้นคว้าวิจัย ตลอดจนการพัฒนาวิชาชีพ
4. เพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ตลอดจนส่งเสริมการพัฒนาด้านจริยธรรมอันดีงามแก่บุคลากรทุกระดับ

มาตรฐานการพยาบาล

ผู้ป่วยที่มารับบริการพยาบาลในโรงพยาบาลนี้ จะต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยจะต้องได้รับการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และได้รับการรักษาครบถ้วนตามแผนการพยาบาล และแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ

2. ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเกี่ยวกับสุขวิทยาประจำวัน ตลอดจนความสุขสบายทั่วไป
3. ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
4. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อให้การรักษาเป็นผลดี รวมทั้งส่งเสริมการรักษาสุขภาพอนามัย
5. ให้การบริการพยาบาลที่ต่อเนื่อง โดยประสานงานและให้ความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ความเป็นมาของการสร้างคุณภาพของฝ่ายการพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้ตระหนักถึงคุณภาพงานการพยาบาลมาเป็นเวลานานแล้ว และได้ดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับการพัฒนาฝ่ายบริการพยาบาลในรอบ 5 ปี (พ.ศ.2535-2540) ที่ผ่านมาเป็นยุคที่ต้องพัฒนาให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกยุคโลกาภิวัตน์ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก และมีผลกระทบต่อสถาบันการให้บริการพยาบาล เป็นผลให้การปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย เนื่องจากปัญหาของผู้ใช้บริการซับซ้อนและรุนแรงมากขึ้น ส่นวนกับการใช้เทคโนโลยีต่างๆ ในการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ผลักดันให้บุคลากรพยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้เป็นอย่างดี มีทักษะในการตัดสินใจทางคลินิก มีทักษะเฉพาะในการใช้เทคโนโลยีต่างๆ รวมทั้งมีทักษะในการทำงานกับคน

ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้มีการทบทวนและกำหนดทิศทางที่จะช่วยให้บุคลากรพยาบาลสามารถเผชิญกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อนได้อย่างมีคุณภาพ ส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยมีการปรับทั้งกลยุทธ์และกระบวนการพัฒนาให้ดำเนินไปอย่างประสานเกื้อกูลและสมดุลระหว่างของเก่ากับของใหม่ ภายใต้วิสัยทัศน์ที่ว่า "เราจะเป็นฝ่ายบริการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยทุกระดับ และจะนำมาซึ่งการพยาบาลตามหลักวิชาชีพที่ถูกต้องเหมาะสมที่สุด ดีที่สุด มาใช้ในการให้การพยาบาลกับผู้ใช้บริการแบบองค์รวม และเอื้ออาทรในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เพื่อก่อให้เกิดความเป็นเลิศด้านการพยาบาล"

ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้ดำเนินการพัฒนางานทางด้านการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ซึ่งจะกล่าวถึงใน 2 ด้านใหญ่ๆ ดังนี้

ด้านบริหารทางการพยาบาล ฝ่ายบริการพยาบาลฯ ได้ศึกษาการปรับโครงสร้างสายงานพยาบาล โดยลดขั้นตอนการบริหารจัดการจาก 7 ขั้นตอน เหลือ 5 ขั้นตอน มีโครงสร้างการบริหารแบบกระทรวงรัศมีวงกลม กระจายอำนาจการบริหารไปอยู่หอผู้ป่วย สามารถบริหารจัดการได้เบ็ดเสร็จภายในหน่วยงานมากที่สุด มีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ นโยบาย และแนวทางการดำเนินงาน มีการกำหนดคุณสมบัติอย่างชัดเจนในการสรรหาผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต่างๆ และกำหนดให้มีตำแหน่งพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทาง (Clinical Nurse Specialist) เพิ่ม

เดิมในโครงสร้างหลัก เพื่อเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษา ด้านการวิจัย ให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วย และสร้างความร่วมมือในการประกันคุณภาพการพยาบาล ให้กับผู้ใช้บริการ ลักษณะการบริหารทางการพยาบาลใช้รูปแบบการมีส่วนร่วม โดยมีตัวแทน บุคลากรแต่ละระดับเป็นกรรมการในโครงการต่างๆ มีคู่มือการบริหารจัดการเป็นแนวทางในการ ปฏิบัติ มีการจัดทำแผนงานและโครงการต่าง ๆ มีคู่มือการบริหารจัดการเป็นแนวทางในการปฏิบัติ มีการจัดทำแผนงานและโครงการต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ในเรื่องงบประมาณ การพัฒนาบุคลากร การดำเนินงานให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาล และการประเมินผลการปฏิบัติงานได้จัดตั้งอำนวยการ ความสะดวกให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร อาทิเช่น จัดให้มีศูนย์อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ เพื่อให้บริการกับหอผู้ป่วยต่าง ๆ จัดให้มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ใช้อย่างทั่วถึง มีเจ้าหน้าที่คอย ตรวจสอบสภาพอุปกรณ์ ติดตามการทำงาน การบำรุงรักษา การจัดซ่อม ทำทะเบียนประวัติเครื่องมือ พร้อมทั้งวางแผนกำหนดความต้องการ การสรรหาการแจกจ่ายตลอดจนการให้ความรู้แก่บุคลากร สำหรับการพัฒนาดตนเอง และการพัฒนางานสนับสนุนการนำกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพงานมาใช้ใน หอผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบต่าง ๆ โดยมีผลงานที่น่าเสนอแล้วเช่น กิจกรรม 5 ส. จำนวน 214 เรื่อง กิจกรรมข้อเสนอแนะ จำนวน 375 เรื่อง กิจกรรมกลุ่มย่อยจำนวน 51 เรื่อง และกิจกรรม Q.C.C. จำนวน 3 เรื่อง สำหรับในด้านคุณภาพชีวิตของบุคลากรฝ่ายบริการพยาบาลฯ ได้ดำเนินการให้ บุคลากรทำงานได้อย่างมีความสุข คอยติดตามรับฟังปัญหาต่าง ๆ ของบุคลากร และดำเนินการช่วย เหลือแก้ไขปัญหาดังกล่าว ให้การสนับสนุนบุคลากรให้มีรายได้ ค่าตอบแทนที่สอดคล้องกับสถานะ ของเศรษฐกิจในปัจจุบัน จัดสวัสดิการให้อย่างเหมาะสม และจัดสถานบริการเลี้ยงบุตรให้บุคลากร ในระหว่างปฏิบัติงานด้วย

ด้านบริการพยาบาล ฝ่ายบริการพยาบาลฯ จัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และ ประสิทธิภาพ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านการรักษาพยาบาล ด้าน การส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค และด้านการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยทุกระดับได้ อย่างเต็มที่ การให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ได้เพิ่มจำนวน เตียง จำนวน 50 เตียง จาก 650 เตียง เป็น 700 เตียงโดยประมาณ ซึ่งงานบริการพยาบาลสามารถ จำแนกประเภทการพยาบาลออกเป็น 6 ประเภท มีงานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน งานห้องผ่าตัด งานห้องคลอด งานหอผู้ป่วยหนักและงานบริการผู้ป่วยใน โดยฝ่ายบริการพยาบาลฯ ได้จัดสรรอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลระดับต่าง ๆ ให้หอผู้ป่วยอย่างสอดคล้องกับภาระงานตาม ความเป็นจริง ภายใต้การศึกษาวเคราะห์เชิงสถิติ กิจกรรมพยาบาลต่าง ๆ ที่จัดบริการให้กับผู้ป่วย เป็นตามเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลที่ประกาศใช้ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งขณะนี้ มี จำนวน 29 เรื่อง การดำเนินเพื่อสร้างเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลยังคงดำเนินการต่อไปอีกอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ฝ่ายบริการพยาบาลฯ ยังสนับสนุนให้จัดทำ Nursing procedure เพื่อใช้เป็นหลักการ ปฏิบัติการพยาบาลในทิศทางเดียวกัน ซึ่งขณะนี้กำลังอยู่ในระหว่างการจัดทำ สำหรับการให้บริการ

พยาบาลของหอผู้ป่วยต่าง ๆ นั้นเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ใช้บริการ ได้มีการประกันคุณภาพการบริการพยาบาลของหน่วยงานเองทุกแห่งในส่วนกลางของฝ่ายบริการพยาบาลฯ ได้มีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพการพยาบาล มีแผนการประกันคุณภาพการพยาบาลของฝ่ายบริการพยาบาลฯ ปีละ 4 เรื่อง นอกจากนี้ ฝ่ายบริการพยาบาลฯ พร้อมทั้งจะได้รับการประเมินจากองค์กรต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก เพื่อที่จะพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการบริการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นทั้งในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยนั้น นอกจากการดำเนินงานตามหลักการวิชาชีพและมาตรฐานการพยาบาลแล้ว ยังได้จัดการสอน การแนะนำ การให้การศึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนออกจากโรงพยาบาล โดยใช้สื่อต่าง ๆ เช่น วิดีทัศน์ หนังสือ แผ่นพับ เอกสาร และการสาธิตต่าง ๆ หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมาตรวจที่โรงพยาบาลในหน่วยผู้ป่วยนอก ให้สามารถดูแลตนเองได้ที่บ้านอย่างมั่นใจและถูกต้องตามหลักวิชาการหอผู้ป่วยบางแห่งจัดให้มี hello page สำหรับผู้ป่วยหรือครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรค หรือการปฏิบัติตนสามารถโทรศัพท์เข้ามาปรึกษาและขอคำแนะนำทางโทรศัพท์ได้ ส่วนใหญ่เป็นการบริการให้กับผู้ป่วยที่เคยพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยนั้น ๆ มาก่อน นอกจากนี้ ฝ่ายบริการพยาบาลฯ ยังให้บริการพยาบาลเชิงรุก โดยจัดหน่วยให้บริการพยาบาลกับประชาชนที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เช่น วันแม่ วันผู้สูงอายุ วันพ่อ วันพยาบาลแห่งชาติ เป็นต้น และยังให้บริการความรู้กับองค์กรภายนอก ในรูปแบบการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้กับครูพยาบาลประจำโรงเรียน นักเรียนระดับมัธยม ตลอดจนให้ความร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่ขอความช่วยเหลือทางด้านการพยาบาล และการให้บริการสุขภาพศกนามัย (ราตี แก้วนพรัตน์ 2540:155-159)

ส่วนแนวคิดและนโยบายในการพัฒนาคุณภาพฝ่ายบริการพยาบาลในปี พ.ศ. 2540-2543 มีดังนี้

สืบเนื่องจากปัจจุบัน การปฏิบัติพยาบาลในโรงพยาบาล ได้เปลี่ยนแปลงไปมาก เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยซับซ้อน และรุนแรงมากขึ้น ผนวกกับการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ ในการตรวจวินิจฉัย และการรักษา จึงต้องการพยาบาลที่มีความรู้เป็นอย่างดี มีทักษะในการตัดสินใจทางคลินิก มีทักษะเฉพาะในการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ กับผู้ป่วยอย่างปลอดภัย รวมทั้งมีทักษะในการทำงานกับคน (Human skills) บทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลจึงเพิ่มขึ้นตามความยุ่งยากของปัญหาและความรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งการที่จะดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพเช่นนี้ ผู้บริหารทางพยาบาลต้องการมีการทบทวนและกำหนดทิศทางที่จะช่วยให้บุคลากรพยาบาลสามารถเผชิญกับการปฏิบัติที่ซับซ้อนได้ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคม ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยการปรับทั้งกลยุทธ์ และกระบวนการพัฒนาในอนาคตให้ดำเนินไปอย่างประสานเกื้อกูล และสมดุลระหว่างของเก่ากับของใหม่ ให้รู้จักใช้สิ่งเก่าที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์สืบต่อเข้ากับของใหม่ เช่น ปรับประสิทธิภาพ ภูมิความรู้ ภูมิปัญญาที่วิญญูออกมาใช้เป็นเครื่องมือในการสร้าง

สรรค์สิ่งใหม่ ๆ ฝ่ายบริการพยาบาล จึงจำเป็นต้องปรับนโยบายการจัดการทางการแพทย์และภาระกิจอื่น ๆ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีนโยบายและแนวคิดในการดำเนินงานที่สำคัญดังนี้

นโยบาย

1. ปรับโครงสร้างการบริหารการพยาบาลภายในฝ่ายบริการพยาบาล และสร้างกลไกต่าง ๆ ให้เกิดความเป็นเอกภาพ มีความคล่องตัว มีประสิทธิภาพ ประหยัด ลดความซ้ำซ้อน ต่าง ๆ ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนา

2. ส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลสามารถให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค และด้านฟื้นฟูสภาพ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยทุกระดับได้ อย่างเต็มที่ ซึ่งประกอบด้วย Primary care Secondary care และ Tertiary care พร้อมทั้งเสริมให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ

3. ส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลนำศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ให้ปรากฏอย่างชัดเจน

4. ส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลได้รับการพัฒนาตนเองในการฝึกอบรม ดูงาน ศึกษาต่อจากภายในและภายนอกองค์กร ขณะเดียวกันฝ่ายบริการพยาบาลจัดเป็นแหล่งที่สามรถให้ความรู้ในด้านการพยาบาล ด้านอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ด้านระบบบริหาร การพยาบาลต่าง ๆ พร้อมทั้งเป็นแหล่งฝึกอบรมปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานอื่น ๆ ด้วย

5. ส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาล สามารถทำวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการบริการพยาบาล บริหารการพยาบาล และเป็นแหล่งสนับสนุนให้เกิดการวิจัยทางการแพทย์

6. ฝ่ายบริการพยาบาล จะมีการบริหารในเชิงรุก สร้างภาพพจน์ที่ดีให้ปรากฏกับสังคม

7. ฝ่ายบริการพยาบาล จะสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งประโยชน์เกื้อกูลต่าง ๆ ที่เหมาะสมให้กับบุคลากรพยาบาล

3. แนวคิดในการดำเนินงาน

การฝ่ายบริการพยาบาลได้ตระหนักถึงแนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่มีความยั่งยืน การพัฒนาคุณภาพไม่ใช่เป็นเรื่องของเทคนิคการตรวจสอบ และการติดตามผลเพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในการบริหาร (Quality Management) เพื่อแสวงหาโอกาสในการปรับปรุงผลการบริการพยาบาลให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการพัฒนาคุณภาพให้สูงขึ้น

สำหรับกลยุทธ์ที่ไปสู่ความสำเร็จนั้น มุ่งเน้นให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพร้อมที่จะทำการควบคุมคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานด้วยตนเอง โดยการเก็บข้อมูล รู้จุดเด่น จุดด้อย วางแผนปรับปรุงแก้ไขดำเนินการแก้ไขและติดตามผลด้วยตนเอง เป็นการพัฒนาที่เกิดจากความคิด และการร่วมใจของกลุ่ม และหลักการที่สำคัญคือ การแสวงหาแนวร่วม โดยเน้นความภาคภูมิใจในวิชาชีพ ปลูกฝังการกล้ารายงานความผิดพลาด สร้างกลุ่มงานจากผู้ปฏิบัติงานกลุ่มงานจากผู้ปฏิบัติงานกลุ่มเล็กที่

สนิทสนมกันและจากกิจกรรมง่าย ๆ ไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพงานที่ใหญ่และยากขึ้น ทำกิจกรรมอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง และมีระบบรายงานที่ตรวจสอบได้

4. กระบวนการประกันคุณภาพการพยาบาล

การประกันคุณภาพการบริการพยาบาล ได้กำหนดคณะกรรมการรับผิดชอบ และดำเนินการ 3 ชุดคือ

1. กรรมการอำนวยการสร้างมาตรฐานการพยาบาล ดำเนินการสร้างมาตรฐานเพื่อใช้ในฝ่ายบริการพยาบาลโดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2539 มีมาตรฐานประกาศใช้รวม 20 มาตรฐาน

2. กรรมการควบคุมคุณภาพการพยาบาลทำหน้าที่ติดตามตรวจสอบเพื่อประเมินคุณภาพและการปรับปรุงพยาบาล เป็นผู้แนะนำส่งเสริมและกระตุ้นให้มีการทำ QA ในหอผู้ป่วย ดำเนินกิจกรรมประกันคุณภาพในระดับฝ่ายการพยาบาลรวม 6 เรื่อง ได้แก่ คุณภาพจัดรถ และเครื่องมือฉุกเฉิน คุณภาพการดูแลสิ่งแวดล้อม สำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยในการให้การพยาบาล คุณภาพการให้ยาแก่ผู้ป่วย คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และทบทวนวิเคราะห์อุบัติการณ์เพื่อหาแนวทางปรับปรุงแก้ไข นอกจากนี้ได้ส่งเสริมให้หอผู้ป่วยทำ QA ในหน่วยงานของตนเอง

3. กรรมการส่งเสริมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน ส่งเสริมกิจกรรมคุณภาพงานของกลุ่มคุณภาพ QC กิจกรรมกลุ่มย่อย กิจกรรมข้อเสนอแนะ และกิจกรรม 5ส.

4.1 การกำหนดมาตรฐานการพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของการพยาบาล และตระหนักถึงคุณภาพของการพยาบาล จึงได้มีการจัดทำมาตรฐานการทำงานในเชิงวิชาชีพการพยาบาลขึ้น ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 จนถึงปัจจุบัน ฝ่ายการพยาบาลได้มีมาตรฐานการพยาบาลที่ประกาศใช้แล้วประมาณ 20 มาตรฐานและได้รวมเล่มเพื่อเป็นคู่มือปฏิบัติงานและเผยแพร่ทั่วไป ในการดำเนินงานเกี่ยว

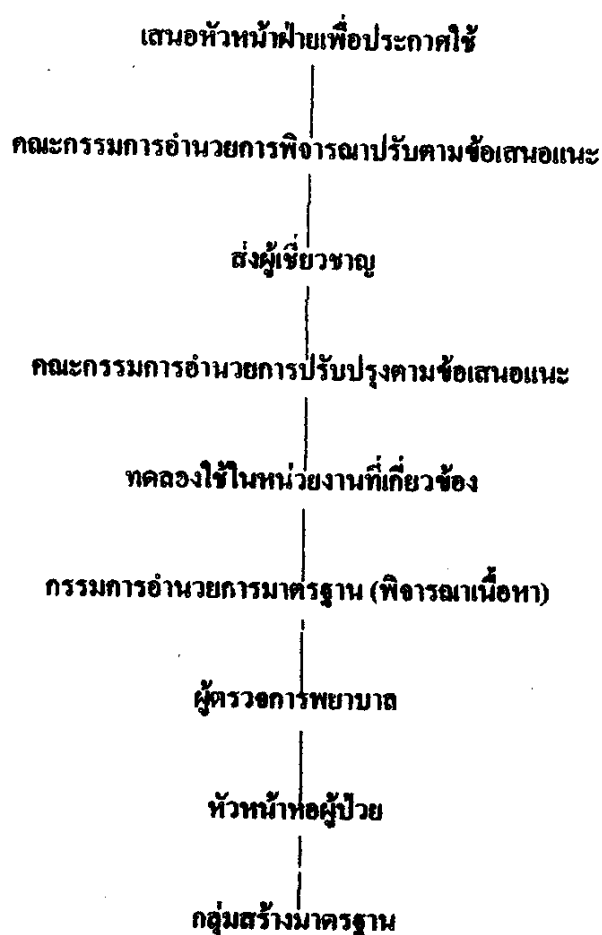
มาตรฐานการพยาบาลจะมีการแต่งตั้งกรรมการอำนวยการมาตรฐานการพยาบาลอยู่ในวาระ 1 ปี กรรมการชุดนี้มีหน้าที่ดังนี้

1. กำหนดนโยบาย เป้าหมายและแผนการดำเนินงานในการสร้างมาตรฐานการพยาบาล
2. กระตุ้นให้หอผู้ป่วยสร้างมาตรฐานการพยาบาลที่เกี่ยวข้องในงาน
3. พัฒนามาตรฐานการพยาบาลที่ประกาศใช้แล้ว
4. พัฒนารูปแบบการประสานงานร่วมกันระหว่างกรรมการอำนวยการมาตรฐานการพยาบาล กรรมการควบคุมคุณภาพการพยาบาลและคณะพยาบาลศาสตร์
5. พัฒนาความรู้ ความสามารถของกรรมการอำนวยการมาตรฐานการพยาบาลและบุคลากรในฝ่ายบริการพยาบาล
6. เผยแพร่มารฐานการพยาบาลแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้รับบริการ

รูปแบบการสร้างมาตรฐานการพยาบาล

การสร้างมาตรฐานการพยาบาลดำเนินการในรูป 2 รูปแบบ คือ

1. คณะกรรมการอำนวยการฯ สร้างมาตรฐานกลาง จะพิจารณาเฉพาะเรื่องที่ถูกหอผู้ป่วยต้องปฏิบัติเหมือน ๆ กัน หรือเป็นงานที่มีความเสี่ยงสูง โดยการออกแบบสอบถามจากนั้นจึงดำเนินการจัดทำมาตรฐานกลาง และมีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบพิจารณาให้เห็น
2. หน่วยงานสร้างมาตรฐานของตน คณะกรรมการอำนวยการจะกระตุ้นให้แต่ละหน่วยงานสร้างมาตรฐานของตน ซึ่งมีขั้นตอนในการนำเสนอมาตรฐานที่สร้างจากกลุ่มในแต่ละงานดังนี้



สำหรับมาตรฐานที่ผ่านการพิจารณาและประกาศใช้แล้วนั้น จะมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงทุก 3 ปี เพื่อพัฒนาให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมและวิทยาการ แต่หากมีกรณีเร่งด่วนที่เป็นปัญหาก็สามารถพิจารณาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

ข้อมูลที่ใช้ในการปรับปรุงได้มาจากการศึกษาค้นคว้าทฤษฎีใหม่ ๆ ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ หรือข้อคิดเห็นจากผู้ให้บริการ

ระบบตรวจสอบติดตาม

ในส่วนของคณะกรรมการอำนวยการมาตรฐานการพยาบาล จะติดตามตรวจสอบดังนี้

1. ดำเนินการตามข้อบัญญัติการนำมาตรฐานไปปฏิบัติจริง
2. ในการสอบเลื่อนระดับ จะมีข้อทดสอบเกี่ยวกับเรื่องนี้ด้วย เป็นการทดสอบความรู้ความเข้าใจ
3. ออกแบบสอบถาม ถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามมาตรฐาน และแนวทางแก้ไข คณะกรรมการอำนวยการจะได้วิเคราะห์และดำเนินการแก้ไข
4. การ round ward
5. การวิจัย ซึ่งขณะนี้ได้ทดลองใช้แนวทางวิจัยมาช่วยในการตรวจสอบ

ปัญหาอุปสรรค

การดำเนินการมาตรฐานการพยาบาลมีปัญหาอุปสรรคดังนี้

1. ความล่าช้าในการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน
2. ความล่าช้าในขั้นตอนการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ
3. การสนับสนุนส่งเสริมจากฝ่ายบริหาร
4. ความต่อเนื่องทั้งในเชิงนโยบาย และเนื้อหาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ยังไม่มีปัญหาตรงนี้ เพราะผู้บริหารและประธานคณะกรรมการมาตรฐานยังเป็นกลุ่มเดิม

4.2 การควบคุมคุณภาพการพยาบาล

เพื่อให้คุณภาพการพยาบาลของฝ่ายการพยาบาลดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องจึงมีการแต่งตั้งกรรมการควบคุมคุณภาพการพยาบาลชุดหนึ่งทำหน้าที่ดูแลกำกับ

การได้มาซึ่งกรรมการ

จากอัตราส่วนผู้บริหาร : ประจักษ์การ = 2 : 3 รวม 15 คน

ผู้บริหารมาจาก ผู้ตรวจการพยาบาล 2 คน รวม 6 คน

หัวหน้าหอผู้ป่วย 4 คน

ประจักษ์การมาจากตัวแทนหอผู้ป่วย ซึ่งได้จากกลุ่มหอผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในกลุ่มเดียวกับผู้บริหารมีจำนวน 9 คน วาระกรรมการ 2 ปี

พันธกิจ (Mission)

ติดตาม ตรวจสอบ รับผิดชอบ รับผิดชอบ พัฒนางานตามหลักวิชาการ เพื่อหาผลงานบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ (คุณภาพ คือ ความพึงพอใจ ความปลอดภัยของผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน)

หน้าที่

- วางแผน และกำหนดการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล พร้อมทั้งประกาศ หรือ ประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานทราบ
- ตรวจสอบความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล โดยแบ่งความรับผิดชอบเป็นกลุ่มตามสาขาทางการพยาบาล และจากการทำหนังสือเวียนสอบถามหอผู้ป่วย
- สร้างเกณฑ์การตรวจสอบ โดยใช้แนวคิดตามมาตรฐานการพยาบาลที่ประกาศใช้ และตามหลักวิชาการพยาบาล
- กัดเลือกเรื่องที่จะตรวจสอบ (Audit) การพยาบาลโดยพิจารณาจากมาตรฐานที่ ประกาศใช้ และตามการพยาบาลที่สำคัญ เช่น กิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออันตรายสูงจากการ พยาบาลที่ไม่ถูกต้อง (เช่น การให้ยาที่อันตราย การจัดท่านอน การให้เลือด) กิจกรรมที่เกิดบ่อยกับ คนจำนวนมาก ค่าใช้จ่ายสูง
- เตรียมผู้ทำหน้าที่ตรวจสอบ และสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ โดยจัดประชุมผู้ที่จะทำหน้าที่ ตรวจสอบ เพื่อชี้แจงวิธีการใช้เกณฑ์ที่ประเมิน และวิธีประเมินก่อนทำการตรวจสอบในแต่ละครั้ง
- ทำการตรวจสอบอย่างต่อเนื่องตลอดปี และกระตุ้นให้หน่วยงานหรือหอผู้ป่วยต่าง ๆ ดำเนินการตรวจสอบผลการดำเนินงานของตนเอง โดยสนับสนุนเอกสารและความสะดวกต่าง ๆ
- รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล แปลผลการตรวจสอบและรายงานผลการตรวจสอบ ต่อหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ทีมบริหารและผู้ตรวจการพยาบาลทราบ
- รายงานผลการตรวจสอบเป็นความลับเฉพาะหอผู้ป่วยต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย
- กัดเลือกหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้สูงสุด ประกาศเกียรติคุณและให้ รางวัลเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้ปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น
- ติดตามสนับสนุนทั้งในด้านความรู้ คำแนะนำปรึกษา แก่หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติตาม มาตรฐานได้น้อย จัดประชุมปรึกษาหาหรือเพื่อหาแนวทางแก้ไขในแต่ละจุด

ระบบการรายงาน

- รายงานผลวิเคราะห์ อุบัติการณ์ของหน่วยงานต่อที่ประชุมผู้บริหารฝ่ายบริการ พยาบาลทุก 2 เดือน
- การรายงานดำเนินงาน ติดตามการทำงานของหน่วยงานเสนอต่อที่ประชุมผู้บริหาร ฝ่ายบริการพยาบาลทุก 2 เดือน
- การสรุปผลงาน (แต่ละกิจกรรม) เสนอต่อหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล → ผู้ตรวจ การพยาบาล → หัวหน้าหอผู้ป่วย

หลักการทำงานร่วมกัน

- ประชุมกันอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
- ตรงต่อเวลา

- ให้โอกาสทุกคนเท่าเทียมกัน
- หลีกเลี่ยงการลงมติ
- ไม่กดดันซึ่งกันและกัน

เป้าประสงค์ แผนยุทธศาสตร์ เครื่องชี้วัด

เป้าประสงค์	ยุทธศาสตร์	เครื่องชี้วัด
1. ติดตาม	- Incident - IP voice, OP voice - Staff complain	- มีจำนวนลดลง - ผู้บริการมีความพึงพอใจมากขึ้น - ผู้ปฏิบัติงานพอใจ
2. ตรวจสอบชี้แนะ/พัฒนา	- บันทึกทางการแพทย์ - สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย - ความคิดเห็นต่อกิจวัตรประจำวัน - การรับและจำหน่ายผู้ป่วย	- 80% ขึ้นไป - 80% ขึ้นไป - 80% ขึ้นไป - 80% ขึ้นไป
3. การพัฒนางาน	- ประชุมกลุ่มย่อย/ปรึกษาหารือ - กระตุ้นส่งเสริมการดำเนินงานของหน่วยงานทุก 2 เดือน - บริการเอกสารและให้ความรู้เกี่ยวกับ QA ของหน่วยงาน	- 4 ครั้ง/ปี - คุณภาพในกิจกรรมนั้น ๆ ดีขึ้น - ทุกหน่วยงานมีกิจกรรม QA. อย่างต่อเนื่อง - ตลอดเวลาราชการ

แผนการปฏิบัติการ Q.A ของฝ่ายบริการพยาบาล

กิจกรรมหลัก	เวลา
- สรุปและรวบรวมรายงาน Incident	ทุก 2 เดือน
- การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์	ม.ค., ต.ค.
- การตรวจสอบมาตรฐานสิ่งแวดล้อม	มี.ค., ก.ย.
- การประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการพยาบาลด้านกิจวัตรประจำวัน	ก.ค.
- การประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน	
- การตรวจสอบมาตรฐานการรับและจำหน่ายผู้ป่วย	ต.ค.
- การประชุมกลุ่มย่อย/ปรึกษาหารือ	ก.ย.
- การให้คำปรึกษาหารือและกระตุ้นส่งเสริมให้มีการดำเนินงาน Q.A.	
- บริการเอกสาร	

4.3 กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพงาน

กิจกรรม 5 ส.

กิจกรรม 5 ส. ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 เป็นนโยบายที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน 5 ส. หมายถึง สะสาง สะดวก สะอาด สุขลักษณะ และสร้างนิสัย ประโยชน์ ของ การทำกิจกรรม 5 ส. มีดังนี้

1. มาตรฐานการทำงานดีขึ้น
2. คุณภาพงานดีขึ้น
3. คนมีวินัย เคารพกฎระเบียบมากขึ้น
4. ทำงานสะดวกขึ้น เพราะวัสดุต่าง ๆ ถูกจัดเป็นระเบียบและเป็นหมวดหมู่
5. ประหยัดมากขึ้น
6. อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ยืดเวลาการใช้งานได้นานขึ้น และมีการใช้อย่างคุ้มค่า

คณะแพทย์ได้ประกาศนโยบายให้ทุกหน่วยงานทำ 5 ส. อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง สำหรับกระบวนการในการทำกิจกรรม 5 ส. ของฝ่ายการพยาบาลมีดังนี้

1. คณะแพทย์แต่งตั้งกรรมการ 5 ส. 1 ชุด ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ดูแลติดตาม ตรวจสอบ และตัดสินใจรางวัล
2. อบรมให้ความรู้เรื่อง 5 ส. แก่หัวหน้า ward เพื่อให้ไปดำเนินงานใน ward ของคน การอบรมจะมีแบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังอบรม
3. กระตุ้นให้แต่ละ ward คิด โครงการกิจกรรม 5 ส. และเสนอจดทะเบียนกิจกรรมที่จะทำการจดทะเบียนจะเป็นประโยชน์ต่อการติดตามการดำเนินการ
4. ติดตามให้แต่ละงานที่จดทะเบียนแล้วดำเนินการตามโครงการโดยกลุ่มต้องกำหนดมาตรฐานเอง และดำเนินการตามมาตรฐานที่ตนได้กำหนดไว้
5. ตรวจสอบให้คะแนนตามเกณฑ์การให้คะแนนกิจกรรม 5 ส. ที่คณะกรรมการได้กำหนด (เอกสาร 1, 2)

เครื่องมือในการติดตามตรวจสอบ

1. แบบประเมินกิจกรรม
- 2.เกณฑ์การให้คะแนนกิจกรรม

การติดตามประเมินผล

1. ทีมผู้บริหารเชื่อมกิจกรรม 5 ส. ที่หน่วยงานดำเนินการ ให้ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจ
2. คณะกรรมการ 5 ส. ติดตามดูการดำเนินการ 5ส. โดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้าและให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ กรณีที่จะทะเบียนแล้ว ไม่ดำเนินการเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการที่จะต้องกระตุ้น และให้คำแนะนำ เพื่อให้กิจกรรมได้เกิดขึ้น

กิจกรรมข้อเสนอแนะ

เป้าหมายของการทำกิจกรรมข้อเสนอแนะมีดังนี้

1. เพื่อให้ทุกคนสนใจและใส่ใจในสภาพแวดล้อม ได้แก่ สถานที่ทำงาน การดำเนินงานและระบบต่าง ๆ
2. เพื่อให้ทุกคนได้ใช้ความคิดริเริ่ม เห็นประเด็นปัญหา และเสนอแนวทางแก้ไข
3. ส่งเสริมให้กล้าแสดงออกในเรื่องความคิดเห็น กล้าที่จะให้ข้อเสนอแนะ

การดำเนินการ

กิจกรรมข้อเสนอแนะดำเนินการได้อย่างสะดวก ไม่ต้องมีขั้นตอน เมื่อพบประเด็นที่เป็นปัญหาก็สามารถเสนอแนะแนวทางได้ทันที โดยการส่งข้อเสนอแนะไปยังกรรมการกลางรับฟังข้อเสนอแนะ หรือใส่ในตู้รับความคิดเห็น เรื่องที่เสนอแนะส่วนใหญ่จะได้รับการตอบสนองอย่างดี และในช่วงแรก ๆ จะมีรางวัลให้กับผู้เสนอด้วย เรื่องที่จะเสนอแนะเป็นเรื่องทั่ว ๆ ไปที่พบเห็น และมักลงนามจริง เพราะเป็นการเขียนเพื่อสร้างสรรค์หน่วยงาน ช่วงแรก ๆ ในการนำกิจกรรมนี้มาใช้จะมีผู้ส่งข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาองค์การมากมาย ปัจจุบันมีน้อยลง ประมาณปีละ 40 เรื่อง

เครื่องมือประเมินข้อเสนอแนะ (เอกสาร 3) จะกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาข้อเสนอแนะดังนี้

1. ความคิดสร้างสรรค์
2. วิธีได้มาของข้อเสนอแนะ
3. ประโยชน์ที่ได้รับ

ประโยชน์ของการทำกิจกรรมข้อเสนอแนะ

1. สร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวในกลุ่มคน
2. บุคคลเกิดความรักความผูกพันองค์กรมากขึ้น
3. บุคคลเกิดความภาคภูมิใจเมื่อข้อเสนอแนะของคนได้รับการตอบสนองและเกิดความรู้สึกว่าคนเป็นคนหนึ่งที่มีส่วนร่วมในการคิด การแก้ปัญหา นั้น ๆ

กิจกรรมกลุ่มย่อย

เป็นกิจกรรมที่ทำต่อเนื่องจาก QC หลักการคือ เมื่อภายในหน่วยงานเกิดปัญหาขึ้นคนในหน่วยงานจะจัดตั้งกลุ่มย่อย ซึ่งประกอบด้วยคน 5-6 คน ค่อยๆ พิจารณาหาแนวทางแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น ๆ การจัดตั้งกลุ่มนี้อาจขึ้นจากบุคคลจัดตั้งกลุ่มเองเมื่อเห็นปัญหาหรือหัวหน้างานกำหนดให้ การจัดกิจกรรมกลุ่มย่อยจะมีในแต่ละ ward ดำเนินภายในยังไม่ได้ประสานกับหน่วยงานข้างนอก ในรอบปีที่ผ่านมามีการทำกลุ่มย่อยในเรื่องต่าง ๆ ประมาณ 29 เรื่อง มีการประกวดและให้รางวัลด้วยโดยมีเกณฑ์การพิจารณาในเรื่องต่อไปนี้ (เอกสาร 4)

1. วิธีการแก้ไข สอดคล้องกับสาเหตุของปัญหา
2. มาตรการแก้ไขทำได้เองโดยกลุ่ม
3. เป็นมาตรการที่แบบยืดหยุ่นใหม่ และดี
4. เป็นมาตรการที่ปฏิบัติได้จริง
5. คำนึงถึงผลกระทบต่าง ๆ
6. แบ่งความรับผิดชอบของสมาชิกอย่างเหมาะสม
7. ผลประโยชน์ที่ได้รับ

การติดตามตรวจสอบกิจกรรมทั้ง 3 ชนิด

1. คณะกรรมการและอนุกรรมการติดตาม ดูแล และประเมินให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. ผู้บริหารเยี่ยมชมกิจกรรม เพื่อติดตามและให้ข้อเสนอแนะ
3. ประเมินโดยหัวหน้างาน
4. การจัดประกวดกิจกรรมและมีรางวัลใจ
5. การมาดูงานของหน่วยงานภายนอกจะเป็นการเร่งให้ดำเนินกิจกรรมตามที่ได้จดทะเบียนไว้ และทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

แหล่งอ้างอิง

1. คุณพัทธนัย แก้วแพง ผู้ให้สัมภาษณ์ ผศ.ดร.ศุจิรา จรจิตร ผู้สัมภาษณ์ วันที่ 14 สิงหาคม 2541 เวลา 13.30-15.00 น. ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิงและพิเศษโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

2. เอกสารของงานกิจกรรม 5 ส. ข้อเสนอแนะ และกลุ่มย่อย

ระบบการประกันคุณภาพงาน : ฝ่ายเภสัชกรรม

1. เป้าหมายและวัตถุประสงค์

ฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริการด้านยาในทุกแง่มุม โดยครอบคลุมทั้งด้านการบริหาร บริการและวิชาการ โดยมีจุดมุ่งหมายให้มีการบริหารและบริการที่ถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย และประหยัด สำหรับการบริการภายใน มุ่งเน้นการจัดวางระบบงานภายในให้สามารถติดตาม ตรวจสอบคุณภาพและปรับปรุงงานประจำที่ทำอยู่ให้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนได้ขยายบริการเพิ่มในกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากขึ้น ได้แก่

- การเปิดบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา (Pharmacy counseling)
- การให้บริการ และติดตามการให้สารอาหารทางหลอดเลือด (Total Parenteral nutrition : Aseptic dispensary & monitoring)
- การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ในการใช้ยา (Adverse drug reaction monitoring)
- การติดตามรายงานผลการใช้ยาในโรงพยาบาล (Drug used review)
- การให้บริการเภสัชสนเทศ (Drug information service)

2. แนวคิดหลักในการดำเนินงาน

การดำเนินงานด้านประกันคุณภาพ ฝ่ายเภสัชกรรมได้ดำเนินการมานานแล้ว โดยยึดหลักดังนี้

- เริ่มด้วยการแก้ไขที่ตนเอง โดยเน้นการสำรวจระบบงานของตนเอง และแก้ไขปัญหาที่ตัวเองหรือหน่วยงานภายในก่อน หากยังมีปัญหาก็จะประสานงานเพื่อหาวิธีแก้ไขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป
- การทำงานเป็นทีม โดยสร้างความเข้าใจร่วมกันถึงเป้าหมายของงาน การร่วมมือและการยอมรับความคิดเห็นของผู้อ่าน และให้ทีมงานเห็นประโยชน์ของการรวบรวมข้อมูลและการนำข้อมูลมาใช้
- การใช้ข้อมูลที่เก็บจากข้อเท็จจริง การจัดวางระบบงาน (Process design) หรือการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นภายในฝ่ายเภสัชกรรม จะใช้ข้อมูลที่รวบรวมจากข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น โดยพยายามจัดระบบงานให้มีการเก็บตัวเลข เพื่อนำมาใช้เป็นเครื่องชี้วัด ทั้งนี้เพื่อให้ทีมงานมองเห็นปัญหา เข้าใจ และยอมรับเกี่ยวกับความรุนแรงและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นได้ตรงกัน อีกทั้งได้ใช้ตัวเลขข้อมูลนี้สำหรับตั้งเป้าหมายเพื่อการปรับปรุง และใช้ในการเปรียบเทียบประเมินผลการปรับปรุงได้

- การติดตามเพื่อรักษาคุณภาพ เมื่อมีการจัดวางระบบงานได้แล้วจะมีการติดตามตรวจสอบ โดยให้มีการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นประโยชน์แทรกไว้ในงานประจำ

3. กระบวนการตรวจสอบภายในของงานเภสัชกรรม

เพื่อเป็นการประกันคุณภาพในการดำเนินงานให้ถูกต้องทุกขั้นตอน การรับและการส่งมอบค่อ เพื่อมิให้เกิดปัญหาในภายหลัง ฝ่ายเภสัชกรรมได้กำหนดแนวทางตรวจสอบภายในขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อทำงานให้ถูกต้องทุกขั้นตอน และง่ายในการตรวจสอบ การตรวจสอบภายในที่ดำเนินการอยู่มีดังนี้

3.1 การตรวจสอบ stock ยา

- ควบคุม โดยอาศัยการตรวจเช็คจากคอมพิวเตอร์ และการ์ดรายการต่าง ๆ
- สุ่มตรวจทุกสัปดาห์ที่มีการเบิกยา
- ตรวจสอบครั้งใหญ่ปีละ 2 ครั้ง ในเดือนมีนาคม และกันยายน โดยตรวจสอบยาทุกชนิด

กรณีตรวจสอบแล้วพบความคลาดเคลื่อน จะรายงานคณบดีเพื่อขออนุมัติปรับเปลี่ยน stock ให้เป็นไปตามตัวเลขที่เป็นจริงเป็นรายปี

- การตรวจสอบโดยเภสัชกร ในจุดเบิกจ่ายยา ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
- การตรวจสอบการเบิกจ่ายยาระหว่างคลังยาใหญ่กับคลังยาย่อยที่เบิกจ่ายสัปดาห์ละครั้ง

3.2 การประกันคุณภาพการซื้อยา

เพื่อให้การซื้อยาเป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ งานเภสัชกรรมได้มีแนวปฏิบัติดังนี้

1.ระบบจัดซื้อ จะมีคณะกรรมการพิจารณา คณะกรรมการชุดนี้จะพิจารณาที่บริษัทนำเสนอ โดยพิจารณาคุณภาพของยา และข้อมูลสนับสนุนการนำไปใช้ได้จริงตลอดจนพิจารณาเปรียบเทียบราคากับบริษัทอื่นๆ

2.การวิเคราะห์คุณภาพยาที่จะจัดซื้อยา จะมีการสุ่มวิเคราะห์คุณภาพยา โดยสุ่มจากบริษัทที่อื่นประมูลในราคาต่ำสุดก่อน พิจารณาว่าเข้าเกณฑ์มาตรฐานทางกายภาพและทางเคมีหรือไม่ หากผ่านเกณฑ์มาตรฐานทางกายภาพและเคมีจึงจะซื้อ หากไม่ผ่านเกณฑ์จะมีมาตรการงัดตั้งซื้อยาจากบริษัทดังกล่าว 3 ปี ค่าใช้จ่ายในการวิเคราะห์บริษัทเป็นผู้จ่าย กรณีบริษัทที่เสนอราคาต่ำสุดไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ก็จะวิเคราะห์คุณภาพยาของบริษัทที่เสนอราคาต่ำในอันดับที่สอง โดยดำเนินการเหมือนข้างต้น

3.การวิเคราะห์คุณภาพยาโดยทั่วไป จะมีการสุ่มยาประมาณ 10-20 รายการต่อเดือน เพื่อส่งไปวิเคราะห์ที่คณะเภสัช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือที่กรมวิทยาศาสตร์ เป็นการประกันยาว่าที่ใช้อยู่ในโรงพยาบาลมีคุณภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน-งานนี้จะทำเป็นประจำ

4.ห้วงเวลาในการจัดซื้อ เคมีจัดซื้อ 6 เดือนครั้ง ปัจจุบันเปลี่ยนเป็น 3 เดือน, 1 เดือนครั้ง บางรายการซื้อเมื่อต้องการใช้เท่านั้น โดยไม่สำรอง Stock ทั้งนี้เพื่อจะได้ยาใหม่มาใช้และเป็นการลดมูลค่า stock

5.การวิเคราะห์ยาที่ผลิตจากต่างประเทศกับที่ผลิตภายในประเทศ จะมีการวิเคราะห์คุณภาพยา โดยส่งไปวิเคราะห์ที่คณะเภสัช หรือกรมวิทยาศาสตร์ แม้แต่สารเคมีที่ฝ่ายเภสัชกรรมผลิตเองก็จะมีการตรวจสอบความถูกต้องทุกระดับเหมือนกับยาที่ผลิตที่โรงงาน

3.3 การประกันคุณภาพการจ่ายยา

1.การคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา

ฝ่ายเภสัชกรรมได้กำหนดระบบตรวจสอบภายในเอง โดยศึกษาจากวารสารต่าง ๆ และนำมาประยุกต์ให้เหมาะสม การควบคุมเพื่อมิให้เกิดการคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาจะดูแลตรวจสอบใน 3 จุดใหญ่ ๆ ดังนี้

1. การคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาผิด (Prescribing error) ซึ่งจะคลาดเคลื่อนจากการเขียนใบสั่งยาของแพทย์

2.การคลาดเคลื่อนในการจัดเตรียมยา (Predisensing error) มักจะเป็นการคลาดเคลื่อนในจุดคิดราคายากับจุดจ่ายยาก่อนที่จะให้แก่ผู้ป่วย

3. การคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error)

การคลาดเคลื่อนดังกล่าวทราบได้จากหลายทาง เช่น จากพยาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยใน จากแพทย์ คนไข้ หรือผู้เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอน

การดำเนินการเมื่อได้รับข้อมูลการคลาดเคลื่อน

1.หากได้รับแจ้งเรื่องความคลาดเคลื่อนจะดำเนินการทันทีโดยค้นหาต้นตอของความคลาดเคลื่อน และนำมาวิเคราะห์สาเหตุและหาทางแก้ไข

2.กรณีที่ตรวจสอบพบและเกิดผลที่คาดว่าจะอันตรายจะติดตามไปยังบ้านของคนไข้ และแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ กรณีให้ยาไม่ครบจะจัดส่งไปให้ทางไปรษณีย์ กรณีไม่แน่ใจก็จะติดต่อโทรศัพท์, จดหมายถึงคนไข้ให้เอายาทั้งหมดกลับมาดูใหม่

3.รวบรวมข้อมูลที่คลาดเคลื่อนทุกเดือน โดยจัดทำเป็นรายงานและแจ้งในที่ประชุมเพื่อรับรู้ปัญหาร่วมกัน และหาแนวทางป้องกันมิให้เกิดปัญหา นอกจากนั้นได้นำไปลงเผยแพร่แจ้งให้ได้ทราบในข่าวสารยาด้วย

2. การปฏิบัติงานการจ่ายยา เป็นการควบคุมคุณภาพการทำงานและเวลาในการปฏิบัติงาน โดยตั้งเป้าหมายในการบริการยาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายไม่เกิน 15 นาที ในการคิดราคา ยา จัดยา

และอธิบายการใช้ยา ซึ่งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน มีการเก็บสถิติข้อมูลประจำวัน และหาค่าเฉลี่ยรายเดือน และสรุปข้อมูลเพื่อรายงานให้ฝ่ายที่เกี่ยวข้องทราบและข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์ในเชิงการบริหารจัดการในการปรับเปลี่ยน และการวางแผนวางอัตราค่าถึงในแต่ละจุดได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพสูงสุด

3.4 การติดตามการใช้ยาในโรงพยาบาล

เป็นงานใหม่ที่ริเริ่ม เป็นการติดตามยาว และความเหมาะสมในการใช้ยา เพื่อศึกษารวบรวมข้อมูล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการ การดำเนินการในเรื่องนี้ จะติดตามยาบางชนิดที่น่าสนใจ เช่น ยาที่ใช้มาก หรือราคาแพง เพื่อพิจารณาว่าการสั่งใช้เหมาะสมหรือไม่ criteria ที่กำหนด มาจากการศึกษาค้นคว้า และนำมาปรับประยุกต์ให้เหมาะสม การรวบรวมข้อมูลการติดตามการใช้ยาตัวที่ศึกษานี้จะรวบรวมสถิติปริมาณการสั่งใช้ ผู้สั่ง คนใช้ โดยสืบค้น ข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ย้อนหลัง 6 เดือน และนำข้อมูลทั้งหมดสรุปเสนอรายงานไปยังคณะกรรมการบริหาร คณะ หรือผู้บริหาร

3.5 การติดตามตรวจสอบยาหมดอายุและยาที่ใช้้น้อย

ยาหมดอายุ จะมีการตรวจ stock ทุกปี ในเดือนกันยายน โดยจะมีแบบฟอร์มเพื่อตรวจเช็ค จะทำให้ทราบว่ามียาชนิดใดบ้างจะหมดอายุ และหมดอายุในเดือนใด ซึ่งจะได้ขอแลกเปลี่ยนกับบริษัทฯ ได้

4. ปัญหาอุปสรรค

เนื่องจากงานเภสัชกรรมได้ดำเนินงานด้านประกันคุณภาพมาเป็นเวลานาน โดยสร้างความเข้าใจร่วมกันในฝ่ายปฏิบัติ มีระบบตรวจสอบภายในงานของตนเอง มีระบบงานที่ชัดเจนและมีการพัฒนางานตามลำดับ ดังนั้นจึงไม่มีปัญหาเรื่องการไม่ยอมรับการตรวจสอบภายในงานการตรวจสอบของคณะ และการตรวจสอบจากส่วนกลางของมหาวิทยาลัย หากจะมีอุปสรรคก็เป็นปัญหาในการปฏิบัติงาน ได้แก่

1. ปัญหาความผิดพลาดเรื่องจำนวนยา ซึ่งเป็นปัญหาเกี่ยวเนื่องจากบริษัท เช่น ยาเม็ดในขวดจากบริษัทฯ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง $\pm 10\%$
2. การป้องกันยาสูญหาย ใช้มาตรการป้องกันปราม และปลูกจิตสำนึกในเรื่องความซื่อสัตย์สุจริต และได้ย้ำเน้นในการประชุม และหากปฏิบัติถือว่าเป็นความผิดร้ายแรง ทั้งนี้เพราะไม่มีระบบตรวจสอบตัวบุคคลก่อนออกจากห้องปฏิบัติงาน
3. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา ซึ่งมีบ้างแต่ได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างรวดเร็วและบันทึกข้อมูล เพื่อใช้ในการปรับปรุงและแก้ปัญหา

5. ผลที่ได้จากการดำเนินงานการประกันคุณภาพ

1. การติดตามตรวจสอบระยะเวลาในการรอรับยาของผู้ป่วย (Waiting time monitoring) ผล คือ ผู้ป่วยใช้เวลาในการรอรับยาไม่เกิน 15 นาที ตามเป้าหมาย โดยวิธีการเพิ่มจุดคิดราคายา แยกช่องจ่ายยา เปิดบริการช่องพิเศษ นำคอมพิวเตอร์มาใช้ จัดเหลื่อมเวลาการทำงาน และจัดเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือและนำผู้ป่วยในช่วง peak time
2. การติดตามตรวจสอบคุณภาพยาที่ซื้อ และผลิตขึ้นใช้ในโรงพยาบาล (Quality control monitoring) ยาที่ผ่านการคัดเลือกซื้อของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ทุกรายการจะเป็นยาที่มีคุณภาพดี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่ได้ทำการตรวจสอบและราคาเหมาะสม และยาที่ผลิตขึ้นใช้เองทุกรายการผ่านเกณฑ์การตรวจสอบทั้งในระหว่างกระบวนการผลิต และตัวผลิตภัณฑ์
3. การติดตามตรวจสอบประสิทธิภาพการบริหารยา (Inventory control monitoring) มียาคงคลังมูลค่าไม่เกิน 2 เดือน และการบริหารคลังยาคลาดเคลื่อนไม่เกิน 1%

การอ้างอิง

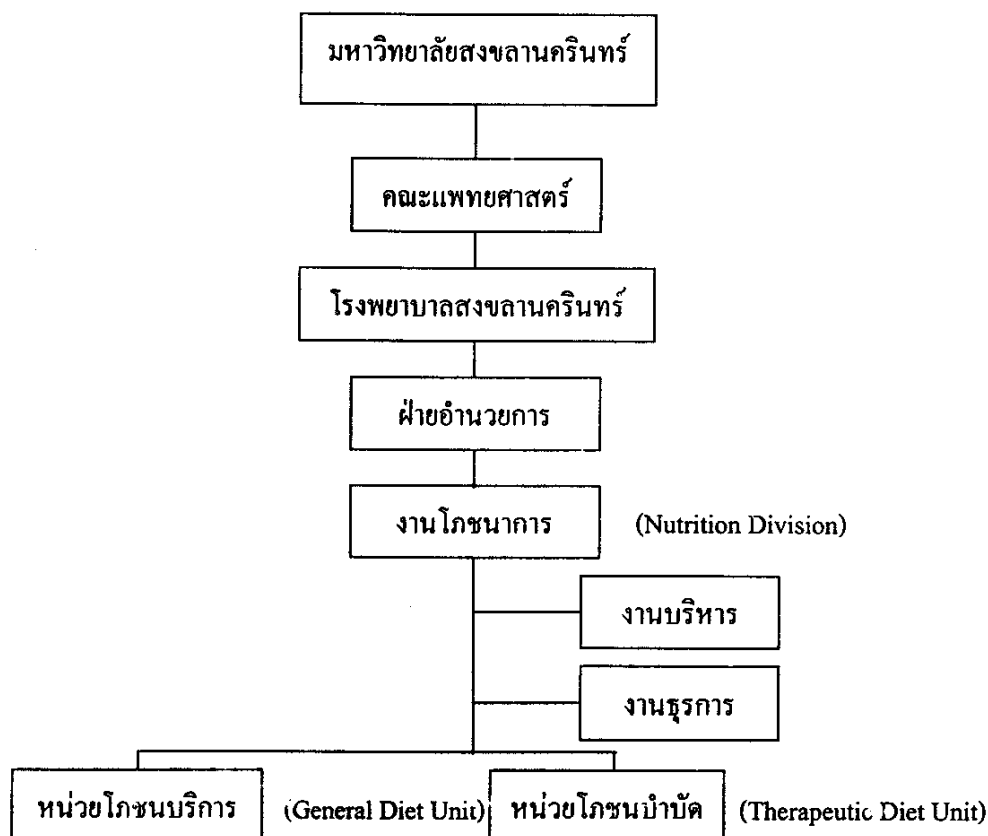
- 1.เภสัชกรหญิงเนาวนิตย์ ทฤษฎิคุณ “กิจกรรมคุณภาพงานบริการฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลสงขลานครินทร์” รายงานประจำปี 25 ปี คณะแพทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2540 หน้า 181-183.
- 2.เภสัชกรหญิงเนาวนิตย์ ทฤษฎิคุณ ผู้ให้สัมภาษณ์ สุจิตรา จรจิตร ผู้สัมภาษณ์ วันที่ 5 สิงหาคม 2541 เวลา 9.00-11.30 น. ณ ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

การประกันคุณภาพงาน : งานโภชนาการ

1. องค์กร พันธกิจ และวัตถุประสงค์

งานโภชนาการสังกัดฝ่ายอำนวยการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การแบ่งส่วนราชการ



- บริการอาหารทั่วไป
- บริการอาหารเฉพาะราย
- บริการอาหารเสริม
- บริการอาหารแก่แพทย์เวร เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ
- บริการอาหารโครงการเลี้ยงบุตรของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์
- บริการอาหารงานเลี้ยงในโอกาสต่าง ๆ
- เผยแพร่ความรู้ด้านอาหาร โภชนาการ
- งานพัสดุ
- งานทำความสะอาดสถานที่

- บริการอาหารเฉพาะโรค
- บริการอาหารทางสายให้อาหาร
- บริการน้ำนมและสารละลายเกลือแร่
- บริการอาหารเหลว
- เผยแพร่ความรู้ทางด้านโภชนาบำบัด
- งานทำความสะอาดภาชนะ อุปกรณ์

พันธกิจของหน่วยงาน งานโภชนาการได้ร่วมกันระดมความคิดและกำหนดพันธกิจของหน่วยงานดังนี้ “จัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพของผู้รับบริการ ประหยัด โดยยึดหลักสุขภาพอาหาร บริการรวดเร็ว ทันเวลา ด้วยมิตรภาพอันดี เป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นแหล่งเผยแพร่ความรู้และศึกษาเกี่ยวกับงานโภชนาการ”

สำหรับวัตถุประสงค์ในการที่ต้องมีระบบตรวจสอบนั้น เพื่อควบคุมการทำงานให้ออกต้องและเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ ตลอดจนสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ให้บริการ

2.แนวคิดหลักในการดำเนินงาน

เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด งานโภชนาการได้ดำเนินงาน โดยยึดหลักดังนี้

- 1.วิธีการทำงานที่ถูกต้องและการทำงานเป็นทีม โดยที่ทีมงานจำเป็นจะต้องเข้าใจนโยบาย จุดมุ่งหมายของหน่วยงาน และเข้าใจวิธีการทำงานที่ถูกต้องและผลเสียหากที่พึงเกิดขึ้นหากไม่ปฏิบัติงานตามหลักการที่ได้วางแนวทางไว้ โดยการฝึกอบรมให้รู้จักงาน ประชุมปรึกษาหารืออย่างน้อยเดือนละครั้ง
2. ต้องมีการสื่อสารที่ดีภายในองค์กร และระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. จุดมุ่งหมายหลักที่สำคัญ คือ การจัดการอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เหมาะสมกับเกณฑ์ที่กำหนด และให้การบริการที่ดีแก่ผู้รับบริการ ซึ่งหมายถึงทั้งผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง
4. ต้องเผยแพร่ความรู้ทางโภชนาการและโภชนบำบัดให้แก่ผู้ป่วย ญาติ นักศึกษาที่มาฝึกงานและผู้สนใจทั่วไป
5. มีข้อตกลงร่วมกันในหน่วยงานที่จะต้องมีการประเมินผลการปฏิบัติงานทุกวันหากมีประเด็นผิดพลาดต้องทำบันทึกรายงานด้วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานไม่ใช่การจับผิดหรือเพื่อลงโทษ นอกจากนั้นในรอบ 6 เดือน จะมีการประเมินภาพรวมอีกครั้งและรายงานเสนอผู้บริหารเป็นลายลักษณ์อักษร

3.ระบบการประกันคุณภาพ

เพื่อให้งานโภชนาการดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด งานโภชนาการได้มีระบบการประกันคุณภาพในหลายส่วนดังนี้

3.1 การตรวจสอบการจัดซื้ออาหารสดและแห้ง

งานโภชนาการ มีระบบการจัดซื้ออาหารสดและอาหารแห้ง (บางชนิด) โดยให้พ่อค้า มาส่งของตามใบสั่งซื้อในแต่ละวัน และเสนอราคาแบบลอยตัว ซึ่งมีระบบการจัดซื้อ-ตรวจรับดังนี้

1. ระบบการตรวจรับ มีการตรวจรับอาหารสดทุกวัน โดยกรรมการตรวจรับอาหาร วันละ 1 ชุด ๆ ละ 3 คน แต่ละชุดมีวาระการปฏิบัติงาน 10 วัน (เดือนละ 3 ชุด) หมุนเวียนเป็นเวลา 3 เดือน จึงจะเปลี่ยนกลุ่มใหม่ มีหน้าที่ตรวจรับอาหารให้ตรงตามคุณลักษณะของอาหารแต่ละประเภทตามที่งานโภชนาการกำหนด

2. ระบบสืบราคา เนื่องจากพ่อค้าเสนอราคาอาหารโดยวิธีลอยตัว จึงต้องมีคณะกรรมการสืบราคาอาหารที่ขายในตลาดใหญ่ ๆ 2-3 แห่ง และเฉลี่ยราคาของราคาอาหารแต่ละรายการเพื่อใช้เป็นราคาเปรียบเทียบกับราคาที่พ่อค้านำเสนอ โดยมีกรรมการชุดละ 3 คน วาระการปฏิบัติงาน 6 เดือน เปลี่ยนกรรมการกลุ่มใหม่

การจัดซื้ออาหารสด จะจัดซื้อทุกวัน โดยออกไปส่งรายการอาหารล่วงหน้า 3 วันก่อนถึงวันใช้อาหารจริง พ่อค้าจะส่งอาหารสดล่วงหน้า 1 วัน มีการเตรียมเก็บไว้ในห้องเย็นก่อนเบิกจ่าย สำหรับอาหารแห้งงานโภชนาการจะกำหนดปริมาณการใช้แต่ละหมวด หน่วยคลังพัสดุจะเป็นฝ่ายจัดซื้อ และส่งใบรายการเบิกของทุกวันจันทร์ รับของทุกวันพุธ เมื่อเบิกจากพัสดุมาแล้วจะลงบัญชีคุมพัสดุ แต่ละจุดที่ต้องการใช้ก็จะเขียนใบเบิกไปใช้ในแต่ละหมวด

3.2 การประกันคุณภาพอาหาร

เพื่อให้อาหารมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานและผู้ใช้บริการพึงพอใจ งานโภชนาการได้กำหนดแนวทางประกันคุณภาพอาหารดังนี้

1. การควบคุมการติดเชื้อ ดำเนินการดังนี้

-อาหารทางสายให้อาหารและนมผสม ส่งตรวจที่หน่วยจุลชีววิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา ทุกวันอังคารที่สองของเดือนทุกเดือน และควบคุมกระบวนการผลิตทุกขั้นตอน

-อาหารทั่วไป ควบคุมที่กระบวนการทุกขั้นตอน เช่น ภาชนะและอุปกรณ์ที่ใช้ต้องผ่านการฆ่าเชื้อโดยไอน้ำร้อน ในส่วนของผู้ปรุง ผู้จัดอาหารต้องปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหาร และมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี ซึ่งขั้นตอนการเตรียมและการปรุงอาหาร จะมีโภชนาการควบคุมดูแลให้คำแนะนำทุกจุด

2. ประเมินความพึงพอใจของผู้บริการ งานโภชนาการได้กำหนดแบบฟอร์มเพื่อใช้สำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วย การประเมินความพึงพอใจนี้จะทำทุก ward ทุก ๆ 3-4 เดือน เกณฑ์ความพึงพอใจที่รับได้ต้องไม่ต่ำกว่า 75-80% (มีตัวอย่างแบบสอบถาม)

3. การเสิร์ฟอาหารภาคให้ทีมผู้บริหารประเมิน โดยใช้อาหารภาคของผู้ป่วยพิเศษให้ผู้บริหารประเมิน (มีตัวอย่างแบบประเมิน)

3.3 การประเมินคุณภาพของผู้เสนอสินค้าและคุณภาพสินค้า

เพื่อให้ได้คุณภาพของอาหารที่ตรงสเปกและมีคุณภาพ ราคาเป็นธรรม ได้มีการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อ-ตรวจรับ-สืบราคา ทุก 3 เดือน หรือตามความเหมาะสม โดยกำหนดแนวทางการประเมินดังนี้

1. ผู้เสนอสินค้าตามสเปกหรือไม่
2. คุณภาพของสินค้าตรงสเปกหรือใกล้เคียงสเปกที่กำหนดหรือไม่
3. ราคาที่เสนอเมื่อเปรียบเทียบกับราคากลางเป็นอย่างไร โดยปกติจะยึดคุณภาพของอาหารเป็นหลัก

ในการประเมินคุณภาพสินค้า จะดูจากการตรวจรับอาหาร และการสุ่มตัวอย่างอาหารมาตรวจสอบ เช่น นำข้าวสารที่เสนอขายมาหุงเพื่อดูคุณภาพ หลังจากนั้นก็จะแจ้งฝ่ายพัสดุโดยระบุชนิดของข้าวสารที่มีคุณภาพนั้น ๆ

กรณีที่ผู้เสนอสินค้าสอดคล้องได้สินค้าที่ไม่มีคุณภาพปะปนมา งานโภชนาการตรวจพบจะส่งคืนทั้งหมด และผู้เสนอสินค้านั้นจะไม่ได้รับการพิจารณา หรือถ้าส่งสินค้าคุณภาพไม่ดีราคาสูงกว่าราคากลางมาก ก็จะยกเลิกการซื้อ และเสาะหาพ่อค้ารายอื่นส่งแทนในอาหารหมวดนั้น ๆ

3.4 การดำเนินการเกี่ยวกับการจัดบริการอาหารผู้ป่วย

-การรับคำสั่งอาหาร งานโภชนาการได้ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการรับคำสั่งอาหาร โดยหอผู้ป่วยจะส่งอาหารเฉพาะผู้ป่วยรับใหม่ หรือผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งอาหารหรือผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้าน ไม่ต้องส่งอาหารทุกมื้อ ทุกวันในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งงานโภชนาการจะ Print ข้อมูลมือเช้า เวลา 05.00 น. มื้อกลางวัน เวลา 09.30 น. มื้อเย็นเวลา 14.30 น. ในกรณีหอผู้ป่วยต้องการส่งอาหารในช่วงเวลานี้อีกให้ส่งได้ทางโทรศัพท์

-การจัดอาหาร งานโภชนาการใช้ระบบ Centralize Service โดยการตักอาหารทุกถาดจากงานโภชนาการ และนำส่งผู้ป่วยแต่ละรายโดยรถเข็นนำส่ง ในการกะปริมาณอาหารที่ใช้ในแต่ละมื้อ จะใช้สถิติการส่งอาหารจากหอผู้ป่วย ± 20 ราย ทั้งนี้เพื่อรองรับสำหรับผู้ป่วยที่ Admitted ใหม่หลังจากที่หอผู้ป่วยส่งอาหารในมือนั้นมาแล้ว

-การจัดรายการอาหาร งานโภชนาการจัดรายการอาหารทั่วไป 16 cycle หมุนเวียนกันในส่วนของการเฉพาะโรค ได้ดัดแปลงรายการอาหารทั่วไปให้เหมาะสมกับสภาพโรคของผู้ป่วย และเป็นไปตามที่แพทย์กำหนด เช่น จำนวนแคลอรี อาหารต่าง ๆ ฯลฯ และอาหารทางสายให้อาหาร นมผสม จะมีสูตรเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น คัดส่วนความเข้มข้นจำนวนแคลอรี อาหาร ฯลฯ

-อาหารที่เหลือจากการจัดให้ผู้ป่วย ถ้าอาหารที่สามารถเก็บไว้ได้ จะเก็บใส่ตู้เย็นเพื่อนำไปดัดแปลงเป็นอาหารชนิดอื่น เพื่อเสิร์ฟในวันต่อไป

4. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

-การส่งอาหารจากหอผู้ป่วย บางครั้งข้อมูลไม่สมบูรณ์ เช่น ผู้ป่วยอิสลาม แต่หอผู้ป่วยไม่ได้ระบุว่าต้องการอาหารอิสลาม ทำให้ผู้ป่วยอิสลามได้รับอาหารไทย บางครั้งอาจจะมีเนื้อหมูปนอยู่ด้วย ฯลฯ จึงได้ประสานงานแก้ปัญหา

ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการบริการอาหารผู้ป่วย

1. อาหารเฉพาะโรค แพทย์และโภชนาการในโรงพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญ การสั่งอาหารดังกล่าวไม่ควรสั่งกว้าง ๆ เช่น อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ควรระบุจำนวนแคลอรี และสารอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับให้ชัดเจน ในการจัดอาหารก็ควรจัดให้เหมาะสมกับสภาพโรคของผู้ป่วย และเป็นไปตามที่แพทย์กำหนด
2. โภชนาการของทุกโรงพยาบาล ควรได้รับการส่งเสริมในด้านวิชาการ โดยการส่งไปฝึกอบรม ดูงาน ด้านโภชนาการและโภชนบำบัด เช่น โครงการฝึกอบรมนักกำหนดอาหาร ฯลฯ

ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับระบบตรวจสอบภายใน ระบบตรวจสอบภายในที่คาดหวัง

เจ้าหน้าที่ของฝ่ายตรวจสอบควรได้เข้าใจงานแต่ละส่วน โดยการศึกษารายละเอียดก่อนมาตรวจสอบ รวมทั้งควรมีการได้ซักถามหน่วยงานก่อนเสนอรายงานเป็นลายลักษณ์อักษรต่อผู้บริหาร ทั้งนี้เพื่อสร้างความเข้าใจตรงกัน รวมทั้งควรยึดหลักการให้เที่ยงตรง และเข้มแข็ง

แหล่งอ้างอิง

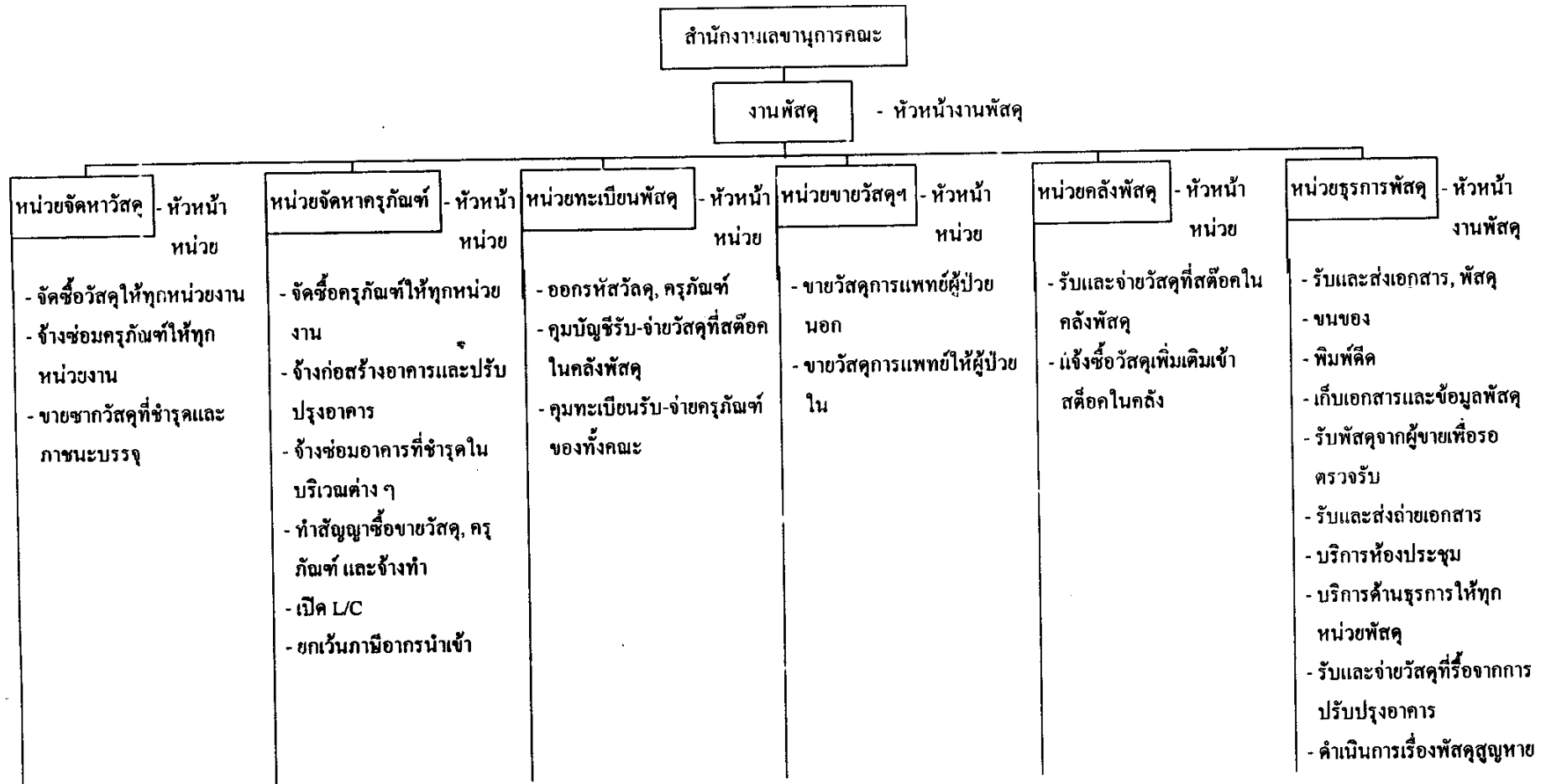
1. คุณเสาวนีย์ บรรณรัตน์ หัวหน้างานโภชนาการ คุณพรพิศ เรืองขจร และคุณภัคจิรา เบญญาปัญญา เป็นผู้ให้สัมภาษณ์ ผศ.ดร.สุจิตรา จรจิตร ผู้สัมภาษณ์ วันที่ 1 กันยายน 2541 เวลา 14.00-15.30 น. ณ หน่วยโภชนาการโรงพยาบาลสงขลาครินทร์
2. เอกสาร/แบบฟอร์ม/แบบสอบถามของงานโภชนาการ
3. คุณเสาวนีย์ บรรณรัตน์ ผู้ให้สัมภาษณ์ ผศ.ดร.สุจิตรา จรจิตร ผู้สัมภาษณ์ วันที่ 14 กันยายน 2541 เวลา 14.30-14.40 น. สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

การเพิ่มประสิทธิภาพ : งานพัสดุ

1. องค์การ พันธกิจ และวัตถุประสงค์

งานพัสดุ คณะแพทย์ มีการแบ่งส่วนราชการดังนี้

แผนภูมิการแบ่งงานของงานพัสดุ (ปี 2541)



พันธกิจของหน่วยงาน งานพัสดุได้กำหนดพันธกิจของหน่วยงาน คือ “บริการรวดเร็ว สะดวก ถูกต้องและพอใจ”

วัตถุประสงค์ในการที่ต้องมีระบบตรวจสอบภายในงานนั้น

1. ควบคุมดูแลให้ปฏิบัติตามนโยบายคณะ
2. ลดความผิดพลาดให้น้อยที่สุด ก่อนส่งเอกสารออกจากงานพัสดุ
3. ป้องกันการถูกฟ้องร้องจากเอกชน ข้อหาทำผิดระเบียบพัสดุ และทุจริต
4. ตรวจสอบติดตามการทำงานของข้าราชการและลูกจ้าง
5. ในปี 42 จะตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานเพื่อประเมินผลติดตามว่าได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ โดยต้องสอดคล้องกับพันธกิจที่ได้กำหนดไว้เพื่อเตรียมการออกนอกระบบราชการ

2. แนวคิดหลักในการดำเนินงาน

เนื่องจากงานพัสดุเป็นงานที่ต่อแหลมต่อการถูกฟ้องร้องจากเอกชนและถูกครหาเรื่องการแสวงหาผลประโยชน์ แนวคิดหลักในการดำเนินงาน จึงต้องมุ่งเน้นประเด็นความถูกต้อง และโปร่งใส นอกจากนั้น เพื่อเป็นการเตรียมการออกนอกระบบราชการภายในปี 2542 จึงจำเป็นต้องผลักดันให้ข้าราชการและลูกจ้างพัฒนาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อม จึงได้กำหนดแนวทางหรือข้อตกลงในการปฏิบัติงานดังนี้

1. การดำเนินงานต้องโปร่งใส ซื่อสัตย์ สุจริต ไม่แสวงหาผลประโยชน์จากงานที่ปฏิบัติอยู่ โดยเฉพาะหัวหน้างานจะต้องนำตัวอย่างที่ดีและน่าเชื่อถือให้ผู้บังคับบัญชาปฏิบัติตามได้ ภาพของหน่วยงานก็จะเป็นที่น่าเชื่อถือและยอมรับ
2. เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องทำความตกลงกับหัวหน้าหน่วย โดยกำหนดเป้าหมายจะพัฒนาแก้ไขในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ต้องสอดคล้องกับพันธกิจของงานพัสดุ และมีการประเมินว่าได้ทำตามที่ตั้งเป้าหมายหรือไม่ ข้อตกลงดังกล่าวต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษรตามแบบฟอร์มของงาน (มีเอกสาร) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาเงินเดือนประจำปี และประเมินผลการปฏิบัติงาน
3. การดำเนินงานด้านพัสดุในช่วงหลังมุ่งเน้นที่เพิ่มประสิทธิภาพ และพัฒนาการทำงานด้านพัสดุ ให้ผู้ใช้บริการพึงพอใจการบริการ โดยให้ปรับความคิดและการทำงานแบบเอกชนเพื่อให้คุ้นเคยและเตรียมการออกนอกระบบการล่วงหน้า

3. กระบวนการตรวจสอบภายในของงานพัสดุ

เพื่อให้การดำเนินงานให้อุดหนุนตามระเบียบ โปร่งใสทุกขั้นตอน งานพัสดุได้กำหนดแนวทางดำเนินงานภายในงานตามนโยบายของคณะดังนี้

3.1 การจัดซื้อจัดจ้าง

ระบบการจัดซื้อจัดจ้างที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันมีดังนี้

1. มีนโยบายสต็อกต้น ๆ 1-3 เดือน เพื่อประหยัดพื้นที่เก็บและลดทุนจมงวด ๆ ละ 1-3 เดือน จะได้ราคาถูก และมีกรรมการเปิดซองเป็นผู้พิจารณาคุณภาพและราคา

3. ถ้าใช้ไม่มากจะซื้อโดยวิธีตกลงราคา สืบราคา 2-3 ราย เปรียบเทียบและให้ผู้เสนอราคาค่ำสุดทุกครั้ง โดยผู้ใช้งานเป็นผู้ประเมินและแจ้งมายังงานพัสดุ

5. ระบบสต็อก

-ถ้าเป็นวัสดุที่ใช้ร่วมกันหลาย ๆ หน่วยงาน ให้คลังพัสดุส่วนกลางคณะเป็นผู้สต็อก และแจ้งซื้อเข้าสต็อก และให้ทุกหน่วยเบิกจากคลังพัสดุ (หน่วยคลังพัสดุตงกักงานพัสดุ)

-ถ้าเป็นวัสดุที่ใช้เฉพาะหน่วยเดียว ให้หน่วยที่ใช้แจ้งซื้อและสต็อกเอง ในระยะต้น ๆ 1-3 เดือน หรือซื้อใช้ครั้งคราวไม่มีการสต็อก

6. ระบบจัดซื้อเร่งด่วนที่ไม่ต้องการให้สต็อกไว้

-จะตั้งซื้อเมื่อต้องการใช้ โดยหน่วยที่ใช้ตกลงกับฝ่ายบริหารล่วงหน้าว่าจะซื้อวัสดุรายการใดเป็นหลัก เมื่อรับของแล้ว จึงส่งใบแจ้งหนี้ (ใบส่งของ) และใบตรวจรับมาขออนุมัติซื้อ และเบิกจ่ายพร้อมกัน 1 ขั้นตอน โดยวิธีตกลงราคา หน่วยงานที่รับผิดชอบหรือผู้ใช้จะเป็นผู้ส่งเอกสารมาเบิกจ่ายที่งานพัสดุ

การตรวจสอบการจัดซื้อจัดจ้าง จะพิจารณาเรื่องต่อไปนี้

- ความถูกต้องตามระเบียบ
- ตัวเลขจำนวนของ/จำนวนเงินตรงกับที่ขออนุมัติหรือไม่
- การจัดซื้อใช้เวลานานหรือไม่
- ความถูกต้องและรายละเอียดของเอกสารต่าง ๆ
- การขออนุมัติซื้อจะพิจารณาราคา การสืบราคา สูงกว่าเดิมหรือไม่สืบราคาก่อน
- การเปิดซองจะตรวจสอบรายงาน การต่อรองราคาเป็นไปตามระเบียบหรือไม่

3.2 การตรวจรับพัสดุ

-มีกรรมการตรวจรับประมาณ 3 คน จากงานพัสดุดังน้อย 1 คน (ถ้าวงเงินเกิน 1,000 บาท)

- ตรวจรับของอย่างเข้มงวด หากไม่ตรงสเปค จะไม่ตรวจรับ
- มุ่งเน้นความซื่อสัตย์ สุจริต และการรักษาผลประโยชน์ของราชการ
- ห้ามรับสินบนใด ๆ จากผู้เสนอขายโดยเด็ดขาดตามนโยบายคณะ

3.3 การบริการ

เนื่องจากงานพัสดุต้องเกี่ยวข้องกับหน่วยงานหลายฝ่าย หัวหน้าพัสดุจึงเห็นว่าควรจะสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการงานพัสดุ (มีเอกสาร) เป็นการสำรวจความคิดเห็นของผู้ใช้

บริการต่อการดำเนินงานที่รวดเร็ว ความถูกต้อง การปฏิบัติตนของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น การสอบถามความพึงพอใจนี้ดำเนินการมา 2 ปีแล้ว ผลการสำรวจได้นำมาใช้ปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาของงานพัสดุมีดังนี้

1. ปัญหาเรื่องบุคลากร ผู้ที่ทำงานพัสดุในทุกหน่วยงานจะต้องเก่งในงาน เข้าใจระเบียบและข้อสัต์ยสุจริต จึงควรมีการอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง ต้องอบรมให้ความรู้ในเรื่องการจัดซื้อ ซื้อของเป็น และต้องสร้างจิตสำนึกเรื่องประหยัด

2. ปัญหาเรื่องระเบียบ ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ เพราะการทำงานทางราชการจะผิดระเบียบไม่ได้ ปัญหาเกี่ยวกับผู้บริหารไม่ค่อยใส่ใจระเบียบ ซึ่งสร้างปัญหาให้แก่ผู้ต้องรักษาระเบียบ และต้องปฏิบัติตามระเบียบ เพราะมีบทลงโทษทางวินัยไว้ชัดเจน

นอกจากนั้นปัญหาสำคัญคือ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุปี พ.ศ. 2535 และการแก้ไขเพิ่มเติม และระเบียบเงินรายได้ ที่ใช้บังคับและควบคุมการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุมิขึ้นตอนมาก ทำให้เกิดความล่าช้า และไม่คล่องตัว

3. ระบบสายงานบังคับบัญชา ทำให้มีขั้นตอนมาก

4. ผู้มีอำนาจอนุมัติ ไม่กระจายอำนาจให้กับผู้บริหารระดับอื่น ๆ ที่ไม่ใช่แพทย์ เป็นผู้อนุมัติ/จ้าง ทำให้การดำเนินการล่าช้า ทั้งนี้เพราะแพทย์มีการงานมาก

5. อธิการบดี กระจายอำนาจให้คณะผู้อนุมัติจัดซื้อ/จ้าง ในวงเงินค่าไป ทำให้เสียเวลาต้องส่งเอกสารจากคณะ ไปยังสำนักงานอธิการบดี เพื่อเสนอขออนุมัติ

6. แหล่งขายวัสดุ ส่วนใหญ่อยู่ส่วนกลาง ทำให้เสียเปรียบทั้งเวลาและราคา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับระบบการตรวจสอบ

1. หน่วยตรวจสอบของมหาวิทยาลัยวางตัวดีเหมาะสม และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ สำหรับหน่วยตรวจสอบภายในคณะได้ปรับปรุงวิธีการตรวจสอบมาโดยตลอดแล้ว นอกจากนั้นมีความเห็นว่า เมื่อหน่วยตรวจสอบมาตรวจสอบแล้ว ก่อนรายงานถึงผู้บริหารควรให้โอกาสหน่วยงานได้ชี้แจงในบางประเด็น เพื่อความเข้าใจตรงกันก่อนนำเสนอ เพราะบางอย่างอาจคลาดเคลื่อนเนื่องจาก ไม่เข้าใจระบบงานต่าง ๆ ถึกซึ่งเพียงพอ

2. การทำความเข้าใจให้ตรงกัน เรื่องการตรวจสอบมิใช่เป็นการจับผิด แต่เป็นกระบวนการประเมินและพัฒนาประสิทธิภาพ และให้คำชี้แนะที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ถูกตรวจสอบเข้าใจและยอมรับการตรวจสอบว่าเป็นเรื่องของการพัฒนางาน อีกทั้งเต็มใจให้มีการตรวจสอบ

3. ควรนำผลจากการประเมินตรวจสอบไปใช้ในการกำหนดเงินเดือนเพื่อการสร้างขวัญกำลังใจและการสร้างแรงจูงใจทางบวกในการทำงานด้วย

แหล่งอ้างอิง

1. คุณศรีนยา มั่นคงพิทักษ์กุล หัวหน้างานพัสดุผู้ให้สัมภาษณ์ ผศ.ดร.สุจิตรา จรจิตร
ผู้สัมภาษณ์ วันที่ 7 กันยายน 2541 เวลา 14.00-15.30 น. ณ งานพัสดุ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. เอกสารงานพัสดุ

(ร่าง)

ผลการวิจัย

เรื่อง

**“ระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การสำหรับการ
พัฒนานโยบายเพื่อปรับปรุงระบบการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ
กรณีศึกษา : โรงพยาบาลบ้านแพ้ว”**

สรุปผลเบื้องต้น กรณีศึกษา รพ.บ้านแพ้ว

เป็น รพ.ขนาด 120 เตียง ตั้งอยู่ อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร ดูแลรับผิดชอบประชากรของ
อำเภอ ประมาณ 80,000 คน

มี ผอ. รพ. ชื่อ นพ.วิฑิต อรรถเวชกุล เป็น ผอ.รพ.

