

# การนำขององค์กร

3 ๘๗

2.1 ETH

3.2 GOW

3.3 LED

## สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร (ETH)

---

ผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลควรได้รับการเคารพในสิทธิขั้นพื้นฐานที่แต่ละคนพึงได้รับ ได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งนี้โรงพยาบาลควรแสดงให้เห็นถึงความตระหนักในสิทธิของผู้ป่วยและมีนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่รัดกุมในการปฏิบัติงานที่อาจจะเกิดปัญหาจริยธรรมได้ง่าย

มาตรฐานสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กรมี 3 ข้อ ดังนี้

**ETH.1 ความตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย**

เจ้าหน้าที่ทุกคนของโรงพยาบาลตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้ป่วยทุกคน โดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา

**ETH.2 การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ**

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะ ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม

**ETH.3 จริยธรรมองค์กร**

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับกรณีที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจริยธรรม โดยไม่ขัดต่อกฎหมาย ขนบธรรมเนียมและประเพณีอันดีงามของสังคม

## ETH.1 ความตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่ทุกคนของโรงพยาบาลตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้ป่วยทุกคน โดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา

ETH.1.1 มีหลักฐานว่าโรงพยาบาลตระหนักและตอบสนองต่อสิทธิของผู้ป่วย

ETH.1.2 ผู้ป่วยรับรู้สิทธิของตนเอง

ETH.1.3 มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย

ETH.1.4 มีนโยบายและวิถีปฏิบัติเกี่ยวกับการยินยอมรับการรักษา

ETH.1.5 มีกลไกที่ทำให้มั่นใจว่า ผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีอำนาจในการตัดสินใจ

ETH.1.6 มีกลไกเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกันโดยไม่ขึ้นกับสถานที่ ผู้ให้บริการ ความสามารถ หรือวิธีการชำระเงิน

### ขยายความ

ความตระหนักและตอบสนองสิทธิของผู้ป่วย (มาตรฐาน ETH.1.1)

โรงพยาบาลควรแสดงให้เห็นว่าตระหนักและเคารพสิทธิของผู้ป่วยในประเด็นต่อไปนี้

- การเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วยแต่ละคน
- การปกป้องสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย
- การรักษาความลับของผู้ป่วย

การรับรู้สิทธิของผู้ป่วย (มาตรฐาน ETH.1.2)

ผู้ป่วยควรรับรู้สิทธิของตนต่อไปนี้

- การได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน รวมทั้งวิธีการตรวจรักษาต่างๆ
- การขอดูแลระยะเบี่ยน และการรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียนของตน
- การร้องเรียน
- การเลือกเข้า/ไม่เข้าร่วมในการวิจัยหรือการฝึกอบรมของนักศึกษา
- การขอคำปรึกษา/ความคิดเห็นจากแพทย์ท่านอื่น (second opinion)
- การส่งต่อไปยังแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย

การให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย (มาตรฐาน ETH.1.3)

ควรมีการให้ข้อมูลต่อไปนี้แก่ผู้ป่วย

- ระยะเวลารอคอย
- บริการต่างๆของโรงพยาบาล
- ขั้นตอนในการรับการตรวจรักษา

การยินยอมรับการรักษา (มาตรฐาน:ETH.1.4)

ควรมีนโยบายและวิธีปฏิบัติในการให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมรับการรักษาหลังจากที่ได้รับคำอธิบายจนเข้าใจแล้ว ก่อนที่จะให้บริการหรือมีกิจกรรมต่อไปนี้

- การดมยาสลบ/ให้ยาระงับความรู้สึก
- การผ่าตัด
- การให้ยาพิเศษซึ่งไม่ได้ใช้ในกรณีทั่วไป
- การบันทึกภาพหรือเสียง
- การรักษาด้วย electro-convulsion
- การตรวจวินิจฉัยที่มีความเสี่ยงสูง
- การเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือการเรียนการสอน
- การปฏิบัติอื่น ๆ ที่ต้องได้รับความยินยอมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

