

## แบบสรุปผลการประเมินโครงสร้างองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพ (Organizational Quality Assessment Tool)

โรงพยาบาล ..... จังหวัด.....

ผู้ร่วมประเมิน

- ( ) คณะกรรมการบริหาร/คณะกรรมการคุณภาพขององค์กร
- ( ) ทีมนำด้านคุณภาพขององค์กร
- ( ) ทีมพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีขององค์กร
- ( ) ทีมประเมินจากภายนอกองค์กร ระบุ .....

หัวข้อการประเมิน	คะแนน					
<b>A. โครงสร้างด้านคุณภาพ (Quality Structure)</b>	0	1	2	3	4	5
A.1 มีโครงสร้างเพื่อการพัฒนาคุณภาพงานด้านเอชไอวีหรือไม่						
A.2 งานคุณภาพด้านเอชไอวีได้รับการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเหมาะสมหรือไม่						
A.3 ผู้บริหารให้การสนับสนุนงานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีหรือไม่						
A.4 มีการวางแผนงานคุณภาพด้านเอชไอวีที่ครบวงจรหรือไม่						
<b>B. การวางแผนงานด้านคุณภาพ (Quality Planning)</b>	0	1	2	3	4	5
B.1 มีการกำหนดเป้าหมายประจำปีสำหรับงานคุณภาพด้านเอชไอวีหรือไม่						
B.2 มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนในงานคุณภาพด้านเอชไอวีหรือไม่						
B.3 ในแผนปฏิบัติงานมีการกำหนดกรอบเวลาในการดำเนินงานหรือไม่						
<b>C. การวัดคุณภาพการทำงานด้านคุณภาพ (Quality Performance Measurement)</b>	0	1	2	3	4	5
C.1 มีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพที่เหมาะสมในงานคุณภาพด้านเอชไอวีหรือไม่						
C.2 โครงการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีมีการวัดผลการปฏิบัติงานเป็นประจำหรือไม่						
<b>D. กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Activities)</b>	0	1	2	3	4	5
D.1 มีการจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยด้านเอชไอวีหรือไม่						
D.2 มีการทำงานเป็นทีมในการพัฒนาคุณภาพหรือไม่						
<b>E. การมีส่วนร่วมของบุคลากร (Staff Involvement)</b>	0	1	2	3	4	5
E.1 บุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านเอชไอวีมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพหรือไม่						
<b>F. การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Consumer Involvement)</b>	0	1	2	3	4	5
F.1 ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพหรือไม่						
<b>G. การประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพ (Evaluation of Quality Program)</b>	0	1	2	3	4	5
G.1 มีกระบวนการเพื่อประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพด้าน เอชไอวีหรือไม่						
<b>H. ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System)</b>	0	1	2	3	4	5
H.1 มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อการวัดคุณภาพบริการหรือไม่						
<b>คะแนนรวม</b>						

