

Document No : *	<b>PTS-SP-03-QSC-024</b>	Revision : *	<b>00</b>
Department : *	Quality and Safety Committee	Effective Date :	09 Sep 2025
Document Type : *	Policy (SP) (PTS-SP)	Standard :	
Category : *	(03) Clinical Policy Domain	Classification :	ข้อมูลสำหรับใช้ภายใน (Internal use)
Subject : *	นโยบายคุณภาพวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร		

## นโยบาย

- พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาลพญาไท ศรีราชา และหน่วยบริการในเครือข่ายอย่างเป็นระบบ ให้ครอบคลุม 3P Safety Goals เพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายขององค์กร
  - Patient Safety Goals; Zero Events and Harm Free events และมาตรฐานสำคัญจำเป็น
  - Personnel Safety Goals; มาตรฐานสำคัญจำเป็น ได้แก่ บุคลากรบุคลากรติดเชื้อในการปฏิบัติหน้าที่
  - People Safety Goals; Environment Protection, Information System Management
- ยึดถือค่านิยมด้านคุณภาพขององค์กร โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient and Customer Focus) ทำงานเป็นทีม (Teamwork) ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่เป็นจริง (Management by Fact) และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Process Improvement) เพื่อเป็นฐานการพัฒนาคุณภาพ
- สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อการพัฒนากระบวนการอย่างมีประสิทธิภาพ
- สร้างเครือข่ายชุมชน เพื่อก้าวสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ พัฒนาคุณภาพของการดำเนินการทุกด้านอย่างต่อเนื่อง

## วัตถุประสงค์

- พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยทุกระบบบริการ/หน่วยให้ได้มาตรฐานในทุกมิติคุณภาพ
- พัฒนาระบบคุณภาพและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยบูรณาการมาตรฐานระดับประเทศ และสากล เพื่อเป็นแบบอย่างของการพัฒนาคุณภาพ
- พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ อย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการเรียนรู้ สร้างสรรค์นวัตกรรม งานวิจัย และการปฏิบัติที่เป็นเลิศ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมและคุ้มค่า
- พัฒนาระบบการจัดการความรู้ เพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
- สร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้

## ขอบเขต

-

## นิยาม

โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา ตระหนักถึงคุณค่าของการตอบสนองต่อความต้องการ และสร้างความพึงพอใจสูงสุด แก่ผู้ให้บริการ โดยมุ่งเน้นที่ผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งตระหนักในคุณค่าของการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง จึงได้ทบทวนและกำหนด **วิสัยทัศน์** ในที่ประชุมที่มนำสูงสุด ดังนี้

**“เป็น Smart Hospital ระดับตติยภูมิ สร้างสรรค์การมีสุขภาพดี เป็นที่พึง เข้าถึงง่าย”**  
**“Smart and advanced tertiary hospital for well-being with accessibility and dependable”**

และกำหนด **นโยบายด้านระบบการจัดการคุณภาพ (พันธกิจ)** เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ ดังนี้

1. ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาสนับสนุนการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาล เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
2. ให้บริการทางการแพทย์และสร้างเสริมสุขภาพโดยเน้นระดับตติยภูมิ เพื่อเป็นต้นแบบของระบบบริการสุขภาพ
3. พัฒนาศักยภาพ ความผูกพันและความปลอดภัยของบุคลากร

ทั้งนี้ เพื่อให้บุคลากรทั้งองค์กรมี **ค่านิยม** ร่วมกัน จึงขอกำหนด **Core Values** ดังนี้

### Phythai Core value => "EmPIE2"

1. **Empathic Guardian:** ดูแลรับฟังอย่างใส่ใจ
2. **Professional Integrity:** ยึดมั่นในคุณธรรม
3. **Innovative Enable:** เน้นวิจัยสู่นวัตกรรม
4. **Inclusive Expert:** รวมทีมทำ นำผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

### ซึ่งทั้งนี้คาดหวังให้เกิด วัฒนธรรมองค์กร (Phythai & G5 Culture)

“WE before ME” : นึกถึงส่วนรวมก่อนส่วนตัว”

1. We open เราเปิดใจ ต้อนรับลูกค้า และฟังเป็น แสดงออกอย่างเปิดเผย
2. We can เราทำได้ มีทัศนคติที่ดี มุ่งมั่น ตั้งใจ
3. We change เราปรับได้ พร้อมรับสิ่งใหม่ๆ ปรับปรุงและพัฒนาอยู่เสมอ
4. We serve เราใส่ใจ ดูแลทุกคนอย่างดีที่สุด
5. We own เราตั้งใจ มีวินัย มีจิตสำนึกในหน้าที่ และรับผิดชอบต่องานเสมือนเป็นเจ้าของ
6. We happy เราสุขใจ รักในงาน มีความสุข สนุกกับงานที่ทำ

นิยามคำว่า **“คุณภาพ”** หมายถึง การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ เป็นไปตามข้อกำหนดที่ต้องการ โดยสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้า และมีต้นทุนการดำเนินงานที่เหมาะสม