## ETH.2 การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะ ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม

ETH.2.1 เด็กได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และได้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษตามความจำเป็น

ETH.2.2 มีการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งครอบครัว

ETH.2.3 มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก ผูกยึด หรือให้ยาฉุกเฉิน อย่างเหมาะสม

### ขยายความ

#### การดูแลผู้ป่วยเด็ก (มาตรฐาน ETH.2.1)

- มีการจัดสถานที่เฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วย
- บริเวณที่ดูแลเด็กมีการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากไฟฟ้า เครื่องจักรกล น้ำยา หรือสารอันตรายต่าง ๆ
- หน่วยบริการผู้ป่วยเด็กมีเครื่องมือและยาเฉพาะสำหรับเด็ก เช่น เครื่องดมยาสลบ เครื่องพ่นยา เครื่องปรับหยดน้ำเกลือ ชุดให้สารน้ำ เครื่องช่วยชีวิต
- มีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและยาสำหรับเด็กไว้ประจำหน่วยบริการ
- เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษต่อเด็กที่ป่วยหนัก เด็กที่มีความผิดปกติทางร่างกาย หรือประสาทสัมผัส เด็กที่เรียนรู้ช้า เด็กที่ไม่มีญาติมาเฝ้าดูแล
- พ่อแม่หรือผู้ปกครองได้รับการส่งเสริมให้อยู่เฝ้าเด็กระหว่างการนอนโรงพยาบาล

#### การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (มาตรฐาน ETH.2.2)

- มีการประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม
- มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- มีการช่วยเหลือ ให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาแก่ญาติหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

#### การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก ผูกยึด หรือให้ยาฉุกเฉิน (มาตรฐาน ETH.2.3)

- ต้องมีเหตุผลที่สมควรทางคลินิก
- ต้องได้รับการอนุญาตจากแพทย์ที่ดูแล และบันทึกไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียนผู้ป่วย
- ไม่ควรก่อให้เกิดความไม่สุขสบายทางร่างกายแก่ผู้ป่วย
- ดำเนินการภายในกรอบของกฎหมายหรือบทบัญญัติที่เกี่ยวข้อง

## ETH.3 จริยธรรมองค์กร

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับกรณีที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจริยธรรม โดยไม่ขัดต่อกฎหมาย ขนบธรรมเนียมและประเพณีอันดีงามของสังคม

ETH.3.1 มีจริยธรรมในการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพหรือยุติการรักษาเพื่อชะลอความตายโดยไม่ขัดต่อกฎหมายและความเชื่อของสังคม

ETH.3.2 มีการเรียกเก็บเงินหรือแรงแ้งหนี้เฉพาะตามรายการที่ผู้ป่วยได้รับบริการ

ETH.3.3 มีจริยธรรมในการประชาสัมพันธ์ การกำหนดค่าบริการ การรับ/ส่งต่อ/จำหน่ายผู้ป่วย

ETH.3.4 มีจริยธรรมในการจัดหาอวัยวะและเนื้อเยื่อทดแทน

ETH.3.5 มีกลไกช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่ประสบปัญหาด้านจริยธรรม

### ขยายความ

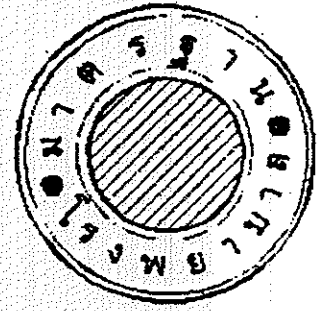
การยุติปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ/การรักษาเพื่อชะลอความตาย (มาตรฐาน ETH.3.1) ควรมีนโยบายและวิธีปฏิบัติซึ่งจัดร่างโดยแพทย์ พยาบาล รวมทั้งผู้ที่เหมาะสมอื่น ๆ และผ่านการรับรองจากฝ่ายบริหารของโรงพยาบาล โดยครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