หัวข้อการประเมิน	A. โครงสร้างด้านคุณภาพ (Quality Structure)			
คำถาม	A.1 มีโครงสร้างเพื่อการพัฒนาคุณภาพงานด้านเอชไอวีหรือไม่	A.2 งานคุณภาพด้านเอชไอวีได้รับการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเหมาะสมหรือไม่	A.3 ผู้บริหาร*ให้การสนับสนุนงานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีหรือไม่	A.4 มีการวางแผนงานคุณภาพด้านเอชไอวีที่ครอบคลุมหรือไม่
ค่าคะแนน	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีโครงสร้างด้านคุณภาพด้านเอชไอวี มีเพียงการให้บริการและจัดทำรายงานตามระบบ และไม่มีการนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณหรือทรัพยากรบุคคลเพื่อการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีหลักฐานว่าผู้บริหารให้การสนับสนุนงานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีแผนงานที่ระบุชัดเจนถึงการปฏิบัติงานคุณภาพด้านเอชไอวี</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีโครงสร้างด้านคุณภาพด้านเอชไอวีที่ชัดเจน</li> <li>มีการประชุมด้านคุณภาพเป็นบางครั้งและมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านเอชไอวีเพียงไม่กี่คนที่เข้าร่วม</li> <li>ความรู้เรื่องคุณภาพด้านเอชไอวีมีจำกัดอยู่เพียงแค่นักวิชาการบางคนเท่านั้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมคุณภาพ</li> <li>ผู้ให้บริการคลินิกเอชไอวีเท่านั้นที่รับผิดชอบและประสานงานการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี</li> <li>งานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีไม่ได้ถูกคาดหวังว่าเป็นส่วนหนึ่งในบทบาทหน้าที่ของบุคลากร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้บริหารได้มีโอกาสทบทวนข้อมูลคุณภาพด้านเอชไอวี</li> <li>ผู้บริหารให้การสนับสนุนแต่ไม่ต่อเนื่องจะมีส่วนร่วมเมื่อมีการร้องขอเป็นครั้งๆ ไป</li> <li>ผู้บริหารมีประสบการณ์จำกัดในงานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีแผนงานกว้างๆเกี่ยวกับโครงการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี</li> <li>แผนงานไม่ได้สะท้อนให้เห็นถึงกิจกรรมเพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาในเรื่องเอชไอวี</li> </ul>
2				
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีโครงสร้างคุณภาพที่ชัดเจนแต่มีการประชุมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานด้านคุณภาพด้านเอชไอวี &lt; 4 ครั้ง/ปี</li> <li>ในการประชุมมีตัวแทนจากสหสาขาวิชาชีพ 5 ด้านเข้าร่วม</li> <li>มีการบันทึกรายงานการประชุมทุกครั้งเป็นลายลักษณ์อักษร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีบุคลากรที่ทำงานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีที่พอเพียงแต่ไม่สามารถจัดสรรเวลาทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้บริหารให้การสนับสนุนและให้ความสำคัญงานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี</li> <li>ผู้บริหารกำหนดและสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเอชไอวีให้อยู่ในระบบงานปกติ</li> <li>ผู้บริหารมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่จะนำมาพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ในแผนงานระบุถึง โครงสร้างของบุคลากรในงานพัฒนาคุณภาพ, ระยะเวลาดำเนินงาน, และ วัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน</li> <li>มีการทบทวนและปรับปรุงแผนพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีเป็นประจำทุกปี</li> <li>ในแผนงานยังไม่ครอบคลุมในหัวข้อหลักของการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>ยังไม่มีภาระชี้แจงแผนงานให้ผู้ปฏิบัติทราบ</li> </ul>
4				
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีอย่างเป็นทางการที่เชื่อมโยงกับงานพัฒนาคุณภาพขององค์กร</li> <li>มีการประชุม &gt; 4 ครั้ง/ปีและมีการบันทึกรายงานการประชุมเป็นลายลักษณ์อักษร</li> <li>มีการนำเสนองานด้านคุณภาพของเอชไอวีต่อผู้บริหารหรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเพื่อวางแผนและกำหนดนโยบาย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการจัดสรรเวลาอย่างเพียงพอให้แก่บุคลากรเพื่อทำงานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี</li> <li>มีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้บริหารมีความริเริ่มในการจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี</li> <li>ผู้บริหารมีความสนใจในการเพิ่มพูนความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี</li> <li>ผู้บริหารมีการนำประเด็นการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีไปอภิปรายในการประชุมกรรมการบริหาร หรือคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายของโรงพยาบาล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการทบทวน และปรับปรุง พร้อมทั้งมีแผนงานที่ครอบคลุมครอบคลุมในหัวข้อหลักของการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>แผนงานมีความเชื่อมต่อกับงานพัฒนาคุณภาพอื่นๆขององค์กรรวมทั้งมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร</li> <li>คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพขององค์กรได้ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะต่อโครงการ</li> <li>มีการชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติทราบและผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการทบทวนแผนการดำเนินงาน</li> </ul>

\*ผู้บริหาร หมายถึง คณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ หรือ ทีมนำด้านคุณภาพ

