



THAILAND
QUALITY
AWARD

เรียนจากแชมป์ เพื่อเป็น**แชมป์**

สำหรับองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ

Healthcare





เรียนจากแบบเพื่อเป็นแบบ สำหรับองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ

ผู้จัดทำ	สำนักเลขานุการคณะกรรมการรางวัลคุณภาพแห่งชาติ
เจ้าของ	สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ ชั้น 12-15 อาคารयाकुทธ์ 1025 ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์	0-2619-5500 ต่อ 633, 632, 631, 630
สายตรง	0-2619-8086
โทรสาร	0-2619-8085
website	www.tqa.or.th
e-mail	tqa@ftpi.or.th
พิมพ์ครั้งที่	1
เดือน	ธันวาคม 2549
ISBN	974-7783-33-9
จำนวน	5,000 เล่ม
ออกแบบและจัดพิมพ์	บริษัท จิรวัดน์ เอ็กซ์เพรส จำกัด

เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ เพื่อองค์กรที่เป็นเลิศ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการแข่งขันขององค์กร ปัจจุบันมีองค์กรจำนวนมากที่มีวิสัยทัศน์ก้าวไกล และนำเกณฑ์รางวัลนี้ไปใช้ปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร โดยมุ่งหวังที่จะให้ได้ผลการดำเนินการที่เป็นเลิศ มีระบบการจัดการองค์กรที่มีคุณภาพระดับโลก และทำให้องค์กรสามารถดำรงศักยภาพการแข่งขันได้อย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตาม หลายองค์กรยังขาดความเข้าใจในเนื้อหาและจุดมุ่งหมายของเกณฑ์ ทำให้ใช้ประโยชน์จากเกณฑ์รางวัลไปพัฒนาผลการดำเนินการขององค์กรได้ไม่เต็มที่

หนังสือ “เรียนจากแชมป์เพื่อเป็นแชมป์” มีทั้งหมด 3 เล่ม ได้แก่ “เรียนจากแชมป์เพื่อเป็นแชมป์ สำหรับองค์กรการผลิตและบริการ” “เรียนจากแชมป์เพื่อเป็นแชมป์ สำหรับองค์กรการศึกษา” และ “เรียนจากแชมป์เพื่อเป็นแชมป์ สำหรับองค์กรบริการสุขภาพ”

วัตถุประสงค์ของหนังสือชุดนี้ เพื่อให้องค์กรของไทยได้เห็นตัวอย่างการประยุกต์ใช้เกณฑ์รางวัลในการพัฒนาผลการดำเนินการขององค์กรที่เคยได้รับรางวัลนี้มาแล้วของประเทศสหรัฐอเมริกา อันจะส่งผลให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหาของเกณฑ์มากขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับองค์กรของเราได้ง่ายขึ้น

มีข้อจำกัดอยู่บ้างในการจัดทำหนังสือชุดนี้ นั่นคือ ผู้เขียนพยายามจำกัดไม่ให้หนังสือมีความยาวเกินไป ทำให้การยกตัวอย่างในแต่ละเกณฑ์ ไม่ได้แสดงการปฏิบัติของทุกองค์กรที่ใช้อ้างอิง อาจทำให้ผู้อ่านไม่สามารถเห็นบูรณาการหรือความเชื่อมโยงของการปฏิบัติไปสู่เกณฑ์ข้ออื่น ๆ ได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ก็ได้พยายามอธิบายความเชื่อมโยงและบูรณาการออกมาให้เป็นรูปธรรมมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าหนังสือชุดนี้ จะมีส่วนช่วยให้องค์กรต่างๆ ในประเทศของเราสามารถนำเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ไปใช้พัฒนาผลการดำเนินการสู่ความเป็นเลิศได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สารบัญ

วิธีเรียนจากแชมป์		1
รู้จักแชมป์		4
หมวดที่ 1	การนำองค์กร	18
หมวดที่ 2	การวางแผนเชิงกลยุทธ์	35
หมวดที่ 3	การมุ่งเน้นลูกค้าและตลาด	51
หมวดที่ 4	การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้	67
หมวดที่ 5	การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	82
หมวดที่ 6	การจัดการกระบวนการ	107
หมวดที่ 7	ผลลัพธ์ทางธุรกิจ	124
เอกสารอ้างอิง		160



วิธีเรียนจากแบบ

เพื่อให้การเรียนรู้เป็นลำดับและเข้าใจง่ายที่สุด หนังสือเล่มนี้ ได้ออกแบบโครงสร้างเนื้อหาในแต่ละหมวดออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

เกณฑ์รางวัล



เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติในแต่ละหมวดแบ่งเนื้อหาของข้อกำหนดออกเป็น 3 ส่วน (ดังแสดงในหน้าถัดไป) คือ ข้อกำหนดพื้นฐาน ข้อกำหนดโดยรวม และข้อกำหนดต่างๆ เนื้อหาในส่วนนี้จะคัดลอกข้อกำหนดพื้นฐาน และข้อกำหนดโดยรวมมาให้ เพื่อให้ผู้อ่านสามารถเชื่อมโยงกับตัวอย่างการปฏิบัติของแชมป์ได้ง่ายๆ โดยไม่ต้องเสียเวลาพลิกหาจากหนังสือเกณฑ์รางวัล อย่างไรก็ตาม หากผู้อ่านต้องการอ่านรายละเอียดของข้อกำหนดต่างๆ ให้ศึกษาจากหนังสือเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติโดยตรง

จุดประสงค์



เนื้อหาในส่วนนี้ จะอธิบายจุดประสงค์ของข้อกำหนดในแต่ละหมวดอย่างสั้นๆ เพื่อตอกย้ำความเข้าใจของผู้อ่าน ก่อนที่จะศึกษาตัวอย่างการปฏิบัติของแชมป์

เรียนจากแชมป์



เนื้อหาในส่วนนี้ จะเป็นการแสดงตัวอย่างการปฏิบัติที่ดีของแชมป์ ซึ่งคัดสรรมาให้เป็นอย่าง เพื่อใช้เทียบเคียงกับการปฏิบัติขององค์กรของเรา โดยผู้เขียนจะสอดแทรกแนวคิด Approach, Deploy, Learning, Integration เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ต่อได้ง่ายๆ

หนทางสู่แชมป์



ตรงนี้เป็นเนื้อหาที่วาง เพื่อให้ผู้อ่าน หรือองค์กร ได้บันทึกผลการเรียนรู้ และผลการเทียบเคียงระหว่างการปฏิบัติขององค์กรที่เป็นอยู่ในปัจจุบันกับสิ่งที่แชมป์ทำ เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาสู่องค์กรที่มีการจัดการและมีผลการดำเนินการที่เป็นเลิศ โปรตรระลึกอยู่เสมอว่า **หน้านี้สำคัญที่สุด** หากเรียนรู้แล้วไม่นำมาเทียบเคียง และหาโอกาสพัฒนาอย่างจริงจัง และนำลงสู่การปฏิบัติอย่างมุ่งมั่น จะไม่มีอะไรเกิดขึ้นเลยกับองค์กร และฝันที่อยากเป็นองค์กรที่มีการจัดการและผลการดำเนินการที่เป็นเลิศ ก็คงเป็นเพียงแค่ฝันลมๆ แล้งๆ เท่านั้นเอง

รูปแบบหัวข้อ

หมายเลขหัวข้อ
คะแนนของหัวข้อ
ประเภทของข้อมูลหรือสารสนเทศที่องค์กร
ต้องตอบในหัวข้อนี้