วิวัฒนาการ

- ผอ. รพ. คนปัจจุบัน บริหาร รพ. มานับสิบปี มีความต่อเนื่องมาก
- ผอ. รพ. เป็นคนต่างถิ่น แต่มีปรัชญาทำงานเพื่อผลงานชุมชน เนื่องจากเคยเป็นนัก
ปฏิบัติระหว่างเป็น นศ. และเคยใกล้ชิดกับนักคิด เช่น นพ.ประเวศ วะสี เป็นต้น
- ผอ. รพ. เป็นปัจจัยหลักในการผลักดันระบบคุณภาพใน รพ. โดยเริ่มต้นมาพร้อมกับ
เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ สวรส. เมื่อ 10 ปี ก่อน (2531)
- ประมาณ ปี 2531 เริ่มออกนอกกรอบ (ระบบองค์กรในกำกับของรัฐ) โดยมีบุคลากร
ที่เป็นลูกจ้าง ประเภทต่าง ๆ เช่น แพทย์, พยาบาล, ฯลฯ โดยการทำสัญญาข้อตกลง
(TOR term of reference)

ปรัชญาและวัตถุประสงค์หลัก

คำขวัญ " พร้อมแพทย์ทุกสาขา
รักษาครบวงจร
อุปกรณ์ทันสมัย
จับใจไม่รอนาน
บริการด้วยรอยยิ้ม "

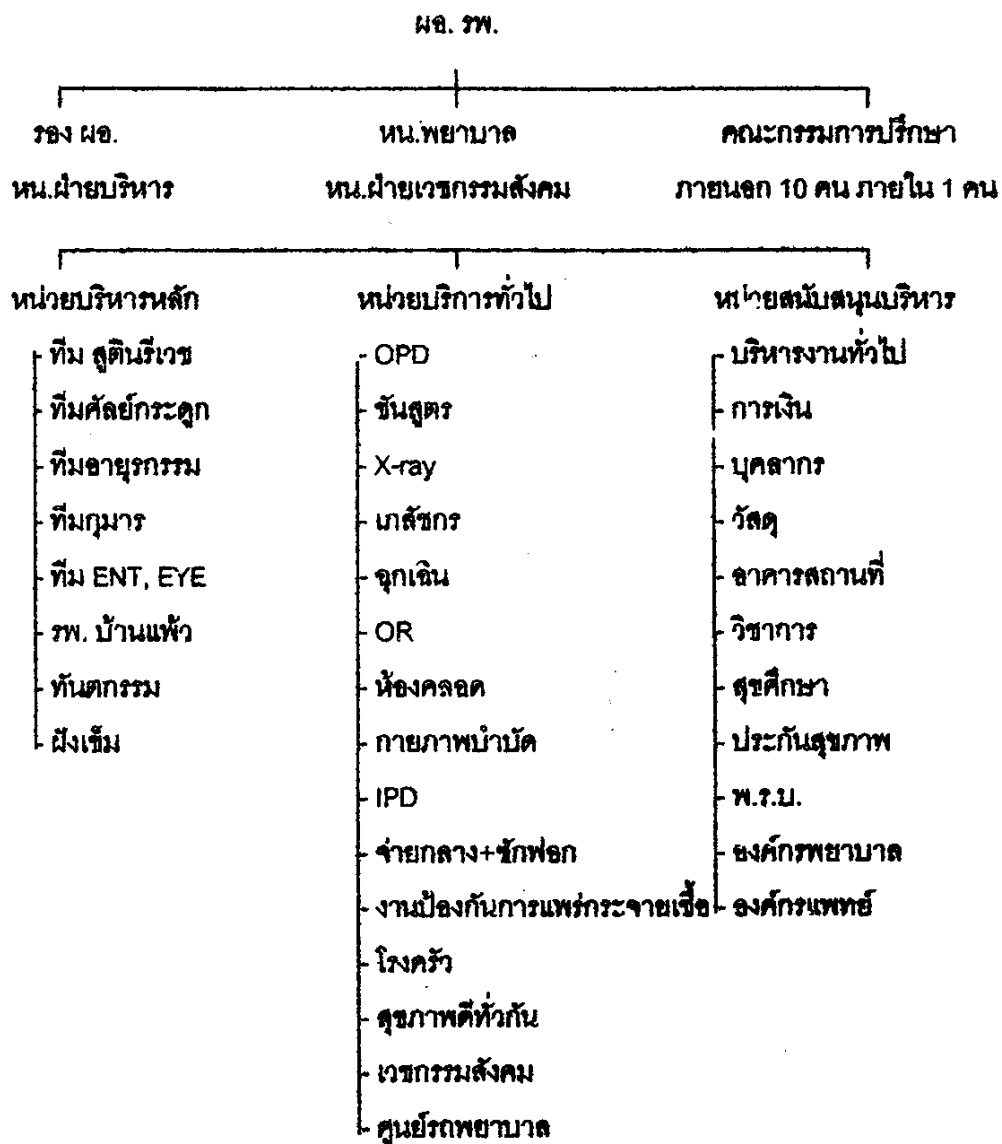
ต้องการเป็นส่วนราชการในกำกับ (ออกนอกกรอบ) โดยวางเป้าหมายสิ้นเดือน เดือน
กุมภาพันธ์ 2542 จะออกนอกกรอบทั้งหมด

ขอความร่วมมือจากชุมชนโดยผ่านองค์กร

- สโมสรโรตารี อ.บ้านแพ้ว ริเริ่มก่อตั้งโดย ผอ. รพ.
- คณะกรรมการที่ปรึกษา รพ.บ้านแพ้ว
(แต่งตั้งจากผู้นำชุมชน 10 คน จากบุคลากรภายใน 1 คน)

โดยเปิดโอกาสให้ตัวแทนชุมชน มีส่วนร่วมในการประชุมหรือคุยกันของ รพ. มีโอกาสรับ
ทราบปัญหา รพ. และเสนอแนวทางแก้ไข ช่วยรณรงค์หารายได้ให้ รพ. โดยการเปิดรับเงินกองทุน
บริจาค เงินบริจาคที่หาได้ ให้เจ้าคณะอำเภอเป็นผู้ส่งจ่ายร่วมกับกรรมการที่ปรึกษาคนอื่น ร่วมลง
นาม 2 คน จากผู้มีสิทธิ 5 คน (โดยมี ผอ.รพ. 1 คน ร่วมเป็นผู้ส่งจ่าย ที่เหลือเป็นกรรมการจาก
ภายนอก มีเงินส่วนนี้ นับ 10 ล้าน แต่ดอกเบี้ยต่ำ ไม่พอใช้)

โครงสร้างการบริหารองค์การ



- มีองค์กรแพทย์ เป็นทีมพัฒนา ประชุมทุกวันพุธ

การติดตามประเมินผล

ปัจจัย - องค์การดำเนินการ

การตรวจสอบภายใน

- ในหน่วยงาน เช่น องค์การพยาบาลใช้แบบประเมินผลของกระทรวงสาธารณสุข ของ กพ. มีการประเมิน ทุก 6 เดือน
- มีทีมพัฒนาคุณภาพของ รพ. ประชุมอาทิตย์ละครั้ง ทุกวันจันทร์ ป้าย เพื่อติดตาม , แก้ไขปัญหา, ทำวิจัยเพื่อพัฒนางานทุก 6 - 12 เดือน
- ไม่มีคลินิกส่วนตัว (รวมทั้งแพทย์ทุกคน) ผอก. รพ. คอยติดตามแก้ไขปัญหาลอด

การตรวจสอบภายนอก

- มีผู้มาศึกษาจากภายนอกตลอดปี เนื่องจากเป็น รพ.รูปแบบตัวอย่าง ทำให้มีการพัฒนางานส่วนต่าง ๆ ตลอดเวลา
- มี จนท. จากกระทรวงมาตรวจสอบเนื่อง ๆ และต้องมีรายงานประจำปีเพื่อของบประมาณ ซึ่งตั้งแต่ปี 2535 เป็นต้นมา เงินบำรุงคงเหลือรายปีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยที่พบว่าเงินบำรุงจะมากกว่าเงินงบประมาณ คิดเป็น 2.42 - 3.55 เท่า
- กรรมการที่ปรึกษาจากภายนอก จะแจ้งปัญหาที่ได้อพบ หรือร้องเรียนต่อ ผอ.รพ. เพื่อแก้ไขอยู่เสมอ

วัตถุประสงค์

- พัฒนางานให้ดีขึ้น
- เพิ่มรายรับ ลดรายจ่าย
- เป็นองค์การ รัฐ - กึ่งเอกชน โดยสมบูรณ์
- มีการวิจัยปัญหา OP Voice
- ประชุม Cross functional team, ทีมพัฒนาทุกสัปดาห์
- มีการกำหนดมาตรฐานการทำงาน เช่น งานพยาบาล มีมาตรฐานต่าง ๆ แล้ว 14 มาตรฐาน
- การประเมินการทำงานรายปี โดยหน่วยงาน โดยใช้แบบประเมินของ กพ.
- ขยายงานประกันสังคม
- ขยายการบริการนอก รพ. เช่น รพ. บ้านแพ้ว 2, วางแผนเพิ่มสถานบริการ (OPD) ในชุมชนนอก รพ.

- เข้าร่วมเป็น รพ.ใน รพ.ในภาคี HA ของ สวส. และเตรียมตัวเพื่อเป็น รพ. ในกำกับของรัฐต่อไป
- มีรูปแบบกิจกรรมงานรายปี เช่น จำนวนผู้ป่วย อัตราขาดนัด ของผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วย อยู่รักษารายวัน จำนวนผู้มาคลอด อัตราตายของผู้ป่วยใน อัตราการส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น

กฎเกณฑ์และระเบียบ

กรณีข้าราชการ - ลูกจ้างประจำ

- ให้ระเบียบข้าราชการพลเรือนเป็นหลัก
- สั่งงานจากบน →ล่าง ; มีการประชุม พัฒนางานทุกสัปดาห์ (Cross functional team)

กรณีลูกจ้างทำสัญญา

- มีการตกลงสัญญากับทาง รพ. เป็นราย ๆ ไป เช่น กรณีแพทย์ก็จะต้องไม่มีคลินิกส่วนตัว เป็นต้น หากไม่ปฏิบัติงานตามข้อตกลงในสัญญา ผอ.รพ. จะว่ากล่าวตักเตือน และให้แก้ไข หากไม่ดีขึ้น ถือว่าผิดสัญญา เคยมีกรณีขอให้ลาออก อันึงการทำสัญญาใช้แบบฟอร์มการจ้าง ลูกจ้างชั่วคราว พร้อมระบุเงื่อนไขเพิ่มเติม เป็นสัญญาแบบท้าย

ทรัพยากรค่าใช้จ่าย

รายรับได้จาก

- งบประมาณแผ่นดิน	: ได้รับเพิ่มทุกปี
- เงินบำรุง	: เพิ่มขึ้นเกือบทุกปี
- เงินบริจาค	: ได้เพิ่มขึ้นจำนวนมาก
- เงินประกันสังคม	: ปัจจุบันมีผู้ทำประกันสังคม กว่า 16,000 ราย

รายจ่าย

- 2 ปีหลัง (39 - 40) เพิ่มขึ้นจากปกติ 2 - 3 เท่า แต่รายรับก็ยังคงมากกว่ารายจ่าย

กระบวนการประเมิน

จากภายใน

- มีการประเมินรายปี จากหัวหน้าหน่วยงานแล้วเสนอ ผอ. โดยการใช้แบบประเมินของ ก.พ. เพื่อใช้ในการกำหนดขึ้นเงินเดือนเพิ่ม
- ประเมินในหน่วยงาน โดยการทำหนดมาตรฐานในการทำงาน เช่น กรณีงานพยาบาลมีมาตรฐานการทำงาน 14 มาตรฐาน
- การประเมินรายปี จากการสรุปผลงานเสนอกระทรวงสาธารณสุข เช่น อัตราตาย จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ เป็นต้น

จากภายนอก

- มีการทำวิจัย เช่น OP voice ปีละ 1 - 2 ครั้ง เพื่อประเมินผู้มารับบริการ
- ผอ. รพ. ร่วมเป็นกรรมการในสมาคมเพื่อการกุศล เช่น สโมสรโรตารี โดยมีการประชุมเดือนละครั้ง จะมีการนำเรื่องที่ต้องการขอความร่วมมือจาก รพ. เข้าพิจารณาในที่ประชุมด้วย มีคณะกรรมการจากที่ปรึกษาจากภายนอก จำนวน 10 คน ซึ่งคัดเลือก (โดย ผอ. รพ. ชักชวน) มาทำหน้าที่ให้คำปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ของ รพ. แต่งตั้งเป็นกรรมการที่ปรึกษา รพ. เพื่อร่วมจัดซื้อครุภัณฑ์ราคาแพง, ระดมทุนจากเงินบริจาค ร่วมกันระดมสมองเพื่อหาทางช่วยพัฒนา รพ. โดยมีประธานที่ปรึกษา คือ เจ้าคณะอำเภอบ้านแพ้ว ทำหน้าที่คุมการใช้จ่ายเงินบริจาค เงินบริจาคส่วนใหญ่ได้มาจาก ขอบริจาคผ่านองค์กรชุมชน เช่น โรตารี
- บุคลากรของ รพ. เข้าร่วมประชุมเสนอผลงานด้านการรับรองมาตรฐาน พัฒนาบุคลากร ของ สวรส โดยต่อเนื่อง ประมาณ 10 ปี ทำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น พัฒนาเทคนิค วิธีการพัฒนางานมาโดยตลอด

ปัญหาและอุปสรรค

- การทำความเข้าใจกับหน่วยเหนือในกระทรวงเพื่อขอความสนับสนุนยังไม่ได้เท่าที่ควร
- งานส่วนใหญ่สร้างสรร ดูแลโดย ผอ. รพ. คนปัจจุบัน ในอนาคตหากต้องเปลี่ยน ผอ. รพ. ซึ่งมีโอกาสสูง ที่อาจมีผลกระทบต่อรูปแบบบริหาร และศักยภาพการให้บริการของ รพ. ได้

การประเมินในแง่ผลงาน (Performance Audit)

การสัมฤทธิ์ผล ประเมินจาก

- จำนวนที่เพิ่มขึ้นของผู้มารับบริการ ; จำนวนของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ วันนอนของผู้ป่วยใน , จำนวนของผู้ป่วยใน
- จำนวนเงินบำรุงเหลือจ่ายรายปีที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ
- ร้อยละความพอใจของผู้มารับบริการพบว่า เพิ่มขึ้นโดยตลอด
- ร้อยละความพอใจของ เจ้าหน้าที่ รพ. ดีมาก (จากการวิจัยปี 2540 จาก เจ้าหน้าที่ 175 ราย การพอใจมาก 51.4 % พอใจปานกลาง 48.6 %)
- จำนวนผู้ประกันสังคมของ รพ. อ.บ้านแพ้ว เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากไม่กี่พันราย เมื่อ 4 - 5 ปี ก่อนเป็น 16,000 รายในปี 2540
- อัตราตายของผู้ป่วยใน ของ รพ. อยู่ในเกณฑ์ต่ำ (ปี 2540 = 0.3%)
- ได้รับการประเมิน จาก สวส.ให้ เป็นหนึ่งใน รพ. ที่พร้อมจะออกเป็น รพ. ในการกำกับของรัฐ ตามนโยบายของรัฐบาลในต้นปี 2542

การนำผลการประเมินไปใช้

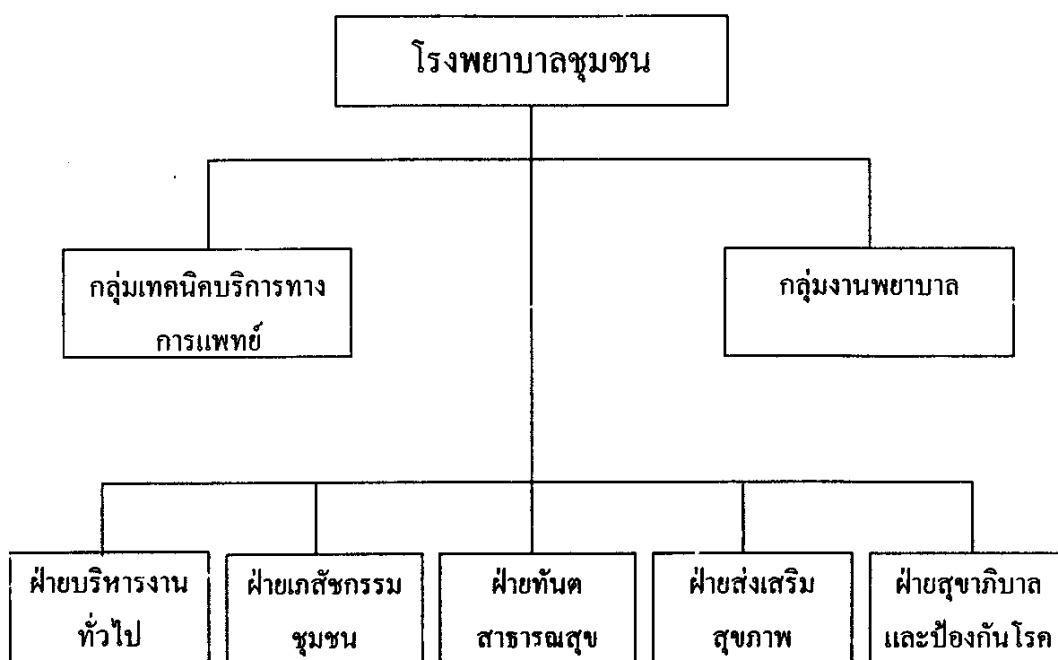
- มีการรายงานความก้าวหน้าของทีมนคุณภาพทุกเดือน
- มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานรายปีในแง่ปริมาณ (จำนวนผู้ป่วย) , ผลงานคุณภาพ , อัตราตายรายปี
- มีการพยายามเป็นองค์กร รัฐ - กึ่งเอกชน มาโดยตลอด จนกำหนดออกกฏระเบียบโดยสมบูรณ์ในเดือน กุมภาพันธ์ 2542 นี้ ทำให้ต้องเอาระบบการรับรองมาตรฐานการบริการเข้ามาใช้
- มีความพยายามทำมาตรฐานการให้บริการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้เป็น รพ. ต้นแบบแห่งหนึ่งของรูปแบบ รพ. ของระบบรัฐกึ่งเอกชน ของกระทรวงสาธารณสุข
- เริ่มมีการนำระบบ unit cost มาใช้ เพื่อใช้ในการบริหารจัดการในหน่วยงานต่าง ๆ ของ รพ. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร
- มีการปรับปรุงระบบ IT ของหน่วยงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ เช่นการนำ soft ware ใหม่มาใช้ในหน่วยงานห้องยา

จุดเด่น รพ. บ้านแพ้ว

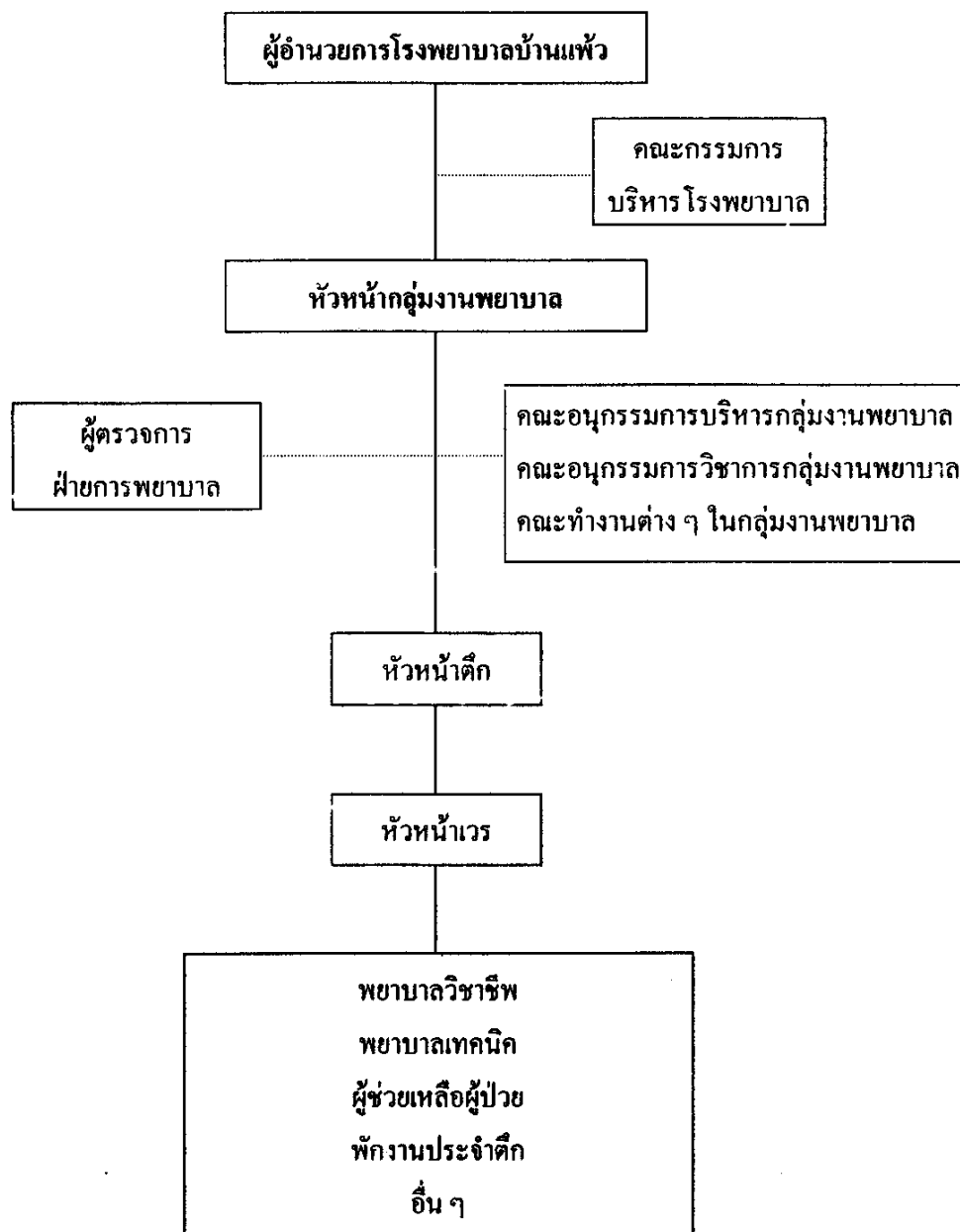
1. ผอ.มีศักยภาพสูง
 - พัฒนารูปแบบการบริหาร
 - ดึงมวลชน
 - การพยายามเป็นองค์กรในกำกับ
 - การนำ H/A มาใช้
2. การนำองค์กรออกนอกระบบ
3. การดึงมวลชนมาช่วยพัฒนางาน
4. การนำระบบบริหารใหม่ ๆ มาใช้
 - ศึกษาระบบการเงิน เริ่มนำ unit cost มาใช้ (เริ่ม ต.ค. - ธ.ค. 2541)
 - พัฒนาระบบ IT (ใช้ soft ware ที่พัฒนาโดยบุคลากรของ โรงพยาบาล อ.สตึก)
 - ขยายงานประกันสังคม ซึ่งถือเป็นเงินรายได้ส่วนใหญ่ ที่นำมาใช้บริหารนอกระบบ

แผนภูมิโครงสร้างโรงพยาบาลชุมชน

10-120 เตียง



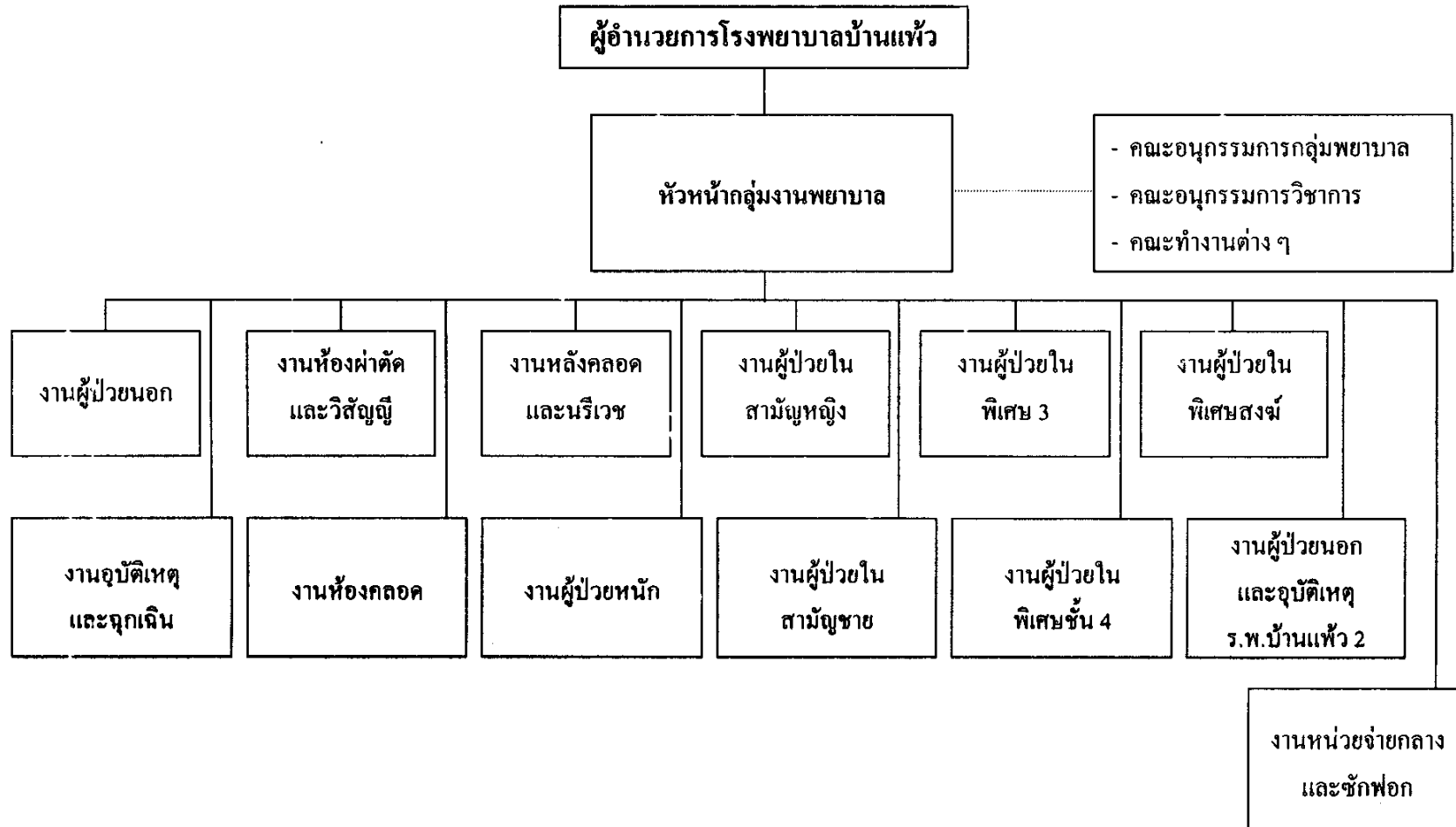
แผนผังสายการบัญชาและการนิเทศ



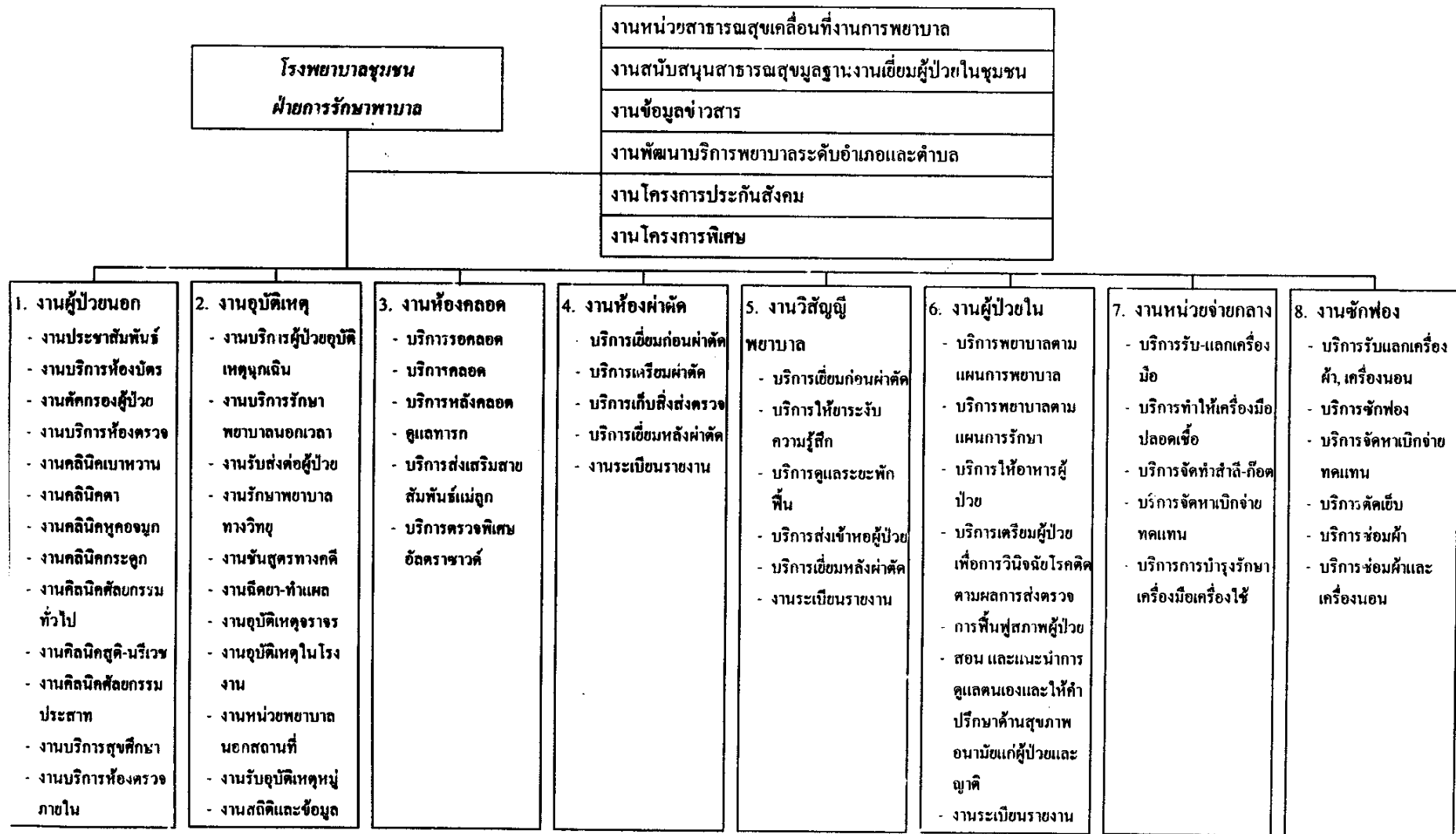
----- สายการบังคับบัญชา

_____ สายการนิเทศ

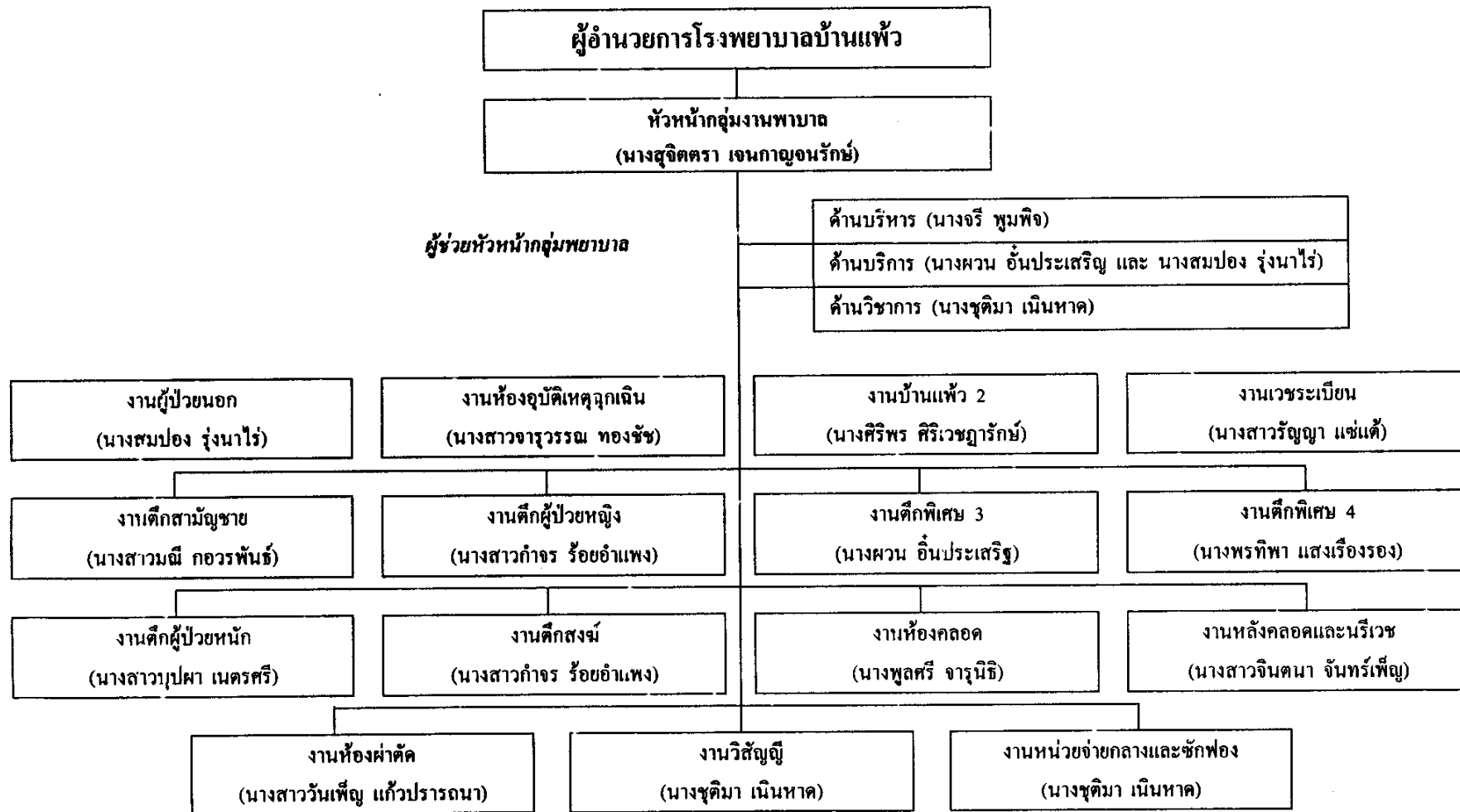
แผนภูมิการจัดรูปองค์กรฝ่ายการพยาบาล



4. แผนภูมิแสดงการแบ่งงานบริการในฝ่ายการพยาบาล



**แผนภูมิแสดงการบริหารงานบุคคลของฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลบ้านแพ้ว**



การบริหารงานกลุ่มงานพยาบาล

ยึดหลักการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข นโยบายของจังหวัดสมุทรสาครและนโยบายของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว โดย

1. รับนโยบายจากผู้บังคับบัญชา
2. จัดบริการทางการพยาบาลให้แก่ประชาชนในเขตอำเภอบ้านแพ้ว และอำเภอใกล้เคียงได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์แก่ประชาชนและท้องถิ่นได้ครอบคลุมทั้งด้านการพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

นโยบายของกลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

1. พัฒนาระบบบริการให้ประทับใจผู้มารับบริการ โดยได้รูปแบบการบริหารงานแบบรัฐกิจเอกชน ตามนโยบายของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว
2. สนับสนุนโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้าของจังหวัดสมุทรสาคร
3. จัดให้มีระบบป้องกันและรักษาพยาบาลอุบัติเหตุ อุบัติภัย เพื่อลดความพิการ และความสูญเสีย
4. ให้การรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยประกันสังคม โดยเป็นโรงพยาบาลประกันสังคมหลัก และพัฒนาบริการให้มีเครือข่ายในจังหวัดและนอกจังหวัด โดยยึดหลักประกันสังคมเพื่อสังคม
5. สนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงบริการ โดยประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนประกันสุขภาพโดยบัตรสุขภาพ และบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กแรกเกิดถึง 12 ปี และผู้พิการ
6. พัฒนาประสิทธิภาพ และคุณภาพการบริการ การรักษาพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน พบส.
7. จัดให้มีระบบบริการสาธารณสุขเป็นเครือข่าย และมีระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนไปโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ จากสถานีนอนมัยมาโรงพยาบาลชุมชน และจากโรงพยาบาลชุมชนไปสถานีนอนมัย
8. สนับสนุนโครงการณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ โดยให้สุศึกษา ประชาสัมพันธ์ และรักษาพยาบาล
9. สนับสนุนโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก
10. สนับสนุนโครงการของกระทรวงทุกโครงการ เช่น โครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โครงการหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ โครงการ SELF CARE และโครงการอื่นๆ
11. เสริมสร้างภาพลักษณ์ของการบริการ มุ่งพัฒนาบุคลิกภาพของบุคลากร และการบริการของบุคลากรทุกคน
12. จัดให้มีการป้องกันมหันตภัยให้โรงพยาบาล และแผนรับอุบัติเหตุหมู่

ปรัชญาของกลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

กลุ่มงานพยาบาลเป็นองค์กรที่สำคัญองค์กรหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทางการพยาบาลหลายระดับ บุคลากรทุกคนทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลเพื่อนมนุษย์อย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการพยาบาล และการสุศึกษาเป็นหลักในการจัดบริการ รวมทั้งอาศัยความรู้ทางศาสตร์และศิลป์ในทางวิชาชีพพยาบาลและสาขาอื่น ๆ ประกอบกัน โดยมุ่งหวังจะให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพของเพื่อนมนุษย์ ทุกชั้นวรรณะ ทุกเพศวัย ให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงานของกลุ่มงานพยาบาล

1. เพื่อจัดบริการด้านการพยาบาลที่เหมาะสมกับชุมชน ให้การบริการแบบองค์รวม อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้บริหารแก่ประชาชน ให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
3. เพื่อให้การปฏิบัติงานพยาบาลสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน
4. เพื่อให้เกิดการประสานงานที่ดี มีมนุษยสัมพันธ์ มีคุณธรรม
5. เพื่อให้มีสวัสดิการที่ดี แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับในกลุ่มงาน ก่อให้เกิดความเชื่อมั่น มีขวัญ กำลังใจเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน
6. เพื่อให้เกิดมีการพัฒนาข้อมูลข่าวสาร และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารของฝ่ายการพยาบาลให้มากขึ้น
7. สนับสนุนและส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในฝ่าย มีโอกาสศึกษาหาความรู้เพื่อเติม เพื่อนำความรู้และประสบการณ์มาปรับปรุงการพยาบาลให้ทันสมัยและก้าวหน้าอยู่เสมอ
8. จัดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อแก้ไขส่วนที่บกพร่องและดำเนินการพัฒนา ทั้งด้านบุคลากร และกิจกรรมพยาบาล
9. ส่งเสริมวิชาชีพพยาบาลให้มีความมั่นคง เจริญก้าวหน้า และเป็นที่ยอมรับในสังคมทั่วไป โดยปลูกฝังทัศนคติแก่พยาบาล ให้รู้คุณค่าของวิชาชีพ ตระหนักถึงหน้าที่ ความรับผิดชอบ จรรยาบรรณของวิชาชีพและสิทธิขอบเขตการปฏิบัติงานอย่างแท้จริง

หน้าที่ของกลุ่มงานพยาบาล

1. ด้านบริหารงานพยาบาล

- 1.1 กำหนดนโยบายกลุ่มงาน และกำหนดปรัชญากลุ่มงาน
- 1.2 จัดทำแผนภูมิของการบริหารงาน และการแบ่งงานภายในฝ่าย
- 1.3 จัดทำแผนงานด้านบริหาร ได้แก่
 - 1.3.1 แผนอัตรากำลัง
 - 1.3.2 แผนงบประมาณ
 - 1.3.3 แผนการจัดสวัสดิการเจ้าหน้าที่
 - 1.3.4 แผนการประชุมเจ้าหน้าที่
 - 1.3.5 แผนการนิเทศงาน และการเยี่ยมชม
 - 1.3.6 แผนการประเมินผลการปฏิบัติงาน
 - 1.3.7 แผนการประสานงาน
 - 1.3.8 แผนการอื่นที่เกี่ยวข้องได้แก่ แผนรับสถานการณ์ฉุกเฉิน แผนรับงานอุบัติเหตุ – อุทกภัย
แผนการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่
 - 1.3.9 แผนงานโครงการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 1.4 จัดทำแผนงานด้านบริการพยาบาล ได้แก่
 - 1.4.1 แผนการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อม
 - 1.4.2 แผนจัดอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ รวมทั้งเครื่องนอนและเสื้อผ้า
 - 1.4.3 แผนการให้สุศึกษา และประชาสัมพันธ์
 - 1.4.4 แผนพัฒนางานบริการพยาบาล
 - 1.4.5 แผนการสนับสนุนงานตามโครงการต่าง ๆ
- 1.5 จัดทำแผนงานด้านวิชาการ ได้แก่
 - 1.5.1 แผนพัฒนาบุคลากร
 - 1.5.2 แผนการปฐมนิเทศ
 - 1.5.3 แผนการศึกษาค้นคว้าวิจัยทางการพยาบาล
 - 1.5.4 แผนการจัดทำ จัดหา เอกสาร ตำราคู่มือการปฏิบัติงาน
 - 1.5.5 แผนการจัดการศึกษา แก่นักศึกษาและผู้ที่มาอบรมดูงาน

- 1.6 เป็นประธานคณะกรรมการบริหารงานฝ่ายการพยาบาลและแต่งตั้งคณะกรรมการตามความเหมาะสม
- 1.7 ร่วมเป็นกรรมการบริหารงานโรงพยาบาล และกรรมการอื่น ๆ ตามที่ได้รับแต่งตั้งทั้งในและนอกโรงพยาบาล
- 1.8 บริหารการเงินภายในฝ่าย เริ่มตั้งแต่การขออนุมัติงบประมาณสำหรับการจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เบี้ยเลี้ยง และยานพาหนะสำหรับปฏิบัติงานหรืออบรม ศึกษางานนอกสถานที่
- 1.9 การเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและในวันหยุดราชการ
- 1.10 บริหารงานวัสดุภายในฝ่าย เริ่มตั้งแต่การกำหนดความต้องการ การใช้ การเบิกจ่าย และประสานกับฝ่ายบริหารงานทั่วไป
- 1.11 จัดระบบงานสารบรรณ เริ่มตั้งแต่การรับส่งหนังสือ การร่างหนังสือ การเก็บหนังสือ และการทำลายหนังสือ
- 1.12 จัดระบบการจัดทำและการตรวจสอบระเบียบงานต่าง ๆ ได้แก่
 - 1.12.1 ระเบียบรายงานที่แต่ละหน่วยงานจะต้องทำ
 - 1.12.2 กิจกรรมที่แต่ละหน่วยงานจะต้องทำ
 - 1.12.3 เตรียมแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
 - 1.12.4 กำหนดขั้นตอนและเวลาในการเก็บรวบรวมและตรวจสอบรายงาน
- 1.13 กำหนดคบทบาท และขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้างานทุกงาน และมอบหมายงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร
- 1.14 จัดทำบันทึกทะเบียนประวัติของเจ้าหน้าที่ทุกคนในฝ่าย
- 1.15 กำหนดเกณฑ์และระบบ เพื่อประกอบการปฏิบัติงานเกี่ยวกับ
 - 1.15.1 การเลื่อนระดับตำแหน่ง
 - 1.15.2 การพิจารณาความดีความชอบ
 - 1.15.3 การประเมินผลเจ้าหน้าที่
 - 1.15.4 การพิจารณาสอบสวนการลงโทษ
- 1.16 กำหนดกฎระเบียบ การปฏิบัติเกี่ยวกับ
 - 1.16.1 การลา การแลกเปลี่ยนเวร
 - 1.16.2 การลงเวลาปฏิบัติงาน
 - 1.16.3 การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ
 - 1.16.4 การพักเวร
 - 1.16.5 การแต่งกาย
- 1.17 ควบคุมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้เป็นไปตามระเบียบที่ได้กำหนดไว้

- 1.18 พิจารณาความดีความชอบของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลตามกฎหมายที่กำหนดไว้
- 1.19 พิจารณาการย้าย สับเปลี่ยนงานภายในฝ่าย และการขอโอน-ย้ายไปรับราชการที่หน่วยงานอื่น
- 1.20 จัดสวัสดิการแก่เจ้าหน้าที่ในด้าน
 - 1.20.1 เครื่องแต่งกาย
 - 1.20.2 อาหารเวร
 - 1.20.3 การตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่
 - 1.20.4 ห้องพักแรมและที่อยู่อาศัย
- 1.21 เชื่อมพิเศษหน่วยละหนึ่งครั้ง/เดือน เพื่อควบคุมและติดตามการจัดระบบการบริการพยาบาล การจัดอาคาร สถานที่ การจัดอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ เทคนิคบริการ และการบันทึกการพยาบาล
- 1.22 ประเมินผลการพยาบาลโดย
 - 1.22.1 เปรียบเทียบผลการพยาบาล ทั้งในด้านปริมาณ และคุณภาพ กับขอบความสามารถที่กำหนดในระบบ พบส. และจากการวิเคราะห์งานตามแผนวิเคราะห์งานฝ่ายการพยาบาล
 - 1.22.2 สัมภาษณ์ประชาชน ที่มีต่อการพยาบาลของโรงพยาบาล
- 1.23 จัดทำสรุปผลงานฝ่ายการพยาบาล ทั้งในด้านการปริมาณ และคุณภาพอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร
- 1.24 ร่วมจัดทำสรุปสถานะสุขภาพของประชาชนในอำเภอ รวมทั้งกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนด้านคุณภาพอนามัย
- 1.25 ปฏิบัติงานอื่น ๆ ที่ผู้บังคับบัญชามอบหมาย

2. ด้านบริการ

จัดระบบบริการทั้งในและนอกเวลาราชการในเรื่อง

- 2.1 การให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์
- 2.2 การเตรียมรับสถานะการฉุกเฉิน
- 2.3 การคัดกรองผู้ป่วยและการรายงานแพทย์
- 2.4 การให้บริการแก่ผู้มีบัตรรายได้น้อย บัตรสุขภาพ ใบส่งตัว บัตรนัดต่าง ๆ ผู้สูงอายุ เด็ก ประชาชน กลุ่มเสี่ยง ผู้ประกันตน
- 2.5 การให้บริการอย่างต่อเนื่องแก่ผู้คลอดและทารก รวมทั้งการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่ลูก
- 2.6 การให้บริการอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยผ่าตัด
- 2.7 การให้บริการอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโรคติดต่อ และผู้ป่วยเรื้อรัง
- 2.8 การให้บริการอาหารแก่ผู้ป่วยใน

- 2.9 การสนับสนุนสาธารณสุขมูลฐาน
- 2.10 การรับและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ
- 2.11 การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคในโรงพยาบาล
- 2.12 การดูแลอาการสถานที่และสิ่งแวดล้อม
- 2.13 การรักษาความปลอดภัยในโรงพยาบาล
- 2.14 การให้บริการนอกเวลาราชการ
- 2.15 งานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย
- 2.16 หน่วยพยาบาลเคลื่อนที่
- 2.17 หน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่และอำเภอเคลื่อนที่
- 2.18 งานโครงการพิเศษอื่น ๆ

3. ด้านวิชาการ

- 3.1 จัดทำมาตรฐานการพยาบาล
- 3.2 จัดทำคู่มือต่าง ๆ ได้แก่
 - 3.2.1 คู่มือการปฏิบัติการพยาบาล
 - 3.2.2 คู่มือการบริหารงานในกลุ่มงาน
 - 3.2.3 คู่มือการปฐมนิเทศ
 - 3.2.4 คู่มือการปฏิบัติงานทุกงาน
 - 3.2.5 คู่มือการประสานงาน
 - 3.2.6 คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - 3.2.7 อื่น ๆ
- 3.3 จัดหาเอกสาร ตำรา วิชาการต่าง ๆ
- 3.4 ดำเนินการฝึกอบรม และฟื้นฟูวิชาการแก่เจ้าหน้าที่และนักศึกษาตามแผนที่วางไว้
- 3.5 เป็นวิทยากร และจัดส่งวิทยากรอื่น ๆ ไปร่วมในการจัดอบรมของหน่วยงานอื่น
- 3.6 ดำเนินงานวิจัยและสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ร่วมทำวิจัย
- 3.7 สนับสนุนและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยของหน่วยงานอื่น
- 3.8 นิเทศงานสาธารณสุขผสมผสานระดับอำเภอ
- 3.9 ช่วยดำเนินการจัดระบบงานห้องสมุด

4. ด้านการพัฒนางานและบุคลากร

4.1 ภายในโรงพยาบาล

- 4.1.1 จัดระบบและกลวิธีพัฒนางานทุกงาน และบุคลากรในกลุ่มงาน
- 4.1.2 จัดทำเครื่องมือในการวิเคราะห์งานทุกงาน
- 4.1.3 จัดทำเครื่องมือในการประเมินคุณภาพ และชี้ความสามารถตามระบบ พบส.
- 4.1.4 จัดให้มีการวัดศักยภาพ และตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลรวมทั้งดำเนินการวิเคราะห์งานทุกงาน
- 4.1.5 จัดทำงานแผนงาน โครงการ ให้พัฒนางานและบุคลากร
- 4.1.6 ดำเนินงานตามแผน
- 4.1.7 ควบคุมกับงานให้เป็นไปตามแผน พร้อมทั้งแก้ไขอุปสรรค
- 4.1.8 ติดตามประเมินผลการพัฒนา

4.2 ภายนอกโรงพยาบาล

ร่วมมือกับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ในการพัฒนาสนับสนุนพัฒนาสถานียอนามัยในทุกด้านและดำเนินการนิเทศติดตามประเมินผลการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานเชิงโครงสร้างการบริหารงานฝ่ายการพยาบาล

ข้อความมาตรฐาน	ตัวชี้วัด
มาตรฐานที่ 1 ฝ่ายการพยาบาล กำหนดปรัชญาสอดคล้องกับปรัชญาวิชาชีพ และของโรงพยาบาล	1. ระบบความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของชีวิตมนุษย์ อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อสุขภาพของคนในพื้นที่รับผิดชอบ 2. ระบุสิทธิและความเสมอภาคของประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข 3. ระบุกลวิธีในการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต 4. ระบุกลวิธีในการให้บริการ และการเชื่อมโยงของการพยาบาลระหว่างสถานบริการกับชุมชน 5. ระบุถึงสมรรถนะที่จำเป็นของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในการบริการสุขภาพ
มาตรฐานที่ 2 ฝ่ายการพยาบาล กำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ สอดคล้องกับปรัชญา นโยบายการพัฒนาสาธารณสุขของจังหวัด และของโรงพยาบาล	1. นโยบายของฝ่าย สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และปรัชญาวิชาชีพการพยาบาล 2. กำหนดเป้าหมายสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล 3. กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะที่ครอบคลุมกลวิธีการดำเนินงานให้ได้ตามเป้าหมาย 4. เลือกเทคโนโลยีเหมาะสมกับกลวิธีที่กำหนดในแต่ละงาน

ข้อความมาตรฐาน	ตัวชี้วัด
มาตรฐานที่ 3 ฝ่ายการพยาบาล จัดทำโครงสร้างและแนวทางการบริหารงานของฝ่าย สอดคล้องกับโครงสร้างและแนวทางการบริหารงานของโรงพยาบาล	1. มีแผนภูมิแสดงการบริหารงานของโรงพยาบาลที่ครอบคลุมโครงสร้างของฝ่าย 2. มีแผนภูมิแสดงการบริหารงานของฝ่าย 3. มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของฝ่ายและเจ้าหน้าที่ในฝ่าย 4. ระบุภาระเทียบในการปฏิบัติงานของฝ่าย 5. จัดหา และหรือจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานและการบริหาร 6. หัวหน้าฝ่ายร่วมเป็นกรรมการบริหารของโรงพยาบาล
มาตรฐานที่ 4 ฝ่ายการพยาบาล ใช้เกณฑ์กลางในการคัดเลือกบุคคลเข้าปฏิบัติงานในฝ่าย สอดคล้องกับลักษณะงานและหน้าที่ความรับผิดชอบ	1. หัวหน้าฝ่ายเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 6 ขึ้นไป มีประสบการณ์ด้านปฏิบัติการพยาบาลต่อเนื่องกันในสถานบริการและหรือในชุมชนรวมกันไม่น้อยกว่า 5 ปี 2. หัวหน้างานทุกงานเป็นพยาบาลระดับวิชาชีพ
มาตรฐานที่ 5 ฝ่ายการพยาบาล กำหนดแผนแม่บท แผนปฏิบัติการ และแผนกิจกรรม สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาการบริการของโรงพยาบาล	1. วางแผนแม่บทระยะยาว 5 ปี เกี่ยวกับการสรรหาการใช้การกระจายและการพัฒนาอัตรากำลัง แผนพัฒนาบริการพยาบาล กำหนดคุณสมบัติของอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น การปรับปรุงอาคารสถานที่ให้สอดคล้องกับปัญหาแผนการขยาย และพัฒนาบริการพยาบาลในอนาคต 2. มีแผนปฏิบัติการประจำปี สอดคล้องกับแผนแม่บทและปัญหาเร่งด่วน 3. กำหนดกิจกรรมการปฏิบัติงานตามแผนเป็นรายเดือน

ข้อความมาตรฐาน	ตัวชี้วัด
มาตรฐานที่ 6 ฝ่ายการพยาบาลจัดหน่วยงานและสภาพแวดล้อม เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานและการบริการ มาตรฐานที่ 7 ฝ่ายการพยาบาล จัดระบบและดำเนินการป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรคในโรง พยาบาลในรูปคณะกรรมการ มาตรฐานที่ 8 ฝ่ายการพยาบาล กำหนดแนวทางการประสาน งานภายในและภายนอกหน่วยงาน	4. กำหนดผังควบคุมกำกับงานประจำปี รวมทุกงาน 5. กำหนดแผนการจัดคลินิกพิเศษในระยะเวลาที่เหมาะสมกับ ความต้องการและปัญหา 6. กำหนดแผนการนิเทศงาน โรงพยาบาลชุมชน และสถานี อนามัยในเครือข่ายที่กำหนด ร่วมกับฝ่ายการพยาบาลของ รพศ./รพท. ของจังหวัดและ คปสอ. 1. จัดและบำรุงรักษาหน่วยงาน และสภาพแวดล้อมเหมาะสม สะดวก และปลอดภัยต่อการให้บริการ 2. รักษาให้หน่วยงานอยู่ในสภาพดี สะอาด และเป็นระเบียบ เรียบร้อย 1. คัดเลือกทีมดำเนินการ จากตัวแทนของทุกงานในโรง พยาบาล 2. กำหนดหลักการและกลวิธีดำเนินการ 3. จัดให้มีการเฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาการติดเชื้ออย่างเป็น ระบบ 4. คัดเลือก และเตรียมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรง พยาบาล 1. กำหนดวิธีการประสานงานภายในฝ่ายและระหว่างฝ่าย 2. กำหนดวิธีการประสานแผนงาน/โครงการทั้งภายในและ ภายนอกหน่วยงาน

ข้อความมาตรฐาน	ตัวชี้วัด
มาตรฐานที่ 9 ฝ่ายการพยาบาล กำหนดกลวิธีในการจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร มาตรฐานที่ 10 ฝ่ายการพยาบาล ชีคหลักการดูแลตนเองของประชาชนเป็นเป้าหมายของการบริการพยาบาล มาตรฐานที่ 11 ฝ่ายการพยาบาลกำหนดแนวทางการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม และมีการทำงานเป็นทีมเหมาะสม	3. ระบุแนวทางการสนับสนุนและร่วมมือในระบบ พบส. และการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า 1. สำรวจข้อมูลประชากรทั่วไป ประชากรกลุ่มเป้าหมาย สถานภาพสุขภาพที่เป็นปัจจุบัน 2. วิเคราะห์ข้อมูลที่สามารถได้นำไปใช้ในการวางแผนงาน 3. กำหนดช่องทางในการเผยแพร่และสื่อสารข้อมูล 1. ใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นหลักการแบบองค์รวม 2. ให้บริการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ครอบครัว และบุคคลเพื่อส่งเสริมเป้าหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง 3. มีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 4. ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพอนามัย 1. กำหนดให้มีคณะกรรมการหรือคณะทำงานร่วมบริหารงานด้วย 2. กำหนดแนวทางการแบ่งงานและการทำงานร่วมกันไว้ชัดเจน 3. กำหนดแนวทางการประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานและประสิทธิภาพการปฏิบัติของสมาชิกในทีม รวมทั้งหลักการพัฒนางานและเจ้าหน้าที่ของฝ่าย

ข้อความมาตรฐาน	ตัวชี้วัด
มาตรฐานที่ 12 ฝ่ายการพยาบาล กำหนดหลักการและแนวทางการควบคุมคุณภาพการพยาบาลของ รพช. และ สถานีนอนมัยในเครือข่าย	1. ใช้มาตรฐานกลางเป็นเครื่องมือในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล 2. กำหนดแผนและดำเนินการควบคุมคุณภาพ และประเมินผลการพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนมัยในเครือข่าย 3. ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนมัยในเครือข่าย
มาตรฐานที่ 13 ฝ่ายการพยาบาล จัดระบบการบริการให้มีความคล่องตัว สะดวกต่อการให้บริการ และเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ	1. วิเคราะห์ปัญหาการไหลเวียนของระบบบริการ 2. ดำเนินการปรับปรุงจุดที่เป็นปัญหาและความเชื่อมโยงของบริการระหว่างจุดต่าง ๆ ประจำปี หรือเมื่อพบปัญหา 3. สำรวจ และวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพื่อนำมาประกอบการปรับปรุงระบบบริการ

(ร่าง)

ผลการวิจัย

เรื่อง

**“ระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การสำหรับการ
พัฒนานโยบายเพื่อปรับปรุงระบบการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ**

กรณีศึกษา :

โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ”

**การศึกษาระบบการติดตามและประเมินผลโรงพยาบาล
: กรณีศึกษาโรงพยาบาลหาดใหญ่**

1. บทนำ

1.1 ประวัติโรงพยาบาลหาดใหญ่

โรงพยาบาลหาดใหญ่ ก่อตั้งขึ้นเมื่อ ปี พ.ศ.2501 ด้วยความร่วมมือร่วมใจกันระหว่างฝ่ายรัฐบาลและเอกชน คือ ประชาชนชาวอำเภอหาดใหญ่ และเทศบาล จากความเล็งเห็นของ นายแพทย์ กำนธ จรรย์ ผู้อำนวยการคนแรกของโรงพยาบาล ซึ่งขณะนั้นรับราชการอยู่ ณ โรงพยาบาลสงขลา ได้เสนอความคิดนี้ร่วมกับทางเทศบาลหาดใหญ่ โดยมี นายโชติ เตชะรัฐ ปลัดเทศบาลหาดใหญ่ ขณะนั้นเห็นว่าหาดใหญ่เป็นศูนย์กลางการคมนาคมและการค้า และจะเป็นแหล่งชุมชนที่สำคัญที่สุดแห่งหนึ่งของภาคใต้ ควรจัดสร้างโรงพยาบาลขึ้นเพื่อบริการประชาชน จึงได้นำความคิดปรึกษากับ นายกี จิระนคร นายกเทศมนตรีและสมาชิกเทศบาลทุกคนให้ความสนับสนุน นายแพทย์กำนธ จรรย์ เป็นผู้ประสานงานกับทางฝ่ายรัฐบาลและหมู่เทศบาลและทุนทรัพย์กำลังภายใน กำลังใจ จนสามารถดำเนินการก่อสร้างโรงพยาบาลหาดใหญ่ขึ้น โดยเทศบาลหาดใหญ่เป็นประธานเสนอโครงการต่อกรมการแพทย์ อันมี พันโทหลวงนิลย์ เวชวิสิษฐ์ อธิบดีกรมการแพทย์ ร่วมมืออนุมัติในการจัดตั้งขึ้น

สถานที่ตั้งโรงพยาบาลหาดใหญ่เดิมเป็นพื้นที่ว่างของเทศบาล มีเนื้อที่ประมาณ 10 ไร่เศษ ทางเทศบาลได้จัดหาทุนซื้อที่ดิน เพิ่มอีก 3 ไร่ จำนวนเงินเก้าหมื่นบาทเศษ และดำเนินการวางศิลาฤกษ์ เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2501 มีอาคารตึกอำนวยการสร้างด้วยงบก่อสร้างประมาณ 1 ล้านบาท เป็นเงินงบประมาณ 4 แสนบาท ในปีเดียวกันรัฐบาลได้ให้งบประมาณสร้างอาคารหอผู้ป่วย 1 หลัง เปิดรับผู้ป่วยได้ 75 เตียง และเปิดทำการอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2502 โดย ฯพณฯ พลเอกถนอม กิตติขจร (ยศขณะนั้น) นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน

ภายหลังเปิดทำการก็มีประชาชนเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนไม่สามารถรับผู้ป่วยได้เพียงพอ ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2508 กรมการแพทย์ได้อนุมัติงบประมาณสร้างตึกผู้ป่วยเพิ่มอีก 1 หลัง ขนาด 75 เตียง แต่ยังขาดอุปกรณ์จึงได้รับความร่วมมือจากพ่อค้า ประชาชนชาวหาดใหญ่ บริจาคเงิน 180,000 บาท เพื่อจัดซื้ออุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ ซึ่งสามารถเปิดรับบริการประชาชนได้เมื่อปี พ.ศ. 2509

จากการที่ประชากรเพิ่มขึ้น และการบริการได้รับความเชื่อถือมากขึ้น เตียงสำหรับผู้ป่วย 150 เตียง ไม่สามารถบริการได้เพียงพอกับผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ในปี พ.ศ. 2510 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณให้สร้างอาคารรับผู้ป่วยอีก 1 หลัง เป็นอาคาร 4 ชั้น สามารถรับผู้ป่วยได้ 200 เตียง และเปิดทำการเมื่อวันที่ 13 มิถุนายน 2512 รับผู้ป่วยตามสาขาโรค คือ สูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม, อายุรกรรม และพิเศษ ในการเปิดทำการครั้งนี้ชาวหาดใหญ่ พ่อค้า ประชาชน และสถานีโทรทัศน์

ช่อง 10 กรมประชาสัมพันธ์จัดการการกุศลรับบริจาคเงินขึ้น เพื่อจัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ ได้เงินทั้งสิ้น 1 ล้านบาท ทำให้สามารถเปิดบริการผู้ป่วยได้ทันที

ระยะ 10 ปีต่อมา อาคารที่ทำการเดิมค่อนข้างคับแคบ ปริมาณเตียง 350 เตียง ไม่เพียงพอกับการรับบริการผู้ป่วย ซึ่งระยะหลังได้มีประชาชนจังหวัดใกล้เคียงมารับบริการด้วยประกอบกับ กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้ขยายงานด้านบริการ และยกระดับเป็นโรงพยาบาลศูนย์ จึงได้วางแผนการขยายพื้นที่โดยทำการขอเวนคืนที่ดินด้านหลังอาคารเดิมเพิ่มขึ้นอีก 19 ไร่ 45 ตารางวา เพื่อให้มีเตียงบริการได้ถึง 700 เตียง และได้เริ่มดำเนินการเป็นระยะ คือในปี พ.ศ.2519 ก่อสร้างอาคารอุบัติเหตุ อาคารซักฟอก ปี พ.ศ. 2520 ก่อสร้างอาคารกายภาพบำบัด เกสซกรรม โรงครัว และ ปี พ.ศ. 2525 ก่อสร้างอาคารผู้ป่วยนอก อาคารผู้ป่วยใน แล้วเสร็จเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2525 เป็นเงินงบประมาณทั้งสิ้น 156,391,734 บาท และได้ดำเนินการก่อสร้างอาคารพยาธิวิทยา 5 ชั้น อีกหนึ่งหลัง รวมเงินค่าก่อสร้างโรงพยาบาลทั้งหมด 200,000,000 บาท

แม้การก่อสร้างอาคารได้เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ก็ยังไม่สามารถเปิดให้บริการแก่ประชาชนได้ เนื่องจากงบประมาณของรัฐบาลมีจำกัด ทั้งด้านวัสดุ อุปกรณ์ และบุคลากร ในระยะปี 2526 คณะเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ร่วมมือกับประชาชน จากการสนับสนุนจากสถานีโทรทัศน์ช่อง 10 ศูนย์ประชาสัมพันธ์ เขต 9 เทศบาลหาดใหญ่ และหน่วยราชการต่าง ๆ ในอำเภอหาดใหญ่ ได้ร่วมกันจัดงานราตรีการกุศลขึ้น ในวันที่ 17 กรกฎาคม 2525 ณ ห้องประชุมเทศบาลเมืองหาดใหญ่ รับบริจาคเงินทางสถานีวิทยุโทรทัศน์ช่อง 10 หาดใหญ่ หารายได้เพื่อจัดหาซื้ออุปกรณ์และวัสดุครุภัณฑ์การแพทย์ และได้รับบริจาคจากประชาชนทั้งอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และจังหวัดใกล้เคียงทั้งสิ้น 13,991,941 บาท โรงพยาบาลหาดใหญ่สามารถเปิดให้บริการผู้ป่วยได้ ตั้งแต่ 19 กุมภาพันธ์ 2526 และทำพิธีเปิดในวันที่ 26 มีนาคม 2526 โดย ฯพณฯ พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ นายกรัฐมนตรี ครั้งแรกเปิดให้บริการเพียง 500 เตียง ทั้งนี้ เพราะยังขาดปัจจัยเอื้ออยู่มาก ปัจจุบัน โรงพยาบาลหาดใหญ่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ 700 เตียง มีหอผู้ป่วยสามัญ 20 หอ ห้องพิเศษ 100 ห้อง หน่วยงานพิเศษ ได้แก่ งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานบริบาลผู้ป่วยหนัก มีผู้ป่วยนอกใช้บริการประมาณวันละ 1,500 คน และผู้ป่วยในเฉลี่ยวันละ 600 คน

1.2 วิสัยทัศน์ พันธกิจ และนโยบาย

โรงพยาบาลหาดใหญ่ได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และนโยบายในการดำเนินงานขององค์กรไว้ดังนี้

วิสัยทัศน์

เป็นโรงพยาบาลที่มีนโยบายชัดเจน มีความเป็นเลิศในการบริหาร บริการ และวิชาการ คำนึงถึงผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางโดยชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรม มีการให้บริการแบบองค์รวม อันประกอบด้วยบริการในเชิงรุก ส่งเสริมสุขภาพ และให้การรักษายาบาลในขั้นทุติยภูมิ และตติยภูมิในสถานพยาบาล บุคลากรทุกคนตระหนักในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง มีส่วนร่วมในการสร้าง ใช้ และพัฒนามาตรฐานงานที่ตนเองรับผิดชอบ เพื่อสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

พันธกิจ

1. บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมกันกำหนดนโยบายสู่ความเป็นเลิศด้านบริหาร บริการ และวิชาการของโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง
2. ตัวแทนของชุมชนมีส่วนร่วมกันกำหนดนโยบายบริหารและบริการของโรงพยาบาล
3. บุคลากรทุกระดับร่วมสร้างมาตรฐานงานที่ตนเองรับผิดชอบ
4. บุคลากรทุกระดับร่วมสร้างมาตรฐานความเป็นเลิศด้านบริการ บริการ และวิชาการของโรงพยาบาล
5. โรงพยาบาลร่วมกับองค์กรในท้องถิ่นสร้างระบบเครือข่ายรองรับการให้บริการเชิงรุก และรักษายาบาลขั้นปฐมภูมิ ตลอดจนส่งเสริมให้มีการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน
6. โรงพยาบาลจัดสร้างรูปแบบและระบบการรักษายาบาลขั้นทุติยภูมิ และตติยภูมิ
7. โรงพยาบาลจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรในด้านความรู้ ทักษะ และคุณภาพชีวิต ตลอดจนปฏิบัติตามแผนดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
8. โรงพยาบาลจัดตั้งคณะกรรมการติดตามและประสานให้บรรลุพันธกิจ

นโยบาย

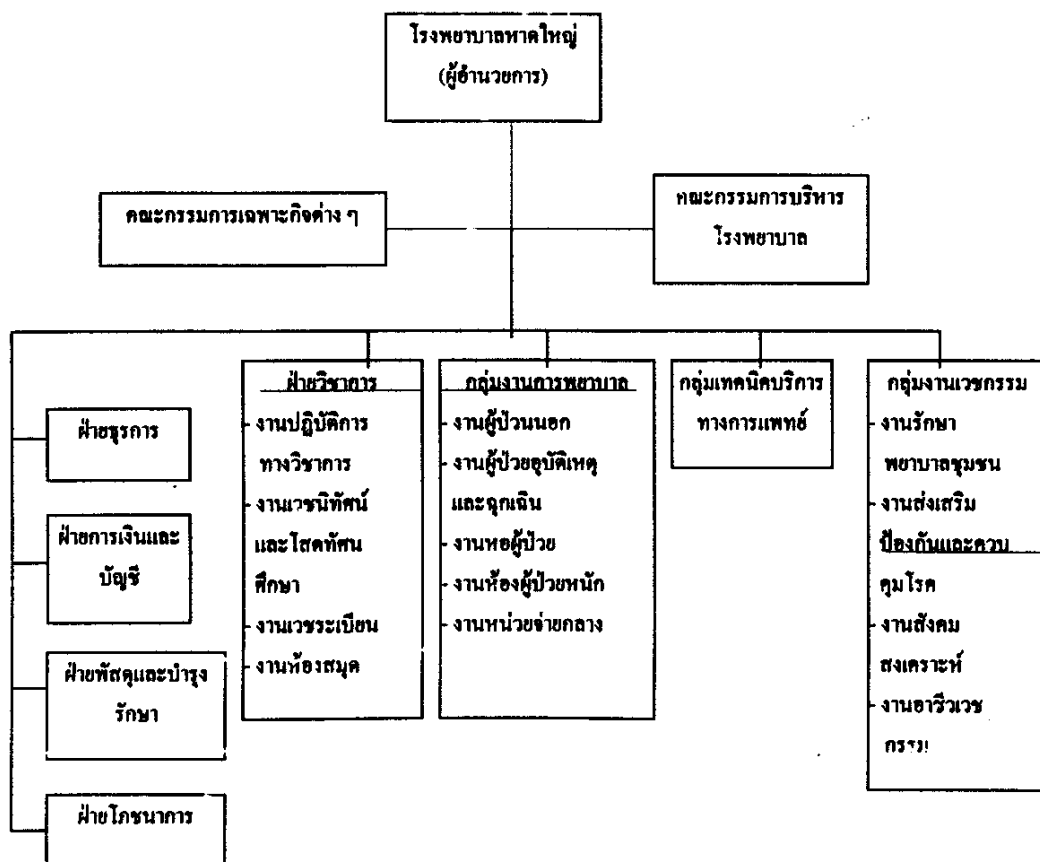
1. มีการบริหารงานโดยยึดหลักการกระจายอำนาจ บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร
2. ส่งเสริมการบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน และมีคุณภาพสูงสุดแก่ประชาชน โดยเท่าเทียมกัน
3. ส่งเสริมการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ทันสมัยและคุ้มค่ามาใช้ในการบริการ โดยคำนึงถึงหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
4. ส่งเสริมการบริการเชิงรุกสู่ชุมชน
5. สนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข
6. จัดให้มีระบบการตรวจสอบ เฝ้าระวังถึงแวดล้อมที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของบุคลากร ผู้ให้บริการ และชุมชน

7. ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรทุกระดับให้มีคุณภาพสูงสุดในด้านวิชาการและบริการ
8. สนับสนุนการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบ รูปแบบและเทคโนโลยีการให้บริการสาธารณสุข
9. จัดสวัสดิการที่เหมาะสมตามสถานการณ์แก่บุคลากรทุกระดับ

1.3 โครงสร้างการบริหารองค์การ

โรงพยาบาลหาดใหญ่มีสถานะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 700 เตียง อยู่ในสายการสนับสนุนของกองโรงพยาบาลภูมิภาค มีนายแพทย์ 9 เป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล มีรองผู้อำนวยการ 2 ตำแหน่ง คือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายการแพทย์ (นายแพทย์ 8) และรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร (เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 8) แบ่งหน่วยงานในสังกัดออกเป็นฝ่ายและกลุ่มงานต่าง ๆ ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลหาดใหญ่



สำหรับกลุ่มเทคนิคบริการทางการแพทย์นั้น ประกอบด้วยกลุ่มงานเฉพาะสาขาจำนวน 17 กลุ่มงาน ได้แก่ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอุบัติเหตุและนิติเวชวิทยา กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานศัลยกรรม : งานห้องผ่าตัด กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว : งานห้องคลอด กลุ่มงานกุมารเวชกรรม กลุ่มงานจิตเวช กลุ่มงานจักษุวิทยา กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา : งานวิสัญญีพยาบาล กลุ่มงานรังสีวิทยา : งานรังสีบำบัด งานรังสีวินิจฉัยและงานเวชศาสตร์นิวเคลียร์ และกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู : งานกายภาพบำบัด งานอาชีวอนามัยและงานซ่อมสร้างอุปกรณ์คนพิการ

หัวหน้าฝ่ายธุรการ หัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชี และหัวหน้าฝ่ายพัสดุและบำรุงรักษา ก.พ. กำหนดให้ดำรงตำแหน่งระดับ 7 แต่หัวหน้าฝ่ายวิชาการได้ระดับ 8 หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก และกลุ่มงานพยาบาล เป็นระดับ 8 หัวหน้ากลุ่มงานอื่น ๆ เป็นระดับ 8-9 แต่แพทย์ในกลุ่มงานต่อไปนี้สามารถเป็นได้ถึงระดับ 9-10 (ตามเกณฑ์) คือกลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานศัลยกรรม กลุ่มงานกุมารเวชกรรม กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม กลุ่มงานจักษุวิทยาและโสต ศอ นาสิก และกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

โรงพยาบาลหาดใหญ่มีอัตราค่าจ้างทั้งสิ้น 1,477 ตำแหน่ง ประกอบด้วยตำแหน่งสำคัญๆ ได้แก่ แพทย์ 78 ตำแหน่ง ทันตแพทย์ 9 ตำแหน่ง เภสัชกร 15 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 276 ตำแหน่ง พยาบาลเทคนิค 177 ตำแหน่ง และตำแหน่งอื่น ๆ อีกดังรายละเอียดในตารางที่ 1

1.4 ระบบการติดตาม ตรวจสอบและประเมินขององค์การ

14.1 แนวคิดการดำเนินการไปสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

การประกันคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลหาดใหญ่ดำเนินการในรูปของคณะกรรมการหลายคณะขึ้นอยู่กับลักษณะของงานและกลุ่มงาน บางคณะกรรมการก็ได้รับการจัดตั้งขึ้นแล้ว เช่น คณะกรรมการการควบคุมคุณภาพ (คณะกรรมการ QC) คณะกรรมการดำเนินการเพื่อการรับรองโรงพยาบาล (คณะกรรมการ Hospital Accreditation) คณะกรรมการบริหารการพยาบาล เป็นต้น ส่วนคณะกรรมการที่ยังอยู่ระหว่างการจัดตั้งขึ้น ได้แก่ คณะกรรมการตรวจสอบทางการแพทย์ (Medical Audit Committee : MAC) เป็นต้น ทั้งนี้อยู่ภายใต้กรอบแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเพื่อนำไปสู่การได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในอนาคตต่อไป

ตารางที่ 1 อัตรากำลังของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จำแนกตามประเภทบุคลากร

ประเภทบุคลากร	จำนวนอัตรา
ข้าราชการ	749
แพทย์	78
ทันตแพทย์	9
เภสัชกร	15
พยาบาลวิชาชีพ	276
พยาบาลเทคนิค	177
เจ้าหน้าที่พยาบาล	27
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	2
นักรังสีการแพทย์	1
นักกายภาพบำบัด	5
นักอาชีวอนามัย	2
นักโภชนาการ	4
นักสังคมสงเคราะห์	2
อื่น ๆ	151
ลูกจ้างประจำ	327
ลูกจ้างชั่วคราว	401
รวม	1,477 ตำแหน่ง

โรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็น 1 ใน 17 โรงพยาบาลทั่วประเทศที่ได้รับเอาแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลตามแนวทางของการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลมาใช้ โดยการริเริ่มดำเนินการได้ประมาณเกือบ 1 ปี แล้ว โดยผู้บริหารโรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้แต่งตั้งคณะกรรมการ HA ขึ้นมาโดยมีฝ่ายวิชาการของโรงพยาบาลเป็นองค์กร ประสานงาน มีเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในเรื่องนี้ 3 คน คณะผู้ประสานงานมีบทบาทในการกระตุ้นให้แต่ละฝ่ายสร้างมาตรฐานการทำงานของตน หรือสร้าง guideline management ขึ้นมา ผู้ประสานงานมีหน้าที่เพียงการแนะนำ สนับสนุน และกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงาน มาตรฐานการปฏิบัติและ guideline management ที่สร้างขึ้นมีทั้งในหน่วยงานทางคลินิก และหน่วยงานสนับสนุน เช่น ในหน่วยงานทางคลินิก ส่วนมากจะเป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยของฝ่ายต่าง ๆ เช่น สูติกรรม ศัลยกรรม อายุร

กรรม และกุมารเวชกรรม เป็นต้น ซึ่งมีลักษณะเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยผสมผสานระหว่างวิชาชีพต่างๆ ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสุขศึกษา เป็นต้น เรียกว่า CAREMAP ขณะได้ดำเนินการในทุกฝ่ายแล้วแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกโรค ส่วนมาตรฐานการปฏิบัติในหน่วยงานสนับสนุนนั้น ก็มีเช่น ฝ่ายช่าง ก็มีแผนการบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ เช่น แผนการบำรุงรักษาหม้อน้ำ (Boiler) หรือแผนการด้านการป้องกันและระงับอัคคีภัยในโรงพยาบาล ก็มีแผนการจัดการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย และเจ้าหน้าที่เวรเปลทำหน้าที่ในการระงับและกู้ภัยเมื่อมีอัคคีภัยเกิดขึ้นในโรงพยาบาลเพราะบุคลากรเหล่านี้มาประจำอยู่ทุกเวร แม้ว่าขณะนี้ยังอยู่ในระหว่างการดำเนินการก็ตาม นอกจากนั้นยังกระตุ้นให้แต่ละฝ่ายกำหนดตัวชี้วัดการทำงานหรือผลสำเร็จของการทำงานในฝ่ายของตนขึ้นมาด้วยเพื่อเป็นเครื่องมือในการติดตามการทำงาน (monitor tools) ส่วนการตรวจสอบ (auditing) นั้นคณะกรรมการ HA ยังไม่ได้ทำ แต่เริ่มมีการติดตาม (monitor) ตามตัวชี้วัดต่าง ๆ แล้วซึ่งส่วนมากเป็นตัวชี้วัดทางด้านคลินิก (clinical indicators) เช่น การป่วย การตาย รายเดือน ตามแผนกต่าง ๆ เช่น ทารกมีอาการขาดอากาศเมื่อแรกเกิด (Birth asphyxia) ในแผนกกุมารเวชกรรม การตายของมารดาและทารกในการผ่าตัดเอาเด็กออกจากท้อง (cesarean section) ในแผนกศัลยกรรม เป็นต้น สิ่งที่จะดำเนินการต่อไปคืออัตราการตายเฉพาะโรคแต่ละเดือน เช่น โรคปอดบวม เป็นต้น ซึ่งในอดีตการเก็บข้อมูลอัตราการตายการป่วยมักประสบปัญหาเกี่ยวกับความล่าช้าและความไม่สมบูรณ์ของใบสรุปผู้ป่วย (summary sheet) แต่ปัจจุบันได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้นแล้วในระดับหนึ่ง คงจะสามารถลดอุปสรรคในเรื่องนี้ลงได้อย่างมาก นอกจากนั้นยังมีอัตราการเข้ารักษาในประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาลซ้ำ ภายใน 15 วัน (re-admission rate) ก็จะดำเนินการต่อไปด้วย

บทบาทของฝ่ายวิชาการซึ่งเป็นองค์กรประสานงานในการดำเนินการเรื่องนี้จะเพียงผู้กระตุ้น ให้ข้อเสนอแนะ และข้อเสนอแนะฝ่ายต่าง ๆ ในการจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติ และ guideline management เริ่มที่การเข้าไปอธิบายชี้แจงให้ทราบว่า HA คืออะไร มีกระบวนการและวิธีการปฏิบัติอย่างไร มีประโยชน์อย่างไรบ้าง จากนั้นจะพูดคุยเรื่องมาตรฐานการทำงานและการจัดทำมาตรฐานนั้น แล้วให้แต่ละฝ่ายไปพิจารณาจัดทำมาตรฐานและเครื่องชี้วัด ฝ่ายวิชาการก็จะคอยกระตุ้น ติดตาม แนะนำ และอธิบาย ดังนั้นลักษณะการทำงานของฝ่ายประสานงาน HA จึงเกี่ยวข้องกับหน่วยทำงานทุกฝ่าย หัวใจสำคัญสำหรับการดำเนินงานของคณะกรรมการ HA จึงอยู่ที่ทำอย่างไรถึงจะทำให้เขาเกิดความเต็มใจที่จะเข้าร่วมในกระบวนการทำงาน ที่สำคัญก็คือการให้เขาเห็นประโยชน์และความสำคัญของ HA ที่มีต่อเขาและหน่วยงานของเขา รวมทั้งให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นงานของพวกเขา มิใช่งานที่คนอื่นสั่งให้ทำ นอกจากนั้นยังต้องให้เขามีการแข่งขันกันระหว่างแผนก และ