- กลไกการตัดสินใจเพื่อยุติปฏิบัติการฟื้นคืนชีพ/การรักษาเพื่อชะลอความตาย
- กลไกสำหรับแก้ปัญหาความขัดแย้งในการตัดสินใจ
- บทบาทของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และครอบครัวผู้ป่วย ในการตัดสินใจยุติปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ/การรักษาเพื่อชะลอความตาย
- การเขียนคำสั่งและบันทึกในเวชระเบียนของแพทย์ผู้รับผิดชอบ
- การใช้พินัยกรรมชีวิต (advanced directives) ในขอบเขตของกฎหมาย

การจัดหาอวัยวะและเนื้อเยื่อ (มาตรฐาน ETH.3.4)

ควรมีการกำหนดนโยบายและกลไกต่อไปนี้

- เกณฑ์คัดเลือกผู้บริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อ
- กลไกการแจ้งให้ผู้บริจาค และ/หรือ ครอบครัวตัดสินใจ
- แบบฟอร์มสำหรับให้ผู้บริจาคหรือญาติลงนามยินยอมในการบริจาค



**องค์การ**  
**บริหารสูงสุด**

# องค์กรบริหารสูงสุด (GOV)

องค์กรบริหารสูงสุด (governing body) หมายถึง กลุ่มบุคคลหรือหน่วยงานซึ่งมีอำนาจสูงสุด และมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการดำเนินงานทั้งหมดของโรงพยาบาล

องค์กรบริหารสูงสุดของโรงพยาบาลรัฐ หมายถึง ส่วนราชการผู้มีอำนาจบังคับบัญชาตามกฎหมาย ซึ่งอาจจะมีการมอบหน้าที่บางส่วนให้ข้าราชการที่เป็นผู้บังคับบัญชาในระดับต่างๆ หรือมอบหมายหน้าที่โดยตรงมาให้กับโรงพยาบาล

องค์กรบริหารสูงสุดของโรงพยาบาลเอกชน อาจจะเป็นคณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการบริหาร หรือตัวเจ้าของโรงพยาบาลเอง

บทบาทขององค์กรบริหารสูงสุดต่อคุณภาพบริการ คือการกำหนดกรอบนโยบาย เป้าหมาย และลำดับความสำคัญสำหรับโรงพยาบาล รวมทั้งการสรรหา/คัดเลือกผู้บริหาร และการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น

มาตรฐานองค์กรบริหารสูงสุดมี 3 ข้อ ดังนี้

## GOV.1 บทบาทหน้าที่ขององค์กรบริหารสูงสุด

โรงพยาบาลมีองค์กรบริหารสูงสุดซึ่งมีองค์ประกอบที่เหมาะสม มีหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ โดยการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล ดูแลการบริหารจัดการ การวางแผน และการติดตามผลการปฏิบัติงาน

## GOV.2 กรอบการดำเนินงานของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลมีพันธกิจ วิสัยทัศน์ และปรัชญา ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผลบริการที่ให้แก่ชุมชน

## GOV.3 ธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง และนโยบาย

โรงพยาบาลมีธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง และนโยบาย เป็นเครื่องกำหนดทิศทางและวิธีการทำงาน



## GOV.1 บทบาทหน้าที่ขององค์กรบริหารสูงสุด

โรงพยาบาลมีองค์กรบริหารสูงสุด ทำหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ โดยการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล ดูแลการบริหารจัดการ การวางแผน และการติดตามผลการปฏิบัติงาน