	1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (70 คะแนน)	กระบวนการ
<p>ชื่อหัวข้อ ของข้อกำหนดพื้นฐาน ทั้งหมด</p> <p>ข้อกำหนดโดยรวม ของหัวข้อ แยกเป็นแต่ละเรื่อง ที่ควรพิจารณา</p> <p>ประเด็นพิจารณา</p>	<p>ให้อธิบายการดำเนินการที่ผู้นำระดับสูงใช้ในการชี้แนะและทำให้องค์กรยั่งยืน รวมทั้งอธิบาย การดำเนินการที่ผู้นำระดับสูงสื่อสารกับพนักงาน และกระตุ้นให้มีผลการดำเนินการที่ดี</p> <p>ให้อธิบายการตอบคำถามต่อไปนี้</p> <div style="background-color: #fff9e6; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>ก. วิสัยทัศน์และค่านิยม</p> <p>(1) ผู้นำระดับสูงดำเนินการอย่างไรในการกำหนดวิสัยทัศน์และค่านิยม ผู้นำระดับสูง ดำเนินการอย่างไรในการถ่ายทอดวิสัยทัศน์และค่านิยม โดยผ่านระบบการนำองค์กร ไปยังพนักงานทุกคน ผู้ส่งมอบและลูกค้าที่สำคัญ รวมทั้งลูกค้า (*) เพื่อนำไปปฏิบัติ การปฏิบัติงานของผู้นำระดับสูงสะท้อนถึงความมุ่งมั่นต่อค่านิยมขององค์กรอย่างไร</p> <p>(2) ผู้นำระดับสูงดำเนินการอย่างไรในการสร้างบรรยากาศเพื่อส่งเสริม และให้มีพฤติกรรม ที่ปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม</p> <p>(3) ผู้นำระดับสูงดำเนินการอย่างไรในการสร้างองค์กรให้เป็นองค์กรที่มีความยั่งยืน ผู้นำระดับสูงดำเนินการอย่างไรในการสร้างบรรยากาศเพื่อให้เกิดการปรับปรุง ผลการดำเนินการ การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ นวัตกรรม และความคล่องตัว ขององค์กร ผู้นำระดับสูงดำเนินการอย่างไรในการสร้างบรรยากาศเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ทั้งในระดับองค์กรและพนักงาน ผู้นำระดับสูงมีส่วนร่วมโดยตรงอย่างไรในการวางแผน สืบทอดตำแหน่ง และการพัฒนาผู้นำในอนาคตขององค์กร</p> </div> <div style="background-color: #fff9e6; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>ข. การสื่อสารและผลการดำเนินการขององค์กร</p> <p>(1) ผู้นำระดับสูงดำเนินการอย่างไรในการสื่อสาร การให้อำนาจในการตัดสินใจ และการจูงใจ พนักงานทุกคนทั่วทั้งองค์กร ผู้นำระดับสูงดำเนินการอย่างไรในการกระตุ้นให้เกิดการ สื่อสารที่ตรงไปตรงมาและเป็นไปในลักษณะสองทิศทางทั่วทั้งองค์กร ผู้นำระดับสูง มีบทบาทอย่างจริงจังในเรื่องการให้รางวัลและการยกย่องชมเชยพนักงานอย่างไร เพื่อเสริมสร้างให้เกิดผลการดำเนินการที่ดี รวมทั้งการมุ่งเน้นลูกค้าและธุรกิจ</p> <p>(2) ผู้นำระดับสูงดำเนินการอย่างไรในการทำให้เกิดการมุ่งเน้นการปฏิบัติการเพื่อบรรลุ วัตถุประสงค์ขององค์กร ปรับปรุงผลการดำเนินการ และบรรลุวิสัยทัศน์ในการคาดหวัง ผลการดำเนินการขององค์กรนั้น ผู้นำระดับสูงดำเนินการมุ่งเน้นการสร้างคุณค่า และทำให้เกิดความสมดุลของคุณค่าระหว่างลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นอย่างไร</p> </div>	
<p>หมายเหตุ มีจุดประสงค์เพื่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายคำศัพท์ และข้อกำหนดที่ สำคัญให้ชัดเจน 2. ให้คำแนะนำ ในการตอบ 3. ระบุหรืออธิบาย ความเชื่อมโยง ที่สำคัญ <p>หมายเลขที่จะพบ คำอธิบายหัวข้อ</p>	<p>หมายเหตุ :</p> <p>หมายเหตุ 1 วิสัยทัศน์ขององค์กร (1.1ก.(1)) ควรเป็นตัวกำหนดบริบทของวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่ได้อธิบายไว้ในหัวข้อ 2.1 และ 2.2</p> <p>หมายเหตุ 2 องค์กรที่มีความยั่งยืน (1.1ก.(3)) เป็นองค์กรที่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นทางธุรกิจในปัจจุบัน รวมทั้งมีความคล่องตัวและการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ที่ทำให้องค์กรมีความพร้อมต่อสภาพแวดล้อมทางธุรกิจและตลาดในอนาคต ในที่นี้แนวคิดเรื่องนวัตกรรม รวมถึงนวัตกรรมทั้งด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมขององค์กรที่จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จในอนาคต</p> <p>หมายเหตุ 3 การมุ่งเน้นการปฏิบัติการ (1.1ข.(2)) ต้องคำนึงถึงบุคลากรและสินทรัพย์ที่จับต้องได้ (hard assets) รวมถึงการปรับปรุงผลผลิตภาพที่ดำเนินการอยู่ซึ่งอาจบรรลุได้ โดยการลดของเสียหรือลดรอบเวลา และอาจใช้เทคนิคเช่น Six Sigma, Lean Production และการปฏิบัติการเพื่อให้อัตราผลผลิตขององค์กรเชิงกลยุทธ์ขององค์กร</p> <p>หมายเหตุ 4 ผลลัพธ์การดำเนินการขององค์กรควรรายงานในหัวข้อ 7.1-7.6</p> <p>คำอธิบายเพิ่มเติมของหัวข้อให้ดูที่หน้า 65</p>	

ข้อกำหนดต่าง ๆ
ที่เป็นคำถาม
ในแต่ละประเด็น
พิจารณา



รู้จักแชมป์

ก่อนที่จะทำการเรียนรู้จากแชมป์ ขอแนะนำให้ทุกท่านรู้จักแชมป์กันก่อน เพื่อทำความเข้าใจ ลักษณะขององค์กร ลักษณะของธุรกิจ ปัญหาและความท้าทายที่เผชิญ และแนวทางที่ใช้ในการปรับปรุงผลการดำเนินการ ซึ่งแชมป์เป็นที่เราจะศึกษาเรียนรู้ในครั้งนี้ มีด้วยกัน 3 องค์กร คือ

Saint Luke's Hospital of Kansas City	2003 MBNQA Winner
Robert Wood Johnson University Hospital	2004 MBNQA Winner
Bronson Methodist Hospital	2005 MBNQA Winner

SAINT LUKE'S HOSPITAL (SLH)



Saint Luke's Hospital of Kansas City (SLH) เป็นโรงพยาบาลขนาด 582 เตียง จัดเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ที่สุดใน Kansas City ก่อตั้งเมื่อปี ค.ศ. 1882 มีพนักงาน 3,186 คน แพทย์ 500 คน เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ในทุกสาขาทางการแพทย์

SLH เป็นโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ที่ไม่ค้ากำไร ในสังกัดของ Protestant Episcopal Church โดยมีบิชอปของ Diocese เป็นประธาน Board of Directors ของโรงพยาบาล

SLH ยังเป็นโรงเรียนแพทย์เอกชนในสังกัดคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย Missouri ให้บริการในระดับตติยภูมิ เป็นสถานที่ฝึกอบรมแพทย์ทั้งในระดับปริญญา และหลังปริญญา รวมทั้งการศึกษาวิจัยทางคลินิก เป็นโรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในระบบ Saint Luke's Health System

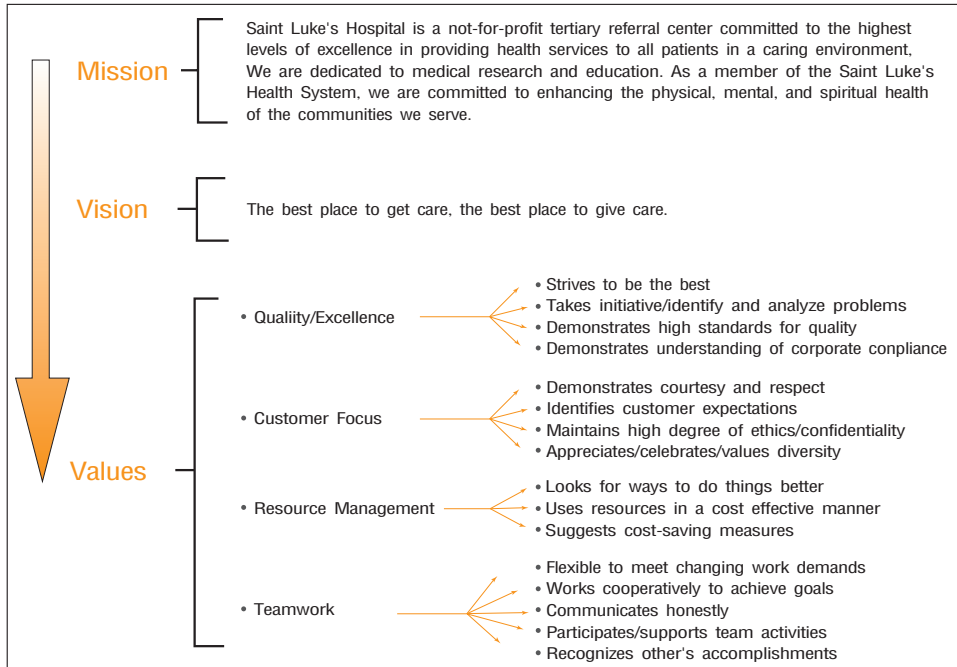
SLH มีวิทยาลัยพยาบาลของตนเอง ทั้งยังเป็นแหล่งฝึกอบรมด้านรังสีเทคนิค เกษศกรรม เทคนิคการแพทย์ และจิตวิญญาณ (Spiritual Well Being)

SLH ใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Care Process) ในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกคนโดยใช้แผนการรักษา (Care Plan) เป็นสื่อกลางในการบรรลุผลการรักษาที่เป็นเลิศ และความพึงพอใจของผู้ป่วย นอกจากนี้มีการจัดตั้งทีมดูแลรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Care Team-MCT) ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ ตลอดจน นักกายภาพบำบัด นักกำหนดอาหาร นักบำบัดทางเดินหายใจ นักสังคมสงเคราะห์ และเภสัชกร ทีม MCT เหล่านี้มีการจัดทำ Clinical Pathways (แนวทางในการดูแลรักษาโรคซึ่งจัดทำล่วงหน้าโดยใช้หลักฐานที่เป็นวิทยาศาสตร์ที่ผ่านการพิสูจน์และน่าเชื่อถือ) จำนวน 134 เรื่อง ผู้ป่วยราวร้อยละ 60 ได้รับการดูแลรักษาผ่าน Clinical Pathways เหล่านี้