ระหว่างสถาบันหรือเครือข่าย การดำเนินการไม่มีสิ่งจูงใจพิเศษอะไรให้นอกจากการยกย่องชมเชยให้เกียรติ

บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ HA ที่สำคัญประการหนึ่งคือการทำหน้าที่คล้ายเลขานุการหรือเป็นหน่วยสนับสนุนข้อมูลแก่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพบริการชุดต่าง ๆ ที่มีในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างคณะกรรมการตรวจสอบทางการแพทย์ที่กำลังได้รับการจัดตั้งขึ้นในโรงพยาบาลหาดใหญ่

2. ระบบการตรวจสอบของโรงพยาบาลหาดใหญ่

ระบบการตรวจสอบของโรงพยาบาลหาดใหญ่ อาจจำแนกประเภทได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ระบบการตรวจสอบภายใน (Internal Auditing) ได้แก่ การตรวจสอบทางการเงิน วัสดุต่าง ๆ
2. ระบบการตรวจสอบการให้บริการทางวิชาชีพ (Professional audit) ได้แก่ การตรวจสอบทางการแพทย์ (Medical audit) และ การตรวจสอบทางการแพทย์พยาบาล (Nursing audit) ซึ่งเป็นการตรวจสอบมาตรฐานให้บริการแก่ผู้รับบริการว่ามีความเหมาะสมและมีมาตรฐานในระดับใด
3. การตรวจสอบคุณภาพ (Quality audit) บริการ

2.1 ระบบการตรวจสอบภายใน

2.1.1 วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบ

โรงพยาบาลหาดใหญ่มีระบบการตรวจสอบภายในโดยใช้คณะกรรมการตรวจสอบภายในของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกรรมการเฉพาะกิจ ที่ได้รับการแต่งตั้งประจำปี ระบบตรวจสอบภายในของโรงพยาบาลนี้เริ่มมีขึ้นเมื่อปี 2540 ก่อนหน้านั้นการตรวจสอบภายในของหน่วยงานต่างๆ อาศัยการตรวจสอบจากผู้นิเทศของกระทรวงสาธารณสุข และการตรวจสอบจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน แต่เนื่องจากฝ่ายบริหารของโรงพยาบาลเห็นว่าควรมีการตรวจสอบภายในก่อนจะถูกตรวจสอบจากองค์กรภายนอก หากมีการดำเนินการไม่เรียบร้อยหรือไม่ถูกต้องก็จะได้ดำเนินการเป็นการภายในก่อนให้เรียบร้อย เพราะต้องการรักษาภาพพจน์ขององค์กร อีกทั้งการตรวจสอบภายในยังเป็นกระบวนการ monitor การใช้ทรัพยากรหรือการหมุนเวียนทรัพยากรของโรงพยาบาล ได้อีกทางหนึ่งด้วย

วัตถุประสงค์เฉพาะในการตรวจสอบภายใน คือ

1. ต้องการตรวจสอบว่าแผนการใช้วัสดุต่าง ๆ ของหน่วยรับตรวจ รวมทั้งแผนการจัดซื้อจัดหาเป็นไปตามแผนหรือไม่ ถูกตามระเบียบของทางราชการหรือไม่
2. ขอควัสดุคงเหลือ มีจำนวนเท่าใด และจะพอมีใช้ต่อไปได้มากน้อยเพียงใด
3. รายการเบิกจ่ายวัสดุจากคลังใหญ่ (ฝ่ายพัสดุ ฯ) ไปยังคลังย่อย (หน่วยเบิกแต่ละหน่วย) ตามบัญชีวัสดุมีความถูกต้องตรงกันหรือไม่

2.1.2 องค์การที่ดำเนินการตรวจสอบ

การตรวจสอบภายในของโรงพยาบาลหาดใหญ่ดำเนินการโดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในของโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ดำเนินการตรวจสอบภายในหน่วยงานรับตรวจต่าง ๆ จำนวน 55 หน่วยรับตรวจที่มีการเบิกจ่ายวัสดุต่าง ๆ ยกเว้นหน่วยการเงินและบัญชี ซึ่งเป็นหน่วยที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้กำกับดูแล และตรวจสอบโดยตรง คณะกรรมการประกอบด้วยรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายบริหารเป็นประธาน และมีกรรมการที่รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายบริหารเลือกมาจากหน่วยเบิกต่าง ๆ อีก 6 คน และให้หัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชีเป็นเลขานุการ รวมจำนวนกรรมการทั้งสิ้น 8 คน ทั้ง 8 คนต่างก็มีภาระงานประจำของตนเองอยู่แล้ว ดังนั้นคณะกรรมการนี้จึงมีลักษณะเป็นคณะกรรมการเฉพาะกิจ (Ad hoc committee) คณะหนึ่งในหน่วยงาน และรายงานผลขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2.1.3 กฎระเบียบที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

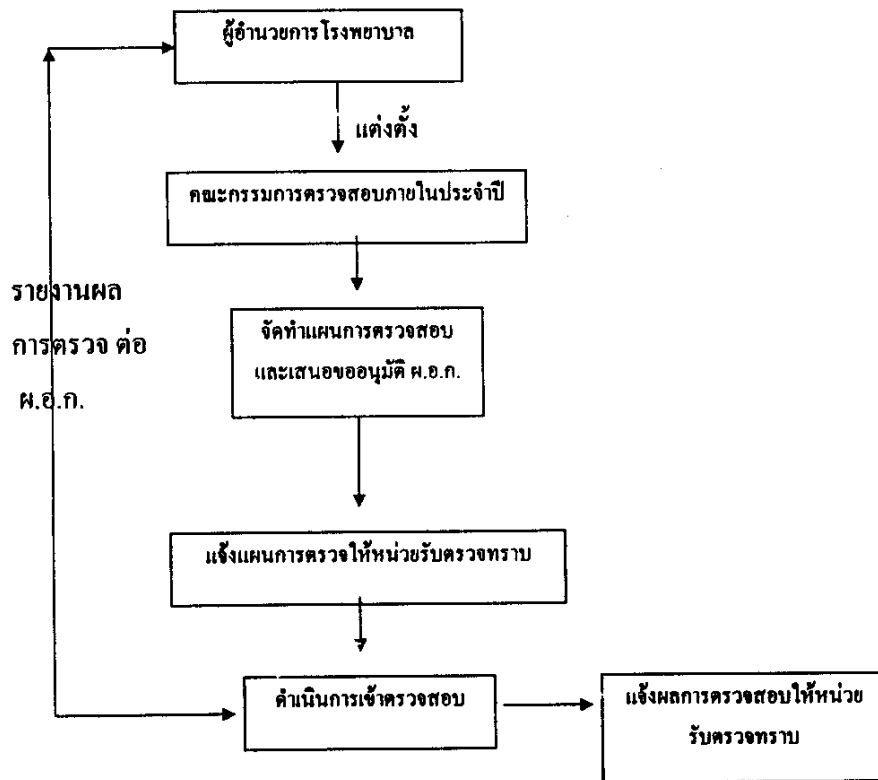
กฎระเบียบที่ใช้ในการตรวจสอบจะยึดระเบียบการเกี่ยวกับพัสดุ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 เป็นหลัก ซึ่งเป็นระเบียบปฏิบัติที่ครอบคลุมงานพัสดุทุกด้านตั้งแต่การจัดซื้อจัดหา การเก็บ การตรวจสอบพัสดุ ฯลฯ นอกจากนั้นแล้วยังมีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารงบประมาณในระดับจังหวัด และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536 อีกด้วย

2.1.4 ทรัพยากรและค่าใช้จ่าย

เนื่องจากการตรวจสอบภายในของโรงพยาบาลหาดใหญ่ดำเนินการโดยคณะกรรมการที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่งตั้งขึ้นจากราชการภายในของโรงพยาบาลในฐานะเป็นกรรมการเฉพาะกิจคณะหนึ่งจึงไม่จำเป็นต้องจัดสรรงบประมาณพิเศษเพื่อดำเนินการแต่อย่างใด ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นอาจมีบ้างในด้านวัสดุสำนักงานบางส่วนเท่านั้น ซึ่งมีจำนวนไม่มาก

2.1.5 กระบวนการตรวจสอบ

กระบวนการตรวจสอบภายในของโรงพยาบาลหาดใหญ่สามารถสรุปเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 กระบวนการตรวจสอบภายในของ ร.พ.หาดใหญ่

กระบวนการตรวจสอบแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

1. การแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายใน

รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารในฐานะเจ้าของเรื่องจะเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขอแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาตรวจสอบเกี่ยวกับการเบิกจ่ายวัสดุประจำปีขึ้นมามากหรือน้อยโดยมีรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารเป็นประธาน และหัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชีเป็นกรรมการและเลขานุการ โดยการคัดเลือกกรรมการอื่น อีก 6 คน จากหน่วยรับตรวจต่าง ๆ เพื่อขอเสนออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายในประจำปีขึ้น รวมกรรมการทั้งสิ้น 8 คน เพื่อทำการตรวจสอบภายในหน่วยรับตรวจทั้งสิ้น 55 หน่วย การแต่งตั้งจะดำเนินการทุกปี โดยกรรมการทั้ง 6 คนที่มาจากการ

คัดเลือกมาร่วมเป็นกรรมการนั้นอาจได้รับการแต่งตั้งได้อีก ทั้งนี้การคัดเลือกจะพิจารณาจาก ประสิทธิภาพเกี่ยวกับการตรวจสอบพัสดุเป็นสำคัญ

2. การจัดทำแผนการตรวจสอบประจำปี

เมื่อคณะกรรมการตรวจสอบภายในประจำปีได้รับการแต่งตั้งในรูปของคำสั่งโรงพยาบาล แล้ว ก็จะมีการประชุมกันเพื่อกำหนดแผนการตรวจสอบภายในประจำปีร่วมกัน โดยในแผนที่จัดทำขึ้นจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับกรรมการที่ได้รับมอบหมายให้เข้าทำการตรวจสอบหน่วยรับตรวจต่างๆ ซึ่งมีจำนวนมากน้อยแตกต่างกันตามปริมาณงานที่จะเข้าทำการตรวจสอบ ถ้าเป็นหน่วยรับตรวจที่มี ปริมาณพัสดุที่ใช้ในแต่ละปีไม่มากก็จะใช้กรรมการเพียง 2-3 คน แต่หากเป็นหน่วยรับตรวจที่มี ปริมาณการเบิกจ่ายพัสดุในแต่ละปีมีมากก็จะแบ่งกรรมการออกไปตรวจสอบจำนวนหลายคน เช่น อาจเป็น 6-8 คนเลยก็ได้ นอกจากนั้นยังกำหนดวันเวลาที่จะเข้าตรวจสอบ และวันสิ้นสุดการตรวจสอบในแต่ละหน่วยรับตรวจ ซึ่งมีทั้งสิ้น 55 หน่วย ได้แก่ หน่วยที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณเกี่ยวกับพัสดุ ต่าง ๆ ยกเว้นหน่วยของฝ่ายการเงิน และบัญชีที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้กำกับดูแลและตรวจสอบเป็นประจำ ตลอดจนอยู่แล้วเท่านั้นที่คณะกรรมการชุดนี้ไม่ได้เข้าไปตรวจสอบภายใน แผน การตรวจสอบภายในที่ได้จัดทำขึ้นนี้จะต้องเสนอรับความเห็นชอบอนุมัติแผนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อน การปฏิบัติด้วย สำหรับจำนวนครั้งของการตรวจสอบนั้นในแผนฯ ปี 2541 กำหนด เข้าตรวจสอบ 2 ครั้ง แต่ในปี 2540 ได้เข้าตรวจสอบเพียงครั้งเดียวเท่านั้น

3. การแจ้งแผนการตรวจสอบภายในให้หน่วยรับตรวจทราบก่อนการเข้าตรวจ

เมื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้อนุมัติให้ความเห็นชอบแผนการตรวจสอบภายในที่คณะกรรมการตรวจสอบภายในประจำปีได้ทำขึ้นก็จะส่งแผนการการตรวจสอบนั้นไปยังหน่วยรับการ ตรวจให้ทราบล่วงหน้าประมาณ 1 เดือน เพื่อให้มีเวลาเตรียมการสำหรับให้กรรมการตรวจสอบเข้าไปตรวจสอบ โดยมีการแจ้งให้หน่วยรับตรวจเตรียมเอกสารไว้ให้ตรวจสอบ ได้แก่ แผนการใช้พัสดุ ต่าง ๆ ของหน่วยรับตรวจ (แผนการจัดซื้อจัดหาพัสดุ) ขอครายงานพัสดุลงเหลือประจำเดือน และรายการเบิกจ่ายพัสดุลงคลังใหญ่ไปยังคลังย่อย (บัตรบัญชีคุมพัสดุ) ขณะเดียวกันคณะกรรมการตรวจสอบภายในก็มีการประชุมซักซ้อมแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบและการบันทึกผลการตรวจสอบ เพื่อให้ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

4. การเข้าตรวจสอบภายใน ณ หน่วยรับตรวจ

เมื่อถึงกำหนดการตรวจสอบในหน่วยรับตรวจที่กำหนดไว้ในแผนการตรวจสอบภายใน ประจำปี คณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายให้เข้าตรวจสอบภายใน ณ หน่วยรับตรวจนั้นจะเข้าไป ตรวจสอบ ตามรายงานที่ได้แจ้งให้หน่วยรับตรวจทราบล่วงหน้าแล้ว โดยจะตรวจสอบแผนการใช้ พักสุ ได้แก่

1. ยอดเงินที่ได้รับอนุมัติจัดสรร จำนวนเงินที่ได้เบิกจ่ายไปแล้ว และจำนวนเงินคงเหลือ
2. จำนวนวัสดุเบิกใช้ ซึ่งแยกเป็นวัสดุสำนักงาน และวัสดุงานบ้านงานครัวซึ่งจะตรวจสอบทุกรายการ รวมทั้งตรวจสอบจำนวนวัสดุคงเหลือด้วย
3. ตรวจสอบความถูกต้องและความเป็นปัจจุบันของบัญชีคุมรายการวัสดุเบิกจ่าย

ในระหว่างที่ตรวจ หากคณะกรรมการพบว่า รายการพัสดุใดไม่ถูกต้องกับความเป็นจริง หรือมีความไม่เป็นปัจจุบัน หรือระบบการคุมยอดไม่ดีก็จะมีการแนะนำให้แก้ไขให้ถูกต้อง โดยบันทึกผลการตรวจสอบและคำแนะนำไว้เสมอ เมื่อตรวจเสร็จก็จะแจ้งผลการตรวจสอบนั้นแก่หน่วยรับตรวจนั้นทราบด้วย ทั้งนี้ คณะกรรมการจะมีการติดตามหน่วยรับตรวจที่ยังมีปัญหาในการปฏิบัติเพื่อให้แก้ไขให้ถูกต้องตามที่ได้ให้คำแนะนำเอาไว้ด้วย

5. การจัดทำรายงานผลการตรวจสอบ

ภายหลังสิ้นสุดการตรวจสอบภายในในทุกหน่วยรับตรวจแล้ว คณะกรรมการตรวจสอบภายในจะมีการประชุมเพื่อสรุปจัดทำผลการตรวจสอบ รายงานให้ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรับทราบ หรือ วินิจฉัยสั่งการอื่น ๆ ต่อไป

2.1.6 สัมฤทธิ์ผล

ก่อนที่โรงพยาบาลหาดใหญ่จะนำระบบการกระจายอำนาจการพัสดุลงไปยังหน่วยเบิกซึ่งเป็นหน่วยรับตรวจให้จัดทำแผนการใช้วัสดุของหน่วยภายใต้งบประมาณที่โรงพยาบาลจัดสรรให้ นั้น การบริหารพัสดุดูกจัดระบบรวมศูนย์อยู่ที่ผู้อำนวยการคนเดียวมีจะคอยตรวจสอบการเบิกจ่ายของแต่ละหน่วย ว่ามีการเบิกจ่ายสูงผิดปกติไปจากเดิมหรือไม่ เพื่อประกอบการพิจารณาอนุมัติ แต่เมื่อได้จัดสรรงบให้ไปบริหารกันในหน่วยก็สามารถประหยัดงบประมาณลงได้มาก ในปีแรกประมาณว่าสามารถลดต้นทุนค่าวัสดุลงไปได้ประมาณ กว่า 10 ล้านบาท (สัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่)

สำหรับผลการตรวจสอบนั้นปรากฏว่า ในปีแรก (ปี 2540) พบปัญหาความไม่ถูกต้องและความไม่เป็นปัจจุบันของหน่วยรับตรวจบ้างเป็นบางหน่วย แต่มีการแก้ไขให้ถูกต้องเรียบร้อยภายหลังได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติแล้ว ประกอบกับในหน่วยงานนั้นได้นำเอาปัญหาดังกล่าวไปเป็นปัญหาสำหรับการแก้ไขในกระบวนการ QCC ด้วยทำให้ผลการตรวจในปีต่อมา (ปี 2541 ในครั้งที่ 1) พบปัญหาดังกล่าวน้อยมาก

ส่วนหน่วยงานของฝ่ายการเงินและบัญชีที่ไม่ถูกตรวจสอบตามระบบตรวจสอบภายในของโรงพยาบาลหาดใหญ่นั้นเป็นเพราะผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้ลงมากำกับดูแลและตรวจสอบการปฏิบัติหน้าที่ของฝ่ายนี้เองใกล้ชิดอยู่แล้ว โดยผู้อำนวยการถือว่าหน่วยงานนี้เป็นหน่วยงานที่มี

ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับการบริหาร โรงพยาบาลซึ่งจะต้องทราบการหมุนเวียนของเงิน รายรับ-รายจ่ายประจำแต่ละวัน แต่ละเดือนและแต่ละปี รวมทั้งหนี้ผูกพันด้วย

2.2 การตรวจสอบการให้บริการทางวิชาชีพ (professional audit)

2.2.1 การตรวจสอบทางการแพทย์ (Medical audit)

2.2.1.1 จุดประสงค์ในการตรวจสอบ

เพื่อทบทวนความเหมาะสมของการให้บริการทางการแพทย์ของแพทย์ผู้ให้บริการทั้งในด้านความเหมาะสมเชิงเหตุผลในวิธีการรักษา และการปฏิบัติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น มาตรฐานทางวิชาการในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ตลอดจนคุณภาพของบริการที่ผู้รับบริการได้รับ

2.2.1.2 องค์การในการตรวจสอบ

ขณะนี้โรงพยาบาลหาดใหญ่กำลังอยู่ในระหว่างการจัดตั้งกรรมการขึ้นมารับผิดชอบการตรวจสอบคุณภาพการรักษาของแพทย์ ให้เป็นคณะกรรมการชุดหนึ่งในองค์การของแพทย์ (medical organization) เพื่อทำหน้าที่ในการตรวจสอบ (audit) หรือเป็น peer review หรือ utilization review หรือ utilization management โดยการผลักดันของคณะกรรมการ HA ของโรงพยาบาลหาดใหญ่เท่าที่มีการปรึกษาหารือเป็นการภายในมีแนวโน้มว่าฝ่ายวิชาการจะเป็นแกนหลักของคณะกรรมการซึ่งคาดว่าจะประกอบด้วยแพทย์ จำนวน ไม่เกิน 5 คน ส่วนมากจะเป็นผู้ที่มีศักยภาพการทำงานที่เก่ง คล่องตัวดี แต่จะมีแพทย์อาวุโสบ้างเพื่อให้เกิดการยอมรับ กรรมการชุดนี้จะคอยพิจารณาทบทวนปรับปรุงตัวชี้วัดที่ได้รับจากฝ่ายประสานงาน รวมทั้งมีหน้าที่ในการพิจารณานันทิกทางการแพทย์ (medical record) ของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ทราบรายละเอียดของปัญหามากขึ้น เช่นในทารกที่มีปัญหาหายใจติดขัดเมื่อแรกเกิดจะต้องเอาประวัติรายตัวของผู้ป่วยรายนั้นมาวิเคราะห์ถึงรายละเอียดด้วย

2.2.1.3 เครื่องมือหรือเกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจสอบ

การตรวจสอบทางการแพทย์ตามมาตรฐานของ HA จะต้องมีตัวชี้วัดของตนเอง ตัวชี้วัดที่ฝ่ายวิชาการมาเป็นเพียงแนวทางกว้าง ๆ ถ้าจะนำไปเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบก็จะต้องเป็นอีกระดับหนึ่ง ตัวชี้วัดที่ฝ่ายวิชาการโรงพยาบาลหาดใหญ่ทำไว้ก็มีอัตราการป่วยการตาย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การติดเชื้อในโรงพยาบาล การนอนเตียงในโรงพยาบาลในแต่ละโรค การรับกลับเข้าเป็นผู้ป่วยในซ้ำ อัตราการตายในห้องผ่าตัด การผ่าตัดซ้ำ เป็นต้น ทั้งนี้ตัวชี้วัดดังกล่าวจะมีความถูกต้องแม่นยำมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับระบบการจัดเก็บและการบันทึกข้อมูลที่ฝ่ายต่าง ๆ ดำเนินการอยู่

2.2.1.4 กระบวนการตรวจสอบ

ในความเห็นของหัวหน้าฝ่ายวิชาการซึ่งเป็นองค์กรประสานงานเห็นว่า จุดแรกที่จะต้องดูสำหรับการตรวจสอบทางการแพทย์ก็คืออัตราป่วย อัตราตาย อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งแต่ละตัวก็จะมีตัวชี้วัดอยู่ด้วย คณะกรรมการตรวจสอบทางการแพทย์ต้องมีการประชุมเป็นระยะ ๆ เพื่อรับทราบรายงานสิ่งที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลที่ฝ่ายวิชาการนำเสนอให้ทราบ เช่น รายงานการตายด้วยสาเหตุแปลก ๆ หรือไม่สมควร เมื่อคณะกรรมการตรวจสอบทางการแพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าควรแก้ไขที่ใดก็อาจส่งให้แผนกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนำไปแก้ไขปรับปรุงต่อไป

2.2.1.5 ปัญหาและอุปสรรค

เนื่องจากการตรวจสอบทางการแพทย์เพิ่งเป็นแนวคิดในการดำเนินงานในอนาคต ยังไม่มีการทดลองปฏิบัติจริงในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จึงยังไม่ทราบได้ว่าจะมีปัญหาอุปสรรคมากน้อยเพียงใด แต่ปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่คิดว่าจะเผชิญก็คือการให้ความร่วมมือของแพทย์ผู้ให้การรักษา เพราะขณะนี้ระบบยังเป็นที่เอื้อโอกาสแก่แพทย์ในการมีอิสระและอึดวีสัยในการตั้งการรักษาค่อนข้างมาก นอกจากนั้นยังเป็นปัญหาในโครงสร้างที่ต้องการให้การสนับสนุน เช่นระบบบันทึกข้อมูล การจัดหาตัวชี้วัดที่เหมาะสม ตลอดจนการกำหนดคณะกรรมการการตรวจสอบทางแพทย์ที่เป็นกลาง และมีความเชื่อถือได้ในหมู่แพทย์ เป็นต้น

2.2.2 การตรวจสอบทางพยาบาล (Nursing Audit)

2.2.2.1 องค์กรที่ตรวจสอบ

องค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการตรวจสอบมาตรฐานการพยาบาล ได้แก่ กลุ่มงานการพยาบาลของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งมีรายละเอียดขององค์กรนี้ดังต่อไปนี้

วิสัยทัศน์ของกลุ่มงานการพยาบาล

มีความเป็นเลิศในการบริการและวิชาการพยาบาล โดยการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพของการบริหาร

พันธกิจของกลุ่มงานการพยาบาล

1. ให้นุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการกำหนดโครงสร้าง และรูปแบบการบริหารงานที่ชัดเจน เพื่อพัฒนาคุณภาพทั้งด้านบริการและวิชาการ
2. ให้นุคลากรทุกระดับร่วมสร้างมาตรฐานและรักษาระดับคุณภาพการพยาบาล โดยมุ่งเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง

3. ควบคุมการพยาบาลในหน่วยงานและสนับสนุนการควบคุมคุณภาพการพยาบาลของสถานพยาบาลในเครือข่ายให้ได้มาตรฐานอย่างค้ำเนื่อง
4. ใช้หลักคุณธรรม จริยธรรม และคุณค่าทางวิชาชีพมาพัฒนาพฤติกรรมบริการให้เป็นที่ประทับใจ
5. ใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญ ความเป็นผู้นำทางการพยาบาลและผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการพยาบาลและพัฒนางาน
6. ส่งเสริม/สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวินิจฉัยแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย และปฏิบัติตนเพื่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน
7. ให้การพยาบาลโดยตระหนักถึงความเป็นบุคคลของผู้ใช้บริการซึ่งประกอบด้วย กาย จิต อารมณ์ และสังคม
8. ให้การพยาบาลโดยใช้หลักทางด้านการพยาบาลผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ
9. ให้การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความคาดหวัง ความต้องการ และปัญหาของผู้ใช้บริการ โดยใช้กระบวนการการพยาบาลเป็นกลวิธีในการปฏิบัติการพยาบาล
10. ใช้สารสนเทศทางการพยาบาลในการให้บริการและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
11. เลือกใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยอย่างเหมาะสมในการบริการพยาบาล
12. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรในด้านความรู้ ทักษะ เจตคติ ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
13. ให้การสนับสนุนและบริการทางคำวิชาการพยาบาลแก่นักศึกษา ผู้มาศึกษาสูงงาน และชุมชน
14. จัดสวัสดิการแก่บุคลากรทุกระดับอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมขวัญกำลังใจและคุณภาพชีวิตที่ดี

ปรัชญาของกลุ่มงานการพยาบาล

กลุ่มงานการพยาบาลเชื่อว่า

การบริหาร โดยยึดหลักบุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมจะทำให้เกิดความร่วมมือ

ประสานงาน มีความเข้าใจและปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน มีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการและหน่วยงาน

การบริการพยาบาล โดยเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางจะส่งเสริมให้เกิดผลดีคือการดูแลผู้ป่วยและความร่วมมือกันทั้งในทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพ การวิจัยเป็นสิ่งจำเป็นที่จะส่งเสริมให้งานบริการการพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผู้ให้บริการ มีลักษณะเป็นองค์รวม เป็นปัจเจกบุคคล ต้องการดูแลช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละราย มีสิทธิเท่าเทียมกันในการรักษาพยาบาลและได้รับการยอมรับในสิทธิมนุษยชน

ผู้ให้บริการ พยาบาลทุกคนมีศักดิ์ศรี มีคุณค่า มีความรู้ และมีความรับผิดชอบ ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพโดยใช้กระบวนการพยาบาลและความรู้ทางวิทยาศาสตร์รวมทั้งศาสตร์สาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มุ่งเน้นการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมและตระหนักถึงจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

เป้าหมาย

กลุ่มงานการพยาบาลมีเป้าหมายและศักยภาพบริการพยาบาลในระดับโรงพยาบาลศูนย์ ให้มีคุณภาพและสามารถประกันว่าอยู่ในระดับมาตรฐานที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ตามความเหมาะสม

ส่งเสริมและสนับสนุนให้สถานบริการสาธารณสุขในเครือข่ายพัฒนาบริการเท่าเทียมกัน จัดตั้งเวดล้อมที่อำนวยความสะดวกให้กับผู้ปฏิบัติงานและความปลอดภัยของผู้ให้บริการ พัฒนาศักยภาพให้สามารถปรับบริการได้ตามสภาวะการเปลี่ยนแปลงสังคมและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป

นโยบาย

กลุ่มงานการพยาบาลมีความมุ่งมั่นอย่างแท้จริงในการจัดการบริการให้มีคุณภาพสูงสุด ตลอดเวลา ให้การพยาบาลมุ่งเน้นการบริการตอบสนองความต้องการ ความคาดหวังของผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง มีการสนับสนุนให้การดูแลสุขภาพตนเองได้ และผู้ให้บริการใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมและครอบคลุม 4 มิติ โดยมีนโยบาย ดังนี้

ด้านบริการ

- มีการประกันคุณภาพการพยาบาลโดยส่งเสริมการสร้างมาตรฐานตรวจสอบและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- จัดระบบสุขศึกษา ประชาสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพ
- ส่งเสริมและพัฒนากระบวนการพยาบาลในเครือข่ายที่รับผิดชอบ ให้มีศักยภาพตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

ด้านวิชาการ

- ส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรให้พัฒนาวิชาการ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล และวิจัยทางการพยาบาล
- สนับสนุนและร่วมมือกับฝ่ายการศึกษาพยาบาล

ด้านบริหาร

- จัดองค์กรให้เป็นระบบมีประสิทธิภาพเพื่อสนับสนุนให้สามารถบริการเป็นเลิศ

วัตถุประสงค์

ด้านบริการ จัดระบบบริการเพื่อ

- ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานกำหนด
- มีสิ่งแวดล้อมที่มีความเหมาะสมและปลอดภัยในการบริการ
- เกิดความร่วมมือในการพัฒนาบริการในสถานบริการสาธารณสุขเครือข่าย
- ประชาชนมีความรู้สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพได้

ด้านวิชาการ จัดระบบพัฒนาวิชาการเพื่อให้

- บุคลากรทุกระดับมีความรู้ และศักยภาพเพียงพอในการปฏิบัติงาน
- ทำการวิจัย/นำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนางาน
- มีการรวบรวมรายงาน ใช้ข้อมูลข่าวสารและเผยแพร่อย่างทั่วถึง
- มีความร่วมมือในการจัดการศึกษาพยาบาลอย่างเหมาะสมกับสถานภาพ

ด้านบริหาร จัดระบบบริหารเพื่อให้มีประสิทธิภาพโดย

- บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการบริหารงาน
- มีวัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอ
- มีอัตราค่าจ้างบุคลากรเพียงพอและเอื้อต่อการให้บริการ
- ระบบบันทึกมีประสิทธิภาพและสามารถตรวจสอบได้
- บุคลากรได้รับสวัสดิการและค่าตอบแทนเหมาะสม ปฏิบัติงานอย่างมีความสุข

ขอบเขตและลักษณะงานของกลุ่มงานการพยาบาล

กลุ่มงานการพยาบาลได้แบ่งงานเป็นบริการพยาบาล งานธุรการ งานสนับสนุนบริการ และงานสนับสนุนเครือข่าย ดังนี้

1. งานบริการพยาบาล แบ่งงานตามลักษณะประเภทผู้ป่วยและพื้นที่ในการบริหารเป็นงานบริการภายในและภายนอกโรงพยาบาล

1.1 งานบริการภายในโรงพยาบาล ประกอบด้วย หอผู้ป่วย 17 หอ และหน่วยงานพิเศษ 7 งาน แบ่งเป็น 6 สาขา ดังนี้

- 1) งานบริการพยาบาลด้านหน้า มีงานบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหอศัลยกรรมหญิง 330
- 2) งานบริการพยาบาลสาขาศัลยกรรม ประกอบด้วย งานบริการผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 530 .540 ศัลยกรรมหญิง 520 และหอผู้ป่วยจักษุ 510
- 3) งานบริการพยาบาลสาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ประกอบด้วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์หญิง 340 ชาย 440 และหอศัลยกรรมชาย 420 .430
- 4) งานบริการพยาบาลสาขาศูติกรรม ประกอบด้วยงานห้องคลอด ผ่าครรภ์ วางแผนครอบครัว หอผู้ป่วยสูติกรรม 310 .320 และ หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม 210
- 5) งานบริการพยาบาลสาขาอายุรกรรม ประกอบด้วย งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรม หญิง 220 อายุรกรรมชาย 230 และ 240
- 6) งานบริการพยาบาลสาขากุมารเวชกรรม ประกอบด้วย งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 110 . 120 และ 130

งานบริการพยาบาลทั้ง 6 สาขา มีผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล หัวหน้างาน/หัวหน้าหอแต่ละสาขารับผิดชอบทั้งด้านบริการและวิชาการ

1.2 งานบริการภายนอกโรงพยาบาล เป็นการให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป ตามนโยบายหรือเมื่อได้รับการร้องขอ ได้แก่ .

- 1) หน่วยช่วยชีวิตฉุกเฉิน
- 2) การปฐมพยาบาลนอกสถานที่
- 3) หน่วยแพทย์ พอ.สว.
- 4) หน่วยอาสาสมัครรับบริจาคโลหิต
- 5) งานดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้าน
- 6) งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

การจัดองค์กรทางการบริหารของกลุ่มงานการพยาบาล

กลุ่มงานการพยาบาลมีการจัดองค์กรทางการบริหารเพื่อการบริหารกิจการพยาบาลของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในลักษณะของคณะกรรมการ เรียกว่า คณะกรรมการบริหารการพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

วัตถุประสงค์

กลุ่มงานการพยาบาลมีความมุ่งมั่นที่จะให้ระบบบริหารมีประสิทธิภาพสูงสุดและให้เป็นศูนย์รวมของผู้แทนบุคลากรทางการแพทย์ ครอบคลุมทุกสาขาให้มีส่วนร่วมในการคิดการตัดสินใจร่วมกัน ในการพัฒนาวิชาการพยาบาลเป็นเลิศ ตลอดจนกำหนดความต้องการในการสร้างเสริมขวัญและกำลังใจ ในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล

หน้าที่ของคณะกรรมการบริหาร

1. กำหนดทิศทางการให้บริการ
2. กำหนดระเบียบข้อบังคับด้านบริหารทางการพยาบาล
3. วิเคราะห์และจัดทำแผนอัตรากำลัง
4. ประสานและพิจารณาแผนงบประมาณ
5. จัดทำแผนงานทางการพยาบาล
6. ติดตาม กำกับ ควบคุม นิเทศ และประเมินผลงาน
7. พิจารณาความดี ความชอบ และคัดเลือกบุคคลขึ้นสู่ตำแหน่ง
8. สรุปผลการดำเนินงาน และเสนอผู้บริหาร

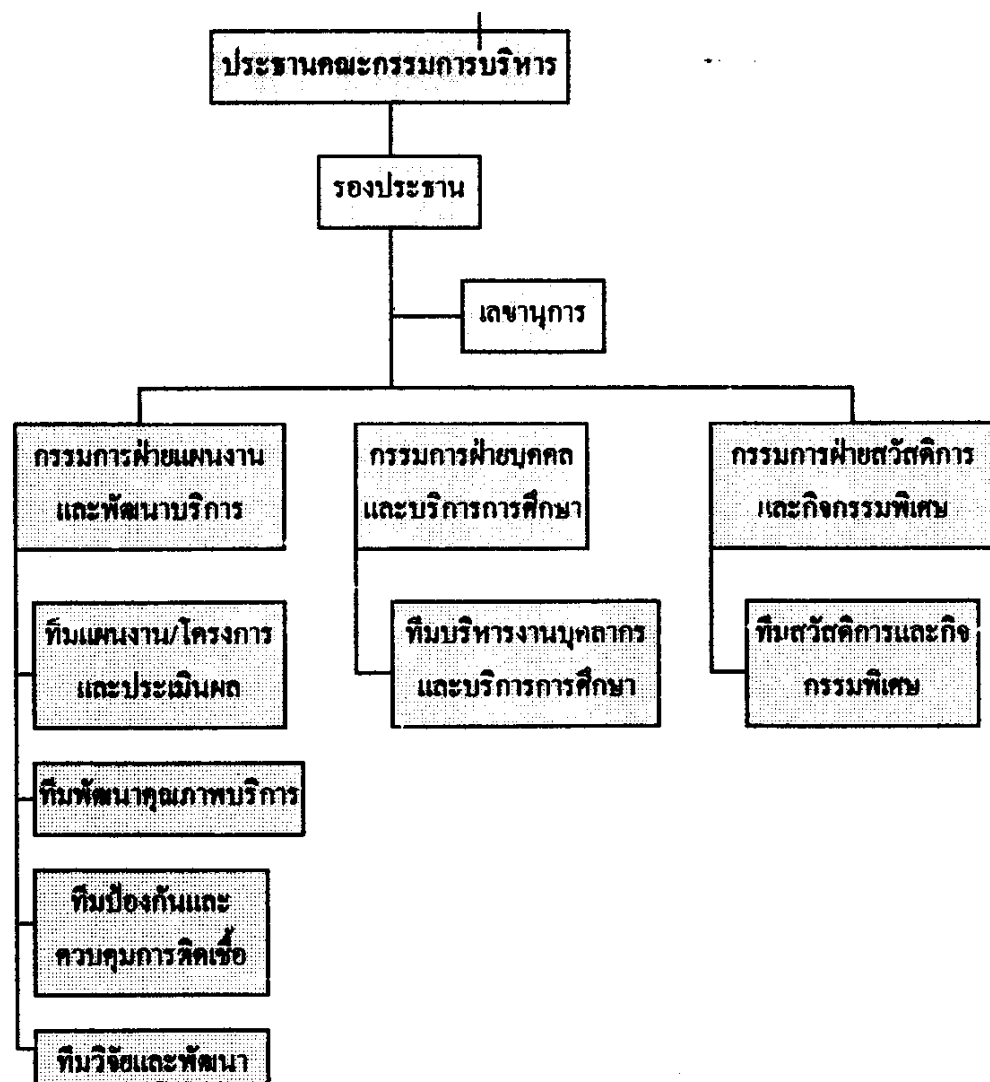
องค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารการพยาบาล

คณะกรรมการบริหารการพยาบาลของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ประกอบด้วยกรรมการจำนวน 13 คน มีหัวหน้าพยาบาลเป็นประธานกรรมการ รองประธานกรรมการ 1 คน คัดเลือกจากคณะกรรมการบริหารการพยาบาล เลขานุการ 1 คน และผู้ช่วยเลขานุการ 1 คน คัดเลือกจากคณะกรรมการบริการ และคณะกรรมการบริหารการพยาบาล จำนวน 12 คน (6 คนมาจากการเลือกของหัวหน้าพยาบาล อีก 6 คนที่เลือกมาจากการให้พยาบาลเลือกตั้งจากพยาบาลที่ดำรงตำแหน่งระดับ 7 ขึ้นไป) การทำงานของคณะกรรมการฯ มี 3 ฝ่าย คือ

1. ฝ่ายแผนงานและพัฒนาบริการพยาบาล
2. ฝ่ายบุคคลและบริการการศึกษาพยาบาล
3. ฝ่ายสวัสดิการและกิจกรรมพิเศษ

ฝ่ายที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับมาตรฐานการพยาบาล ได้แก่ฝ่ายแผนงานและพัฒนาบริการ ซึ่งแบ่งงานย่อยออกไปอีกเป็น ทีม มีทั้งหมด 4 ทีม ได้แก่

1. ทีมแผนงาน/โครงการ และประเมินผล
2. ทีมพัฒนาคุณภาพบริการ
3. ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ทีม IC)
4. ทีมวิจัยและพัฒนา



แบบภูมิที่ 4 โครงสร้างการบริหารของคณะกรรมการบริหารการพยาบาล

2.2.2.2 กระบวนการตรวจสอบ

จากการสัมภาษณ์หัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ทราบว่า การตรวจสอบทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของระบบการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล (Quality audit)

ในโรงพยาบาลหาดใหญ่มีระบบการตรวจสอบทางการพยาบาล 2 ประเภท ได้แก่

ก. การตรวจสอบทางการพยาบาลแบ่งตามเวลาที่ตรวจ มี 2 แบบ คือ

1) **Concurrent Audit** มีลักษณะของการเดินไปตรวจการณหรือไปนิเทศตามหอผู้ป่วย หรือหน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยของหัวหน้าพยาบาล หรือผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล เรียกว่า การ Round ward หรือแผนการตรวจนิเทศ ซึ่งมี 2 ชนิด คือ

1.1 **การตรวจนิเทศตามปกติ (Regular round)** เป็นการตรวจนิเทศในหน่วยงานพยาบาลที่ค่อนข้างวิกฤติ หรือมีปัญหาเฉพาะหน้ามาก เช่น ที่แผนกผู้ป่วยนอก และฉุกเฉินที่มีผู้ป่วยคับคั่งมากก็จะไปตรวจดูทุกเช้า ค่อนข้างก็อาจลงไปตรวจดูอีก ส่วนในหอผู้ป่วยก็มีการไปตรวจการณหมุนเวียนกันไปตามแต่ความวิกฤติของแต่ละหอ ในตอนเช้าผู้จัดการทีมงานพยาบาล (nurse manager) ของเวรตึกจะส่งมอบเวรให้ทีมงานเวรเช้า (ซึ่ง nurse manager ของเวรเช้าได้แก่หัวหน้าหอผู้ป่วยนั้น) โดยจะสรุปสถานการณ์ตลอด 24 ชั่วโมงที่ผ่านให้หัวหน้าพยาบาลและทีมผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลที่ไปตรวจการณในเช้าวันนั้นให้ทราบ และช่วยหาทางแก้ไขปัญหาให้ หากที่ใดมีปัญหารีบด่วนถ้าหัวหน้าไปไม่ได้ก็จะให้ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลในสาขานั้นลงไปดูและแก้ไขปัญหาให้ เช่นเมื่อมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกในเด็ก มีผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเด็กจำนวนมาก หัวหน้าพยาบาลก็จะไปตรวจทุกเช้าว่าผู้ป่วยอยู่ในระดับไหน มีพยาบาลกี่คน ซึ่งถ้าหัวหน้าพยาบาลไม่ลงไปดู ตามปกติก็มีผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยแต่ละหอคอยทำหน้าที่แทนหัวหน้าพยาบาลได้อยู่แล้ว แต่การไปตรวจเช่นนั้น เชื่อว่าทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีกำลังใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น

1.2 **การตรวจนิเทศพิเศษ (Grand round)** เป็นการตรวจนิเทศพิเศษซึ่งจะดำเนินการไปพร้อมกับผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลในสาขาต่าง ๆ ร่วมกับทีมควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ทีม IC) ทีมพัฒนาบริการ ซึ่งจะมีแผนการตรวจพิเศษนี้สัปดาห์ละครั้งในวันพฤหัสบดี ตามปกติจะใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมงในแต่ละหอผู้ป่วยที่ไปตรวจนิเทศแบบนี้ เพื่อไม่ให้ไปรบกวนการทำงานของพยาบาลบนหอผู้ป่วย การ round ถือว่าเป็นการ monitor ได้ด้วยอย่างหนึ่งและเป็นการ audit ด้วยเช่นกัน การไป round หัวหน้าพยาบาลจะอ้ากับพยาบาลอยู่เสมอว่าไม่ใช่เป็นการมาจับผิด แต่อยากให้ผู้ปฏิบัติรู้ถึงว่าขณะที่ตนเองทำงานเหนื่อย ๆ ยังมีผู้หลักผู้ใหญ่มาให้กำลังใจในการทำงาน และช่วยเหลือพวกเขาแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่แก้ไม่ได้ และอยากมาเห็นการทำงานที่มีคุณภาพของพยาบาลบนหอด้วย

2) **Retrospective audit** หรือการตรวจสอบย้อนหลัง หมายถึง การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลนั่นเอง โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อการตรวจสอบคุณภาพการปฏิบัติหรือการบริการพยาบาลจากการบันทึกว่าตรงกับสภาพที่ควรจะเป็นมากน้อยเพียงใด การตรวจสอบทางการแพทย์พยาบาลจะดำเนินการโดยคณะกรรมการบริหารการพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย (คือทีม พัฒนาคุณภาพบริการ หรือทีม QA) ตามปกติจะดำเนินการปีละครั้ง ถ้าผู้ป่วยมากก็จะสุ่มหรือสุ่มผู้ป่วยจากแต่ละสาขามา เช่น สาขาหนึ่งมี 6 หอ ก็จะสุ่มมา 2 หอ ถ้ามี 3 หอ ก็จะสุ่มมา 1 หอ เป็นต้น โดยจะตรวจสอบเวชระเบียนซึ่งพยาบาลได้บันทึกไว้ ตั้งแต่หน้าแรกจนถึงหน้าสุดท้ายที่บันทึก คือเริ่มตั้งแต่การบันทึกชื่อผู้ป่วย สถานภาพสมรส อายุ อาการแรกพบ การเปลี่ยนแปลงอาหารของผู้ป่วย การให้การรักษา โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการบันทึกการปฏิบัติต่าง ๆ เป็นต้น ปีก่อน ๆ มีการตรวจทุกหอ เพื่อตรวจสอบว่าคุณภาพการบันทึกกับคุณภาพการปฏิบัติเป็นอย่างไร โดยจะมีเกณฑ์ในการบันทึกให้พิจารณา เช่น พยาบาลบันทึกว่า ผู้ป่วยมีไข้ ผู้ตรวจสอบก็จะดูว่าพยาบาลบันทึกอย่างไรในเชิงคุณภาพ เช่น ในเชิงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่มีไข้ ก็คือการเช็ดตัว แล้วประเมินดูว่าไข้ลดลงหรือไม่ ได้บันทึกต่อหรือเปล่า หากไม่ลด พยาบาลได้ดำเนินการประการใดต่อไป เช่น การรายงานแพทย์หรือการให้ยา เป็นต้น ซึ่งการบันทึกนั้นให้หลักการของกระบวนการพยาบาลเป็นมาตรฐาน ในการบันทึกและปฏิบัติโดยในชั้นแรกพยาบาลจะต้องรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยก่อน ต่อไปก็ต้องกำหนดปัญหาคนไข้ให้ได้ แล้วจึงมากำหนดว่าจะทำกิจกรรมอะไรบ้าง ต้องบันทึกไว้หมด สุดท้ายก็เป็นการบันทึกผลการปฏิบัติเป็นอย่างไร การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกของพยาบาลมีสมมติฐานว่าสิ่งที่เขาบันทึกคือสิ่งที่เขาได้ทำ

ข. การแบ่งการตรวจทางการแพทย์พยาบาลออกตามมาตรฐานและลักษณะงาน แบ่งเป็น

1) การตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลการบันทึก ดังได้กล่าวแล้ว

2) การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยใช้แบบสำรวจที่กองการพยาบาลกำหนด ซึ่งจะครอบคลุมความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ในโรงพยาบาลหากใหญ่มีการสำรวจทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกทุกปี ผลการสำรวจจะนำมาประมวลหาจุดบกพร่องที่คนไข้ไม่พอใจ แล้วหาทางแก้ไขปรับปรุงต่อไป

3) การประเมินผลการวิเคราะห์งานของแต่ละแผนก โดยใช้แบบวิเคราะห์งานสำหรับวิเคราะห์งานแผนกต่าง ๆ ที่กองการพยาบาลสร้างขึ้นประกอบด้วย แบบวิเคราะห์งานกลุ่มงานพยาบาล แบบวิเคราะห์งานป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน งานจ่ายกลาง งานห้องผ่าตัด งานวิสัญญี งานห้องคลอด งานปรึกษาสุขภาพอนามัย งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก และการบริหารการพยาบาล เนื่องจากวิธีปฏิบัติ (procedure) ในแต่ละงานไม่เหมือนกัน แต่การก็ใช้แนวคิดในการวิเคราะห์ที่ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือมีการวิเคราะห์โครงสร้าง วิเคราะห์

กระบวนการ วิเคราะห์พฤติกรรม และผลลัพธ์ (outcome) แล้วแปลผลออกมาเป็นคุณภาพว่าแต่ละงานมีระดับคุณภาพเป็นอย่างไร ถ้าหากเข้าเกณฑ์ขั้นต่ำก็ถือว่าพอใจ แต่หากหลุดเกณฑ์ขั้นต่ำก็ต้องให้งานนั้น ๆ วางแผนแก้ไข ฝ่ายการพยาบาลก็จะช่วยให้เขาจัดทำแผนให้ทำได้ การวิเคราะห์งานดังกล่าวปกติจะกระทำโดยหน่วยงานนั้น ปีละครั้ง

วิธีการในการควบคุมคุณภาพ ก็โดยการใช้มาตรฐานในการวัด ข้อไหนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดขั้นต่ำก็ต้องมาวิเคราะห์ดูว่าเพราะอะไร แล้วก็พัฒนา ณ จุดนั้นให้แก้ไขดีขึ้น วิธีการวัดก็จะใช้การสอบถาม การสัมภาษณ์ ดูจากอัตราต่าง ๆ เช่น อัตราการติดเชื้อ อัตราการตกเตียง จากการรายงานอุบัติการณ์ (Incidence report) ของการจัดการความเสี่ยง (Risk management) ในโรงพยาบาล เป็นต้น

2.2.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบประกอบด้วย แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยแต่ละโรค ซึ่งกำหนดขึ้นโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล (nursing process) ในการปฏิบัติและบันทึกการปฏิบัติ ในแบบบันทึกนี้จะกำหนดกิจกรรมการดูแล ผลการดูแลที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันแรกจนถึงวันสุดท้ายที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และกำหนดให้พยาบาลในแต่ละเวรบันทึกกิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วย เช่น แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย OCPD : ไม่มีภาวะการหายใจล้มเหลว แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย Acute Myocardial Infarction: ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น ในแต่ละเวร กรรมการบริหารการพยาบาลมีข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการปฏิบัติไว้ เช่น สมมติว่าทำจริง 10 กิจกรรม แต่บันทึกไว้ 2 กิจกรรม ก็แสดงว่าได้ทำเพียง 2 กิจกรรม แต่ถ้ากำหนดให้ทำกิจกรรมให้ผู้ป่วย 5 กิจกรรม แต่เป็นกิจกรรมที่ไม่ความเสี่ยงสูงก็อาจบันทึกเพียง 2 กิจกรรมก็ได้ แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวได้จัดทำขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยโรคนั้น ๆ ที่กลุ่มงานการพยาบาลได้ร่วมกับกลุ่มเทคนิคบริการทางการแพทย์ต่าง ๆ และฝ่ายวิชาการในการสร้างแผนการดูแลผู้ป่วยแบบรวมหรือแบบเป็นทีม เรียกว่า CAREMAP สำหรับผู้ป่วยเฉพาะ โรคขึ้นมา ขณะนี้สามารถสร้าง CAREMAP ไว้ได้หลายโรคแล้ว แต่ยังได้ไม่หมด เช่น แผนการดูแลผู้ป่วย COPD : ไม่มีภาวะการหายใจล้มเหลว แผนการดูแลผู้ป่วย Acute Myocardial Infarction : Uncomplicated เป็นต้น แผนการดูแลผู้ป่วยนี้เป็นแผนการดูแลที่วิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล นักสุขภาพ นักกายภาพบำบัด เกษตรกร ว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรบ้าง ในแต่ละวัน เป็นต้น เช่นวันที่ 1 ที่ผู้ป่วยเข้ามาอยู่ใน ร.พ. จะได้รับบริการและการดูแลเรื่องใดบ้างจากวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การบันทึกก็โดยใช้วิธีการกาหรือใช้ลูกศรโยงก็ได้ CAREMAP เป็นมาตรฐานการปฏิบัติสำหรับวิชาชีพต่าง ๆ (guideline management) ที่พัฒนาขึ้นมาจากมาตรฐานการพยาบาลร่วมกับแพทย์ เช่นวันที่ 1 วันที่ 2 ถ้าผู้ป่วยมีไข้ใน CAREMAP อาจกำหนดไว้ว่าจะให้ยาตัวใดได้บ้าง พยาบาลก็จะบันทึกว่าได้ให้ยานั้นในชั่วโมงที่เท่าไร โดยไม่ต้องไปเขียน card ยา

2.2.2.5 ปัญหาและอุปสรรค

แม้ว่าระยะนี้ยังอยู่ในช่วงแรกของการนำระบบการบันทึกแบบใหม่มาใช้ แต่จากความเห็นของผู้ปฏิบัติไม่พบปัญหาในการปฏิบัติ ฝ่ายบริหารเห็นว่าเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาการให้การดูแลรักษาพยาบาลดีขึ้น เพราะระบบบันทึกนี้สามารถทราบความก้าวหน้า (progress) ของผู้ป่วย และลดปัญหาการฟ้องร้องหรือการร้องเรียนจากญาติลงได้มาก อย่างไรก็ตาม ปัญหาการประสานงานกันกับวิชาชีพอื่นในการปฏิบัติก็มีอยู่เช่นกัน

2.3 การตรวจสอบคุณภาพบริการ

2.3.1 การตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล (Nursing Quality audit)

2.3.1.1 จุดมุ่งหมายของการตรวจสอบ

การตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการสร้างหลักประกันให้ผู้ป่วยว่าจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพได้มาตรฐานจากพยาบาล และเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

2.3.1.2 องค์กรที่ตรวจสอบ

องค์กรที่ตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลได้แก่ ทีมพัฒนาคุณภาพบริการของคณะกรรมการบริหารการพยาบาล โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ดังที่ได้กล่าวมาก่อนหน้านี้แล้ว

2.3.1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบ ประกอบด้วย

1. แนวทางการสัมภาษณ์ผู้บริหารเกี่ยวกับการพัฒนาระบบงาน
2. แบบสำรวจความจำเป็นในการฝึกอบรม
3. แบบสอบถามความเห็นของเจ้าหน้าที่พยาบาล
4. แบบบันทึกทางการพยาบาล และแผนการดูแลผู้ป่วย
5. เกณฑ์มาตรฐานงานของกองการพยาบาล
6. แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

2.3.1.4 กระบวนการตรวจสอบ

ระบบการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ดำเนินการประกอบด้วย การดำเนินการดังต่อไปนี้

1. การสัมภาษณ์ผู้บริหาร ถึงระบบงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ว่าต้องการเห็นการพัฒนาไปในทางใดบ้าง ระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีประสิทธิภาพมากน้อยแค่ไหน

2. การสำรวจความจำเป็นในการฝึกอบรม (training need) ของพยาบาลว่าต้องการพัฒนาในเรื่องใด มีความพึงพอใจในงานของคนอะไรบ้าง

3. การสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของงานที่ปฏิบัติ ความพึงพอใจ/ภาคภูมิใจในงานเป็นต้น

4. การทำ nursing audit (หรือการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล)

5. การสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

สำหรับการประเมินคุณภาพการพยาบาลนั้น ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลหาดใหญ่มีการกำหนดมาตรฐานคุณภาพของงาน โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานงานของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะมีเกณฑ์กำหนดคุณภาพงานครอบคลุมทุก เเนในฝ่ายการพยาบาลและยังมีเครื่องมือในการวัด แสดงผลออกมาเป็นคะแนนที่ได้สำหรับเปรียบเทียบกับการประเมินครั้งก่อนหรือการเปรียบเทียบกับอื่น ๆ ได้

วิธีการประเมินคุณภาพการพยาบาลมี 2 แบบ คือ

1. การประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากร เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานการพยาบาลทุกคนจะเลือกคนที่จะมาประเมินตนเอง 3 คน แต่ตัวเองต้องมีการประเมินตนเองก่อน แล้วจึงให้ผู้ที่คนเลือกมาประเมิน ในฐานะเป็นกรรมการชุดที่ 1 และมีกรรมการประเมินอีก ชุดที่ 2 ด้วยแล้วจึงเสนอผลการประเมินไปยังคณะกรรมการบริหารพยาบาล แบบที่ใช้ในการประเมินก็มีรายการประเมินครอบคลุมทุกด้าน แยกตามระดับวิชาชีพ เช่นมีแบบประเมินสำหรับพยาบาลวิชาชีพ แยกต่างหากหากแบบประเมินสำหรับพยาบาลเทคนิคและเจ้าหน้าที่การพยาบาล

2. การประเมินคุณภาพการพยาบาล จากวิธีการต่อไปนี้

1) การตรวจสอบคุณภาพการบันทึก

2) การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

3) การประเมินผลการวิเคราะห์งานของแต่ละแผนก โดยใช้แบบวิเคราะห์งานสำหรับวิเคราะห์งานแผนกต่าง ๆ ที่กองการพยาบาลสร้างขึ้น

2.3.2 การตรวจสอบคุณภาพของกลุ่มงานเภสัชกรรม

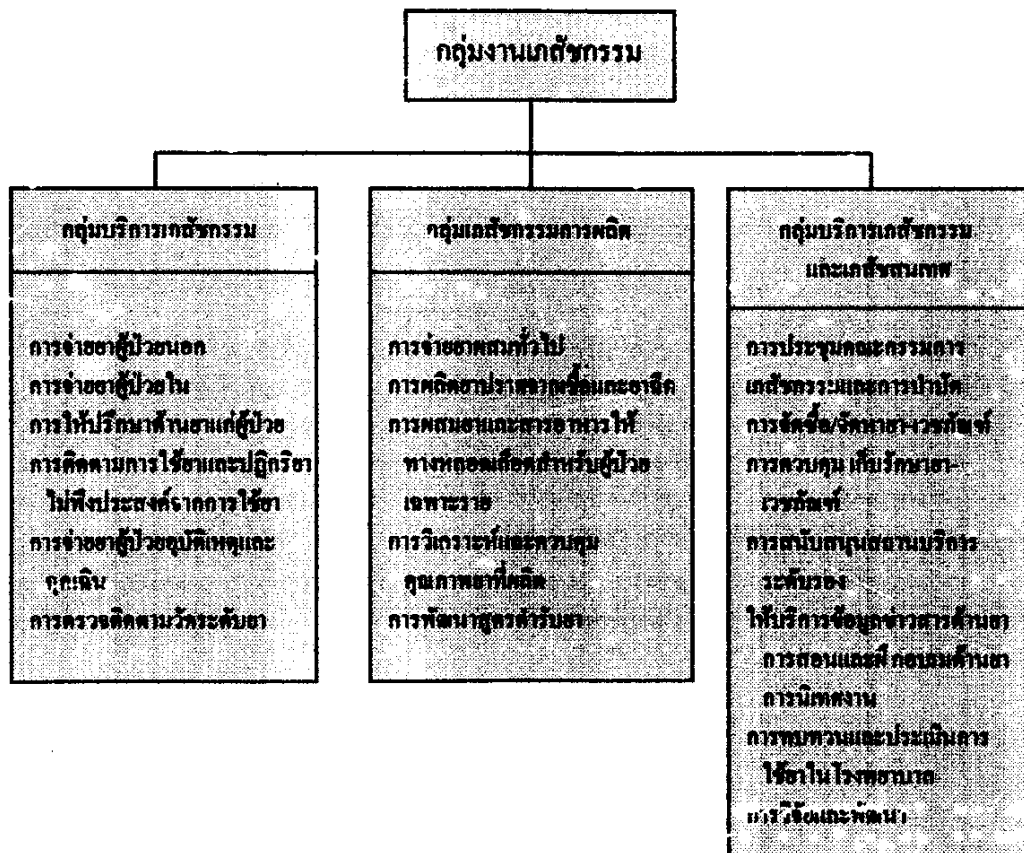
2.3.2.1 จุดประสงค์ของการตรวจสอบ

โรงพยาบาลหาดใหญ่ให้ความสำคัญกับการบริหารคลังยาของโรงพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากรายจ่ายของโรงพยาบาลหาดใหญ่ประมาณร้อยละ 40 เป็นรายจ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์ ซึ่งเป็นสัดส่วนรายจ่ายที่มากที่สุดของโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีการกำกับตรวจสอบในขั้นตอนต่าง ๆ ตั้งแต่การจัดหา การจัดสรร การใช้ยา และการติดตามผลการใช้ โดยเฉพาะการจัดซื้อจัดหา และควบคุม กำกับกับการเบิกจ่ายยา

2.3.2.2 องค์การที่ตรวจสอบ

1) โครงสร้างองค์กร

กลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นหนึ่งในกลุ่มเทคนิคการบริการ สายงานบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล แบ่งความรับผิดชอบภายในกลุ่มงานออกเป็น 3 กลุ่มบริการ ได้แก่ กลุ่มบริการเภสัชกรรม กลุ่มเภสัชกรรมการผลิต และกลุ่มเภสัชภัณฑ์และเภสัชสนเทศ โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละกลุ่ม ตามแผนภูมิที่ 4



แผนภูมิที่ 4 โครงสร้างองค์กรของกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่

โรงพยาบาลหาดใหญ่มียาที่ใช้ในปัจจุบันที่จะต้องจัดซื้อจัดหาประมาณ 600 รายการ และเพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการ จึงได้จัดกลุ่มยาออกเป็นหมวดหมู่ได้ 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมียาประมาณ 200 ตัว โรงพยาบาลมีระบบการจัดซื้อจัดหาในรูปแบบของคณะกรรมการ เรียกว่า คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (The Pharmacy and Therapeutic Committee : PTC) ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่งตั้งขึ้น ซึ่งชุดปัจจุบันแต่งตั้งขึ้นตามคำสั่งโรงพยาบาลหาดใหญ่ที่ 32/2538 ลงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2538 ให้เป็นคณะกรรมการอำนาจการ มีหน้าที่สำคัญในการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด คณะกรรมการประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นประธาน และกรรมการอื่น ๆ อีก 21 คน รวมเป็น 22 คน โดยมีหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นกรรมการและเลขานุการ ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่	ประธานกรรมการ
2. นายแพทย์ปราโมทย์ โรหิตไพบการ (นายแพทย์ 9)	รองประธานกรรมการ
3. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฝ่ายการแพทย์	กรรมการ
4. หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์	กรรมการ
5. หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม	กรรมการ
6. หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม	กรรมการ
7. หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม	กรรมการ
8. หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมประสาท	กรรมการ
9. หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมทั่วไป	กรรมการ
10. หัวหน้ากลุ่มงานโสต ศอ นาสิก การรังสีวิทยา	กรรมการ
11. หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีวิทยา	กรรมการ
12. หัวหน้าฝ่ายวิชาการ	กรรมการ
13. นายแพทย์ชัยพร วีระเกียรติกิจาร (นายแพทย์ 8) กรรมการ	
14. แพทย์หญิงบุญรัตน์ วราจิต (นายแพทย์ 8)	กรรมการ
15. นายแพทย์ไพบุณย์ จิรธรรมโอภาส (นายแพทย์ 8)	กรรมการ
16. นายแพทย์อมร รอดคล้าย (นายแพทย์ 7)	กรรมการ
17. นายแพทย์สมศักดิ์ เสริภินันท์ (นายแพทย์ 8)	กรรมการ
18. เกษตรหญิงสุวรรณ์ ตั้งสง่าศักดิ์ศรี (เภสัชกร 5)	กรรมการ
19. เกษตรหญิงสุวนีย์ ไตรสินวัฒนกุล (เภสัชกร 4)	กรรมการ
20. เกษตรหญิงวิมล ดันตกุล (เภสัชกร 5)	กรรมการ

21. หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม	กรรมการและเลขานุการ
22. เภสัชกรหญิงรติพร ตรงกมลชัย (เภสัชกร 6)	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยในคำสั่งแต่งตั้งได้กำหนดวัตถุประสงค์ บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบไว้ดังนี้

2) วัตถุประสงค์

1. กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด
2. ควบคุม กำกับการบริหารเวชภัณฑ์ทั้งระบบให้เกิดประโยชน์สูงสุด
3. ประสานงานให้ความร่วมมือระหว่างผู้ใช้จ่าย (ฝ่ายบำบัด) และผู้ดำเนินการในการจัดซื้อจัดหาและเวชภัณฑ์ (กลุ่มงานเภสัชกรรม) เพื่อนำมาใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาล
4. ประเมินผล เสนอแนะ หาแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการบริหารเวชภัณฑ์

3) บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

1. กำหนดมาตรการ แนวทางปฏิบัติ และแผนงานเกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์
2. พิจารณาจัดทำ/ปรับปรุง Hospital drug list หรือ Hospital Drug Formulary ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ
3. พิจารณาคัดเลือกยาใหม่ (new drug) และคัดยออออกจากบัญชีรายการยา ตามข้อ 2 รวมทั้งจัดสรรยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ราคาเหมาะสมมาใช้ในการบริการการรักษาพยาบาลผู้ป่วย
4. จัดแบ่งยา/เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาออกเป็นกลุ่ม มอบหมายพร้อมกำหนดแนวทางปฏิบัติ ให้คณะอนุกรรมการฯ ซึ่งคัดเลือกมาจากกลุ่มงาน/ฝ่ายต่าง ๆ ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่พัสดุ เป็นผู้ดูแล ปรับปรุง เสนอแนะโดยให้สอดคล้องกับหลักวิชาการ กฎ ระเบียบต่าง ๆ รวมไปถึงงบประมาณทุกหมวดที่เกี่ยวข้อง
5. ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนกลุ่มงานเภสัชกรรม งานพัสดุ ในการพัฒนา ทบทวน นโยบาย กฎ ระเบียบในด้านเวชภัณฑ์ และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา
6. ควบคุม กำกับการบริหารเวชภัณฑ์ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด เช่น การวางแผนการจัดซื้อ การปรับแผนในกรณีไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผน
7. กำหนดแนวทางปฏิบัติ และให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์แก่บุคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกระดับที่เกี่ยวข้อง

8. ให้การสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์แก่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับแนวทางของคณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์ระดับจังหวัด กลุ่มเครือข่าย 12/1 ตามโครงการ พบส.

9. ติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction)

10. ติดตามประเมินผล การบริหารเวชภัณฑ์ทั้งระบบ เพื่อนำไปแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

ทั้งนี้ในคำสั่งยังได้กำหนดให้มีการประชุม 2 เดือนต่อครั้งในวันพฤหัสบดีที่ 3 ของเดือนที่ประชุม แต่ในกรณีเร่งด่วนอาจเชิญประชุมเป็นกรณีพิเศษได้ รายงานการประชุมที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการฯ แล้ว ให้ดำเนินการส่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

ดังที่กล่าวแล้ว คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดนี้เป็นเสมือนคณะกรรมการอำนวยการ ในทางปฏิบัติคณะกรรมการฯ ได้ดำเนินการในรูปของคณะอนุกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (The Pharmacy and Therapeutic Subcommittee) จำนวน 4 คณะอนุกรรมการ โดยมีการแต่งตั้งแพทย์และเภสัชกรอื่น ๆ นอกเหนือจากคณะกรรมการมาร่วมด้วย ตามการจัดแบ่งกลุ่มยา ดังนี้

คณะอนุกรรมการชุดที่ 1 (PT. Subcommittee 1) รับผิดชอบการบริหารยา 4 ประเภท ได้แก่ ยาด้านจุลชีพ (antimicrobial) เซรุ่มและวัคซีน ยาที่ใช้กับตาและหู (Eye Ear Preparation) และยาที่ใช้ในทางเดินอาหาร (Gastro-intestinal tract) คณะอนุกรรมการชุดนี้ประกอบด้วยอนุกรรมการจำนวน 11 คน

คณะอนุกรรมการชุดที่ 2 (PT. Subcommittee 2) รับผิดชอบการบริหารยา ในกลุ่มยาด้านมะเร็ง (Antineoplastic) Blood agent, Blood product, Hormone, Solution, Electrolyte และวิตามินและเกลือแร่ ประกอบด้วยอนุกรรมการจำนวน 9 คน

คณะอนุกรรมการชุดที่ 3 (PT. Subcommittee 3) รับผิดชอบยาในกลุ่มที่ 3 ซึ่งเป็นยาที่มีอัตราการใช้สูง ได้แก่ Anaesthetic, NSAID & Antipyretic, Antileptic, Atihistamine, Cardiovascular, Dermatological, Diuretic, Muscle relaxant, Psychotherapeutic, Respiratory และ Vasodilator ประกอบด้วยอนุกรรมการ 16 คน

คณะอนุกรรมการชุดที่ 4 (PT. Subcommittee 4) รับผิดชอบการบริหารเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และเวชภัณฑ์อื่น ๆ นอกเหนือจากยาในกลุ่มที่ 1-3 ประกอบด้วยอนุกรรมการจำนวน 11 คน

ในแต่ละกลุ่มอนุกรรมการนี้จะประกอบด้วยแพทย์ที่เชี่ยวชาญหรือเวชภัณฑ์เหล่านั้นเป็นกรรมการ มีแพทย์อาวุโสเป็นประธานอนุกรรมการ และเภสัชกรอาวุโสเป็นอนุกรรมการและเลขานุการ โดยมีการกำหนดบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบดังนี้

1. ดำเนินการให้เป็นไปตามแนวทางที่คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลหาดใหญ่ กำหนดในทุกกรณีที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา/เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของกลุ่มยาที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งยาที่อยู่ในชั้นทดลองและ new drug
2. พิจารณา ทบทวน ปรับปรุง และคัดเลือกยาในบัญชียาของโรงพยาบาลหาดใหญ่ให้เหลือ 700 items โดย ED:NED = 50 : 50 ยาทุก items ต้องผลิตโดยบริษัทที่ได้เครื่องหมายรับรอง GMP จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
3. สนับสนุนให้มีการใช้ยา ED, NED อย่างสมเหตุสมผล (rational prescription)
4. ให้ข้อมูลข่าวสาร ข้อเสนอแนะทางด้านการพิจารณาประกอบการตัดสินใจในการดำเนินการพิจารณาใหม่ หรือนำเสนอตัดยาออกจากบัญชียาของโรงพยาบาล
5. รวบรวมและวิเคราะห์รายงานการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
6. รายงานผลการดำเนินการส่งเลขานุการคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อพิจารณาและดำเนินการต่อไป

2.3.2.3 ระบบการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์

จะเห็นได้ว่าคณะอนุกรรมการของแต่ละกลุ่มจะเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจว่า กลุ่มของคนควรจะมียาหรือเวชภัณฑ์อะไรบ้าง จำนวนเท่าไร และรับผิดชอบในการส่งยาไปตรวจสอบหรือจะซื้อยาจากบริษัทผู้ผลิตหรือจำหน่ายใด ราคาเท่าไร เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการเภสัชกรรม และการบำบัดของโรงพยาบาลให้ความเห็นชอบ ซึ่งส่วนใหญ่คณะกรรมการฯ ก็จะเห็นชอบตามที่คณะอนุกรรมการฯ เสนอ หน้าที่ความรับผิดชอบเกือบทั้งหมดสามารถหาข้อยุติได้ในระดับคณะอนุกรรมการ มีน้อยมากที่ต้องนำเสนอให้คณะกรรมการฯ ตัดสินวินิจฉัยให้ จากการได้ปฏิบัติในรูปแบบนี้มา 4-5 ปี พบว่าประสบผลสำเร็จดีมาก อนุกรรมการสามารถบริหารยาในกลุ่มได้เป็นอย่างดี สามารถจัดหาได้ในราคาถูก อย่างไรก็ตามการกำหนด items ของยาที่ยังคงต้องปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยยา ขณะเดียวกันคณะอนุกรรมการแต่ละกลุ่มก็จะได้รับการจัดสรรงบประมาณในการจัดซื้อจัดหาลงไปเลย คล้าย ๆ กับระบบการจัดซื้อพัสดุอื่น ๆ ในโรงพยาบาล ในการพิจารณาจัดสรรเงินเพื่อจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ จะพิจารณาจากยอดเงินที่ใช้ในปีปัจจุบัน แล้วเพิ่มให้อีกประมาณร้อยละ 5 สำหรับการจัดซื้อในปีต่อไป แต่ละกลุ่มก็จะต้องจัดทำแผนการจัดซื้อจัดหา (Purchasing Plan) ซึ่งเมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการฯ แล้วก็ดำเนินการจัดหาได้เลย ผู้อำนวยการก็มีหน้าที่คอย monitor ทุก 3 เดือน ในฐานะ

เป็นประธานกรรมการเภสัชกรรมและการนำบัตรของโรงพยาบาล โดยทุกครั้งที่มีการประชุมของ คณะกรรมการฯ จะมีการรายงาน ว่า ณ ปัจจุบันมียาต่าง ๆ ในแต่ละกลุ่มเหลืออยู่ในสต็อกยาเท่าใด จะจัดซื้ออีกเท่าไร แต่การดำเนินการในปีงบประมาณ 2541 ก่อนข้างมีปัญหามากเนื่องจากไม่เป็นไปตามแผนอันเนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจของประเทศทำให้การเบิกจ่ายเงินงบประมาณประจำงวดไม่เป็นไปตามที่เคยเบิกจ่าย แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากยังมีแหล่งเงินแหล่งอื่นนอกเหนือจากเงินงบประมาณที่จะนำมาใช้ในการจัดซื้อจัดหาโดยเฉพาะอย่างยิ่งเงินประกันสังคม และเงินบำรุงซึ่งเป็นเงินรายได้ของโรงพยาบาล ร.พ.หาดใหญ่ได้นำเงินเหล่านี้มารวมกันแล้วพิจารณาจัดสรรให้ไป

ในการจัดซื้อจัดหาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ คณะอนุกรรมการต่าง ๆ จะใช้วิธีการเจรจาต่อรองกับผู้แทนยาโดยตรงทำให้สามารถซื้อได้ในราคาก่อนข้างถูกกว่าในหลายจังหวัด นอกจากนั้นยังมีระบบการจัดซื้อยารวม โดยจะซื้อยารวมกันทั้งจังหวัดพร้อมกันในคราวเดียวกัน โดยมีการเชิญเภสัชกรจากทุกโรงพยาบาลชุมชนมาประชุมปรึกษาหารือกันเพื่อหา common drugs หรือยาที่ใช้ร่วมกันใน ร.พ.ต่าง ๆ แล้วทำสัญญาจะซื้อจะขายโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลาเป็นคู่สัญญากับบริษัทผู้ผลิต/จำหน่าย เมื่อโรงพยาบาลใดต้องการซื้อยาใดในรายการ common drugs ซึ่งมีอยู่ประมาณ 60 รายการ ก็จะซื้อโดยอ้างถึงสัญญาที่จัดทำขึ้นนั้นภายใต้ราคาที่กำหนดไว้ในสัญญา วิธีการนี้ได้ดำเนินการติดต่อกันมา 4 ปี แล้ว ในปีแรกสามารถประหยัดงบประมาณในการจัดซื้อได้ประมาณ 4 – 5 ล้านบาท ผู้บริหารโรงพยาบาลหาดใหญ่เชื่อว่าปัญหาในการสมยอมราคาของผู้จำหน่ายยาให้โรงพยาบาลหาดใหญ่มีน้อยมากหรือไม่มีเลย

2.3.2.4 ระบบการควบคุมและกำกับเกี่ยวกับการเบิกจ่ายยา

ในด้านการควบคุมการรั่วไหลของยานั้น โรงพยาบาลหาดใหญ่มีการดำเนินการ โดยมีกฎเกณฑ์หรือมาตรฐานการปฏิบัติหลัก ๆ 2 ด้าน ได้แก่

1. การนำระบบ Daily Dose Dispensing System : DDDS มาใช้ในการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรมได้กำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรให้เข้าใจและถือปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยมีรายละเอียดและขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

1) การจัดการกับคำสั่งแพทย์

- ใช้ Doctor's order sheet แบบมีสำเนา
- พยาบาลเข็นรับคำสั่งและบันทึกคำสั่งยาใน cardex และรวบรวมสำเนา Doctor's order sheet ให้ฝ่ายเภสัชกรรม เวลาประมาณ 10.00 น.
- หากมีผู้ป่วยรับใหม่ หรือมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งภายหลังที่รวบรวมสำเนาคำสั่งแล้ว ก็สามารถส่งสำเนาคำสั่งได้ทุกระยะที่ห้องยาเปิดทำการ

- หากมีผู้ป่วยรับใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งในช่วงเวลาที่ห้องยา DDDS ปิดทำการแล้วให้ใช้ยาที่สำรองไว้บนหอผู้ป่วยก่อนแล้วใช้ใบบันทึกการติดต่อจากฝ่ายพยาบาล (Nurse's Communication Card) แนบคู่กับสำเนาคำสั่งแพทย์ เพื่อรวบรวมส่งฝ่ายเภสัชกรรมในเวลาปกติต่อไป

2) การตรวจสอบคำสั่งยา ได้แก่การตรวจสอบต่อไปนี้

- ความสมบูรณ์ของคำสั่ง เช่นความแรงของยา
- เป็นยาที่มีใช้ในโรงพยาบาลหรือไม่
- มีปัญหาเกี่ยวกับยาซึ่งผู้ป่วยได้รับอยู่หรือไม่
- มีปัญหาเกี่ยวกับโรคหรืออาการของผู้ป่วยหรือไม่

3) การลงบันทึกการใช้ยาประจำตัวผู้ป่วย

- เภสัชกรลงบันทึกการใช้ยาประจำตัวผู้ป่วย (Patient Medication Profile) โดยใช้สำเนาคำสั่งแพทย์
- บันทึกการใช้ยาประจำตัวผู้ป่วย ให้เก็บบันทึกที่ฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับพัฒนางานเภสัชกรรมคลินิกอื่น ๆ ต่อไป

4) การจัดและจ่ายยา

- จัดยาลงใน Cassette ประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งอยู่ใน Medication Cart
- Medication cart 1 คัน มี 25 Cassette ดังนั้นในการจัดแต่ละครั้งต้องใช้ Cart 2 คัน ต่อหอผู้ป่วย Cart หมายเลข 1 สำหรับผู้ป่วยเตียง 1 – 25 Cart หมายเลข 2 สำหรับเตียงที่ 26 – 30 เตียงเสริมที่ 31 – 50 ห้องพิเศษ ถ้าเกิน 50 คน จะใช้Cassette เสริม
- แต่ละ Cassette จะมีป้ายบอกหมายเลขเตียงอยู่ด้านหน้า ส่วนด้านในจะแบ่งออกเป็น 4 ช่อง สำหรับจัดเรียงลำดับการใช้งาน ช่องแรกเป็นยามื้อเย็นทั้งก่อนอาหาร และหลังอาหาร และยาก่อนนอน ช่องถัดเข้าไปเป็นช่องสำหรับยามื้อเช้าของวันรุ่งขึ้นทั้งยาก่อนและหลังอาหาร ช่องถัดไปเป็นยามื้อเที่ยงทั้งก่อนและหลังอาหาร และช่องในสุดเป็นช่องสำหรับยาฉีด
- ยาฉีดทุกชนิดจะถูกบรรจุในช่องยาฉีดในปริมาณการใช้ 1 วัน
- ยามื้อแต่ละชนิดจะระบุชื่อยา ขนาดมิลลิกรัม(ถ้ามีหลายขนาด) ในซอง Prepack แล้วยาทั้งหมดจะถูกบรรจุในซองก่อนอาหาร หรือซองหลังอาหารของแต่ละมื้อ โดยจะจ่ายในปริมาณการใช้เท่ากับ 1 วัน

- ยาที่ใช้เมื่อมีอาการ (ยา prn) เช่น Paracetamol , Idarac , Tramal จะจ่ายยาให้จำนวนหนึ่งเท่ากับปริมาณการใช้ 1 วัน และใส่ในตระกร้ารวมเมื่อหมดจึงเริ่มจ่ายยาและคิดราคาใหม่
- ยาน้ำ เนื่องจากการแบ่งบรรจุตามมื้ออาหาร หากไม่มีเครื่องมือช่วยจะเป็นเพิ่มงานและเสียภาชนะบรรจุเป็นจำนวนมากดังนั้นถ้าเป็นยาตามคำสั่งยาที่ใช้ต่อเนื่อง (order for continuation) จะจ่ายทั้งขวด (ใส่ไว้ในตระกร้ารวมของผู้ป่วย) เมื่อหมดจึงเริ่มคิดราคาใหม่ แต่ถ้าเป็นยาที่สั่งใช้วันเดียว (order for one day) จะแบ่งบรรจุให้ตามจำนวนที่ต้องการ
- ยาภายนอก เช่น ยาที่เป็นครีม ยาทาจุด จะจ่ายให้ตามขนาดที่มีใช้ในโรงพยาบาลโดยใส่ไว้ในตระกร้ารวมซึ่งอยู่บน Cart เจ้าหน้าที่หอบผู้ป่วยอาจจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้เลย เมื่อหมดก็ให้เขียนขอเพิ่มโดยใช้ Nurse's Communication Card ส่งมาในเวลาที่ส่งส่งาณาคำสั่งแพทย์
- ยาเสพติดให้โทษ เช่น Pethidine , Morphine ช่วงแรกการเบิกจ่ายให้ใช้ระบบเดิม แต่เภสัชกรจะบันทึกรายการ และราคาไว้ใน Medication Profile เพื่อจัดเก็บเงินต่อไป
- น้ำเกลือ จะจ่ายเป็นยอครวมแต่ละวัน ของผู้ป่วยทุกคนในหอผู้ป่วย โดยจะใช้แบบฟอร์มการเบิกจ่ายน้ำเกลือสำหรับแต่ละหอผู้ป่วยโดยส่งจ่ายน้ำเกลือแต่ละรายการตามคำสั่งแพทย์ แล้วส่งแบบฟอร์มไปยังฝ่ายผลิต ฯ เพื่อจัดเตรียมยา เจ้าหน้าที่หอบผู้ป่วยไปรับน้ำเกลือที่ฝ่ายผลิต ฯ ในช่วงบ่ายพร้อมรับสำเนาแบบฟอร์มคืน

5) การตรวจสอบการจัดยา ก่อนจ่าย

- ยาในแต่ละ Cassette ของผู้ป่วยจะถูกจัดโดยเจ้าพนักงานเภสัชกรรม หรือเจ้าหน้าที่ในฝ่ายเภสัชกรรม และจะถูกตรวจสอบการจัดยา ก่อนจ่ายยาโดยเภสัชกร

6) การส่งยาไปยังหอผู้ป่วย และแลกเปลี่ยน Cart

- ส่ง Medication cart ตามเวลาที่กำหนด คือ 13.30 น. ไปยังหอผู้ป่วย
- ย้ายตระกร้ารวมจาก Cart เดิม ไปยัง Cart ใหม่ และรวมกับยาใหม่
- แลกเปลี่ยน Cart เดิมกลับมายังห้องยา DDDS

7) การบริหารยา

- พยาบาลเป็นผู้จ่ายยา และบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย

- ยาที่ไม่ได้ให้แก่ผู้ป่วยไม่ว่าจะด้วยเหตุใด ๆ ก็ตาม เช่นแพทย์สั่งเลิกใช้ยานั้น หรือผู้ป่วยไม่สามารถรับยานั้นไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตาม ให้คืนยาอยู่ใน cassette ของผู้ป่วยเพื่อที่ห้องยาจะได้คิดราคายาเท่าที่ได้ใช้ไปจริง

8) การคิดราคาและการชำระเงิน

- ใช้ใบแจ้งค่ายาและวัสดุการแพทย์ซึ่งมีสำเนาในตัว
- แจ้งค่ายาของวันที่ผ่านมาเป็นราคาขารวม (ไม่แจ้งรายละเอียด) ราคายาพิเศษ (ถ้ามี) และยาคน
- การรับชำระเงิน โดยเจ้าหน้าที่การเงินซึ่งจะไปให้บริการที่หอผู้ป่วยทุก 3 วัน
- เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน จะเก็บใบแจ้งค่ายา และวัสดุการแพทย์ไว้เป็นหลักฐาน โดยต้นฉบับจะเก็บไว้ที่ห้องยา สำเนาจะเก็บไว้ที่ห้องการเงิน

2. การจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติในขั้นตอนที่สำคัญเกี่ยวกับยา