## หน้าที่และความรับผิดชอบ

### 1.1. บทบาทหน้าที่ของผู้บริหารโรงพยาบาล

- 1.1.1. เป็นที่ปรึกษาในการกำหนดและทบทวนนโยบายคุณภาพของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับมาตรฐานระดับสากลและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง
- 1.1.2. ร่วมวางแผนกลยุทธ์เพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการและผลลัพธ์ทางการแพทย์
- 1.1.3. ส่งเสริมวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นคุณภาพในองค์กร โดยการกระตุ้นให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ
- 1.1.4. สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายคุณภาพ

### 1.2. บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล (HEC)

- 1.2.1. ส่งเสริมนโยบายที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการให้บริการ โดยให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนดไว้
- 1.2.2. สนับสนุนการสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นคุณภาพในองค์กร โดยการกระตุ้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรักษาคุณภาพ
- 1.2.3. ติดตามผลการดำเนินงานด้านคุณภาพทุก 3 เดือน

### 1.3. บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารคุณภาพ

- 1.3.1. พัฒนาและปรับปรุงนโยบายคุณภาพให้สอดคล้องกับมาตรฐานระดับสากลและข้อกำหนดขององค์กร
- 1.3.2. สร้างกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน กำหนดเป้าหมายเพื่อการพัฒนา และกำหนดแผนพัฒนาคุณภาพขององค์กรในแต่ละปี
- 1.3.3. ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมการมุ่งเน้นคุณภาพในองค์กร โดยกระตุ้นให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรักษาคุณภาพ
- 1.3.4. สนับสนุนให้ทุกแผนก/หน่วยงาน มีการทบทวนกระบวนการดำเนินงานและวางระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผล (KPI) และพัฒนาด้านคุณภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยใช้เครื่องมือคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 1.3.5. รายงานผลการดำเนินงานด้านคุณภาพและผลการประเมินต่อผู้บริหารและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องทุก 3 เดือน

### 1.4. บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการแผนก / หัวหน้างานและผู้รับผิดชอบระบบงานคุณภาพในหน่วยงาน

- 1.4.1. ทบทวนระบบงานคุณภาพระดับหน่วยงานโดยใช้เครื่องมือ Service Profile อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง
- 1.4.2. กำหนดเป้าหมายของแผนกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วางแผน พัฒนาและปรับปรุงระบบงานคุณภาพระดับหน่วยงาน รวมถึงกำหนดตัวชี้วัดที่แสดงถึงการบรรลุเป้าหมายหน่วยงาน ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์รพ. นโยบายคุณภาพรวมถึงมาตรฐานและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับองค์กร
- 1.4.3. สื่อสารนโยบายคุณภาพ วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายขององค์กร ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีความเข้าใจ ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในกิจกรรมปกติประจำวัน
- 1.4.4. นำค่านิยมด้านคุณภาพขององค์กรสู่การปฏิบัติ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient and Customer Focus) ทำงานเป็นทีม (Teamwork)
- 1.4.5. เป็นผู้นำการพัฒนากระบวนการคุณภาพ CQI, R2R, Innovation ระดับหน่วยงาน เพื่อการปรับปรุงกระบวนการทำงานของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

### 1.5. บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทุกคน

- 1.5.1. บุคลากรทุกคนปฏิบัติตามนโยบายและมาตรฐานคุณภาพที่องค์กรกำหนดไว้ เพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องกับมาตรฐานระดับสากลและข้อกำหนดขององค์กร
- 1.5.2. บุคลากรทุกคนปฏิบัติตามแผนพัฒนาของหน่วยงานและแนวทางปฏิบัติของรพ. เพื่อให้บรรลุเป้า

หมายของหน่วยงานที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์รพ.

1.5.3. บุคลากรทุกคนมุ่งมั่นในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะใหม่ๆ ที่สามารถช่วยในการปรับปรุงคุณภาพการทำงาน

1.5.4. บุคลากรมีส่วนร่วมในโครงการหรือกิจกรรมที่มุ่งเน้นการปรับปรุงคุณภาพ COI, R2R, Innovation ในหน่วยงาน

### วิธีปฏิบัติ/ขั้นตอนการทำงาน

1. คณะกรรมการ QSC สื่อสารให้ผู้บริหารทุกระดับรับทราบ นโยบายคุณภาพ เพื่อให้หัวหน้า/ผู้จัดการแผนก นำไปสื่อสารต่อให้บุคลากรรับทราบ และนำไปปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน
2. ผู้จัดการแผนก /หัวหน้าหน่วย สื่อสารให้บุคลากรในแผนก/ หน่วยงาน รับทราบ ผ่านการประชุมของแผนก/ หน่วยงาน และนำไปปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

### Flow Chart กระบวนการทำงาน

-

### ข้อควรระวัง/ข้อแนะนำ/ข้อสังเกตเพิ่มเติม

-

### แบบฟอร์มและเอกสารคุณภาพที่เกี่ยวข้อง

-

### เอกสารอ้างอิง / บรรณานุกรม

-

### การเฝ้าติดตามและการวัดกระบวนการ/ผลลัพธ์

-