ขีดความสามารถของ SLH อยู่ในระดับตติยภูมิ ประกอบด้วยสถาบันและศูนย์เฉพาะทางต่างๆ อาทิ

- สถาบันโรคหัวใจ (Mid America Heart Institute) ซึ่งสามารถให้การรักษาโรคหัวใจที่ซับซ้อน
- สถาบันโรคสมองและหลอดเลือดสมอง (Mid America Brain and Stroke Institute)
- ศูนย์อุบัติเหตุระดับ 1 ซึ่งเป็นระดับที่มีขีดความสามารถสูงสุด รับรองโดยรัฐ Missouri
- ศูนย์รังสีรักษาโดยใช้ Stereotactic Radiosurgery
- ศูนย์เปลี่ยนถ่ายไขกระดูก หัวใจ และไต
- ศูนย์ดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีอาการหนัก (Neonatal Intensive Care Nursery) ระดับ 3 ซึ่งเป็นระดับสูงสุด
- ศูนย์ความผิดปกติทางการนอน เป็นต้น

ภาพต่อไปนี้จะแสดงพันธกิจ วิสัยทัศน์ และค่านิยมของ SLH



กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และการรับรองคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับ SLH ได้แก่

- กฎหมายผู้พิการ
- มาตรฐานด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสุขอนามัย (OSHA)
- ข้อกำหนดด้านนิวเคลียร์
- การรับรองคุณภาพของ JACHO
- มาตรฐานวิทยาลัยพยาบาลอเมริกา
- มาตรฐานสมาคมคลังเลือดอเมริกา
- การรับรองคุณภาพบัณฑิตศึกษาของแพทย์
- ข้อกำหนดของคณะกรรมการทบทวนแพทย์ประจำบ้าน
- ข้อกำหนดของกองประกอบโรคศิลปะของแพทย์และพยาบาล
- การรับรองมาตรฐานการศึกษาต่อเนื่อง
- กฎหมายประกันสุขภาพ
- กฎหมายอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

การดำเนินการของ SLH นำโดย CEO และทีมบริหาร ภายใต้การกำกับดูแลของ Board of Directors ซึ่งคัดเลือกจากชุมชนจำนวน 52 คน ทิศทางใหญ่ขององค์กรกำหนดโดย Saint Luke's Health System (SLHS) ซึ่งผู้บริหารหลายคนของ SLH จะร่วมอยู่ในการประชุม SLHS เพื่อร่วมกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และแผนงานในระดับ System ด้วย

กลุ่มผู้รับบริการหลักของ SLH ประกอบด้วย

ผู้รับบริการ	ความต้องการหลัก
ผู้ป่วยและครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> • ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ • การเข้าถึง • การตอบสนอง • ความเอื้ออาทร • ความรู้ความสามารถ
แพทย์ประจำบ้านและนักศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> • ความรู้ความสามารถ • มาตรฐานการศึกษา

ปัจจัยหลักที่ขับเคลื่อนความพึงพอใจของผู้รับบริการของ SLH มี 3 ประการ ได้แก่ ระยะเวลารอคอย การตอบสนองต่อข้อร้องเรียน และผลการรักษา

กลุ่มพันธมิตรและผู้ส่งมอบที่สำคัญของ SLH ประกอบด้วย

พันธมิตรและผู้ส่งมอบสำคัญ	ความสำคัญ	ความต้องการหลัก
พันธมิตร <ul style="list-style-type: none"> แพทย์ Johnson Control 	<ul style="list-style-type: none"> ให้การรักษา บำรุงรักษาสิ่งอำนวยความสะดวก 	<ul style="list-style-type: none"> การรับเป็นผู้ป่วยใน การส่งต่อผู้ป่วย ความรู้ความสามารถ ความพอใจของผู้ป่วย การจัดการทรัพยากร ความรวดเร็ว ความถูกต้อง กระบวนการที่บูรณาการ
ผู้ส่งมอบหลัก <ul style="list-style-type: none"> Burrows Amerisource Bergen Sysco Cardinal Source One Medtronics McKesson 	<ul style="list-style-type: none"> เครื่องมือ เวชภัณฑ์ ยา อาหารและโภชนาการ ผลิตภัณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ ผลิตภัณฑ์ทางรังสีวิทยา เวชภัณฑ์ด้านหลอดเลือดหัวใจ ผลิตภัณฑ์และบริการด้าน IT 	<ul style="list-style-type: none"> ราคาเหมาะสม การส่งมอบทันเวลา ความถูกต้องของใบเสร็จ คุณภาพของผลิตภัณฑ์

คู่แข่งสำคัญของ SLHS ในตลาดบริการสุขภาพซึ่งครอบคลุมตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ การรักษาแบบผู้ป่วยใน การฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลที่บ้าน และการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ กลุ่ม Hospital Corporation of America (HCA) โดยที่กลุ่ม SLHS มี 3 โรงพยาบาลในย่าน Kansas City ในขณะที่กลุ่ม HCA มี 10 โรงพยาบาล ส่วนคู่แข่งสำคัญระดับตติยภูมิในพื้นที่ของ SLH ได้แก่ Research Medical Center, Kansas University Medical Center, Shawnee Mission Medical Center, Independence Regional Medical Center, Providence Medical Center และ North Kansas City Hospital

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญของ SLH ได้แก่

SLH Significant Issues, 2003-2005
- Providing an adequate, adaptive and diverse workforce
- Simultaneously, serving, strategically planning with and competing with physicians
- Preparing for another round of consolidation and/or new competitors in the marketplace
- Assuring patient privacy, safety and reduction of medical errors
- Managing the cost of providing quality care within current government and private sector allocations
- Embracing new technology responsibly
- Efficiently managing the indigent care burden
- Gaining access to capital for renovation and market expansion
- Assuring customer satisfaction
- Complying with regulatory requirements
- Addressing physician compensation and reimbursement issues

SLH ใช้ 3 แนวทางหลักในการปรับปรุงผลการดำเนินการ ได้แก่

- การนำระบบ Performance Improvement Model ซึ่งประกอบด้วยการออกแบบการจัดการ และการปรับปรุงมาใช้ในชีวิตประจำวัน
- การนำระบบ Balanced Scorecard และ Process Level Scorecard มาใช้ ซึ่งมีการทบทวนผลการดำเนินการทุกเดือนและทุกไตรมาส
- การประเมินตนเองโดยใช้เกณฑ์ Baldrige เป็นประจำทุกปีตามโปรแกรมที่ SLH เรียกว่า Commitment to Excellence Program

SLH ค้นหาและแลกเปลี่ยนความรู้ผ่านหลายช่องทาง อาทิ การจัดทำแผนปฏิบัติการราย 90 วัน การประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้รายเดือน การสัมมนา Best Practice รายไตรมาส การประกวด Quality Teamwork Award รวมทั้ง Best Practice Sharing Day เป็นต้น

SLH มีการประเมินตนเองตามโปรแกรม Commitment to Excellence Program ตั้งแต่ปี 1995 รวม 8 ครั้ง โดยส่งเข้าประกวด Missouri Quality Award จำนวน 3 ครั้ง ประเมินโดยอิสระ 3 ครั้ง และ MBNQA อีก 2 ครั้ง ส่งผลให้ SLH ได้รับรางวัล Missouri Quality Award 3 ครั้ง เป็น 1 ใน 4 โรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจเยี่ยมจาก MBNQA ในปี 2002 และได้รับรางวัล MBNQA ในที่สุดเมื่อปี 2003 ใช้เวลาทั้งสิ้น 8 ปี

Robert Wood Johnson University Hospital at Hamilton (RWJ) เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ค้ากำไร ตั้งอยู่ใน Mercer County รัฐ New Jersey ก่อตั้งมาตั้งแต่ปี 1940 ปัจจุบันโรงพยาบาล RWJ เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสุขภาพ Robert Wood Johnson Health System and Network ซึ่งให้การดูแลสุขภาพครอบคลุมประชากร 350,000 คน

RWJ มีขนาด 200 เตียง มีพื้นที่ราว 60 เอเคอร์ มีแพทย์ 650 คน พนักงาน 1,650 คน ผู้ป่วยในราว 14,000 คนต่อปี ผู้ป่วยฉุกเฉิน 49,500 คนต่อปี มีรายได้ราว 160 ล้านดอลลาร์ต่อปี

การให้บริการของ RWJ ประกอบด้วยทั้งการให้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และการให้บริการชุมชนด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การค้นหาโรค และการป้องกันโรคผ่านแนวทางที่เรียกว่า Excellence Through Service ภายใต้พันธกิจและวิสัยทัศน์ ดังนี้

MISSION

Robert Wood Johnson University Hospital at Hamilton is committed to **Excellence Through Service**. We exist to promote, preserve and restore the health of our community.