กลุ่มงานเภสัชกรรมได้จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติในขั้นตอนที่สำคัญเกี่ยวกับยาไว้หลายอย่าง เช่นมาตรฐานการรับเวชภัณฑ์จากบริษัทขนส่ง (รวมทั้งจากการบินไทย ไปรษณีย์ ร.ศ.พ. และทางรถไฟ) มาตรฐานการควบคุมกำกับเวชภัณฑ์ที่มีอายุ มาตรฐานการตรวจสอบยาก่อนจ่าย และมาตรฐานการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอก เป็นต้น ซึ่งในมาตรฐานที่กล่าวมาจะมีการระบุกิจกรรมและแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ รวมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบไว้ด้วย เพื่อให้การปฏิบัติต่าง ๆ เกี่ยวกับยา มีความถูกต้อง รวดเร็ว มีคุณภาพ และปลอดภัยต่อผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ ตามตัวอย่างต่อไปนี้

ตัวอย่าง มาตรฐานการรับเวชภัณฑ์จากบริษัทขนส่ง ของงานคลังเวชภัณฑ์ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่

กิจกรรม	แนวทางปฏิบัติ
1. การรับเวชภัณฑ์	1.รับพัสดุ 8.30 – 16.30 น. ทุกวันในเวลาราชการ 2. กำหนดผู้รับผิดชอบในการรับพัสดุ 3.กรณีบริษัทจำหน่ายมีความจำเป็นจะจัดส่งเวชภัณฑ์ในวันหยุดราชการจะต้องติดต่อล่วงหน้า
2. วิธีการรับเวชภัณฑ์	1. จากบริษัทขนส่ง รับเวลา 8.30 – 16.30 น. 2. จากการบินไทย เจ้าหน้าที่คลังเวชภัณฑ์รับที่บริษัท 3. จากไปรษณีย์ เจ้าหน้าที่คลังเวชภัณฑ์ไปรับที่ทำการ 4. จากสถานีรถไฟ เจ้าหน้าที่คลังเวชภัณฑ์ไปรับที่สถานีรถไฟ จ่ายค่าธรรมเนียมการขนส่งสินค้าและทำบันทึกขออนุมัติเบิกค่าขนส่งสินค้าต่อผู้อำนวยการ 5. จาก ร.ส.พ. ก็ดำเนินการเช่นเดียวกันกับการรับจากบริษัทขนส่ง
3. การลงทะเบียนควบคุมพัสดุ	1. ลงบันทึกในสมุดทะเบียนควบคุมทุกครั้งที่มีการรับพัสดุ
4. ผู้รับผิดชอบ	เภสัชกรคลังเวชภัณฑ์/เจ้าหน้าที่พัสดุ/เจ้าหน้าที่คลังเวชภัณฑ์

ส่วนการตรวจสอบผลการปฏิบัติงานนั้น อาศัยการตรวจสอบจากบันทึกและรายงานเป็นส่วนใหญ่ เช่นในแผนกผู้ป่วยนอกจะต้องทำรายงานเกี่ยวกับจำนวนใบสั่งยาและขนาดยา จำนวนเวชภัณฑ์ มูลค่าเวชภัณฑ์ที่ให้บริการ และจำนวนเงินที่เรียกเก็บหรือให้ฟรีตามประเภทต่าง ๆ ของผู้ป่วย โดยจัดทำรายงานทั้งรายเดือนและรายปี

2.3.2.5 ตัณฑุทธิผล

จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหาดใหญ่พบว่าผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหาดใหญ่มีความพึงพอใจระดับหนึ่งในการจัดระบบยาในโรงพยาบาล โดยเห็นว่าเป็นระบบที่ดีกว่าในอีกหลายโรงพยาบาล และมีการรู้โรคไว้อย่างมาก ซึ่งในด้านรู้งานเกี่ยวกับยานั้นคิดว่ามีน้อยมากหรือไม่มีเลย เพราะ โรงพยาบาลจะมีการทำ Prescription review ของแพทย์ในบางช่วง เพื่อตรวจสอบว่า

แพทย์ที่ได้รับการส่งตรวจจะมีการใช้ยาต่าง ๆ ในแต่ละเดือนไปเท่าไร จ่ายยาฟรีไปเท่าใด แล้วก็ feed back ให้เจ้าตัวทราบ ขณะเดียวกันก็รายงานให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดทราบอีกทางด้วย ผลการปฏิบัติก็ได้รับความร่วมมือจากแพทย์ทุกคน ทำให้การบริหารยามีประสิทธิภาพ แพทย์ก็ใช้ยาในลักษณะสมเหตุสมผลมากยิ่งขึ้น

2.3.3 การตรวจสอบคุณภาพงานของฝ่ายโภชนาการ

2.3.3.1 พันธกิจและโครงสร้างขององค์การ

ฝ่ายโภชนาการ มีพันธกิจ ดังนี้

1. ให้บริการอาหารสำหรับผู้ป่วยในให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โภชนบำบัด และหลักสุขาภิบาล อาหาร
2. ให้บริการอาหารแก่เจ้าหน้าที่ นักเรียน นิสิตนักศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ให้การสนับสนุนการบริการอาหาร ในงานประชุมต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล
3. เผยแพร่ความรู้เรื่องอาหาร โภชนาการ โภชนบำบัด แก่ผู้ป่วย ญาติ และบุคคลทั่วไป ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับพันธกิจดังกล่าว ฝ่ายโภชนาการ ได้จัดแบ่งส่วนงานภายในฝ่ายออก ดังนี้
1. งานธุรการและบัญชี
2. งานโภชนบริการ
3. งานโภชนบำบัด
4. งานวิชาการ

บุคลากรในฝ่ายประกอบด้วยนักโภชนาการ 6 คน (เป็นข้าราชการ 4 คน และลูกจ้าง 2 คน) และเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่แม่ครัวและหน้าที่อื่น ๆ อีก ประมาณ 17 คน นักโภชนาการทั้งหมดจะทำหน้าที่เป็นทีมงานโภชนาการ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในระบบการควบคุมคุณภาพของฝ่ายโภชนาการ

2.3.3.2 กระบวนการทำงาน

ในทุกเช้าฝ่ายโภชนาการจะรวบรวมใบสั่งผลิต (order) ตามแผนกและหอผู้ป่วยต่าง ๆ มาสำหรับผลิตอาหารมื้อเที่ยงของวันนั้นเป็นมื้อแรก ต่อไปก็จะเป็นมื้อเย็น และมื้อเช้าตามลำดับ เมื่อได้รับใบสั่งผลิตมาแล้วก็จะมีการรวบรวมและตรวจสอบใบสั่งผลิต (check order) ว่าจำนวนผู้ป่วยมีเท่าใด แยกเป็นประเภทสามัญ และ พิเศษอย่างละเท่าใด ประเภทของอาหารแต่ละชนิด เช่นอาหารปกติ (regular diet) อาหารอ่อน (soft diet) อาหารเหลว (fluid diet) อาหารเฉพาะโรคต่าง ๆ และอาหารมุสลิม เป็นต้น เมื่อได้ใบสั่ง

ผลิตทั้งหมดแล้ว นักโภชนาการก็จะเป็นผู้กำหนดอาหารที่จะผลิตตามใบสั่ง ผู้ผลิตก็จะผลิตอาหารตามใบสั่งนั้น โดยกำหนดปริมาณตาม dietary account ซึ่งการเสิร์ฟก็จะ เสิร์ฟตาม dietary account เช่นกัน อาหารเข้าทุกเช้าจะเป็นข้าวต้มไก่ทั้งหมด โดยผู้ป่วยสามัญกับผู้ป่วยพิเศษจะมีสัดส่วนการผลิตไม่แตกต่างกัน จะต่างกันตรงที่ภาชนะที่ใช้เท่านั้น

2.3.3.3 ระบบการควบคุมคุณภาพของฝ่ายโภชนาการ

โดยที่งานโภชนาการมีพันธกิจหลักในการจัดบริการอาหารให้แก่ผู้ป่วย ตลอดจนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จึงกำหนดให้มีระบบการประกันคุณภาพอาหารที่ผลิตนับตั้งแต่การจัดซื้อจัดหาวัตถุดิบในการผลิต การเตรียม การปรุงอาหาร ความสะอาดของภาชนะ และผู้เกี่ยวข้องกับอาหาร สถานที่ผลิต วิธีการเสิร์ฟอาหาร เพื่อให้อาหารมีคุณภาพทั้งในแง่ของหลักโภชนาการ หลักสุขาภิบาลอาหาร รสชาติ และความเหมาะสมด้านราคาในการผลิต องค์การที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบคุณภาพอาหาร ได้แก่ทีมงานโภชนาการ ฝ่ายโภชนาการได้วางระบบเพื่อควบคุมคุณภาพ ไว้ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดมาตรฐานการทำงานตลอดจนกฎระเบียบในการปฏิบัติต่าง ๆ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรให้แก่เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบและปฏิบัติ เช่นมาตรฐานการแต่งกายของผู้จัดอาหารและผู้บริการอาหาร มารยาท และการปฏิบัติทั่วไป มาตรฐานการปฏิบัติในห้องผลิตอาหารผสม มาตรฐานการผลิตอาหารผสม มาตรฐานการบรรจุภาชนะ และมาตรฐานการทำงานต่าง ๆ

2. การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบให้แก่ข้าราชการและลูกจ้างให้ทราบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และให้ลงนามรับทราบ

3. การนิเทศตรวจตราอย่างใกล้ชิดโดยหัวหน้าฝ่ายและทีมงานโภชนาการ ในทุกขั้นตอนของการผลิตอาหาร เริ่มตั้งแต่ขั้นการจัดซื้อวัตถุดิบและอาหารแห้ง ซึ่งดำเนินการจัดซื้อจัดหาโดยฝ่ายพัสดุตามที่ฝ่ายโภชนาการเสนอให้จัดซื้อจัดหา โดยปกติจะจัดซื้อจากห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่ในจังหวัดสัปดาห์ละครั้ง ส่วนของสดก็จะมีรูปแบบการจัดซื้อโดยใช้ menu cycle เป็นหลัก และจะเสนอไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลว่าประสงค์จะซื้ออะไรบ้างในสัปดาห์หน้า (ล่วงหน้า 1 สัปดาห์) โดยคิดจากฐานจำนวนผู้ที่จะมีบริโภคเป็นเกณฑ์ว่าจะซื้อให้คนจำนวนเท่าใด มีใครบ้าง อาหารหลัก ๆ เช่น ข้าวสาร เนื้อไก่ ไข่ เนื้อหมูจะซื้อในรูปของการตกลงราคา 2 เดือนต่อครั้ง สำหรับการสั่งซื้อข้าวสารนั้นจะใช้วิธีการติดต่อไปตามร้านค้าต่าง ๆ ให้เสนอราคาและตัวอย่างข้าวสารมาให้พิจารณา โดยมีกรรมการจากฝ่ายพัสดุเข้าร่วมเป็นกรรมการคัดเลือกข้าวสารด้วย การผลิตแต่ละวันก็จะมีการจัดทำบัญชีบันทึกการผลิตไว้สำหรับให้หน่วย

ตรวจสอบภายในมาตรวจสอบได้ นอกจากนั้นยังคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการผลิตให้เป็นประโยชน์สูงสุด ไม่ว่าจะเป็นด้านราคา และประเภทของวัตถุดิบ

ตรวจตราเกี่ยวกับงานสุขาภิบาลอาหาร ได้แก่ การล้าง การเตรียมภาชนะ เป็นต้น

ตรวจตราเกี่ยวกับการถนอมคุณค่าของอาหาร เช่น การหั่น การสับ การปรุง การใช้

อุณหภูมิ เหมาะสมกับประเภทอาหารที่ผลิต

ตรวจตราเกี่ยวกับรสชาติของอาหาร ปริมาณที่ได้รับ การจัด การเสิร์ฟ อาหาร

4. การเยี่ยมทางโภชนาการแก่ผู้ป่วย (nutrition round) ทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 09.00-12.00 น. ตามหอผู้ป่วยต่าง ๆ เพื่อสอบถามความพึงพอใจในอาหารที่ได้รับบริการจากฝ่ายโภชนาการ เพื่อนำมาปรับปรุงงานของฝ่ายให้เป็นที่พอใจของผู้รับบริการให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

2.3.3.4 สัมฤทธิ์ผล

จากการวางระบบการทำงานที่มีมาตรฐานการปฏิบัติเกี่ยวกับอาหารในทุกขั้นตอนของการผลิต และการบริการอาหาร การมอบหมายงานที่ชัดเจน และการตรวจตราเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดของทีมงานโภชนาการ ปรากฏว่าได้สร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการอาหารเป็นส่วนมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านปริมาณอาหาร รสชาติ ความสะอาดของอาหาร และพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในฝ่าย และที่สำคัญที่บุคลากรในฝ่ายเกิดความภาคภูมิใจในการทำงานคือการได้รับประกาศนียบัตรรับรองคุณภาพ 5 ปีติดต่อกัน และเป็นแบบอย่างให้โรงพยาบาลอื่น ๆ มาศึกษาดูงานโดยตลอด

(ร่าง)

ผลการวิจัย

เรื่อง

**“ระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การสำหรับการ
พัฒนานโยบายเพื่อปรับปรุงระบบการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ**

**กรณีศึกษา : คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ
โรงพยาบาลรามาริบดี คณะแพทยศาสตร์ ”**

**ระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การสำหรับการพัฒนานโยบาย
เพื่อปรับปรุงระบบการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ
กรณีศึกษา : คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี**

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เปิดบริการคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการครั้งแรกเมื่อ กุมภาพันธ์ 2536 ด้วยวัตถุประสงค์หลัก 4 ประการ คือ

1. ให้บริการผู้ป่วยที่มีความจำเป็นและไม่สามารถมารับการรักษาพยาบาลในเวลาราชการตามปกติ
2. ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้คุ้มค่า เนื่องจากเครื่องมือแพทย์แต่ละชิ้นใช้งบประมาณจำนวนมาก จึงควรใช้ให้เต็มตามประสิทธิภาพของเครื่อง
3. เป็นทางเลือกที่จะเสริมรายได้พิเศษให้แก่บุคลากรทุกระดับ ซึ่งอาจเป็นทางหนึ่งในการลดปัญหาสมองไหล
4. คาดหวังว่าการบริหารจัดการในคลินิกนอกเวลาจะเป็นแม่แบบในการพัฒนาคลินิกภาคปกติ

การประสานงานเกี่ยวกับคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการนี้ มีคณะกรรมการดำเนินการเกี่ยวกับคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการเป็นผู้รับผิดชอบ โดยมีคณะบดี (ขณะนั้น) ศ.นพ.อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ รองคณะบดี ศ.นพ.สุชาติ อินทรประสิทธิ์ และกรรมการประจำคณะฯ ให้การสนับสนุน

การให้บริการ

ปริมาณการให้บริการ

คลินิกที่เปิดบริการนอกเวลาราชการในขณะนี้ ประกอบด้วย 16 คลินิก ได้แก่ คลินิกเด็ก, จักษุ, ผิวหนัง, หู คอ จมูก, หัวใจ ศัลยกรรม, ศัลยกรรมกระดูก, อดบุหรี, จิตเวช, รังสีวินิจฉัย, นรีเวช, สตรีวัยหมดประจำเดือน, เวชศาสตร์ครอบครัว, อายุรศาสตร์, รังสีรักษา และล่าสุดคือ เวชศาสตร์ฟื้นฟู (เปิด 16 กย. 41) คลินิกเหล่านี้ได้ให้บริการแก่ผู้ป่วยเพิ่มจาก 19,702 ราย ของ 4 คลินิก ของ 11 เดือนในปี พ.ศ. 2536 จนเป็น 253,034 ราย ของ 15 คลินิก ในปี พ.ศ. 2540 (ดังตารางที่ 1)

เมื่อวิเคราะห์อัตราเพิ่มทุก 6 เดือนของผู้มาใช้บริการจะพบว่ามีความลาดสูงชันมากในช่วงปีที่ 1 และ 2 อัตราเพิ่ม 107.0 และ 81.5% ตามลำดับ หลังจากปี 2538 อัตราเพิ่มค่อนข้างคงที่ที่ 7.3-21.4 ในปลายปี 2539 มีการเปิด 2 คลินิกใหญ่ คือ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว

และคลินิกอายุรกรรมทำให้อัตราเพิ่มสูงขึ้นเป็น 24.7 % ในปี 2541 ซึ่งเป็นปีที่เศรษฐกิจถดถอยจนถึงขั้นวิกฤต และในเดือนมีนาคม มีการเปลี่ยนแปลงระบบสวัสดิการข้าราชการในเรื่องยา และค่าธรรมเนียมแพทย์ที่เบิกไม่ได้ อาจเป็นผลให้จำนวนผู้มาใช้บริการลดลงโดยรวมประมาณร้อยละ 7

ค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในปี พ.ศ.2540 และ 2541 คิดเป็นเฉลี่ยวันละ 71 และ 66 คนตามลำดับ โดยคิดเป็นอัตราส่วนผู้ป่วยต่อแพทย์ต่อวันเป็น 23 คน และ 20 คน ตามลำดับ โดยแยกเป็นวันในแต่ละสัปดาห์ของแต่ละคลินิก (ตารางที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ให้บริการนอกเวลาคิดเป็นร้อยละ 19 และ 27 ของจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมดของปี 2539 และ 2540 ตามลำดับ พบว่ามีการเพิ่มทั้ง 2 ส่วน (ในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ) โดยส่วนคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการจะมีอัตราเพิ่มมากกว่าในเวลาราชการ ดังนั้นข้อสงสัยที่ว่ามีการโยกผู้ป่วยจากในเวลามานอกเวลาราชการหากเป็นจริงคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการน่าจะมีส่วนช่วยแบ่งเบาภาระงานในเวลาราชการ มิฉะนั้นหากทั้งหมดนี้เกิดขึ้นในเวลาราชการคงจะทำให้เกิดวิกฤตของบริการในเวลาราชการมากกว่าที่เป็นอยู่

ในเรื่องคุณภาพของการให้บริการนั้น คณะกรรมการประสานงานเกี่ยวกับคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการจะเป็นคลินิกคุณภาพที่ได้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ได้ตรวจเร็วตามที่นัดหมาย ได้รับความสะดวกในจุดบริการแต่ละแห่ง ผู้ให้บริการที่มีมนุษยสัมพันธ์และให้ข้อมูลครบถ้วน ตลอดจนความสะอาดสบายของสถานที่ แต่เนื่องจากปริมาณที่มากจนเป็นปัจจัยหลักอีกอย่างที่ควบคุม ทำให้ไม่สามารถบรรเทาวัตถุประสงค์ทั้งหมดได้ อย่างไรก็ตามได้มีการดำเนินการควบคุมโดยมาตรการ ดังนี้

1. ห้ามเปิดคลินิกก่อน 16.00 น. และห้ามแพทย์ทำการตรวจก่อน 16.30 น. งดรับผู้ป่วยหลัง 19.30 น. หากแพทย์ตรวจหลัง 20.00 น. จะไม่สามารถรับค่าตรวจได้ ต้องมอบให้โรงพยาบาล
2. ค่าต่อเวลาที่เกิน 3 ชั่วโมง อนุญาตให้มีได้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง/3 ชั่วโมงทำการ
3. กำหนดให้แพทย์นัดผู้ป่วยวันละ 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ป่วย และตรวจ walk-in ได้ประมาณ 5 คน (สัดส่วนนัด : ไม่นัด - สำหรับคลินิกเด็ก และหู คอ จมูก ให้ต่ำกว่าร้อยละ 80 ได้)
4. บัณฑิตแพทย์จะถูกหักค่าบริการจัดการให้แก่โรงพยาบาลในอัตราร้อยละ 80 ได้ (รูปที่ 4)

5. เพื่อไม่ให้เกิดการลัดวงจรการจองเตียงสำหรับผู้ป่วยใน ซึ่งจำกัดมากอยู่แล้วในเวลาราชการ กรณีที่มีการรับ admit คนไข้จากคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการจะไม่อนุญาตให้เบิกค่าตรวจของแพทย์ (DF) ที่เกิดขึ้น

นอกจากนี้คณะกรรมการฯยังมีการพัฒนารูปแบบของการทำงาน โดยที่เกิดจากปัญหาที่มีผู้ป่วยมากเกินขีดความสามารถ ทำให้คุณภาพของการบริการลดลง จึงได้มีการริเริ่มโครงการ ISO 9002 และ Hospital Accreditation และได้ควบคุมประสิทธิภาพในการทำงานโดยการติดตามเปรียบเทียบปริมาณผู้ป่วย/คาบการทำงานของแต่ละคลินิกตลอดเวลา คิดเป็นประสิทธิภาพของระบบงานผู้ป่วยนอก และแจ้งให้ผู้จัดการทราบในการประชุมแต่ละครั้ง (ตารางที่ 4)

การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

คณะกรรมการฯได้ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้ใช้บริการโดยใช้แบบสอบถาม และ time motion study ดังตัวอย่างที่แนบมาพร้อมนี้ ซึ่งทำต่อเนื่องทุกปี ในปี 2541 ได้ส่งแบบสอบถามทั้งสิ้น 1,842 ฉบับ (ร้อยละ 40 จากผู้มาใช้บริการ 4,615 ราย) พบว่าร้อยละ 17 เป็นผู้ป่วยใหม่ ลดลงจากปีก่อนๆ (ร้อยละ 19-23) เป็นผู้ป่วยที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ร้อยละ 44 ลดลงจากปี พ.ศ.2539-2540 (ร้อยละ 83, 80, 57 ตามลำดับ) สำหรับเหตุผลที่เลือกใช้บริการ คือ

1. ได้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ร้อยละ 21) และเคยเป็นผู้ป่วยเก่า (ร้อยละ 21)
2. เดินทางสะดวก (ร้อยละ 15)
3. ได้รับการรวดเร็วทันใจ และสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาล (เท่ากัน อย่างละร้อยละ 10)

ความพึงพอใจในส่วนอื่นๆ มีดังนี้

เนื้อหา		ร้อยละ	
		2540	2541
การอธิบายของแพทย์	ไม่พอใจ/พอใจมาก	11-23/71-81	10-15/79-85
การอธิบายของพยาบาล	ไม่พอใจ/พอใจมาก	-	25-69
การอธิบายของผู้จ่ายยา	ไม่พอใจ/พอใจมาก	53/40	34/58
การอำนวยความสะดวกโดยทั่วไป	ไม่พอใจ/พอใจมาก	21/51	6/63
ความสะอาดของบริเวณรอตตรวจ	ไม่พอใจ/พอใจมาก	20/51	6/62
ขั้นตอนในการบริการ	ไม่พอใจ/พอใจมาก	22/51	7/60
คุณภาพโดยรวม	ไม่พอใจ/พอใจมาก	21/58	5/66
คุณภาพพยาบาล	ไม่พอใจมาก/พอใจมาก	21/52	6-8/60-64
คุณภาพแพทย์	ไม่พอใจ/พอใจมาก	21/51-73	6-7/60-78
เจ้าหน้าที่ทั่วไป	ไม่พอใจ/พอใจมาก	20/57	5/62
เจ้าหน้าที่การเงิน	ไม่พอใจ/พอใจมาก	21/52	6/60
เจ้าหน้าที่ห้องยา	ไม่พอใจ/พอใจมาก	21/57	5/61
		เวลานเฉลี่ย (นาที)	
1. รอตตรวจ		103	68
2. รอจ่ายเงิน	ห้องยาใหญ่	16	11
	ห้องยาเด็ก	5	4
	ห้องยา ENT	9	7
3. รอยา	ห้องยาใหญ่	32	37
	ห้องยาเด็ก	18	19
	ห้องยา ENT	22	27

การพัฒนารูปแบบของการทำงาน

จากปัญหามีผู้ป่วยมาใช้บริการมากเกินขีดความสามารถ ทำให้คุณภาพของบริการลดลง คณะกรรมการฯ เห็นสมควรที่จะมีการพัฒนาในส่วนนี้ ซึ่งคลินิกพิเศษฯ ได้ริเริ่มโครงการ ISO 9002 และ Hospital accreditation และได้ควบคุมประสิทธิภาพในการทำงานโดยการ คิดตามเบรียบบเทียบปริมาณผู้ป่วย/คาบการทำงานของแต่ละคลินิกตลอดเวลา คิดเป็น

ประสิทธิภาพของระบบงานผู้ป่วยนอก และแจ้งให้ผู้จัดการทราบในการประชุมแต่ละครั้ง (ตารางที่ 4)

ปัญหาอุปสรรคในการทำงานและแนวทางแก้ไข

จากการที่คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการได้ดำเนินการมาครบ 6 ปี คณะกรรมการดำเนินการเกี่ยวกับคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ได้พบอุปสรรคของการทำงานและมีแนวทางแก้ไข ดังนี้

1. จำนวนผู้ป่วยในบางคลินิกมีมากเกินไป แม้ว่าทีมงานได้พยายามจัดระบบการนัดให้มากที่สุดแล้วก็ตาม แต่เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมาจากต่างจังหวัด เพื่อมาใช้บริการ และเป็นผู้ป่วยเด็กทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถปฏิเสธได้ การไม่สามารถรู้จำนวนผู้ป่วยล่วงหน้าทำให้บริการล่าช้า ทั้งการเตรียมเวชระเบียน และเตรียมบุคลากรทุกจุดบริการ ขณะนี้แต่ละคลินิกจะกำหนดจำนวนผู้ป่วยไม่ให้เกินขีดความสามารถ และไม่เพิ่มจำนวน นอกจากนี้การเบิกค่าธรรมเนียมแพทย์ไม่ได้ จะเป็นการควบคุมคุณภาพของบริการตามกลไกตลาดโดยอัตโนมัติ
2. ระบบการรับนัดทางโทรศัพท์ยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่แพทย์จะไม่ทราบแน่ชัดว่าแพทย์สามารถรับผู้ป่วยเพิ่มได้อีกหรือไม่ ซึ่งหากสามารถจัดระบบนี้ที่แผนกผู้ป่วยนอกของแต่ละหน่วยงานได้สมบูรณ์ เมื่อผู้ป่วยโทรศัพท์เข้ามาสอบถามทางโรงพยาบาลจะสามารถนัดวันและเวลาตรวจได้ ผู้ป่วยไม่ต้องมาที่โรงพยาบาลเพื่อฟังคำปฏิเสธว่าคิวเต็ม และระบบนี้น่าจะนำไปใช้กับภาคปกติได้ด้วย
3. สถานที่ให้บริการ เป็นสาเหตุของการสูญเสียค่ารักษาพยาบาลส่วนหนึ่ง เนื่องจากการเปิดบริการแต่ละแห่งห่างไกลกัน และมีบุคลากรไม่พอที่จะบริการผู้ป่วย การบริหารจัดการที่ดี ควรจะรวมกลุ่มที่มีต้องใช้เครื่องมือแพทย์ให้อยู่รวมในที่เดียวกัน และยอมให้จัดคลินิกแยกได้เฉพาะส่วนที่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการตรวจเท่านั้น ซึ่งขณะนี้ได้ดำเนินการไปบางส่วน ในอนาคตหากการสูญเสียยังไม่ลดลง ควรจะจัดกลุ่มให้มากกว่านี้ และยังเป็นวิธีเกลี้ยเจ้าหน้าที่ด้วย
4. ปัญหาจากค่าตอบแทนของบุคลากรทุก ๆ ฝ่าย จึงมักจะตั้งค่าตอบแทนโดยอิงจากภาคเอกชน ทำให้อัตราค่าตอบแทนสูงมาก เมื่อเทียบกับค่าตอบแทนของราชการในหน่วยงานที่ต้องทำงานนอกเวลาในลักษณะค่าล่วงเวลาปกติ ปัญหาเรื่องค่าตอบแทนนี้ทำให้

เกิดการต่อรองระหว่างฝ่ายบริหารกับบุคลากรค่อนข้างมาก บางครั้งอาจมีการกระทบกระทั่งกันบ้าง เนื่องจากผู้บริการต้องให้ความยุติธรรมกับบุคลากรทั้งองค์กร ไม่ใช่เฉพาะบุคลากรที่ทำงานในคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ โดยเฉพาะค่าตอบแทนของแพทย์เป็นปัญหาที่ใหญ่ที่สุดและหาราคากลางที่เหมาะสมยังไม่ได้ บางหน่วยงานนั้นจำเป็นต้องชะลอการเปิดบริการเนื่องจากหากรวมค่าตอบแทนทั้งหมดแล้ว มีราคาใกล้เคียงกับการรับบริหารอย่างเดียวกันในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งผิคนโยบายของคลินิกพิเศษนอกเวลาที่ว่า ควรจะถูกลงกว่าบริการในภาคเอกชน

5. การกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งราคาค่าผ่าตัดยังไม่มีความชัดเจนให้อ้างอิง การกำหนดโดยใช้อัตราภาคกลางวันจะทำให้ได้ราคาต่ำกว่าความเป็นจริง สมควรแก่เวลาแล้วที่โรงพยาบาลของรัฐควรคำนึงถึงต้นทุนที่แท้จริงของการให้บริการทุกประเภท และคิดอัตราค่ารักษาพยาบาลให้ตรงกับความเป็นจริง โดยรวมถึงการลงทุน, วัสดุ และแรงงานให้ครบถ้วน รวมทั้งค่าบำรุงรักษา, ค่าเสื่อมราคา และค่าเช่าสถานที่ รวมสาธารณูปโภคด้วย ทั้งนี้หากผู้ป่วยภาคปกติไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาลสามารถใช้ระบบสังคมสงเคราะห์โดยมีตัวเลขค่ารักษาพยาบาลชัดเจน เสนอไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบให้รับรู้ว่าหน่วยงานแต่ละหน่วยของรัฐต้องให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ป่วยมากน้อยเพียงไร พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่าประเทศชาติได้เกื้อหนุนพวกเขามากเพียงไร ทั้งที่ผู้ป่วยบางส่วนมีเศรษฐกิจพอที่จะจ่ายได้ และให้รัฐบาลประกาศค่ารักษาพยาบาล โดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัวเลขที่แท้จริงที่ได้รับความช่วยเหลืออยู่เช่นนี้ อย่างไรก็ตามต้องจัดตั้งระบบให้ผู้ป่วยไม่รู้ดีกว่ามีการเลือกปฏิบัติ และแบ่งแยกชนชั้น การตั้งราคาตามความเป็นจริงนี้ จะทำให้เข้าใจระบบของโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น มิใช่ตำหนิภาคเอกชนว่าคิดแพงเพียงอย่างเดียว และเราจะได้ตระหนักว่าประเทศไทยได้สูญเสียทรัพยากรในการดูแลด้านสุขภาพมากมาย โดยที่มีประสิทธิภาพไม่คุ้มกับเงินที่เสียไปเช่นนี้

5. การบริหารงานในคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ เป็นลักษณะของการทำงานที่ต้องอาศัยความจริงใจ พร้อมทั้งจะรับฟังผู้ร่วมงาน ขณะเดียวกับต้องรอบรู้ถึงกลไกตลาดภายนอกด้วย เนื่องจากการแข่งขัน ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์มีจำกัด ซึ่งทุกระดับงานจะอ้างอิงอัตราค่าตอบแทนภายนอกซึ่งสูงกว่าในโรงพยาบาลของรัฐเสมอ ซึ่งนอกจากค่าตอบแทนสูงกว่าหรือเท่ากันแล้วงานยังสบายกว่ามาก เพราะจำนวนผู้มารับบริการน้อยกว่า และไม่มีใครยอมรับว่าตัวเองทำงานน้อยกว่าหรือทำงานที่ใช้ทักษะน้อยกว่า ทุกคนมีความรู้

ดีกว่าตัวเอง และ/หรือหน่วยงานของคนสำคัญที่สุด และผู้บริหารต้องติดตามตลาดภายนอก อยู่เสมอ ๆ เพื่อมิให้เป็นข้ออ้างสำหรับการขอปรับค่าตอบแทน

สิ่งที่คาดหวัง

คณะกรรมการคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการคงไว้ซึ่งวัตถุประสงค์ของการดำเนินการ ดังกล่าวข้างต้น แต่อาจมีความเห็นต่างกันบ้างในด้านของน้ำหนักในการให้บริการ กรรมการ บางท่านหวังที่จะเห็นบริการนี้เป็นคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ซึ่งใช้เทคโนโลยีอย่างมาก ไม่ใช่คลินิกรักษาโรคทั่วไป ในขณะที่บางท่านเห็นว่าคลินิกพิเศษ ควรจะเน้นการบริการทางการรักษาทั่วไป เพื่อให้บริการในภาคกลางวันได้มีเวลาสอน บริการ หรือใช้เครื่องมือต่าง ๆ ให้ สมกับเป็นโรงเรียนแพทย์ อย่างไรก็ตามสิ่งที่คาดหวังว่าในอนาคตจะเห็นคลินิกลักษณะดังต่อไปนี้

1. คาดหวังให้คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ เป็นแบบอย่างของการรักษา พยาบาลในลักษณะของ multidisciplinary clinic ที่แพทย์แต่ละสาขาได้ร่วมออกตรวจพร้อม กัน และเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านหนึ่งด้านใดผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเข้าพบแพทย์ในวันอื่น หรือที่คลินิกอื่น ซึ่งหากทำลักษณะเช่นนี้ได้ในคลินิกภาคปกติ จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยมาก ที่สุด เพราะในปัจจุบันโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะในคลินิกเฉพาะโรคมักจะมีปัญหาที่จะต้อง ประกันร่วมกันอยู่เสมอ
2. คาดหวังให้คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ เป็นรูปแบบเบื้องต้นของการออก นอกกระบวนการราชการ โดยมีการวางรูปแบบการบริการ การคิดต้นทุน การคิดค่าตอบแทน และการประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพเป็นระบบ และสม่ำเสมอ มีระบบตอบแทนและลงโทษที่ เป็นรูปธรรม พร้อมทั้งบริการบุคลากรมิให้คนมากเกินงาน ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของหน่วยงาน ราชการ ขณะเดียวกันจะต้องแข่งขันกับเอกชนอย่างยุติธรรม ซึ่งขณะนี้การเบิกค่าตรวจของ แพทย์ไม่ได้เริ่มทำให้เกิดการควบคุมคุณภาพด้วยกลไกการตลาดมากขึ้น และยุติธรรมมาก ขึ้น
3. คาดหวังให้ระบบสาธารณสุขไทย เกิดระบบ "one day service" คือ ผู้ป่วยไม่ จำเป็นต้องมาโรงพยาบาลเพื่อการตรวจรักษาหลายๆ วัน โดยสามารถรับการตรวจรักษาจาก หน่วยบริการต่าง ๆ หรือพบแพทย์ในวัน ๆ เดียว ไม่ต้องมาฟังผลหรือนักเอกะเรย์หรือเจาะ เลือดในวันอื่นๆ ซึ่งจะเป็นการลดภาระในการที่ครอบครัวต้องพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล หรือ

ลดการขาดงาน ขาดเรียน พร้อมทั้งลดปัญหาการจราจรที่เป็นจลาจลอยู่ในขณะนี้ การนี้จะสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือของทุก ๆ หน่วยงาน การใช้ระบบ ISO 9002 จะทำให้มีความเป็นไปได้สูงขึ้น

4. คาดหวังการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศให้มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน โดยภาครัฐขยายเวลาให้บริการที่ต้นทุนสูงแก่ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเอกชนได้มาใช้บริการนอกเวลา เป็นการหลีกเลี่ยงการสูญเสียเงินตราของประเทศในการจัดหาเครื่องมือแพทย์ราคาแพง ๆ และลดการแข่งขันหรือโฆษณาในภาคเอกชนที่จะต้องซื้อเครื่องมือซึ่งต้องลงทุนมหาศาล แต่ใช้ไม่คุ้มค่า

ความเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการตรวจสอบการเงิน

อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของงานคลัง ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งในจำนวน 10 หน่วยของสำนักงานคณบดี ดังแผนผังที่แนบมาพร้อมนี้

จากการสัมภาษณ์รองหัวหน้างานคลังและเจ้าหน้าที่การเงิน มีวิธีการตรวจสอบด้านการเงินเป็นขั้นดังนี้

1. คนใช้ดูใบสั่งยาว่ายาและราคาตรงกันหรือไม่
2. ห้องยาตรวจสอบว่าการรับเงินตรงกับค่าใช้จ่ายที่แจ้งหรือไม่
3. ฝ่ายบัญชีจะรับรายงานจากจุดเก็บเงินต่างๆจากแผนกผู้ป่วยนอก 6 จุดต่อวัน เข้าวันต่อมาจะตรวจสอบเงินสด

4. คณะกรรมการตรวจสอบ (ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเก็บเงิน) นับเงินค่ายา/ค่ารักษา จะรอตรวจสอบจากงานคลัง ดังนี้

- 4.1 ดูเงินสดว่าตรงกับรายงานหรือไม่
- 4.2 หากไม่ตรงให้รายงานตามลำดับขั้นขึ้นไปจนถึงระดับคณะในที่ที่สุด
- 4.3 มีการรายงานคณะกรรมการตรวจสอบว่าจุด A B หรือ C เก็บเงินได้เท่าใด เก็บจริงหรือไม่ และจะกระทบกับยอดบัญชีหรือไม่ เวลาใด (ดูแบบฟอร์มที่แนบ)

จะมีหัวหน้าเจ้าหน้าที่เก็บเงินดูอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้จัดการหน่วยงานกลาง งานคลัง รุ่งเช้ากรรมการจะรองดูว่าจุดรับผิดชอบของใครอยู่ที่ใด เป็น double check

อย่างไรก็ตามในเรื่องของการตรวจสอบที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคลากร ซึ่งประกอบด้วย อดีตรองคณบดีฝ่ายการคลัง รศ.พญ.ลักขณา โพชนุกูล ประธานคณะกรรมการดำเนินงานคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ (ในขณะนั้น) รศ.พญ.สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ กรรมการฯ แพทย์

พยาบาล คนไข้ จากแผนกกุมารเวชศาสตร์, จักษุ, ปู คอ จมูก, อาชรรกรรม, ศัลยกรรม, ออร์โท- ปีดิกส์, อดุพหรี, โรคผิวหนัง พอจะเห็นภาพของการให้แนวคิดเกี่ยวกับการตรวจสอบดังนี้

ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการตรวจสอบ โดยรวมแล้วน่าจะมีลักษณะดังนี้

1. เป็นระบบที่ชัดเจน มีมาตรฐานและกฎเกณฑ์ที่ดี เหมาะสมแก่่งานของแต่ละชนิด
2. เป็นแบบประเมิน แบบสอบถาม หรือ check list ที่เหมาะสม
3. ผู้ตรวจสอบต้องเป็นสาขาวิชาชีพเดียวกันหรือผู้ที่ผ่านการอบรมเพื่อตรวจสอบมาแล้ว
4. ผู้ตรวจสอบต้องลงไปสัมผัสสถานการณ์จริง ไม่ใช่ฟังจากรายงานอย่างเดียว ซึ่งข้อมูล

อาจถูกบิดเบือนได้

5. หากพบว่าผู้ถูกตรวจสอบสามารถทำงานตามวัตถุประสงค์แล้ว ก็น่าจะถือว่าผ่านการตรวจสอบได้

6. ผู้ตรวจสอบต้องเป็นคนมีคุณภาพ ซื่อสัตย์ เป็นธรรม เที่ยงตรง ไม่หลงตัวเอง
7. ต้องแจ้งล่วงหน้าก่อนการตรวจสอบ
8. มีคณะกรรมการตรวจสอบทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งชุดเดียวและ

หลายชุดตามความเหมาะสมของการตรวจสอบ

9. ให้ผู้รับบริการร่วมตรวจสอบในเรื่องการรักษาพยาบาล และมีส่วนร่วมกับแพทย์ด้วย
10. ที่สำคัญที่สุดคือ ทุกคนควรตรวจสอบตนเอง

จุดที่น่าตรวจสอบ

การเงิน ห้องยา วัสดุ การปฏิบัติของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทั่วไป

ปัญหาและอุปสรรค

หากทำอย่างโปร่งใสและแจ้งให้ผู้ปฏิบัติทราบอย่างชัดเจนแล้วไม่น่าจะมีปัญหา แต่คนที่ถูกตรวจสอบอาจมีสภาพเครียดบ้าง รวมทั้งเป็นการเพิ่มภาระงานด้วย เพราะจะต้องเตรียมงานสำหรับการตรวจสอบ

ความคาดหวังจากการตรวจสอบ

1. เห็นการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุง เพื่อนำไปสู่สิ่งที่ดีขึ้นในด้านของการบริการและวิธีการ
2. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้น
3. งานเป็นระบบมากขึ้น

4. เกิดการทำงานเป็นทีม มีมาตรฐานเดียวกัน โดยไม่ต้องใช้การเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรง และฉับพลัน

นโยบายที่ดีควรเป็นเช่นเดิม มี CEO ที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การตรวจสอบควรมีกำหนดการที่แน่นอน เช่น ทุก 6 เดือน ผู้ตรวจสอบควรมีความรู้ความชำนาญในเรื่องที่ตนจะตรวจสอบ หรืออยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน ไม่หลงตนเอง มีใจเป็นกลาง จริงจัง ซื่อตรง มีบรรทัดฐานในการตรวจสอบที่เหมาะสม

การตรวจสอบควรทำเป็นการสุ่มในช่วงเวลาที่เหมาะสม เช่น สุ่ม 10% ใน 1 วัน เพราะหากมากเกินไปก็ไม่ดี น้อยเกินไปก็ไม่ดี เพราะจะทำให้กว่าจะรู้ปัญหาที่ซ่อนเร้นเสียแล้ว อาจทำให้เกิดความเสียหายได้ ควรดูหน้าที่ที่เขาทำว่าเป็นไปตามที่ได้รับมอบหมาย หรือไม่โดยตรวจสอบเป็นข้อๆ

แม้การตรวจสอบจะเป็นเรื่องจำเป็น แต่ถ้าหากทุกอาชีพรักษามาตรฐานวิชาชีพของตนแล้ว การตรวจสอบก็ไม่จำเป็นต้องมี ที่ต้องใช้ระบบตรวจสอบเข้ามาเพราะคนไม่ซื่อสัตย์ การใช้หลักศาสนาพุทธมาปฏิบัติจะเป็นการแก้ไขระบบที่ดีและถูกต้องตรงจุดมากที่สุด คน (แพทย์) ที่ทำงานอย่างไม่ตรงไปตรงมา โดยเฉพาะเรื่องเงิน ก็เพราะละเลยหลักคำสอนของพระพุทธเจ้า ทำให้คนไม่รู้จักคำว่าพอ คำว่า "รวย" นั้นหมายถึง "พอ" หากวิชาชีพแพทย์ยังถือว่าคนยังไม่รวย แต่จะทำทุกอย่างเพื่อให้ได้เงินมากๆ แสดงว่าแพทย์คนนั้นยังไม่รู้จัก "พอ" มากกว่าที่จะบอกว่าตนเองยังไม่รวย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเขามองไม่เห็นจุดตรงนี้เลย จึงต้องหันมาพึ่งระบบตรวจสอบเพื่อให้คนไม่กล้ากระทำการทุจริตคอร์รัปชันได้อย่างง่ายดายคายนึก

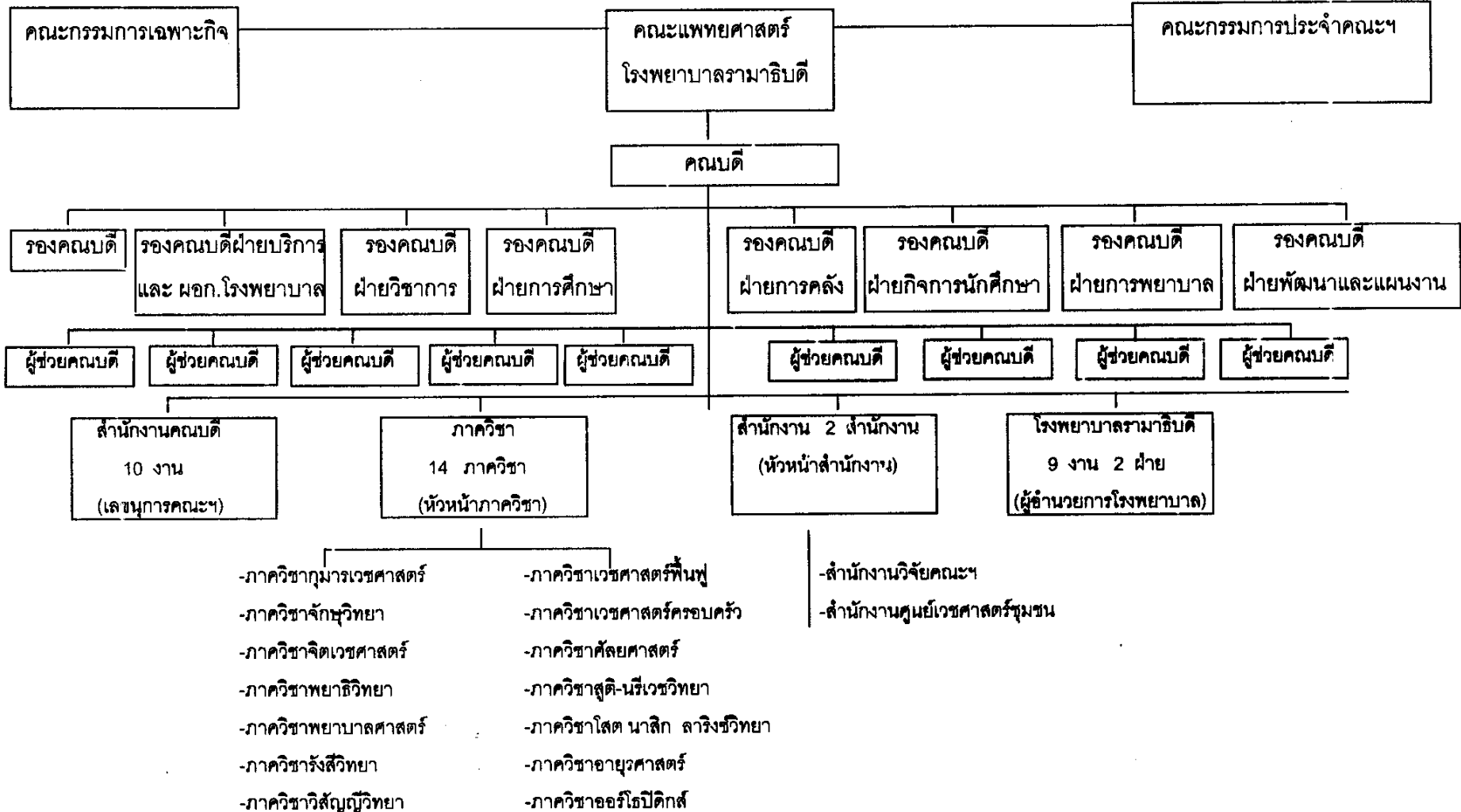
การตรวจสอบจำเป็นด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น มิฉะนั้นแล้วสังคมจะถูกขืนมาตรวจสอบเองเพื่อแสวงหาความเป็นธรรม

จากข้อมูลเบื้องต้นนี้คงจะต้องพิจารณาถึงลักษณะของหน่วยงานคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ว่าไม่ได้อยู่ภายใต้โครงสร้างที่เป็นการแบ่งส่วนราชการอย่างเป็นทางการ แต่เป็นการแบ่งภายในตามที่ตกลงกันเองโดยให้อยู่ภายใต้งานคลัง สังกัดสำนักงานคณบดี ที่มีรองคณบดีฝ่ายการคลังเป็นผู้รับผิดชอบ จึงอาจทำให้มองเห็นแบบอย่างแนวการบริหารงานที่เป็นอิสระจากระบบราชการ อันจะเป็นตัวอย่างในการนำออกนอกระบบราชการของคณะฯในอนาคตตามนโยบายของรัฐบาลต่อไป

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าการทำงาน, ยอดผู้ป่วย มี.ค.-ก.ค. 41 กับ มี.ค.-ก.ค. 40

หน่วยงาน	ค่างาน		ผู้ป่วย		ส.ป.ส. ผป./ค่างาน
	มี.ค.-กค.40	มี.ค.-กค.41	มี.ค.-กค.40	มี.ค.-กค.41	
OET	1,422	1,398	14,138	10,205	0.73
OEY	2,989	2,451	23,741	15,712	0.81
OPD	1,391	1,326	13,010	10,266	0.83
ODM	1,110	1,313	10,231	11,865	0.98
OSU	1,495	1,264	9,673	7,365	0.90
ORP	1,180	925	9,175	5,901	0.82
OPS	344	242	1,079	870	1.15
MDF	380	348	3,194	3,459	1.18
OGY1	868	886	4,736	3,830	0.79
OGY2	227	492	917	2,291	1.15
OGY3	331	348	1,874	1,858	0.94
OMD	1,142	1,727	9,057	11,761	0.86
OFM	791	878	7,648	6,908	0.81
R-	1,746	1,680	8,708	6,692	0.80
รวม	15,416	15,278	117,181	98,983	0.85

โครงสร้างการบริหาร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



ตารางที่ 3 : คุณภาพของบริการทางการแพทย์ที่ได้รับจากการตรวจ

รายการ	เด็ก	อายุ 1	ผิวน้ำ	สูติ-นรีเวช	หัวใจ	จิตเวช	ตา	หู คอ จมูก	ศัลยกรรม	กระดูก	เอ็กซเรย์	ครอบครัว	รวม (2540)	รวม (2538)	รวม (2537)	รวม (2539)
3.1 แพทย์อธิบายรายละเอียดของโรค																
ไม่ตอบ	3	4	3	4	7	15	6	8	3	4	4	4	5			(8/402)
ไม่ได้อธิบาย	7	8	10	2	8	3	2	9	3	5	2	9	6	2.4	1.3	22.6
อธิบายแต่ไม่ค่อยเข้าใจ	5	10	13	4	12	9	7	8	8	10	7	12	8			21.4
อธิบายและเข้าใจดี	85	78	74	90	73	74	84	76	86	81	88	74	81			56
3.2 แพทย์อธิบายรายละเอียดของการรักษา																
ไม่ตอบ	7	5	3	5	9	17	6	11	5	7	3	8	6			(14/396)
ไม่ได้อธิบาย	8	5	11	2	11	3	3	8	4	6	2	10	6			13.4
อธิบายแต่ไม่ค่อยเข้าใจ	5	12	13	4	6	9	7	9	4	7	7	5	8			22.2
อธิบายและเข้าใจดี	80	78	73	88	74	71	84	72	87	81	88	77	80			64.4
3.3 แพทย์อธิบายรายละเอียดของการใช้ยา																
ไม่ตอบ	6	6	4	6	12	9	10	9	7	8	6	7	7			(21/389)
ไม่ได้อธิบาย	16	17	19	6	22	3	11	19	13	24	4	24	16			45.8
อธิบายแต่ไม่ค่อยเข้าใจ	5	6	10	3	4	6	5	9	5	3	2	3	5			16.5
อธิบายและเข้าใจดี	73	71	67	84	61	81	74	63	76	65	88	66	71			37.8
3.4 ผู้จ่ายยาอธิบายการใช้ยา																
ไม่ตอบ	11	10	10	13	22	12	13	17	15	15	11	17	13			
ไม่ได้อธิบาย	36	52	49	42	43	36	37	34	30	30	25	46	40	21.3	10.2	
อธิบายแต่ไม่ค่อยเข้าใจ	8	7	4	4	12	3	11	7	4	8	8	3	7			
อธิบายและเข้าใจดี	45	31	36	41	23	48	39	42	52	46	56	34	40			

3. คุณภาพของบริการทางการแพทย์ที่ได้รับจากการตรวจครั้งนี้ ในกลุ่มที่ไม่ตอบจะ assume the worst ถือว่าเกรงใจไม่ตอบ จึงรวมอยู่ ในกลุ่มไม่ได้มาตรฐาน

3.1 และ 3.2 มี 11-12% ที่แพทย์ไม่ได้อธิบายรายละเอียดของโรค หรือการรักษา สัดส่วนนี้สูงขึ้นเมื่อเทียบกับปี 38 = 2.4% และ 1.3% ในปี 37 ทั้งสองข้อนี้มี 8% ที่แพทย์อธิบายแล้วแต่ไม่ค่อยเข้าใจอันอาจจะเป็นจากอธิบายน้อยไป หรือใช้คำพูดที่ยากเกินไป

3.3 23% แพทย์ไม่ได้อธิบายรายละเอียดการใช้ยา และ 5% อธิบายแต่ไม่ค่อยเข้าใจ

3.4 53% ของผู้จ่ายยาไม่ได้อธิบายการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 10.2% ในปี 37 และ 21.3% ในปี 38 มีเพียง 37% ที่อธิบาย และ 7% อธิบายแต่ไม่ค่อยเข้าใจ เมื่อวิเคราะห์ข้อ 3.1-3.4 แยกกลุ่มไม่พบว่าการศึกษาคติ หรือจำเอง หรือข้าราชการจะมีความคาดหวังหรือระดับการรับรู้แตกต่างกัน ยกเว้นกลุ่มการศึกษาสูงและมีประกันสุขภาพ มีสัดส่วนที่ไม่ได้รับการอธิบายเรื่องยาน้อยกว่ากลุ่มการศึกษาต่ำกว่า อาจจะเนื่องจากมีความคาดหวังสูงกว่ากลุ่มอื่น

ผลสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ

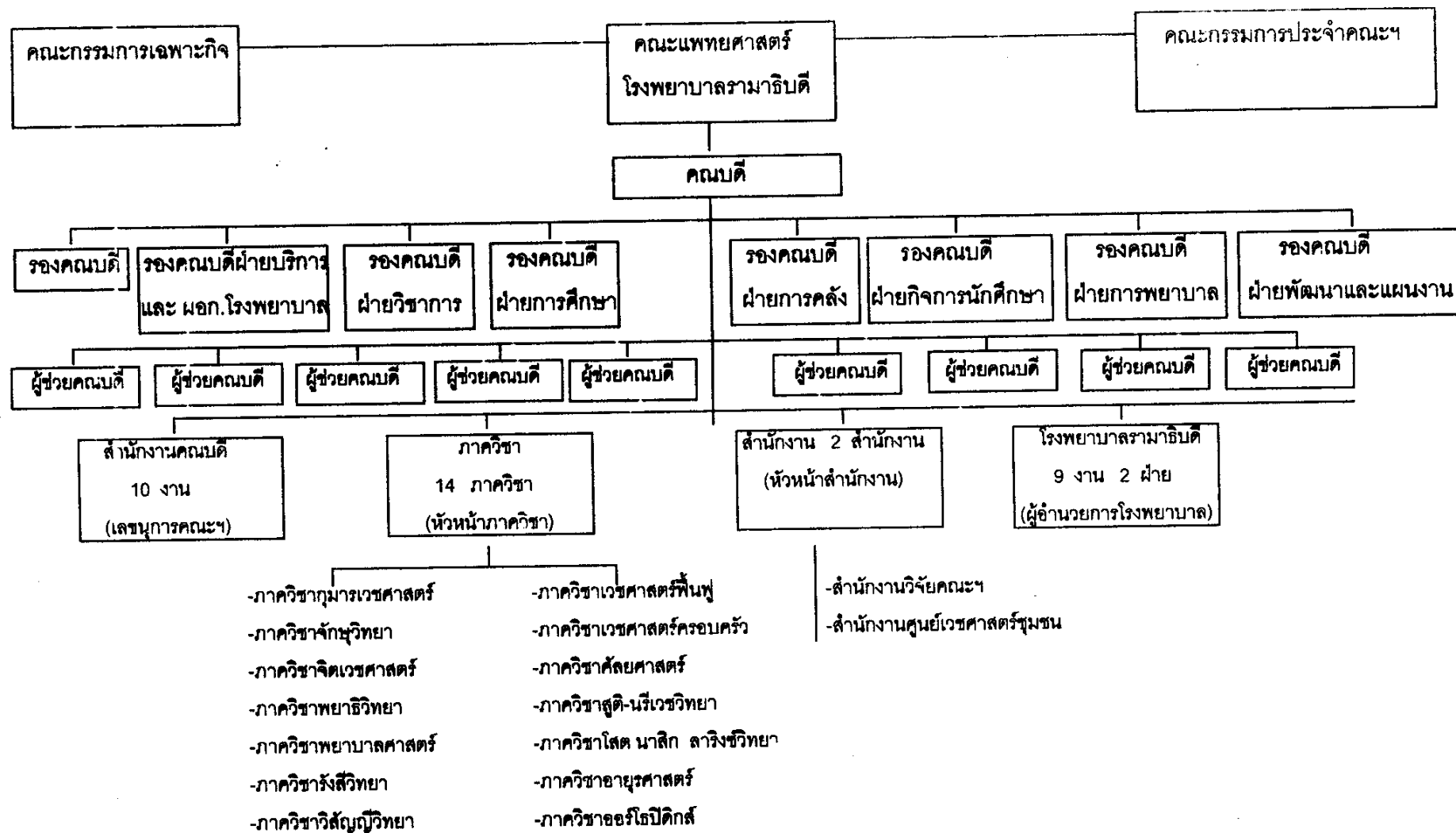
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

วันที่ 15, 16, 24, 25 กค., 4, 23 ต. 2540

ตารางที่ 1 : ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถามแยกตาม OPD (ร้อยละ)

รายการ	เด็ก	อายุร	ผิวหนัง	สูติ-นรีเวช	หัวใจ	จิตเวช	ตา	หู คอ จมูก	ทันตกรรม	กระดูก	อวัยวะ	ครอบครัว	รวม (2540)	รวม (2538)	รวม (2537)	ศาส.(2539)
ผู้ให้บริการ	762	440	498	361	201	55	778	662	503	443	333	403	5439			%
ผู้ตอบแบบสอบถาม (คน)	371	286	356	189	118	33	282	310	157	234	34	122	2492	670	956	OB 29.5
(%)	49	65	71	52	59	60	36	47	31	53	10	30	46			405 Surg 35.1
1.1 ที่อยู่ ไม่ค่อย	2	2	2	4	3	6	2	3	3	1	0	0	2			Med 16.5
1.1.1 รพ. - รพ. อยุธยาไทย, สุทธิ	15	8	9	8	8	6	10	14	6	11	12	10	11			GP 18.9
- เขตอื่น ๆ	58	56	67	62	48	55	57	55	57	59	38	61	58			
2. ปริมาณพล	20	20	17	17	27	24	18	20	17	20	35	19	19			
3. อื่น ๆ	5	14	5	8	14	9	12	9	17	10	15	10	9			
1.2 เพศ - ชาย	44	41	11	1	36	29	29	40	32	33	32	33	30			
- หญิง	56	57	87	98	63	68	70	59	68	65	66	67	69	67	71	68.60%
1.3 อายุเฉลี่ย (ปี)	30	50	41	44	54	40	47	46	47	51	48	47	45			
1.4 อาชีพ ไม่ตอบ	7	6	6	2	3	10	12	3	4	3	6	2	5			
รับจ้าง	11	13	12	14	10	10	7	12	13	8	4	8	11			
ธุรกิจส่วนตัว	9	11	4	9	19	10	13	12	6	10	4	4	10			
ข้าราชการ+รัฐวิสาหกิจ	58	50	65	70	42	61	47	60	56	52	75	71	57	0	83	
อื่น ๆ	16	20	14	6	26	10	20	13	21	26	10	15	17			
1.5 จบการศึกษา ไม่ตอบ	15	15	8	14	11	28	15	16	11	14	9	20	14			11.60%
ต่ำ (ประถม)	8	11	5	14	18	6	10	8	15	14	17	6	10			23.8+20.8%
กลาง (มัธยม+อนุปริญญา)	28	26	24	18	32	28	31	23	23	21	30	23	25			40.3+3.5%
สูง (ปริญญา+สูงกว่า)	49	49	63	53	39	39	44	53	52	51	43	50	50			
1.6 เคยใช้บริการเฉลี่ย (ครั้ง) / 6 เดือน	2.6	3.5	3.2	3.4	3.1	3.2	3.9	3	2.8	3.5	2.8	2.6	3.1	3.7	-	
ไม่เคยใช้บริการ (21.24%)														(1-15)	22.8	11 18.90%

โครงสร้างการบริหาร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



(ร่าง)

รายงานผลการวิจัย

เรื่อง

**“ระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การสำหรับการพัฒนานโยบาย
เพื่อปรับปรุงระบบการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ
: กรณีศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี”**

คำนำ

การศึกษา เรื่อง “ระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การสำหรับการพัฒนา นโยบายเพื่อปรับปรุงระบบการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ : กรณีศึกษามหาวิทยาลัยอิสระ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี” เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย “ระบบการติดตามและประเมินผลการ บริหารองค์การสำหรับการพัฒนา นโยบายเพื่อปรับปรุงระบบการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ” ซึ่งได้รับ ทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยผลการศึกษารูปแบบการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินของมหาวิทยาลัยอิสระนี้ คาดว่าจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเตรียมการที่จะมีโรงพยาบาลนำร่องเป็นโรงพยาบาลอิสระ เพื่อให้โรง พยาบาลมีความคล่องตัว มีอิสระ ในการบริหารจัดการ ภายใต้การสนับสนุนด้านงบประมาณที่เหมาะสม รวมทั้งการสร้างเกณฑ์การติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลในทุกๆด้าน เพื่อสร้างความมั่นใจและเป็น หลักประกันต่อรัฐบาลซึ่งเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณและต่อสังคม คือประชาชนผู้รับบริการ ว่าการ ดำเนินการใด ๆ ภายใต้ความมีอิสระขององค์กรนั้นจะต้องมีหลักประกันว่าจะต้องมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและประหยัด รวมทั้งก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ คือ มีความเท่าเทียม มี คุณภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้

ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งที่จะรวบรวมรูปแบบของการติดตาม ตรวจสอบและประเมินผล ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยี สุรนารี ในทุกๆด้านเพื่อนำสู่การตั้งเคราะห์ให้ได้รูปแบบที่จะสามารถ ประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขดังที่กล่าวมา

คณะผู้ศึกษาขอขอบพระคุณท่านอธิการบดี (ศาสตราจารย์ ดร.วิจิตร ศรีธำณ) ท่านรอง อธิการบดีฝ่ายบริหาร (รองศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร สืบคำ) ท่านรองอธิการบดีฝ่ายวางแผน (รอง ศาสตราจารย์ ดร.พงษ์ชาญ ณ ลำปาง) ท่านคณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ (รองศาสตราจารย์ นาย แพทย์วิฑูร โอสถานนท์) หัวหน้างานตรวจสอบภายใน (อาจารย์วารี เชื้อปรง) พนักงาน ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีทุกท่าน ที่กรุณาอนุญาตให้คณะผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูล การสละเวลา เพื่อการสัมภาษณ์ และมอบเอกสารอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษา โดยเฉพาะ คุณเนื่องนิจ ณ ลำปาง คุณจิตตานันท์ ดิกุล ซึ่งได้ช่วยเหลือในการติดต่อประสานงาน จนกระทั่งการศึกษาสำเร็จลง ได้ด้วยดี

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

บทที่ 1 บทนำ

วิวัฒนาการขององค์การ	6
ภูมิหลังของมหาวิทยาลัย	7
ปณิธาน	8
ปรัชญาและวัตถุประสงค์	8
ภารกิจหลักขององค์การ	9
การพัฒนาระบบงาน	9
การปฏิรูประบบบริหาร	10
ผลที่คาดหวัง	11
ผลสัมฤทธิ์ตามคาดหวัง	11
โครงสร้างการจ้องค์กร	12
ระบบการติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลของ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	15

บทที่ 2 ระบบการตรวจสอบภายในของมหาวิทยาลัย เทคโนโลยีสุรนารี

วัตถุประสงค์ทั่วไปของการตรวจสอบภายใน	18
องค์กรดำเนินงาน	18
กฎ ระเบียบในการดำเนินงาน	21
ขั้นตอนการดำเนินงานตรวจสอบภายใน	22
การติดตามด้านการเงิน บัญชีและทรัพย์สิน	25
การติดตามด้านพัสดุ	27
การติดตามด้านการปฏิบัติการ	27
การติดตามด้านคอมพิวเตอร์	28
กลยุทธ์และเทคนิคการตรวจสอบ ของหน่วยตรวจสอบภายใน	29
การตรวจรอบภายนอก	31

บทที่ 3 ระบบการประเมินการบริหารงานบุคคล

หลักการบริหารงานบุคคลของ-

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี 33

การบริหารงานบุคคล 34

การประเมินผล 35

บทที่ 4 ระบบการประเมินด้านวิชาการ

และการประกันคุณภาพ

หลักสูตร 38

วัดการประสพการประเมินผลด้านวิชาการ 43

บทที่ 5 ระบบการติดตามด้านการดำเนินงาน

งานวางแผนและประเมินผล 45

งานวิจัยสถาบันและสารสนเทศ 46

เอกสารอ้างอิง 48

ภาคผนวก

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1 แสดงรูปแบบของการรวมบริการประสานภารกิจ	10
แผนภูมิที่ 2 แสดงรูปแบบการถ่ายโอนงานให้ภาคเอกชน	10
แผนภูมิที่ 3 การแบ่งส่วนราชการของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	13
แผนภูมิที่ 4 การจัดองค์กร	14
แผนภูมิที่ 5 ความสัมพันธ์กับหน่วยงานภายนอก	15
แผนภูมิที่ 6 ระบบการตรวจสอบของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	17
แผนภูมิที่ 7 โครงสร้างของหน่วยตรวจสอบภายใน	19
แผนภูมิที่ 8 DFD ของหน่วยตรวจสอบภายใน	20
แผนภูมิที่ 9 องค์กรและการบริหารงานบุคคล	34
แผนภูมิที่ 10 โครงสร้างการจัดหลักสูตรระดับปริญญาตรี	39
แผนภูมิที่ 11 โครงสร้างของระบบการประกันคุณภาพการศึกษา	43
แผนภูมิที่ 12 โครงสร้างการแบ่งงานส่วนแผนงาน	44

บทที่ 1

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บทนำ

วิวัฒนาการขององค์กร

แนวความคิดเกี่ยวกับมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ มีจุดประสงค์ เพื่อบ่งเน้นความคล่องตัว มีอิสระทางด้านการวิชาการ ด้านบริหาร ลดขั้นตอนการทำงาน ตรวจสอบได้และโปร่งใส ซึ่งแนวคิดดังกล่าว มีวิวัฒนาการเป็น 2 ช่วง ในช่วงแรกเริ่มปรากฏครั้งแรกเมื่อมีการก่อตั้งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยขึ้นตรงต่อพระมหากษัตริย์ ต่อมาย้ายไปขึ้นตรงต่อกระทรวงศึกษาธิการ ทำให้สูญเสียความเป็นเอกเทศต้องปฏิบัติตามระเบียบราชการ จะกระทำในนามตนเองไม่ได้ ต้องให้กรมมหาวิทยาลัยซึ่งเป็นนิติบุคคลกระทำการแทน (ดร.ภาวิช ทองโรจน์, มปป) ทั้ง ๆ ที่จุฬาฯ มีความพยายามและยืนยันความคิดเรื่องการจัดตั้งมหาวิทยาลัยที่ไม่เป็นส่วนราชการ แต่การผลักดันดังกล่าวไม่ประสบผลสำเร็จ จุฬาฯ จึงเป็นมหาวิทยาลัยเป็นส่วนราชการ ต่อมา ในปี 2476 ได้เกิดมหาวิทยาลัยแห่งที่สองของไทยคือ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และการเมือง ซึ่งเลือกที่จะไม่อยู่ในระบบราชการ แต่มีรูปแบบของ “ตลาดวิชา” มีฐานะเป็นนิติบุคคลทำการได้เองไม่ต้องขึ้นกับกรมมหาวิทยาลัย บุคลากรไม่มีสถานภาพเป็นข้าราชการ มีคณะกรรมการมหาวิทยาลัยเป็นองค์กรหลักในการบริหาร มีอิสระจากระบบราชการเต็มที่ เช่น ด้านการเงิน มหาวิทยาลัยได้จัดหาทุนโดยการร่วมลงทุนต่างๆ เช่น ถิ่นหินในธนาคารพาณิชย์ ทำการซื้อขายแร่ดีบุก (ดร.ภาวิช ทองโรจน์, มปป) และธรรมศาสตร์ก็ไม่ได้อยู่ในระบบราชการมาโดยตลอด จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2502 เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการเมือง รัฐบาลได้รวมมหาวิทยาลัยทุกแห่งให้ขึ้นกับสำนักนายกรัฐมนตรี และได้มีการกำหนดสถานภาพให้มหาวิทยาลัยเป็นส่วนราชการที่มีฐานะเทียบเท่ากรม และมีการพัฒนาการเป็นหน่วยราชการเต็มรูปแบบ ในปี พ.ศ. 2515 เปลี่ยนสังกัดขึ้นกับทบวงมหาวิทยาลัยของรัฐ และ พ.ศ.2520 สังกัด ทบวงมหาวิทยาลัย ดังนั้นมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์จึงต้องเข้าสู่ระบบราชการเช่นเดียวกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมทั้งมหาวิทยาลัยอื่น ๆ ที่ก่อตั้งต่อมาในภายหลัง

ต่อมาเริ่มมีการพูดถึงมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐอีก ในระหว่างปี 2507-2513 มหาวิทยาลัยทุกแห่งอยู่ในความดูแลของสภามหาวิทยาลัยแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี ในช่วงนี้ได้มีบุคคลสำคัญในวงการอุดมศึกษา อาทิ เช่น พลเอกเนตร เขมโยธิน (ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี) ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์ ดร.เกษม ศุภวรรณกุล ได้ร่วมกันคิดเพื่อหาแนวทางพัฒนามหาวิทยาลัยสู่ความเป็นเลิศ ซึ่งได้ข้อยุติว่า จะต้องพัฒนาในรูปแบบของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐบาล คือยังเป็นมหาวิทยาลัยของรัฐอยู่ แต่ไม่อยู่ในระบบราชการ ความไม่ทันสมัยของมหาวิทยาลัยกับรัฐบาล คือ ต้องตอบสนองนโยบายของรัฐ และรัฐบาลมีพันธะในการให้เงินอุดหนุนมหาวิทยาลัย เพราะเป็นของรัฐ โดยระบบการจัดสรรเงิน

อุดหนุนมหาวิทยาลัยในรูปแบบที่เป็นเงินก้อน (Block Grant) เพื่อให้มหาวิทยาลัยสามารถใช้จ่ายเงินได้คล่องตัวขึ้น ไม่ต้องทำตามกฎระเบียบของกระทรวงการคลัง มหาวิทยาลัยสามารถสร้างกฎ ระเบียบขึ้นมาได้เอง สำหรับค่านบุคลากรจะต้องไม่เป็นข้าราชการ แต่เป็นพนักงานของรัฐ ที่มีเงินเดือนและค่าตอบแทนแข่งขันกับตลาดแรงงานได้

ต่อมา ปี พ.ศ. 2515 มีการจัดตั้งทบวงมหาวิทยาลัย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเตรียมมหาวิทยาลัยไปสู่ความเป็นอิสระและประสงค์ที่จะเห็นงานต่างๆ ยุติในระดับทบวงฯ และในระดับมหาวิทยาลัยให้มากที่สุด แต่ในทางปฏิบัติจะมีกฎหมายอื่นและอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องทำให้ถูกตีความหรือได้รับการปฏิบัติในทางที่ไม่สามารถยุติได้ในระดับทบวงฯ

จะเห็นว่าตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาแนวคิดที่จะผลักดันให้มหาวิทยาลัยเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับและ ไม่เป็นส่วนราชการนั้นได้ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน และดร.เกษม สุวรรณกุล เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องยืนยันทลอด คือ มหาวิทยาลัยถ้าอยู่ในระบบราชการจะบรรลุความเป็นเลิศไม่ได้ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2534 นายกรัฐมนตรีในขณะนั้นคือ ฯพณฯ นายอานันท์ ปันยารชุน ได้ให้ข้อสรุปว่ามหาวิทยาลัยจะเจริญไม่ได้ ถ้าอยู่ในระบบราชการ จึงเกิดเป็นนโยบายที่ชัดเจนและเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ของวงการอุดมศึกษาไทย

จากความชัดเจนดังกล่าวได้รับการสานต่อจนประสบผลสำเร็จเป็นรูปธรรม เมื่อศาสตราจารย์ ดร.วิจิตร ศรีสอ้าน ซึ่งนับว่าเป็นคลื่นลูกหลัง และได้เสนอรูปแบบของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งในวันที่ 8 เมษายน 2532 ได้มีการจัดคณะรัฐมนตรีสัญจรไปประชุมที่จังหวัดขอนแก่น ซึ่งภายหลังการชี้แจงของศาสตราจารย์ ดร.วิจิตร ศรีสอ้าน แล้ว ครม.ได้เห็นชอบในหลักการมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งแรกจึงได้ก่อเกิดขึ้นนับแต่วันนั้นเป็นต้นมา จนกระทั่ง วันที่ 31 กรกฎาคม 2533 ได้มีพระราชบัญญัติจัดตั้งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เป็นนิติบุคคล นับจนถึงปัจจุบัน (วิจิตร ศรีสอ้าน, 2534)

ภูมิหลังมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 ได้มีนโยบายกระจายอำนาจทางการศึกษาระดับอุดมศึกษาไปสู่ภูมิภาคและชนบท ดังนั้นในปี พ.ศ. 2527 ทบวงมหาวิทยาลัยจึงได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นคณะหนึ่งเพื่อพิจารณาความเหมาะสมของการจัดตั้งมหาวิทยาลัยขึ้นใหม่ ซึ่ง มีทั้งหมด 4 แห่ง คือภาคเหนือ 1 แห่ง ภาคใต้ 1 แห่งและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 แห่ง คือที่จังหวัดอุบลราชธานีและที่จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งในเบื้องต้นทบวงมหาวิทยาลัยได้มอบหมายให้มหาวิทยาลัยขอนแก่นจัดตั้งเป็นวิทยาลัยในสังกัดมหาวิทยาลัยขอนแก่น ต่อมาในภายหลัง รัฐบาลซึ่งมี ฯพณฯ พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรี ได้เล็งเห็นความจำเป็นในการเร่งรัดให้จัดตั้งมหาวิทยาลัยในส่วนภูมิภาค โดยให้มีศักยภาพและความพร้อมที่จะตอบสนองต่อความต้องการการพัฒนา ดังนั้นคณะรัฐมนตรีจึงได้มีมติ เมื่อวันที่ 13 กันยายน 2531 ให้เปลี่ยนโครงการจัดตั้งวิทยาลัยในสังกัด

มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่จังหวัดนครราชสีมา เป็นโครงการจัดตั้งมหาวิทยาลัยเอกเทศ โดยมีศาสตราจารย์ ดร.วิจิตร ศรีสอ้าน เป็นประธานคณะกรรมการจัดตั้ง และใช้ชื่อว่า มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เพื่อเน้นถึงความสอดคล้องของลักษณะเด่นของมหาวิทยาลัยกับแนวโน้มของความต้องการของการพัฒนาประเทศ และทิศทางการจัดการอุดมศึกษาของประเทศในอนาคต และในวันที่ 27 กรกฎาคม พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้ทรงลงพระปรมาภิไธยในพระราชบัญญัติ จัดตั้งโครงการดังกล่าว มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จึงได้ยึดถือเป็นวันสถาปนามหาวิทยาลัยสืบต่อมา (มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. นปป.)

ปณิธานของมหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้รับการสถาปนาขึ้นเป็นมหาวิทยาลัยของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการอยู่ในกำกับของรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทย เป็นเมืองมหาวิทยาลัยที่มุ่งเสริมสร้างความคล่องตัวและประสิทธิภาพในการบริหาร ส่งเสริมเสรีภาพทางวิชาการในการดำเนินงานเป็นชุมชนทางวิชาการ ที่เป็นแหล่งรวมผู้รู้ ผู้เรียน และสรรพวิทยาการ ด้านศิลปศาสตร์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่มีคุณภาพ ประโยชน์ต่อบุคคลและสังคม

มหาวิทยาลัยแห่งนี้ มีปณิธานอันมั่นคงที่จะดำรงความเป็นเลิศในทุกภารกิจ พัฒนาคุณภาพชีวิต มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการสะสม และสร้างภูมิรู้ ภูมิธรรม และภูมิปัญญา เพื่อพัฒนามนุษยชาติชั่ววันรันดร์

ปรัชญาและวัตถุประสงค์หลักขององค์การ

เป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐบาลมีความเป็นอิสระ คล่องตัวและมีประสิทธิภาพการดำเนินงานสูง โดยยึดหลักการปกครองตนเองให้การดำเนินงานต่าง ๆ ขึ้นสุดในระดับมหาวิทยาลัยให้มากที่สุด และให้มีการควบคุมจากหน่วยงานภายนอกน้อยที่สุดเท่าที่เป็น เป็นรูปแบบของการกระจายอำนาจสูงสุด

นโยบาย

1. ด้านการบริหาร มีการสร้างองค์การบริหารที่มีกลไกการดำเนินงานที่มีความคล่องตัว มีประสิทธิภาพ สามารถสนองตอบความต้องการของชุมชนและสังคม มีระบบบริหารงานบุคคลที่เอื้อต่อการเลือกสรรบุคลากรที่มีประสิทธิภาพสูง เพื่อให้เป็นเลิศทางวิชาการและมีประสิทธิภาพสูงในการปฏิบัติหน้าที่
2. ด้านการจัดการศึกษา มหาวิทยาลัยมีบทบาทในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์โดยร่วมมือกับภาคเอกชน และขยายโอกาสได้รับการศึกษาไปยังกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งจัดกิจกรรมศึกษาให้สวามิภักดิ์ที่เสริมสร้างทักษะ ส่งเสริมให้เข้าใจในบรรค วัฒนธรรม สามารถวิเคราะห์ทักษะที่จำเป็นในยุคสังคมสารสนเทศ

3. **ด้านการวิจัยและพัฒนา** มหาวิทยาลัยมีกลไกการบริหารและวิจัยที่มีประสิทธิภาพ มีทิศทางการวิจัยที่ชัดเจนเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อการพึ่งตนเอง ตลอดจนให้กิจกรรมทางวิจัยที่ส่งเสริมบทบาทของประเทศในนานาชาติและระดับโลก โดยให้เทคโนโลยีมีบทบาทสำคัญในภารกิจด้านการวิจัยและพัฒนาของมหาวิทยาลัย
4. **ด้านการบริการวิชาการ** มหาวิทยาลัยมีกลไกสำหรับการให้บริการทางวิชาการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสนองความต้องการของชุมชนและภาคการผลิต

ภารกิจหลักขององค์การ โดยยึดหลักรวมบริการ ประสานภารกิจ มุ่งใช้ทรัพยากรและความชำนาญร่วมกันในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ การจัดการการศึกษา การวิจัย การปรับเปลี่ยน ถ่ายทอดและพัฒนาเทคโนโลยี การบริการวิชาการแก่สังคม การทะนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และกิจการนักศึกษา

การพัฒนาระบบงาน

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีมีฐานะเป็นมหาวิทยาลัยของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการและไม่เป็นรัฐวิสาหกิจ เป็นนิติบุคคล ที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการทบวงมหาวิทยาลัย มีรูปแบบเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐบาล ตามพระราชบัญญัติระเบียบปฏิบัติราชการทบวงมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2533 มีลักษณะการจัดโครงสร้างและระบบบริหารที่ยึดหลักการกระจายอำนาจที่มีลักษณะของการปกครองตนเอง (Self Governance) โดยให้การตัดสินใจ วินิจฉัยสั่งการ สิ้นสุดในระดับองค์การบริหารสูงสุดของมหาวิทยาลัยให้มากที่สุด (Autonomy)

มหาวิทยาลัยจึงต้องพัฒนาระบบบริหารงานที่เป็นของตนเอง ทั้งในด้านด้านการบริหารงานบุคคล การเงิน วิชาการ และการจัดการทั่วไป ตามความเหมาะสมของภารกิจของมหาวิทยาลัย โดยในช่วง ปี พ.ศ.2533-2536 ได้มีการพัฒนาระบบและระเบียบสำคัญๆ ดังนี้

1. **ระบบการเงินและทรัพย์สิน** ได้รับงบประมาณเงินอุดหนุนทั่วไป ซึ่งต้องรายงานการเงินและการตรวจสอบภายหลัง (Post Auditing) มีระบบบัญชีกองทุนที่ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ช่วยและวางระเบียบการเงินและทรัพย์สินขึ้นใช้เป็นของมหาวิทยาลัย

2. **ระบบบริหารงานบุคคล** มีการจัดวางระบบบริหารงานบุคคลที่เหมาะสมกับกิจการ โดยยึดระบบคุณธรรม หลักการเข้ายากออกง่าย และการแข่งขันได้กับตลาดการจ้างงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้ระบบบริหารงานของมหาวิทยาลัยสามารถดึงดูดและรักษาผู้มีความรู้ความสามารถสูงเข้ามาเป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัย

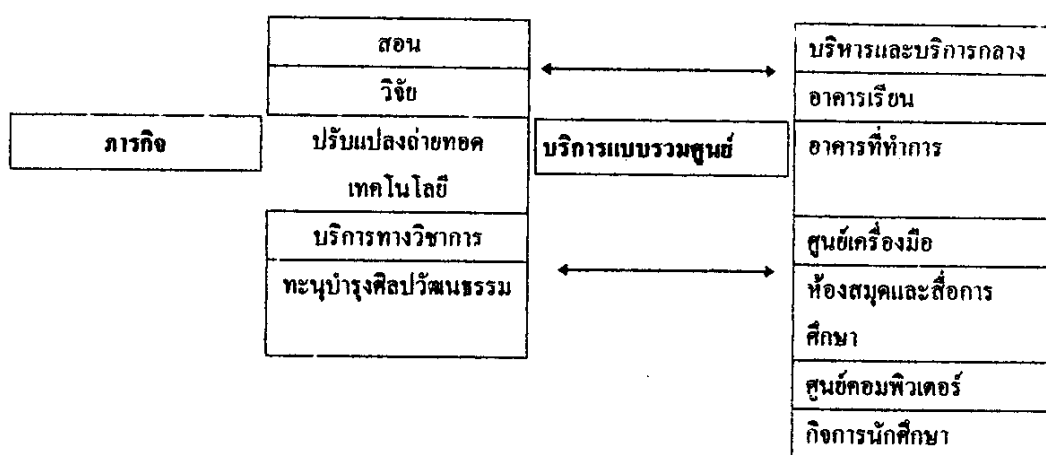
3. **ระบบบริหารวิชาการ** มีการจัดวางระเบียบการศึกษาและระบบบริหารวิชาการที่เอื้อต่อการผสมผสานทางวิชาการในลักษณะพหุวิทยาการ (Multi-Disciplinary) และบูรณาการ (Integration) รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางทฤษฎี และการปฏิบัติในลักษณะของสหกิจศึกษา

(Co-Operative Education) การทำงานเป็นทีมและการใช้เทคโนโลยีเพื่อเสริมคุณภาพและประสิทธิภาพทางวิชาการ

การปฏิรูประบบ (Re-Inventing) ระบบบริหาร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้จัดโครงสร้างการบริหารเพื่อให้เอื้อต่อการบริหารงาน ด้วยการ

1. ปรับโครงสร้างการบริหารงาน ให้มีลักษณะที่ เน้นองค์การแนวราบ (Flat Organization) เน้นองค์กรที่กะทัดรัดมีประสิทธิภาพสูง แบบจืดแต่แจ๋ว ยึดหลักรวมบริการ ประสานภารกิจ ยึดหลักการโอนถ่ายงานและการร่วมลงทุนกับภาคเอกชน (Privatization & Joint Venture)

แผนภูมิที่ 1 รูปแบบของการรวมบริการประสานภารกิจโดยใช้ทรัพยากรและความชำนาญร่วมกัน



แผนภูมิที่ 2 แสดงการถ่ายโอนงานให้ภาคเอกชน (Privatization)

การจ้างเหมาบริการ		ให้ออกงานเข้า ดำเนินการ		ร่วมทุน (Joint Venture)
- ขนรับอาหาร		- จัดทำอาหาร		- นิเทศน์บริษัท NTU-Thailand
- การรักษาความสะอาด		- จัดทำสิ่งของเครื่องใช้		- นิเทศน์บริษัท Hyper Media Publishing
- การเก็บขยะ		- บริการถ่ายเอกสาร		- นิเทศน์บริษัท นครราชสีมา อินเตอร์เนต
- การดูแลสวน		- ซักผ้า		- โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
- รถยนต์		- ธนาคาร		
- ออกแบบควบคุมงานก่อสร้าง				
- การซ่อมบำรุง				

2. ปรับโครงสร้างทางวิชาการ โดยการ เน้นบูรณาการ จัดส่วนงานวิชาการแบบ Clustering
 ยึดภาคพัฒนา (Development Sector) มากกว่าจัดเป็นคณะ และภาควิชาตามแนวเดิม เน้นการจัด
 องค์กรพหุวิทยาการ (Multidisciplinary Organization)

ผลที่คาดหวัง

1. สามารถพัฒนาองค์กรและระบบงานที่เหมาะสมกับกิจการของมหาวิทยาลัย
2. ลดระเบียบข้อบังคับที่ผูกมัดมัดตัว ไม่เหมาะสมกับการบริหารมหาวิทยาลัย
3. ลดขั้นตอนการทำงาน
4. สามารถใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดและประหยัด
5. การบริหารงานที่มีประสิทธิภาพก่อให้เกิดคุณภาพ และช่วยให้มหาวิทยาลัยกระทำ
 ภารกิจบรรลุความเป็นเลิศทางวิชาการได้สะดวกขึ้น

สัมฤทธิ์ผลตามความคาดหวัง

1. สามารถพัฒนาระบบงานที่เป็นของตนเอง เหมาะสมกับกิจกรรมมหาวิทยาลัย
 ทั้งบริหาร วิชาการ และบริการ
2. สร้างปัจจัยคุณภาพได้ตั้งแต่ระยะแรก ได้แก่คุณภาพคณาจารย์สูงกว่าเกณฑ์ทบวงฯ มี
 คณาจารย์วุฒิปริญญาเอกสูงสุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศและการพัฒนาเทคโนโลยีที่
 ทันสมัยสำหรับรองรับภารกิจด้านต่างๆ
3. สามารถพัฒนามหาวิทยาลัยให้เติบโต ก้าวหน้า และทำภารกิจได้ครบถ้วนใน
 เวลาที่รวดเร็ว โดยสามารถ
 - เปิดสอนปริญญาตรี - โท -เอก และหลักสูตรนานาชาติได้ทันทีที่เปิดสอนปีแรก
 - ดำเนินภารกิจด้านการวิจัย บริการทางวิชาการถ่ายทอดเทคโนโลยีและทะนุบำรุง
 ศิลปวัฒนธรรมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก
 - มีนวัตกรรมหลายอย่างเกิดขึ้น เช่น เทคโนโลยี สหกิจศึกษา การรับนักศึกษาโดยไม่
 มีการสอบคัดเลือก
 - ได้รับคัดเลือกจาก สกว. เข้าร่วมการผลิตนักวิจัยกาญจนาภิเษก
 - การรวมบริการ ประสานภารกิจ การถ่ายโอนงานให้ภาคเอกชน และการใช้
 เทคโนโลยีที่เหมาะสมทำให้บุคลากรน้อย ลดปัญหาซ้ำซ้อน ลดปัญหาการบริหาร
 และประหยัด
4. สามารถพัฒนาความเป็นสากลได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

โครงสร้างการองค์การ

การจัดโครงสร้างและการจัดส่วนงานของมหาวิทยาลัย ยึดตามภารกิจหลัก 5 ด้าน คือ งานบริหารและธุรการ งานสอน งานวิจัยและพัฒนา งานบริการวิชาการและงานทะนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ดังนั้นการจัดโครงสร้างองค์การจึงแบ่งเป็น

1. **สำนักงานอธิการบดี** มีภารกิจหลักด้านการประสานนโยบายของมหาวิทยาลัยในทุก ๆ ด้าน รวมทั้งภารกิจในด้านงานบริหารและธุรการ โดยประสานงานกับส่วนงานบริหารในสำนักวิชา ศูนย์และสถาบัน

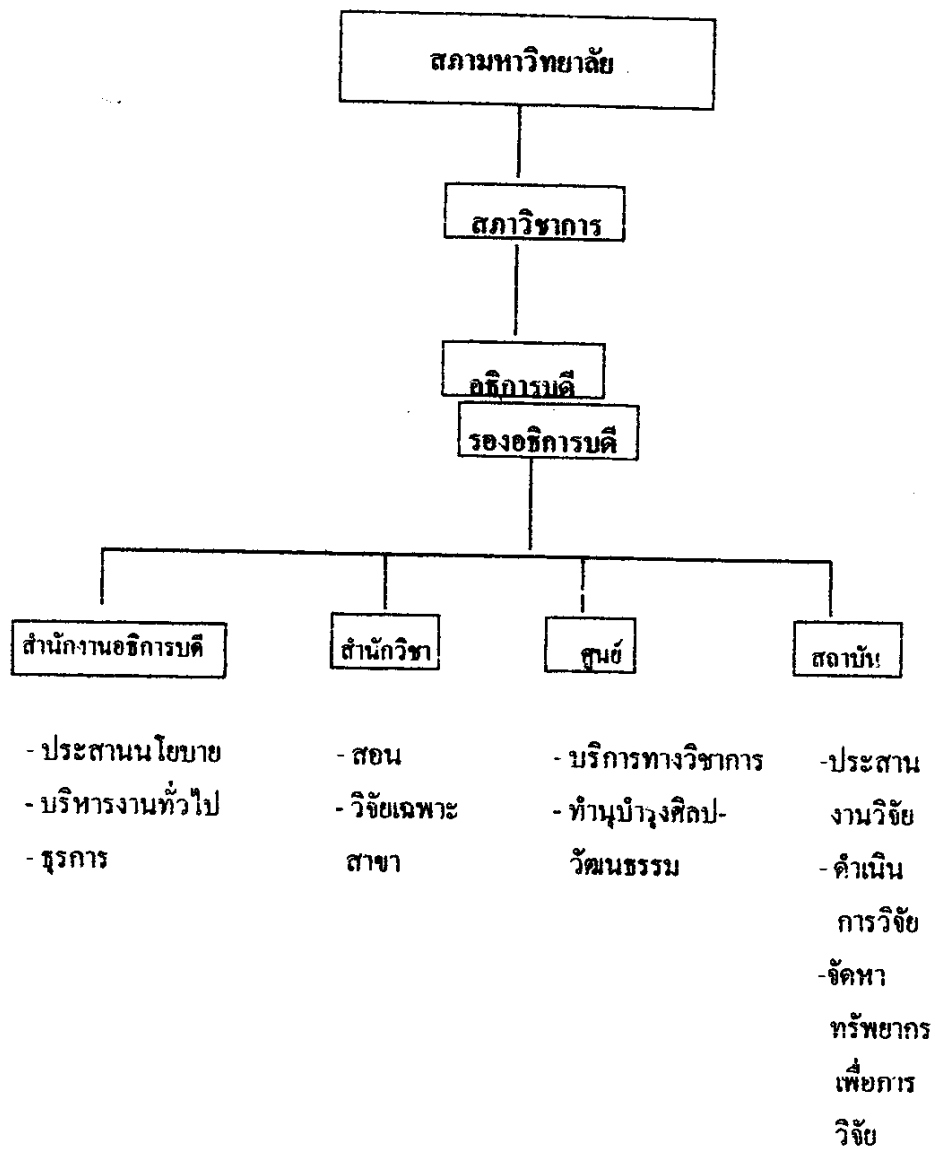
2. **สำนักวิชา** มีภารกิจหลักด้านการสอนและการวิจัย โดยในแต่ละสำนักวิชาประกอบด้วยสาขาวิชา และมีสถานวิจัยเป็นแหล่งปฏิบัติการวิจัยของคณาจารย์ในสำนักวิชานั้น ๆ

3. **สถาบัน** มีภารกิจหลักด้านการดำเนินการและประสานงานกิจกรรมวิจัยและพัฒนาของมหาวิทยาลัย ทั้งที่เป็นโครงการวิจัยของสถาบันเองและที่เป็นโครงการวิจัยของสถานวิจัยในแต่ละสำนักวิชา ตลอดจนเป็นสื่อกลางในการประสานกิจกรรมวิจัยและพัฒนาระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย

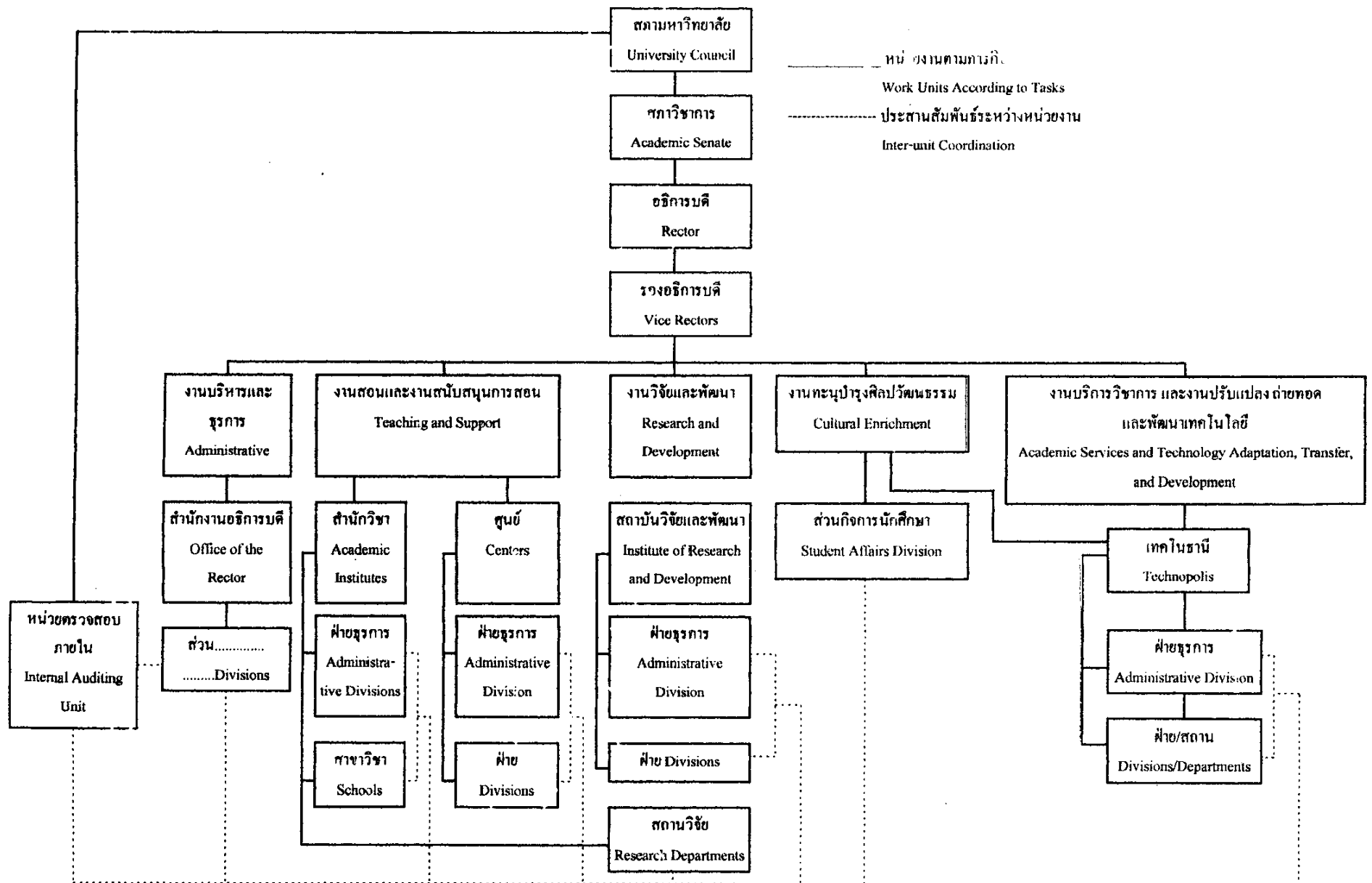
4. **ศูนย์** มีภารกิจหลักด้านการบริการวิชาการให้แก่หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย และการทะนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมของชุมชนและของประเทศ โดยอาจดำเนินงานในรูปแบบโครงการต่าง ๆ

นับถึงสิ้นปีการศึกษา 2536 มหาวิทยาลัยได้จัดหน่วยงานประกอบด้วย หนึ่งสำนักงาน หกสำนักวิชา ห้าศูนย์ และหนึ่งสถาบัน โดยมีการแบ่งส่วนงานดังแผนภูมิที่ 3

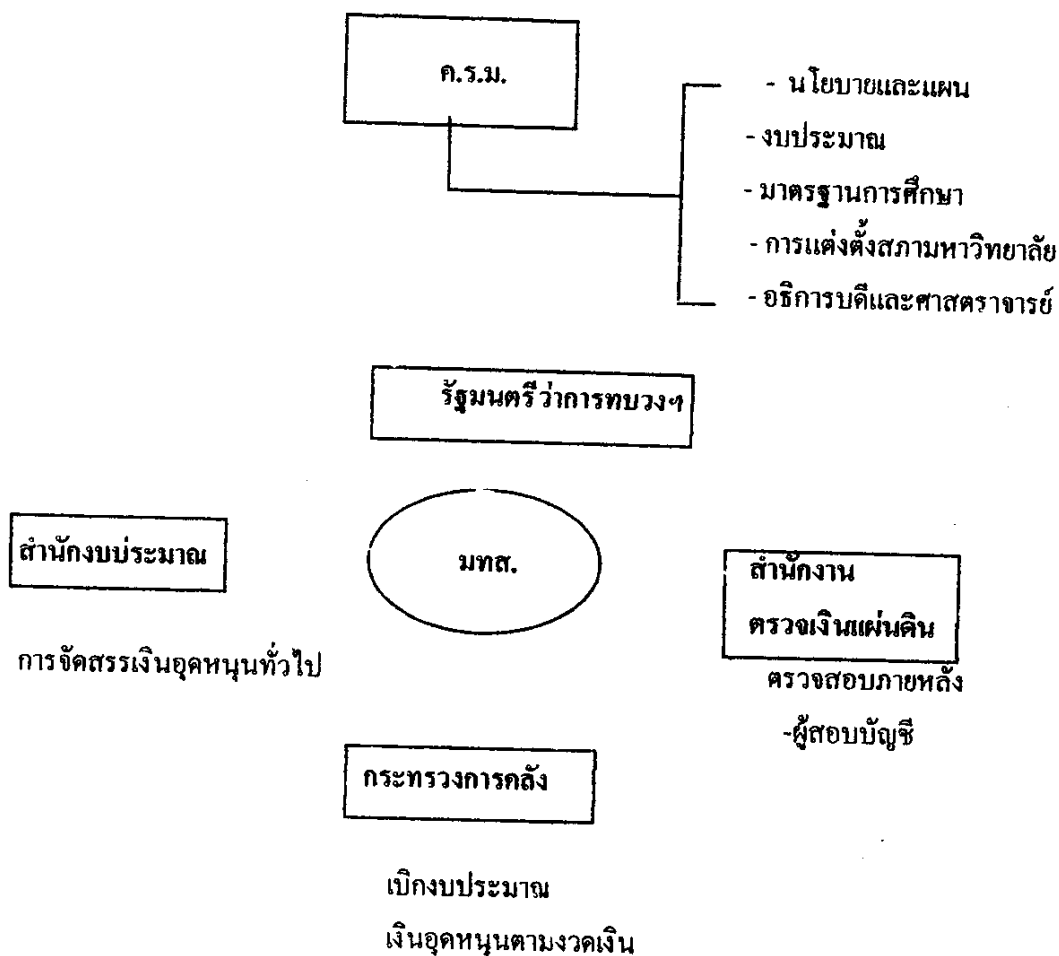
แผนภูมิที่ 3 การแบ่งส่วนราชการของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



แผนภูมิที่ 4 การจัดองค์กร/ORGANIZATIONAL STRUCTURE



แผนภูมิที่ 5 ความสัมพันธ์กับภายนอก



ระบบการติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เนื่องจากมหาวิทยาลัยได้วางระบบบริหารงานภายในไว้ทั้งสิ้น 4 ระบบ คือ

1. จัดระบบและวางระเบียบการเงินและทรัพย์สิน
2. จัดระบบบริหารงานบุคคล
3. จัดระบบงานวิชาการ
4. จัดระบบและวางระเบียบบริหารงานทั่วไป

และหากพิจารณาถึงแหล่งที่มาของรายได้และการบริหารงบประมาณของมหาวิทยาลัยซึ่งมีความแตกต่างจากระบบราชการคือ แหล่งที่มาของรายได้ของมหาวิทยาลัยได้รับงบประมาณและการเงินอุดหนุนจากรัฐบาล รวมทั้งรายได้จากแหล่งอื่นๆ ได้แก่ 1) เงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดให้

โดยมหาวิทยาลัยจะต้องจัดทำคำขอโดยมีรายละเอียดตามโครงสร้างงบประมาณแบบแผนงาน และเมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว จะได้รับจัดสรรเป็นเงินอุดหนุนทั่วไป ที่ไม่มีรายละเอียด (One Line Item) ซึ่งจะมีการตรวจสอบภายหลัง 2) เงินอุดหนุนและทรัพย์สินซึ่งมีผู้บริจาคให้มหาวิทยาลัย 3) ค่าธรรมเนียม ค่าบำรุง ค่าตอบแทน และค่าบริการต่างๆ 4) รายได้หรือผลประโยชน์ที่ได้จากการลงทุนและจากทรัพย์สินของมหาวิทยาลัย 5) รายได้หรือผลประโยชน์ที่ได้มาจากการใช้ที่ราชพัสดุ 6) รายได้อื่นๆ และการบริหารงบประมาณกระทำโดย 1) นำเงินอุดหนุนที่ได้รับรวมกับรายได้อื่นจัดทำเป็นงบประมาณรายจ่ายประจำปี เสนอต่อสภามหาวิทยาลัยเพื่ออนุมัติ 2) ใช้จ่ายได้ตามระเบียบการเงินของมหาวิทยาลัย ที่ออกโดยสภามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี 3) สิ้นสุดในระดับมหาวิทยาลัย 4) สามารถนำเงินที่ยังไม่ถึงคราวจ่ายหรือเงินสะสมไปลงทุนหรือหาผลประโยชน์ได้ (ตามระเบียบการเงินของมหาวิทยาลัย)

เนื่องจากมหาวิทยาลัยมีระบบการบริหารเงินรายได้และบริหารงบประมาณดังกล่าว โดยเฉพาะมีการทำงานการเงินแบบธุรกิจ จึงต้องมีระบบการตรวจสอบด้านการเงิน บัญชีและทรัพย์สิน เพื่อติดตามประเมินผลการบริหาร และการดำเนินการงบประมาณ ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้น จึงมีการวางระบบการติดตาม ตรวจสอบและประเมินผล ตามระบบการบริหารงานภายใน จำแนกเป็น 4 ระบบ คือ

1. ระบบการตรวจสอบภายใน ซึ่งประกอบด้วยระบบหลัก คือ การตรวจสอบด้านการเงิน บัญชีและทรัพย์สิน และระบบย่อย คือ การตรวจสอบพัสดุ การตรวจสอบการปฏิบัติการ และการตรวจสอบคอมพิวเตอร์

ทั้งนี้ การตรวจสอบภายใน (Internal Auditing) จะอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยตรวจสอบภายในของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และมีการตรวจสอบซ้ำจากภายนอก (External Auditing) โดยสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.)

2. ระบบการประเมินผลด้านบุคลากร ซึ่งในความรับผิดชอบของส่วนการเจ้าหน้าที่
3. การประเมินผลด้านวิชาการและการประกันคุณภาพ ซึ่งในความรับผิดชอบของส่วนส่งเสริมวิชาการ
4. การประเมินผลการดำเนินงานอื่นๆ ซึ่งในความรับผิดชอบของส่วนแผนงาน

บทที่ 2

ระบบการตรวจสอบภายในของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

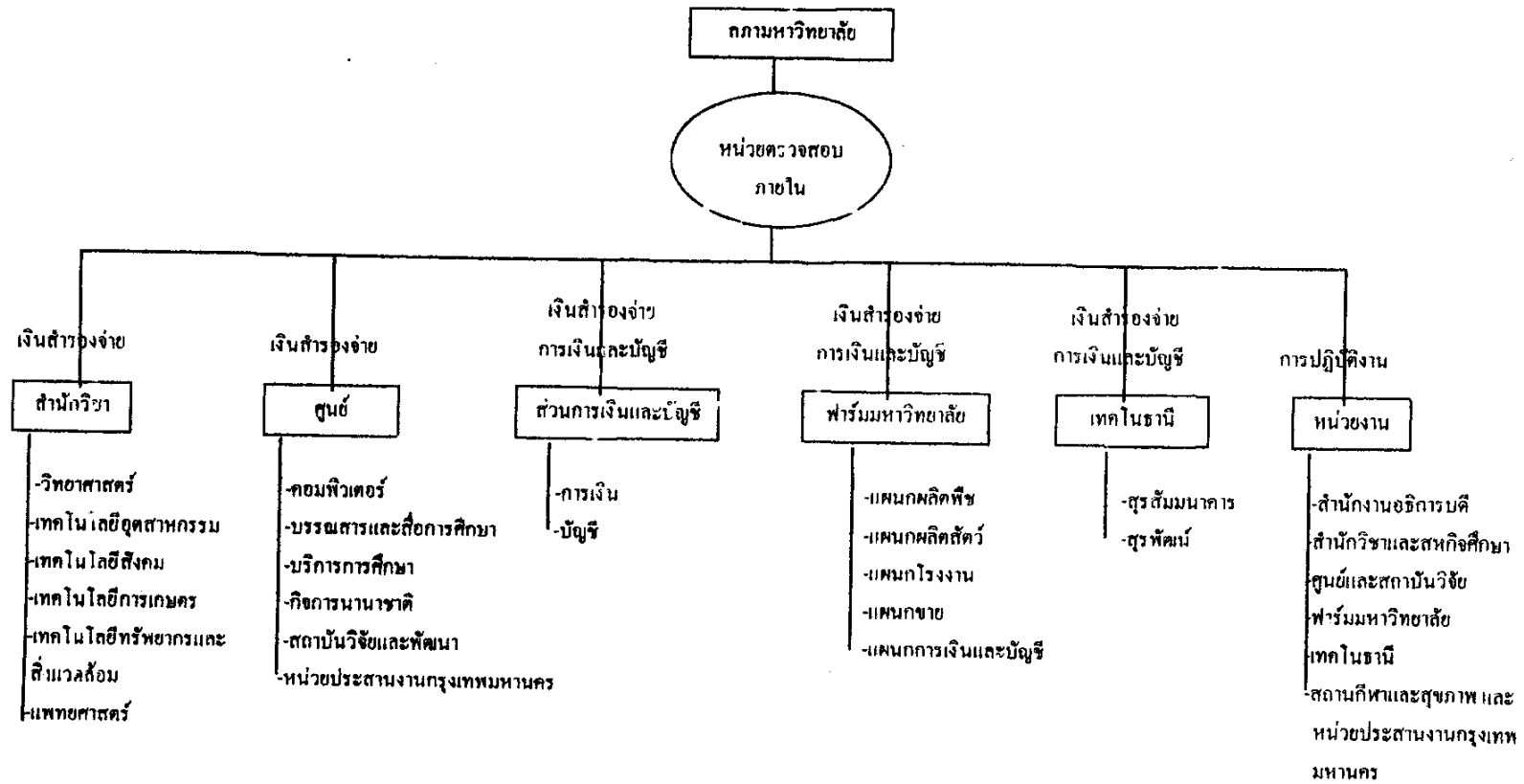
วัตถุประสงค์ทั่วไปของการตรวจสอบภายใน

1. เพื่อพิสูจน์ความถูกต้องและเชื่อถือได้ของข้อมูลและตัวเลขต่าง ๆ ทางด้านการเงิน การบัญชี และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติงานของหน่วยรับตรวจ ว่าเป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ คำสั่ง มติสภามหาวิทยาลัย และนโยบายที่กำหนด
3. เพื่อสอบทานระบบการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจว่าเพียงพอ และเหมาะสม
4. เพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะหรือแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และประหยัด
5. เพื่อให้ผู้บังคับบัญชา ได้ทราบปัญหาจากการปฏิบัติงาน ของผู้ใต้บังคับบัญชา และสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์

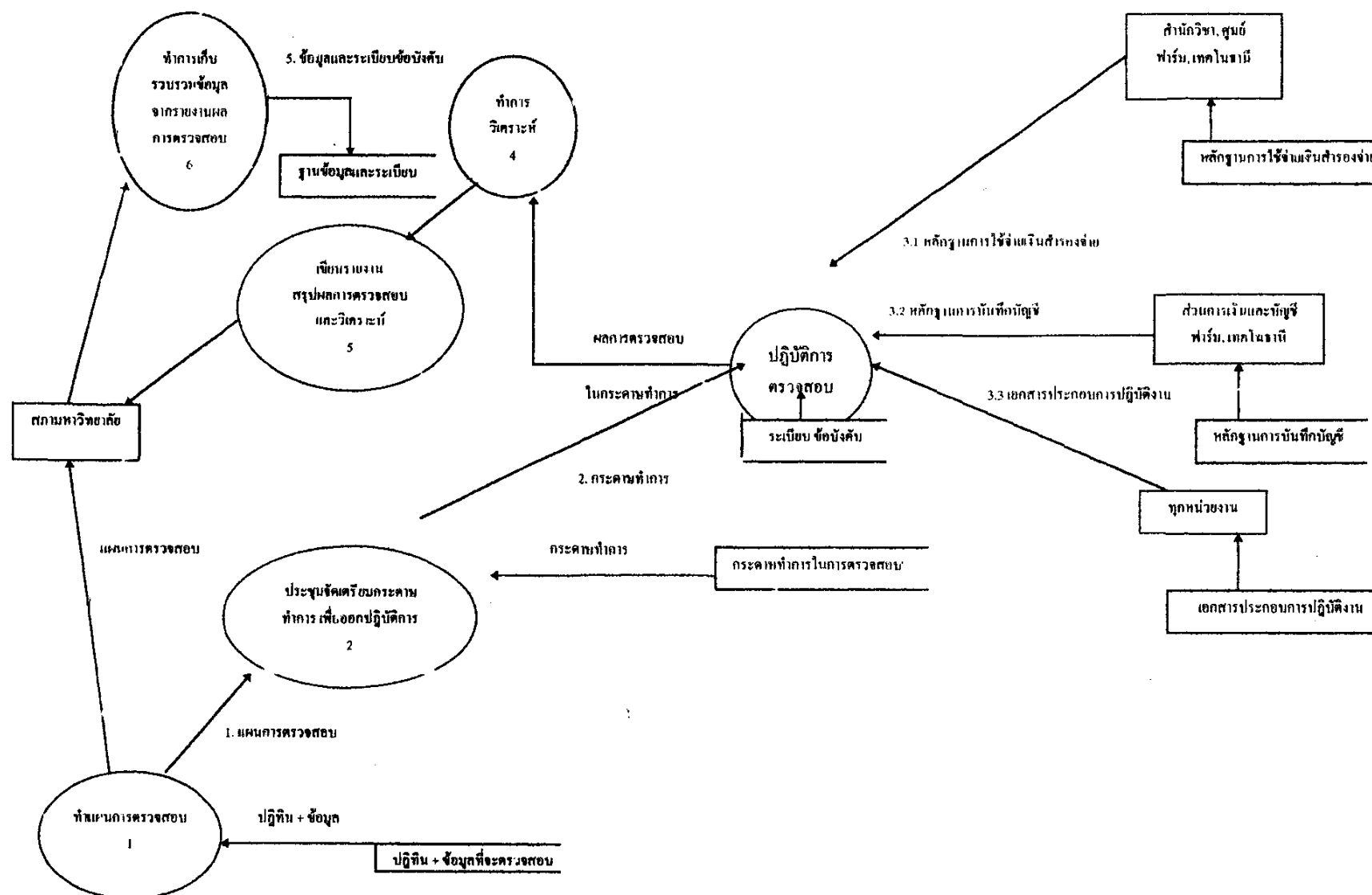
องค์การการดำเนินงาน

โดยหน่วยตรวจสอบภายในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เป็นหน่วยงานอิสระ ขึ้นตรงต่อสภามหาวิทยาลัย ซึ่งภาระงานของหน่วยตรวจสอบ ในช่วงแรก คือประมาณปี พ.ศ.2536 - 2537 ยังมีปัญหาไม่มากนัก การตรวจสอบจึงมุ่งเน้นที่การเงิน บัญชีเป็นหลัก จนกระทั่งปี พ.ศ.2538 - 2539 ภาระงานเพิ่มมากขึ้นทั้งในด้านงบประมาณและปัญหาอื่นๆ หน่วยตรวจสอบภายใน จึงขยายผลการตรวจสอบเพื่อให้ครอบคลุมภารกิจอื่นๆของมหาวิทยาลัย ซึ่งประกอบด้วย การตรวจสอบการปฏิบัติงานกิจการภายในของมหาวิทยาลัย ด้านบัญชี การเงิน การพัสดุ คอมพิวเตอร์ ระบบการบริหารและการดำเนินการ

แผนภูมิที่ 7 โครงสร้างของงานตรวจสอบภายใน มทส.



แผนภูมิที่ 8 DFD ของการตรวจสอบภายใน มทส.



กฎ ระเบียบ ในการ ปฏิบัติงาน

ในช่วงเริ่มต้น มหาวิทยาลัยได้ดำเนินโดยมอบหมายให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ในการวาง พื้นฐาน กฎ ระเบียบ ในการปฏิบัติงานการตรวจสอบภายในของมหาวิทยาลัย แต่ภายหลังที่เริ่มนำ กฎ ระเบียบมาใช้ปฏิบัติ พบว่าไม่สอดคล้องกับการบริหารงานของมหาวิทยาลัย และมีปัญหาในการปฏิบัติ ตามแนวทางหรือรูปแบบการตรวจสอบที่ผู้เชี่ยวชาญได้วางไว้ไม่สามารถกระทำได้ ดังนั้น หน่วยตรวจสอบภายในจึงได้ดัดแปลงจากกฎเกณฑ์ของกระทรวงการคลัง โดยได้ปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับการ บริหารของมหาวิทยาลัย โดยตัดรายการงานให้สิ้นสุดที่สภามหาวิทยาลัย

ปัจจุบันหน่วยตรวจสอบภายใน ได้จัดทำระเบียบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีว่าด้วยการ ตรวจสอบภายใน พ.ศ.2541 โดยประกาศของสภามหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2541 มีผลบังคับ ใช้ตั้งแต่ วันที่ 1 ต.ค. 2541 เป็นต้นมา และเพื่อให้การดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจสอบภายในของ หน่วยตรวจสอบภายในเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ จึงมีการกำหนดมาตรฐานการตรวจสอบภายในของมหาวิทยาลัย โดยได้แบ่งเป็นแต่ละหมวด ดังนี้ (รายละเอียดในภาคผนวก)

หมวด 1 มาตรฐานทั่วไป

หมวด 2 มาตรฐานการปฏิบัติงาน

หมวด 3 มาตรฐานการรายงาน

หมวด 4 มาตรฐานการประเมินประสิทธิภาพการควบคุมภายใน

หมวด 5 มาตรฐานการรายงาน (รายละเอียด)

หมวด 6 มาตรฐานการวางแผนการตรวจสอบและแผนงานตรวจสอบ

หมวด 7 มาตรฐานการทำการระดมทำการ

ซึ่งในระเบียบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีว่าด้วยการตรวจสอบภายในทบาทของผู้ตรวจสอบ ภายในไว้ดังนี้

1. ตรวจสอบความถูกต้องและเชื่อถือได้ของข้อมูลและตัวเลขต่าง ๆ ด้วยเทคนิค หรือวิธีการ ตรวจสอบที่ยอมรับโดยทั่วไป ปริมาณมากน้อยตามความเหมาะสม โดยคำนึงถึงการควบคุมภายใน ความสำคัญของเรื่องที่จะตรวจสอบ วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบ และระยะเวลา
2. ตรวจสอบการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบริหารงบประมาณ การบริหารการเงินและบัญชี การ บริหารพัสดุและทรัพย์สิน การบริหารงานด้านอื่น ๆ ของมหาวิทยาลัยให้เป็นไปตามระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่ง มติสภามหาวิทยาลัย มติสภามหาวิทยาลัยและนโยบาย
3. ตรวจสอบการดูแลรักษาทรัพย์สินและการใช้ทรัพยากรทุกประเภทว่าเป็นไปโดยมี ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และประหยัด
4. ประเมินผลการปฏิบัติงานตาม (2) ว่าปฏิบัติตามหน้าที่และความรับผิดชอบที่ได้รับมอบ หมายอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และประหยัด

5. เสนอแนะวิธีหรือมาตรการในการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้การปฏิบัติงานตาม (2) เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และประหยัดยิ่งขึ้น
6. เสนอแนะวิธีการป้องกันการรั่วไหลหรือการทุจริตเกี่ยวกับการเงินและทรัพย์สินต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัย
7. ประสานงานกับสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน
8. ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบภายใน

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบภายใน

ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ กระดาษทำการ คอมพิวเตอร์ แบบฟอร์มที่ใช้ในแต่ละหน่วยงาน การสังเกต การตรวจสอบจากเอกสาร การบันทึกรายงาน การทำบัญชี

ทรัพยากรและการใช้จ่าย

งบประมาณที่ใช้ในการตรวจสอบภายใน ในกรณีที่เป็นการตรวจสอบภายในตามปกติ จะไม่ใช้งบประมาณ ยกเว้นการไปตรวจสอบเงินสำรองจ่ายของหน่วยประสานงานที่กรุงเทพฯ การจัดอบรม และงบประมาณด้านคอมพิวเตอร์

ในด้านอัตรากำลังของหน่วยตรวจสอบภายในมีผู้ตรวจสอบ 4 คน (รวมหัวหน้าหน่วย) โดยทุกคนมีพื้นความรู้ทางการบัญชี ปัจจุบันได้เพิ่มตำแหน่งพนักงานด้านคอมพิวเตอร์เพื่อช่วยงานจัดทำฐานข้อมูลของหน่วยตรวจสอบภายใน นอกจากนั้นเป็นเจ้าหน้าที่ธุรการเพื่อช่วยเหลืองานด้านสารบรรณ

ขั้นตอนการดำเนินงานตรวจสอบภายใน แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน

1. ขั้นตอนก่อนตรวจสอบ

1.1 ศึกษาขอบข่ายงานที่รับผิดชอบ คือหน่วยรับตรวจและเรื่องที่จะตรวจ ซึ่งในการปฏิบัติงานของหน่วยตรวจสอบภายใน จะครอบคลุมทุกๆหน่วยงานของมหาวิทยาลัย การตรวจสอบจะวิเคราะห์ถึงมาตรฐานของการทำบัญชี จุดคุ้มทุน รวมทั้งวิเคราะห์งบการเงินเพื่อดูว่าจุดไหนเป็นจุดที่ไม่ประหยัด ซึ่งในบางครั้งผู้ปฏิบัติ หรือผู้ทำบัญชีจะขาดความรู้และความเข้าใจในการจัดทำรายงาน และบัญชี ทางหน่วยจะเข้าไปช่วยในการวางรูปแบบ และเป็นที่ปรึกษาในการจัดทำรายงานดังกล่าว

หน่วยรับตรวจ ประกอบด้วย

ส่วนการเงินและบัญชี

เทคโนโลยี

ฟาร์มมหาวิทยาลัย

สวนพฤกษ

ส่วนอาคารสถานที่

ส่วนสารบัญและนิติกร

ส่วนการเจ้าหน้าที่

ส่วนแผนงาน

ส่วนกิจการนักศึกษา

ส่วนประชาสัมพันธ์

ส่วนส่งเสริมวิชาการ

สหกิจศึกษา

สถานกีฬาและสุขภาพ

สำนักวิชาเทคโนโลยีการเกษตร

สำนักวิชาเทคโนโลยีทรัพยากร

สำนักวิชาเทคโนโลยีและสังคม

สำนักวิชาเทคโนโลยีอุตสาหกรรม

สำนักวิชาเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์

สำนักวิชาเทคโนโลยีแพทยศาสตร์

ศูนย์กิจการนานาชาติ

ศูนย์คอมพิวเตอร์

ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ศูนย์บรรณสาร และสื่อการศึกษา

ศูนย์บริการการศึกษา

หน่วยประสานงานกรุงเทพมหานคร

สถาบันวิจัยและพัฒนา

ประเด็นที่ตรวจสอบ

- 1) ตรวจสอบเงินสำรองจ่าย
- 2) ตรวจสอบการเงิน การบัญชี
- 3) ตรวจสอบพัสดุ
- 4) ตรวจสอบการพัฒนาระบบสารสนเทศ
- 5) บริหารและดำเนินการ

6) อื่น ๆ ที่มหาวิทยาลัยมอบหมาย

1.2 ศึกษารายละเอียดของมหาวิทยาลัยเรื่องกฎ ระเบียบ ข้อบังคับและนโยบาย

1.3 กำหนดวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบ ซึ่งจะแตกต่างกันขึ้นกับการกิจของหน่วยรับ
ตรวจ

1.4 วางแผนการตรวจสอบ (Audit Plan) ซึ่งเป็นแผนการปฏิบัติงานที่ผู้ตรวจสอบจัดทำไว้ล่วงหน้าว่าจะตรวจสอบเรื่องใด ด้วยวัตถุประสงค์อะไร ที่หน่วยรับตรวจใด และ ณ เวลาใด รวมทั้งการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยตรวจสอบภายในของหน่วยรับตรวจ และการกำหนดงบประมาณที่ใช้ในการปฏิบัติงานตรวจสอบ ทั้งนี้เพื่อสอบถามความก้าวหน้าของงานตรวจสอบเป็นระยะๆ และเพื่อให้งานตรวจสอบดำเนินไปอย่างราบรื่นทันตามกำหนดเวลา

ในการวางแผนการตรวจสอบ ผู้ตรวจสอบจะดำเนินการโดย

- 1) จัดลำดับความสำคัญของหน่วยรับตรวจและเรื่องที่จะตรวจสอบ โดยพิจารณาจาก กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ มติสภามหาวิทยาลัย มติสภาวิชาการ นโยบายและคำสั่งของมหาวิทยาลัย เรื่องที่มีผลกระทบต่อการทำงานของหน่วยรับตรวจ และเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชน
- 2) พิจารณาความถี่ของการตรวจสอบ ซึ่งจะขึ้นกับความสำคัญของงานตามข้อ 1
- 3) พิจารณาจำนวนคน / วัน ที่จะทำการตรวจสอบแต่ละเรื่อง และแต่ละหน่วยรับตรวจ

แผนการตรวจสอบ จัดทำขึ้น 2 แผน คือ

- 1) แผนการตรวจสอบระยะยาว เป็นแผนที่มีระยะเวลาดังแต่ 1 ปี ขึ้นไป ทั้งนี้จะครอบคลุมถึงหน่วยรับตรวจที่อยู่ในความรับผิดชอบทั้งหมด และต้องสอดคล้องกับนโยบายของมหาวิทยาลัย
 - 2) แผนการตรวจสอบประจำปี เป็นแผนที่มีระยะเวลา 1 ปี ซึ่งต้องวางให้สอดคล้องกับแผนการตรวจสอบระยะยาวและนโยบายของมหาวิทยาลัย
- ทั้งนี้ผู้รับผิดชอบในการวางแผนคือหัวหน้าหน่วยตรวจสอบภายใน ภายใต้การดูแลของเลขานุการสภามหาวิทยาลัย (รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร)

การเสนอแผนการตรวจสอบ ผู้ตรวจสอบต้องเสนอแผนการตรวจสอบต่ออธิการบดีเพื่อเสนอนายกสภามหาวิทยาลัยพิจารณาอนุมัติ โดยแผนตรวจสอบระยะยาว เสนอภายในเดือนกรกฎาคมก่อนปีงบประมาณแรกของแผนระยะยาว ส่วนแผนการตรวจประจำปี เสนอภายในเดือนกันยายนของทุกปี และหากมีการปรับเปลี่ยนต้องได้รับการเห็นชอบและอนุมัติจากนายกสภามหาวิทยาลัยด้วย

1.5 จัดทำคู่มือการตรวจสอบภายในแต่ละส่วน ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ กำหนดแบบฟอร์มหรือกระดาษทำการ โดยใส่รหัส และกำหนดแบบสรุปผลการตรวจสอบ

1.6 ประชุมทีมงานเพื่อชี้แจงและแบ่งงานตามแผนและคู่มือการตรวจสอบ ในการมอบหมายงานตรวจสอบซึ่งจะมีการมอบงานเป็นลายลักษณ์อักษร และมีปฏิทินการปฏิบัติงานและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนซึ่งอาจเป็นรายบุคคลหรือคณะบุคคลแล้วแต่กรณี

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการตรวจสอบ

เมื่อมีการมอบหมายหน้าที่แล้วผู้ตรวจสอบจะปฏิบัติการตรวจสอบตามแผน โดยจะดำเนินการดังนี้ คือ

2.1 ตรวจสอบหลักฐาน เอกสาร รายงานทางการเงิน การบัญชี รวมทั้งหลักฐานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

2.2 ตรวจสอบหลักฐาน เอกสาร และรายงานให้เป็นไปตามนโยบาย แผนงานและโครงการตามวงจรการบริหาร คือการวางแผน การควบคุม การกำกับการปฏิบัติงานและการประเมินผล

2.3 ประเมินผลการปฏิบัติงานและการบริหารงานของมหาวิทยาลัย โดยพิจารณาถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและความประหยัด

นอกจากนั้นผู้ตรวจสอบต้องประเมินประสิทธิภาพการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจ ซึ่งประกอบด้วย แผนการจัดหน่วยงาน วิธีการปฏิบัติงาน และมาตรการต่างๆของหน่วยงาน ว่าเหมาะสมและเพียงพอสำหรับการดำเนินงานและการบริหารงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน และเพื่อพิจารณากำหนดขอบเขต และวิธีปฏิบัติงานตรวจสอบให้มีคุณภาพ รัดกุมและเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 ภายหลังการตรวจสอบ

3.1 ผู้ตรวจสอบสรุปผลการตรวจสอบและเสนอแนะในข้อสังเกตที่ควรปรับปรุงแก้ไข โดยก่อนรายงานจะมีการปรึกษากับหัวหน้าหน่วยรับตรวจก่อนเสนอรายงานคณายกสภามหาวิทยาลัย

3.2 การเสนอรายงานจะต้องครบถ้วนทุกปัญหา ถูกต้องตามความเป็นจริงรวมทั้งเสนอแนะแนวทางแก้ไขปรับปรุงงานของมหาวิทยาลัยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยใช้ถ้อยคำคำที่รัดกุมและเข้าใจง่าย

3.3 ผู้ตรวจสอบจะเสนอรายงานการตรวจสอบคณายกสภามหาวิทยาลัยอย่างน้อยเดือนละครั้ง และถ้าเป็นโครงการระยะยาว เมื่อโครงการสิ้นสุด ผู้ตรวจสอบต้องเสนอสรุปรายงานผลการตรวจสอบโครงการคณายกสภาอีกครั้งหนึ่งภายใน 60 วัน

3.4 การเสนอรายงาน ในกรณีที่ตรวจพบเหตุการณ์ไม่ปกติอันอาจมีผลเสียหายต่อมหาวิทยาลัย ให้เสนอด้วยวาจาต่ออธิการบดีทันที แล้วสรุปเสนอรายงานผลการตรวจสอบตามปกติอีกครั้ง

3.5 ผู้ตรวจสอบเสนอสรุปผลการปฏิบัติงานคณายกสภามหาวิทยาลัย 4 เดือน / ครั้ง

แนวปฏิบัติการตรวจสอบการบันทึกบัญชีของหน่วยตรวจสอบภายใน

1. ตรวจสอบเงินสดในมือ	คส.1.1
2. หนังสือรับรองเงินฝากธนาคารหรือถ่ายเอกสารสมุดเงินฝาก	คส.1.2
3. ตรวจสอบเงินสำรองจ่าย	คส.1.3
4. ตรวจสอบใบเสร็จรับเงิน	คส.1.4
5. ตรวจสอบการบันทึกบัญชีตามเอกสารหลักฐานประกอบ	คส.1.5
6. ตรวจสอบการ Post แยกประเภท	คส.1.6
7. ตรวจสอบทะเบียน	คส.1.7
8. จัดทำกระดาดทำการ	คส.1.8
9. ตรวจสอบงบการเงิน	คส.1.9

2. การตรวจสอบด้านพัสดุ

ส่วนพัสดุ ของมหาวิทยาลัยเป็นงานที่มีระเบียบพัสดุเป็นของตนเอง โดยขั้นตอนในการจัดซื้อจัดหานั้น แต่ละสำนักวิชา จะระบุคุณสมบัติของอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ต้องการ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเปิดซองจากหลายๆฝ่าย

ภายหลังที่มีการใช้เครื่องมือและพบว่ามิชอบพอ ร้อง ชำรุด ใช้การไม่ได้ มีปัญหา ทางศูนย์สถาบัน จะแจ้งให้ส่วนพัสดุทราบ เพื่อปรับเปลี่ยนหากมีการจัดซื้อในครั้งต่อไป และกรณีพัสดุสูญหาย / ชำรุด จะตั้งกรรมการขึ้นมาตรวจสอบตามระเบียบการพัสดุ ต่อไป

หน่วยตรวจสอบภายในจะเข้าไปดูและตรวจสอบเกี่ยวกับด้านพัสดุ โดยจะแจ้งแผนการตรวจสอบล่วงหน้า แต่โดยปกติแล้วหน่วยตรวจสอบจะสามารถเข้าไปได้ตลอดเวลา โดยที่ส่วนพัสดุก็นพร้อมที่จะให้ตรวจสอบได้ตลอดเวลาเช่นกัน

ประเด็นที่หน่วยตรวจสอบภายใน จะเข้าไปตรวจสอบ คือ

1. การก่อกำหนดผู้กักกัน
2. การจัดซื้อ / จัดจ้าง
3. การสำรวจ และจัดทำทะเบียนวัสดุ / ครุภัณฑ์
4. การพัฒนาระบบสารสนเทศ
5. การดำเนินงาน

3. การตรวจสอบด้านการปฏิบัติการ

ภารกิจอีกด้านหนึ่งของหน่วยตรวจสอบภายในคือการตรวจสอบการปฏิบัติการของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น

- 3.1 การตรวจสอบการปฏิบัติการเกี่ยวกับการบริหารงานอาคารสถานที่
- 3.2 การตรวจสอบการปฏิบัติการเกี่ยวกับงานธุรการ
- 3.3 การตรวจสอบการปฏิบัติการเกี่ยวกับงานที่สำรวจ ออกแบบและก่อสร้าง
- 3.4 การตรวจสอบการปฏิบัติงาน-งานประปาและสิ่งแวดล้อม
- 3.5 การตรวจสอบการปฏิบัติงาน - การควบคุมการใช้ยานพาหนะ
- 3.6 การตรวจสอบการปฏิบัติงาน - งานรักษาความปลอดภัย และงาน Operator
- 3.7 การตรวจสอบการปฏิบัติงาน - งานภูมิทัศน์

ประเด็นที่จะตรวจสอบ คือ

1. สัญญาการจ้าง
2. การตรวจการจ้าง
3. การเบิกจ่ายเงิน
4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความคุ้มค่า
5. การเปรียบเทียบปรับเมื่อผิดสัญญา

ในการตรวจสอบด้านปฏิบัติการส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับภาระงานที่โอนถ่ายให้ภาคเอกชน ซึ่งหน่วยตรวจสอบภายในจะทำการประเมิน วิเคราะห์เปรียบเทียบผลงานกับค่าจ้างที่ลงทุนว่าเหมาะสมหรือไม่เพียงใด

4. การตรวจสอบด้านคอมพิวเตอร์

หน่วยตรวจสอบภายในจะเข้าไปประเมินการใช้คอมพิวเตอร์ของแต่ละส่วนงานที่มีการนำเอาคอมพิวเตอร์มาใช้ในการประมวลผลข้อมูลรวมทั้งที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการจัดทำบัญชี ในการตรวจสอบจะคำนึงถึง ขนาดของคอมพิวเตอร์ เช่น คอมพิวเตอร์ขนาดใหญ่ คอมพิวเตอร์ขนาดกลาง คอมพิวเตอร์ขนาดเล็ก และคอมพิวเตอร์เครือข่าย ประเด็นที่จะตรวจสอบ คือ

1. การควบคุมทั่วไป
2. การควบคุมการเข้าสู่ข้อมูล
3. การควบคุมการเข้าสู่โปรแกรม
4. การควบคุมกรรมวิธีการพัฒนาระบบ
5. การปฏิบัติการประมวลผล
6. การควบคุมระบบงาน
7. การควบคุมและตรวจคุณภาพ

นอกจากนั้นหน่วยตรวจสอบภายในจะประเมินว่าในการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อใช้งานนั้นเหมาะสมและใช้งานคุ้มค่าหรือไม่

กลยุทธ์และเทคนิคในการตรวจสอบของหน่วยตรวจสอบภายใน

1. ผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ (Auditor) ควรเป็นผู้ที่มีความเป็นกลาง ไม่ลำเอียง มีความรู้ในกระบวนการตรวจสอบ ซื่อสัตย์ต่อหน้าที่ เก็บความลับ เป็นที่ปรึกษามากกว่าจะจ้องจับผิด สร้างความไว้วางใจ ไม่มองว่าผู้รับการตรวจสอบเป็นผู้ทำผิด นอกจากนั้นมหาวิทยาลัยได้กำหนดมาตรฐานของผู้ตรวจสอบ ไว้ดังนี้

- 1) ผู้ตรวจสอบต้องมีความรู้ ความสามารถ และมีความชำนาญในการตรวจสอบ
- 2) ผู้ตรวจสอบต้องปฏิบัติหน้าที่ด้วยความอิสระ ซื่อสัตย์ สุจริต เที่ยงธรรม และนิจริยธรรม
- 3) ผู้ตรวจสอบต้องมีความขยันขันแข็งในการปฏิบัติงานเต็มความสามารถ เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมาย
- 4) ผู้ตรวจสอบต้องปฏิบัติงานตรวจสอบ และเสนอรายงานผลการตรวจสอบค่อนายกสภามหาวิทยาลัยด้วยความระมัดระวังและรอบคอบ

ขณะเดียวกันหน่วยรับการตรวจ จะต้องปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยเช่นเดียวกัน คือ

1. ต้องอำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือแก่หน่วยตรวจสอบภายใน
2. ทำบัญชี และเอกสารประกอบการบัญชี และการเงิน ให้เรียบร้อยทันการและพร้อมที่จะให้ผู้ตรวจสอบภายในตรวจสอบได้
3. เตรียมหนังสือและเอกสารอื่นในการปฏิบัติงานให้ครบถ้วน และพร้อมที่จะตรวจสอบได้
4. ชี้แจงและตอบข้อซักถามต่างๆ พร้อมทั้งหาข้อมูลเพิ่มเติมให้
5. ปฏิบัติตามข้อทักท้วงและข้อเสนอแนะของหน่วยตรวจสอบภายในในเรื่องต่างๆ ที่อธิการบดีสั่งการ

2. แนวทางการปฏิบัติตามทักษะของผู้ตรวจสอบ

- 1) มุ่งประโยชน์ของมหาวิทยาลัยเป็นหลัก
- 2) มีความเป็นอิสระ
- 3) ไม่ยึดผู้บริหาร แต่ยึดนโยบายของมหาวิทยาลัย
- 4) ไม่ส่งพนักงานที่มีความคุ้นเคยกันเข้าไปตรวจสอบ
- 5) หากพบข้อผิดพลาดต้องรีบแจ้งหัวหน้าหน่วยทราบทันที
- 6) ความถี่ของการตรวจสอบ ขึ้นกับความสำคัญของภารกิจ เช่นการเงิน เทคโนโลยี
พัสดุจะตรวจสอบปีละ 2 ครั้ง ส่วนการดำเนินงาน ปีละครั้ง
- 7) รักษาความลับของผู้ตรวจสอบอย่างเคร่งครัด

ทักษะของผู้บริหารต่อระบบตรวจสอบของมหาวิทยาลัย

จุดวิกฤต หรือจุดต่อแหลม

ในทัศนะของผู้บริหารมองว่า ทุก ๆ จุดสามารถเกิดช่องว่างให้เกิดการรั่วไหลได้ แม้ว่าจะมีการวางระบบไว้ค่อนข้างดี แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าอะไรก็ตามที่จุด ทุกสิ่งทุกอย่างยังต้องการปรับปรุงและพัฒนา และที่สำคัญที่สุด คือ คน หากระบบดี แต่คนไม่ดี ก็จะทำให้ระบบพัง แต่ถ้าคนดีก็จะสามารถพัฒนาระบบให้ดีขึ้นได้ ซึ่งถ้าจะให้ดีที่สุดคือทั้งคนและระบบต้องดี

ปัจจุบัน นับว่ามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้มีการวางระบบไว้เป็นที่น่าพอใจระดับหนึ่ง ในส่วนของคนก็มีคุณภาพสูงเพราะมีกระบวนการคัดเลือกตั้งแต่การสรรหา การประเมินและการบรรจุ ซึ่งกระบวนการสรรหาทำให้รับประกันคุณภาพได้ส่วนหนึ่ง นอกจากนั้นระบบการประเมินที่ต่อเนื่องและจริงจึงทำให้บุคลากรมีการพัฒนาตนเองตลอดเวลา

อย่างไรก็ตามเนื่องจากระบบของมหาวิทยาลัยที่เน้นความคล่องตัวในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านการเงิน การจัดซื้อจัดหาพัสดุ ครุภัณฑ์ โดยจะมีการกำหนดช่วงระยะเวลา (Time Frame) ในการเบิกจ่าย ทั้งนี้เพื่อเพิ่มอำนาจในการต่อรองราคา ซึ่งในส่วนนี้สามารถช่วยให้มหาวิทยาลัยได้ประโยชน์อย่างมากในการจัดซื้อ จัดจ้าง เพราะการเบิกจ่ายที่รวดเร็วทำให้สามารถต่อรองราคาได้ และสามารถประหยัดเงินได้อย่างมาก แต่ในขณะเดียวกันอาจเป็นช่องให้เกิดการแสวงหาผลประโยชน์ ทั้งที่ตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ เช่นเกิดการตอบแทนในลักษณะของสินน้ำใจ ซึ่งบางครั้งก็ยากในการควบคุมและตรวจสอบ

ต่อการหาแนวทางป้องกันในแต่ละส่วน เช่นส่วนพัสดุ มหาวิทยาลัยได้มีประกาศแจ้งให้บริษัทห้างร้านต่างๆ ที่ติดต่อซื้อขายกับมหาวิทยาลัยทราบว่า หากมีการเรียกร้องผลประโยชน์ ขอให้แจ้งมหาวิทยาลัยทันที เพื่อดำเนินการขึ้นเค็ดขาดซึ่งมีโทษถึงต้องออกจากการเป็นพนักงานของมหาวิทยาลัย ในส่วนของการเงินและบัญชีนั้น สถานมหาวิทยาลัยได้แต่งตั้งคณะกรรมการการเงินและบัญชี ซึ่งมีหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการเงินและบัญชี นอกจากนั้นหน่วยตรวจสอบภายในยังตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันความผิดพลาดในเบื้องต้น รวมทั้งมีการตรวจซ้ำจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน และการที่มหาวิทยาลัยมีระบบสวัสดิการที่เกื้อกูล เพียงพอ และมีการปลูกฝังทัศนคติให้ทุกคนตระหนักถึงผลประโยชน์ของมหาวิทยาลัยเป็นที่ตั้ง จะช่วยให้ทุกฝ่ายอุทิศตนเพื่อส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว

ทัศนะของผู้รับตรวจต่อระบบตรวจสอบ

จากการสัมภาษณ์ทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานต่อระบบการตรวจสอบ จำแนกเป็นทัศนคติต่อระบบตรวจสอบภายใน และระบบการตรวจสอบจากภายนอก โดยผู้ปฏิบัติงานมองว่าระบบการตรวจสอบภายในที่มีอยู่ค่อนข้างดี แต่ยังคงต้องการให้มีการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น และมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ตรวจสอบของหน่วยตรวจสอบภายใน ซึ่งเป็นเหมือนที่ปรึกษา ช่วยแก้ไขปัญหามากกว่าการจับผิด

ทัศนคติต่อผู้ตรวจสอบจากภายนอก ผู้รับตรวจยังรู้สึกว่าเป็นการจับผิดมากกว่าการตรวจเพื่อสร้างสรรค์ และ แสดง.เน้นที่เอกสารและรูปแบบของระบบราชการมากเกินไป ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติงานของมหาวิทยาลัย

อย่างไรก็ตามผู้รับตรวจก็คาดหวังว่าการตรวจสอบที่ดีน่าจะเป็นการป้องปรามและสร้างความประหยัดให้เกิดขึ้นในองค์กรได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในองค์กรในผู้นำ หรือผู้บริหารจะต้องเป็นเยี่ยงอย่างที่ดี ดังเช่นปัจจุบันที่เป็นอยู่

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของหน่วยตรวจสอบภายใน

ปัญหาที่พบ คือในช่วงแรกๆ เกิดจากผู้รับตรวจ มีทัศนคติในด้านลบต่อหน่วยตรวจสอบ โดยมองว่าเป็นหน่วยงานที่จะเข้าไปจับผิด ทางหน่วยตรวจสอบภายในจึงได้จัดทำโครงการบรรยายให้ความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับหน่วยตรวจสอบภายในต่อหัวหน้าส่วนและหัวหน้างาน ซึ่งภายหลังการบรรยาย สามารถเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจแก่ผู้รับการตรวจสอบได้เป็นอย่างดี ปัจจุบันสภาพภาพของหน่วยตรวจสอบฯจึงเป็นที่ยอมรับ และมีบทบาทเป็นที่ปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง ทำให้การติดต่อประสานงานเป็นไปด้วยดี ทั้งในด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล การสัมภาษณ์ เป็นต้น

แผนการปรับปรุงระบบตรวจสอบในอนาคต

1. จัดทำฐานข้อมูลเพื่อเป็นประโยชน์ ในการเปรียบเทียบการตรวจสอบกับครั้งก่อน ซึ่งอยู่ในระหว่างดำเนินการ ทั้งนี้ข้อมูลจะประกอบด้วย ผลการตรวจสอบที่ผ่านมาข้อสังเกตได้รับการแก้ไขหรือไม่ ถ้าแก้ไขแล้วแก้ไขอย่างไร ถูกหรือไม่ ถ้างานนั้นได้รับการแก้ไขและผ่านการรับรองแล้วจะตรวจสอบในเรื่องอื่นต่อไป ทั้งนี้การจัดทำฐานข้อมูลจะช่วยในการประหยัดเวลาในการตรวจสอบ สามารถเปรียบเทียบผลงานที่ผ่านมา
2. จัดทำเกณฑ์มาตรฐาน โดยพัฒนาจากกระดาษร่าง เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการประเมิน และเปรียบเทียบแต่ละหน่วยงาน
3. จัดระบบงานที่ลดภาระด้านการบันทึกด้วยกระดาษ (Paperless) ซึ่งได้รับความเห็นชอบ และอยู่ในระหว่างการประชุมร่างแนวทางปฏิบัติ ทั้งเพื่อประโยชน์ในการลดงบประมาณในการจัดเก็บเอกสาร และลดภาระงานด้านการตรวจสอบ
4. ต้องการพัฒนาระบบการตรวจสอบ โดยเน้นที่คุณภาพของการตรวจสอบ คือมีการชี้ถึงจุดอ่อน จุดค้อย หรือข้อบกพร่องของงานที่เข้าไปตรวจสอบเพื่อนำไปสู่การแก้ไขที่ดีขึ้น

การตรวจสอบภายนอก (External Audit)

โดยสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง) ซึ่งแต่เดิมจะเป็นเจ้าหน้าที่มาจากส่วนกลาง ต่อมาภายหลังเมื่อมีการตั้งเบิกจ่ายที่คลังจังหวัด จึงมีการโอนงานมาที่ สตง.ภาค 3 ซึ่งในการปฏิบัติงานจะประเมินผลการตรวจสอบเบื้องต้นจากหน่วยตรวจสอบภายในของมหาวิทยาลัยว่าทำการประเมินไปกี่เปอร์เซ็นต์ มีจุดไหนที่ยังไม่ครอบคลุม หรือขาดข้อมูล ซึ่งในส่วนนั้น สตง.จะลงไปดู ถ้าหากพบข้อผิดพลาดจะนำข้อมูลที่ได้มาหารือร่วมกันกับหน่วยตรวจสอบภายในของมหาวิทยาลัย และหาทางแก้ไขร่วมกันในเบื้องต้น แต่ถ้ามีความคิดเห็นที่ขัดแย้งกัน ทั้งสองฝ่ายจะทำความตกลงกันด้วยเหตุผลและหลักการจนกว่าจะได้ข้อยุติที่ถูกต้องและเป็นที่ยอมรับทั้งสองฝ่าย

ตามปกติแล้ว สตง.จะเข้ามาดำเนินการตรวจสอบก่อนที่จะสิ้นปีงบประมาณ โดยใช้เวลาประมาณ 2 - 3 เดือน ในการศึกษาเอกสารและสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมจากพนักงาน ส่วนมากจะให้ความสำคัญที่ระบบการเงิน บัญชี และพัสดุ เป็นหลัก ซึ่งจุดดังกล่าวถูกมองว่าเป็นจุดที่อาจเกิดความผิดพลาดได้ง่ายและเป็นจุดรั่วไหล หรือมีส่วนได้ส่วนเสียมากกว่าจุดอื่นๆ

ภายหลังที่ สตง.ได้ตรวจสอบและรับรองบดุลของมหาวิทยาลัยแล้วจะเสนอรายงานต่อสภามหาวิทยาลัยต่อไป โดยจะตรวจสอบและรับรองภายในสามเดือนนับแต่สิ้นปีงบประมาณ

การปฏิบัติงานของ สตง.ในระยะเริ่มแรก พบว่ายังยึดกฎระเบียบของทางราชการเป็นหลัก โดยเฉพาะการบันทึกด้านเอกสาร ในขณะที่มหาวิทยาลัยต้องการเน้นความรวดเร็ว คล่องตัวในการปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงค่อนข้างจะมีปัญหา จนกระทั่งผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่ดีต่อระบบการตรวจสอบ คือรู้สึกว่าเป็นการจับผิดมากกว่าการสร้างสรรค์ ภายหลังเมื่อมีความพยายามที่จะสื่ออธิบาย จนกระทั่งเริ่มเกิดความเข้าใจตรงกัน ก็จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ชุดใหม่ ทำให้เกิดปัญหาเดิมๆ อีก ซึ่งในกรณีดังกล่าวผู้บริหารระดับสูงของมหาวิทยาลัยได้ให้ข้อสังเกตว่าในอนาคตองค์กรอื่นๆ ที่จะออกนอกกรอบเหมือนกับมทส.จะประสบปัญหาน้อยลงเพราะ สตง.จะมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

บทที่ 3

ระบบการประเมินการบริหารงานบุคคล

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้มีการจัดระบบการบริหารงานบุคคล เป็นของตนเอง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2535 และล่าสุดมีการปรับปรุงพัฒนา ในปี พ.ศ. 2541

หลักการบริหารงานบุคคลของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ระบบการบริหารงานบุคคล มีการกำหนดโครงสร้างและองค์ประกอบที่เน้นการใช้ปัจจัย “ทรัพยากรบุคคล” ที่มี คุณภาพ ศักยภาพ ที่พร้อมปฏิบัติงานด้วยศักยภาพสูงสุด มีระบบการบริหารงานบุคคลซึ่งมีบทบาท โครงสร้าง หน้าที่ความรับผิดชอบ และความพร้อมที่จะให้ตรวจสอบตลอดเวลา มีระบบการสรรหาที่ดึงดูด “บุคลากรที่มีคุณภาพ” เข้าสู่มหาวิทยาลัย ระบบการพัฒนาเพื่อให้เกิดการใช้ ประโยชน์สูงสุดจากทรัพยากรมนุษย์ และการบำรุงรักษาไว้ซึ่งผู้มีศักยภาพสูง และเพื่อให้

1. สอดคล้องกับลักษณะงานและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานของมหาวิทยาลัยในฐานะหน่วยงานทางวิชาการ และวิชาชีพชั้นสูง
2. ยึดระบบคุณธรรม (Merit System)
3. เข้ายาก ออกง่าย
4. แข่งขันได้กับการจ้างในตลาดแรงงาน

องค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารงานบุคคล มีองค์ประกอบ ดังนี้

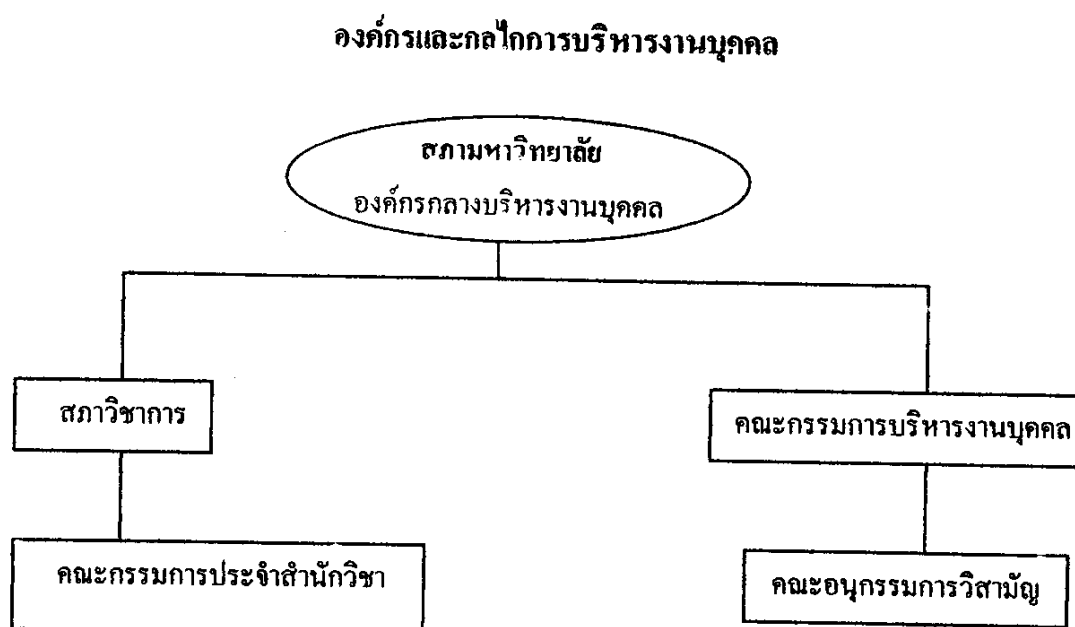
1.กรรมการสภามหาวิทยาลัยผู้ทรงคุณวุฒิ	เป็นประธานกรรมการ
2.อธิการบดี	เป็นรองประธาน
3.ผู้ทรงคุณวุฒิ (4 คน)	เป็นกรรมการ
4.ผู้แทนสภาวิชาการ (1คน)	เป็นกรรมการ
5.ผู้แทนคณาจารย์ประจำ (2 คน)	เป็นกรรมการ
6.คณบดี หรือผู้อำนวยการ (1คน)	เป็นกรรมการ
7.รองอธิการบดี	เป็นกรรมการและเลขานุการ
8.หัวหน้าส่วน (ไม่เกิน 2 คน)	เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

กรรมการตามข้อ 3, 4, 5, 6 มีวาระคราวละ 2 ปี คณะกรรมการบริหารงานบุคคลมีหน้าที่ ดังนี้

1. ออกระเบียบ หลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลของมหาวิทยาลัย

2. รับรองคุณสมบัติของผู้ได้รับปริญญา หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ เพื่อประโยชน์ในการบรรจุแต่งตั้ง และการกำหนดอัตราเงินเดือนที่ได้รับ
3. ศึกษาวินิจฉัยปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ข้อบังคับ
4. เสนอแนะให้คำปรึกษาแก่สภามหาวิทยาลัยเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล
5. รายงานผลการดำเนินงานต่อสภามหาวิทยาลัย เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล
6. แต่งตั้งคณะกรรมการหรืออนุกรรมการ เพื่อกำหนดการใด ๆ อันอยู่ในอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารงานบุคคล
7. ปฏิบัติงานอื่นที่ได้รับมอบหมายจากสภามหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ ๑ องค์การและกลไกการบริหารงานบุคคล



การบริหารงานบุคคลของ มทส.

สถานภาพของบุคลากร

1. บุคลากรของมหาวิทยาลัยเป็นพนักงานของรัฐ ไม่เป็นข้าราชการ และไม่อยู่ภายใต้กฎหมายแรงงานและประกันสังคม

2. มีระบบบริหารงานบุคคลที่เป็นของตนเอง โดยอาศัย พรบ. ของมทส. พ.ศ.2533 และ พ.ศ. 2541 ในการสรรหา คัดเลือกและทดลองปฏิบัติงาน จะใช้กระบวนการที่เป็นระบบเปิด และคัดเลือกกัน รวมทั้งใช้ระบบสัญญาจ้าง ก่อนได้สถานภาพเป็นพนักงานประจำ

โครงสร้างตำแหน่ง

1. ตำแหน่งทางวิชาการ (Academic) ได้แก่ คณาจารย์ นักวิจัย

2. ตำแหน่งปฏิบัติการวิชาชีพและบริหารทั่วไป (Non Academic) ได้แก่ ปฏิบัติการวิชาชีพ ธุรการและบริหารทั่วไป

3. ตำแหน่งบริหารวิชาการ (Academic Administration) ได้แก่ อธิการบดี รองอธิการบดี คณบดี ผู้อำนวยการศูนย์ ผู้อำนวยการสถาบัน ผู้ช่วยอธิการบดี รองคณบดี รองผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการสถาบัน หัวหน้าสาขาวิชา และหัวหน้าสถานวิจัย

ปัจจุบันอัตรากำลังพนักงานของ มทส. คือ

1. สายบริหารวิชาการ 1 คน (อธิการบดี)

2. สายวิชาการ 177 คน

3. สายปฏิบัติการ 733 คน

รวมทั้งสิ้น 911 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2541) สายวิชาการจำแนกตามระดับการศึกษาเป็น ระดับปริญญาเอก 111 คน (62.71 %) ระดับปริญญาโท 66 คน (37.26%) และหากจำแนกตามตำแหน่งทางวิชาการพบว่า ตำแหน่งศาสตราจารย์ 102 คน (57.63%) รองศาสตราจารย์ 35 คน (19.73%) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ 32 คน (18.08 %) และตำแหน่งอาจารย์ 8 คน (4.52 %)

สำหรับสายปฏิบัติการจำแนก ตามวุฒิการศึกษา เป็นระดับปริญญาโท 353 คน (48.16%) ระดับปริญญาตรี 328 คน (44.75%) และต่ำกว่าระดับปริญญาตรี 52 คน (7.09 %)

ทางค่านเงินเดือน และสวัสดิการ มหาวิทยาลัยได้กำหนดค่าตอบแทนสำหรับ สายปฏิบัติการ ประมาณ 1.5 เท่า ส่วนสายวิชาการ ประมาณ 2 เท่า ทั้งนี้สวัสดิการที่ให้เป็นในรูปแบบของ 1. ใช้ระบบเงินสำรองเลี้ยงชีพแทนบำเหน็จ - บำนาญ , 2. เน้นสวัสดิการเสริมงานวิชาการเป็นพิเศษ เช่น การเพิ่มพูนความรู้ (Sabbatical) การให้บริการวิชาการ (Consultancy) และ 3. เน้นการให้บริการสวัสดิการจากสังคมมากกว่า การจัดเอง

การประเมินผล จำแนกเป็น

1. การประเมินผลการทดลองปฏิบัติงาน

- ปีละ 3 ครั้ง

- หน่วยงานต่างๆ จะได้รับแบบประเมิน เพื่อประเมินผลการทดลองการปฏิบัติงานของ พนักงานที่ต้องทดลองปฏิบัติงานในทุกวันปีติภาควิชาการศึกษา

- คณะกรรมการประเมินผลการทดลองการปฏิบัติงานประชุมพิจารณาและรายงานผลให้อธิการบดีวินิจฉัยสั่งการ เพื่อให้ได้รับสภาพภาพเป็นพนักงานประจำ หรือให้ออกจากงาน / เลิกจ้าง ในกรณีผลการปฏิบัติงานต่ำกว่ามาตรฐาน หรือให้รายงานคณะกรรมการบริหารงานบุคคล

- หากผลการปฏิบัติงานอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง พนักงานจะได้รับแจ้งจากผู้บังคับบัญชาเป็นลายลักษณ์อักษร

2. การประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อประกอบการพิจารณาความดีความชอบประจำปี

- ปีละ 3 ครั้ง

- หน่วยงานต่าง ๆ จะได้แบบประเมิน เพื่อประเมินผลการทดลองการปฏิบัติงานของพนักงานที่ต้องทดลองปฏิบัติงานในทุกวันปีภาคการศึกษา

- องค์ประกอบการประเมิน ได้แก่ ปริมาณของงานที่ปฏิบัติ คุณภาพของผลงาน และคุณลักษณะอื่น ๆ ตามลักษณะงานของสายงาน

- ผู้บังคับบัญชาผู้ประเมินแจ้งความเห็นของตนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชา และสรุปเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อใช้ประโยชน์ในการประกอบการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือน

- ผู้บริหารประชุมสรุปผลการประเมิน เพื่อประกอบการพิจารณาความดีความชอบในเดือนตุลาคมของทุกปี

3. การประเมินผลประสิทธิภาพการสอน

- ประเมินทุกภาคการศึกษา และประเมินการสอนทุกรายวิชาที่เปิดการเรียนการสอนประจำภาคการศึกษานั้น ๆ

- แบบประเมิน หน่วยประเมินการสอนจะส่งให้คณาจารย์และผู้ประเมิน เช่น ผู้บังคับบัญชา ผู้ทรงคุณวุฒิ และประเมินโดยนักศึกษา หน่วยประเมินการสอนจะเป็นผู้เตรียม สำหรับผลการประเมิน จะแจ้งไปยังผู้สอนทุกคน และอาจจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Work Shop) หรือคลินิก ไว้เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการเรียนการสอนให้ดียิ่งขึ้น

- ผลการประเมินการสอน จะนำไปเพื่อ ใช้ประกอบการพิจารณา การขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาการ การพิจารณาความดีความชอบประจำปี และการพิจารณาการทดลองปฏิบัติงาน

4. ประชุมทางวิชาการ การประเมินการเรียนการสอน (ทุกภาคการศึกษา)

- เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาหาทางแก้ไขปัญหาลึกเกี่ยวกับการเรียนการสอน ตลอดจนอุปกรณ์และสื่อต่าง ๆ

- ประเมินผลการจัดการการเรียนการสอนประจำภาคการศึกษา ประเมินผลที่ภาคการศึกษา

- หาข้อสรุป และการปรับปรุงแก้ไข

เครื่องมือในการประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่แบบฟอร์ม ซึ่งแต่เดิมจะประเมินในลักษณะ ดี / ไม่ดี ทำให้เกิดความรู้สึกว่าไม่เป็นธรรม และตัวชี้วัดไม่ชัดเจน ปัจจุบันจึงปรับใหม่โดยเปลี่ยนเป็นค่าคะแนน เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและชัดเจนขึ้น ทั้งนี้เพราะผลการประเมินมีผลต่อการจ้างงานและการขึ้นเงินเดือน (พนักงานจะถูกให้ออกจากงานถ้าหากไม่ได้เลื่อนขึ้นเงินเดือนประจำปีติดต่อกัน 3 ปี (ยกเว้นเงินเดือนเต็มขั้น) หรือ ปฏิบัติงานไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด)

เป้าหมายของการประเมิน คือ

1. เพื่อการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อประเมินจุดอ่อน จุดด้อย เพื่อการปรับปรุง

สำหรับเกณฑ์การประเมิน ประกอบด้วย 3 ด้าน

1. ผลสำเร็จของงาน
2. พฤติกรรมในการทำงาน
3. คุณลักษณะส่วนบุคคล

ซึ่งทั้งสามส่วนจะให้น้ำหนักในการประเมินไม่เท่าเทียมกันในแต่ละสาย เช่นสายวิชาการจะเน้นผลสำเร็จของงาน ในขณะที่สายปฏิบัติการ จะเน้นด้านพฤติกรรม และคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นต้น เกณฑ์การประเมินสำหรับสายวิชาการ มี 2 สัญญาจ้าง คือปฏิบัติงานครบ 3 ปี จะถูกประเมินเพื่อที่จะต่อสัญญาจ้าง และหากได้รับการจ้างต่อ เมื่อครบ 2 ปี จะถูกประเมินเพื่อบรรจุเป็นพนักงานประจำ สำหรับสายปฏิบัติการ เมื่อทำงานครบ 2 ปี จะถูกประเมินเพื่อพิจารณาจ้างต่อ ทั้งนี้เพื่อให้มีมาตรฐานในการคัดเลือกบุคลากร ทางมหาวิทยาลัยได้กำหนดระยะเวลาทดลองปฏิบัติงานให้ยาวพอที่จะประเมินผลการปฏิบัติงานได้จริงจัง และมีระบบประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องตลอดอายุงาน

ในกรณีที่พนักงานไม่ยอมรับผลการประเมิน จะสามารถร้องเรียน ร้องทุกข์ต่อคณะกรรมการบริหารงานบุคคลได้ แต่โดยทั่วไปหากมีพนักงานคนใดได้รับการประเมินที่ต่ำกว่าเกณฑ์ หัวหน้าส่วนซึ่งเป็นผู้ประเมินจะคุยกับพนักงานผู้นั้นให้รับทราบถึงจุดบกพร่อง พร้อมทั้งรายงานต่อผู้บังคับบัญชาเหนือชั้นขึ้นไปคือรองอธิการบดีที่รับผิดชอบ ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจและยอมรับในผลการประเมิน แต่เท่าที่ผ่านมามีจำนวนน้อยมากที่ไม่ยอมรับผลการประเมิน

นอกจากเกณฑ์ประเมินของมหาวิทยาลัยแล้ว การประเมินสายวิชาการ ยังมีการกำหนดเกณฑ์การพิจารณาเพิ่มเติม คือ

1. การประเมินผลงานด้วยตนเอง (Self Assessment)
2. การประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
3. การประเมินโดยนักศึกษา

บทที่ 4

ระบบการประเมินผลด้านวิชาการและการประกันคุณภาพ

เนื่องจากการผลิตบัณฑิต เป็นภารกิจที่สำคัญประการหนึ่งของมหาวิทยาลัย ซึ่งจำเป็นต้องมีระบบการประเมินและการประกันคุณภาพการศึกษาให้ได้มาตรฐาน และสนองตอบปณิธานและวัตถุประสงค์ของมหาวิทยาลัย ดังนั้นการวางระบบการประเมินจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยในระยะเริ่มแรกภาระงานในการประเมินผลด้านวิชาการอยู่ในความดูแลของส่วนอำนวยการ แต่ปัจจุบันอยู่ในความรับผิดชอบของส่วนส่งเสริมวิชาการ มีอัตรากำลัง 4 คน ซึ่งรองรับงานด้านวิชาการทั้งหมดตามที่รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการมอบหมาย

การจัดระบบการศึกษาของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ใช้ระบบหน่วยกิต (Credit - Hour System) ในการจัดรายวิชาในหลักสูตรการศึกษา และใช้ระบบไตรภาค (Trimester System) เป็นระบบจัดการศึกษา ฉะนั้น ปีการศึกษาหนึ่งจึงมี 3 ภาคการศึกษา แต่ละภาคการศึกษามีระยะเวลาศึกษา 14 สัปดาห์ และได้ปรับลดลงเหลือ 13 สัปดาห์ ในปี พ.ศ. 2541 มีวันหยุดระหว่างภาคการศึกษา ในปีการศึกษาเดียวกันประมาณ 2 สัปดาห์ และระหว่างปีการศึกษาประมาณ 1 เดือน

หลักสูตร

มหาวิทยาลัยยึดถือการผลิตบัณฑิตที่เป็นนักเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาเป็นบรรทัดฐาน โดยมุ่งปลูกฝังและพัฒนาภูมิปัญญา ทักษะ และเจตคติที่เหมาะสมและเพียงพอทั้งในแง่ปัจเจกมนุษย์ ปัจจัยองค์การ ปัจจัยข่าวสาร และปัจจัยเทคโนโลยี ความเป็นพลเมืองไทยและพลเมืองโลกที่ดี และความพร้อมด้วยคุณธรรมและจริยธรรม