หัวข้อการประเมิน	B. การวางแผนงานด้านคุณภาพ (Quality Planning)																				
คำถาม	B.1 มีการกำหนดเป้าหมายประจำปีสำหรับงานคุณภาพด้านเอชไอวีหรือไม่	B.2 มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนในงานคุณภาพด้านเอชไอวีหรือไม่	B.3 ในแผนปฏิบัติงานมีการกำหนดระยะเวลาในการดำเนินงานหรือไม่																		
ค่าคะแนน	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5																
0	1	2	3	4	5																
0	1	2	3	4	5																
<b>0</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีการกำหนดเป้าหมายประจำปีในการพัฒนาคุณภาพเอชไอวี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีการกำหนดบทบาทในโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีแผนปฏิบัติงานและไม่มีกำหนดระยะเวลา</li> </ul>																		
<b>1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการกำหนดเป้าหมายประจำปี แต่ถูกกำหนดขึ้นจากภายนอกองค์กร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ อย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร</li> <li>ผู้ปฏิบัติไม่ทราบบทบาท หน้าที่ อย่างชัดเจน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่ระบุการติดตามผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นทางการและจะติดตามเมื่อมีความจำเป็น</li> <li>มีแผนปฏิบัติงานแต่ไม่มีการทบทวนและนำเสนอความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ</li> </ul>																		
<b>2</b>																					
<b>3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการกำหนดเป้าหมายในแต่ละปี มีการอภิปรายและเห็นชอบจากคณะกรรมการคุณภาพด้านเอชไอวี</li> <li>การกำหนดเป้าหมายขึ้นกับผลการดำเนินงานที่ผ่านมาขององค์กรและถูกกำหนดจากภายนอกองค์กร</li> <li>ขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญและการกำหนดเป้าหมายยังไม่ชัดเจน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการกำหนดบทบาทหลักและหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพด้าน เอช ไอวี</li> <li>มีทีมงานการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี</li> <li>ผู้ปฏิบัติได้รับการชี้แจงในบทบาทที่แตกต่างกัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กิจกรรมพัฒนาคุณภาพและกรอบเวลาถูกระบุไว้ในแผน</li> <li>มีการระบุการติดตามผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นทางการ แต่จะติดตามผลเมื่อมีความจำเป็นมีแผนปฏิบัติงานและทบทวนแผนและนำเสนอความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ</li> </ul>																		
<b>4</b>																					
<b>5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการกำหนดเป้าหมายประจำปี</li> <li>การกำหนดเป้าหมายประกอบไปด้วยการวัดผลการดำเนินงานและการจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>เป้าหมายมีความสอดคล้องกับการให้บริการด้านเอชไอวี</li> <li>มีขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญและกำหนดเป้าหมายอย่างชัดเจน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>บทบาทและหน้าที่ของผู้ปฏิบัติแต่ละคนมีกำหนดไว้อย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ในงานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี ในด้านต่างๆ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>○ การมีส่วนร่วมในโครงสร้างของทีมทำงาน</li> <li>○ การวัดผลการดำเนินงาน (PM)</li> <li>○ การจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพ (QI)</li> <li>○ การติดตามผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ในแผนปฏิบัติงานประกอบไปด้วยกรอบเวลาและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติ</li> <li>มีการติดตามแผนปฏิบัติงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและผู้ปฏิบัติตระหนักถึงการวัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและกรอบเวลาทำงาน</li> <li>มีการระบุการติดตามผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นทางการและได้ติดตามผลตามที่ระบุไว้</li> </ul>																		