- GOV.1.1 องค์กรบริหารสูงสุดประกอบด้วยสมาชิกที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
- GOV.1.2 มีการประชุมขององค์กรบริหารสูงสุดสม่ำเสมอ เพื่อให้การบริหารโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งมีบันทึกรายงานการประชุม
- GOV.1.3 มีกลไกเพื่อให้มีการดูแลด้านนโยบายและการอำนวยความสะดวกอย่างต่อเนื่อง
- GOV.1.4 องค์กรบริหารสูงสุดมีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดทิศทางของโรงพยาบาล
- GOV.1.5 องค์กรบริหารสูงสุดเป็นผู้คัดเลือก แต่งตั้ง และประเมินผลการทำงานของผู้บริหารโรงพยาบาล
- GOV.1.6 องค์กรบริหารสูงสุดสร้างหลักประกันว่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะให้บริการที่มีคุณภาพ
- GOV.1.7 องค์กรบริหารสูงสุดมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดการทรัพยากรในภาพรวมของโรงพยาบาล
- GOV.1.8 องค์กรบริหารสูงสุดสนับสนุนให้มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย
- GOV.1.9 มีกิจกรรมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่สมาชิกขององค์กรบริหารสูงสุดในด้านลักษณะองค์กร และบทบาทของสมาชิก
- GOV.1.10 องค์กรบริหารสูงสุดแต่งตั้งบุคคลที่เหมาะสมเป็นคณะกรรมการเพื่อทำหน้าที่ต่างๆตามความจำเป็น
- GOV.1.11 องค์กรบริหารสูงสุดกำหนดกลไกเพื่อสร้างหลักประกันว่าจะให้บริการผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน
- GOV.1.12 มีการตรวจสอบทางการเงินโดยบุคคลหรือหน่วยงานอิสระภายนอกทุกปี

### ขยายความ

กลไกเพื่อให้มีการดูแลด้านนโยบายและการอำนวยความสะดวกอย่างต่อเนื่อง (มาตรฐาน GOV.1.3)

ตัวอย่างของกลไกนี้ได้แก่ การมอบหน้าที่ให้ผู้บริหารหรือบุคคลอื่นปฏิบัติหน้าที่ซึ่งกำหนดขอบเขตไว้ชัดเจน และจะต้องมีการนำเสนอในการประชุมองค์กรบริหารสูงสุดครั้งต่อไป

**บทบาทหน้าที่ขององค์กรบริหารสูงสุดในการกำหนดทิศทางของโรงพยาบาล  
(มาตรฐาน GOV.1.4) ประกอบด้วย**

- การกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ปรัชญา ของโรงพยาบาล
- การรับรองธรรมนูญ กฎระเบียบ และข้อบังคับของโรงพยาบาล
- การกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล
- การจัดทำแผนยุทธศาสตร์หรือแผนพัฒนาโรงพยาบาล
- การรับรองแผนปฏิบัติการบนพื้นฐานความเป็นไปได้ทางการเงินของโรงพยาบาล
- การสื่อสารอย่างเป็นระบบระหว่างองค์กรบริหารสูงสุด ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง
- การสร้างความร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ และทำความเข้าใจกับนโยบายสำคัญของรัฐบาล
- การรับฟังข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

## GOV.2 กรอบการดำเนินงานของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลมีพันธกิจ วิสัยทัศน์ และปรัชญา ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล

GOV.2.1 มีการกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ปรัชญาหรือค่านิยม และขอบเขตการให้บริการของโรงพยาบาล

GOV.2.2 มีการถ่ายทอดและสื่อความหมายของข้อความพันธกิจ วิสัยทัศน์ ปรัชญาหรือค่านิยม ของโรงพยาบาลให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตน

GOV.2.3 แผนยุทธศาสตร์ หรือแผนพัฒนาโรงพยาบาล สอดคล้องกับพันธกิจ และวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้

### ขยายความ

ความหมายของคำ

พันธกิจ (mission) คือ ข้อความที่ระบุอย่างกว้าง ๆ ถึงเป้าประสงค์ (purpose), หน้าที่รับผิดชอบซึ่งมุ่งมั่นที่จะทำ (what it does), และเหตุผลของการมีองค์กร (why it exists), ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดเป้าหมาย (goals) และวัตถุประสงค์ (objectives) ของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานต่อไป

ตัวอย่างพันธกิจของโรงพยาบาลได้แก่บทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งอาจรวมทั้งการศึกษา และการส่งเสริมสุขภาพด้วย