VISION

Our Vision is to passionately pursue the health and well-being of our patients, employees and the community through our culture of exceptional service and commitment to quality.

VALUES

Quality Understanding Excellence Service Teamwork

PILLARS OF EXCELLENCE

People - focus on our internal customers

Service - focus on our external customers

Quality - focus on clinical and operational outcomes

Finance - focus on financial performance

Growth - focus on developing services to meet customer needs

RWJ มุ่งมั่นที่จะสรรสร้างบริการระดับ 5 ดาว (5 Stars Service Standard) ผ่านค่านิยมหลักขององค์กร และการคัดสรรบุคลากรที่มีคุณลักษณะที่สอดคล้องกับค่านิยมที่ต้องการ

ภาพต่อไปนี้เป็นแสดงลักษณะโดยรวมของบุคลากรของ RWJ

Leadership	Management: 3.3%	Non-Management: 96.7%		
Gender	Female: 82%		Male: 18%	
Education	High School: 22%	College: 74%	Graduate: 4%	
Position	Nursing: 32%	Technical: 23%	Professional: 7%	Other: 38%
Shift	Day: 78%		Evening: 12%	Night: 10%
Ethnicity	Caucasian: 63%	Black: 21%	Hispanic: 5%	Other: 11%

กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับสำคัญที่เกี่ยวข้องของ RWJ ได้แก่

Legal / Regulatory	
HIPAA	Privacy and security of health information
EEOC	Non-discrimination of employees
EMTALA	On-call physicians, patient transfer consents
FLSA	Fair and equitable labor practices
Occupational Health and Safety	
OSHA	Workplace safety and infection control
Accreditation and Licensure	
JCAHO	Standards for business and clinical accreditation
NJDHSS	Standards for services, facilities and staffing
Financial and Environmental	
CMS/OIG	Medicare/Medicaid Billing
EPA	Environmental impact

กลุ่มผู้รับบริการหลักและลูกค้าของ RWJ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วย พนักงาน และชุมชน ซึ่งความต้องการหลักของแต่ละกลุ่ม ดังรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

กลุ่มลูกค้า	ความต้องการหลัก
ผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็นผู้ป่วยใน (ทั้งปัจจุบันและอนาคต) ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วยแบบเข้ามาเย็นกลับ	<ol style="list-style-type: none"> 1. สะดวกสบาย เข้าถึงได้ตลอดเวลา 2. การบริการที่ปลอดภัยและเอื้ออาทร 3. ข้อมูลและการบริการเชิงส่งเสริมและป้องกัน 4. เทคโนโลยี เครื่องมือ และบริการทางการแพทย์ที่ทันสมัย 5. หลักประกันด้านสิทธิผู้ป่วย รวมทั้ง การจัดการความเจ็บปวด ความเป็นส่วนตัว และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 6. การบริการที่ได้ประสิทธิภาพ รวดเร็ว 7. ผลการรักษาที่ดี
พนักงาน ซึ่งแบ่งเป็น พนักงานปัจจุบัน พนักงานในอนาคต และอดีตพนักงาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าตอบแทนและผลประโยชน์ที่จูงใจ 2. โปรแกรมการพัฒนาและให้การศึกษา 3. การสื่อสารแบบตรงไปตรงมาจากผู้นำ 4. สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี 5. เครื่องมืออุปกรณ์และการอบรม 6. สมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน
ชุมชน ซึ่งแบ่งเป็น Primary และ Secondary service area	<ol style="list-style-type: none"> 1. สารสนเทศด้านสุขภาพเชิงส่งเสริมและป้องกัน 2. การสนับสนุนองค์กรของชุมชน 3. การเข้าถึงที่สะดวก 4. การดูแลรักษาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิผล

พันธมิตรและผู้ส่งมอบที่สำคัญของ RWJ ได้แก่

- แพทย์ ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งใน Board of Trustee และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- ผู้ชำระเงิน (Payer)
- บริษัทฯ และเวชภัณฑ์ ตลอดจนเครื่องมือแพทย์

ในรัศมี 15 ไมล์รอบ RWJ มีโรงพยาบาลที่เป็นคู่แข่งโดยตรงทั้งในแง่ส่วนแบ่งตลาด และคุณภาพการรักษากว่า 4 โรงพยาบาล ซึ่งจากการสำรวจพบว่า RWJ เป็นผู้นำในทุกด้าน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของ RWJ ประกอบด้วยเสาหลัก 5 ด้าน (5 Pillars of Excellence) ดังนี้

- People : การเป็นองค์กรผู้ว่าจ้างชั้นเลิศ (Outstanding Employer)
- Service : การสร้างวัฒนธรรมบริการจนเกิดเป็น The consumer's choice for hospital service
- Quality : ความเป็นเลิศด้านผลลัพธ์ทางคลินิกและบริการ
- Finance : ผลลัพธ์ด้านการเงินที่ดี เพียงพอที่จะลงทุนและขยายตัวตามความต้องการของชุมชน
- Growth : การสร้างพันธมิตรอย่างแนบแน่นกับแพทย์ ชุมชน และองค์กรต่างๆ รวมทั้งพันธมิตรเชิงกลยุทธ์กับ Robert Wood Johnson Health System and Network

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ของ RWJ ประกอบด้วย

- ข้อจำกัดด้านอาคารสถานที่อันเกิดจากการขยายตัวที่รวดเร็วใน 6 ปีที่ผ่านมา
- การแข่งขันที่ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น
- การรักษาสมดุลระหว่างความเป็นเลิศกับข้อจำกัดด้านการเงิน
- การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่รวดเร็ว

แนวทางโดยรวมที่ RWJ ใช้ในการปรับปรุงผลการดำเนินการ ประกอบด้วย

- การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ “มุ่งสู่มาตรฐานที่ดีกว่า - to a higher standard” ผ่านการทำแผนปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร และ Patient Safety Plan
- ระบบการปรับปรุงผลการดำเนินการองค์กร แบ่งเป็น 2 แบบคือ “Run the Business” และ “Change the Business”
- ระบบวัดผลการดำเนินการขององค์กร
- การใช้วงล้อ PDCA ในการพัฒนาคุณภาพ และกระบวนการ Six Sigma สำหรับปัญหาที่ซับซ้อน

RWJ เริ่มพัฒนาตามแนวทางของ Baldrige มาตั้งแต่ปี 1994 จนกระทั่งได้รับรางวัล New Jersey Governor's Award for Performance Excellence ในปี 2001 และได้รับรางวัล MBNQA ในปี 2004 ใช้เวลาทั้งหมด 10 ปีในการพัฒนา

โรงพยาบาล Bronson Methodist เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ไม่ค่ากำไร ก่อตั้งเมื่อปี 1900 ตั้งอยู่ที่เมือง Kalamazoo รัฐมิชิแกน ให้บริการด้านสุขภาพครอบคลุม 9 counties ประชากรราว 1 ล้านคน

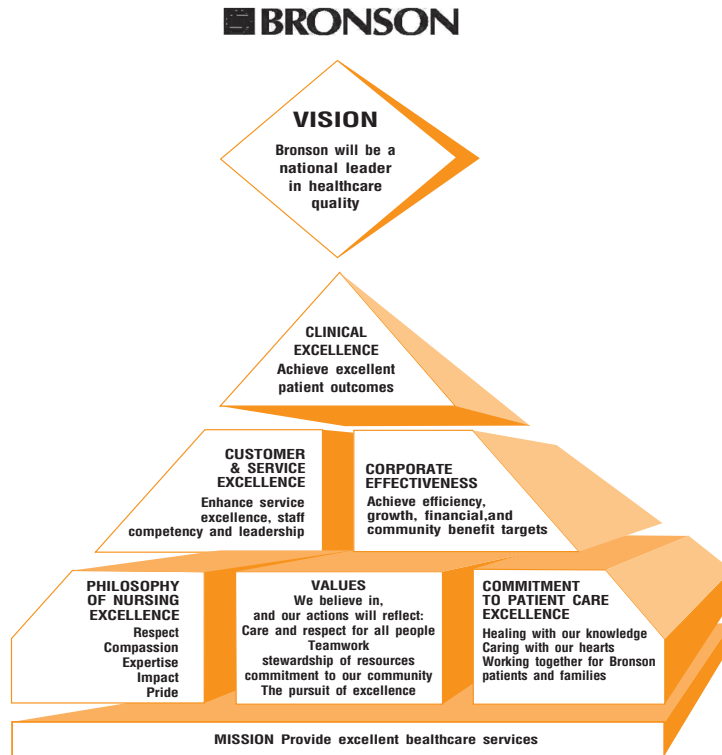
BMH มีจำนวนเตียง 343 เตียง พื้นที่ 28 เอเคอร์ แพทย์ 780 คน แพทย์ประจำ 20 คน พนักงาน 3,182 คน รักษาผู้ป่วยใน 21,728 คนต่อปี ผู้ป่วยฉุกเฉิน 77,728 คนต่อปี มี รายได้ปีละ 751 ล้านดอลลาร์ ร้อยละ 65 มาจากผู้ป่วยใน