หัวข้อการประเมิน	C. การวัดผลการทำงานด้านคุณภาพ (Quality Performance Measurement)		D. กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Activities)	
คำถาม	C.1 มีการกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในงานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีหรือไม่	C.2 โครงการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีมีการวัดผลการปฏิบัติงานเป็นประจำหรือไม่	D.1 มีการจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยด้านเอชไอวีหรือไม่	D.2 มีการทำงานเป็นทีมในการพัฒนาคุณภาพหรือไม่
ค่าคะแนน	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีการวัดผลการปฏิบัติงานเป็นระบบงานประจำ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีโครงการหรือกิจกรรมด้านการพัฒนาคุณภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีการทำงานเป็นทีม</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการเลือกวัดผลเฉพาะตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดมาจากระดับนโยบาย (เช่น กรมควบคุมโรค, สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการวัดผลการปฏิบัติงานเป็นบางครั้งตามสถานการณ์</li> <li>มีเพียงผู้ปฏิบัติงานคนที่มีส่วนร่วมในการวัดผลการปฏิบัติงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่มุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยเฉพาะรายและเป็นวิธีการตรวจสอบ</li> <li>ไม่ใช้ข้อมูลการวัดผลการปฏิบัติงาน เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและจัดกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการปรึกษารื้อกันเรื่องการปรับปรุงงานในกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน</li> <li>บุคลากรที่เข้าร่วมปรึกษากันส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเดิมๆ</li> <li>ยังไม่ได้นำหลักการการทำงานเป็นทีมเพื่อการพัฒนาคุณภาพมาใช้</li> </ul>
2				
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>การเลือกตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับหลักการดูแลรักษาตามเอชไอวีมาจากผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพขององค์กรเอง</li> <li>มีการระบุความหมายของตัวชี้วัดและความถี่ในการวัด</li> <li>ผู้ปฏิบัติรับทราบว่ามีตัวชี้วัดในงานด้านเอชไอวี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการวัดผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นตอนในระบบงานประจำและกำหนดระยะเวลาการวัด</li> <li>ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการวัดผลการปฏิบัติงาน</li> <li>มีการอภิปรายผลการวัดการปฏิบัติงานในทีมพัฒนาคุณภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กิจกรรม/โครงการ เกิดขึ้นเนื่องมาจากผลการวัดการปฏิบัติงาน</li> <li>มีกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ ที่มุ่งเน้นใช้กระบวนการ PDSA</li> <li>ผลที่ได้จากกิจกรรม/โครงการ ได้มีการนำเสนอให้แก่คณะกรรมการคุณภาพ</li> <li>ใช้หลักการของการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ การมีส่วนร่วมของบุคลากร และมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม</li> <li>มีกิจกรรม/โครงการ อย่างน้อย 1 กิจกรรม ที่เสร็จสมบูรณ์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้หลักการการทำงานเป็นทีมเพื่อการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>บุคลากรมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมเพื่อการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>มีการนำเสนอผลที่ได้จากการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพในคณะกรรมการคุณภาพ</li> <li>มีการทำงานเป็นทีมในขบวนการพัฒนาคุณภาพ เช่น PDSA การวิเคราะห์แผนภูมิแกงปลา หรือ Flow Chart</li> </ul>
4				
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีกระบวนการการทบทวนตัวชี้วัดที่ต้องการวัดโดยหน่วยงานเองที่เพิ่มเติมจากตัวชี้วัดที่กำหนดจากนโยบายเป็นประจำทุกปี</li> <li>ผู้ปฏิบัติได้รับการชี้แจง มีความเข้าใจในนิยาม (ความหมาย) ของแต่ละตัวชี้วัด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ระบุ ขั้นตอนในการประเมินและวัดผลไว้ อย่างชัดเจน</li> <li>ผู้ปฏิบัติได้รับการชี้แจงและอบรมในขั้นตอนการวัดผลการปฏิบัติงาน</li> <li>ทบทวนและวัดการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดจากภายในองค์กรอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 1 ครั้งโดยผลการวัดถูกนำไปใช้และตอบสนองโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีกระบวนการที่เป็นรูปแบบในการคัดเลือกกิจกรรมและเรียงลำดับความสำคัญของกิจกรรม</li> <li>กิจกรรม/โครงการในการพัฒนาคุณภาพมีการระบุนความต้องการของผู้รับบริการและนำไปเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ</li> <li>มีการเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินงานกิจกรรม/โครงการในการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>บุคลากรส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผลการดำเนินงานโครงการกันในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านเอชไอวี</li> <li>มีการขยายผลกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพทั้งในหน่วยงานหรือภายนอกหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้หลักการการทำงานเป็นทีมเพื่อจัดการปัญหาทางคุณภาพเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง</li> <li>บุคลากรในทีมได้รับการอบรมความรู้ตามบทบาทของตนเอง</li> <li>มีการติดตามการเปลี่ยนแปลงของกิจกรรม/โครงการการพัฒนาคุณภาพโดยทีมทำงานอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>