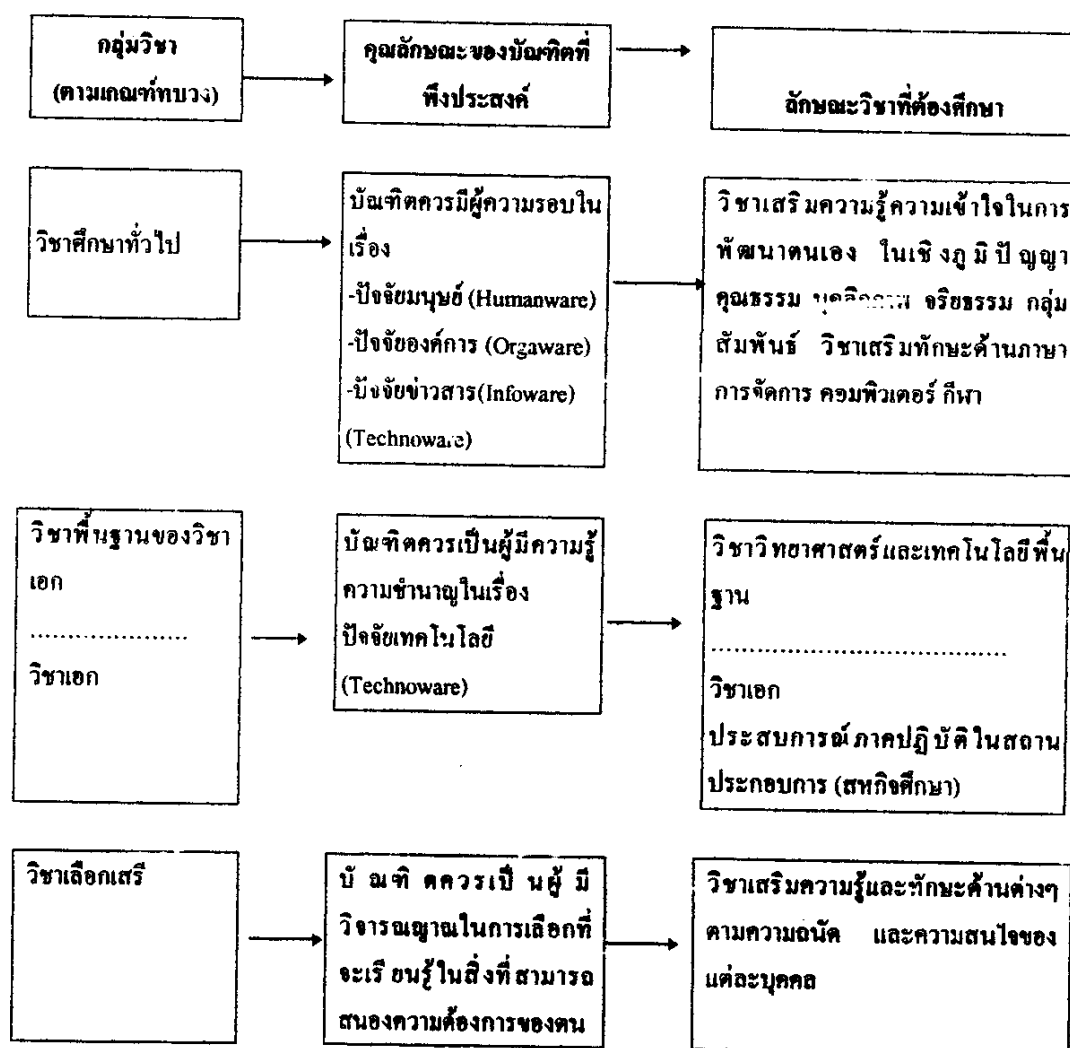
การเรียนการสอนเป็นแบบสหกิจศึกษา (Co-operative Education) ซึ่งเป็นนวัตกรรมประการหนึ่งในวงการอุดมศึกษา ที่มหาวิทยาลัยริเริ่มขึ้น โดยกำหนดให้นักศึกษาระดับปริญญาตรี ไปปฏิบัติงานเป็นพนักงานชั่วคราวเต็มเวลาของสถานประกอบการ ในสาขาวิชาชีพของตน ตลอดภาคการศึกษา 2 ครั้ง โดยมีค่า 12 หน่วยกิต เมื่อมีผลการปฏิบัติงานแต่ละครั้งอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ

ในการจัดหลักสูตรและการเรียนการสอนในแต่ละรายวิชา มหาวิทยาลัยเน้นแนวทางพหุวิทยาการ (Multi - Disciplinary) และบูรณาการ (Integratory) ระหว่างศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและเน้นการใช้เทคโนโลยี และสื่อการศึกษาเป็นเครื่องมือดำเนินงาน

การรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยได้กำหนดให้ศูนย์บริการการศึกษา ซึ่งเป็นหน่วยงานเทียบเท่าสำนักวิชา รับภาระประสานงานและให้บริการในด้านการรับนักศึกษา ลงทะเบียน ทะเบียนนักศึกษา จัด

ตารางเรียน ห้องเรียน และตารางสอน การวัดผลการศึกษา โดยมีวิธีการรับนักศึกษา 2 รูปแบบ คือ ผ่านการสอบโดยทบวงมหาวิทยาลัย 20 % และรับ โดยผ่านโควต้าโดยไม่มีการสอบ 80 %

แผนภูมิที่ 10 โครงสร้างการจัดหลักสูตรระดับปริญญาตรี



ในส่วนของการประเมินผลด้านวิชาการนั้น มหาวิทยาลัยได้ดำเนินการประเมินและพัฒนาตลอด แต่ในด้านการประกันคุณภาพการศึกษาที่เป็นทางการนั้นได้มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ในเดือน กรกฎาคม พ.ศ.2541 โดยมีคำสั่งมหาวิทยาลัยแต่งตั้งคณะกรรมการประกันคุณภาพการศึกษาซึ่งประกอบด้วยกรรมการทั้งจากภายนอกและภายในมหาวิทยาลัย ได้แก่

1. อธิการบดี
2. รองอธิการบดีทุกฝ่าย

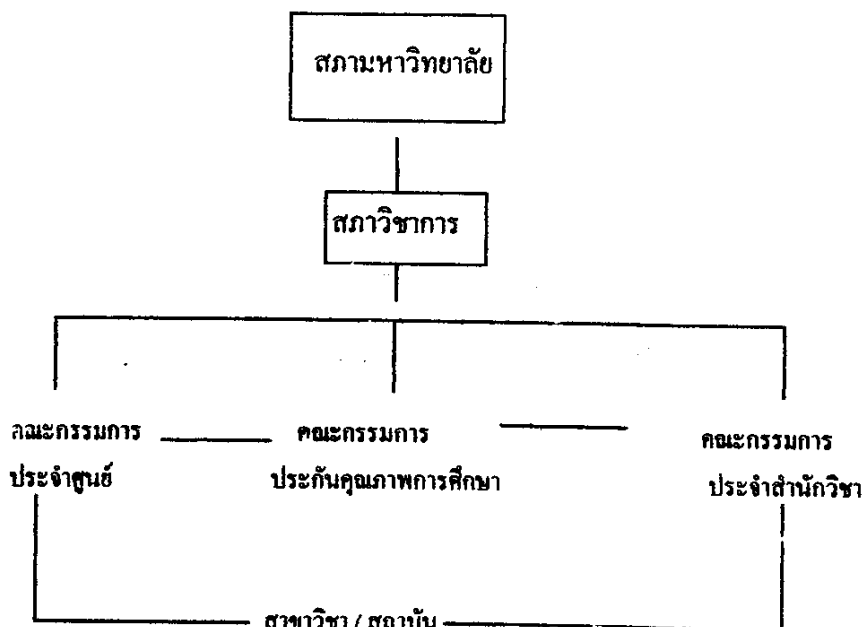
3. คณบดีทุกสำนักวิชา
4. ผู้อำนวยการศูนย์
5. ผู้อำนวยการสถาบัน
6. ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก 6 - 7 ท่าน
7. หัวหน้าหน่วยส่งเสริมวิชาการ
8. หัวหน้าส่วนแผนงาน

โดยให้มีอำนาจหน้าที่

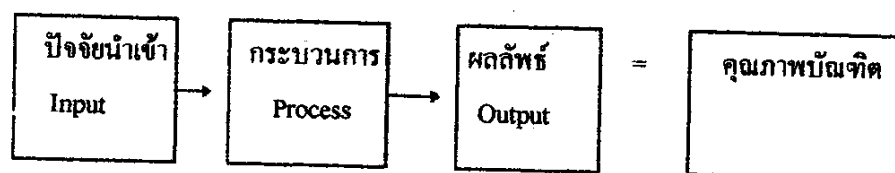
- กำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน
- จัดวางระบบ กลไก การประเมินคุณภาพการศึกษาของมหาวิทยาลัย
- กำหนดมาตรฐาน กฎเกณฑ์ วิธีการควบคุมคุณภาพ
- ตรวจสอบคุณภาพ ประเมินคุณภาพ
- จัดทำรายงานเผยแพร่

ซึ่งภารกิจส่วนนี้กำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินงาน ในส่วนของเกณฑ์การชี้วัด หรือ มาตรฐานต่าง ๆ อยู่ในระหว่างการพิจารณา

แผนภูมิที่ 11 โครงสร้างของระบบการประกันคุณภาพการศึกษา



สำหรับแนวคิดในการประเมินและประกันคุณภาพการศึกษา อาศัยกรอบแนวคิดเชิงระบบประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า ขบวนการ และผลลัพธ์ ดังนี้



ปัจจัยนำเข้า

1. ปรัชญา ปณิธาน หลักสูตรการเรียนการสอน
2. คณาจารย์
3. นักศึกษา
4. แหล่งทรัพยากร ห้องสมุด สื่อการศึกษา
5. ห้องปฏิบัติการ ความพร้อม ปริมาณ ความทันสมัย
6. เทคโนโลยีสารสนเทศ คอมพิวเตอร์
7. อาคารสถานที่ สภาพแวดล้อม
8. ระบบบริหาร การบริการ นวัตกรรม
9. กิจกรรมด้านการศึกษา การอบรม

กระบวนการ

1. การคัดเลือกบุคลากร
2. การทดลองสอน
3. การประเมินผลการปฏิบัติงานอาจารย์เป็นรายบุคคล
4. การประเมินผลในภาพรวมสำหรับทุกส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษา
5. การพัฒนาประสิทธิภาพการเรียนการสอน
6. การพัฒนาศักยภาพคณาจารย์ การดูงานด้านการเรียนการสอนแบบสหกิจศึกษา
7. การปรับปรุงสื่อการเรียนการสอน
8. การพัฒนาหลักสูตร เช่นการเข้าเป็นสถาบันสมทบกับสถาบันการbinพลเรือน
9. การวางระบบการศึกษาในรูปแบบใหม่ เช่นระบบการศึกษาไร้พรมแดน
10. การจัดทำเกณฑ์การชี้วัด มาตรฐาน การควบคุม ตรวจสอบ และควบคุมคุณภาพ

ผลลัพธ์

1. นักศึกษามีความพึงพอใจ
- 2.. คุณภาพบัณฑิต เป็นไปตามปณิธาน

3. นายจ้างหรือเจ้าของผู้ประกอบการมีความพึงพอใจพึงพอใจ

วัตถุประสงค์ในการประเมินผลด้านวิชาการ

1. เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพด้านการเรียนการสอน
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพคณาจารย์
3. เพื่อประกอบการเลื่อนตำแหน่งทางวิชาการ
4. เพื่อประกอบการบรรจุเป็นพนักงานหรือต่อสัญญา

ทั้งนี้มหาวิทยาลัยได้วางแนวทางปฏิบัติและได้ดำเนินการเพื่อทำการประเมินผล และประกันคุณภาพ การศึกษา คือ

1. การวางระบบคัดเลือกบุคลากรที่มีคุณภาพ และศักยภาพ เพื่อที่จะสามารถนำไปสู่การพัฒนา ศักยภาพให้สูงขึ้นในทุก ๆ ด้าน ซึ่งที่ผ่านมา นับว่า มทส. ประสบผลสำเร็จในการคัดสรร คัดเลือก บุคลากร ดังจะเห็นได้จากด้านคุณวุฒิ และตำแหน่งวิชาการ ไม่ว่าจะเป็นสายวิชาการ หรือสายปฏิบัติการ

2. การทดสอบสอน เพื่อคว้ามี่ข้อบกพร่องหรือไม่ อย่างไร จะได้ทำการปรับปรุงแก้ไข หรือมีจุดเด่นอะไร เพื่อจะได้เป็นแบบอย่างแก่อาจารย์ท่านอื่น

3. การประเมินผลด้านเรียนการสอน โดยยึดหลัก PUE คือ Planning Preparation Presentation และ Evaluation ในการประเมิน จะประเมิน ปีละ 3 ภาคการศึกษา เพื่อให้สอดคล้องกับปีการศึกษาปกติของมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นการประเมินเป็นรายบุคคล

ขั้นตอนการประเมิน

1. สำรวจข้อมูลของแต่ละรายวิชา
2. ผู้รับผิดชอบสอนมีใครบ้าง สอนกี่ชั่วโมง
3. สอนครบตามจำนวนที่กำหนดหรือไม่

ประเด็นที่ใช้ในการประเมิน ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ และประเมินราย วิชา โดยอาจารย์ผู้รับผิดชอบในรายวิชานั้นจะต้องมีชั่วโมงสอนไม่ต่ำกว่า 25 % ของจำนวน ชั่วโมงสอนในรายวิชานั้น เมื่อได้ผลการประเมิน จะส่งถึงผู้รับการประเมินโดยตรง (ถือเป็นความลับ ยก เว้นในกรณีที่หัวหน้าสาขาหรือคณบดีอาจต้องการทราบผลเพื่อประกอบการพิจารณาเลื่อนตำแหน่ง หรือเพื่อการพิจารณาความดีความชอบ)

ผู้ที่ทำหน้าที่ประเมิน ประกอบด้วย ผู้บังคับบัญชา ผู้ทรงคุณวุฒิ การประเมินตนเอง (Self Evaluation) และนักศึกษา ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ คือ แบบฟอร์มในการประเมินผล โดยที่ผลการประเมินจาก นักศึกษานั้นเป็นส่วนประกอบส่วนหนึ่งในการนำมาประกอบการพัฒนาและปรับปรุงระบบการเรียน การสอนเท่านั้น ซึ่งจะ ไม่มีผลต่อการต่อสัญญาหรือพิจารณาความดีความชอบ

ในกรณีที่ผลการประเมิน พบว่ามีข้อบกพร่อง จะมีการจัดอบรม หรือให้การบริการวิชาการเพื่อสนับสนุนในส่วนที่จำเป็น

4. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานสำหรับคณาจารย์ และหัวหน้าส่วนงานที่บริการสนับสนุนภารกิจด้านการจัดการศึกษา เป็นประจำทุกภาคการศึกษา ในช่วงปิดภาคการศึกษา เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงาน ประมวลปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และกำหนดมาตรการปรับปรุงแก้ไขและการเตรียมการที่จำเป็นสำหรับปีการศึกษาถัดไป

5. การจัดการอบรมเพื่อพัฒนาคณาจารย์ เช่นการเรียนการสอนกลุ่มใหญ่ การอบรมอาจารย์ เพื่อให้ข้อมูลในการเตรียมตัวสำหรับการเรียนรู้ในระดับอุดมศึกษา ซึ่งจะจัดประมาณ 2 - 3 วัน

6. การพัฒนาหลักสูตร

จากแนวทางในการจัดการศึกษา การประเมิน และการประกันคุณภาพการศึกษา ซึ่งทางมหาวิทยาลัยได้ดำเนินการมาโดยตลอดและอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ได้มีนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาในรุ่นแรก จำนวน 532 คน ซึ่งการประเมินผลสัมฤทธิ์ของบัณฑิตนั้นอยู่ในระหว่างการประเมินผล โดยการวิจัยสถาบัน และมีการประเมินผลโดยผลงานจากบัณฑิตที่จบออกไป โดยการใช้แบบสอบถาม

ส่วนการประเมินผลด้านคณาจารย์ พบว่าจุดเด่น คือ มีความตรงต่อเวลา สามารถตอบคำถามได้ตรงประเด็น ส่วนเกณฑ์ชีวิตอื่น ๆ อยู่ในระหว่างการพิจารณา และจากนโยบายรวมบริการประสานภารกิจ ในส่วนของ Human Resource เป็นแรงกระตุ้นให้คณาจารย์สายวิชาการต้องมีการพัฒนาทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ ทั้งนี้เพื่อตอบคำถามว่าคำตอบแทนที่ได้รับนั้นคุ้มค่าและเหมาะสมกับภาระงานที่รับผิดชอบ

อย่างไรก็ตามผู้บริหารระดับสูงของมหาวิทยาลัย ได้ให้มุมมองว่าไม่มีบุคคลใดที่สมบูรณ์แบบ ดังนั้นจึงต้องมีการสนับสนุนให้ในทุกๆด้านไม่ว่าจะเป็นด้านอุปกรณ์ เช่น คอมพิวเตอร์ การสนับสนุนด้านวิชาการ การอบรม เป็นประจำและต่อเนื่องจึงจะทำให้เกิดการพัฒนาได้

ข้อจำกัดในการประเมินผลคณาจารย์

การสร้างเกณฑ์การชี้วัดเป็นเรื่องยากมาก เพราะเป็นเรื่องที่ค่อนข้างละเอียดอ่อน Sensitive ฉะนั้นในการสร้างเกณฑ์ประเมินผลการปฏิบัติงานจึงมีวัตถุประสงค์จำกัดอยู่ที่การปรับปรุงประสิทธิภาพการการสอน ส่วนการประเมินเพื่อการบรรจุเป็นพนักงานหรือการต่อสัญญาจ้างจะอยู่ในความรับผิดชอบของส่วนการเจ้าหน้าที่ ซึ่งพบว่ามีข้อจำกัดเช่นเดียวกัน

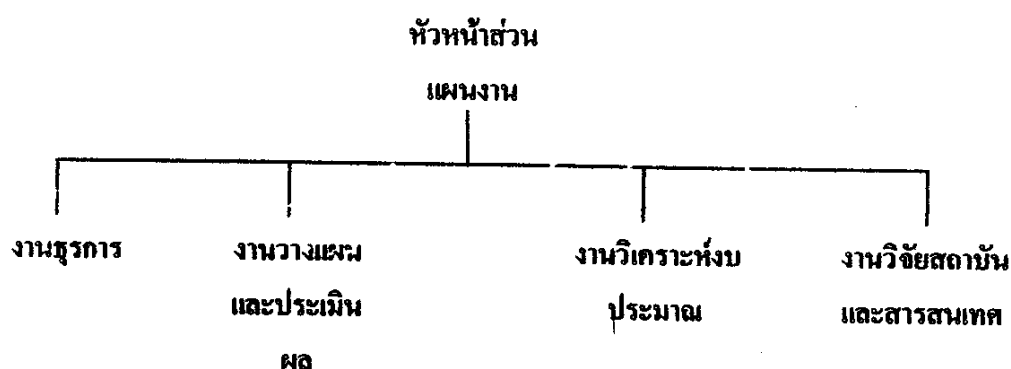
บทที่ 5

ระบบการประเมินผลการดำเนินงาน

เป็นภารกิจของส่วนแผนงาน ขึ้นตรงต่อรองอธิการบดีฝ่ายวางแผน มีหน้าที่ความรับผิดชอบ เกี่ยวกับการกำหนดนโยบายและแผนการจัดการศึกษา ดำเนินการประสานการจัดทำแผนพัฒนาอุดม ศึกษา กับทบวงมหาวิทยาลัย ศึกษาวิเคราะห์ เสนอแนะเกี่ยวกับค่าของงบประมาณประจำปี ติดตามและ ประเมินผลการดำเนินงาน จัดทำผังแม่บท พิจารณาคำเนิการจัดตั้งและยุบรวมหน่วยงานภายใน มหาวิทยาลัย จัดทำคลังข้อมูลพัฒนาระบบสารสนเทศ และการวิจัยสถาบัน

แผนภูมิที่ 12 แสดงโครงสร้างของส่วนแผนงาน (รายละเอียดในภาคผนวก)

โครงสร้างการแบ่งงานส่วนแผนงาน



จากภารกิจของส่วนแผนงาน พบว่ามีขอบข่ายความรับผิดชอบในการติดตามและประเมินผล 2 ด้าน คือ

- 1.งานวางแผนและประเมินผล
- 2.งานวิจัยสถาบันและสารสนเทศ

งานวางแผนและประเมินผล มีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดทำแผนการจัดการศึกษา ประสานการจัดทำแผนพัฒนาอุดมศึกษากับทบวงมหาวิทยาลัย วางแผนผลิตบัณฑิตให้เป็นไปตาม ความต้องการของประเทศ พิจารณาจัดตั้ง ยุบรวมส่วนงานของมหาวิทยาลัย จัดวางระบบเกี่ยวกับการ ติดตามประเมินผล วิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานและการใช้เงิน จัดทำรายงานการประเมินผลและเผยแพร่ เอกสาร จัดทำผังแม่บทและปรับปรุงผังแม่บท จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี จัดทำรายงานผลการดำเนินการ ประจำเดือนและประจำปี

สรุปลักษณะของการติดตามและประเมินผลในส่วนแผนงาน คือ

1. ติดตามการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผน
2. ติดตามการใช้เงินของแต่ละ โครงการ

การปฏิบัติงาน

ในส่วนของการติดตามและประเมินผลโครงการนั้น บุคลากรผู้รับผิดชอบจะมีการวางแผนงาน ไว้ล่วงหน้า มีการเตรียมแบบฟอร์มสำหรับรายงานความก้าวหน้าของโครงการ

ทรัพยากรและค่าใช้จ่าย

ทรัพยากรบุคคลหรืออัตรากำลังที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านนี้ มีจำนวน 4 คน สำหรับค่าใช้จ่ายสำหรับการตรวจสอบไม่ได้ตั้งไว้ชัดเจน เป็นแต่ภาพรวมในการจัดทำแผนและการนำเสนอรายงาน

กระบวนการตรวจสอบ

เคยมีความพยายามที่จะส่งเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเข้าไปดำเนินการติดตามและประเมินผลด้วยตนเองแต่พบว่า มีข้อจำกัดค่อนข้างมาก เช่น

ในด้านของผู้รับการตรวจสอบและประเมิน

1. ผู้รับผิดชอบโครงการ ไม่ได้เตรียมความพร้อม เช่น เอกสาร ทำให้เกิดความล่าช้าและเสียเวลา
2. มาก
2. ผู้รับผิดชอบโครงการ ไม่ให้ความสำคัญ เห็นว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน
3. ไม่ค่อยมีเวลา
4. มีปัญหาด้านการเขียนโครงการ
5. ผู้รับผิดชอบโครงการรายงานผลไม่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการที่เขียนไว้ และเนื้อหาการ รายงานขาดความสมบูรณ์ ทำให้เสียเวลาในการติดตามข้อมูลเพิ่มเติม
6. การส่งรายงานผลการดำเนินงานล่าช้ากว่ากำหนด ทำให้การเผยแพร่ข้อมูล ไม่ทันเหตุการณ์
7. ผู้รับผิดชอบโครงการ รายงานผลในแต่ละงวด บางครั้งไม่ต่อเนื่องกัน

ในด้านของผู้ทำหน้าที่ตรวจสอบและประเมิน

1. ขาดความรู้ ความเข้าใจในรายละเอียดของแต่ละ โครงการ
2. การสื่อสารและความเข้าใจไม่ตรงกัน

จากข้อจำกัดดังกล่าว จึงได้ปรับปรุงแบบการติดตามและประเมินผล เป็นการใช้แบบฟอร์ม ส่งไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ที่เป็นเจ้าของโครงการให้รายงานโดยตรงมายังส่วนแผนงาน ภายหลังได้รับแบบรายงาน เจ้าหน้าที่จะทำการวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของรายงาน และเมื่อพบว่ารายงานบางส่วนไม่สมบูรณ์จึงจะส่งเจ้าหน้าที่เข้าไปเก็บข้อมูลเพิ่มเติม และบางครั้งพบว่าผู้รายงานไม่เข้าใจกระบวนการเขียนรายงาน

ภายหลังการรวบรวมข้อมูล เจ้าหน้าที่จะสรุปและประเมินผลสำเร็จของโครงการเพื่อนำเสนอต่อรองอธิการบดีฝ่ายวางแผนต่อไป

สัมฤทธิ์ผลของการประเมินและติดตามในส่วนนี้ พบว่าเป็นไปตามกระบวนการติดตามทั่วๆ ไป ทั้งนี้ผลที่ได้คือทำให้ทราบว่า โครงการแต่ละโครงการสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนได้มากน้อยเท่าใด มีปัญหาและอุปสรรคอะไรที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามแผนได้ ทั้งนี้ประโยชน์ที่จะได้รับคือการปรับปรุงและพัฒนาแผนหรือกิจกรรมที่ตั้งไว้ให้บรรลุวัตถุประสงค์ต่อไป

ในการประเมิน จะทำการประเมินปีละ 4 ครั้ง (3 เดือน / ครั้ง) โดยใช้แบบฟอร์มในการบันทึก ภายหลังการประเมินจะมีการบันทึกเสนอเป็นรายงานผ่านรองอธิการบดีฝ่ายวางแผน ผ่านสภาวิชาการและเสนอสภามหาวิทยาลัย ในกรณีที่มิข้อเสนอแนะจากสภา จะมีการจัดทำรายละเอียดของแนวทางปฏิบัติอีกครั้ง

2. งานวิจัยสถาบันและสารสนเทศ

มหาวิทยาลัยได้ระบบการวิจัยสถาบันเพื่อประเมินผลการดำเนินงานของมหาวิทยาลัย โดยที่ผ่านมามีโครงการวิจัยทั้งสิ้น 15 โครงการ แล้วเสร็จไป 3 โครงการทั้งนี้คาดว่าจะสามารถนำเอาสารสนเทศและผลการวิจัยมาปรับปรุงการปฏิบัติงานด้านต่างๆให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ตัวอย่างของโครงการวิจัย เช่น

1. การติดตามผลบัณฑิตของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ.2540
2. ผลการดำเนินงานสหกิจศึกษาและพัฒนาอาชีพในหลักสูตรปริญญาตรี
3. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการถ่ายโอนงานสู่ภาคเอกชน
4. ผลการดำเนินงานในรูปแบบของมหาวิทยาลัยในกำกับรัฐบาล
5. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานแบบรวมบริการประสานภารกิจ

ขั้นตอนการประเมินผลการวิจัยสถาบัน

1. ผู้สนใจหรือผู้บริหารมหาวิทยาลัยเห็นชอบส่งข้อเสนอโครงการวิจัย ผ่านส่วนแผนงาน (เลขานุการคณะกรรมการวิจัยสถาบัน)
2. ส่วนแผนงานกลั่นกรอง เสนอขออนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยสถาบัน
3. คณะกรรมการวิจัยสถาบันเห็นชอบข้อเสนอโครงการ
4. มหาวิทยาลัยอนุมัติเงินเงินอุดหนุนการวิจัยสถาบัน
5. หัวหน้าโครงการรายงานความก้าวหน้าของโครงการผ่านส่วนแผนงาน
6. หัวหน้าโครงการส่งรายงานการวิจัยสถาบันผ่านส่วนแผนงาน
7. ส่วนแผนงานนำเสนอรายงานการวิจัยสถาบันต่อคณะกรรมการวิจัยสถาบัน
8. คณะกรรมการวิจัยสถาบันให้การรับรองรายงานการวิจัย (อาจจะมีการปรับปรุงแก้ไขตามมติของที่ประชุมคณะกรรมการวิจัยสถาบัน)
9. ผลการวิจัยสถาบัน นำไปปรับปรุงระบบการบริหาร การวางแผน ของมหาวิทยาลัยและเผยแพร่ไปยังหน่วยงาน

ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงานด้านการตรวจสอบของส่วนแผนงาน

1. อัตรากำลังจำกัด
2. เครื่องมือยังไม่ชัดเจนและครอบคลุม
3. ปัญหาด้านการสื่อสารด้านนโยบาย
4. ปัญหาการขาดการยอมรับจากบางหน่วยงาน ซึ่งมีส่วนน้อย
5. กระบวนการประเมินยังต้องการการปรับปรุงคุณภาพและสร้างเกณฑ์ชี้วัด

เอกสารอ้างอิง

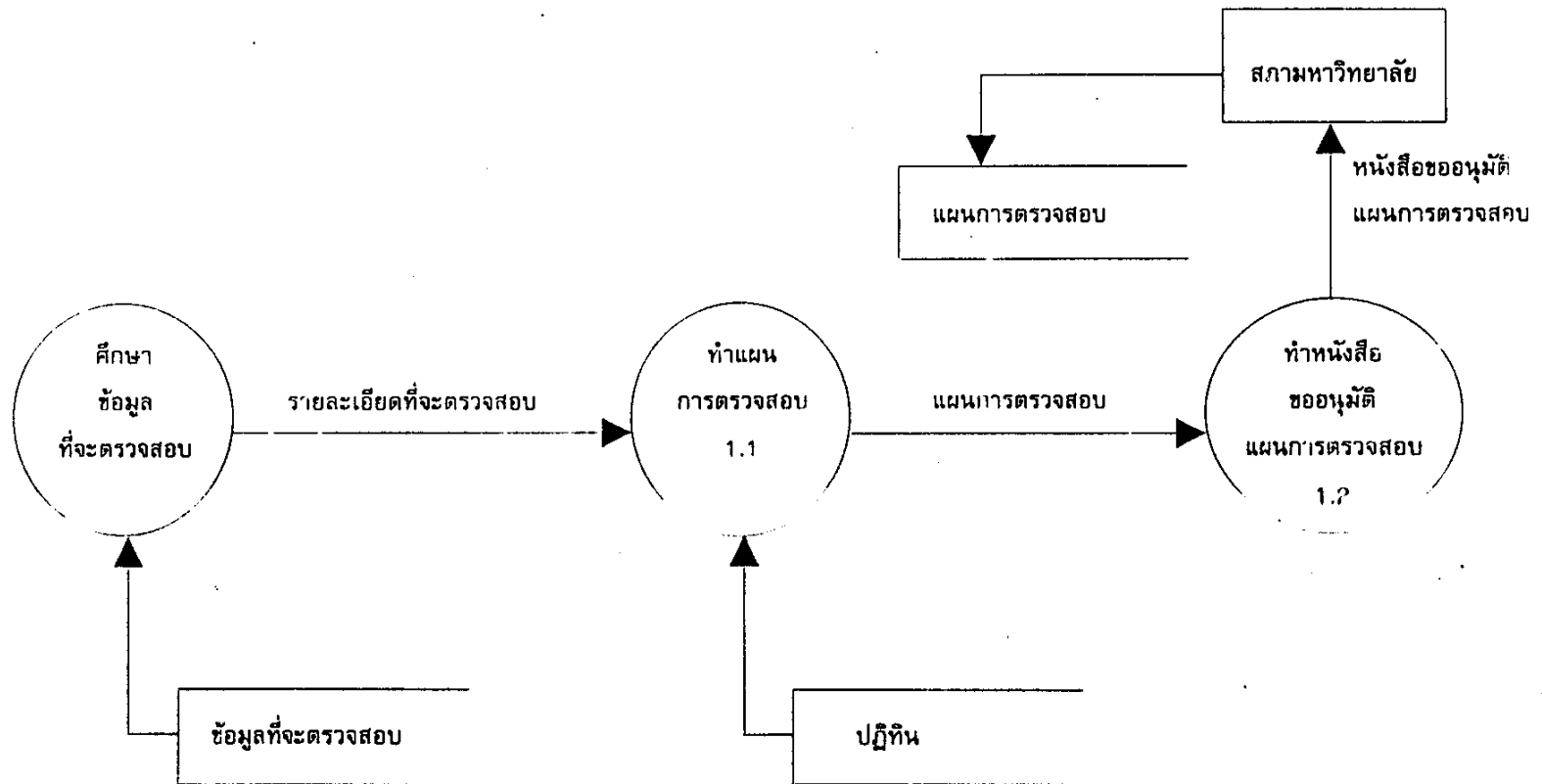
- ทบวงมหาวิทยาลัย. 2532. โครงการจัดตั้งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
 ภาวิช ทองโรจน์.มปป. เหตุผล ความจำเป็นและพัฒนาการทางแนวคิดในการปรับเป็นมหาวิทยาลัย
 ในกำกับของรัฐ. เอกสารอัดสำเนา
 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. 4 ปี มทส. มปป.
 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. 8 ปี มทส. มปป.
 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. แผนพัฒนามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. (พ.ศ.2540 - 2544)
 วิจิตร ศรีสุขานัน. 2534. การเป็นอิสระของมหาวิทยาลัยโดยยังมีสถานภาพเป็นมหาวิทยาลัยของรัฐ.
 เอกสารอัดสำเนา

อ้างอิงบุคคล

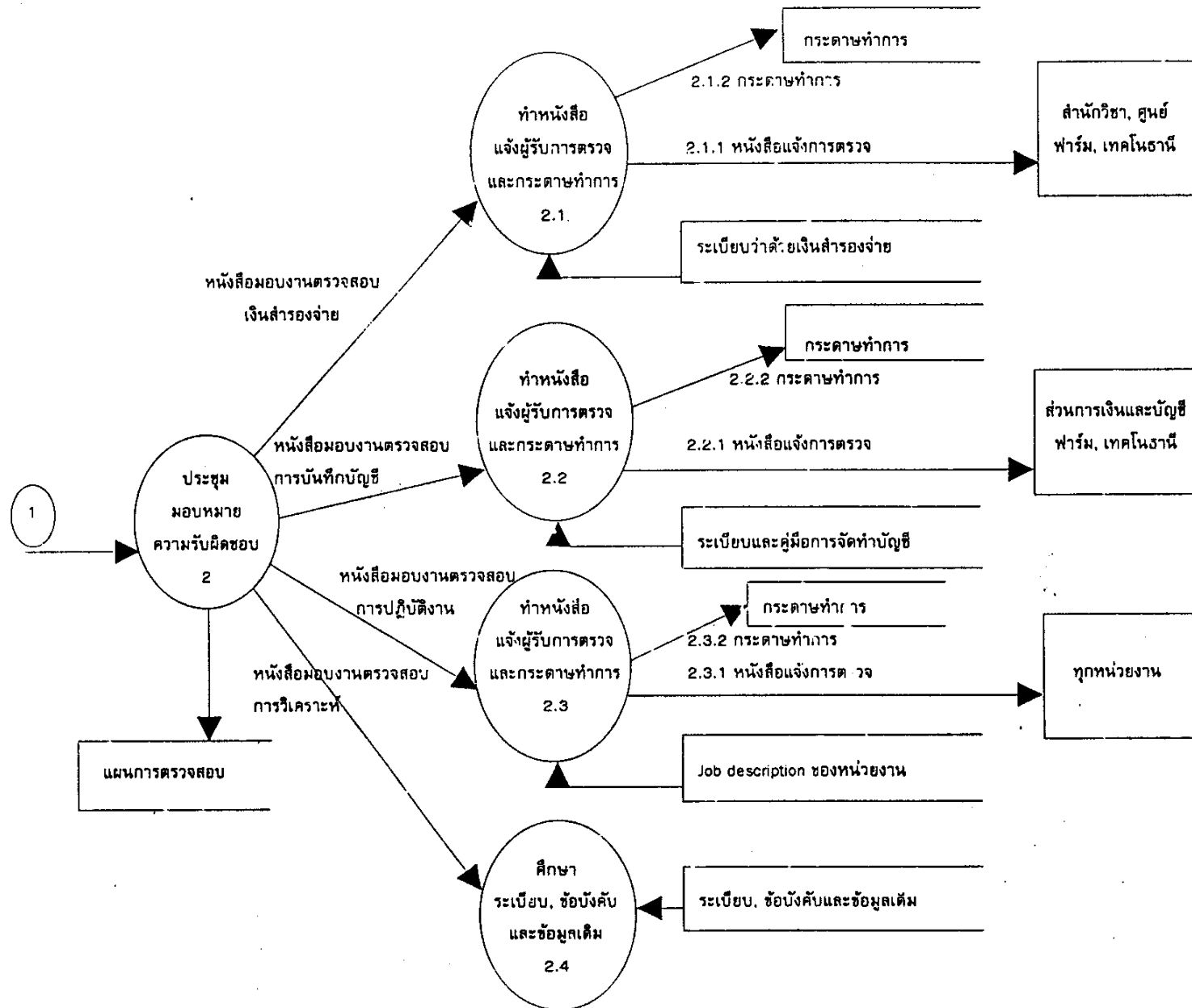
- รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (รศ.ดร.ประสาธ สืบคำ)
 รองอธิการบดีฝ่ายวางแผน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (รศ.ดร.พงษ์ชาญ ณ ลำปาง)
 ผู้ช่วยอธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (อาจารย์รัชฎาพร วิสุทธาการ)
 ศ.นพ.วิฑูร โอศถานนท์ คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
 หัวหน้าหน่วยตรวจสอบภายใน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
 หัวหน้าส่วนแผนงาน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
 หัวหน้าส่วนการเงินและบัญชี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
 หัวหน้าส่วนพัสดุ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
 เจ้าหน้าที่ส่วนแผนงาน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ภาคผนวก

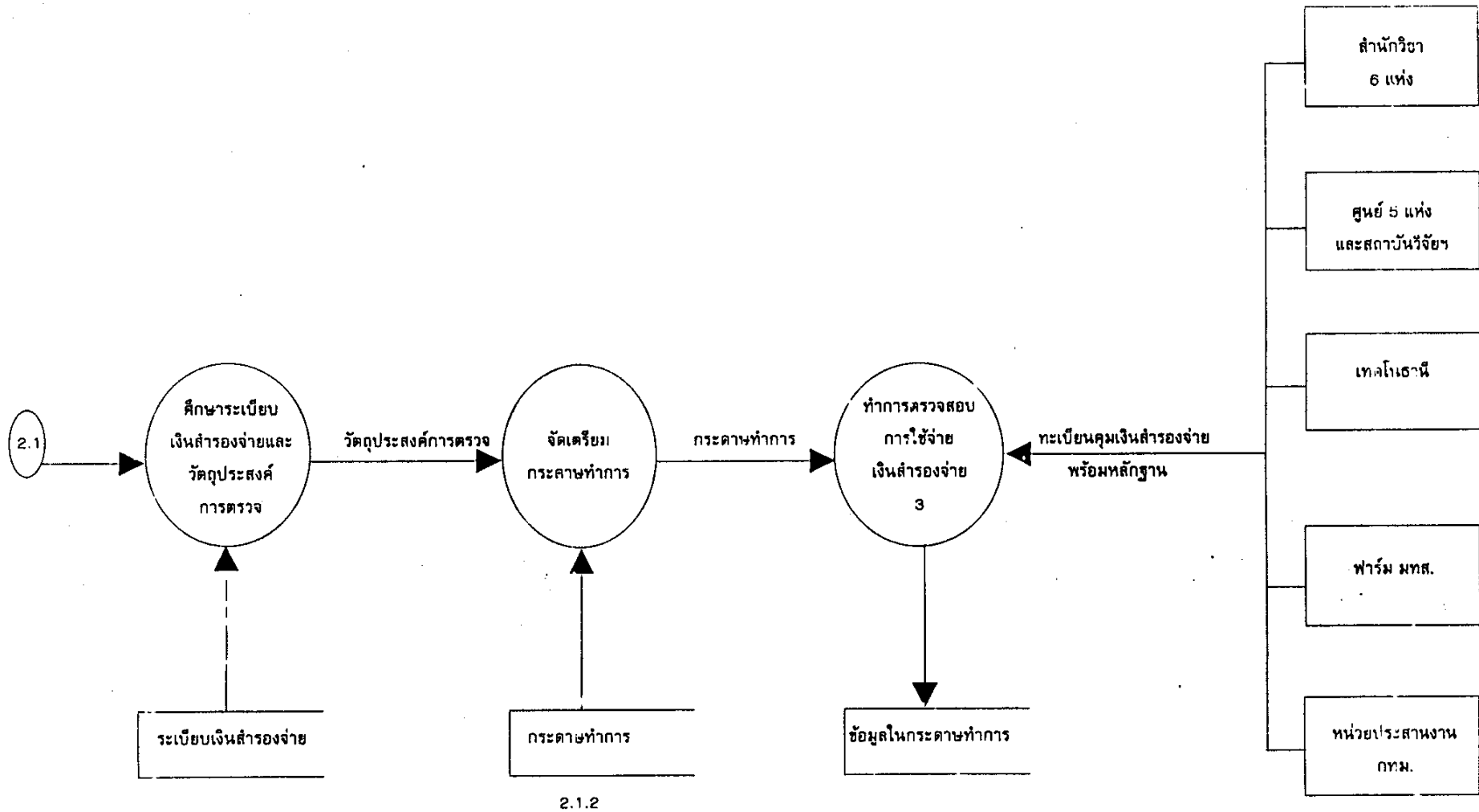
DFD ของการทำแผนการตรวจสอบ (1)



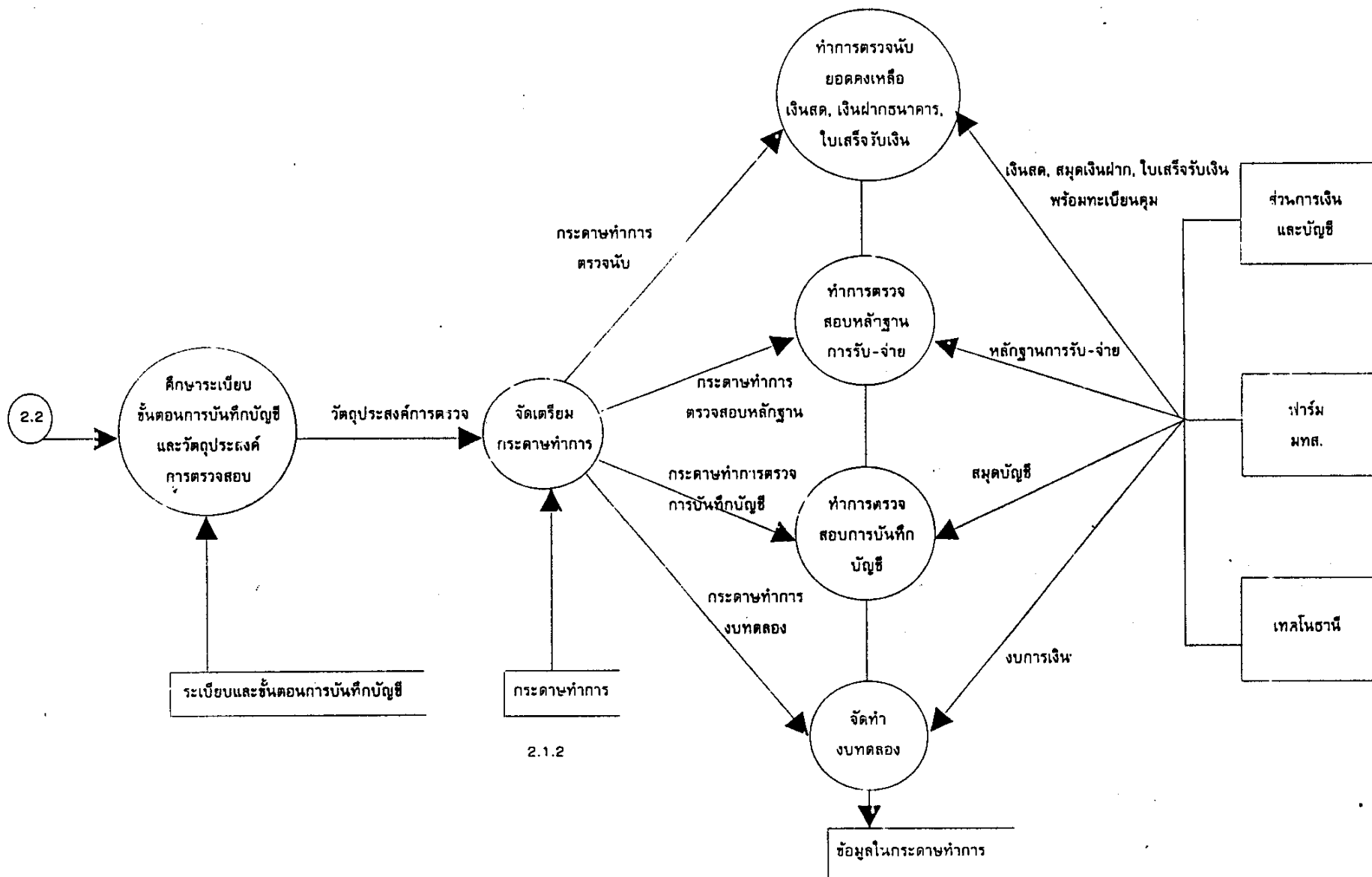
DFD ของการประชุมและจัดเตรียมกระดาดำทำการ (2)



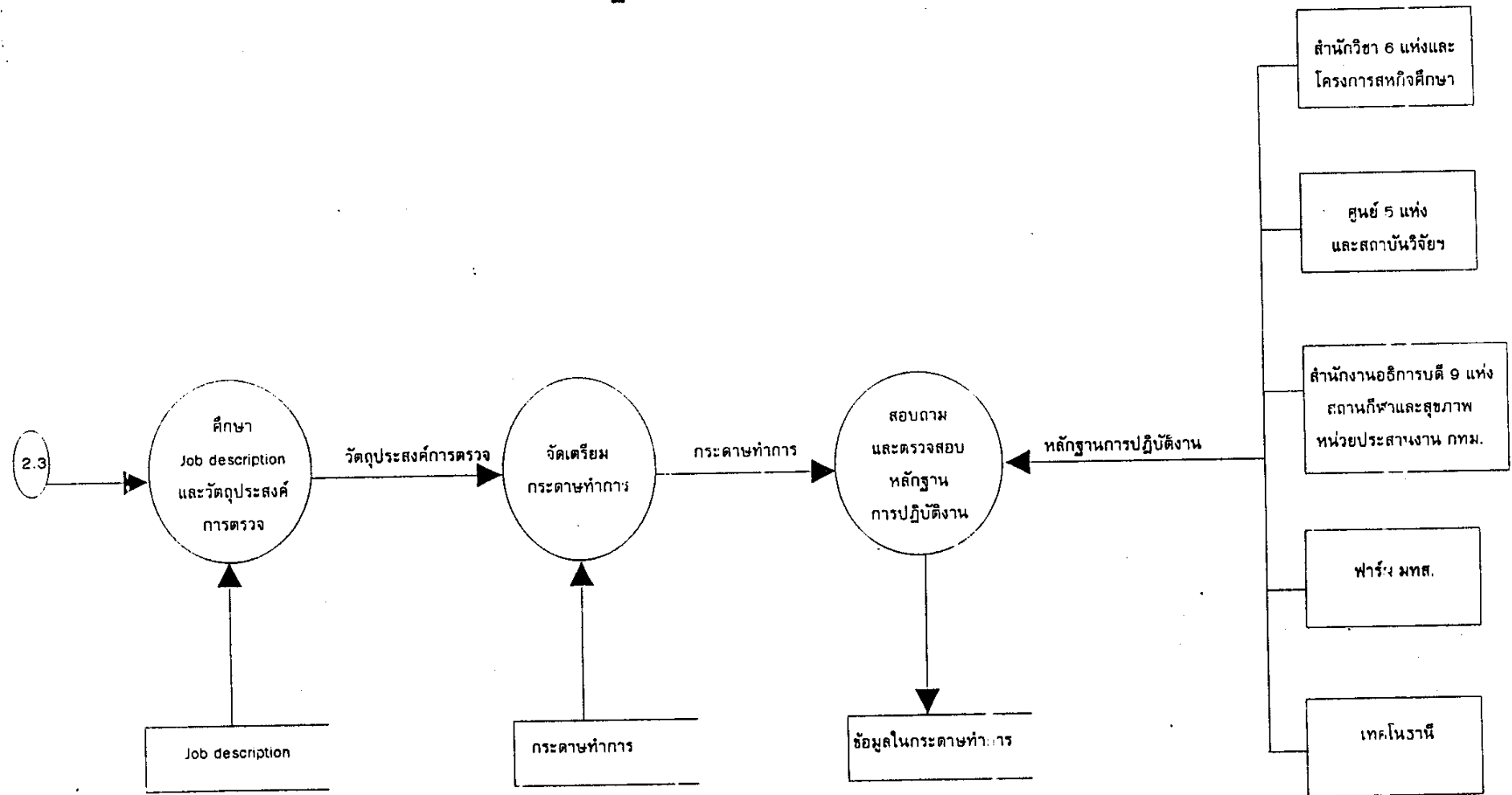
DFD ของการปฏิบัติการตรวจสอบเงินสำรองจ่าย (3.1)



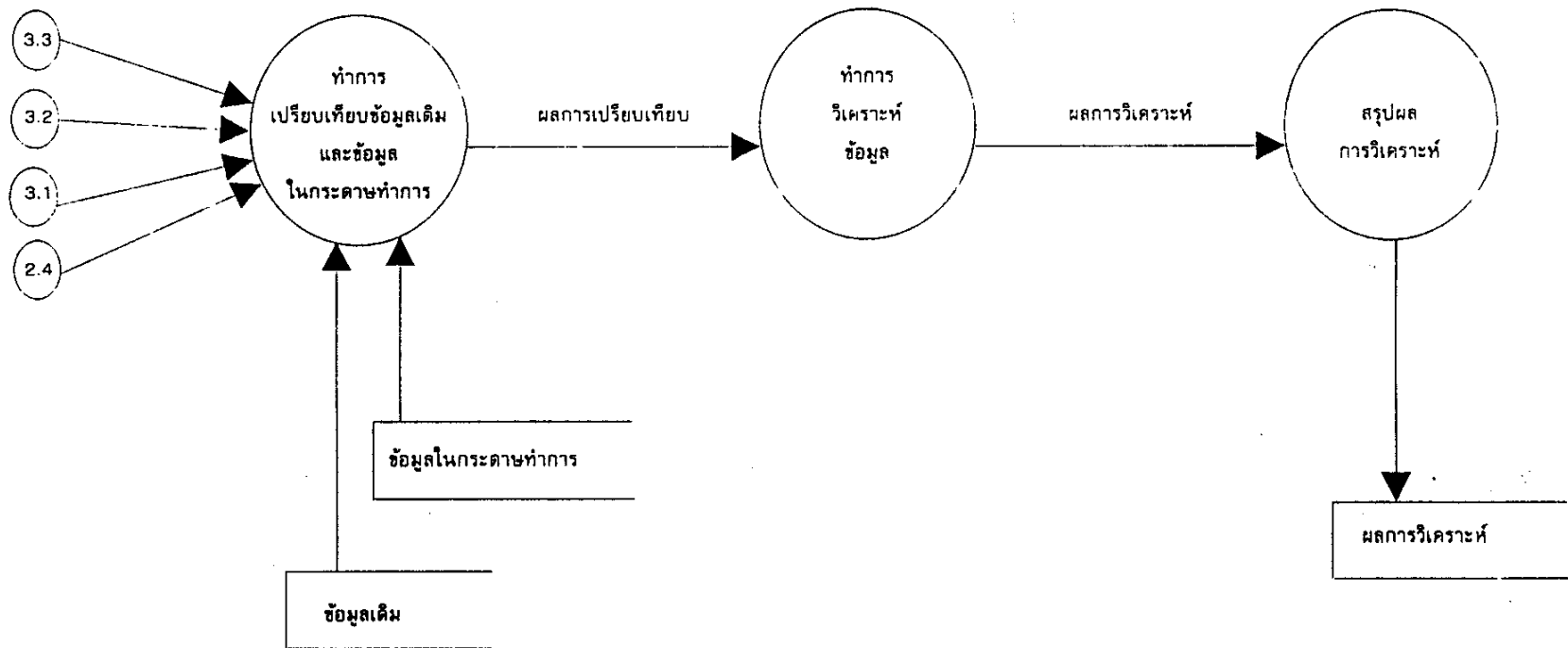
DFD ของการปฏิบัติการตรวจสอบการบันทึกบัญชี (3.2)



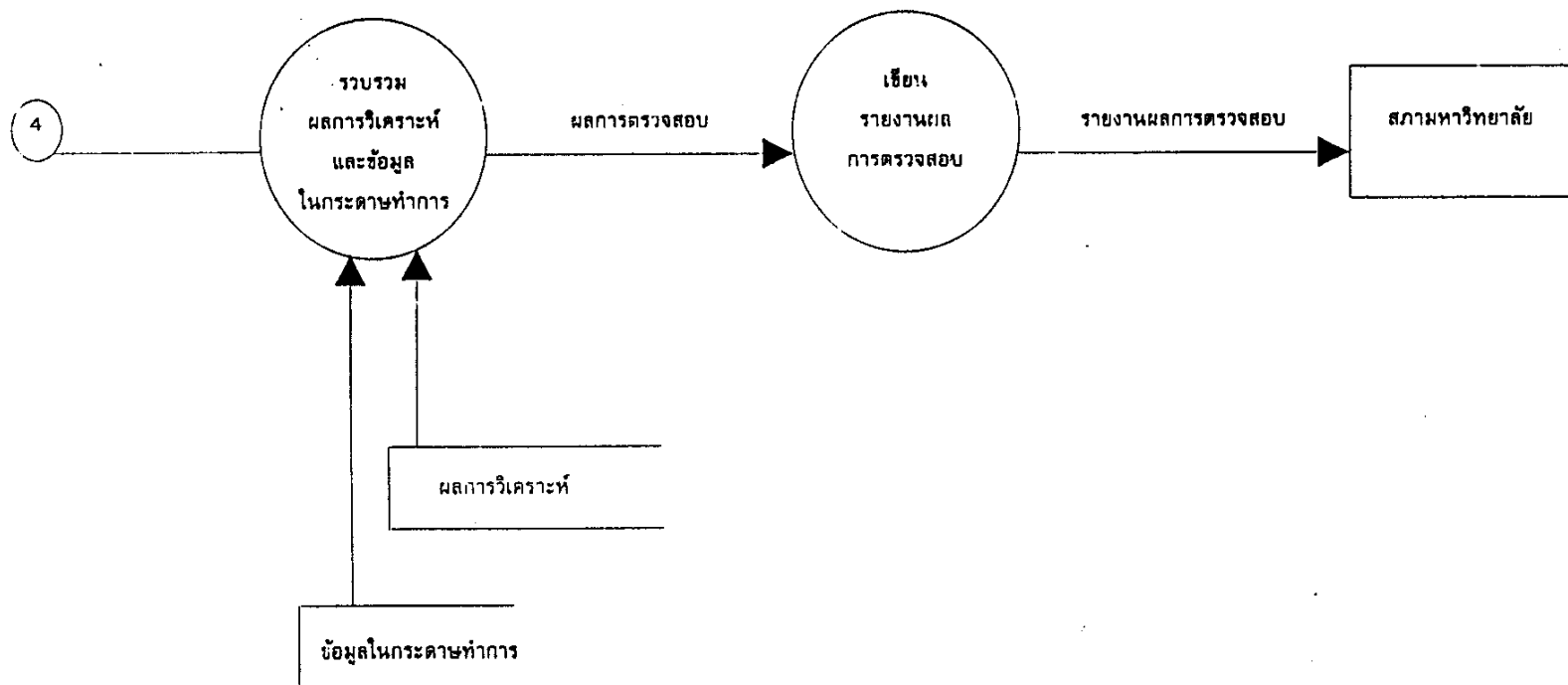
DFD ของการปฏิบัติการตรวจสอบการปฏิบัติงาน (3.3)



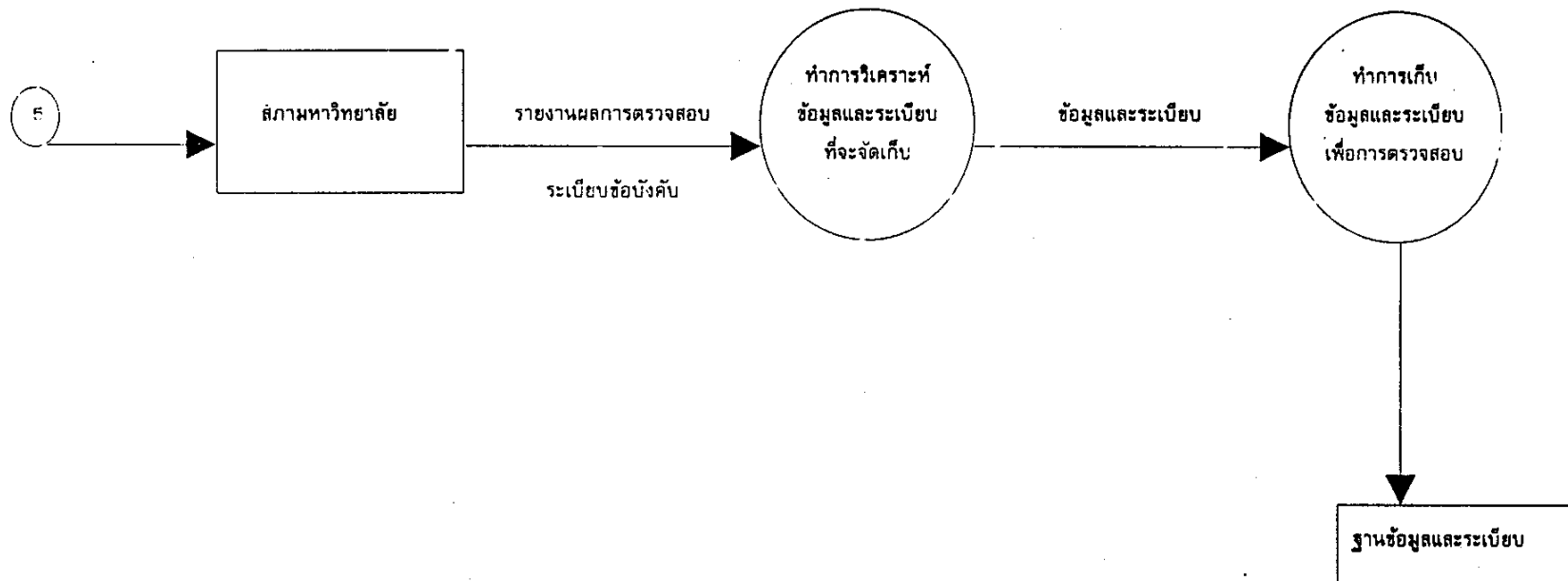
DFD ของการวิเคราะห์ (4)



DFD ของการเขียนรายงาน (5)



DFD ของการเก็บรวบรวมข้อมูล (6)



ภาคผนวก

เล่มที่ 2

เครื่องมือ

ระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารองค์การ
สำหรับการพัฒนานโยบายเพื่อปรับปรุงระบบ
การบริหารโรงพยาบาลของรัฐ



ห้องสมุดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

โดย

บัญชากร แก้วส่อง

พระศักดิ์ ศรีฤชา สมภพ พระธานี

สุจิตรา จงจิตร สุกัญญา เอ็มอัมรรรม

อมร สุวรรณนิมิตร

ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เลขที่	190
เลขที่	2135
เลขที่	2542
เลขที่	HS0568/0
วันที่	6 เดือน ๗๗ ปี ๖



เสียงสะท้อนจากผู้ป่วย

แบบสอบถามเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล
พัฒนาและจัดพิมพ์โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



1. ความเป็นมา

โครงการวิจัยเรื่อง Payment mechanism: hospital efficiency and quality of care ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสหภาพยุโรป ได้ทำการศึกษาย่อย (substudy) เพื่อประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคุณภาพของโรงพยาบาล โดยเลือกศึกษาใน 9 โรงพยาบาล ในกรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลภาครัฐ 3 แห่ง, โรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง และโรงพยาบาลมูลนิธิ 3 แห่ง คณะนักวิจัยได้ออกแบบสอบถามทำการทดสอบ และดำเนินการโดยให้ผู้ป่วยนอกและในเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผลพลอยได้ที่สำคัญจากประสบการณ์การใช้แบบสอบถามใน 9 โรงพยาบาลเหล่านี้ คือการพัฒนาเครื่องมือวัดความคิดเห็นของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

แบบสอบถาม ชุด “เสียงสะท้อนจากผู้ป่วย” ต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงขึ้นหลังดำเนินการวิจัยใน 9 โรงพยาบาลแล้ว แบบสอบถามนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน เพื่อเป็นเครื่องมือวัดความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

2. วัตถุประสงค์ ของแบบสอบถาม

เพื่อประเมินความคิดเห็น และความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และการตัดสินใจในอนาคตเกี่ยวกับการใช้บริการของโรงพยาบาล ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปรับปรุงบริการของโรงพยาบาลให้ดีขึ้น

3. โครงสร้างและ เนื้อหาของ แบบสอบถาม

แบบสอบถามผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีลักษณะคล้ายคลึงกัน มีข้อมูลทั้งสิ้น 4 ตอน

ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ประกอบด้วย ที่อยู่ปัจจุบัน เพื่อให้ทราบขนาดของพื้นที่บริการ (catchment area) ของโรงพยาบาล เพศ อายุ การศึกษา และสถานะการจ่ายเงินหรือการมีประกันของผู้ป่วย

ตอนที่ 2 เป็นข้อมูลข้อเท็จจริงจากประสบการณ์ (fact and experience) ที่ผู้ป่วยได้รับจริง คำถามเหตุผลของการเลือกโรงพยาบาลนี้ เพื่อชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยมองโรงพยาบาลอย่างไร? ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลด้านคลินิก ซึ่งแพทย์และบุคลากรต่างๆ ในโรงพยาบาลอธิบายให้แก่ผู้ป่วย จะเห็นได้ว่า



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คำตอบมีได้มีเพียง “มีหรือไม่มี” แต่ระบุคุณภาพของข้อมูลที่ได้รับ เช่น อธิบายแต่ไม่ค่อยเข้าใจ อธิบายและเข้าใจดี เราไม่ได้เน้นว่าแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น บุคลากรอื่นก็มีหน้าที่ด้วย ส่วนความเห็นเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาลนั้น แต่เดิมผู้วิจัยถามคำรักษาพยาบาลเป็นเงินเท่าไร และให้ผู้ป่วยลงความเห็นว่ายแพงหรือไม่แพง เป็นต้น แต่พบว่าไม่ได้นำตัวเงินมาประมวลผล จึงคงไว้เฉพาะความเห็นของผู้ป่วย

ตอนที่ 3 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความเห็นของผู้ป่วย (value judgement) โดยมี rating scale เป็น 1-5 เป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพได้แก่ ดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ดี แย่มาก (และประเมินไม่ได้ กรณีที่ไม่มีประสบการณ์ตรง) ในตอนนี้ มีข้อมูล 3 กลุ่ม ได้แก่ ก) คุณภาพเชิงกายภาพ ข) คุณภาพบริการโดยเจ้าหน้าที่ทั่วไป โดยแพทย์ โดยพยาบาล และ ค) คำถามสุดท้ายเป็นการประเมินคุณภาพบริการโดยรวมทุกด้าน ผู้วิจัยมีความเห็นว่าความเห็นของผู้ป่วยจะได้รับอิทธิพลจากสังคม วัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องค่อนข้างมาก จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมักจะ “เกรงใจ” ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นว่าบริการที่ได้รับไม่ดีแม้ว่าบริการนั้นจะไม่ดีจริง โดยเฉพาะบริการจากแพทย์ พยาบาล ดังนั้นในแบบสอบถามชุดนี้ จึงได้ปรับให้ข้อความเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ในตอนที่ 2 มีสัดส่วนที่สมดุลกับส่วนความเห็นของผู้ป่วยในตอนที่ 3

ตอนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับอนาคตว่าจะ “คบหรือเลิกคบ” โรงพยาบาลนี้ (make or break intention) โดยถามคำถามสมมติว่า จากประสบการณ์การใช้บริการของโรงพยาบาลแล้ว เราจะกลับมาใช้อีกหรือไม่ และจะแนะนำญาติหรือเพื่อนให้มาใช้โรงพยาบาลนี้หรือไม่ เป็นข้อมูลว่าโรงพยาบาลจะรักษาส่วนแบ่งการตลาดไว้ได้หรือไม่ นอกจากนี้ยังมีคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงคุณภาพโรงพยาบาลอีก 3 ข้อ

จุดเด่นของแบบสอบถามนี้คือ เป็นการออกแบบอย่างเป็นระบบ ได้รับการทดสอบและดำเนินการในขนาดตัวอย่างผู้ป่วยนอกจำนวน 3,871 ราย และผู้ป่วยในจำนวน 1,870 ราย และได้รับการปรับปรุงให้สั้น กระชับขึ้น โดยผู้วิจัยได้ตัดคำถามที่ไม่มีผลนัยยะสำคัญทางสถิติออกไป โดยเทียบกับการตัดสินใจของผู้ป่วยว่าจะกลับมาใช้อีกหรือไม่ หรือจะแนะนำเพื่อนหรือไม่ และ



นับเป็นการศึกษาครั้งแรกของประเทศไทยที่ได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมกับระบบบริการของโรงพยาบาล สังคม และวัฒนธรรมของผู้ป่วยไทย เพื่อให้เป็นแบบสอบถามที่สามารถสะท้อนเสียงความคิดเห็นของผู้ป่วย (Patient voice) ต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล นอกเหนือจากการประเมินคุณภาพบริการทางคลินิก เพื่อให้เข้ากับยุคแห่งการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลในกระแสโลกาภิวัตน์ในปัจจุบัน

4. วิธีดำเนินการ

การสำรวจความเห็นของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มี 3 วิธีการโดยสังเขป โดยมีจุดอ่อน จุดแข็ง และแนวทางในการแก้ไขปัญหาจุดอ่อนต่อไปนี้

วิธีการ	จุดแข็ง	จุดอ่อน	แนวทางแก้ไขจุดอ่อน
1. แจกแบบสอบถามในโรงพยาบาล ผู้ป่วยตอบเองที่บ้าน และส่งกลับทางไปรษณีย์ โดยใช้บริการธุรกิจตอบรับ	-ผู้ป่วยตอบเองได้เต็มที่ ไม่ต้องเกรงใจแพทย์หรือพยาบาล -ต้นทุนจะไม่สูง กรณีใช้บริการธุรกิจตอบรับเท่ากับ 2 บาทต่อชุด -ถ้าติดตามผลจะมีต้นทุนสูงมาก กรณีอัตราตอบกลับต่ำจะมีต้นทุนไม่น้อยกว่า 6 บาทต่อชุด	-อัตราตอบกลับต่ำโดยเฉลี่ย 30% -ผู้ที่อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ มีการศึกษาน้อย เด็ก และคนชราจะไม่ตอบแบบสอบถาม แม้จะให้ญาติช่วยก็ไม่ค่อยได้ผล -ข้อมูลที่ตอบกลับจึงมีความลำเอียงจากกลุ่มผู้มีการศึกษาสูง	-จดหมายติดตามกรณีไม่ตอบใน 2 สัปดาห์ จนกว่าวัฒนธรรมในการตอบแบบสอบถามของคนไทยจะดีขึ้น -ติดตามทางโทรศัพท์ จะมีปัญหาผู้ป่วยที่ไม่มีโทรศัพท์ -การติดตามโดยการสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ป่วย ซึ่งมีต้นทุนสูง ควรทำเฉพาะเจาะจงสำหรับบางกลุ่ม เช่น คนจน เด็ก ผู้สูงอายุ เป็นต้น -การติดตามจะค่อนข้างยุ่งยาก เพราะต้องสร้าง ID ในแบบสอบถามเพื่อสืบค้นข้อมูลที่อยู่ของผู้ป่วย และหมายเลขโทรศัพท์ -พยายามชี้แจงขณะแจกแบบสอบถามถึงความสำคัญของความเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามในการปรับปรุงคุณภาพบริการ และประโยชน์ในคุณภาพบริการที่ดีในอนาคต



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

วิธีการ	จุดแข็ง	จุดอ่อน	แนวทางแก้ไขจุดอ่อน
2. แจกแบบสอบถามที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยตอบเองในโรงพยาบาลและส่งคืนทันทีก่อนกลับ	- ต้นทุนต่ำ ดำเนินการง่าย อัตราตอบกลับปานกลาง-2/3 และได้ตัวอย่างปริมาณมาก - ผู้ป่วยมีอิสระในการตอบ ได้พอสมควร - สามารถผนวกเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ - เมื่อเทียบกับวิธีที่หนึ่งจะมีต้นทุนต่ำกว่าและมีประสิทธิผลสูงกว่า	- ผู้ที่อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ มีการศึกษาน้อย เด็ก และคนชราจะไม่ตอบแบบสอบถาม แม้จะให้ญาติช่วยก็ไม่ได้ผล - ข้อมูลที่ตอบกลับจะมี ความลำเอียงจากกลุ่มผู้มีการศึกษาสูง - ผู้ป่วยอาจจะมีความเกรงใจแพทย์และเจ้าหน้าที่ รพ. อยู่บ้าง	- กรณีอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ อาจจะเสริมด้วยวิธีการสัมภาษณ์ในโรงพยาบาลแทน - แนะนำว่าไม่ต้องเกรงใจ ปรึกษาทำหัตถ์ของผู้แจกแบบสอบถามมีความสำคัญต่อการตอบมาก - รพ. ควรจัดสถานที่ที่เหมาะสม มีปากกา ดินสอ โต๊ะ เก้าอี้ที่เหมาะสมอำนวยความสะดวกในการตอบแบบสอบถาม
3. สัมภาษณ์โดยพนักงานสัมภาษณ์ในโรงพยาบาล	- ต้นทุนพนักงานสัมภาษณ์ สูงสุด 200 บาทต่อคนต่อวัน สำหรับ 20 ชุด เท่ากับชุดละ 10 บาท - สามารถได้ข้อมูลจากผู้ป่วยทุกกลุ่ม ไม่ว่ายากดีมีจน - คุณภาพข้อมูลจะดี จะมี missing field น้อย	- มีความลำเอียงทั้งส่วน จากตัวผู้สัมภาษณ์ และการเลือกผู้ป่วย - ผู้ป่วยอาจจะเกรงใจไม่กล้าตอบ - ได้จำนวนผู้ป่วยน้อย ลงทุนสูง ผลลัพธ์ต่อต้นทุนต่ำ	- จ่ายค่าสัมภาษณ์เป็นขั้นๆ ละ 5 บาท แต่ระวังคุณภาพจะไม่ดี - พนักงานสัมภาษณ์ไม่ควรใส่ชุดแสดงเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และควรเป็นพนักงานระดับ junior มากกว่า senior level

5. จำนวนตัวอย่าง

ควรแจกแบบสอบถามให้แก่ผู้ป่วยในทุกรายเพราะมีจำนวนไม่มาก ส่วนผู้ป่วยนอกนั้น ขึ้นกับปริมาณผู้ป่วยในแต่ละวัน ถ้ามากควรจะทำ systematic random sampling ให้ครอบคลุมทุกหน่วย (คลินิก) หรือกรณีผู้ป่วยไม่มาก จะใช้การสัมภาษณ์เป็นครั้งคราวก็ได้ ซึ่งจะต้องพิจารณาความแปรผันของฤดูกาลของการเจ็บป่วย เช่น ทุกวันจันทร์ในเดือนหนึ่ง ทุกวันอังคารในอีกเดือนหนึ่ง เป็นต้น ผู้วิจัยเสนอว่า ควรเริ่มต้นและดำเนินการในส่วนผู้ป่วยในก่อน เพราะทำง่าย และผู้ป่วยมีปัญหามากกว่า เมื่อโรงพยาบาลมีความพร้อมมากขึ้น จึงขยายการดำเนินการไปยังผู้ป่วยนอกต่อไป



6. Dummy tables

ผู้วิจัยเชื่อว่า โรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนในประเทศไทยมีศักยภาพในการจัดการข้อมูล ทำความสะอาดข้อมูล ประมวลผล วิเคราะห์และศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ได้ ตารางหุ่นต่อไปนี้เป็นตารางตัวอย่างที่มีความสำคัญ โรงพยาบาลอาจจะพิจารณานำไปใช้ประโยชน์ และประมวลผลเพิ่มเติมเองในส่วนที่น่าสนใจ

1. เหตุผลการเลือกใช้รพ. จำแนกตามระดับการศึกษา สถานะการจ่ายเงิน และเพศผู้ป่วย

[illegible]

1. เกี่ยวกับการให้ข้อมูลจำแนกตามระดับการศึกษา สถานะการจ่ายเงินของผู้ป่วย และเพศ

[illegible]



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

2. เกี่ยวกับการรอรับบริการ

เหตุผล	การศึกษา			สถานะการจ่ายเงิน						เพศ	
	สูง	กลาง	ต่ำ	1	2	3	4	5	6	ชาย	หญิง
1. รอดตรวจกับแพทย์											
รวดเร็ว %											
ปานกลาง %											
นาน %											
2. รอดตรวจ-แล็บ/ x-ray											
รวดเร็ว %											
ปานกลาง %											
นาน %											
3. รอรับยา											
รวดเร็ว %											
ปานกลาง %											
นาน %											

3. ค่ารักษาพยาบาล

ความเห็นต่อ ค่ารักษาพยาบาล		สถานะการจ่ายเงิน					
		1	2	3	4	5	6
1. แพงมาก	%						
2. แพง	%						
3. ปานกลาง	%						
4. ถูก	%						
5. ถูกมาก	%						
6. ไม่ทราบค่ารักษา	%						
รวม (n)							



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

4. การประเมิน rating scale

ประเด็นประเมิน	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี	แย่มาก	ประเมินไม่ได้
1. %						
2. %						
3. %						
ฯลฯ %						

หมายเหตุ: รพ. อาจจะ grouping เป็นลักษณะกายภาพ เจ้าหน้าที่ทั่วไป แพทย์ พยาบาล และภาพรวม

5. ความเห็นต่อราคากับความตั้งใจว่าจะกลับมาใช้บริการ และการแนะนำญาติ

ความตั้งใจ	แพงมาก	แพง	เหมาะสม	ถูก	ถูกมาก
กลับมา %					
ไม่กลับมา %					
ไม่แน่ใจ %					
แนะนำญาติ %					
ไม่แนะนำ %					
ไม่แน่ใจ %					

โรงพยาบาลสามารถประยุกต์เอง เพื่อดูความสัมพันธ์ อาทิ การประเมินด้านลบด้านต่างๆ ได้แก่ ไม่ให้ข้อมูล รอนาน แพง rating ของประเด็นต่างๆ ที่ได้ผลไม่ดี และแย่มาก (เป็นตัวแปรอิสระ) กับการไม่กลับมาอีก หรือการไม่แนะนำญาติ (เป็นตัวแปรตาม) ส่วนกรณีผู้ป่วยใน ให้ปรับจากกรณีผู้ป่วยนอกได้

7. การนำเสนอ ผู้เกี่ยวข้อง

เครื่องมือวัดความเห็นต่อคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้ป่วย จะต้องนำไปสู่การปฏิบัติการแก้ไขปัญหามีอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีขึ้น และให้ความสำคัญต่อความเห็นของผู้ป่วย ถ้าไม่ตั้งใจว่าจะมีการแก้ไข ปรับปรุงและพัฒนางาน ก็ไม่ควรเสียเวลาและทรัพยากรในการดำเนินการนี้ ผู้วิจัยไม่ต้องการเห็นเครื่องมือนี้ถูกนำไปใช้เพื่อการจับผิดแผนกผู้ป่วยนอก หรือ ตีผู้ป่วยในใดหนึ่ง แต่ควรจะนำไปใช้วิเคราะห์และนำเสนอหนทางอย่างสร้างสรรค์ในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล



8. อนาคตกับการปรับ แบบสอบถาม

มีความเป็นไปได้สูงที่แบบสอบถามนี้จะได้รับการปรับปรุงโดยโรงพยาบาลต่างๆ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขยินดีน้อมรับข้อคิดเห็น และแบบสอบถามที่ปรับปรุงและได้ผลดี โดยสถาบันฯ จะรวบรวม initiative จากโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อพัฒนาเครื่องมือนี้ให้เหมาะสมมากขึ้น และกระจายให้สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนใช้อย่างกว้างขวางต่อไป ให้สอดคล้องกับทศวรรษแห่งการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และการรองรับโครงการ hospital accreditation ของประเทศไทยต่อไป

9. ปิดฉิมพากย์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเห็นว่าแบบสอบถามนี้มีประโยชน์ในวงกว้างและไม่ประสงค์จะขึ้นทะเบียนลิขสิทธิ์ โรงพยาบาลต่างๆ สามารถนำแบบสอบถามนี้ไปจัดพิมพ์ใช้ได้เลย หรือปรับใช้ให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลก็ได้ แต่หวังอย่างยิ่งว่า ผู้ที่นำแบบสอบถามนี้ไปใช้จะได้ให้เกียรตินักวิจัยของสถาบันฯ ที่พัฒนาแบบสอบถามนี้ขึ้นมา โดยการใช้เครื่องหมาย “เสียงสะท้อนจากผู้ป่วย-Listen to the Patients” หรืออ้างอิงว่าปรับปรุงจากแบบสอบถามชุด “เสียงสะท้อนจากผู้ป่วย” ที่พัฒนาโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในแบบสอบถามที่ใช้





ตอนที่ 3 ความรู้สึกของท่านต่อบริการต่างๆ ในครั้งนี้

กรุณาทำเครื่องหมาย ☑ ในช่องที่ท่านเลือก

	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี	แย่มาก	ประเมินไม่ได้
13. ความสะอาดของห้องที่ท่านนอน	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. ความสะดวกสบายในห้องที่ท่านนอน	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. การประสานงานและความร่วมมือของเจ้าหน้าที่	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. ความสามารถของแพทย์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็น	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. การตรวจร่างกายโดยแพทย์	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. ความรวดเร็วในการที่แพทย์มาดูแลเมื่อท่านมีปัญหา	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. ความใส่ใจของแพทย์ในการดูแลท่าน	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. กิริยามารยาทของแพทย์	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. ความสามารถของพยาบาลในการให้การพยาบาล	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. ความรวดเร็วในการที่พยาบาลมาให้การช่วยเหลือ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. ความใส่ใจของพยาบาลต่ออาการเจ็บป่วยของท่าน	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. กิริยามารยาทของพยาบาล	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. กิริยามารยาทของเจ้าหน้าที่อื่นๆ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. คุณภาพบริการโดยรวม	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นของท่านต่อบริการของโรงพยาบาล

กรุณาทำเครื่องหมาย ☑ ในช่องที่ท่านเลือก และ/หรือ กรอกข้อความลงในช่องว่าง

27. ถ้าญาติหรือเพื่อนของท่านป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ท่านจะแนะนำให้มาโรงพยาบาลนี้หรือไม่
☐ 1. แนะนำ ☐ 2. ไม่แนะนำ ☐ 3. ไม่แน่ใจ
28. ถ้าท่านป่วยจะต้องเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลอีก และสามารถเลือกโรงพยาบาลอื่นได้ ท่านจะกลับมาโรงพยาบาลนี้อีกหรือไม่
☐ 1. มั่นใจว่าจะกลับมาอีก ☐ 2. มั่นใจว่าจะไม่มาใช้บริการอีก ☐ 3. ไม่แน่ใจ
29. ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลควรปรับปรุงคุณภาพบริการอะไรบ้าง กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่ท่านเห็นว่าสำคัญที่สุด 3 ข้อ
- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

ขอขอบพระคุณ ที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ข้อคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงบริการของโรงพยาบาล





กรุณาแสดงความคิดเห็นของท่านต่อการบริการ ที่ท่านได้รับจากการนอนโรงพยาบาลในครั้งนี้อย่างเป็น

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก และ/หรือ กรอกรหัสความลงในช่องว่าง

1. ที่อยู่ปัจจุบัน : อำเภอ/เขต จังหวัด.....
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. อายุ.....ปี
4. ท่านจบการศึกษาสูงสุด
☐ 1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ☐ 2. มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา ☐ 3. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
5. ผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือสิทธิคุ้มครองการรักษาพยาบาลในครั้งนี้อยู่ที่
☐ 1. จ่ายเงินเอง ☐ 2.สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ 3. ประกันสังคม
☐ 4. บัตรสงเคราะห์ หรือสังคมสงเคราะห์ของ รพ. ☐ 5. บัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข
☐ 6. ประกันสุขภาพ (บริษัทประกันภัย, ประสบภัยจากรถ, นายจ้างมีสัญญาจ่ายให้ รพ., กองทุนทดแทน)

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการนอนโรงพยาบาลของท่านในครั้งนี้

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก และ/หรือ กรอกรหัสความลงในช่องว่าง

6. ทำไมท่านเลือกรับการรักษาที่โรงพยาบาลนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
☐ 1. เดินทางสะดวก ☐ 2. มีเครื่องมือทันสมัย ☐ 3. มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
☐ 4. ค่ารักษาไม่แพง ☐ 5. บริการรวดเร็วทันใจ ☐ 6. สถานที่สะดวกสบาย
☐ 7. เคยเป็นผู้ป่วยเก่าที่โรงพยาบาลนี้
7. ท่านได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็น และวิธีการรักษาหรือไม่
☐ 1. ไม่ได้รับ ☐ 2. ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐ 3. ได้รับ และเข้าใจดี
8. ท่านได้รับแจ้งผลการตรวจเลือด ปัสสาวะ เอกซเรย์ หรือไม่
☐ 1. ไม่ได้รับ ☐ 2. ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐ 3. ได้รับ และเข้าใจดี ☐ 4. ไม่ได้ตรวจ
9. ท่านได้รับการอธิบายเหตุผลที่ต้องผ่าตัดและรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัดหรือไม่
☐ 1. ไม่ได้รับ ☐ 2. ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐ 3. ได้รับ และเข้าใจดี ☐ 4. ไม่ได้ผ่าตัด
10. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนออกจากโรงพยาบาลหรือไม่
☐ 1. ไม่ได้รับ ☐ 2. ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐ 3. ได้รับ และเข้าใจดี
11. ท่านทราบหรือไม่ว่าใครคือแพทย์ที่รับผิดชอบดูแลรักษาท่าน
☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ทราบ แต่ไม่รู้ชื่อแพทย์ ☐ 3. ทราบ และรู้ชื่อแพทย์
12. ท่านคิดว่าค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้
☐ 1. แพงมาก ☐ 2. แพง ☐ 3. เหมาะสม ☐ 4. ถูก ☐ 5. ถูกมาก ☐ 6. ไม่ทราบค่ารักษา



กรุณาแสดงความคิดเห็นของท่านต่อบริการ ที่ท่านได้รับจากการมาโรงพยาบาลในครั้งนี้ เท่านั้น

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก และ/หรือ กรอกรหัสความลงในช่องว่าง

1. ที่อยู่ปัจจุบัน : อำเภอ/เขต จังหวัด.....
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. อายุ.....ปี
4. ท่านจบการศึกษาสูงสุด
☐ 1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ☐ 2. มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา ☐ 3. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
5. ผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือสิทธิคุ้มครองการรักษาพยาบาลในครั้งนี้
☐ 1. จ่ายเงินเอง ☐ 2.สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ 3. ประกันสังคม
☐ 4. บัตรประกันสุขภาพ หรือสังคมสงเคราะห์ของ รพ. ☐ 5. บัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข
☐ 6. ประกันสุขภาพ (บริษัทประกันภัย, ประสมภัยจากรถ, นายจ้างมีสัญญาจ่ายให้ รพ., กองทุนทดแทน)

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับบริการผู้ป่วยนอกที่ท่านได้รับในวันนี้

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก และ/หรือ กรอกรหัสความลงในช่องว่าง

6. ทำไมท่านเลือกรับการรักษาที่โรงพยาบาลนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
☐ 1. เดินทางสะดวก ☐ 2. มีเครื่องมือทันสมัย ☐ 3. มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
☐ 4. ค่ารักษาไม่แพง ☐ 5. บริการรวดเร็วทันใจ ☐ 6. สถานที่สะดวกสบาย
☐ 7. เคยเป็นผู้ป่วยเก่าที่โรงพยาบาลนี้
7. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็น และวิธีการปฏิบัติตัว หรือไม่
☐ 1. ไม่ได้รับ ☐ 2. ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐ 3. ได้รับ และเข้าใจดี
8. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาหรือไม่
☐ 1. ไม่ได้รับ ☐ 2. ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐ 3. ได้รับ และเข้าใจดี
9. ระยะเวลารอคอยตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้พบแพทย์
☐ 1. นาน ☐ 2. ปานกลาง ☐ 3. รวดเร็ว
10. ระยะเวลาารอรับยา
☐ 1. นาน ☐ 2. ปานกลาง ☐ 3. รวดเร็ว
11. ระยะเวลาารอตรวจเลือด เอกซเรย์
☐ 1. นาน ☐ 2. ปานกลาง ☐ 3. รวดเร็ว ☐ 4. ไม่ได้ตรวจ
12. ท่านคิดว่าค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้
☐ 1. แพงมาก ☐ 2. แพง ☐ 3. เหมาะสม ☐ 4. ถูก ☐ 5. ถูกมาก ☐ 6. ไม่ทราบค่ารักษา