BMH เป็นโรงพยาบาลธงของกลุ่ม Bronson Healthcare Group ดำเนินงานภายใต้ที่มบริหาร Board of Directors และ Plan for Excellence เดียวกัน

บริการหลัก ๆ ของ BMH ได้แก่ โรงพยาบาลหัวใจ Bronson โรงพยาบาลเด็ก Bronson, The Bronson Birthplace, Emergency and Express Care และศูนย์ต่างๆ อาทิ ศัลยกรรม อายุรกรรม ออร์โธปิดิกส์ เป็นต้น

BMH มีขีดความสามารถในการรักษาระดับตติยภูมิ มีศูนย์อุบัติเหตุระดับ 1 ศูนย์ มารดาที่มีความเสี่ยงสูง ศูนย์อภิบาลทารกแรกเกิดที่ป่วยหนักระดับ 3 ศูนย์อภิบาลเด็กที่ป่วยหนัก และศูนย์โรคหลอดเลือดในสมอง (Primary Stroke Center) ที่ผ่านการรับรองโดย JACHO

ภาพต่อไปนี้แสดงวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และ Plan for Excellence ของ BMH



ความต้องการของลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักของ BMH ได้แก่

กลุ่มลูกค้า	ความต้องการ	Market Segment
ผู้ป่วย (และครอบครัว)	<ul style="list-style-type: none"> ผลการรักษาที่มีคุณภาพ การสื่อสารที่ดี ความเอื้ออาทร การตอบสนอง ประสิทธิภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แบ่งตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ แบ่งตามบริการที่ให้ แบ่งตามกลุ่มอายุ
ชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> ภาวะผู้นำและการสนับสนุน การเข้าถึงบริการ ข้อเสนอเทศด้านสุขภาพ ผลงานที่มีคุณภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> แบ่งตามองค์กร แบ่งตามที่ตั้งทางภูมิศาสตร์

BMH จัดให้แพทย์เป็นพันธมิตรที่สำคัญที่สุดเนื่องจากเป็นผู้ส่งผู้ป่วยเข้ามารักษาในโรงพยาบาลและทำการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ตารางต่อไปนี้จะแสดงความคาดหวังของแพทย์และโรงพยาบาลที่มีต่อกัน

ความคาดหวังของแพทย์ต่อโรงพยาบาล	ความคาดหวังของโรงพยาบาลต่อแพทย์
<ul style="list-style-type: none"> ● การเข้าถึงบริการ ● ประสิทธิภาพ ● การสื่อสาร ● การตอบสนอง ● ความรู้ความสามารถของบุคลากร ● ความพึงพอใจของผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> ● การนำผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาลและการส่งต่อ ● ผลการรักษาที่เป็นเลิศ ● ความร่วมมือที่ดี ● ความพึงพอใจของผู้ป่วย ● การใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า ● ความรู้ความสามารถของแพทย์ ● การให้การรักษานบนหลักฐานที่เป็นวิทยาศาสตร์

จากการสำรวจประจำปีของ Adam's Outdoor Survey, BMH ได้รับการจัดอันดับว่าเป็นผู้นำตลาดใน Kalamazoo ทั้งยังได้รับรางวัล The Consumer Choice Award Winner จาก National Research Corporation

ปัจจัยสำคัญแห่งความสำเร็จของ BMH เมื่อเทียบกับคู่แข่ง แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

<p>ความเป็นเลิศด้านคลินิก (Clinical Excellence)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การเป็นโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินการด้านคลินิกที่เป็นเลิศของประเทศ ● การดูแลรักษาบนพื้นฐานหลักฐานที่เป็นวิทยาศาสตร์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ผลการรักษาที่เป็นเลิศ ● การเป็นโรงพยาบาลที่เป็นที่ยอมรับว่ามีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย
<p>ความเป็นเลิศด้านลูกค้าและบริการ (Customer & Service Excellence)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การเป็นโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ทำงานในฝัน (Employer of Choice) ● การเป็นที่กล่าวขานด้านวัฒนธรรมบริการที่เป็นเลิศ ● การส่งเสริมวัฒนธรรมสู่ความเป็นเลิศ และให้คุณค่ากับความหลากหลาย การทำงานเป็นทีม การเรียนรู้ และนวัตกรรม
<p>ความเป็นเลิศด้านประสิทธิผลองค์กร (Corporate Effectiveness)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การมีผลประกอบการด้านการเงินที่ดี เพียงพอต่อการลงทุน การเติบโต และการดำรงอยู่อย่างยั่งยืน ● การเป็นพันธมิตรกับแพทย์ ชุมชน และอื่น ๆ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน ● การใช้เกณฑ์ Baldrige ในการปรับปรุงกระบวนการและผลการดำเนินการขององค์กร

ตารางต่อไปนี้แสดงความท้าทายเชิงกลยุทธ์ของ BMH

ความเป็นเลิศด้านคลินิก (Clinical Excellence)
<ul style="list-style-type: none"> • การใช้การดูแลรักษาบนหลักฐานที่เป็นวิทยาศาสตร์เพื่อผลการรักษาที่ได้คุณภาพสูงอย่างต่อเนื่อง • การตอบสนองต่อจำนวนผู้ป่วยที่สูงขึ้นรวมทั้งสภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น
ความเป็นเลิศด้านลูกค้าและบริการ (Customer & Service Excellence)
<ul style="list-style-type: none"> • การสรรหา อัตรากำลัง และการพัฒนาผู้นำ พนักงาน และแพทย์ที่มีคุณภาพสูงภายใต้สภาวะการขาดแคลนแรงงานด้านสุขภาพ ในขณะที่แรงงานที่มีอยู่ในปัจจุบันมีวิวัฒนาการที่สูงขึ้นเรื่อยๆ • การค้นหากลยุทธ์ที่เหมาะสมเพื่อจัดการกับความหลากหลาย • การจัดการกับความคาดหวังของลูกค้าที่สูงขึ้น
ความเป็นเลิศด้านประสิทธิภาพองค์กร (Corporate Effectiveness)
<ul style="list-style-type: none"> • การจัดการกับข้อจำกัดด้านขีดความสามารถขององค์กรในขณะที่ความต้องการด้านบริการสุขภาพเติบโตขึ้นเรื่อยๆ • การอัตรากำลังซึ่งอัตราการเติบโตของผลกำไร และมีเงินทุนที่เพียงพอต่อความต้องการ ในขณะที่การเบิกจ่ายเงินจากผู้ชำระเงินทุกกลุ่ม (Reimbursement) ลดลงอย่างต่อเนื่อง

แนวทางโดยรวมที่ BMH ใช้ในการปรับปรุงผลการดำเนินการสู่ความเป็นเลิศ ประกอบด้วย ระบบการจัดการผลงาน ซึ่งประกอบด้วย การติดตามผลงานรายวัน รายเดือน รายไตรมาส ของกรรมการบริหาร และคณะกรรมการบริษัท โดยติดตามจาก Scorecard ระดับต่างๆ และนำไปสู่การปรับปรุงที่ดีขึ้น การเรียนรู้และพัฒนาของ BMH ใช้วงล้อ Plan-Do-Check-Act นอกจากนี้ยังใช้เกณฑ์ Baldrige ในการประเมินและปรับปรุง กระบวนการและผลการดำเนินการขององค์กร โดย BMH ได้เริ่มพัฒนาตามแนวทางของ Baldrige มาตั้งแต่ปลายทศวรรษ 1990 จนได้รับรางวัล Michigan Leadership Award ในปี 2001 และได้รับรางวัล MBNQA ในปี 2005

สรุป



ถึงตรงนี้ คิดว่าทุกท่านคงมีความเข้าใจและรู้จักแซมเปียนที่เราจะเรียนรู้พอสมควร ลำดับจากนี้ไป ถึงเวลาที่จะเจาะลึกเพื่อเรียนรู้จากแซมเปิ้ลแล้วครับ



การนำองค์กร

เกณฑ์รางวัล



1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง

70 คะแนน

ให้อธิบายการดำเนินการที่ผู้นำระดับสูงใช้ในการชี้นำและทำให้องค์กรยั่งยืน รวมทั้งอธิบายการดำเนินการที่ผู้นำระดับสูงสื่อสารกับพนักงาน และกระตุ้นให้มีผลการดำเนินการที่ดี

จุดประสงค์



หัวข้อนี้ตรวจสอบประเมินแง่มุมที่สำคัญของความรับผิดชอบของผู้นำระดับสูง และยังตรวจสอบประเมินวิธีการที่ผู้นำระดับสูงกำหนดและสื่อสารวิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์กร หัวข้อนี้มุ่งเน้นที่การปฏิบัติการของผู้นำระดับสูงในการสร้างและรักษาให้องค์กรมีผลการดำเนินการที่ดีอย่างยั่งยืน