หัวข้อการประเมิน	E.การมีส่วนร่วมของบุคลากร (Staff Involvement)	F.การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Consumer Involvement)	G. การประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพ (Evaluation of Quality Program)	H. ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System)
คำถาม	E.1 บุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านเอชไอวีมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพหรือไม่	F.1 ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพหรือไม่	G.1 มีกระบวนการเพื่อประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีหรือไม่	H.1 มีการจัดเก็บข้อมูลเพื่อการวัดคุณภาพบริการอย่างเป็นระบบหรือไม่
คะแนน	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีบุคลากรฯ ด้านเอชไอวีคนใดได้รับความรู้เพิ่มเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>บุคลากรฯ ด้านเอชไอวีขาดความตระหนักในเรื่องของการวางแผนและ การจัดการด้านคุณภาพ</li> <li>บุคลากรฯ ด้านเอชไอวีไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้รับบริการไม่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรือสะท้อนปัญหา ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการด้านเอชไอวี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีกระบวนการที่ชัดเจนในการประเมินกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีระบบข้อมูลเพื่อวัดคุณภาพของบริการด้านเอชไอวี</li> <li>มีเวชระเบียนแบบกระดาษแต่ไม่จัดเก็บอย่างเป็นระบบ ไม่สามารถในการนำมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพ</li> <li>มีระบบการรายงานผลไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ แต่มีปัญหาในการนำข้อมูลจากเวชระเบียนมาใช้</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีบุคลากรฯ ด้านเอชไอวีบางคนมีโอกาสได้รับการฝึกอบรมความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>ไม่มีงบประมาณ(ทรัพยากร)เพียงพอที่จะสนับสนุนการฝึกอบรมความรู้ด้านการพัฒนา</li> <li>มีบุคลากรฯ ด้านเอชไอวี บางคนเท่านั้นที่มีความตระหนักให้ความสำคัญในเรื่องของการวางแผนการจัดการด้านคุณภาพ</li> <li>บุคลากรฯ ด้านเอชไอวีมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพเป็นบางครั้ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการพูดคุยกันเรื่องผู้รับบริการตามปัญหาที่ผู้รับบริการได้บอกมา</li> <li>ไม่มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างเป็นประจำสม่ำเสมอ</li> <li>ไม่มีระบบรับความคิดเห็นของผู้รับบริการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการทบทวนกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพเมื่อจำเป็น</li> <li>ไม่มีการทบทวนแผนพัฒนาคุณภาพ</li> <li>ไม่มีการทบทวนเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพและโครงสร้างคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีระบบจัดเก็บเวชระเบียนแบบกระดาษ (ต้องใช้บุคลากร) เพื่อรายงานผลไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ</li> <li>มีการรายงานผลการดำเนินงานเป็นจำนวนรวม เช่น จำนวนผู้ป่วย, จำนวนผู้รับยาต้านไวรัส</li> </ul>
2				
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีกระบวนการที่เป็นทางการเพื่อที่จะให้บุคลากรฯ ด้านเอชไอวีมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>ไม่มีกระบวนการที่เป็นทางการเพื่อที่จะให้บุคลากรฯ ด้านเอชไอวีได้รับความรู้ในเรื่องหลักการของการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>บุคลากรฯ ด้านเอชไอวีบางคนได้รับการฝึกอบรมในด้านคุณภาพจากที่อื่นๆที่ไม่ใช่แผนของหน่วยงาน</li> <li>บุคลากรฯ ด้านเอชไอวีมีความตระหนักในเรื่องของการวางแผนการจัดการด้านคุณภาพ</li> <li>บุคลากรฯ ด้านเอชไอวีบางกลุ่มมีส่วนร่วมในกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ</li> <li>มีระบบให้แสดงความคิดเห็นและความต้องการของผู้รับบริการ (ผู้ป่วย ครอบครัว และอื่นๆ)</li> <li>คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพนำข้อเสนอแนะของผู้รับบริการมาอภิปราย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการทบทวนกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพโดยคณะทำงานด้านคุณภาพเอชไอวี เช่น มีการประเมินความสำเร็จของทีมอยู่เป็นประจำ</li> <li>มีการนำผลการประเมินมาใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพในอนาคต แต่ยังไม่ใช้แผนที่มีความครอบคลุมในหัวข้อหลักของการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>มีการสรุปผลการประเมินโดยเขียนเป็นรายงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ (ทั้งแบบอิเล็กทรอนิกส์และแบบน้บมือ) เพื่อติดตามผู้รับบริการและการให้บริการ</li> <li>มีการจัดเก็บข้อมูลและนำมาใช้ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ แต่ยังมีข้อจำกัดในระบบข้อมูลที่มีอยู่</li> </ul>