วิสัยทัศน์ (vision) คือภาพอนาคตของโรงพยาบาลซึ่งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานต้องการที่จะให้เกิดขึ้น

ในทางปฏิบัติหากเกิดความสับสนระหว่างความหมายของคำทั้งสองนี้ โรงพยาบาลอาจจะรวมพันธกิจและวิสัยทัศน์เข้าเป็นข้อความเดียวกัน เป็นการระบุทิศทางนโยบายของโรงพยาบาลในอนาคต

ปรัชญา (philosophy) หรือ ค่านิยม (value) คือ หลักการและความเชื่อที่ทุกคนในหน่วยงานยอมรับว่าจะใช้เป็นหลักในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความราบรื่นในการทำงานร่วมกันและนำไปสู่การบรรลุพันธกิจและวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้

ปรัชญาหรือค่านิยมของโรงพยาบาลควรมีเนื้อหาที่ครอบคลุมไปถึง ความสัมพันธ์กับชุมชนที่ให้บริการ, ความรับผิดชอบต่อแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัว, ประเด็นทางจริยธรรม, และวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันในโรงพยาบาล

**การกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ และปรัชญา (มาตรฐาน GOV.2.1)**

การกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ และปรัชญาของโรงพยาบาลนั้น ควรเป็นความร่วมมือระหว่างองค์กรบริหารสูงสุด ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน ควรมีการนำความคิดเห็นของผู้ประกอบวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และองค์กรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องมาพิจารณา

**การถ่ายทอดและสื่อความหมาย (มาตรฐาน GOV.2.2)**

ควรมีกลไกในการถ่ายทอดและสื่อความหมายของข้อความพันธกิจ วิสัยทัศน์ และปรัชญาไปยังเจ้าหน้าที่ทุกคน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนที่มีต่อวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาลในภาพรวม รวมทั้งเปิดเผยให้ปรากฏแก่สาธารณชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยตรวจสอบและสะท้อนให้เห็นว่าโรงพยาบาลกำลังไปในทิศทางที่มุ่งมันอยู่หรือไม่

## GOV.3 ธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง และนโยบาย

โรงพยาบาลมีธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง และนโยบาย เป็นเครื่องกำหนดทิศทางและวิธีการทำงาน

GOV.3.1 มีธรรมนูญโรงพยาบาลซึ่งกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรบริหารสูงสุด ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล โดยไม่ขัดกับกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

GOV.3.2 มีกฎระเบียบ ข้อตกลง หรือนโยบาย เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของตน และปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

GOV.3.3 มีกลไกเพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง หรือนโยบายที่กำหนดไว้

### ขยายความ

#### ความหมายของคำ

ธรรมนูญ (bylaw) หมายถึง กฎข้อบังคับภายในของโรงพยาบาล ซึ่งกำหนดโดยองค์กรบริหารสูงสุด บ่งบอกความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล กับองค์กรบริหารสูงสุด ช่วยให้เจ้าหน้าที่เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจปฏิบัติงานตามพันธกิจและเป้าหมายขององค์กร

นโยบาย (policy) หมายถึง ข้อความที่เป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสะท้อนเจตจำนงและค่านิยมของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

#### การกำหนดและการใช้ธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง และนโยบาย

ธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง และนโยบายเหล่านี้ควรมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 3 ปี และควรระบุกลไกในการรับรองและทบทวนเอาไว้ด้วย

เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและประชาชนทั่วไปอาจจะขอธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง และนโยบายของโรงพยาบาลได้เมื่อมีข้อสงสัย