เรียนจากแบบ



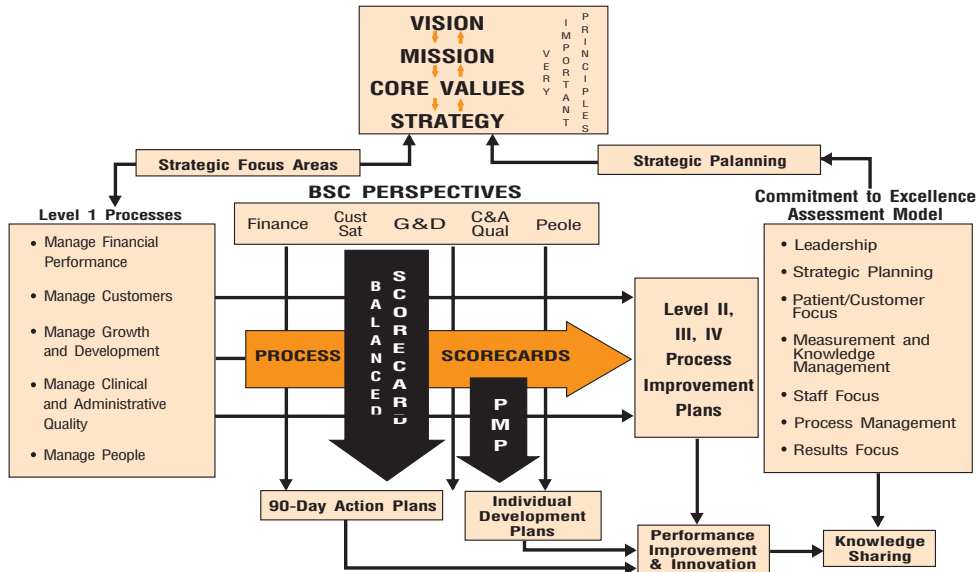
>> SLH

ระบบการนำของ SLH ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ๆ ได้แก่ (approach-deploy)

- การจัดโครงสร้างองค์กรที่เอื้อให้เกิดความคล่องตัว การตัดสินใจที่รวดเร็ว และการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์ ผู้บริหาร และ Board of Directors ซึ่งโครงสร้างองค์กรหลักประกอบด้วย
 - Board of Directors ซึ่งเป็นตัวแทนจากชุมชนจำนวน 52 คน รับผิดชอบทางด้านกฎหมายและผลการดำเนินการขององค์กรในทุกด้าน และเป็นผู้อนุมัติแผนกลยุทธ์
 - Executive Council นำโดย CEO และ COO ทำหน้าที่จัดทำแผนกลยุทธ์และบริหารจัดการองค์กร
 - Medical Staff Executive Committee และ Medical Staff Board รับผิดชอบปกครองดูแลแพทย์ ตลอดจนคุณภาพและผลงานด้านการรักษาผู้ป่วย
 - Hospital Leadership Group ประกอบด้วยคณะกรรมการ Executive Council และผู้จัดการฝ่ายทุกฝ่ายรวมทั้งผู้นำฝ่ายแพทย์ เพื่อให้เกิดการสื่อสาร การประสานงาน และความร่วมมือ ตลอดจนติดตามความก้าวหน้าเพื่อบรรลุทิศทางและเป้าหมายที่กำหนด
 - Performance Improvement Steering Committee ประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูงและตัวแทนแพทย์ ตลอดจนผู้บริหารที่รับผิดชอบ Balanced Scorecard แต่ละ perspective และฝ่ายคุณภาพ รวมทั้ง CEO ของโรงพยาบาล และผู้บริหารของศูนย์หัวใจและหลอดเลือด ศูนย์สตรีและเด็ก ศูนย์มะเร็ง ทำหน้าที่ในการทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุง และทำให้เกิดนวัตกรรมทั่วทั้งองค์กร
- การกำหนดหลักการสำคัญ (Very Important Principles) เพื่อใช้เป็นกรอบในการสร้างให้ SLH เป็นองค์กรที่มุ่งพันธกิจและมุ่งค่านิยมเป็นหลัก
- ระบบ Balanced Scorecard (BSC) เพื่อทำให้องค์กรมุ่งความสำเร็จตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และเป้าหมายขององค์กร
- ระบบการจัดการผลการดำเนินการ (Performance Management Process) ซึ่งมุ่งเน้นการเสริมพลัง (Empowerment) นวัตกรรม และการเรียนรู้ทั้งในระดับองค์กรและระดับบุคคล

รูปต่อไปนี้เป็นแสดงระบบการนำของ SLH

SLH Leadership for Performance Excellence Model



การกำหนดทิศทางและเป้าหมายองค์กรของ SLH ผ่านกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ โดยเริ่มต้นจากการกำหนด Strategic Focus Area ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ ในอนาคตของ SLH กำหนด Significant Issues ซึ่งเป็นความท้าทายเชิงกลยุทธ์สำคัญ ที่องค์กรต้องเอาชนะให้ได้ ต่อมา กำหนด Strategic Aim Statement หรือวัตถุประสงค์เชิง กลยุทธ์ และจัดทำ Strategic Action Plan หลังจากนั้นฝ่ายต่างๆ จะจัดทำ แผน 90 วัน (90-Day Action Plan) เพื่อตอบสนองต่อ Strategic Action Plan รวมทั้งจัดทำแผนงาน รายบุคคลเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และค่านิยมองค์กรเป็นลำดับถัดไป (แสดง integration ไปยังหมวดที่ 2 และ 5)

ผู้นำระดับสูงของ SLH ใช้หลากหลายวิธีในการสร้างให้เกิดการมุ่งเน้นการสร้างคุณค่าแก่ ผู้รับบริการ อาทิ

- Plan for Care and Services Manual การจัดทำคู่มือการให้บริการและแผน การดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้รับการปรับปรุงให้ทันสมัยเป็นประจำทุกปี
- Leadership Retreats การประเมินความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย และลูกค้าเป็นประจำระหว่างการวางแผนกลยุทธ์เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการ และความคาดหวังเหล่านั้นได้รับการตอบสนอง

- Administrator On Call มีการจัดเวรผู้บริหารคอยรับฟังและแก้ไขปัญหาตลอด 24 ชั่วโมง มีการจัดทำรายงานและทบทวนกันทุกสัปดาห์
- Open Door Policy ได้แก่การจัดให้มี ระบบติดตามตัว โทรศัพท์มือถือ และการเปิดโอกาสให้เข้าถึงได้ตลอดเวลา
- Administration Rounding การเยี่ยมผู้ป่วย และพนักงานตามหน่วยงานต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยมีการกำหนดคำถามที่เป็นมาตรฐาน เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานที่กำหนด
- Customer Satisfaction Research Program เพื่อให้ผู้บริหารได้รับทราบความต้องการ ความคาดหวังของตลาด ผู้ป่วย และผู้รับบริการ รวมทั้งระดับความพึงพอใจ

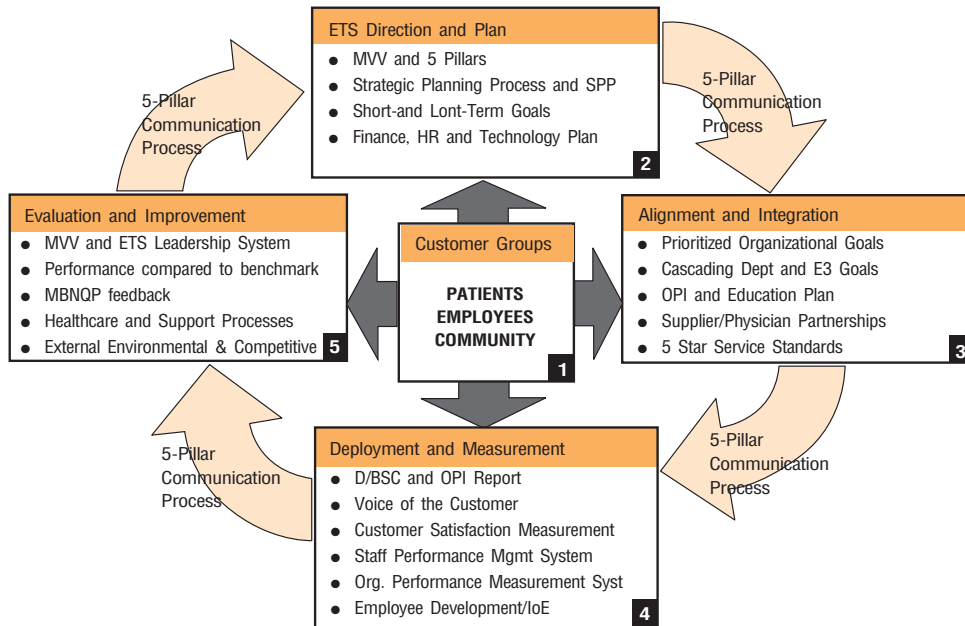
ผู้นำระดับสูงของ SLH ส่งเสริมการเรียนรู้และนวัตกรรม โดยผ่าน

- Leadership for Performance Excellence Model (ดั่งรูปที่นำเสนอข้างต้น)
- Balanced Scorecard Process
- Commitment to Excellence Assessment Model ซึ่งเป็นการประเมินองค์กรตามเกณฑ์ Baldrige
- Performance Improvement Model (ดูรายละเอียดในหมวดที่ 6)

เมื่อพบโอกาสพัฒนาจากการทบทวนผลการดำเนินการ SLH ใช้ Prioritization Grid ในการจัดลำดับความสำคัญเพื่อการพัฒนากระบวนการต่อไปดังรายละเอียดในรูปต่อไปนี้