หัวข้อการประเมิน	E.การมีส่วนร่วมของบุคลากร (Staff Involvement)	F.การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Consumer Involvement)	G. การประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพ (Evaluation of Quality Program)	H. ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System)
คำถาม	E.1 บุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านเอชไอวีมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพหรือไม่	F.1 ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพหรือไม่	G.1 มีกระบวนการเพื่อประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีหรือไม่	H.1 มีการจัดเก็บข้อมูลเพื่อการวัดคุณภาพบริการอย่างเป็นระบบหรือไม่
4				
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>บุคลากรฯ ด้านเอชไอวีทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>บุคลากรฯ ด้านเอชไอวีทุกคนได้เข้าร่วมในการฝึกอบรมด้านคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</li> <li>บุคลากรทุกคนรู้เรื่องหลักการของการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>มีการสื่อสารเรื่องการพัฒนาคุณภาพเอชไอวีในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านเอชไอวีเป็นประจำ โดยมีการจัดประชุมนำเสนอผลงานและความก้าวหน้า</li> <li>บุคลากรฯ ด้านเอชไอวีทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการทบทวนเรื่องแผนการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>บุคลากรฯ ด้านเอชไอวีทุกคนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมและกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>บุคลากรฯ ด้านเอชไอวีทุกคนมีแนวคิดหลักว่า การทำงานพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการจัดระบบข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ให้บริการ และนำข้อเสนอแนะของผู้รับบริการมาใช้ในการกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>มีการนำผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการมาใช้ในโครงการพัฒนาคุณภาพอยู่เป็นประจำ โดยกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพได้สะท้อนถึงปัญหาของผู้รับบริการ</li> <li>มีการแจ้งให้ผู้รับบริการทราบถึงผลของกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอยู่เป็นประจำ</li> <li>ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีระบบเพื่อนำผลการประเมินมาใช้วางแผนพัฒนาคุณภาพในอนาคต โดย นำผลการวัดคุณภาพการทำงานที่ผ่านมา และบทเรียนจากกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพ มาใช้เพื่อ <ul style="list-style-type: none"> <li>หาโอกาสในการพัฒนาคุณภาพบริการ และ วางแผนการดำเนินงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในอนาคต</li> <li>ปรับเปลี่ยน กำหนดเป้าหมายประจำปี และกำหนดระยะเวลา</li> <li>ขยายผลการดำเนินงานในวงกว้าง</li> </ul> </li> <li>มีการติดตามการมีส่วนร่วมของบุคลากร ในโครงการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพได้มีส่วนร่วมในขั้นตอนการประเมินอย่างแท้จริง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีระบบข้อมูลทางคลินิกที่ใช้ได้ดี เพื่อติดตามการให้บริการแก่ผู้ป่วย</li> <li>ติดตามและตรวจสอบตัวชี้วัดหลักของโครงการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีได้</li> <li>สามารถจัดทำรายงานการให้บริการจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์หรือข้อมูลการให้บริการด้านสุขภาพ</li> </ul>

**คำอธิบาย เกณฑ์การให้คะแนน เครื่องมือประเมินการทำงานขององค์กรด้านคุณภาพ การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์**

เกณฑ์การให้คะแนน 2 คะแนน หมายถึง กิจกรรม หรือการปฏิบัติงานด้านเอชไอวีต่าง ๆ มีมากกว่าในคำอธิบาย 1 คะแนน แต่น้อยกว่า 3 คะแนน  
 เกณฑ์การให้คะแนน 4 คะแนน หมายถึง กิจกรรม หรือการปฏิบัติงานด้านเอชไอวีต่าง ๆ มีมากกว่าในคำอธิบาย 3 คะแนน แต่ไม่น้อยกว่า 5 คะแนน