ตอนที่ 3 ความรู้สึกของท่านต่อบริการต่างๆ ในครั้งนี้

กรุณาทำเครื่องหมาย ☑ ในช่องที่ท่านเลือก

	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี	แย่มาก	ประเมินไม่ได้
13. ความสะดวกสบายโดยทั่วไป	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. ความสะอาดของห้องส้วม	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. ลำดับในการเข้ารับบริการจากหน่วยหนึ่งไปอีกหน่วยหนึ่ง	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. การประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. การแนะนำ ประชาสัมพันธ์ ในการใช้บริการ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. แพทย์ใส่ใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วยจากท่าน	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. การซักประวัติ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. การตรวจร่างกาย	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. แพทย์ให้เวลากับท่าน	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. กิริยามารยาทของแพทย์	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. การดูแลให้ความช่วยเหลือจากพยาบาล	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. กิริยามารยาทของพยาบาล	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. กิริยามารยาทของเจ้าหน้าที่อื่นๆ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. คุณภาพบริการโดยรวมทุกด้าน	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นของท่านต่อบริการของโรงพยาบาล

กรุณาทำเครื่องหมาย ☑ ในช่องที่ท่านเลือก และ/หรือ กรอกรายความลงในช่องว่าง

27. ถ้าญาติหรือเพื่อนของท่านป่วย ท่านจะแนะนำให้มาโรงพยาบาลนี้หรือไม่
- ☐ 1. แนะนำ ☐ 2. ไม่แนะนำ ☐ 3. ไม่แน่ใจ
28. ถ้าท่านป่วยอีกครั้ง และสามารถเลือกโรงพยาบาลอื่นได้ ท่านจะกลับมาโรงพยาบาลนี้อีกหรือไม่
- ☐ 1. มั่นใจว่าจะกลับมาอีก ☐ 2. มั่นใจว่าจะไม่มาใช้บริการอีก ☐ 3. ไม่แน่ใจ
29. ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลควรจะปรับปรุงคุณภาพบริการอะไรบ้าง กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่ท่านเห็นว่าสำคัญที่สุด 3 ข้อ
- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

ขอขอบพระคุณ ที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ข้อคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงบริการของโรงพยาบาล



แบบประเมินตนเอง คำชี้แจง

ที่มา

แบบประเมินตนเองนี้ปรับปรุงขึ้นจากการทดลองใช้แบบประเมินในลักษณะปรนัยและอัตนัย โดยผสม
สานจุดแข็งของแบบประเมินทั้ง 2 ลักษณะเข้าด้วยกัน

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของแบบประเมินนี้คือ

1. เพื่อให้หน่วยงานในโรงพยาบาลใช้เป็นเครื่องมือในการวัดความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพของ
ตนเอง
2. เพื่อเป็นสื่อที่จะให้ผู้ประเมินภายนอกได้รับทราบระดับของกิจกรรมและการพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้น
ในหน่วยงานต่าง ซึ่งจะทำให้ง่ายต่อการสำรวจและสัมภาษณ์

เนื้อหาของแบบประเมิน

แบบประเมินตนเองชุดนี้ยึดเนื้อหาของมาตรฐานทั่วไป (GEN.1-GEN.9) เป็นหลัก ทุกหน่วยงานควร
ประเมินตนเองตามกรอบของมาตรฐานทั่วไปนี้ ยกเว้นมาตรฐาน GEN.8 ระบบงาน ซึ่งมีความเฉพาะสำหรับแต่
ละหน่วยงาน

แบบประเมินชุดนี้ได้กำหนดคำถามสำหรับ GEN.8 เพียงกว้างๆ และ จะต้องใช้ประกอบกับแบบ
ประเมินเฉพาะหน่วย

วิธีการใช้แบบประเมิน

การประเมินตนเองควรเป็นการประเมินโดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานนั้นอย่างน้อย 4 คน ทั้งในระดับ
หัวหน้าและในระดับเจ้าหน้าที่ หากสมาชิกทุกคนเห็นด้วยกับคำตอบข้อใดข้อหนึ่งก็สรุปได้ว่าคำตอบที่เหมาะสม
สมควรเป็นข้อนั้น แต่หากมีความเห็นไม่ตรงกัน ควรให้มีการอภิปรายถึงเหตุผลของแต่ละท่าน บันทึกเหตุผลนั้น
ไว้ และหาข้อมูลหรือความเห็นเพิ่มเติม

ลำดับคำตอบที่เรียงไว้เป็นการเรียงตามลำดับขั้นของการพัฒนา การจะตอบคำถามข้อใดหมายความว่า
ว่าจะต้องบรรลุข้อที่อยู่ก่อนหน้านั้นมาทั้งหมด

ในหัวข้อที่มีช่องว่างให้อธิบายเพิ่มเติมนั้น ขอให้ทีมตอบให้ตรงคำถามอย่างสั้นๆ

การปรับปรุงแบบประเมิน

แบบประเมินชุดนี้ยังต้องได้รับการปรับปรุงต่อไปเพื่อให้ผู้ใช้สามารถตอบได้ง่ายและสะดวก จึงใคร่ขอ
ความร่วมมือจากผู้ใช้งาน ระบุหัวข้อคำถามที่ไม่เหมาะสม และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงมายังโครงการพัฒนา
และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ลักษณะของความไม่เหมาะสมอาจเกิดจากการใช้ถ้อยคำที่อธิบายยาก การ
เรียงลำดับหัวข้อที่ไม่สอดคล้องกับความจริง ฯลฯ

โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
8 กันยายน 2541

หน่วยงาน _____ โรงพยาบาล _____

GEN.1 พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์

1.1 ความสำคัญของ บริการ/หน่วยงาน และคุณค่าที่ให้แกลูกค้า

- (0) ไม่มีใครรู้ว่าหน่วยงาน/บริการ มีความสำคัญและให้คุณค่าอะไรแกลูกค้า
- (1) มีเฉพาะหัวหน้าที่รู้ว่า หน่วยงาน/บริการนี้ มีความสำคัญและให้คุณค่าอะไรแกลูกค้า
- (2) เจ้าหน้าที่แต่ละคนรู้เฉพาะของตนเอง
- (3) มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรับรู้ตรงกัน
- (4) มีข้อ (3) และเจ้าหน้าที่ทุกคนรับรู้บทบาทของตนเองว่าต้องทำอะไร
- (5) มีข้อ (4) และเจ้าหน้าที่ทุกคนพยายามปฏิบัติตามบทบาทนั้น

ความสำคัญ/คุณค่าของ บริการ/หน่วยงานนี้ได้แก่ _____

1.2 การกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์

- (0) ไม่มีการกำหนดพันธกิจ/วิสัยทัศน์
- (1) มีการกำหนดพันธกิจ/วิสัยทัศน์โดยผู้นำ
- (2) สมาชิกมีส่วนร่วมกำหนดพันธกิจ/วิสัยทัศน์
- (3) สมาชิกเข้าใจพันธกิจ/วิสัยทัศน์
- (4) สมาชิกแต่ละคนรู้ว่าตนเองมีบทบาทอะไรเพื่อให้บริการ/หน่วยงาน บรรลุพันธกิจ/วิสัยทัศน์
- (5) สมาชิกทุกคนพยายามปฏิบัติตามเพื่อให้บรรลุพันธกิจ/วิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้

พันธกิจของหน่วยงาน/บริการ คือ _____

วิสัยทัศน์ของหน่วยงาน/บริการ คือ _____

1.3 เนื้อหาของพันธกิจและวิสัยทัศน์ของบริการ/หน่วยงาน

- (0) ไม่มีพันธกิจ/วิสัยทัศน์
- (1) มีข้อความเยิ่นเย้อจนสมาชิกไม่สามารถจำได้ว่ามีอะไรบ้าง
- (2) มีข้อความกระชับ สมาชิกสามารถจำได้ครบถ้วน
- (3) มีลักษณะในข้อ (2) และมีการระบุความสำคัญของหน่วยงานและคุณค่าที่จะให้แกลูกค้าไว้อย่างชัดเจน
- (4) มีลักษณะในข้อ (3) และมีลักษณะเข้าใจสมาชิก
- (5) มีลักษณะในข้อ (4) และมีความเป็นไปได้ที่จะบรรลุ

1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างพันธกิจ/วิสัยทัศน์ ของบริการ/หน่วยงาน กับของโรงพยาบาล

- (0) ไม่มีพันธกิจ/วิสัยทัศน์ ในทั้ง 2 ระดับ
- (1) มีพันธกิจ/วิสัยทัศน์ เฉพาะของ รพ.
- (2) มีพันธกิจ/วิสัยทัศน์ เฉพาะของบริการ/หน่วยงาน
- (3) มีพันธกิจ/วิสัยทัศน์ ในทั้ง 2 ระดับ แต่ไม่สอดคล้องหรือเกี่ยวเนื่องกัน
- (4) มีพันธกิจ/วิสัยทัศน์ ในทั้ง 2 ระดับ ต่างคนต่างทำ มาสอดคล้องกันโดยบังเอิญ
- (5) เริ่มต้นทำพันธกิจ/วิสัยทัศน์ของ รพ.ก่อน แล้วนำมาแตกเป็นพันธกิจ/วิสัยทัศน์ของ บริการ/หน่วยงาน

พันธกิจของ รพ.คือ _____

วิสัยทัศน์ของ รพ.คือ _____

1.5 การกำหนดหลักการการทำงานร่วมกัน (guiding principle/philosophy) ของบริการ/หน่วยงาน

- (0) ไม่มีการกำหนดหลักการการทำงานร่วมกัน
- (1) มีหลักการการทำงานร่วมกัน แต่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร
- (2) มีหลักการการทำงานร่วมกันเป็นลายลักษณ์อักษร กำหนดโดยผู้นำ
- (3) มีหลักการการทำงานร่วมกันเป็นลายลักษณ์อักษร สมาชิกมีส่วนร่วมกำหนด
- (4) มีข้อ (3) และสมาชิกเข้าใจจุดมุ่งหมายของการมีหลักการการทำงาน
- (5) มีข้อ (4) และสมาชิกทุกคนนำไปควบคุมพฤติกรรมของตนเอง

โปรดระบุหลักการการทำงานร่วมกันของบริการ/หน่วยงาน (ถ้ามี)

1.6 ความรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของพันธกิจ วิสัยทัศน์ และหลักการการทำงานร่วมกัน

- (0) สมาชิกไม่รับรู้ว่ามีพันธกิจ วิสัยทัศน์
- (1) สมาชิกรู้สึกว่าพันธกิจ วิสัยทัศน์ เป็นของผู้บริหาร
- (2) สมาชิกรู้สึกว่าความเห็นของตนได้รับการบรรจุไว้ในพันธกิจ วิสัยทัศน์
- (3) สมาชิกรู้สึกว่าตนมีส่วนในการร่วมจัดทำพันธกิจ วิสัยทัศน์ และหลักการการทำงานร่วมกัน
- (4) สมาชิกทุกคนรู้สึกเป็นเจ้าของพันธกิจ วิสัยทัศน์ และหลักการการทำงานร่วมกัน
- (5) มีข้อ (4) และทุกคนมุ่งมั่นทำให้เป็นจริง

1.7 การสื่อสารเพื่อเผยแพร่พันธกิจ วิสัยทัศน์ ไปสู่สมาชิกในหน่วยงาน

- (0) ไม่มีการสื่อสาร
- (1) มีการสื่อสารแบบ one-way เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ
- (2) มีการสื่อสารแบบ two-way ในกลุ่มใหญ่ เช่น การพูดคุยในที่ประชุม
- (3) มีการสื่อสารแบบ two-way เป็นรายบุคคล หรือ กลุ่มย่อย
- (4) มี (2) หรือ (3) และมีการกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนพฤติกรรม/วิธีการทำงานของแต่ละคน
- (5) มี (4) และมีการร่วมกันคิดค้นกิจกรรมที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย

โปรดบรรยายลักษณะกิจกรรมการสื่อสารเพื่อเผยแพร่ พันธกิจ วิสัยทัศน์

1.8 การจัดทำแผนพัฒนาหรือแผนยุทธศาสตร์ของบริการ/หน่วยงาน

- (0) ไม่มีการจัดทำแผนพัฒนา
- (1) มีการจัดทำแผนพัฒนา/แผนยุทธศาสตร์ แต่ไม่ได้นำมาปฏิบัติ
- (2) มีการจัดทำแผนพัฒนา/แผนยุทธศาสตร์ นำมาปฏิบัติได้เพียงบางส่วน
- (3) มีการจัดทำแผนพัฒนา/แผนยุทธศาสตร์ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของแผนมีความเป็นไปได้สูง
- (4) มีลักษณะในข้อ (3) และมีการทบทวนแผนพัฒนาทุกปี
- (5) มีลักษณะในข้อ (4) และเนื้อหาของแผนครอบคลุมการพัฒนาด้านกายภาพ กำลังคน ระบบงาน

โปรดระบุเป้าประสงค์ (goals) และยุทธศาสตร์ (strategies) ที่จะไปสู่เป้าประสงค์

1.9 การจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีของบริการ/หน่วยงาน

- (0) ไม่มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
- (1) มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยไม่มีการวางแผน
- (2) มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ตามที่วางแผนไว้ในระดับโรงพยาบาล
- (3) มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยมีแผนปฏิบัติการประจำปีของบริการ/หน่วยงาน
- (4) มีลักษณะในข้อ (3) และแผนปฏิบัติการประจำปีมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่มีความเป็นไปได้สูง
- (5) มีลักษณะในข้อ (4) และเนื้อหาของแผนครอบคลุมการพัฒนาทั้งด้านกายภาพ กำลังคน ระบบงาน

1.10 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อมีพันธกิจ วิสัยทัศน์

- (0) ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น
- (1) การทำงานร่วมกันราบรื่นขึ้น การประสานงานดีขึ้น
- (2) มี (1) และ มีความพยายามที่จะรับฟังลูกค้ามากขึ้น
- (3) มี (2) และ มีความพยายามที่จะแก้ปัญหาร่วมกันมากขึ้น
- (4) มี (3) และ มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า
- (5) มี (4) และ มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ท่านคาดหวังว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรขึ้นเมื่อนำพันธกิจ วิสัยทัศน์ไปปฏิบัติ

โปรดยกตัวอย่างรูปธรรมของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

1.11 การสนับสนุนของผู้บริหารเพื่อให้พันธกิจ วิสัยทัศน์ บรรลุความสำเร็จ

- (0) ไม่มีการสนับสนุนจากผู้บริหาร
- (1) หัวหน้าหน่วยงานคิดและสั่งการเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายเร็วที่สุด
- (2) หัวหน้าหน่วยงานพยายามติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนา
- (3) มี (2) และ หัวหน้าหน่วยงานช่วยชี้แนะ/ให้คำปรึกษา
- (4) มี (3) และ หัวหน้าหน่วยงานให้การสนับสนุนทรัพยากรอย่างเหมาะสม
- (5) มี (4) และ ผู้บริหารระดับสูงของ รพ.ติดตาม และให้การสนับสนุนทุกรูปแบบ

โปรดยกตัวอย่างรูปธรรมของการสนับสนุนจากผู้บริหาร

GEN.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

2.1 โครงสร้างองค์กร

- (0) ไม่มีโครงสร้างองค์กรชัดเจน
- (1) มีแผนภูมิองค์กรแสดงสายการบังคับบัญชาและการประสานงาน
- (2) เจ้าหน้าที่แต่ละคนทราบความรับผิดชอบของตน มีระบบรายงานที่ชัดเจน
- (3) มี (2) และ เจ้าหน้าที่ทราบวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาหรือข้อขัดขัดในการทำงาน
- (4) มี (3) และ โครงสร้างที่มีอยู่เอื้อต่อการแก้ปัญหา
- (5) มีกลไกการประสานงานกับวิชาชีพหรือหน่วยงานที่ทำงานร่วมกันอย่างชัดเจน

โปรดยกตัวอย่างการแก้ปัญหาที่ยากที่สุดของหน่วยงาน โครงสร้างองค์กรมีส่วนในการแก้ปัญหาดังกล่าวอย่างไร

2.2 หัวหน้าหน่วยงาน

- (0) ไม่มีหัวหน้าหน่วยงาน
- (1) หัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้มีประสบการณ์ในงานนั้นมากพอ
- (2) มี (1) และ มีความสามารถในการสร้างทีมงานและจัดระบบงานในหน่วยงาน
- (3) มี (2) และ มีความสามารถในการถ่ายทอดเป้าหมายของโรงพยาบาลไปสู่เจ้าหน้าที่
- (4) มี (3) และ มีความสามารถในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- (5) มี (4) และ มีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่องค์กรวิชาชีพกำหนด

ในกรณีตอบข้อ (4) ขึ้นไป โปรดอธิบายวิธีการที่หัวหน้าหน่วยงานใช้กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2.3 การคัดเลือกและประเมินหัวหน้าหน่วยงาน

- (0) ไม่มีเกณฑ์การคัดเลือกที่ชัดเจน
- (1) ใช้อาวุโสเป็นหลักในการแต่งตั้ง
- (2) มีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหัวหน้าหน่วยงาน
- (3) มี (2) และ ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกหัวหน้าหน่วยงาน
- (4) มี (3) และ มีระบบประเมินผลการทำงานของหัวหน้าหน่วยงาน
- (5) มี (4) และ มีการดำเนินการอย่างเหมาะสมหลังการประเมิน

2.4 ความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพ

- (0) ไม่มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
- (1) เจ้าหน้าที่บางส่วนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
- (2) เจ้าหน้าที่ประมาณครึ่งหนึ่งเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
- (3) เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เข้าร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยไม่มีข้อสงสัยว่าทำไมต้องทำ
- (4) เจ้าหน้าที่ทุกคนเข้าร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
- (5) มี (4) และมีความมุ่งมั่นที่จะนำศักยภาพของทุกคนออกมาใช้

2.5 การกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง (job description)

- (0) ไม่มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง
- (1) มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งซึ่งกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบ และอำนาจหน้าที่
- (2) มี (1) และ มีการระบุคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง
- (3) มี (2) และ มีการนำคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งไปใช้ในการคัดเลือกเจ้าหน้าที่
- (4) มี (3) และ เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจหน้าที่รับผิดชอบของตนชัดเจน
- (5) มี (4) และ มีการนำคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งไปใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงาน

2.6 กลไกกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน

- (0) ไม่มีกลไกกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน
- (1) หัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้กำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน
- (2) หัวหน้าหน่วยงานมอบหมายให้เจ้าหน้าที่คนใดคนหนึ่งไปกำหนด โดยหัวหน้าเป็นผู้พิจารณารับรอง
- (3) ใช้การประชุมประจำเดือนเป็นที่ปรึกษาหารือเพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติงาน
- (4) มีการมอบให้คณะทำงานไปกำหนดแนวทางปฏิบัติงาน และนำเสนอที่ประชุมเพื่อพิจารณา
- (5) มี (4) และมีการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ในกรณีข้อ (5) โปรดยกตัวอย่างการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน

2.7 กลไกการสื่อสารภายในหน่วยงาน

- (0) ไม่มีกลไกการสื่อสารที่ชัดเจน
- (1) ใช้การประชุมประจำเดือนเป็นกลไกการสื่อสารภายในหน่วยงาน
- (2) มี (1) และมีการสื่อสารอื่นๆ เช่น การมีบอร์ด การทำจดหมายข่าว ฯลฯ
- (3) มี (2) และมีการตรวจสอบว่าเจ้าหน้าที่ได้รับและเข้าใจข่าวสารที่ควรทราบ
- (4) มี (3) และกลไกให้เจ้าหน้าที่มีโอกาสเสนอความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงระบบงาน
- (5) มี (4) และความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่บางเรื่องถูกส่งต่อขึ้นไปยังผู้บริหารระดับสูง

โปรดอธิบายกลไกการสื่อสารที่มีอยู่

โปรดยกตัวอย่างความคิดเห็นข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่ที่ถูกส่งต่อขึ้นไปยังผู้บริหารระดับสูง และผลของการเสนอนั้น

2.8 กลไกการสื่อสารและการประสานงานกับหน่วยงานอื่น

- (0) ไม่มีกลไกการสื่อสารและการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่ชัดเจน
- (1) มีการสื่อสารและประสานงานผ่านหัวหน้าหน่วยงานเมื่อมีความจำเป็น
- (2) มีการประชุมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อมีปัญหา
- (3) มีการประชุมพบปะระหว่างตัวแทนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ
- (4) มี (3) และมีการจัดองค์การโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เช่น Patient Care Team, สภาคุณภาพ
- (5) มี (4) มีการติดตามผลการดำเนินงานของทีมงานที่ได้รับมอบหมายอย่างสม่ำเสมอ

โปรดยกตัวอย่างประเด็นสำคัญที่ได้มีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และกลไกที่ใช้ในการประสานงาน

2.9 กลไกการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ

- (0) ไม่มีกลไกการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติอย่างชัดเจน
- (1) ใช้การอธิบายเมื่อแรกรับเป็นกลไกการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ
- (2) มี (1) และมีกลไกการสื่อสารอื่นๆ เช่น การทำเอกสารแผ่นพับ วิดีโอ
- (3) มี (2) และมีการตรวจสอบว่าผู้ป่วยและญาติได้รับและเข้าใจข่าวสารที่ควรทราบ
- (4) มี (3) และกลไกให้ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสดูความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงวิธีการให้บริการ
- (5) มี (4) และความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติบางเรื่องถูกส่งต่อขึ้นไปยังผู้บริหารระดับสูง

โปรดอธิบายกลไกการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติที่มีอยู่

โปรดยกตัวอย่างความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของผู้ป่วยและญาติที่ถูกส่งต่อขึ้นไปยังผู้บริหารระดับสูง และผลของการเสนอนั้น

2.10 การแก้ปัญหาภายในหน่วยงาน

- (0) ไม่มีกลไกการแก้ปัญหาในหน่วยงานที่ชัดเจน
- (1) หัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้แก้ปัญหาภายในหน่วยงาน
- (2) มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ในการแก้ปัญหาระหว่างหัวหน้าหน่วยงานกับเจ้าหน้าที่อย่างชัดเจน
- (3) มี (2) และผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา
- (4) มี (3) และมีการใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหา
- (5) มี (4) และมีการสื่อสารผลการแก้ปัญหาไปยังผู้เกี่ยวข้อง

2.11 การแก้ปัญหาระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ

- (0) ไม่มีกลไกการแก้ปัญหาระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ ที่ชัดเจน
- (1) เมื่อเกิดปัญหาจึงมีการพิจารณาแก้ไข
- (2) มีกลไกตรวจสอบหรือค้นหาปัญหาอย่างสม่ำเสมอและมีระบบที่จะส่งต่อให้ผู้เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ
- (3) มี (2) และหน่วยงาน/วิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม และมีการติดตามความก้าวหน้าในการแก้ปัญหา
- (4) มี (3) และมีการใช้ข้อมูลเพื่อศึกษาลักษณะ/สาเหตุของปัญหา และใช้ประกอบการตัดสินใจ
- (5) มี (4) และมีการสื่อสารผลการแก้ปัญหาไปยังผู้เกี่ยวข้อง

ในกรณีตอบข้อ (2) ขึ้นไป โปรดอธิบายวิธีการตรวจสอบ/ค้นหาปัญหาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ในกรณีตอบข้อ (3) ขึ้นไป โปรดยกตัวอย่างปัญหาระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ ที่มีการแก้ไขไปในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

2.12 การมีส่วนร่วมวางแผน ดัดลีนใจ และกำหนดนโยบาย ในระดับโรงพยาบาล

- (0) ไม่มีส่วนร่วม
- (1) มีส่วนในการนำเสนอข้อมูลให้ผู้บริหารต้องใช้ประกอบการตัดสินใจ
- (2) มี (1) และมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ป่วยในมารับผิดชอบ
- (3) มี (2) และมีส่วนร่วมในการกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ของโรงพยาบาล
- (4) มี (3) และมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล
- (5) มี (4) และมีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนา

GEN.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

3.1 การประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่

- (0) ไม่มีการประเมิน
- (1) มีการศึกษาสถิติและแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วย
- (2) มี (1) และการศึกษาความรุนแรงของผู้ป่วย พร้อมทั้งการใช้เวลาของเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยระดับต่างๆ
- (3) มี (2) และวิเคราะห์ความพึงพอใจโดยเปรียบเทียบกับความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตอบสนอง
- (4) มี (2) และวิเคราะห์ความพึงพอใจโดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ
- (5) มีการนำผลการวิเคราะห์ไปดำเนินการอย่างเหมาะสม

3.2 ปริมาณเจ้าหน้าที่

- (0) มีเจ้าหน้าที่น้อยกว่ามาตรฐานขั้นต่ำที่กองการประกอบโรคศิลป์กำหนดไว้
- (1) มีเจ้าหน้าที่ไม่น้อยกว่ามาตรฐานขั้นต่ำ แต่ยังไม่เพียงพอกับปริมาณงาน
- (2) มี (1) และมีการนำเจ้าหน้าที่ระดับรองลงไปมาปฏิบัติงานที่เสริม
- (3) มีเจ้าหน้าที่เพียงพอตามความรู้สึกของเจ้าหน้าที่
- (4) มีเจ้าหน้าที่เพียงพอกับปริมาณงานตามข้อมูลที่โรงพยาบาลวิเคราะห์
- (5) มีเจ้าหน้าที่เพียงพอตามมาตรฐานที่องค์กรวิชาชีพกำหนด

3.3 คุณสมบัติของเจ้าหน้าที่

- (0) ไม่มีการประเมินคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่
- (1) เจ้าหน้าที่บางส่วนมีคุณสมบัติไม่ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ในคำบรรยายลักษณะงาน
- (2) มี (1) และมีการฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบถ้วน
- (3) เจ้าหน้าที่ทุกคนมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ในคำบรรยายลักษณะงาน
- (4) มี (3) และ มีผู้ที่มีการประเมินหรือได้รับการอบรมเป็นพิเศษ
- (5) มี (4) และ มีผู้ที่ทำหน้าที่สอนเจ้าหน้าที่หน่วยงาน

ในกรณีตอบข้อ (2) โปรดบรรยายการฝึกอบรม ที่มีอยู่

3.4 การประเมินผลการปฏิบัติงาน

- (0) ไม่มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน
- (1) การประเมินผลการปฏิบัติงานมีเป้าหมายเพื่อการเลื่อนขั้นเงินเดือนประจำปี
- (2) การประเมินผลการปฏิบัติงานมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับการประเมินมีการพัฒนาตนเอง
- (3) มี (2) และมีการส่งเสริมผู้รับการประเมินมีโอกาสได้พัฒนา
- (4) มี (3) และการประเมินผลการปฏิบัติงานทำให้ผู้รับการประเมินเกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตน
- (5) มี (4) และมีการประเมินระบบการประเมินผลเพื่อนำไปปรับปรุง

ในกรณีตอบข้อ (3) ขึ้นไป โปรดบรรยายว่ามีการส่งเสริมให้ผู้รับการประเมินได้พัฒนาตนเองอย่างไร

3.5 เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงาน

- (0) ไม่มีการกำหนดเกณฑ์ที่ใช้ประเมิน
- (1) ประเมินการปฏิบัติงานที่ตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง
- (2) มี (1) ร่วมกับการประเมินการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีทำงานที่กำหนดไว้
- (3) มี (2) ร่วมกับการประเมินการทำงานร่วมกับผู้อื่น
- (4) มี (3) ร่วมกับการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของหน่วยงาน
- (5) มี (4) ร่วมกับการนำเสียงสะท้อนจากลูกค้าเข้ามาใช้ประเมินร่วมด้วย

3.6 การกำกับดูแลเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง

(รวมทั้งนักเรียนฝึกงาน และเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายหรือถ่ายโอนให้ปฏิบัติหน้าที่เกินกว่าคุณสมบัติของตนเอง)

- (0) ไม่มีการกำกับดูแล
- (1) มีแนวทางในการตรวจสอบ/ควบคุม/กำกับดูแลที่ชัดเจน
- (2) มี (1) และเจ้าหน้าที่สามารถขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลา
- (3) มี (2) และมีตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ
- (4) มี (3) และมีการแจ้งผลการตรวจสอบให้เจ้าหน้าที่ทราบ
- (5) มี (4) มีการนำผลการตรวจสอบมาใช้ในการปรับปรุงวิธีการทำงานของหน่วยงาน

หรือ ไม่มีนักเรียนฝึกงาน/เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบ/เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่เกินคุณสมบัติ

หน่วยงานมีนักเรียนฝึกงาน/เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบ/เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่เกินคุณสมบัติ ได้แก่

ในหน่วยงานมีการถ่ายโอนหน้าที่อะไรบ้างให้เจ้าหน้าที่ระดับรองลงไป

ในกรณีที่ตอบข้อ (3) ขึ้นไป โปรดบรรยายวิธีการตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบ

GEN.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

4.1 การประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาหลักสูตร (training needs)

- (0) ไม่มีการกำหนด
- (1) กำหนดตามแผนของผู้จัดการอบรมภายนอก รพ.
- (2) กำหนดจากความต้องการของเจ้าหน้าที่
- (3) มี (2) และกำหนดจากการประเมินผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
- (4) มี (3) และกำหนดจากการเปลี่ยนแปลงภาระกิจ ความก้าวหน้าทางวิชาการ/เทคโนโลยี
- (5) มี (4) และมีการจัดลำดับความสำคัญให้สอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่

ในกรณีที่ตอบข้อ (3) ขึ้นไป โปรดระบุว่าจะใช้วิธีประเมินคุณภาพบริการที่เกี่ยวข้องกับความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ซึ่งพบได้บ่อยๆ

4.2 การจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล

- (0) ไม่มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- (1) มีการทำแผนเป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น
- (2) มีการทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลล่วงหน้าทั้งปี
- (3) มี (2) และแผนครอบคลุมเจ้าหน้าที่ทุกระดับ และเนื้อหาสำหรับเจ้าหน้าที่แต่ละระดับ
- (4) มี (3) และมีความเป็นไปได้อาจปฏิบัติตามแผน
- (5) มี (4) และมีการวางแผนทรัพยากรบุคคลในระยะยาว

ในกรณีตอบข้อ (5) โปรดบรรยายแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในระยะยาวของหน่วยงาน

4.3 การเตรียมความพร้อมก่อนประจำการ (การปฐมนิเทศ)

- (0) ไม่มีการเตรียมความพร้อมก่อนประจำการให้แก่เจ้าหน้าที่
- (1) มีการปฐมนิเทศในระดับโรงพยาบาล
- (2) มี (1) และมีการปฐมนิเทศในระดับหน่วยงาน
- (3) มี (2) และเจ้าหน้าที่ใหม่ทราบความคาดหวังของหน่วยงานต่อตนเอง
- (4) มี (3) และมีระบบพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่
- (5) มี (4) และเจ้าหน้าที่มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

ในกรณีตอบข้อ (4) ขึ้นไป โปรดบรรยายระบบพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา

4.4 กิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการ

- (0) ไม่มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะ
- (1) จัดอบรมตามแผนได้บางส่วน
- (2) จัดอบรมตามแผนได้เป็นส่วนใหญ่
- (3) มี (2) และวิทยากรและกิจกรรมการอบรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
- (4) มี (3) และมีการนำศักยภาพของผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาเจ้าหน้าที่
- (5) มี (4) และกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการฝึกอบรมเป็นส่วนใหญ่

ในกรณีตอบข้อ (4) ขึ้นไป โปรดบรรยายการนำศักยภาพของผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลมาใช้

4.5 เนื้อหาของกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะ

- (0) ไม่มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะ
- (1) เน้นเนื้อหาด้านพฤติกรรมบริการ
- (2) มี (1) และเนื้อหาด้านเทคนิคบริการ
- (3) มี (2) และการทำงานเป็นทีม
- (4) มี (3) และเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ
- (5) มี (4) และสนับสนุนให้มีการพัฒนาตนเองในด้านอื่นๆ

ในกรณีตอบข้อ (5) โปรดบรรยายการสนับสนุนหรือส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีโอกาสพัฒนาทักษะของตนเอง

มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตก่อนที่แพทย์จะมาถึงอย่างไร

4.6 การประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล

- (0) ไม่มีการประเมินแผน
- (1) เน้นประเมินกระบวนการจัดอบรม
- (2) เน้นประเมินความรู้ที่ผู้เข้าอบรมได้รับ
- (3) มี (2) และประเมินการนำความรู้ไปใช้/การเปลี่ยนวิธีการทำงาน
- (4) มี (3) และประเมินผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย
- (5) มี (4) และนำผลการประเมินไปปรับปรุงแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ในกรณีตอบข้อ (4) ขึ้นไป โปรดบรรยายวิธีการประเมินผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย

GEN.5 คู่มือการปฏิบัติงาน

5.1 การมีคู่มือปฏิบัติงาน

- (0) ไม่มีคู่มือปฏิบัติงาน
- (1) ไม่มีคู่มือปฏิบัติงาน แต่มีเอกสารอ้างอิงที่ให้เจ้าหน้าที่ค้นหาได้
- (2) มีคู่มือปฏิบัติงานของแต่ละแผนก ซึ่งต่างคนต่างทำ
- (3) มีคู่มือปฏิบัติงานซึ่งระบุแนวทางประสานงานระหว่างแผนกต่างๆ และขั้นตอนการทำงานในแต่ละแผนก
- (4) มีคู่มือปฏิบัติงาน 3 ระดับ คือ นโยบายคุณภาพรวม แนวทางประสานงาน ขั้นตอนการทำงาน
- (5) มีการปฏิบัติในข้อ (4) และมีการจัดระบบเอกสารเป็นหมวดหมู่เพื่ออำนวยความสะดวกการค้นหาและเพิ่มเติม

5.2 การคัดเลือกประเด็นมาจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน

- (0) ไม่มีระบบในการคัดเลือก
- (1) คัดเลือกโดยผู้นำ
- (2) คัดเลือกโดยการมีส่วนร่วมของสมาชิก ไม่มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน
- (3) คัดเลือกโดยการมีส่วนร่วมของสมาชิก ใช้หลักเกณฑ์ว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงหรือปัญหาสูง
- (4) มีการปฏิบัติในข้อ (3) ร่วมกับการวิเคราะห์ระบบงานทั้งหมด
- (5) มีการปฏิบัติในข้อ (4) ร่วมกับแนวทางที่องค์กรวิชาชีพกำหนดไว้

ในกรณีตอบข้อ (3) ขึ้นไป โปรดระบุเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกหัวข้อเรื่องมาจัดทำคู่มือ และตัวอย่างหัวข้อเรื่องในแต่ละเกณฑ์นั้น

โปรดแนบแผนภูมิระบบงาน/กระบวนการหลักที่ใช้วิเคราะห์

5.3 กระบวนการในการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน

- (0) ไม่มีกระบวนการที่ชัดเจน
- (1) มีการมอบหมายให้สมาชิกกลุ่มหนึ่งไปจัดทำ
- (2) มีกำหนดโครงสร้างของคู่มือในภาพรวม กำหนดบุคคลผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน
- (3) มีการปฏิบัติในข้อ (2) และมีการประสานงานเพื่อลดความซ้ำซ้อน
- (4) มีการปฏิบัติในข้อ (3) และมีการทบทวนความถูกต้องและความเป็นไปได้จากเจ้าหน้าที่
- (5) มีการปฏิบัติในข้อ (4) ร่วมกับการรับรองโดยผู้บริหารอย่างเหมาะสม และมีการปรับปรุงเป็นระยะ

ในกรณีตอบข้อ (3) ขึ้นไป โปรดอธิบายวิธีการประสานงานเพื่อลดความซ้ำซ้อน

โปรดอธิบายการมีส่วนร่วมและบทบาทของเจ้าหน้าที่ในการจัดทำคู่มือ

โปรดระบุผู้มีหน้าที่รับรองคู่มือ

มีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับหน้าที่ของเจ้าหน้าที่แต่ละคนหรือไม่ หากแพทย์จะมอบหมายความรับผิดชอบให้กับพยาบาล จะต้องมีการระบุการอย่างไร

5.4 การคัดเลือกวิธีการปฏิบัติที่จะเขียนในคู่มือ

- (0) ไม่มีวิธีการคัดเลือกที่ชัดเจน
- (1) เขียนในสิ่งที่ผู้เขียนปฏิบัติอยู่
- (2) ใช้ความเห็นของกลุ่มตัดสินว่าจะทำอย่างไร
- (3) ศึกษาจากวิธีการปฏิบัติต่างๆที่มีอยู่ และเลือกวิธีที่ดีที่สุด
- (4) ศึกษาจุดอ่อนของวิธีการปฏิบัติที่มีอยู่ และปรับปรุงให้ดีขึ้น
- (5) มีการปรับปรุงกระบวนการอย่างเป็นระบบ (QC/CQI) ก่อนที่จะเขียนคู่มือ

โปรดยกตัวอย่างว่าการจัดทำคู่มือทำให้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติงานในเรื่องใด อย่างไร

5.5 เนื้อหาของคู่มือ

- (0) ไม่มีการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจน
- (1) มีเนื้อหาไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ปฏิบัติจริง
- (2) มีเนื้อหาสอดคล้องกับสิ่งที่ปฏิบัติจริง
- (3) มีข้อ (2) และ กระชับ เข้าใจง่าย มีแผนภูมิประกอบ
- (4) มีข้อ (3) และ มีการกำหนดแบบฟอร์มหรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติ
- (5) มีข้อ (4) และ มีรายละเอียดอื่นๆสมบูรณ์

5.6 ความครอบคลุมของคู่มือ

- (0) ไม่มีการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน
- (1) มีคู่มือจำนวนหนึ่ง ยังไม่ครอบคลุมกระบวนการที่มีความเสี่ยงหรือมีโอกาสเกิดปัญหาสูง
- (2) ครอบคลุมกระบวนการที่มีความเสี่ยงหรือมีโอกาสเกิดปัญหาสูงทั้งหมด
- (3) มีข้อ (2) และ ครอบคลุมครึ่งหนึ่งของกระบวนการทั้งหมด
- (4) มีข้อ (2) และ ครอบคลุม 3 ใน 4 ของกระบวนการทั้งหมด
- (5) มีข้อ (2) และ ครอบคลุมกระบวนการทั้งหมด

5.7 การเผยแพร่คู่มือปฏิบัติงาน

- (0) ไม่มีการเผยแพร่
- (1) มีคู่มือเก็บไว้ในที่ปฏิบัติงาน
- (2) มีกระบวนการเผยแพร่คู่มือให้เจ้าหน้าที่ได้รับรู้ในรูปแบบต่างๆ ในเชิงรุก
- (3) เจ้าหน้าที่สามารถใช้คู่มือการปฏิบัติงานได้เมื่อต้องการตลอดเวลา
- (4) มีข้อ (3) และมีระบบที่อำนวยความสะดวกในการค้นหาประเด็นที่ต้องการ
- (5) มีข้อ (4) และมีการรับเสียงสะท้อนจากผู้ใช้เพื่อรวบรวมไว้ปรับปรุง

ในกรณีตอบข้อ (3) ขึ้นไป โปรดอธิบายการจัดระบบที่จะอำนวยความสะดวกให้เจ้าหน้าที่ค้นหาวิธีการปฏิบัติในประเด็นที่ต้องการ

ในกรณีตอบข้อ (5) โปรดยกตัวอย่างเสียงสะท้อนจากผู้ใช้อำนาจและการดำเนินการเพื่อปรับปรุง

5.8 การใช้คู่มือการปฏิบัติงาน

- (0) ไม่มีหลักฐานว่ามีการนำคู่มือไปใช้
- (1) มีการติดตามการปฏิบัติตามคู่มือด้วยการสังเกตของหัวหน้าหน่วยงาน
- (2) มีลักษณะในข้อ (1) และมีระบบบันทึกที่เชื้ออำนาจให้ทราบว่าการปฏิบัติตามคู่มือที่กำหนดไว้
- (3) มีลักษณะในข้อ (2) และมีการทบทวนระดับการนำคู่มือปฏิบัติงานไปใช้
- (4) มีลักษณะในข้อ (3) และผลการทบทวนพบว่าการปฏิบัติตามคู่มือในระดับปานกลาง
- (5) มีลักษณะในข้อ (4) และผลการทบทวนพบว่าการปฏิบัติตามคู่มือในระดับสูง

เจ้าหน้าที่เห็นประโยชน์และได้ใช้ประโยชน์จากคู่มือการปฏิบัติงานหรือไม่ เพียงใด โปรดยกตัวอย่างคู่มือที่ช่วยให้เจ้าหน้าที่ทำงานได้ง่ายขึ้นมีความผิดพลาดลดลง

เมื่อพบว่าไม่มีการปฏิบัติตามคู่มือที่เขียนไว้ มีการดำเนินการอย่างไร โปรดยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ท่านจะอย่างไรหากเจ้าหน้าที่ หรือ ผู้ป่วย/ครอบครัว มีปัญหากับแนวทางปฏิบัติงานกฎระเบียบที่กำหนดไว้

GEN.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

	ควรปรับปรุง	พอใช้	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
6.1 ความเหมาะสมของสถานที่ตั้ง					
6.2 ความเพียงพอของพื้นที่ใช้สอย					
6.3 ความเหมาะสมของการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอย					
6.4 ความปลอดภัยของโครงสร้างอาคาร					
6.5 การถ่ายเทอากาศ					
6.6 แสงสว่าง					
6.7 อุณหภูมิ					
6.8 การปราศจากสิ่งรบกวนที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน					
6.9 ความสะอาด					
6.10 ความเป็นระเบียบ					
6.11 สถานที่ตรวจรักษา/ให้คำปรึกษาที่มีขีดเป็นสัดส่วน					
6.12 สถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่					
6.13 การรักษาความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่					

6.14 การสำรวจความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมและอาคารสถานที่

- (0) ไม่เคยมีการสำรวจ
- (1) มีการสำรวจปีละครั้ง
- (2) มีการสำรวจอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง
- (3) มี (2) และมีการดำเนินการเพื่อจัดหรือป้องกันความเสี่ยงด้วยมาตรการเฉพาะหน้า
- (4) มี (3) และมีการดำเนินการเพื่อจัดหรือป้องกันความเสี่ยงด้วยมาตรการถาวร
- (5) สิ่งแวดล้อมและอาคารสถานที่ปราศจากความเสี่ยงใดๆ

โปรดระบุความเสี่ยงที่พบจากการสำรวจ และการดำเนินการเพื่อจัดหรือป้องกันความเสี่ยงนั้น

โปรดให้คะแนนความเสี่ยงในด้านต่อไปนี้

	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	สูง	สูงมาก
อันตรายจากไฟฟ้า					
อันตรายจากความร้อน/ความดัน					
อันตรายจากเครื่องกล					
อันตรายจากสารเคมี					
อันตรายจากการติดเชื้อ					
อันตรายจากการตกจากที่สูง					
อันตรายจากการเคลื่อนย้าย/สัญญาณ					
อันตรายจากสัตว์					

6.15 ระบบป้องกันอัคคีภัยและการปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัย

- (0) ไม่มีการวางแผนป้องกันอัคคีภัย
- (1) มีการวางแผนป้องกันอัคคีภัย
- (2) มี (1) และมีเครื่องมือ/ระบบป้องกันอัคคีภัยซึ่งได้รับการบำรุงรักษาสม่ำเสมอ
- (3) มี (2) และมีการประเมินความเสี่ยงด้านอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ
- (4) มี (3) และมีการซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอภายใต้สภาวะการณ์ที่แตกต่างกัน
- (5) มี (4) และมีการจัดทำรายงานการซ้อมแผนเพื่อนำไปปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัย

มีการซ้อมแผนอัคคีภัยครั้งสุดท้ายเมื่อไร พบปัญหาอะไรจากการฝึกซ้อมครั้งนั้น มีการดำเนินการต่ออย่างไร

GEN.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

7.1 การจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์

- (0) ไม่มีหลักเกณฑ์และกลไกที่เป็นระบบ
- (1) หน่วยจัดซื้อเป็นผู้คัดเลือกจากบริษัทที่เคยซื้อในอดีต
- (2) ผู้ใช้มีส่วนในการกำหนดคุณสมบัติของเครื่องมือและอุปกรณ์
- (3) มี (2) และมีการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่นๆประกอบ เช่น ความคุ้มค่า บริการหลังจำหน่าย ความปลอดภัย ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม
- (4) มี (3) และมีการประเมินการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้เครื่องมือและอุปกรณ์
- (5) มี (4) และมีการนำผลการประเมินมาปรับปรุงระบบการจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์

ในกรณีที่มีการจัดหาเครื่องมือแพทย์ในหน่วยงานนี้ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา โปรดยกตัวอย่างเครื่องมือเหล่านั้น

ในกรณีตอบข้อ (2) ขึ้นไป โปรดบรรยายว่าหน่วยงานมีบทบาทอย่างไรในการจัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์

ในกรณีตอบข้อ (3) ขึ้นไป โปรดบรรยายว่าโรงพยาบาลใช้หลักเกณฑ์อะไรในการคัดเลือกเครื่องมือและอุปกรณ์

7.2 ความเพียงพอของเครื่องมือ

- (0) เครื่องมือพื้นฐานยังไม่เพียงพอ
- (1) มีเครื่องมือพื้นฐานที่จำเป็นเพียงพอกับปริมาณผู้ป่วยเฉลี่ย
- (2) มีเครื่องมือพื้นฐานที่จำเป็นเพียงพอกับปริมาณผู้ป่วยสูงสุด
- (3) มี (2) และ มีเครื่องมือครบถ้วนตามที่หน่วยงาน/องค์วิชาชีพที่เกี่ยวข้องกำหนดไว้
- (4) มี (3) และ มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าซึ่งช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพดีขึ้น
- (5) มี (4) และ มีเครื่องมือที่เป็นสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยครบถ้วน

ในกรณีตอบข้อ (4) โปรดบรรยายเครื่องมือทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าซึ่งช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพดีขึ้น

เครื่องมือแพทย์ที่อยู่ในแผนการจัดหาคืออะไร มีความจำเป็นหรือมีเหตุผลอย่างไร ขั้นตอนเพื่อให้ได้เครื่องมือนั้นเป็นอย่างไร

7.3 ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์

- (0) มีปัญหาวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ หรือไม่มีระบบที่จะประเมินความเพียงพอ
- (1) มีการกำหนดระดับของวัสดุอุปกรณ์ขั้นต่ำที่ต้องมีอยู่ในหน่วยงาน
- (2) มี (1) และผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดร่วมกันกำหนดระดับของวัสดุอุปกรณ์ขั้นต่ำที่ต้องมี
- (3) มี (2) และมีการเก็บรักษาวัสดุอุปกรณ์อย่างเป็นระเบียบและปลอดภัย
- (4) มี (3) และมีการตรวจสอบระดับของวัสดุอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ
- (5) มี (4) และหน่วยจ่ายของโรงพยาบาลสามารถจ่ายวัสดุอุปกรณ์ได้ตามระดับที่กำหนดไว้

วัสดุอุปกรณ์ประเภทใดที่มีโอกาสเกิดปัญหาไม่มีใช้เมื่อปริมาณผู้ป่วยเพิ่มมากกว่าปกติ ถ้ามีปัญหาคงปฏิบัติอย่างไร

ถ้าเครื่องมือหรือวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์ หรือตามแผนการพยาบาล จะทำอย่างไร

7.4 การอบรมผู้ใช้เครื่องมือพิเศษ (ไม่ต้องตอบข้อนี้ถ้าหน่วยงานไม่มีเครื่องมือพิเศษที่ต้องอบรมผู้ใช้)

- (0) ไม่มีการอบรมผู้ใช้เครื่องมือพิเศษ
- (1) มีเจ้าหน้าที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลการใช้เครื่องมือพิเศษ
- (2) มี (1) และ โรงพยาบาลให้การฝึกอบรมแก่ผู้ได้รับมอบหมายให้ดูแล
- (3) มี (1) และ ผู้ได้รับมอบหมายได้รับการฝึกอบรมจากผู้จำหน่ายหรือหน่วยงานภายนอก
- (4) มี (3) และ เจ้าหน้าที่ทุกคนที่มีโอกาสใช้เครื่องมือได้รับการฝึกอบรม
- (5) มี (4) และ ผู้ได้รับมอบหมายให้ดูแลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับการใช้เครื่องมือดังกล่าวได้

หน่วยงานของท่านมีเครื่องมือใดบ้างที่จำเป็นต้องอบรมผู้ใช้เครื่องมือเป็นพิเศษ

มีการมอบหมายความรับผิดชอบและฝึกอบรมแก่ผู้ใช้เครื่องมืออย่างไร

ถ้าผู้ที่มีความรู้ในการใช้เครื่องมือพิเศษไม่อยู่ จะทำอย่างไร

7.5 ระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์

- (0) ไม่มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์
- (1) มีความพยายามที่จะจัดระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์
- (2) มี (1) และ สามารถจัดหาเครื่องมือและวัสดุการแพทย์จากหน่วยงานอื่นได้ทันทางที่
- (3) หน่วยงานจัดเตรียมสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็นไว้พร้อม
- (4) มี (2) หรือ (3) และ มีการประเมินความเหมาะสมของระบบสำรองโดยการสอบถามจากผู้ใช้
- (5) มี (4) และ มีการนำผลการประเมินไปปรับปรุงระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์

หากเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้งานเร่งด่วน (เช่น เครื่อง suction, เครื่อง defibrillator) ขาดุดเสียหายใช้การไม่ได้จะทำอย่างไร

7.6 ระบบบำรุงรักษาเครื่องมือ

- (0) ไม่มีระบบการบำรุงรักษาเครื่องมือ เมื่อเสียจึงจะส่งซ่อม
- (1) มีคู่มือปฏิบัติในการดูแลรักษาเครื่องมือเพื่อป้องกันการเสื่อมชำรุด
- (2) มี (1) และ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในหน่วยงานมีความเข้าใจวิธีการดังกล่าวเป็นอย่างดี
- (3) มี (2) และ มีการจัดทำแผนบำรุงรักษาเชิงป้องกัน รวมทั้งการปฏิบัติตามแผน
- (4) มี (3) และ มีระบบในการดูแลเครื่องมือที่มีความละเอียดอ่อนหรือซับซ้อนเป็นการเฉพาะ (เช่น มีช่างที่ได้รับ การอบรมโดยเฉพาะ หรือมีระบบที่จะติดต่อกับหน่วยบริการนอก รพ.ได้ทันที)
- (5) มี (4) และ มีการประเมินระบบบำรุงรักษาเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ

มีเครื่องมือใดบ้างที่ต้องการการบำรุงรักษาอย่างเหมาะสม

โปรดบรรยายการบำรุงรักษาเพื่อป้องกันการเสื่อมชำรุดของเครื่องมือที่สำคัญ ทำให้มั่นใจว่าเครื่องมือพร้อมใช้การได้ตลอดเวลา

7.7 บันทึกประวัติเครื่องมือ

- (0) ไม่มีบันทึกประวัติเครื่องมือแต่ละชิ้น
- (1) มีการจัดทำประวัติเครื่องมือแต่ละชิ้น
- (2) มี (1) และ มีข้อมูลพื้นฐานสมัย ซึ่งสามารถค้นหาได้สะดวกทั้งโดยหน่วยงานผู้ใช้ และหน่วยซ่อมบำรุง
- (3) มี (2) และ มีข้อมูลประวัติเครื่องมือ ผู้ขาย และการบำรุงรักษาเครื่องมืออย่างสมบูรณ์
- (4) มี (3) และ มีข้อมูลการชำรุดและการซ่อมแซมอย่างสมบูรณ์ (ปัญหา สาเหตุ การแก้ไข ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาที่ไม่สามารถใช้งานได้)
- (5) มี (4) และ มีการประมวลผลข้อมูลที่บันทึกไว้เพื่อใช้ประโยชน์

มีเครื่องมือใดบ้างที่มีการชำรุดบ่อยๆ ผู้ใช้ทราบหรือไม่ว่าการชำรุดแต่ละครั้งนั้นมีสาเหตุพิเศษอะไร จะป้องกันได้อย่างไร

7.8 ระบบตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์

- (0) ไม่มีระบบตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์
- (1) มีการกำหนดประเภทของเครื่องมือที่ต้องการตรวจสอบความพร้อมเป็นประจำ
- (2) มี (1) และ มีการกำหนดลักษณะความพร้อมที่ต้องการ และวิธีการตรวจสอบ
- (3) มี (2) และ มีการตรวจสอบตามแนวทางที่กำหนด รวมทั้งการแก้ไขเพื่อให้ใช้งานได้
- (4) มี (3) และ มีการบันทึกผลการตรวจสอบ
- (5) มี (4) และ มีการประเมินระบบตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ

GEN.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

8.1 การทำงานร่วมกันเป็นทีม

- (0) มีความขัดแย้งในหน่วยงานสูง
- (1) เจ้าหน้าที่แต่ละคนต่างปฏิบัติหน้าที่ในความรับผิดชอบของตน
- (2) เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้ความช่วยเหลือกันเมื่อได้รับการร้องขอ
- (3) เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่างช่วยเหลือกันโดยไม่ต้องร้องขอ
- (4) มี (3) และมีการประสานงานกับหน่วยงานวิชาชีพอื่น เพื่อแก้ปัญหา
- (5) มี (4) และมีการปรึกษากับหน่วยงานวิชาชีพอื่น เพื่อหาโอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนา

8.2 การเตรียมความพร้อมสำหรับลูกค้า/ผู้รับบริการ

- (0) ไม่มีระบบที่จะเตรียมความพร้อม
- (1) มีการจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วนของงานที่จะต้องให้บริการแก่ลูกค้าหรือผู้รับบริการ
- (2) มี (1) และมีการให้ข้อมูลทั่วไปเพื่อให้ลูกค้าหรือผู้รับบริการทราบขั้นตอนในการเข้ารับบริการ
- (3) มี (2) และมีการจัดระบบอำนวยความสะดวกในการที่ลูกค้าจะแจ้งความต้องการหรือให้ข้อมูล
- (4) มี (3) และมีการรับฟังเสียงสะท้อนจากลูกค้าในเรื่องการเตรียมความพร้อม
- (5) มี (4) มีการนำเสียงสะท้อนจากลูกค้ามาปรับปรุงวิธีการเตรียมความพร้อม

ในกรณีตอบข้อ (3) ขึ้นไป โปรดอธิบายการจัดระบบอำนวยความสะดวกสำหรับลูกค้าหรือผู้รับบริการ

8.3 การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการและลูกค้า/ผู้รับบริการ

(การแลกเปลี่ยนข้อมูลหมายถึงการที่ผู้ให้บริการให้ข้อมูลแก่ผู้ให้บริการ และการที่ผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้รับบริการ)

- (0) ไม่มีการจัดระบบที่จะให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล
- (1) มีการวางแผนทางปฏิบัติสำหรับการรับและให้ข้อมูล
- (2) มี (1) และมีการสื่อสารทางเดียวในการรับและให้ข้อมูล
- (3) มี (2) และมีการสื่อสารสองทางในการรับและให้ข้อมูล
- (4) มี (3) และมีการรับฟังเสียงสะท้อนจากลูกค้า/ผู้รับบริการในเรื่องการแลกเปลี่ยนข้อมูล
- (5) มี (4) และมีการนำเสียงสะท้อนจากลูกค้า/ผู้รับบริการมาปรับปรุงการแลกเปลี่ยนข้อมูล

8.4 การประเมินความต้องการของลูกค้าและวางแผนการทำงาน

- (0) ไม่มีระบบในการประเมินความต้องการของลูกค้าและวางแผนการทำงาน
- (1) มีการวางแผนทางปฏิบัติในการประเมินความต้องการของลูกค้าและวางแผนการทำงาน
- (2) มีการบันทึกผลการประเมินความต้องการของลูกค้าและแผนการทำงานเป็นลายลักษณ์อักษร
- (3) มี (2) และลูกค้ามีส่วนร่วมในการวางแผนการทำงาน
- (4) มี (3) และมีการสื่อสาร/ประสานงานที่ดีระหว่างบุคคล/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- (5) มี (4) และมีการปรับปรุงวิธีการวางแผนการทำงานอย่างต่อเนื่อง

8.5 กระบวนการให้บริการ

- (0) ไม่มีการวางแผนทางปฏิบัติงานมาตรฐาน
- (1) มีการวางแผนทางปฏิบัติงานตามมาตรฐานของการบริการนั้นๆ
- (2) มี (1) และเจ้าหน้าที่ทุกคนรับรู้/เข้าใจแนวทางปฏิบัติ
- (3) มี (2) มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้

- (4) มี (3) มีการทบทวนผลการปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามความต้องการของลูกค้า/เป้าหมายของหน่วยงาน
- (5) มี (4) และมีการนำผลการทบทวนมาปรับปรุงกระบวนการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

8.6 การบันทึกข้อมูล

- (0) ไม่มีการจัดระบบบันทึกข้อมูลในการปฏิบัติงาน
- (1) มีการกำหนดเป้าหมายของการบันทึกข้อมูล
- (2) มี (1) และมีการออกแบบบันทึกข้อมูลที่เหมาะสม
- (3) มี (2) และมีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนตามที่กำหนดไว้
- (4) มี (3) และมีการทบทวนการบันทึกข้อมูล
- (5) มี (4) และมีการนำข้อมูลบันทึกไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน

GEN.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

9.1 การให้ความหมายคุณภาพ

- (0) ไม่มีการกำหนดความหมายของคุณภาพ
- (1) มีการกำหนดความหมายของคุณภาพโดยผู้นำทีม
- (2) สมาชิกของทีมมีส่วนร่วมกำหนดความหมายของคุณภาพ
- (3) มี (2) และ สมาชิกเข้าใจความหมายของคุณภาพที่กำหนดขึ้น
- (4) มี (3) และ สมาชิกแต่ละคนรู้ว่าตนเองมีบทบาทอะไรในการทำงานให้มีคุณภาพ
- (5) มี (4) และ สมาชิกทุกคนพยายามปรับปรุงงานของตนให้มีคุณภาพ

บริการ/หน่วยงานนี้ ให้คำจำกัดความของ "คุณภาพ" ว่า

9.2 การรวบรวมและประสานความพยายามในการพัฒนาคุณภาพระหว่างหน่วยงาน

- (0) ไม่เคยมีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาก่อน
- (1) มีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเฉพาะในหน่วยงานของตนเอง ไม่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่น
- (2) มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพง่าย ๆ ร่วมกัน เช่น ระบบข้อเสนอแนะ 5 ส.
- (3) มีการนำเสนอกิจกรรมพัฒนาคุณภาพให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ
- (4) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะ และให้ความร่วมมือในการพัฒนา
- (5) มีการประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในรูปแบบต่างๆ และระหว่างหน่วยงานต่างๆ

โปรดยกตัวอย่างการประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพรูปแบบต่างๆ และ/หรือ ระหว่างหน่วยงาน

9.3 การจัดโครงสร้างองค์กรเพื่อรองรับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

- (0) ไม่มีโครงสร้างรองรับ
- (1) มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเฉพาะในหน่วยงาน เกิดจากเจ้าหน้าที่หรือจากผู้นำเพียงฝ่ายเดียว
- (2) มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเฉพาะในหน่วยงาน เกิดทั้งจากบนลงล่าง และล่างขึ้นบน
- (3) มีลักษณะในข้อ 3 และมี facilitator ที่ได้รับการฝึกอบรมแล้วเป็นพี่เลี้ยง
- (4) มีการสร้างทีมค่อมสายงานเพื่อชี้แนะ หรือมีตัวแทนของหน่วยงานเข้าร่วมในทีมดังกล่าว
- (5) โครงสร้างที่มีอยู่ทำให้เกิดการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม รวดเร็ว

9.4 การจัดตั้งทีมประสานงานและชี้นำการพัฒนาคุณภาพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Care Team, สภาคุณภาพ)

- (0) ไม่มีการจัดตั้ง
- (1) มีผู้แทนเฉพาะจากหน่วยงานด้านพยาบาล
- (2) มีผู้แทนของหน่วยงานด้านพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ
- (3) มีแพทย์เข้าร่วมกับผู้แทนในข้อ (2) อย่างน้อย 1 คน
- (4) มี facilitator เข้าร่วมกับสมาชิกในข้อ (3)
- (5) มีแพทย์หัวหน้ากลุ่มงานเข้าร่วมกับสมาชิกในข้อ (4)

9.5 การมีส่วนร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของสมาชิกในหน่วยงาน

- (0) ไม่มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
- (1) ผู้นำกำหนดว่าจะให้ใคร ทำอะไร
- (2) ผู้นำและสมาชิกร่วมกันกำหนดว่าจะมีกิจกรรมอะไร ใครจะรับผิดชอบ
- (3) มีลักษณะในข้อ (2) และมีสมาชิกในระดับวิชาชีพเข้าร่วมไม่น้อยกว่า 50%
- (4) มีลักษณะในข้อ (2) และมีสมาชิกทุกระดับเข้าร่วมไม่น้อยกว่า 50%
- (5) มีลักษณะในข้อ (2) และมีสมาชิกทุกระดับเข้าร่วมไม่น้อยกว่า 80%

9.6 ความรู้สึกในการทำงานร่วมกันเป็นทีม

- (0) สมาชิกรู้สึกว่าการประชุมของทีมเป็นเรื่องน่าเบื่อหน่าย ไม่มีประโยชน์
- (1) สมาชิกเห็นว่าทีมเป็นสิ่งจำเป็น แต่ยังไม่มีความขัดแย้งสูง
- (2) สมาชิกสามารถทำงานร่วมกันโดยมีข้อขัดแย้งไม่มากนัก
- (3) สมาชิกสามารถทำงานร่วมกันโดยไม่มีข้อขัดแย้ง
- (4) สมาชิกเห็นว่าการทำงานร่วมกันทำให้ได้ผลลัพธ์มากกว่าต่างคนต่างทำ
- (5) สมาชิกรู้สึกมีความสุขที่ได้มาทำงานร่วมกัน

9.7 การเตรียมประชุมและการประชุม

- (0) ไม่มีวาระการประชุม เป็นการพบกันแบบขอไปที
- (1) มีวาระการประชุม แต่สมาชิกไม่ได้รับข้อมูลอื่นๆเพื่อเตรียมตัว
- (2) มีวาระการประชุม มีการเตรียมข้อมูลให้สมาชิก
- (3) มีการปฏิบัติในข้อ (2) สมาชิกทุกคนศึกษาข้อมูลมาล่วงหน้า
- (4) มีการปฏิบัติในข้อ (3) และมีการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ
- (5) มีการปฏิบัติในข้อ (4) และมีการ feed back บรรยากาศการประชุมในตอนสุดท้าย

9.8 การรับฟังความคิดเห็นและการตัดสินใจ

- (0) มีการครอบงำความคิด ปิดกั้นความคิด ไม่รับฟังผู้อื่น พยายามกดดันหรือกล่าวโทษกัน
- (1) มีการแสดงความคิดเห็นอย่างเสรี
- (2) ทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน
- (3) มีการปฏิบัติในข้อ (2) และข้อเสนอของทุกคนได้รับการพิจารณาอย่างมีเหตุผล
- (4) มีการปฏิบัติในข้อ (3) และมีการตัดสินใจซึ่งเป็นที่ยอมรับของสมาชิกส่วนใหญ่
- (5) มีการปฏิบัติในข้อ (4) และสมาชิกปฏิบัติตามการตัดสินใจของทีม

9.9 การศึกษาความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าภายใน

- (0) ไม่มีการศึกษา
- (1) เป็นการรับทราบความต้องการและความคาดหวังแบบตั้งรับ คือรอให้เกิดปัญหา
- (2) มีการใช้แบบสอบถามกับลูกค้าภายใน
- (3) มีการสัมภาษณ์โดยบุคคลที่ 3 และนำมาสรุปให้หน่วยงานทราบ
- (4) มีการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) กับลูกค้าภายในบางกลุ่ม ปีละครั้ง
- (5) มีการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) กับลูกค้าภายในทุกกลุ่ม อย่างสม่ำเสมอ

9.10 การตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าภายใน

- (0) ไม่มีการตอบสนอง
- (1) มีการตอบสนองข้อเสนอง แต่ไม่มีข้อมูลหรือบันทึกเป็นหลักฐาน
- (2) มีการตอบสนองข้อเสนองได้น้อยกว่า 25%
- (3) มีการตอบสนองข้อเสนองได้ 26-50%
- (4) มีการตอบสนองข้อเสนองได้ 51-75%
- (5) มีการตอบสนองข้อเสนองได้มากกว่า 75%

โปรดยกตัวอย่างการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าภายใน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

9.11 การศึกษาความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกค้าภายนอก

- (0) ไม่มีการศึกษา
- (1) มีการใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยและลูกค้าภายนอก มีเฉพาะคำถามปลายปิด
- (2) มีการใช้แบบสอบถาม มีคำถามปลายเปิดร่วมกับปลายปิด มีระบบอำนวยความสะดวกให้ตอบ
- (3) มีระบบให้ผู้ป่วยบรรยายปัญหา ความต้องการ และความคาดหวัง ได้สะดวกตลอดเวลา
- (4) มีระบบค้นหาผู้ป่วยที่น่าจะเป็นผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญเพื่อทำการสัมภาษณ์
- (5) มีการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) กับ ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

9.12 การตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกค้าภายนอก

- (0) ไม่มีการตอบสนอง
- (1) มีการตอบสนองข้อเสนอง แต่ไม่มีข้อมูลหรือบันทึกเป็นหลักฐาน
- (2) มีการตอบสนองข้อเสนองได้น้อยกว่า 25%
- (3) มีการตอบสนองข้อเสนองได้ 26-50%
- (4) มีการตอบสนองข้อเสนองได้ 51-75%
- (5) มีการตอบสนองข้อเสนองได้มากกว่า 75%

โปรดยกตัวอย่างการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกค้าภายนอก

9.13 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติที่สำคัญ

- (0) ไม่มีการติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติ
- (1) มีการนำข้อมูลที่มีอยู่แล้วมาวิเคราะห์เป็นครั้งคราว
- (2) มีการติดตามศึกษาข้อมูลด้านการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
- (3) มีลักษณะในข้อ (2) และมีการติดตามศึกษาข้อมูลด้านภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
- (4) มีลักษณะในข้อ (3) และมีการติดตามศึกษา process indicator ที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
- (5) มีลักษณะในข้อ (4) และมีการติดตามศึกษา outcome indicator ทุกด้านอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

โปรตรอบูเครื่องชี้วัดคุณภาพสำคัญซึ่งหน่วยงานติดตามศึกษา โดยแยกตามหัวข้อที่กำหนดไว้

Competency	
Acceptability	
Appropriateness	
Effectiveness	
Safety	
Efficiency	
Accessibility	
Continuity	

9.14 การใช้ประโยชน์จากการติดตามศึกษาข้อมูล

- (0) ไม่มีการใช้ประโยชน์
- (1) มีการนำเสนอข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องพิจารณาเป็นครั้งคราว
- (2) ผู้เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปปรับปรุงงานในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบ
- (3) มีการวิเคราะห์แยกแยะ special cause จาก common cause และเข้าใจจุดมุ่งหมายของการแยกแยะ
- (4) มีลักษณะในข้อ (3) และ special cause of variation ลดลง
- (5) มีลักษณะในข้อ (4) และ common cause of variation ลดลง

โปรดยกตัวอย่างประโยชน์ (กับผู้ป่วย) ที่ได้จากการติดตามศึกษาข้อมูลหรือเครื่องชี้วัด

9.15 การค้นหาโอกาสพัฒนา

- (0) เมื่อเกิดปัญหาจึงเริ่มคิดแก้ไข
- (1) คัดเลือกจากสิ่งที่เจ้าหน้าที่อยากทำ
- (2) มุ่งลดความสูญเสีย/ข้อบกพร่อง/ข้อผิดพลาด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
- (3) มี (2) และ มีการศึกษาและวิเคราะห์ความต้องการของลูกค้าทั้งภายนอกและภายใน
- (4) มี (3) และ มีการวิเคราะห์ระบบงานทั้งหมด รวมทั้งการวิเคราะห์ความเสี่ยง
- (5) มี (4) และ มีการวิเคราะห์โรคและเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา

9.16 การคัดเลือกโอกาสพัฒนา

- (0) ไม่มีการใช้หลักเกณฑ์
- (1) มีการคัดเลือกโดยเกณฑ์ในใจของแต่ละคน
- (2) ใช้เกณฑ์ความง่ายหรือโอกาสประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหา
- (3) ใช้เกณฑ์ในข้อ (2) ร่วมกับความรุนแรงของปัญหา
- (4) ใช้เกณฑ์ในข้อ (3) รวมกับความสำคัญต่อผู้ป่วย/ลูกค้า
- (5) ใช้เกณฑ์ในข้อ (4) ร่วมกับเกณฑ์อื่นๆ

9.17 การกำหนดทีมผู้รับผิดชอบในการปรับปรุง/พัฒนา

- (0) ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
- (1) มีการแก้ปัญหากันในกลุ่มใหญ่ทุกเรื่อง
- (2) มีการกำหนดคณะทำงานซึ่งไม่ใช่เจ้าของงานที่เกี่ยวข้อง
- (3) มีการมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้รับผิดชอบไปร่วมกันแก้ไข
- (4) มีการกำหนดคณะทำงานหรือทีมพัฒนานขนาดเล็กซึ่งประกอบด้วยเจ้าของงานที่เกี่ยวข้อง
- (5) มีการกำหนดคณะทำงานหรือทีมพัฒนานขนาดเล็กซึ่งมีทั้งเจ้าของงานและผู้มีอำนาจตัดสินใจ

9.18 การกำหนดเป้าหมายของการปรับปรุง/พัฒนา

- (0) ไม่มีการกำหนดเป้าหมายของการปรับปรุงที่ชัดเจน
- (1) มีการกำหนดเป้าหมาย แต่ไม่สอดคล้องกับปัญหาหรือโอกาสพัฒนา
- (2) มีการกำหนดเป้าหมายตามมุมมองของเจ้าของงานแต่ฝ่ายเดียว
- (3) มีการวิเคราะห์ความต้องการของลูกค้า นำความต้องการของลูกค้ามากำหนดเป้าหมาย
- (4) มีการปฏิบัติในข้อ (3) และมีการกำหนดตัวชี้วัดซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมาย
- (5) มีการปฏิบัติในข้อ (4) และมีการใช้ตัวชี้วัดเพื่อติดตามผลการปรับปรุง

9.19 การติดตามความก้าวหน้าของคณะทำงานหรือทีมพัฒนา

- (0) ไม่มีการติดตามความก้าวหน้า
- (1) มีการรายงานผลเมื่อทำการปรับปรุง/พัฒนาเสร็จสิ้น
- (2) มีการปฏิบัติในข้อ (1) และมีการติดตามเมื่อเกิดปัญหา
- (3) มีการปฏิบัติในข้อ (2) และผู้บริหารช่วยเหลือแก้ปัญหา
- (4) มีการปฏิบัติในข้อ (3) และมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อรับฟังความคิดเห็น
- (5) มีการปฏิบัติในข้อ (4) และมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ทางเลือกก่อนนำไปใช้

9.20 การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

- (0) ไม่มีการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา
- (1) มีการคิดหาสาเหตุ ลงมือแก้ไขทันทีในทุกสาเหตุที่คิดได้
- (2) มีการวิเคราะห์แบบแผนของปัญหา เพื่อค้นหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- (3) มีลักษณะในข้อ (2) และมีการเก็บข้อมูลเพื่อยืนยันความถี่ของสาเหตุของปัญหา
- (4) มีลักษณะในข้อ (3) และมีการสืบสาวไปถึงต้นตอของปัญหา (root cause)
- (5) มีการคัดเลือกสาเหตุที่มีความสำคัญสูงมาแก้ไข

โปรดยกตัวอย่างการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาซึ่งส่งผลให้เกิดการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน (ไม่เกิดปัญหาลับซ้ำ)

9.21 การค้นหาทางเลือกในการปรับปรุงกระบวนการ

- (0) ไม่มีการวิเคราะห์ทางเลือกที่เป็นไปได้ให้รอบด้าน
- (1) มีการระดมสมองค้นหาทางเลือกต่างๆ แต่ติดอยู่ในกรอบความคิดเดิมๆ
- (2) มีการระดมสมองค้นหาทางเลือกต่างๆ พยายามค้นหาแนวทางใหม่ที่หลุดไปจากกรอบเดิม
- (3) มีลักษณะในข้อ (2) และมีการใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงกระบวนการ
- (4) มีลักษณะในข้อ (3) และมีการใช้เกณฑ์ที่เหมาะสมเพื่อคัดเลือกวิธีการปรับปรุง
- (5) มีลักษณะในข้อ (4) และมีการวิเคราะห์แรงหนุนแรงต้าน เพื่อนำไปวางแผนดำเนินการอย่างรอบคอบ

โปรดยกตัวอย่างการใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงกระบวนการ

9.22 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพ

- (0) ไม่มีการประเมินผล
- (1) มีการประเมินผลโดยเน้นปริมาณกิจกรรมเทียบกับแผนที่กำหนดไว้
- (2) มีการประเมินผลโดยเน้นกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
- (3) มี (2) และ มีการประเมินผลโดยเน้นผลลัพธ์เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้
- (4) มี (3) และ มีการประเมินผลโดยเน้นสิ่งที่ผู้ป่วยและลูกค้าได้รับ
- (5) มี (4) และ มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุงวิธีการพัฒนาคุณภาพ

9.23 การติดตามเพื่อรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

- (0) ไม่มีการติดตาม
- (1) มีการติดตามวัดระดับคุณภาพเป็นระยะ
- (2) มี (1) และมีมาตรการในการรักษาระดับคุณภาพที่ชัดเจน
- (3) มี (2) และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้
- (4) มี (3) และมีการค้นหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่อง
- (5) มี (4) ระดับคุณภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

**แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยในการรับบริการอาหารของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
และเกณฑ์มาตรฐานที่สามารถยอมรับได้**

จัดทำโดย

งานโภชนาการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
โทรศัพท์ (074) 212070-9 ต่อ 1061

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยในการรับบริการอาหารของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องที่ท่านเห็นว่าเหมาะสม

1. ข้อมูลทั่วไป

หอผู้ป่วย.....

ชื่อผู้ป่วย..... เพศ หญิง ชาย อายุ.....ปี

ศาสนา..... อาชีพ.....

ภูมิลำเนาจังหวัด.....

ป่วยเป็นโรค.....

1) ท่านสั่งอาหารประเภทไหน

....อาหารสามัญ

....อาหารพิเศษ

2) ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาล ท่านรับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้หรือไม่

....รับประทานทุกมื้อ

....รับประทานบางมื้อ.....มื้อ (ให้เติมตัวเลขลงไป)

....ไม่รับประทาน เพราะ.....

3) ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาล ท่านมีความอยากอาหารหรือไม่

....ความอยากอาหารน้อยลง

....ความอยากอาหารปกติ

....ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น

4) ท่านคิดว่าอาหารมีส่วนช่วยให้หายป่วยเร็วหรือไม่

....ไม่จำเป็น

....จำเป็น

....ไม่ทราบ

8) <u>ขนมมือกกลางวัน</u> มีรสชาติ		
.....อร่อย		
.....ไม่อร่อย		
เพราะ.....		
เกณฑ์ 75 %		
9) อาหารประเภท <u>ข้าวต้มเครื่อง</u> มีรสชาติ		
.....อร่อย		
.....ไม่อร่อย		
เพราะ.....		
เกณฑ์ 75 %		
10) อาหารประเภท <u>ข้าวต้มขาว+กับ</u> มีรสชาติ		
.....อร่อย		
.....ไม่อร่อย		
เพราะ.....		
เกณฑ์ 75 %		
11) อาหารประเภท <u>ข้าวต้ม</u> มีปริมาณ		
.....น้อยไป		
.....พอดีแล้ว		
.....มากเกินไป		
เกณฑ์ 80 %		
12) เวลาในการเสิร์ฟอาหารเหมาะสมหรือไม่		
มือเช้า เวลา 07.30-08.15 น.	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม
มือกลางวัน เวลา 11.45-12.30 น.	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม
มือว่างบ่าย เวลา 13.30-14.15 น.	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม
มือเย็น เวลา 16.00-17.00 น.	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม
เกณฑ์ 80 %		
13) เวลาในการเก็บถาดอาหารเหมาะสมหรือไม่		
มือเช้า เวลา 08.15-09.00 น.	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม
มือกลางวัน เวลา 12.30-12.15 น.	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม
มือว่างบ่าย เวลา 14.15-15.00 น.	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม
มือเย็น เวลา 17.00-17.45 น.	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม
เกณฑ์ 80 %		
14) อาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ อุดหนุนเหมาะสมกับประเภทอาหารหรือไม่		
.....เหมาะสม		
.....ไม่เหมาะสม		
เกณฑ์ 80 %		

2. ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการอาหารของโรงพยาบาลเกี่ยวกับรายการอาหาร ปริมาณอาหาร รสชาติ เวลาที่นำเสิร์ฟ เวลาที่เก็บถาดอาหาร อุณหภูมิของอาหาร มารยาทของเจ้าหน้าที่ส่งอาหาร และความสะอาดของภาชนะบรรจุอาหาร

1) รายการอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ ท่านคิดว่าเหมาะสมหรือไม่

....เหมาะสม

....ไม่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ.....

เกณฑ์ 80 %

2) อาหารประเภท แกง มีรสชาติ

....อร่อย

....ไม่อร่อย

เพราะ.....

เกณฑ์ 75 %

3) อาหารประเภท ผัด มีรสชาติ

....อร่อย

....ไม่อร่อย

เพราะ.....

เกณฑ์ 75 %

4) อาหารประเภท แกงจืด มีรสชาติ

....อร่อย

....ไม่อร่อย

เพราะ.....

เกณฑ์ 75 %

5) อาหารประเภท ทอด มีรสชาติ

....อร่อย

....ไม่อร่อย

เพราะ.....

เกณฑ์ 75 %

6) อาหารประเภท อบ มีรสชาติ

....อร่อย

....ไม่อร่อย

เพราะ.....

เกณฑ์ 75 %

7) อาหารประเภท นึ่ง มีรสชาติ

....อร่อย

....ไม่อร่อย

เพราะ.....

เกณฑ์ 75 %

15) ปริมาณอาหารที่จัดเสิร์ฟให้ท่านเหมาะสมหรือไม่

- น้อยไป
- เหมาะสม
- มากไป

เกณฑ์ 80 %

16) มารยาทของเจ้าหน้าที่ส่งอาหารควรปรับปรุงหรือไม่

- ควรปรับปรุง
- เหมาะสมแล้ว

ข้อเสนอแนะ.....

เกณฑ์ 80 %

17) ความสะอาดของภาชนะบรรจุอาหาร

- สะอาดดีแล้ว
- ควรปรับปรุง

เกณฑ์ 80 %

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ (ที่ท่านมีต่อการบริการอาหาร เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข)

แบบประเมินผลอาหารวันพุธ

วันที่... เดือน... พ.ศ.

กรุณากรอกแบบประเมินผลอาหาร เพื่อเป็นข้อมูลการปรับปรุงการบริหารอาหารต่อไป
โปรดทำเครื่องหมาย x หน้าข้อที่ท่านคิดว่าเหมาะสม

1. รายการอาหารท่านคิดว่าเหมาะสมหรือไม่

....เหมาะสม ไม่เหมาะสม

.....ข้อเสนอแนะ.....

2. อาหารวันนี้ ท่านคิดว่ารสชาติอร่อยหรือไม่

อร่อย 5 ไม่อร่อย
10 0

.....ข้อเสนอแนะ.....

3. อาหารประเภทแกง มีรสชาติ

อร่อย 5 ไม่อร่อย
10 0

.....ข้อเสนอแนะ.....

4. อาหารประเภทผัด มีรสชาติ

อร่อย 5 ไม่อร่อย
10 0

.....ข้อเสนอแนะ.....

5. อาหารประเภท... ..ทอด... ..อบ... ..นึ่ง รสชาติอาหาร

อร่อย 5 ไม่อร่อย
10 0

.....ข้อเสนอแนะ.....

6. อาหารประเภท... ..แกงจืด... ..ต้มยำ รสชาติอาหาร

อร่อย 5 ไม่อร่อย
10 0

.....ข้อเสนอแนะ.....

7. ขนม ผลไม้ รสชาติ

อร่อย 5 ไม่อร่อย
10 0

.....ข้อเสนอแนะ.....

8. ปริมาณอาหารที่จ่ายบริการ

....มากไป น้อยไป

....เหมาะสม ข้อเสนอแนะ.....

9. ลักษณะข้าว ท่านคิดว่าเหมาะสมหรือไม่

....ข้าวแข็งไป ข้าวสุก ๆ ตับ ๆ

....พอดี ข้อเสนอแนะ.....

ตลอดพบ

ภาคผนวก

หนังสือข้อตกลงการปฏิบัติงานในงานพัสดุ
(ระหว่าง 1 กรกฎาคม - 30 มิถุนายน)

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....ตำแหน่ง.....
ได้ขอทำความตกลงกับหัวหน้าหน่วย.....ดังนี้

1. ข้าพเจ้าจะปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้มีผลงานในเชิงพัฒนา หรือปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับเรื่อง.....

หมายเหตุ ให้ตั้งเป้าหมายจะพัฒนาหรือแก้ไขอะไรก่อน แล้วประเมินผลติดตามว่าได้ตามที่ตั้งเป้าหรือไม่
โดยให้สอดคล้องกับพันธกิจของงานพัสดุคือ “บริการรวดเร็ว สะดวก ถูกต้อง และพอใจ”

2. ถ้าข้าพเจ้าไม่มีผลงานในเชิงพัฒนาหรือ ไม่ปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับเรื่องที่ได้ตกลงในข้อ 1. ไว้ระหว่างการปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ปีที่แล้ว ถึง 30 มิถุนายน ปีที่ประเมิน (โดยประเมินผลงานทุก 6 เดือน) ข้าพเจ้ารับทราบและรู้แก้ไขว่า

2.1 ข้าพเจ้ามีผลงานเท่าเดิมหรือเหมือนเดิม

2.2 ข้าพเจ้าไม่มีผลงานใหม่เป็นหลักฐานให้เห็น

2.3 ข้าพเจ้าจะได้รับเงินเดือนเท่าเดิม ไม่ได้เลื่อนขั้น ; ขึ้นปกติ

(เว้นแต่มีคำสั่งลงโทษทางวินัย และรัฐบาลมีเงินจ่ายปกติ)

3. ถ้าข้าพเจ้ามีผลงานในเชิงพัฒนาหรือได้ปรับปรุงแก้ไขงานเกี่ยวกับเรื่องที่ได้ตกลงในข้อ 1. ไว้เป็นผลสำเร็จระหว่างการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 กรกฎาคม ปีที่แล้ว ถึง 30 มิถุนายน ปีที่ประเมิน (โดยประเมินผลงานทุก 6 เดือน) ข้าพเจ้ารับทราบและรู้แก้ไขว่า

3.1 ข้าพเจ้ามีผลงานที่พัฒนาดีกว่าเดิม และมากกว่าเดิม

3.2 ข้าพเจ้ามีผลงานใหม่เป็นหลักฐานให้เห็น ตามรายละเอียดด้านล่าง

3.3 ข้าพเจ้าจะได้รับเงินเดือนสูงกว่าเดิม ตามคุณภาพผลงานที่ประเมินได้ ดังนี้

ก. งานดีกว่าเดิมไม่มาก - เลื่อนขั้น 1 ขั้น

(ผลงาน 50-70%)

ข. งานดีกว่าเดิมเห็นได้ชัด และผู้ให้บริการพอใจ - เลื่อนขั้น 1.5 ขั้น

(ผลงาน 70% ขึ้นไป)

ค. งานที่เป็นประโยชน์กับหน่วยงาน และผู้ให้บริการพอใจมาก - เลื่อนขั้น 2 ขั้น

(ผลงาน 90% ขึ้นไป)

(เว้นแต่มีคำสั่งลงโทษทางวินัย และรัฐบาลมีเงินจ่ายปกติ)

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

หัวหน้าหน่วย.....