	High Impact	Medium Impact	Little to No Impact
The process materially contributes to the strategic success of the Hospital and/or System			
The function/department/activity success is achieved through this process			
The process is a high priority for maintaining regulatory compliance			
The process failure will negatively affect a related process which exhibits one or more of the above characteristics			
The process is highly visible to our key customers			
If the process is allowed to deteriorate, it would be exceptionally costly to reinstate			
The process has a high cost associated with its daily operation			
The process has a strong relationship to driving one or more Scorecard measures			

ระบบการนำองค์กรของ RWJ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ดังภาพ (approach-deploy)



ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นตอนของการกำหนดทิศทางและแผนงานขององค์กรโดยผู้นำระดับสูงได้แก่ CEO และผู้ใต้บังคับบัญชาสายตรง (Executive Management Team) กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม บนพื้นฐานความต้องการและความคาดหวังจากผู้มีส่วนได้เสีย 3 กลุ่มหลัก คือ ผู้ป่วย พนักงาน และชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนของการกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม โดยผ่านกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ ทำให้ได้มาซึ่ง Strategic Positioning Plan, Financial Plan, HR Plan และ Technology Plan

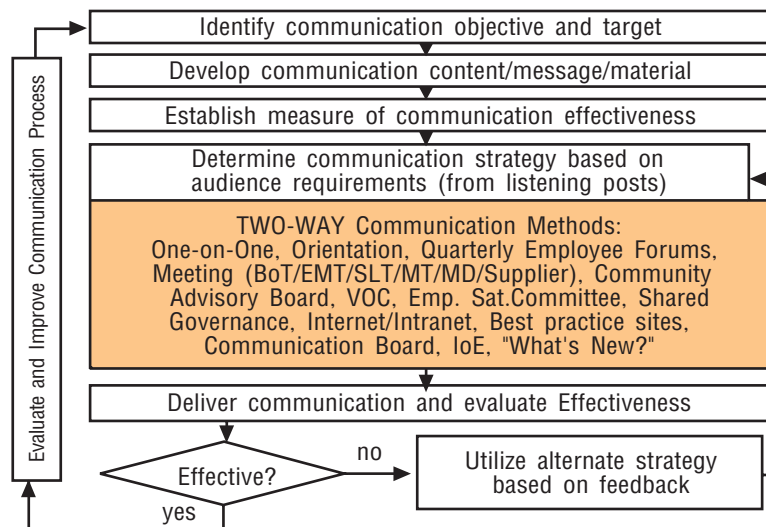
ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนของการถ่ายทอดเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ลงไปเป็นลำดับชั้นลงสู่ฝ่ายต่างๆ ซึ่งในแต่ละฝ่ายจะมีการจัดทำเป้าหมายรายบุคคลภายใต้หลักการ 3E คือ Engage Every Employee ทำให้ได้มาซึ่งแผนพัฒนาผลการดำเนินการและแผนพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยของแต่ละฝ่าย (Performance Improvement / Patient Safety Plan)

ขั้นตอนที่ 4 เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติตามแผนพัฒนาและการประเมินติดตามผลโดยใช้กระบวนการที่เรียกว่า Staff Performance Management System และระบบ

Organizational Performance Measurement System (ดังรายละเอียดในหมวดที่ 4 และ 5 ในหนังสือเล่มนี้) (learning-Integration)

ขั้นตอนที่ 5 เป็นขั้นตอนของการประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ค่าเทียบเคียง และคู่แข่ง รวมทั้งการประเมินองค์กรตามเกณฑ์ Baldrige เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาขององค์กร ซึ่งกระทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

RWJให้ความสำคัญกับการสื่อสารทิศทางองค์กรแบบสองทางภายใต้แนวคิดเสาหลักทั้ง 5 เป็นอย่างยิ่ง รูปต่อไปนี้แสดงการดำเนินการอย่างเป็นระบบในการสื่อสารเสาหลักทั้ง 5 ของ RWJ



ผู้บริหารระดับสูงของ RWJ สร้างบรรยากาศให้เกิดการเสริมพลังและนวัตกรรมผ่านกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

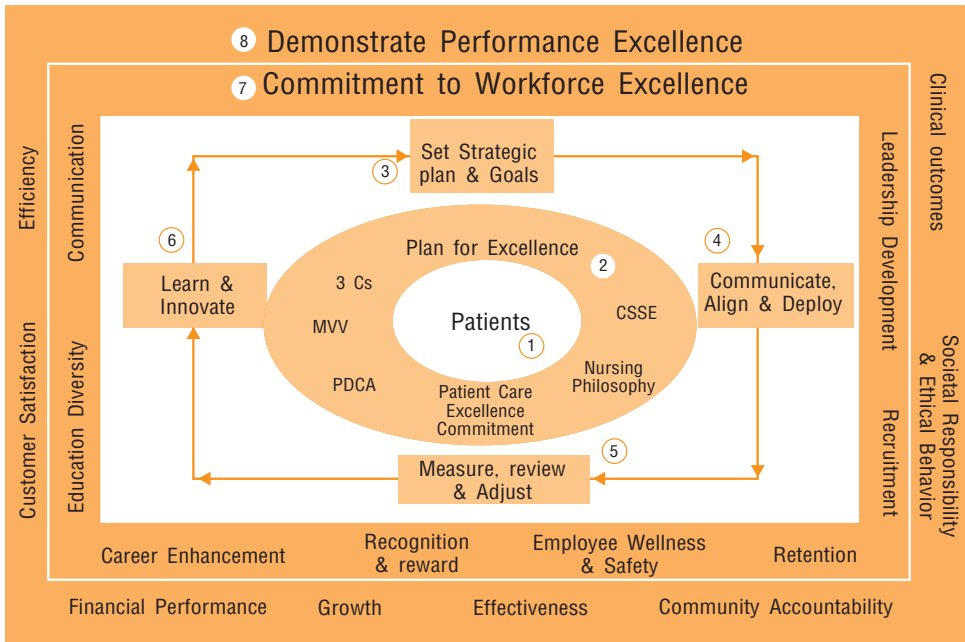
- Team Talk เป็นกิจกรรมด้านการบริการลูกค้าภายในซึ่งจะมีการให้ข้อมูลป้อนกลับซึ่งกันและกันระหว่างผู้ร่วมงานเป็นประจำทุกเดือนใน 4 ประเด็นคือ การตอบสนองระหว่างกัน win-win การสื่อสาร และการติดตามผล
- Shared Governance การส่งเสริมให้พยาบาลมีอำนาจในการตัดสินใจ และมีความรับผิดชอบมากขึ้นเพื่อพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วย
- Best Practice Sharing Technology การมี website ภายในที่ช่วยสร้างบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการปฏิบัติที่ดีและบทเรียนที่ได้รับ

- External Benchmarking การเทียบเคียงผลและกระบวนการกับองค์กรที่เป็นเลิศภายนอก
- Voice of Customer ระบบในการรวบรวม ติดตาม และค้นหาแนวโน้มของปัญหาทั้งของลูกค้าและพนักงาน รวมทั้งการมอบหมายให้มีการแก้ไขและป้องกันปัญหา
- Service Recovery Process การให้อำนาจตัดสินใจแก่พนักงานทุกคนในการแก้ไขปัญหอันเกิดจากการให้บริการ โดยสามารถมอบของที่อยู่ใน Gift Shop เพื่อแก้ไขปัญหาลูกค้าตามที่เห็นเหมาะสม
- การทำงานเป็นทีมของคณะกรรมการชุดต่างๆ เช่น Employee Satisfaction, Work-life, Diversity Committee เป็นต้น

ผู้บริหารระดับสูงของ RWJ ยังส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้โดยการพยายามสร้างโอกาสการเรียนรู้ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ อาทิ การจัดให้มีระบบการศึกษาต่อเนื่อง ระบบพี่เลี้ยง การแลกเปลี่ยน Best Practices และระบบการสื่อสาร นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรม โดยการสร้างวัฒนธรรม “Zero Tolerance” ต่อการประพฤติที่ไม่เหมาะสมทั้งหลาย มีการปฐมนิเทศและอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้เรื่องนี้แก่พนักงานทุกคนเป็นประจำทุกปี มี Compliance Hotline เพื่อให้สามารถร้องเรียนได้สะดวก โดยไม่ต้องเปิดเผยชื่อ รวมทั้งมีการกระตุ้นให้รายงานอุบัติการณ์ความผิดปกติต่างๆ เพื่อการปรับปรุง โดยไม่มีการกล่าวโทษ

>> **BMH**

ระบบการนำองค์กรของ **BMH** ประกอบด้วย 8 ขั้นตอนหลัก ดังภาพ (approach-deploy)



ขั้นตอนที่ 1 การยึดผู้ป่วยและความคาดหวังของผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง

ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำ Plan for Excellence (PFE) ซึ่งประกอบด้วย พันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ประจักษ์ในการให้การพยาบาล ความมุ่งมั่นในการให้การดูแลรักษาที่เป็นเลิศ การพัฒนาตามวงล้อ PDCA และมาตรฐานการให้บริการ (รายละเอียดโปรดศึกษาจากทฤษฎีจิ๊กแซมป์) ซึ่ง PFE นี้ได้รับการสื่อสารอย่างทั่วถึงทั้งองค์กร