#### ธรรมนูญโรงพยาบาล (มาตรฐาน GOV.3.1) ควรครอบคลุมเนื้อหาต่อไปนี้

- พันธกิจ วิสัยทัศน์ ปรัชญา และเป้าหมายของโรงพยาบาล
- อำนาจหน้าที่ โครงสร้าง สมาชิกขององค์กรบริหารสูงสุด
- การคัดเลือกผู้อำนวยการและผู้บริหารในตำแหน่งสำคัญ
- อำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบของผู้บริหารและทีมผู้บริหาร
- อำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ และการดูแลการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพ
- ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรบริหารสูงสุด ผู้อำนวยการ ทีมผู้บริหาร ผู้ประกอบวิชาชีพ
- ความรับผิดชอบในเรื่องคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วย

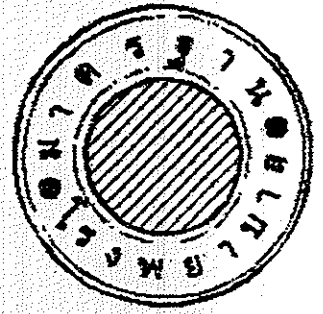
- การติดตามประเมินผลและปรับปรุงคุณภาพ
- ข้อกำหนดเกี่ยวกับการรักษาความลับของข้อมูล

นโยบาย (มาตรฐาน GOV.3.2)

องค์การบริหารสูงสุดควรพิจารณาหรือสนับสนุนให้มียุทธศาสตร์ในเรื่องต่อไปนี้

- ด้านสิทธิของผู้ป่วย
- ด้านจริยธรรม เช่น
- ด้านสุขภาพและความปลอดภัย เช่น
- ด้านประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร เช่น
- ด้านการป้องกันและการจัดการกับความเสี่ยง (risk management)
- ด้านกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
- ด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

10 ธันวาคม พ.ศ. 2539



**LE**  
**และการบริการ**  
**D**

## การนำและการบริหาร (LED)

การนำ (leadership) และการบริหาร (management) คือการที่ผู้นำขององค์กรกำหนดกรอบสำหรับการวางแผน การอำนวยความสะดวก การประสานงาน การจัดบริการ และการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งนำมาสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

ผู้นำของโรงพยาบาลได้แก่ผู้บริหารทุกระดับตั้งแต่หัวหน้างานไปจนถึงผู้บริหารระดับสูง ผู้นำมีความสำคัญอย่างสูงในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาขึ้นในองค์กร ซึ่งจะต้องเริ่มต้นด้วยการที่ผู้นำเห็นความจำเป็นและประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง แล้วพยายามชักชวนผู้คนมาร่วมมือกันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้และพัฒนา ตลอดจนให้การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น

มาตรฐานเกี่ยวกับการนำและการบริหารมี 5 ข้อดังนี้

### LED.1 วัฒนธรรมองค์กร

โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมในการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า

### LED.2 การวางแผนของโรงพยาบาล

มีการนำพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล มากำหนดแผนงาน และนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วย

### LED.3 การประสานบริการ

มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดีในการให้บริการผู้ป่วย

### LED.4 บทบาทของผู้นำในการพัฒนาคุณภาพ

ผู้นำของโรงพยาบาลให้การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

### LED.5 การบริหารทรัพยากร

มีกระบวนการในการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ



## LED.1 วัฒนธรรมองค์กร

โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมในการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า

LED.1.1 แต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาลศึกษาความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกค้าทั้งภายนอกและภายใน

LED.1.2 แต่ละหน่วยงานมีการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกค้าอย่างเหมาะสม

LED.1.3 ทีมผู้บริหารทุกระดับใช้ภาวะผู้นำในการสนับสนุน/ติดตาม/ให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดการปรับปรุงระบบงานและพัฒนาสมรรถนะในการทำงานอย่างต่อเนื่อง

LED.1.4 มีความเคารพในสิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร

### ขยายความ

ความหมายของคำ

ลูกค้า (customer or client)

ลูกค้าในที่นี้ไม่ได้มีความหมายถึงการติดต่อการในเชิงค้าขาย แต่หมายถึงบุคคลหรือหน่วยงานใดก็ตามที่ได้รับประโยชน์จากการทำงานของเจ้าของงาน (process owner)