ผู้ปฏิบัติงานตำแหน่ง.....

วันที่.....

วันที่.....

ใบรับรองผลงานที่พัฒนาหรือแก้ไขปรับปรุงงาน
งานพัสดุ หน่วยงาน.....

1. ผลงานในเชิงพัฒนาหรือแก้ไขปรับปรุงงานเรื่อง.....
.....
2. ช่วงระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 1 กรกฎาคม ปี..... - 30 มิถุนายน ปี.....
3. แผนงานวิธีปฏิบัติ.....
.....
.....
.....
4. ผลการประเมินผลงาน 6 เดือนแรก (1 กรกฎาคม - 31 ธันวาคม)
☐ ผลงานสำเร็จ.....% ตามข้อมูลแนบท้าย
☐ ผลงานไม่สำเร็จ เพราะ.....

5. ผลการประเมินผลงาน 6 เดือนหลัง (1 มกราคม - 30 มิถุนายน)
☐ ผลงานสำเร็จ.....% ตามข้อมูลแนบท้าย
☐ ผลงานไม่สำเร็จ เพราะ.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับการประเมิน

รับทราบผลการประเมินครั้งที่ 1

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับการประเมิน

รับทราบผลการประเมินครั้งที่ 2

วันที่.....

แบบสอบถามงานพัสดุ คณะแพทยศาสตร์ โทร. 1160

งานพัสดุใคร่ขอความร่วมมือจากหน่วยงานของท่านให้กรอกแบบสอบถามเพื่อใช้ในการปรับปรุงการบริการงานด้านพัสดุให้ดีขึ้น ดังนี้

การบริการของงานพัสดุ หมายถึง เมื่อมาใช้บริการทุกหน่วยในงานพัสดุแล้ว ได้รับสะดวกรวดเร็ว, สะดวก, ถูกต้องตามต้องการ, พுகจุฬาภาพ และพอใจการบริการหรือไม่

1. หน่วยจัดหาวัสดุ (หน้าที่จัดซื้อวัสดุทุกรูป, ร่มครุภัณฑ์, ขาขรากวัสดุ)

- ☐ บริการดีกว่าเดิม
- ☐ บริการเหมือนเดิม
- ☐ บริการแย่กว่าเดิม
- ☐ ไม่ได้ใช้บริการหน่วยนี้

ต้องการให้แก้ไขปรับปรุงเรื่อง.....

2. หน่วยจัดหาครุภัณฑ์ (หน้าที่จัดซื้อครุภัณฑ์, ร่มอาคาร, ปรับปรุงก่อสร้างอาคาร)

- ☐ บริการดีกว่าเดิม
- ☐ บริการเหมือนเดิม
- ☐ บริการแย่กว่าเดิม
- ☐ ไม่ได้ใช้บริการหน่วยนี้

ต้องการให้แก้ไขปรับปรุงเรื่อง.....

3. หน่วยทะเบียนพัสดุ (หน้าที่คุมบัญชีรับ-จ่ายวัสดุในคลังพัสดุ, ออกรหัสวัสดุ-ครุภัณฑ์, คุมบัญชีครุภัณฑ์ทั้งหมด)

- ☐ บริการดีกว่าเดิม
- ☐ บริการเหมือนเดิม
- ☐ บริการแย่กว่าเดิม
- ☐ ไม่ได้ใช้บริการหน่วยนี้

ต้องการให้แก้ไขปรับปรุงเรื่อง.....

(การออกรหัสครุภัณฑ์ และคุมบัญชีครุภัณฑ์ทั้งหมด จะมโนบายปรับเปลี่ยนระบบงาน โอนมาให้หน่วยจัดหาครุภัณฑ์รับผิดชอบต่อไปงบประมาณ 2542)



แบบสอบถาม ความคิดเห็นต่อบริการของผู้ป่วยนอก

กรุณาแสดงความคิดเห็นของท่านต่อบริการจากโรงพยาบาล สงขลานครินทร์

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก และ/หรือกรอกข้อความในช่องว่าง

ห้องตรวจ

สำหรับเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน

1. ที่อยู่ปัจจุบัน อำเภอ จังหวัด
2. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
อายุ ปี
3. ท่านจบการศึกษาสูงสุด
☐ 1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ☐ 2. มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา ☐ 3. ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
4. ผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือสิทธิคุ้มครองการรักษาพยาบาลในครั้งนี้
☐ 1. จ่ายเอง ☐ 2.สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ 3. ประกันสังคม
☐ 4. ประกันสุขภาพ (บ.ประกันภัย, ประกันภัยจากโรค/ นายจ้างมีสัญญาจ่ายให้ รพ./ กองทุนทดแทน)
☐ 5. บัตรสงเคราะห์ หรือสงเคราะห์ของ รพ. ☐ 6. ผู้ป่วยสิทธิพิเศษ (พระบรมฯ, หอ.สว. ฯลฯ)
☐ 7. ใช้สิทธิบัตรสงเคราะห์ (ผู้สูงอายุ, เด็ก) ☐ 8. ญาติจ่ายเงินให้ ☐ 9. อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับบริการผู้ป่วยนอกที่ท่านได้รับ

6. ทำไมท่านเลือกรับการรักษาที่โรงพยาบาลนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
☐ 1. เดินทางสะดวก ☐ 2. มีเครื่องมือทันสมัย ☐ 3. มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
☐ 4. ค่ารักษาไม่แพง ☐ 5. บริการรวดเร็วทันใจ ☐ 6. สถานที่สะอาดสบาย
☐ 7. เคยเป็นผู้ป่วยเก่าที่โรงพยาบาลนี้
7. ท่านได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับโรค ปัญหาที่ท่านเป็น และวิธีการรักษา หรือไม่
☐ 1. ไม่ได้รับ ☐ 2. ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐ 3. ได้รับ และเข้าใจดี
8. ระยะเวลาารอดคอยตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้พบแพทย์
☐ 1. นาน ☐ 2. ปานกลาง ☐ 3. รวดเร็ว
9. ระยะเวลาารอรับยา
☐ 1. นาน ☐ 2. ปานกลาง ☐ 3. รวดเร็ว
10. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาหรือไม่
☐ 1. ไม่ได้รับ ☐ 2. ได้รับแต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐ 3. ได้รับและเข้าใจดี
11. ระยะเวลาารอดตรวจเลือด, ปัสสาวะ, เสมหะ และอุจจาระ
☐ 1. นาน ☐ 2. ปานกลาง ☐ 3. รวดเร็ว
12. ระยะเวลาารอดตรวจ และรอผลเอกซเรย์
☐ 1. นาน ☐ 2. ปานกลาง ☐ 3. รวดเร็ว
13. ท่านคิดว่าค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้
☐ 1. แพงมาก ☐ 2. แพง ☐ 3. เหมาะสม ☐ 4. ถูก ☐ 5. ถูกมาก ☐ 6. ไม่ทราบค่ารักษา

ส่วนที่ 3 ความรู้สึกของท่านต่อบริการต่าง ๆ ในครั้งนี้

สำหรับเจ้าหน้าที่

	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี	แย่มาก	ประเมินไม่ได้
14. ความสะอาด สบายใจที่ไป	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. ความสะอาด ของห้องสุขา	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. ลำดับ ในการเข้ารับบริการจากหน่วยงานนี้	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ไปอีกหน่วยงานนี้	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. การประสานงาน ระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. การแนะนำ ประชาสัมพันธ์ในการให้บริการ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. แพทย์ใส่ใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วยของท่าน	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. การซักประวัติ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. การตรวจร่างกาย	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. แพทย์ ให้ความสำคัญกับท่าน	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. กิริยามารยาทของ แพทย์	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. การดูแลให้ความช่วยเหลือจาก พยาบาล	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. กิริยามารยาทของ พยาบาล	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ริยามารยาทของ เจ้าหน้าที่อื่น ๆ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
คุณภาพบริการโดยรวมทุกด้าน	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นของท่านต่อบริการของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

28. ถ้าญาติ หรือเพื่อนของท่านป่วยท่านจะแนะนำให้มาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์นี้ อีกหรือไม่
- ☐ 1. แนะนำ ☐ 2. ไม่แนะนำ ☐ 3. ไม่แน่ใจ
29. ถ้าท่านป่วยอีกครั้ง และสามารถเลือกโรงพยาบาลอื่นได้ ท่านจะกลับมาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์อีกหรือไม่
- ☐ 1. มั่นใจว่าจะกลับมาอีก ☐ 2. มั่นใจว่าจะไม่มาใช้บริการอีก ☐ 3. ไม่แน่ใจ
30. ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ควรจะปรับปรุงคุณภาพบริการอะไรบ้าง กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่ท่านมีความเห็นที่สำคัญที่สุด 3 ข้อ
- (1)
- (2)
- (3)



ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
ขอคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในการปรับปรุงบริการของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ต่อไป



แบบสอบถาม ความคิดเห็นต่อการบริการของผู้ป่วยใน

กรุณาส่งความคิดเห็นของท่านต่อการบริการจากโรงพยาบาล สงขลานครินทร์
จากการที่ท่านได้รับขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ เท่านั้น

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก และ/หรือกรอกข้อความในช่องว่าง
หอผู้ป่วย เดือน (ที่นอนโรงพยาบาล)

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน

1. HN.....
2. ที่อยู่ปัจจุบัน อำเภอ จังหวัด
3. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
4. อายุ ปี
5. อาชีพ
6. รายได้ ต่อเดือน
7. ท่านจบการศึกษาสูงสุด
☐ 1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ☐ 2. มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา ☐ 3. ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
8. ผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือสิทธิคุ้มครองการรักษาพยาบาลในครั้งนี้
☐ 1. จ่ายเงินเอง ☐ 2.สวัสดิการข้าราชการรัฐวิสาหกิจ ☐ 3. ประกันสังคม
☐ 4. ประกันสุขภาพ (บ.ประกันภัย, ประสภภัยจากโรค, นายจ้างมีสัญญาจ่ายให้ รพ., กองทุนทดแทน)
☐ 5. บัตรสงเคราะห์ หรือสงเคราะห์ของ รพ. ☐ 6. ผู้ป่วยสิทธิพิเศษ (พระบรมฯ, พอ.สว. ฯลฯ)
☐ 7. ใช้สิทธิบัตรสงเคราะห์ (ผู้สูงอายุ, เด็ก) ☐ 8. ญาติจ่ายเงินให้ ☐ 9. อื่น ๆ

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับบริการจากการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ครั้งนี้

9. ทำไมท่านเลือกมารับการรักษาที่โรงพยาบาลนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
☐ 1. เดินทางสะดวก ☐ 2. มีเครื่องมือทันสมัย ☐ 3. มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
☐ 4. ค่ารักษาไม่แพง ☐ 5. บริการรวดเร็วทันใจ ☐ 6. สถานที่สะดวกสบาย
☐ 7. เคยเป็นผู้ป่วยเก่าที่โรงพยาบาลนี้
10. ท่านได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับโรค ปัญหาที่ท่านเป็น และวิธีการรักษา หรือไม่
☐ 1. ไม่ได้รับ ☐ 2. ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐ 3. ได้รับ และเข้าใจดี
11. ท่านได้รับแจ้งผลตรวจเลือด, ปัสสาวะ, เอกซเรย์ หรือ การตรวจอื่น ๆ หรือไม่
☐ 1. ไม่ได้รับ ☐ 2. ได้รับ หรือ ได้รับแต่เพียงบางส่วน ☐ 3. ได้รับและเข้าใจดี
12. ท่านได้รับการอธิบายเหตุผลที่ต้องผ่าตัด หรือวิธีการรักษาทางการแพทย์ หรือไม่
☐ 1. ไม่ได้รับ ☐ 2. ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐ 3. ได้รับและเข้าใจดี
13. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนออกจากโรงพยาบาลหรือไม่
☐ 1. ไม่ได้รับ ☐ 2. ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ ☐ 3. ได้รับและเข้าใจดี
14. ท่านทราบหรือไม่ ว่าใครคือแพทย์ที่รับผิดชอบดูแลรักษาท่าน
☐ 1. ไม่ทราบ ☐ 2. ทราบ แต่ไม่รู้ชื่อแพทย์ ☐ 3. ทราบ และรู้ชื่อแพทย์
15. ระยะเวลาที่ท่านรักษามีแพทย์มาให้การดูแลรักษาท่านกี่คน
☐ 1. 1 คน ☐ 2. 2 คน ☐ 3. 3 คน ☐ 4. 4 คน ☐ 5. มากกว่า 4 คน
16. ท่านคิดว่าค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้
☐ 1. แพงมาก ☐ 2. แพง ☐ 3. เหมาะสม ☐ 4. ถูก ☐ 5. ถูกมาก ☐ 6. ไม่ทราบค่ารักษา

สำหรับเจ้าหน้าที่

□□□□□□□□

□□□□

□

□□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

ส่วนที่ 3 ความรู้สึกของท่านต่อบริการต่าง ๆ ในครั้งนี้

	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี	แย่มาก	ประเมินไม่ได้	สำหรับเจ้าหน้าที่
17. ความสะอาดของหอผู้ป่วย หรือห้องที่ท่านนอน	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. ความสะอาดสบาย ในห้อง หรือหอผู้ป่วย	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ ในการดูแลรักษาท่าน	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. ความสามารถของแพทย์ ในการรักษาโรคที่ท่านเป็น	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. ความรวดเร็วในการที่แพทย์ มาดูแลท่านเมื่อท่าน มีปัญหา/เจ็บป่วย	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. ความใส่ใจของแพทย์ ในการติดตามดูแลท่าน	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. กิริยามารยาทของ แพทย์	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. ความสามารถของพยาบาล ในการให้การพยาบาล	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. ความรวดเร็วในการที่พยาบาล มาให้การช่วยเหลือ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. ความใส่ใจของพยาบาล ต่อการเจ็บป่วยของท่าน	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. กิริยามารยาทของ พยาบาล	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. กิริยามารยาท และความเอาใจใส่ของนักศึกษาพยาบาล	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. กิริยามารยาทของ เจ้าหน้าที่อื่น ๆ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. ภาพภาพบริการโดยรวมทุกด้าน	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นของท่านต่อบริการของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

31. ถ้าญาติ หรือเพื่อนของท่านป่วยท่านจะแนะนำให้มาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์นี้ อีกหรือไม่
- ☐ 1. แนะนำ ☐ 2. ไม่แนะนำ ☐ 3. ไม่แน่ใจ
32. ถ้าท่านป่วยอีกครั้ง จนต้องเข้าโรงพยาบาล และสามารถเลือกโรงพยาบาลอื่นได้ ท่านจะกลับมาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์อีกหรือไม่
- ☐ 1. มั่นใจว่าจะกลับมาอีก ☐ 2. มั่นใจว่าจะไม่มาใช้บริการอีก ☐ 3. ไม่แน่ใจ
33. ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ควรจะปรับปรุงคุณภาพบริการอะไรบ้าง กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่ท่านมีความเห็นว่าสำคัญที่สุด 3 ข้อ
- (1)
- (2)
- (3)



ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
ข้อคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในการปรับปรุงบริการของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

แบบสอบถาม

ความคิดเห็นต่อการให้บริการของหน่วยรังสีวินิจฉัย ภาควิชารังสีวิทยา

ข้อมูลผู้ให้บริการ เพศ: ☐ หญิง ☐ ชาย อายุ ----- ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน : อำเภอ ----- จังหวัด -----

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องที่ท่านเลือก	ระดับคุณภาพของบริการ				
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง	ประเมินไม่ได้
1. การอำนวยความสะดวก มารยาท และความสุภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	☐	☐	☐	☐	☐
2. การจัดลำดับการตรวจก่อน - หลัง	☐	☐	☐	☐	☐
3. ความชัดเจนในการเรียกชื่อเข้าตรวจ	☐	☐	☐	☐	☐
4. การอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตัว เพื่อรับการตรวจ	☐	☐	☐	☐	☐
5. การให้ความสนใจในการรับฟังและตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่	☐	☐	☐	☐	☐
6. การใช้เวลาในการให้บริการถ่ายเอกซเรย์ (ตั้งแต่ยื่นใบสั่ง จนได้รับผลการตรวจ)	☐	☐	☐	☐	☐
7. การอธิบายและตอบข้อซักถามของแพทย์ผู้ตรวจ	☐	☐	☐	☐	☐
8. ความชัดเจนของป้ายประจำห้องตรวจ และป้ายชี้ทางต่าง ๆ	☐	☐	☐	☐	☐
9. จำนวนเก้าอี้สำหรับนั่งรอตรวจเพียงพอเหมาะสม	☐	☐	☐	☐	☐
10. แสงสว่างบริเวณทางเดิน , ที่นั่งรอรับการตรวจ	☐	☐	☐	☐	☐
11. ความสะอาดภายในห้องตรวจ	☐	☐	☐	☐	☐
12. ความสะอาดภายนอกห้องตรวจ เช่น บริเวณหน้าเคาร์เตอร์ , บริเวณที่นั่งรอตรวจ	☐	☐	☐	☐	☐

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ (ถ้ามี)

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณ ท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ข้อคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงการบริการในโอกาสต่อไป

เรื่องความคิดเห็นต่อการให้บริการของหน่วยกายภาพบำบัด ภาควิชาอายุรศาสตร์

① วันที่ท่านสะดวกในการมารับบริการ

☐ วันหยุดราชการ☐ ในเวลาราชการ☐ ได้ทุกวัน

② สาเหตุที่ท่านมารับบริการในวันหยุดราชการ

☐ สะดวก☐ หมดนัด☐ เจ้าหน้าที่แนะนำ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

③ วิธีการชำระเงินค่าบริการของท่าน

☐ ชำระเงินค่าบริการล่วงหน้าครั้งเดียว

เนื่องจาก.....

☐ ชำระเงินค่าบริการแต่ละครั้งที่มารับบริการ

เนื่องจาก.....

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

④ สถานที่ที่ท่านชำระเงิน

☐ ชำระที่เจ้าหน้าที่การเงิน ชั้น 1☐ ชำระที่หน่วยกายภาพบำบัด☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

⑤ ท่านได้รับใบเสร็จรับเงินทุกครั้งที่ชำระเงินหรือไม่

☐ ทุกครั้ง☐ ไม่ทุกครั้ง

เนื่องจาก.....

⑥ ในการมารับบริการของท่าน ท่านมีความรู้สึก

☐ ประทับใจบุคคลใดหรือสิ่งใดมากที่สุด (โปรดระบุ).....☐ ไม่ประทับใจบุคคลใดหรือสิ่งใดมากที่สุด (โปรดระบุ).....

⑦ ข้อเสนอแนะอื่น ๆ (หากมี).....

ขอขอบพระคุณที่ท่านกรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ข้อคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงการให้บริการในโอกาสต่อไป

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัญหาและอุปสรรคในการทำงานของภาควิชาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องที่ท่านเลือก

1. ท่านคิดว่าการจัดการวางเวรการปฏิบัติงานในหน่วยงานของท่านมีความเหมาะสมหรือไม่ (กรณีมีการจัดการวางเวรการปฏิบัติงาน) ถ้าไม่เหมาะสม ไม่เหมาะสมอย่างไร

☐ เหมาะสม☐ ไม่เหมาะสม.....

2. ภาระงานของท่าน มีความเหมาะสมหรือไม่ ถ้าไม่เหมาะสม ไม่เหมาะสมอย่างไร

☐ เหมาะสม☐ ไม่เหมาะสม.....

3. ท่านคิดว่าอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน มีจำนวนเพียงพอหรือไม่ ถ้าไม่เพียงพอได้แก่อุปกรณ์ชนิดใด

☐ เพียงพอ☐ ไม่เพียงพอ.....

4. ท่านมีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานหรือไม่ ถ้ามี มีอย่างไร

☐ ไม่มี☐ มี.....

5. ท่านคิดว่าห้องที่ท่านปฏิบัติงาน มีความเหมาะสมหรือไม่ ถ้าไม่เหมาะสม ไม่เหมาะสมอย่างไร

☐ เหมาะสม☐ ไม่เหมาะสม.....

6. ท่านคิดว่าสภาพแวดล้อมในหน่วยงานของท่าน มีความเหมาะสมหรือไม่ ถ้าไม่เหมาะสม ไม่เหมาะสมอย่างไร

☐ เหมาะสม☐ ไม่เหมาะสม.....

7. ท่านคิดว่าหน่วยงานของท่านควรมีการปรับปรุงและพัฒนาในเรื่องใดบ้าง อย่างไร

☐ ไม่มี☐ มี.....

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ (หากมี).....

ขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ข้อคิดเห็นของท่านจะถือเป็นความลับ

แบบสอบถาม (ผู้ป่วย+ญาติ)

เรื่องความคิดเห็นต่อการให้บริการของงานโภชนาการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องที่ท่านเลือก เรื่อง	ระดับคุณภาพของบริการ				
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง	ประเมินไม่ได้
1. ความสะอาดของอาหาร	☐	☐	☐	☐	☐
2. ความสะอาดของภาชนะและอุปกรณ์ที่บรรจุอาหาร	☐	☐	☐	☐	☐
3. รายการอาหารเหมาะสมทั้งด้านปริมาณและจำนวนรายการ	☐	☐	☐	☐	☐
4. อาหารและขนมที่เสิร์ฟเย็นควรจะเย็น ที่เสิร์ฟร้อนควรจะร้อน	☐	☐	☐	☐	☐
5. การปรุงและมารยาทของเจ้าหน้าที่เสิร์ฟ	☐	☐	☐	☐	☐
6. ความสะอาดของเจ้าหน้าที่เสิร์ฟ	☐	☐	☐	☐	☐

7. รสชาติอาหาร

☐ หวาน ☐ เค็มไป ☐ จืดไป ☐ เปรี้ยวไป ☐ หวานไป

8. เวลาในการเสิร์ฟอาหารแต่ละมื้อเหมาะสม

 มื้อเช้า ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ควรเสิร์ฟเวลา น.

 มื้อกลางวัน ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ควรเสิร์ฟเวลา น.

 มื้อเย็น ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ควรเสิร์ฟเวลา น.

9. ระยะเวลาในการเก็บภาชนะและอุปกรณ์บรรจุ

 มื้อเช้า ☐ เหมาะสม ☐ ช้าไป ☐ เร็วไป

 มื้อกลางวัน ☐ เหมาะสม ☐ ช้าไป ☐ เร็วไป

 มื้อเย็น ☐ เหมาะสม ☐ ช้าไป ☐ เร็วไป

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ (หากมี)

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณ ที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ข้อคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงการบริการในโอกาสต่อไป

แบบสอบถาม (หอผู้ป่วย)

เรื่องความคิดเห็นต่อการให้บริการของงานโภชนาการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องที่ท่านเลือก
เรื่อง

ระดับคุณภาพของการบริการ

	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง	ประเมินไม่ได้
1. ความสะอาดของอาหาร	☐	☐	☐	☐	☐
2. ความสะอาดของภาชนะและอุปกรณ์ที่บรรจุอาหาร	☐	☐	☐	☐	☐
3. การหุงหาและมารยาทของเจ้าหน้าที่เสิร์ฟ	☐	☐	☐	☐	☐
4. ความสะอาดของเจ้าหน้าที่เสิร์ฟ	☐	☐	☐	☐	☐
5. การให้บริการรับข้อมูลในกรณีรับผู้ป่วยใหม่ เปลี่ยนแปลงคำสั่งหรือผู้ป่วยย้ายวอร์ด	☐	☐	☐	☐	☐

6. เวลาในการเสิร์ฟอาหารแต่ละมื้อ

มื้อเช้า ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ควรเสิร์ฟเวลา.....น.มื้อกลางวัน ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ควรเสิร์ฟเวลา.....น.มื้อเย็น ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ควรเสิร์ฟเวลา.....น.

7. ระยะเวลาในการเก็บภาชนะและอุปกรณ์บรรจุ

มื้อเช้า ☐ เหมาะสม ☐ ช้าไป ☐ เร็วไปมื้อกลางวัน ☐ เหมาะสม ☐ ช้าไป ☐ เร็วไปมื้อเย็น ☐ เหมาะสม ☐ ช้าไป ☐ เร็วไป

8. ความถูกต้องของการจัดประเภทอาหารตามที่สั่ง

☐ ถูกต้องทุกครั้ง☐ ผิดพลาดน้อย☐ ผิดพลาดบ่อย ประมาณ.....ครั้ง/เดือน

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ (หากมี)

ขอขอบพระคุณ ที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และกรุณาส่งแบบสอบถามคืนหน่วยตรวจสอบภายใน ชั้น 5 อาคารบริหาร คณะแพทยศาสตร์

แบบสอบถาม

ความคิดเห็นต่อการให้บริการของหน่วยกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องที่ท่านเลือก	ระดับคุณภาพของการบริการ				
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง	ประเมินไม่ได้
❶ การให้ความสนใจในการตอบข้อซักถามของเจ้าหน้าที่	☐	☐	☐	☐	☐
❷ การให้ข้อมูลการรักษาทางกายภาพบำบัด	☐	☐	☐	☐	☐
❸ การสอนและแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วย	☐	☐	☐	☐	☐
❹ การพูดจา มารยาท ความสุภาพของเจ้าหน้าที่	☐	☐	☐	☐	☐
❺ ความพร้อมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	☐	☐	☐	☐	☐
❻ ความชำนาญและความคล่องแคล่วในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	☐	☐	☐	☐	☐
❼ ความมีน้ำใจ และการให้ความช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่	☐	☐	☐	☐	☐
❽ การอำนวยความสะดวกจัดเตรียมแปลในการรับ-ส่งผู้ป่วย	☐	☐	☐	☐	☐
❾ ความสะอาดของสถานที่และอุปกรณ์ที่ให้บริการ	☐	☐	☐	☐	☐
❿ ในการมารับบริการของท่าน ท่านมีความรู้สึก					
☐ ประทับใจบุคคลใดหรือสิ่งใดมากที่สุด (โปรดระบุ).....					
☐ ไม่ประทับใจบุคคลใดหรือสิ่งใดมากที่สุด (โปรดระบุ).....					

ข้อเสนอแนะอื่นๆ (หากมี)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณ ที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ข้อคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงการให้บริการในโอกาสต่อไป

แบบสอบถาม

เรื่องความคิดเห็นต่อการให้บริการของห้องผ่าตัด ฝ่ายบริการพยาบาล

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องที่ท่านเลือก

ระดับคุณภาพของการบริการ

	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง	ประเมินไม่ได้
1. ความถูกต้องในการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ และน้ำยาต่างๆ ให้สอดคล้องกับลักษณะของการผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละราย	☐	☐	☐	☐	☐
2. การติดต่อประสานงานในการ set ห้องผ่าตัด	☐	☐	☐	☐	☐
3. การจัดเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการผ่าตัด	☐	☐	☐	☐	☐
4. ความพร้อมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ประจำห้องผ่าตัด	☐	☐	☐	☐	☐
5. ความชำนาญและความคล่องแคล่วในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด	☐	☐	☐	☐	☐
6. การจัดเตรียมเจ้าหน้าที่แปลในการรับ - ส่งผู้ป่วย	☐	☐	☐	☐	☐
7. การเตรียมพร้อมในการจัดเตรียมเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดกรณีฉุกเฉิน นอกเหนือจากตารางเวร	☐	☐	☐	☐	☐
8. ความมีน้ำใจ และให้ความช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด	☐	☐	☐	☐	☐
9. การไม่แสดงอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่ายของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด	☐	☐	☐	☐	☐
10. การดูแลสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดให้สะอาด สะดวก เรียบร้อย ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน	☐	☐	☐	☐	☐

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ (หากมี)

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณ ที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ข้อคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงการบริการในโอกาสต่อไป

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัญหาและอุปสรรคในการทำงานของห้องผ่าตัด ฝ่ายบริการพยาบาล

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องที่ท่านเลือก

1. ท่านคิดว่าปัจจุบันการ จัดตารางเวรการทำงานในหน่วยงานของท่านมีความเหมาะสมหรือไม่ ถ้าไม่เหมาะสม ไม่เหมาะสมอย่างไร

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม.....

.....

.....

2. ท่านพอใจกับงานที่ได้รับมอบหมายในปัจจุบันหรือไม่ ถ้าไม่พอใจ ควรแก้ไขอย่างไร

☐ พอใจ ☐ ไม่พอใจ

.....

.....

3. ท่านมีอุปสรรคในการทำงานหรือไม่ ถ้ามี มีอย่างไร

☐ ไม่มี ☐ มี.....

.....

.....

4. ผู้ร่วมงานของท่านใน ส่วนแพทย์ พยาบาล คนงาน มีส่วนก่อให้เกิดอุปสรรคในการทำงานของท่านหรือไม่ ถ้ามีในด้านใด อย่างไร

☐ ไม่มี ☐ มี.....

.....

.....

5. ท่านคิดว่าหน่วยงานของท่านควรมีการปรับปรุงและพัฒนาในเรื่องใดบ้าง อย่างไร

.....

.....

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ (หากมี).....

.....

ขอขอบพระคุณ ที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ข้อคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในการปรับปรุงการบริการในโอกาสต่อไป

แบบสอบถาม (ผู้ป่วยและญาติ)

ความคิดเห็นต่อการให้บริการของหน่วยงานย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องที่ท่านเลือก	ระดับคุณภาพของการบริการ				
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง	ประเมินไม่ได้
❶ ผู้รับบริการได้รับความสะดวกในการใช้รถเข็น โดยพนักงานแปลให้ความช่วยเหลือในการขนย้าย	☐	☐	☐	☐	☐
❷ พนักงานแปลสอบถามถึงความต้องการของผู้รับบริการ และให้ความสนใจในการตอบข้อซักถาม	☐	☐	☐	☐	☐
❸ พนักงานแปลให้บริการด้วยกิริยา วาจาที่สุภาพ เป็นกันเอง	☐	☐	☐	☐	☐
❹ พนักงานแปลรับ-ส่ง ตามคำร้องขอด้วยความรวดเร็ว คล่องแคล่ว นุ่มนวล และให้การป้องกันการพลัดตกจากเปลหรือรถเข็น	☐	☐	☐	☐	☐
❺ ความสะอาดเรียบร้อยของรถเข็น ผ้าปูเปล และผ้าคลุมผู้ป่วย	☐	☐	☐	☐	☐
❻ ความประทับใจต่อการต้อนรับของพนักงานแปล โดยการดูแลเอาใจใส่ คุงคังญาติมิตร	☐	☐	☐	☐	☐

ข้อเสนอแนะอื่นๆ (หากมี)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณ ที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ข้อคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงการบริการในโอกาสต่อไป

แบบสอบถาม (หอผู้ป่วย)

ความคิดเห็นต่อการให้บริการของหน่วยงานย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

	ระดับคุณภาพของการบริการ				
กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องที่ท่านเลือก	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง	ประเมินไม่ได้
❶ ความสะดวกรวดเร็วในการเรียกใช้บริการ	☐	☐	☐	☐	☐
❷ การประสานงานระหว่างแพทย์ พยาบาล หอผู้ป่วย กับหน่วยงานย้ายผู้ป่วย	☐	☐	☐	☐	☐
❸ การปฏิบัติตามขั้นตอนการใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกต้อง	☐	☐	☐	☐	☐
❹ การปฏิบัติตามหลักการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรคในขณะที่ให้บริการการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	☐	☐	☐	☐	☐
❺ การให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล	☐	☐	☐	☐	☐
❻ การพูดจา มารยาท ความสุภาพของเจ้าหน้าที่	☐	☐	☐	☐	☐
❼ ความมีน้ำใจช่วยเหลืองานด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากการขนย้ายผู้ป่วย	☐	☐	☐	☐	☐

ข้อเสนอแนะอื่นๆ (หากมี)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณ ที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ข้อคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงการบริการในโอกาสต่อไป

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัญหาและอุปสรรคในการทำงานของหน่วยขนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องที่ท่านเลือก

1. ท่านคิดว่าการจัดตารางเวรการทำงานในหน่วยงานของท่านมีความเหมาะสมหรือไม่ ถ้าไม่เหมาะสม ไม่เหมาะสมอย่างไร

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม.....

.....

2. ท่านมีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานหรือไม่ ถ้ามี มีอย่างไร

☐ ไม่มี ☐ มี.....

.....

3. เพื่อนร่วมงานของท่าน ทำให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงานของท่านหรือไม่ ถ้ามีในด้านใด อย่างไร

☐ ไม่มี ☐ มี.....

.....

4. ท่านคิดว่าสภาพแวดล้อมในหน่วยงานของท่าน มีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม.....

.....

5. ท่านคิดว่าหน่วยงานของท่านควรมีการปรับปรุงและพัฒนาในเรื่องใดบ้าง อย่างไร

☐ ไม่มี ☐ มี.....

.....

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ (หากมี).....

ขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ข้อคิดเห็นของท่านหน่วยตรวจสอบภายในจะถือเป็นความลับ

(เอกสารหมายเลข 1.)

เกณฑ์การให้คะแนนกิจกรรม 5 ส. ฝ่ายบริการพยาบาล รพ.สงขลานครินทร์

	4 = ดีมาก	3 = ดี	2 = พอใช้	1 = ต้องปรับปรุง	หมายเหตุ
สะอาด	แยกของที่ต้องการใช้และไม่ต้องการใช้ออกจากกันให้ชัดเจนโดยถ่ายรูปก่อนทำกิจกรรมและหลังทำกิจกรรม เปรียบเทียบในจุดเดียวกัน	แยกของที่ต้องการใช้และไม่ต้องการใช้ออกจากกัน มีการถ่ายรูปก่อนหรือหลังทำกิจกรรม	แยกของที่ต้องการใช้และไม่ต้องการใช้ออกจากกัน โดยไม่ได้ถ่ายรูปไว้เป็นหลักฐาน	ไม่แยกของใช้ ไม่ถ่ายรูป ไม่ติดป้าย	
สะดวก	สถานที่ อุปกรณ์ ข้าวของเครื่องใช้ สะอาดปราศจากฝุ่นละออง	สถานที่ อุปกรณ์ สะอาด แต่ยังมีฝุ่นละอองเล็กน้อย	- สถานที่ อุปกรณ์ สะอาด แต่ยังมีฝุ่นละออง รอยเปื้อนเล็กน้อย	สถานที่ อุปกรณ์ ไม่สะอาด มีฝุ่นละออง	
สะดวก	วางของเป็นระเบียบเรียบร้อย จัดเป็นหมวดหมู่ มีป้ายบอกชัดเจน จัดของที่เบิกก่อน ใช้ก่อนไว้ข้างนอกหยิบง่าย หากไม่รู้ ค่อยถามตา	วางของเป็นระเบียบเรียบร้อย จัดเป็นหมวดหมู่ แต่ไม่มีป้ายบอกครบถ้วน	- วางของเป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่จัดเป็นหมวดหมู่ แต่ไม่มีป้ายบอก	วางของไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย และไม่จัดเป็นหมวดหมู่	

	4 = ดีมาก	3 = ดี	2 = พอใช้	1 = ต้องปรับปรุง	หมายเหตุ
ผู้ลักษณะ	สถานที่สะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้ เป็นระเบียบ เรียบร้อยน่า ทำงาน มีมาตรฐานการสะอาด สะอาด สะดวก	สถานที่สะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้ วางเป็นระเบียบน่าทำงาน มี มาตรฐานแต่ไม่ปฏิบัติตาม การสะอาด สะอาด สะดวก	- สถานที่สะอาดอุปกรณ์ข้าวของ เครื่องใช้วางไม่เป็นระเบียบ	สถานที่ไม่สะอาด อุปกรณ์ ข้าวของเครื่องใช้วางไม่เป็น ระเบียบเรียบร้อย	
สร้างนิสัย	- มีมาตรฐานการปฏิบัติงาน และมี การมอบหมายงานชัดเจนในส่วนที่ ทำกิจกรรมเรียบร้อยและเด่นชัด เป็นลายลักษณ์อักษร คนนอกกลุ่ม สามารถติดตามงานได้สถานที่ อุปกรณ์เครื่องใช้สะอาด เป็น ระเบียบเรียบร้อย	มีมาตรฐานการปฏิบัติงานและมอบ หมายงาน แต่ยังไม่เด่นชัด มีคน นอกกลุ่มติดตามงานได้ แต่สถานที่ อุปกรณ์เครื่องใช้สะอาดเรียบร้อย	มีมาตรฐานการปฏิบัติงาน และ มอบหมายงานไม่เห็นชัด สถานที่ อุปกรณ์ ไม่เป็นระเบียบ	ไม่มีมาตรฐานการปฏิบัติงาน และมอบหมายงานไม่เป็น ระเบียบเรียบร้อย สถานที่ อุปกรณ์ไม่เป็นระเบียบ เรียบร้อย	

ตารางการให้คะแนนการทำกิจกรรม 5 ส. ฝ่ายบริการพยาบาล รพ.สงขลานครินทร์

4 = ดีมาก, 3 = ดี 2 = ปานกลาง, 1 = ต้องปรับปรุง

ลำดับที่	เรื่องที่ให้คะแนน	สะอาด				สะอาด				สะดวก				สัญลักษณ์				สร้างนิสัย				คะแนนรวม	หมายเหตุ
		4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1		
																							แนวทางการให้คะแนน
																							สะอาด - การแยกของที่ไม่
																							ต้องการใช้ออก
																							สะอาด - สถานที่สะอาด
																							สะดวก - วางของเป็น
																							ระเบียบ จัดให้
																							เป็นหมวดหมู่
																							- หยิบได้ง่าย, หา
																							ก็รู้ ดูง่ายตาม
																							- รักษาสภาพของ
																							สะอาด, สะอาด
																							สะดวก ใช้งานได้
																							สร้างนิสัย - ปฏิบัติตาม
																							หลักเกณฑ์ที่ตั้ง
																							ไว้จนเป็นนิสัย

แบบฟอร์มการให้คะแนนข้อเสนอแนะ

เรื่อง.....

เลขที่จดทะเบียน.....

.....

หมวดที่ 1

ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

(35 คะแนน)

หลักเกณฑ์	เนื้อหา	คะแนน
เป็นความคิดริเริ่มทั้งหมดอยู่ในระดับดีเยี่ยม (26 - 35 คะแนน)	เป็นความคิดริเริ่มแปลกใหม่ไม่มีใครคิดมาก่อน คิดขั้นตอนการวิเคราะห์เชิงวิทยาศาสตร์	
เป็นความคิดริเริ่มทั้งหมดอยู่ในระดับดี (15 - 25 คะแนน)	เป็นความคิดริเริ่มที่ดี เนื้อหาในลักษณะเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย	
มีบางส่วนเป็นความคิดริเริ่ม (6 - 15 คะแนน)	ได้รับการชี้แนะจากหนังสือเล่มว่ามาประยุกต์ใช้และเป็นที่ยอมรับว่าเป็นความคิดริเริ่มใหม่	
มีความคิดริเริ่มน้อย (0 - 5 คะแนน)	เป็นตัวอย่างที่เหมือนกับของคนอื่นในเชิงเลียนแบบ	

หมวดที่ 2

วิธีการได้มาของข้อเสนอแนะ

(35 คะแนน)

หลักเกณฑ์	เนื้อหา	คะแนน
ได้ใช้ความพยายามอย่างมากที่สุดจนทำให้สำเร็จสมบูรณ์ (26-35)	- ขั้นตอนการปฏิบัติยากมาก ลึกซึ้งตั้งแต่เริ่มวางแผน จนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์ - มีข้อมูลสนับสนุนข้อเสนอแนะอย่างเป็นเหตุเป็นผล - มีข้อมูลการทดลองปฏิบัติให้เห็นจริง - ครอบคลุมกว้างขวางหลายหน่วยงาน	

หลักเกณฑ์	เนื้อหา	คะแนน
ใช้ความพยายามอย่างมาก (16-25 คะแนน)	- ขั้นตอนการปฏิบัติยาก เนื้อหาในลักษณะเดียวกับที่ระบุไว้ข้างต้น - มีข้อมูลสนับสนุนข้อเสนอแนะอย่างเป็นเหตุเป็นผล - ต้องศึกษารายละเอียดปลีกย่อยเพิ่มเติม	
ค่อนข้างใช้ความพยายาม (6-15 คะแนน)	- ขั้นตอนปฏิบัติค่อนข้างยาก ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เป็นที่ยอมรับว่าเป็นการปฏิบัติที่ใช้ได้ - ต้องศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม	
ใช้ความพยายามเพียงเล็กน้อย (0-5 คะแนน)	- เป็นความคิดเฉย ๆ - ขั้นตอนการปฏิบัติพอใช้ได้ - ไม่มีข้อมูลรายละเอียด	

หมวดที่ 3

ผลประโยชน์ที่ได้รับ

(32 คะแนน)

เนื้อหา	ดีมาก (4 คะแนน)	ดี (3 คะแนน)	พอใช้ (2 คะแนน)	น้อย (1 คะแนน)
1. สามารถกำหนดเป็นมาตรฐานของงานได้				
2. ประหยัดงบประมาณ				
3. ประหยัดกำลังคน				
4. ประหยัดเวลา				
5. คุณภาพของงานดีขึ้น				
6.ขวัญและกำลังใจของผูปฏิบัติงานดีขึ้น				
7. บรรยากาศและสภาวะที่ทำงานดีขึ้น				
8. มีความปลอดภัย				

กิจกรรมกลุ่มคุณภาพงาน (QC)

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของเรื่องคุณภาพมานานแล้ว และได้นำระบบ QC มาฝึกอบรมเมื่อ 10 ปีก่อน ต่อเนื่องมาจนปัจจุบัน สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนกลุ่มคุณภาพงานมีปรากฏในเอกสาร 5

ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ครั้งที่ _____ ม.ที่ _____

4 = ดีมาก, 3 = ดี, 2 = ปานกลาง, 1 = พอใช้, 0 = ไม่มี

หัวข้อ	จุดที่ให้คะแนน	เรื่องที่ 1					เรื่องที่ 2					เรื่องที่ 3					เรื่องที่ 4					เรื่องที่ 5				
		4	3	2	1	0	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
1. การค้นหาปัญหา	1.1 เหตุผลในการยกเรื่องขึ้นมา ชัดเจนหรือไม่ (มีการใช้ข้อมูล มีการศึกษาที่ดี ไม่กำหนดขึ้นมา ลอย)																									
	1.2 วิธีการเลือกเรื่องเหมาะสม ตั้ง ข้อตรงประเด็น มีการใช้ข้อมูล																									
	1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ มีผล ต่อส่วนรวม หน่วยงาน ชัดเจน หรืออาจเกิดประโยชน์ต่อหน่วย งานอื่น																									

[illegible]

แหล่งอ้างอิง

1. ฉมาภรณ์ วรกุล. ผู้ให้สัมภาษณ์ สุจิตรา จรจิตร ผู้สัมภาษณ์ วันที่ 18 สิงหาคม 2541 เวลา 15.30-16.30 น. ณ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
2. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. คู่มือการบริหารจัดการ. เอกสารเย็บเล่ม 2540.
3. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. มาตรฐานการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2 ฝ่ายการพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2540.
4. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. การศึกษาปรับโครงสร้างหลักสหายงานพยาบาล. เอกสารเย็บเล่มฝ่ายการพยาบาล, 2540.
5. พัทนัย แก้วแพง ผู้ให้สัมภาษณ์ สุจิตรา จรจิตร ผู้สัมภาษณ์ วันที่ 14 สิงหาคม 2541 เวลา 13.30-15.00 น. ณ หอผู้ป่วยชั้น 3 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
6. ราศรี แก้วนพรัตน์. "การพัฒนาฝ่ายบริการพยาบาลในรอบ 5 ปี" ใน รายงานประจำปี 25 ปี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หน้า 155-159.
7. ราศรี แก้วนพรัตน์ และคณะ. เส้นทางสู่คุณภาพของฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เอกสารฝ่ายการพยาบาล.
8. ราศรี แก้วนพรัตน์ หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ผู้ให้สัมภาษณ์ สุจิตรา จรจิตร และบัญญัติ แก้วสอง ผู้สัมภาษณ์ วันที่ 31 กรกฎาคม 2541 เวลา 8.45-11.30 น. ณ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
9. สมสมัย สุธีรคันต์. "กิจกรรมคุณภาพงาน ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์" ใน รายงานประจำปี 25 ปี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
10. สมสมัย สุธีรคันต์ ผู้ให้สัมภาษณ์ สุจิตรา จรจิตร ผู้สัมภาษณ์ วันที่ 13 สิงหาคม 2541 เวลา 14.00-15.30 น. ณ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.

หัวข้อ	จุดที่ให้คะแนน	เรื่องที่ 1					เรื่องที่ 2					เรื่องที่ 3					เรื่องที่ 4					เรื่องที่ 5				
		4	3	2	1	0	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
Check (ผลของกิจกรรม)	4.1 ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่																									
	4.2 มีการเตรียมเทียบสภาพก่อนทำและหลังทำชัดเจน																									
	4.3 มีข้อมูลการทำกิจกรรมและระยะเวลาเหมาะสมที่จะวัดผลหรือไม่																									
	4.4 ประโยชน์ที่ได้รับทางอ้อม																									
Action (การกำหนดมาตรฐานและการรักษามาตรฐาน)	5.1 กำหนดมาตรฐานขึ้นจากวิธีการแก้ไขที่ได้ผลมาแล้ว และกำหนดชัดเจนแค่ไหน																									
	5.2 กำหนดผู้ปฏิบัติไว้อย่างเหมาะสมทำได้เองแค่ไหน																									
	5.3 แผนการรักษามาตรฐาน (การติดตามผลเหมาะสมและเป็นจริงเพียงใด)																									
	5.4 ความเป็นไปได้ในการใช้มาตรฐานในระยะยาว และจะทำต่อเนื่องไปได้หรือไม่																									

[illegible]



ประกาศสำนักงานประกันสังคม
เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน

ด้วยคณะกรรมการการแพทย์ได้มีมติในการประชุมครั้งที่ 5/2538 เมื่อวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2538 กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมจะใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาประกาศเป็นสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมที่ผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ และคณะกรรมการประกันสังคมในการประชุมครั้งที่ 6/2538 เมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2538 ได้มีมติให้ความเห็นชอบด้วยแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 15(1) และมาตรา 19(1) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 สำนักงานประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ประกาศนี้เรียกว่า "ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน"

ข้อ 2 ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2534

ข้อ 3 ในประกาศนี้
"สถานพยาบาล" หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

"สิ้นสุดการรักษา" หมายความว่า ความจำเป็นที่จะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลของแพทย์ และพยาบาลสิ้นสุดลงตามหลักวิชาการทางการแพทย์

/ ข้อ 4 ...

ข้อ 4 หลักเกณฑ์และมาตรฐานของสถานพยาบาลที่จะเข้าเป็นสถานพยาบาล
ประกันสังคมในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. 2533 ให้เป็นไปดังนี้

4.1 เป็นสถานพยาบาลที่มีขนาดไม่น้อยกว่าหนึ่งร้อยเตียง และมี
การบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับความสะดวกในการไปเข้ารับบริการทาง
การแพทย์

4.2 เป็นสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐานของสถานพยาบาลตามเอกสาร
กำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลแนบท้ายประกาศนี้

4.3 เป็นสถานพยาบาลที่มีบริการส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ
บริการทางการแพทย์จนสิ้นสุดการรักษา

4.4 เป็นสถานพยาบาลที่จัดให้มีบริการทางการแพทย์ตั้งแต่สิบสอง
สาขาหลักขึ้นไป คือ

- (1) อายุรกรรมทั่วไป
- (2) ศัลยกรรมทั่วไป
- (3) สูติ-นรีเวชกรรม
- (4) กุมารเวชกรรม
- (5) ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
- (6) จักษุวิทยา
- (7) โสต นาสิก ลาริงซ์
- (8) รังสีวิทยา
- (9) วิสัญญีวิทยา
- (10) นิติเวชกรรม
- (11) เวชกรรมป้องกัน
- (12) สูติวิทยา หรือตจวิทยา

ข้อ 5 กรณีที่สถานพยาบาลที่สมัครเข้าเป็นสถานพยาบาลประกันสังคมในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีคุณสมบัติไม่ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ในข้อ 4.1 ข้อ 4.2 และข้อ 4.4 ของข้อ 4 แห่งประกาศนี้ ให้สำนักงานประกันสังคมมีอำนาจพิจารณาตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์

ข้อ 6 ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับสำหรับสถานพยาบาลที่จะเข้าเป็นสถานพยาบาลประกันสังคมในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นไป

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2538



(นายจำลอง ศรีประธารณ์)

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

เอกสารกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลแบบทั่วไปประกาศ

มาตรฐานทั่วไป

1. มีอาคารสถานที่อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการบริการทางการแพทย์และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมแก่ชุมชน
 - 1.1 มีสถานที่ที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับการบริการทางการแพทย์
 - 1.1.1 มีสถานที่อำนวยความสะดวก และส่งเสริมความปลอดภัยในการบริการผู้ป่วย เช่น ที่จอดรถ ทางลำเลียงผู้ป่วยไปสู่จุดบริการ และห้องพักรอทางทงไฟฟ้า สำหรับผู้ป่วย เป็นต้น
 - 1.1.2 มีความสะอาดของสถานที่ มีน้ำสะอาดสำหรับบริโภคและอุปโภคอย่างเพียงพอ
 - 1.1.3 มีระบบไปสํารองฉุกเฉิน
 - 1.1.4 มีเครื่องดับเพลิงที่ใช้งานได้
 - 1.2 มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม
 - 1.2.1 มีระบบหรือวิธีการกำจัดขยะ (ทั้งประเภทติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ ที่ถูกสุขลักษณะ)
 - 1.2.2 มีระบบบำบัดน้ำเสีย
2. มีเจ้าหน้าที่เพียงพอทั้งในด้านจำนวนและคุณภาพ
 - 2.1 แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
 - 2.2 ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ต้องเป็นสมาชิกของชมรม หรือสมาคมวิชาชีพ หรือราชวิทยาลัย ที่ได้รับการรับรองจากองค์กรที่ควบคุมวิชาชีพนั้น ๆ
 - 2.3 มีจำนวนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ไม่น้อยกว่าที่กำหนดในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล

มาตรฐานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

1. มีความพร้อมของอาคารสถานที่และเครื่องมืออุปกรณ์ รวมทั้งยานพาหนะสำหรับส่งผู้ป่วย
 - 1.1 สถานที่มีความเหมาะสมและเห็นได้ง่าย
 - 1.1.1 อย่างน้อยรับผู้ป่วยได้ไม่น้อยกว่า 2 เตียง
 - 1.1.2 มองเห็นได้ง่ายทั้งจากภายนอกและภายในอาคาร โดยมีเครื่องหมายแสดงอย่างชัดเจน
 - 1.1.3 รถพยาบาลเข้าถึงได้โดยสะดวกทั้งรับและส่งต่อผู้ป่วย ประตูอาคารกว้างมากพอสำหรับรถเข็นผู้ป่วย
 - 1.1.4 มีการรักษาความสะอาดและมีระบบถ่ายเทอากาศที่ถูกต้องลักษณะ
 - 1.2 มีความพร้อมในด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับให้บริการ และมีความพร้อมที่จะใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - 1.2.1 สำหรับบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่จำเป็น เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยในกรณีต่าง ๆ เช่น CARDIAC ARREST, IMPAIRED AIRWAY, BURN, ACCIDENT, POISONING, SHOCK, HEMORRHAGE, CARDIAC ARRHYTHMIA, CONVULSIVE DISORDER, OTHER EMERGENCY MEDICAL CASES ซึ่งมีอุปกรณ์ที่จำเป็น ได้แก่
 - 1.2.1.1 เครื่องให้ออกซิเจน
 - 1.2.1.2 เครื่องดูดเสมหะ
 - 1.2.1.3 เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
 - 1.2.1.4 เครื่องกระตุ้นหัวใจ (DEFIBRILLATOR)
 - 1.2.1.5 โคมไฟฟ้าตัด และเตียงผ่าตัดฉุกเฉิน
 - 1.2.2 มีชุดเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับทำการปฏิบัติการทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ได้แก่ ชุด SUTURE, DIAGNOSTIC LAVAGE, VENESECTION, TRACHEOSTOMY, CHEST DRAIN
 - 1.2.3 มีรถเข็นฉุกเฉินผู้ป่วย (EMERGENCY CART) ซึ่งบรรจุเครื่องมืออุปกรณ์และยาที่สามารถปฏิบัติงานได้ทันที
 - 1.2.4 มีชุดเครื่องมือสำหรับป้องกันการติดเชื้อสำหรับเจ้าหน้าที่ เช่น MASK ทามก แว่นตา ถุงมือ พลาสติกกันเปื้อน

1.3 มีทรัพยากรบุคคลที่พร้อมที่จะ รับ-ส่ง ผู้ป่วยหนัก

1.3.1 รถอยู่ในสภาพดีพร้อมใช้งานอย่างน้อย 1 คัน พร้อมคนขับ

1.3.2 มีอุปกรณ์ครบถ้วนและพร้อมที่จะปฏิบัติงานที่จำเป็น ได้แก่

**SUCTION, AMBU BAG, ENDOTRACHEAL TUBE, OXYGEN, LARYNGOSCOPE,
MOUTH GAG**

1.3.3 มีเจ้าหน้าที่ที่มีศักยภาพที่พร้อมจะปฏิบัติงานประจำรถตลอดเวลาทำการ

2. มีกำลังคนด้านการแพทย์ที่พร้อมจะปฏิบัติงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ

2.1 มีแพทย์ประจำตลอด 24 ชั่วโมง 1 คน

**2.2 มีพยาบาลอย่างน้อย 2 คน ในแต่ละเวร ตลอด 24 ชั่วโมง และอย่างน้อย 1 คน
ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ**

**2.3 เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพ.และได้รับการฟื้นฟูความรู้อย่าง
สม่ำเสมอ**

มาตรฐานบริการผู้ป่วยนอก

1. มีอาคารสถานที่ที่เหมาะสมและสะดวกสำหรับผู้รับบริการ
 - 1.1 ห้องตรวจ
 - 1.1.1 จำนวนห้องตรวจเหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย
 - 1.1.2 ทางเข้าห้องตรวจกว้างพอสำหรับรถนั่งหรือรถเข็นผู้ป่วยผ่านได้สะดวก
 - 1.2 เครื่องหมาย
 - 1.2.1 มีป้ายบอกชื่อหน่วยบริการชัดเจน และมีขนาดที่มองเห็นได้จากระยะที่สมควร
 - 1.2.2 มีเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่
2. มีระบบบริหารและบริการที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยระยะเวลาที่ใช้สำหรับการรอคอย การพบแพทย์ และอื่น ๆ ต้องไม่นานเกินควร
 - 2.1 เวลาที่ต้องใช้ในการลงทะเบียนและทำบัตรผู้ป่วยไม่เกิน 30 นาที
 - 2.2 ระยะเวลาตรวจโรคไม่เกิน 1 ชั่วโมง
 - 2.3 ระยะเวลาอธิบายและชำระเงิน ไม่เกิน 30 นาที
 - 2.4 เวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยพบแพทย์ในการตรวจไม่ต่ำกว่าคนละ 5 นาที
 - 2.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการทั้งหมดไม่เกิน 3 ชั่วโมง ในการดำเนินการตรวจทั่วไป

มาตรฐานเวชระเบียน

1. มีอาคารสถานที่และอุปกรณ์ที่เหมาะสมและพร้อมสำหรับบริการ
 - 1.1 สถานที่เก็บเวชระเบียนเป็นสัดส่วน ไม่เสี่ยงต่ออันตรายจากสัตว์ หรือปัจจัยทางกายภาพ
 - 1.2 มีพื้นที่เพียงพอที่จะเก็บเวชระเบียนได้อย่างน้อย 5 ปี
2. มีเจ้าหน้าที่ที่มีคุณภาพในจำนวนที่เหมาะสม
มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และทักษะในการจัดเก็บเวชระเบียน และควรมีการบันทึกประวัติโรค
3. มีระบบเวชระเบียนที่เหมาะสมและสามารถใช้งานได้มีประสิทธิภาพ
 - 3.1 มีความสมบูรณ์ของข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนสำหรับสำหรับผู้ป่วยใน ได้แก่
 - 3.1.1 ข้อมูลประจำตัวผู้ป่วย
 - 3.1.2 บันทึกการตรวจร่างกาย
 - 3.1.3 การวินิจฉัยโรคและการสั่งการรักษา
 - 3.1.4 รายงานสิ่งตรวจพบ
 - 3.1.4.1 รายงานสิ่งตรวจพบจากการตรวจวินิจฉัยโรค และการรักษา
จะต้องได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียน
 - 3.1.4.2 รายงานการผ่าตัดต้องประกอบด้วย สิ่งที่พบ เทคนิคการผ่าตัด
ชิ้นเนื้อที่ถูกตัดออกมา และการวินิจฉัยโรคหลังการผ่าตัด
 - 3.1.5 รายงานรูป
 - 3.1.5.1 มีการสรุปรายงานภายในระยะเวลาที่เหมาะสม
 - 3.1.5.2 การวินิจฉัยโรคแรกพบและวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย
 - 3.1.5.3 เหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล
 - 3.1.5.4 แผนการรักษาผู้ป่วยหลังจากการจำหน่าย
 - 3.2 ข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน มีเพียงพอที่จะอธิบายเหตุผลในการสั่งการรักษาของแพทย์
ทราบความเปลี่ยนแปลง ทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วยและแพทย์ผู้อื่นสามารถให้การรักษา
ต่อได้

- 3.2.1 ดำเนินการรักษาทะลุ
 - 3.2.2 มีบันทึกการเปลี่ยนผ้าเดิม
 - 3.2.3 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคที่ปรับปรุงตลอดเวลาเมื่อมีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม
 - 3.2.4 แพทย์ผู้เป็นสามารถให้การรักษาค่อยได้
 - 3.2.5 แพทย์ที่ได้รับการปรึกษาจะต้องบันทึกคำให้การปรึกษาเป็นลายลักษณ์อักษร
- 3.3 มีระบบการจัดเก็บและการค้นหาเวชระเบียนที่เหมาะสม และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการให้บริการ
- 3.3.1 ระบบการจัดเก็บและการค้นหาเวชระเบียน
 - 3.3.1.1 มีการทำระบบดัชนีเพื่อค้นหาเวชระเบียนที่ต้องการได้
 - 3.3.1.2 สามารถค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโดยไร้ชื่อหรือเลขประจำตัวผู้ป่วยได้ภายใน 15 นาที
 - 3.3.1.3 สามารถค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโดยไร้ชื่อหรือเลขประจำตัวผู้ป่วยได้ภายใน 30 นาที
 - 3.3.1.4 สามารถค้นพบเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งนอกและใน ไม่น้อยกว่า 80%
 - 3.3.2 การบันทึกสรุปและวิเคราะห์ข้อมูล
 - 3.3.2.1 มีการเก็บบันทึกสรุปผู้ป่วยใน
 - 3.3.2.2 มีการจัดทำระเบียบผู้ป่วยเสียชีวิตพร้อมการวินิจฉัยโรค
 - 3.3.2.3 มีการจัดทำรายงานต่อไปนี้
 - ก. จำนวนผู้ป่วยรับใหม่และจำหน่ายของแต่ละงานคลินิกบริการ
 - ข. จำนวนผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรคหรือกลุ่มโรค
 - ค. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดประเภทต่าง ๆ
 - ง. ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลตามการวินิจฉัยโรค
- 3.4 มีการออกใบส่งตัวเมื่อผู้ป่วยต้องไปรักษาต่อที่อื่น โดยมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการรักษาต่อ

มาตรฐานบริการผู้ป่วยใน

1. มีอาคารหอผู้ป่วยและอุปกรณ์ประจำเตียงพร้อมที่จะให้บริการผู้ป่วยในได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - 1.1 มีพื้นที่เพียงพอและได้สัดส่วนกับจำนวนเตียง ระยะห่างระหว่างเตียง ไม่น้อยกว่า 1 เมตร ระยะห่างระหว่างท้ายเตียง ไม่น้อยกว่า 2.5 เมตร
 - 1.2 ห้องน้ำห้องส้วมได้สัดส่วนกับจำนวนเตียง (อย่างน้อยห้องส้วม 1 ห้อง ต่อเตียง-ผู้ป่วย 6 เตียง)
 - 1.3 มีอ่างล้างมือที่สะดวกในการใช้
 - 1.4 มีโครงสร้างความปลอดภัยสำหรับตึกสูงตั้งแต่ 3 ชั้นขึ้นไป ตัวอาคารจะต้องมีบันไดหนีไฟ ลิฟท์หรือทางลาด
 - 1.5 มี OXYGEN SUPPLY และเครื่อง SUCTION สำหรับให้บริการที่จำเป็น
 - 1.6 มีอุปกรณ์สำหรับขอความช่วยเหลือจากพยาบาลทุกเตียง เช่น กริ่งกดเรียก และควรมีสัญญาณทั้งระบบเสียงและแสงตรงหน้าที่ทำการพยาบาล
 - 1.7 มีผ้านกั้นเป็นสัดส่วนระหว่างเตียง
 - 1.8 จำนวนเตียงไม่มากกว่า 35 เตียง สำหรับห้องรวมทั่วไป
 - 1.9 มีระบบรักษาความสะอาด ระบบถ่ายเทอากาศ ระบบแสงสว่าง และมีเครื่องมือดับเพลิง
 - 1.10 มีห้องรักษาพยาบาล (TREATMENT ROOM)
 - 1.11 มีห้อง NURSE STATION
 - 1.12 มีรถพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินประจำหอผู้ป่วย (EMERGENCY CART)
2. มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถในจำนวนที่เหมาะสมไว้บริการผู้ป่วยใน
 - 2.1 แพทย์เวรในอย่างน้อย 1 คน
 - 2.2 พยาบาลที่ปฏิบัติงานในบริการผู้ป่วยใน พยาบาลและพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ต่อเตียง
= 1 : 8 สำหรับแต่ละเวร และแต่ละเวรจะต้องมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน (หรือคิดเป็นสัดส่วน 1 คน : 30 เตียง)

มาตรฐานบริการผู้ป่วยหนัก

1. มีความพร้อมของอาคารสถานที่และเครื่องมืออุปกรณ์
 - 1.1 เป็นสถานที่ที่แยกจากหน่วยงานอื่น มีระบบป้องกันการติดเชื้อ
 - 1.2 จำนวนเตียง ICU ได้สัดส่วนกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ต่อ 50 และไม่น้อยกว่า 4 เตียง
 - 1.3 มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่พร้อมและเหมาะสม
 - 1.3.1 RESPIRATOR 1 เครื่อง ต่อเตียง ICU 2 เตียง และอย่างน้อยไม่น้อยกว่า 4 เตียง
 - 1.3.2 EKG MONITOR พร้อม CPR CART อย่างน้อย 1 ชุด
 - 1.3.3 ARTERIAL BLOOD GAS (ส่งตรวจได้)
 - 1.3.4 PIPELINE SYSTEM ข้างเตียงทุกเตียง หรือมีระบบการจ่าย MEDICAL GAS
 - 1.3.5 DIFRIBRILLATOR
2. มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถในจำนวนที่เหมาะสม
 - 2.1 แพทย์รับมิดชอบ อย่างน้อย 1 คน
 - 2.2 พยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 คน ต่อเวรพยาบาลและพนักงานผู้ช่วย : เตียง - 1:2 สำหรับแต่ละเวร

มาตรฐานบริการตัดยกรรมทั่วไป

มีสถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์เพียงพอสำหรับให้บริการตัดยกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

1. สถานที่ที่กว้างพอและสัดส่วนเหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย

1.1 ห้องผ่าตัด มีพื้นที่ที่ปฏิบัติงานได้

1.2 จำนวนห้องผ่าตัด มีอย่างน้อย 1 ห้อง : 50 เตียง และไม่น้อยกว่า 2 ห้อง ไม่นับรวมห้องคลอด

1.3 มีที่พักรอผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

1.4 มีที่เก็บเครื่องมือ ยา วัสดุทางการแพทย์ และวัสดุอื่น ๆ

1.5 มีสถานที่ที่รวบรวมวัสดุและเครื่องมือที่ใช้แล้ว

1.6 มีห้องพักและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

2. ระบบอุปกรณ์ในห้องผ่าตัดมีเพียงพอและเหมาะสม

2.1 มีระบบแก๊สทางการแพทย์ และเครื่องดูดที่ได้มาตรฐาน

2.2 มีระบบแสงที่ได้มาตรฐาน

2.3 มีระบบไฟฟ้าสำรองสำหรับกรณีฉุกเฉิน

3. เครื่องมือและอุปกรณ์ในการผ่าตัดประจำห้องแต่ละห้อง

3.1 มีชุดผ่าตัดเพียงพอสำหรับการให้บริการที่จำเป็น

3.2 มีเครื่องมือสำหรับช่วยพื้นก้นรื้อพร้อมที่จะใช้งานได้ทุกเวลา

มาตรฐานบริการวิสัญญี

มีอาคารสถานที่ที่เหมาะสมและมีเครื่องมือที่พอเพียงสำหรับให้บริการวิสัญญีวิทยาและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

1. มีห้องพักฟื้น มีเตียงพักฟื้น 1 เตียง ต่อห้องผ่าตัด 1 ห้อง
2. เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับให้บริการ ได้แก่
 - 2.1 เครื่องดมยาสดบ 1 เครื่องต่อ 1 ห้องผ่าตัด
 - 2.2 เครื่องดูด (SUCTION)
 - 2.3 อุปกรณ์สำหรับ MONITOR ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงได้แก่ ECG MONITOR
 - 2.4 อุปกรณ์สำหรับช่วยชีวิตที่พร้อมจะใช้งานได้ตลอดเวลา

มาตรฐานบริการรังสีวิทยา

1. สถานที่มีความพร้อมและเหมาะสมในการให้บริการ
 - 1.1 มีการตรวจสอบวัดระดับรังสีที่ตัวบุคคลอย่างสม่ำเสมอ
 - 1.2 มีระบบการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า ก๊าซ และรังสีที่เหมาะสม
 - 1.3 ต้องได้รับการตรวจสอบและอนุญาตจากกองป้องกันอันตรายจากรังสีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
 - 1.4 มีป้ายคำเตือนเกี่ยวกับอันตรายของรังสี
2. เครื่องมือที่พร้อมจะให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - 2.1 มีเครื่องมือที่สามารถใช้การได้ดี ได้แก่
 - 2.1.1 PORTABLE X-RAY 1 เครื่อง
 - 2.1.2 X-RAY 300 MA WITH FLUOROSCOPY 1 เครื่อง
 - 2.1.3 FLUOROSCOPY 1 เครื่อง
 - 2.1.4 ULTRASOUND 1 เครื่อง
 - 2.2 มีเครื่องมือป้องกันอันตรายจากรังสีที่จำเป็น ได้แก่ เพื่อ ตรวจจับ ฉากป้องกันรังสี
 - 2.3 มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตและยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่แพ้สารทึบรังสี
(เช่น EMERGENCY CART, ADRENALINE, AMBU BAG)
 - 2.4 มีการตรวจสอบและบำรุงรักษาเครื่องมือทางรังสีเป็นระยะ พร้อมทั้งมีบันทึกผลการตรวจสอบและบำรุงรักษาทุกครั้ง
3. มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถและจำนวนเพียงพอ
 - 3.1 มีรังสีแพทย์ประจำเต็มเวลา หรือประจำบางเวลาในปริมาณที่เหมาะสม
 - 3.2 มีเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิคที่ผ่านการอบรมครบหลักสูตรปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง

มาตรฐานพยาบาลวิทย์และชันสูตร

1. มีอาคารสถานที่สะดวกและปลอดภัย รวมทั้งอุปกรณ์และเครื่องมือที่ช่วยในการวินิจฉัยได้อย่าง
สอดคล้อง เหมาะสมและถูกต้อง
 - 1.1 สถานที่สะดวกและปลอดภัย
 - 1.1.1 มีระบบระบายอากาศเพียงพอที่จะได้รับอากาศบริสุทธิ์และระบายควันและไอที่เกิดขึ้น
 - 1.1.2 มีแสงสว่างเพียงพอ
 - 1.2 เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ช่วยในการวินิจฉัยได้อย่างเหมาะสม ดังนี้
 - 1.2.1 MICROSCOPE
 - 1.2.2 SPECTROMETER
 - 1.2.3 CENTRIFUGE
 - 1.2.4 INCUBATOR
 - 1.2.5 AUTOCLAVE
 - 1.2.6 ELECTROLYTE ANALYSER
 - 1.2.7 BLOOD GAS ANALYSER
 - 1.3 มีระบบป้องกันอันตราย ได้แก่ มีการต่อสาย GROUND สำหรับเครื่องมือที่ใช้ไฟฟ้า
 - 1.4 ระบบบริการโลหิต
 - 1.4.1 การจัดหาโลหิต
 - 1.4.1.1 โรงพยาบาลสามารถจัดหาเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดที่จำเป็น
ต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ โดยการรับบริจาคเอง หรือการจัดหาจาก
คลังโลหิตอื่น ทั้งนี้โดยมีการคัดกรองผู้บริจาคโลหิตอย่างเหมาะสม
ด้วย
 - 1.4.1.2 โลหิตทุกหน่วยได้รับการตรวจว่าปลอดจากเชื้อตับอักเสบบี เชื้อ HIV
และโรคติดต่ออื่น ๆ
 - 1.4.2 การเก็บเลือด ได้แก่
 - 1.4.2.1 มี BLOOD BANK REFRIGERATOR และมีเลือดสำรองไว้อย่าง
เพียงพอ

มาตรฐานบริการเภสัชกรรม

1. สถานพยาบาลมีอุปกรณ์และสถานที่ที่เหมาะสม สำหรับการเก็บรักษาและการเตรียมยา
 - 1.1 มีระบบการเก็บรักษายาในคลังยาที่เหมาะสม
 - 1.1.1 มีการแยกเก็บยาอย่างเป็นสัดส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาฆ่าเชื้อ ยาอันตรายต่าง ๆ และยาใช้สำหรับภายนอกต้องเก็บแยกจากยากินและยาฉีด
 - 1.1.2 มีการเก็บยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิอย่างเหมาะสม ตู้เย็นที่เก็บสามารถรักษาระดับอุณหภูมิที่ต้องการได้
 - 1.1.3 มีการเก็บยาหมดอายุแยกไว้ต่างหาก
 - 1.2 มีระบบการเก็บรักษายาในหอผู้ป่วยและหน่วยบริการอื่น ๆ อย่างเหมาะสม
 - 1.2.1 มีการแยกเก็บยาอย่างเป็นสัดส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาฆ่าเชื้อ ยาอันตราย และยาใช้สำหรับภายนอก ต้องเก็บแยกจากยากินและยาเม็ด
 - 1.2.2 มีการเก็บยาหมดอายุแยกไว้ต่างหาก
 - 1.2.3 มีการเก็บยาฉุกเฉินไว้พอเพียงและเหมาะสม
2. มีเภสัชกรวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถเหมาะสมเป็นหัวหน้าควบคุมดูแล งานบริการเภสัชกรรม และมีเจ้าหน้าที่พอเหมาะกับขนาดของโรงพยาบาล
3. มีระบบบริการและระบบบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - 3.1 มีรายการยาที่จำเป็นพอเพียงแก่การให้บริการ ซึ่งเป็นยาที่มีคุณภาพโดยผลิตจากโรงงานที่ได้มาตรฐาน GMP
 - 3.2 มียาฉุกเฉินและ ANTIDOTE พอเพียงในคลังยา
 - 3.3 ในการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยจะต้องมีการเขียนฉลากยาที่สมบูรณ์ (ชื่อยา ชื่อผู้ป่วย วิธีการและขนาดการใช้ยา วันที่)

แนวปฏิบัติการตรวจสอบภายใน (การบันทึกบัญชี)

แนบที่ 1

1. ตรวจสอบเงินสดในมือ	คส.1.1
2. หนังสือรับรองเงินฝากธนาคารหรือถ่ายเอกสารสมุดเงินฝาก	คส.1.2
3. ตรวจสอบเงินสำรองจ่าย	คส.1.3
4. ตรวจสอบใบเสร็จรับเงิน	คส.1.4
5. ตรวจสอบการบันทึกบัญชีตามเอกสารหลักฐานประกอบ	คส.1.5
6. ตรวจสอบการ Post แยกประเภท	คส.1.5
7. ตรวจสอบทะเบียน	คส.1.5
8. จัดทำกระดาดทำการ	คส.1.6
9. ตรวจสอบงบการเงิน	คส.1.7

หน่วยตรวจสอบภายใน

กระดาษทำการ

ตรวจสอบการปฏิบัติการเกี่ยวกับการบริหารงานอาคารสถานที่

1. มีระเบียบว่าด้วยการบริหารงานอาคารสถานที่ หรือไม่ เพราะเหตุใด

.....

2. มีโครงสร้างและแนวทางการปฏิบัติงาน หรือไม่ เพราะเหตุใด

.....

3. มีการประชุม/ปรึกษาหารือ เพื่อให้เกิดการพัฒนางานอาคารสถานที่ หรือไม่ เพราะเหตุใด

.....

4. มีการวางแผนปฏิบัติงานอาคารสถานที่ หรือไม่ เพราะเหตุใด

.....

5. จัดทำสรุปรายงานผลการบริหารงานอาคารสถานที่ประจำปี หรือไม่ เพราะเหตุใด

.....

.....ผู้ตรวจ

()

...../...../.....

.....ผู้รับตรวจ

()

...../...../.....

หน่วยตรวจสอบภายใน

กระดาษทำการ

ตรวจสอบการปฏิบัติการเกี่ยวกับงานธุรการ

1. จัดทำทะเบียนคุมการรับ-ส่งเอกสารหรือไม่เพราะเหตุใด

.....

2. มีหลักฐานในการรับ-ส่งเอกสารเพื่อติดตามหรือไม่ เพราะเหตุใด

.....

3. การจัดเก็บเอกสารตรงกับทะเบียนคุมเอกสารหรือไม่ เพราะเหตุใด

.....

4. มีการตรวจสอบการร่าง-ได้คอบ หนังสือ หรือไม่ เพราะเหตุใด

.....

5. การจัดเตรียมเอกสาร, สถานที่และการบริการเกี่ยวกับ การประชุม ทันเวลาหรือไม่ เพราะเหตุใด

.....

6. มีหลักฐานการควบคุมการเบิก-จ่ายค่าโทรศัพท์-โทรสารและ วัสดุ ภายในส่วน
หรือไม่ เพราะเหตุใด

.....

7. มีทะเบียนคุมการให้บริการพิมพ์และอัดสำเนา แก่หน่วยงานต่าง ๆ หรือไม่ เพราะเหตุใด

.....

8. จัดทำรายงานสรุปการประสานงาน กับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกหรือไม่ เพราะเหตุใด

.....

.....ผู้ตรวจ

()

...../...../.....

.....ผู้รับตรวจ

()

...../...../.....

หน่วยตรวจสอบภายใน

กระดาษทำการ

ตรวจสอบการปฏิบัติการเกี่ยวกับงานสำรวจออกแบบและก่อสร้าง

1. มีหลักฐานในการออกสำรวจพื้นที่ออกแบบ หรือไม่ เพราะเหตุใด
.....
2. ได้จัดทำทะเบียนคุมการออกแบบและเขียนแบบก่อสร้าง หรือไม่ เพราะเหตุใด
.....
3. การประมาณราคายึดถือราคากลาง ณ ปัจจุบัน เป็นเกณฑ์ หรือไม่ เพราะเหตุใด
.....
4. มีหลักฐานการควบคุมงานก่อสร้าง หรือไม่ เพราะเหตุใด
.....
5. มีหลักฐานการตรวจสอบและรายงานผลการก่อสร้างตามกำหนดเวลา หรือไม่ เพราะเหตุใด
.....
6. จัดทำรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานประจำเดือน หรือไม่ เพราะเหตุใด
.....

.....ผู้ตรวจ

()

...../...../.....

.....ผู้รับตรวจ

()

...../...../.....

หน่วยตรวจสอบภายใน

กระดาษทำการ

ตรวจสอบการปฏิบัติการเกี่ยวกับงานซ่อมบำรุงรักษา

1. จัดทำทะเบียนและประวัติที่ดิน อาคาร และสิ่งก่อสร้าง หรือไม่ เพราะเหตุใด
.....
2. มีหลักฐานการแจ้งความเสียหาย เพื่อทำการซ่อมแซม หรือไม่ เพราะเหตุใด
.....
3. มีหลักฐานการตรวจสภาพและประเมินความเสียหาย หรือไม่ เพราะเหตุใด
.....
4. มีหลักฐานการสั่งซ่อม/จ้างตามสภาพและการประเมินความเสียหาย หรือไม่ เพราะเหตุใด
.....
5. จัดเตรียมวัสดุ/อุปกรณ์ ในการซ่อมแซมเชิงทอ และถูกต้องตามระเบียบพัสดุ หรือไม่ เพราะเหตุใด
.....
6. มีรายงานการตรวจสภาพการทำงานเกี่ยวกับงานจ้างเหมาบริการ หรือไม่ เพราะเหตุใด
.....
7. มีทะเบียนควบคุมการให้บริการและการใช้จ่ายสาธารณูปโภค หรือไม่ เพราะเหตุใด
.....
8. มีรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานประจำเดือน หรือไม่ เพราะเหตุใด
.....

.....ผู้ตรวจ

()

...../...../.....

.....ผู้รับตรวจ

()

...../...../.....

**หน่วยตรวจสอบภายใน
กระดาษทำการ
ตรวจสอบการปฏิบัติงาน-งานประปาและสิ่งแวดล้อม**

1. จัดทำรายงานการผลิตน้ำประปาทุกวัน หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

2. การจัดซื้อวัสดุที่ใช้ในการผลิตน้ำประปา มีการวางแผนและควบคุม หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

3. จัดทำทะเบียนประวัติครุภัณฑ์ที่หน่วยประปา หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....ผู้ตรวจ

.....ผู้รับตรวจ

...../...../.....

...../...../.....

หน่วยตรวจสอบภายใน
กระดาษทำการ
ตรวจสอบการปฏิบัติงาน-การควบคุมการใช้จ่ายยานพาหนะ

1. จัดทำทะเบียนคุมการขอใช้บริการยานพาหนะ หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

2. พนักงานขับรถได้จดไมล์ระยะทางในการใช้รถทุกครั้งที่ใช้บริการ หรือไม่ อย่างไร และมีผู้ตรวจสอบการใช้หรือไม่

.....

.....

3. การเบิกน้ำมันเชื้อเพลิงได้รับการอนุมัติจากหัวหน้าส่วนอาคารสถานที่ทุกครั้ง หรือไม่

.....

.....

4. มีการควบคุมเวลาการปฏิบัติงานของพนักงานขับรถ ทั้งบุคลากรของมหาวิทยาลัย และบริษัทผู้ให้เช่าทุกสิ้นวัน หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

5. หากพนักงานขับรถต้องทำงานล่วงเวลา ได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจทุกครั้ง หรือไม่

.....

.....

6. การติดต่อขอใช้บริการหากไม่มียานพาหนะ ปฏิบัติอย่างไร

.....

.....

7. ได้นำรถเข้าเข้าบำรุงรักษาซ่อมแซมและเช็คสภาพทุกๆ ระยะ 5,000 กิโลเมตร หรือไม่

.....

.....

8. ในกรณีรถที่เข้าเกิดชำรุดโดยฉุกเฉิน บริษัทผู้ให้เช่าปฏิบัติอย่างไร

.....

.....

9. ยานพาหนะของมหาวิทยาลัยมีอยู่ครบหรือไม่ และได้รับการบำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ หรือไม่
อย่างไร

.....

.....

.....ผู้ตรวจ

.....ผู้รับตรวจ

...../...../.....

...../...../.....

หน่วยตรวจสอบภายใน
กระดาษทำการ
ตรวจสอบการปฏิบัติงาน-งานรักษาความปลอดภัย และงาน OPERATOR

1. อัตรากำลังพนักงานของบริษัทพีนิคส์ เอส แอน ซี จำกัด มีดังนี้

	ตามสัญญา	ปฏิบัติจริง	ผลต่าง
1.1 พนักงานรักษาความปลอดภัย	255	_____	_____
1.2 พนักงานสายตรวจรถจักรยานยนต์	12	_____	_____
1.3 พนักงานสายตรวจรถยนต์	6	_____	_____
	<u>273</u>	_____	_____

2. มีการควบคุมการปฏิบัติงานของพนักงานรักษาความปลอดภัยทั้งของมหาวิทยาลัยและบริษัทฯ รับจ้างหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

3. งานรักษาความปลอดภัย ได้ทำการจัดระบบการจราจรภายในมหาวิทยาลัย หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

4. มีการควบคุมงาน OPERATOR หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

5. ก่อนรายงานการใช้โทรศัพท์ ได้ทดสอบความถูกต้องของระบบ หรือไม่

.....

.....

.....ผู้ตรวจ

.....ผู้รับตรวจ

...../...../.....

...../...../.....

หน่วยตรวจสอบภายใน
กระดาษทำการ
ตรวจสอบการปฏิบัติงาน-งานภูมิทัศน์

1. ได้จัดทำรายงานการปฏิบัติงานจ้างเหมาบริการ การดูแลสวนภูมิทัศน์ หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

2. งานที่ได้ดำเนินการปรับปรุง และเพิ่มเติมงานภูมิทัศน์มีที่ใดบ้างใน ปีงบประมาณ 2539

.....

.....

.....

.....

.....

.....ผู้ตรวจ

...../...../.....

.....ผู้รับตรวจ

...../...../.....

แนวปฏิบัติการตรวจสอบภายใน (การบันทึกบัญชี)

แนบที่ 1

1. ตรวจสอบเงินสดในมือ	คส.1.1
2. หนังสือรับรองเงินฝากธนาคารหรือถ่ายเอกสารสมุดเงินฝาก	คส.1.2
3. ตรวจสอบเงินสำรองจ่าย	คส.1.3
4. ตรวจสอบใบเสร็จรับเงิน	คส.1.4
5. ตรวจสอบการบันทึกบัญชีตามเอกสารหลักฐานประกอบ	คส.1.5
6. ตรวจสอบการ Post แยกประเภท	คส.1.5
7. ตรวจสอบทะเบียน	คส.1.5
8. จัดทำกระดาษทำการ	คส.1.6
9. ตรวจสอบงบการเงิน	คส.1.7