ลูกค้าภายนอกได้แก่ผู้ป่วย ญาติ ประชาชนทั่วไป บริษัทประกัน หรือส่วนราชการที่ต้องพึ่งพาอาศัยโรงพยาบาล

ลูกค้าภายในได้แก่บุคคลหรือหน่วยงานที่ต้องอาศัยการทำงานของเราหรือรับช่วงงานต่อจากเจ้าของงาน

การศึกษาความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกค้า (มาตรฐาน LED.1.1)

อาจทำได้ด้วยวิธีการต่อไปนี้

- การวิเคราะห์ข้อเสนอแนะและคำร้องเรียนของลูกค้า
- การใช้แบบสอบถาม
- การสัมภาษณ์
- การสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

## LED.2 การวางแผนของโรงพยาบาล

มีการนำพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล มากำหนดแผนงานและนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วย

LED.2.1 แผนงานและนโยบายสอดคล้องกับพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล

LED.2.2 มีการสร้างความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ในทุกหน่วยงาน เพื่อนำแผนไปปฏิบัติ

LED.2.3 มีการวางแผนเพื่อจัดบริการให้เหมาะสมกับปัญหาและความจำเป็นของผู้ป่วยในพื้นที่

LED.2.4 มีการกำหนดระดับความสำคัญหรือประเด็นหลักในการพัฒนาคุณภาพ

LED.2.5 ทีมผู้บริหารร่วมกับตัวแทนของวิชาชีพและหน่วยงานในโรงพยาบาล จัดทำแผนงบประมาณประจำปี และแผนการลงทุนระยะยาว นำเสนอให้องค์กรบริหารสูงสุดอนุมัติ

### ขยายความ

แผนงานของโรงพยาบาล

หมายถึง แผนระยะยาว แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ ...งบประมาณ

การดูแลรักษาผู้ป่วย (patient care)

มีความหมายครอบคลุมการให้บริการทุกประเภทที่ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาวะทางร่างกายและจิตใจดีขึ้น ทั้งนี้โดยไม่ได้จำกัดเฉพาะการตรวจรักษาที่กระทำโดยแพทย์เท่านั้น หากรวมถึงการดูแลอื่นๆด้วย เช่น การให้บริการพยาบาล การบริบาลทางเภสัชกรรม การฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น

### LED.3 การประสานบริการ

มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดีในการให้บริการผู้ป่วย

LED.3.1 มีการกำหนดบทบาท เป้าหมาย และความสัมพันธ์ของหน่วยงานต่างๆไว้ในแผนของโรงพยาบาล

LED.3.2 มีการสร้างสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อความร่วมมือและการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน

LED.3.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติของแต่ละหน่วยงานให้สอดคล้องกัน

LED.3.4 หัวหน้าหน่วยงานทุกคนเข้าใจและร่วมพัฒนาคุณภาพงานบริการระหว่างหน่วยงาน

## LED.4 บทบาทของผู้นำในการพัฒนาคุณภาพ

ผู้นำของโรงพยาบาลให้การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

- LED.4.1 ทีมผู้บริหารกำหนดความคาดหวัง จัดทำแผน และอำนวยความสะดวกให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติงานทุกระดับ
- LED.4.2 มีกระบวนการในการประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งโรงพยาบาล
- LED.4.3 ผู้นำของโรงพยาบาลร่วมกิจกรรมเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ
- LED.4.4 ผู้นำของโรงพยาบาลสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
- LED.4.5 ผู้นำของโรงพยาบาลกำหนดประเด็นที่สำคัญเพื่อควบคุมกำกับและพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบ
- LED.4.6 ผู้นำของโรงพยาบาลสนับสนุนให้จัดทำแผนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน
- LED.4.7 ผู้นำของโรงพยาบาลจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเพียงพอ
- LED.4.8 ผู้นำของโรงพยาบาลประเมินประสิทธิภาพของการพัฒนาคุณภาพที่ได้ให้การสนับสนุนทรัพยากร

### ขยายความ

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

หมายถึง การประเมินประเมินคุณภาพ (quality monitoring) และการพัฒนาคุณภาพ (quality improvement)

การประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระดับโรงพยาบาล มาตรฐาน LED 4.2)

- กำหนดคำจำกัดความของ "คุณภาพ" สำหรับโรงพยาบาล
- กำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไปของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
- เชื่อมโยงกิจกรรมพัฒนาคุณภาพกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
- ประสานยุทธศาสตร์การดำเนินงาน รวมทั้งการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยและลูกค้า
- กำหนดความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพของวิสัยผู้บริหาร ผู้บริหารหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ทั้งในแง่ของความรับผิดชอบของแต่ละคน และความรับผิดชอบร่วมกัน
- จัดโครงสร้างองค์กรเพื่อสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล
- รวบรวมรายงานผลกิจกรรมพัฒนาคุณภาพจากทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลและให้คำแนะนำที่เหมาะสม

## การนำและการบริหาร (LED)

### การส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (มาตรฐาน LED.4.4)

- ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาระบบงานโดยใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
- เป็นพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา
- ช่วยจัดอุปสรรคในการพัฒนาระบบงาน
- ยอมรับความสำคัญของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ และให้ผลตอบแทนความมานะพยายาม
- กระตุ้นให้ทุกคนมีความรับผิดชอบต่อคุณภาพของงานที่ตนเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้อง

### แผนงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน (มาตรฐาน LED.4.6)

ประกอบด้วย

- วัตถุประสงค์ กลวิธี ตารางเวลาดำเนินการ
- การมีขอบรมเจ้าหน้าที่
- การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของบุคคลหรือหน่วยงานที่ใช้บริการ (ผู้รับและลูกค้า)
- การกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพของหน่วยงาน ทั้งในส่วนเกี่ยวกับวิธีการทำงาน และ ผลลัพธ์

### การสนับสนุนทรัพยากร (มาตรฐาน LED.4.7)

ได้แก่ทรัพยากรต่อไปนี้

- เจ้าหน้าที่
- เวลาทำกิจกรรม
- ระบบข้อมูลข่าวสาร
- การมีขอบรม
- ทรัพยากรเพื่อการพัฒนากระบวนการ

## LED.5 การบริหารทรัพยากร

มีกระบวนการในการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

LED.5.1 มีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อจัดบริการโดยคำนึงถึงสถานะทางการเงิน ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์ที่คาดหวัง

LED.5.2 มีกระบวนการในการพิทักษ์คุ้มครองทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการ

LED.5.3 ระบบบริหารการเงินที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ

### ขยายความ

การพิทักษ์คุ้มครองทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการ (มาตรฐาน LED.5.2)

ในที่นี้หมายความถึง

- ทรัพยากรทางด้านกายภาพ ได้แก่ การรักษาความปลอดภัยและบำรุงรักษา อาคาร สถานที่ เครื่องมือ
- ทรัพยากรบุคคล ได้แก่ การมีมาตรการคุ้มครองความปลอดภัยให้แก่เจ้าหน้าที่ และการมอบหมายภาระงานให้เหมาะสม

ระบบบริหารการเงินที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ (มาตรฐาน LED.5.3)

- มีระบบตรวจสอบภายในอย่างเหมาะสม
- มีระบบบัญชีที่จะแสดงสถานะการเงินของโรงพยาบาลทั้งในอดีตและปัจจุบัน
- มีระบบการควบคุมทรัพย์สิน รวมทั้งลูกหนี้ วัสดุคงคลัง และเครื่องมือ
- มีการจัดทำแผนงบประมาณโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกำหนดวิธีการจัดด้านการเงิน
- มีการรายงานการใช้จ่ายเปรียบเทียบกับแผนงบประมาณที่กำหนดให้เป็นระยะ
- มีการนำและรายงานทางการเงินให้องค์กร บริหารและตรวจสอบเป็นระยะ