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนและจัดทำแผนกลยุทธ์ประจำปี โดย Board of Director และคณะกรรมการบริหาร

ขั้นตอนที่ 4 การสื่อสาร ถ่ายทอด และการนำสู่การปฏิบัติโดยยึด 3C เป็นเสาหลักในการถ่ายทอดคือ Clinical Excellence (CE), Customer & Service Excellence (CASE) และ Corporate Effectiveness (CORE) (รายละเอียดโปรดศึกษาหมวดที่ 2 ในหนังสือเล่มนี้)

ขั้นตอนที่ 5 การติดตาม ประเมินผล โดยผู้นำระดับสูง ผ่าน Organization Scorecard และปรับปรุงผลงานโดยการจัดทำแผนปรับปรุงผลงานตามรายละเอียดที่กำหนดไว้ใน Strategic Management Model ขององค์กร (learning loop)

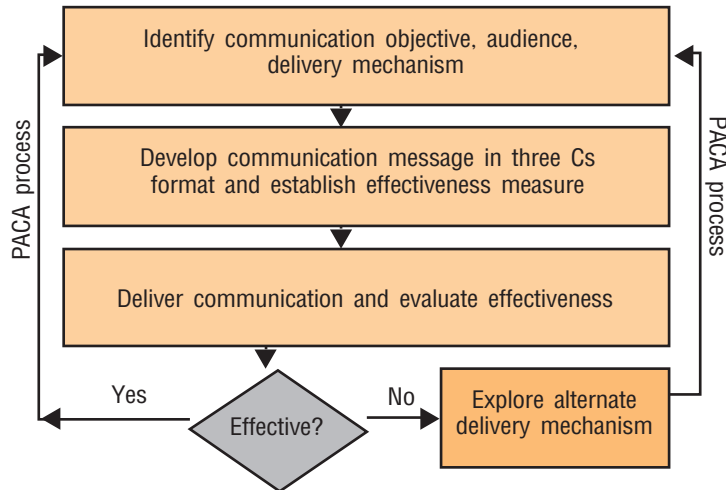
ขั้นตอนที่ 6 การเรียนรู้ และสร้างนวัตกรรม โดยผ่านวงล้อ PDCA ในทุกระดับจนเกิดเป็นวัฒนธรรม รวมทั้งการเรียนรู้จากการทบทวนตามระบบการนำองค์กรของผู้บริหารระดับสูง การเรียนรู้จากความสำเร็จของตนเอง และการเรียนรู้จาก Best Practice ทำให้เกิดแนวคิดและวิธีการปฏิบัติใหม่ๆ ในองค์กร

ขั้นตอนที่ 7 การมุ่งมั่นที่จะสร้างความเป็นเลิศของบุคลากร โดยผ่านแนวทางดังนี้

- **Leadership Decision-Making** การทบทวนโครงสร้างองค์กร และอำนาจดำเนินการเป็นประจำทุกปีเพื่อกระจายอำนาจการตัดสินใจ
- **Workforce development Plan** แผนพัฒนาบุคลากรซึ่งจะมีการทบทวนทุกปีระหว่างการวางแผนกลยุทธ์
- **Diversity Council, teams, committee** การจัดตั้งทีม และคณะกรรมการระดับต่างๆ ที่มีความหลากหลาย เพื่อกระจายอำนาจการตัดสินใจ และปรับปรุงผลการดำเนินการ
- **Listening Post Monitor System** ระบบการติดตามข้อมูลจากพนักงานที่รวดเร็ว ทันกาลเพื่อการพัฒนาและตอบสนองได้ตรงความต้องการ
- **Culture of Fun and Fabulous Prize** การสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่สนุกสนาน และมีรางวัลต่างๆ มากมาย

การดำเนินการทั้งหมดทั้งสิ้นตามระบบการนำองค์กรของ BMH ก็เพื่อนำไปสู่ผลการดำเนินการขององค์กรที่เป็นเลิศในด้านต่างๆ ในขั้นตอนที่ 8 ได้แก่ ด้านคลินิก ด้านความพึงพอใจของลูกค้า ด้านการเงิน ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านประสิทธิภาพประสิทธิผลขององค์กร ตลอดจนด้านความรับผิดชอบต่อสังคมนั่นเอง

รูปต่อไปนี้แสดงแนวทางในการสื่อสารทิศทางองค์กรของ BMH โดยยึด 3C (approach)



และเพื่อสร้างให้เกิดความยั่งยืนแก่องค์กร ผู้นำระดับสูงของ BMH ใช้แนวทางดังต่อไปนี้

- การกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ และค่านิยมที่ชัดเจน โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง
- กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ที่มีความสมดุลทั้งระยะสั้นและระยะยาว มีการวางแผนงานที่ครอบคลุมทั้งแผนระยะสั้น 1 ปี และแผนการเงิน 10 ปี
- การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร เพื่อตอบสนองกลยุทธ์ขององค์กร ทั้งระยะสั้นและระยะยาว
- ระบบการติดตามและจัดการผลการดำเนินการขององค์กร
- ระบบการปรับปรุงองค์กรอย่างต่อเนื่องโดยใช้วงล้อ PDCA
- ส่งเสริมการเรียนรู้และสร้างนวัตกรรม
- การสร้างผู้สืบทอดตำแหน่ง และการพัฒนาผู้นำ โดยจะมีการค้นหา High Achiever มีการทบทวนแผนผู้สืบทอดตำแหน่งเป็นประจำทุกปี มีการพัฒนาผู้นำใหม่โดยคณะกรรมการบริหารจะทำหน้าที่กำหนด เป็นพี่เลี้ยง และชี้แนะโอกาสก้าวหน้าในอาชีพ

(โปรดศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมในหมวดที่ 4 และ 5 ในหนังสือเล่มนี้)

>> **โอกาสพัฒนา (Opportunity for Improvement)**

>> **แผนปฏิบัติการและผู้รับผิดชอบ (Action Plan)**

เกณฑ์รางวัล



1.2 ธรรมาภิบาลและความรับผิดชอบต่อสังคม

50 คะแนน

ให้อธิบายระบบธรรมาภิบาลขององค์กร และอธิบายการดำเนินการเพื่อแสดงความรับผิดชอบต่อสาธารณะ และทำให้มั่นใจว่าองค์กรมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรมและบำเพ็ญตนเป็นพลเมืองดี

จุดประสงค์



หัวข้อนี้ตรวจประเมินแง่มุมที่สำคัญของระบบธรรมาภิบาลขององค์กร และยังตรวจประเมินวิธีการแสดงความรับผิดชอบต่อสาธารณะขององค์กร วิธีการที่ผู้นำระดับสูงทำให้มั่นใจว่าองค์กรได้ปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรม รวมทั้งวิธีการที่ผู้นำระดับสูงและพนักงานส่งเสริมและบำเพ็ญตนเป็นพลเมืองดี

เรียนจากแบบ



>> BMH

ระบบธรรมาภิบาลของ BMH ประกอบด้วย Board of Directors (BOD) ซึ่งมาจากตัวแทนของชุมชน ทำหน้าที่กำกับดูแลและส่งเสริมการดำเนินการขององค์กรให้บรรลุพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม และเป้าประสงค์ที่กำหนด รวมทั้งปกป้องผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม นอกจากนี้ BOD ยังทำหน้าที่อนุมัติแผนกลยุทธ์ ตัวชี้วัด และเป้าหมายของ CEO ตลอดจนมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบต่อให้แก่คณะกรรมการบริหาร และติดตามผลการดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ทุกไตรมาส (*approach-deploy*)

ในด้านความรับผิดชอบต่อทางการเงิน BOD เป็นผู้อนุมัติงบประมาณตามแผนกลยุทธ์ รวมทั้งคำตอบแทนของผู้บริหาร และทำหน้าที่ติดตามผลการดำเนินการด้านการเงินเป็นประจำทุกเดือนร่วมกับ Finance Committee

BMH มีคณะกรรมการตรวจสอบ ซึ่งทำการตรวจสอบภายในอย่างเป็นอิสระ นอกจากนี้ มีการว่าจ้างผู้ตรวจสอบอิสระจากภายนอกมาทำการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการนำมาตรฐาน Sarbanes-Oxley มาถือปฏิบัติโดยสมัครใจ

BMH มีเจ้าหน้าที่ที่เรียกว่า Corporate Compliance Office ทำหน้าที่กำกับดูแลและรายงานต่อ BOD อย่างสม่ำเสมอ ทั้งในแง่การปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมาย ความสอดคล้องต่อมาตรฐานต่างๆ ประเด็นด้านจริยธรรม และธรรมาภิบาลที่ดีขององค์กร

ทุกปี สมาชิกของ BOD จะต้องแถลง Conflict of Interest ซึ่งจะถูกทบทวนโดยฝ่ายกฎหมายและ BOD ทั้งคณะ ข้อสรุปทั้งหมดจะถูกจัดเตรียมไว้เพื่อใช้ในการอ้างอิงระหว่างการประชุมประจำเดือน

การประเมินผลงานของ CEO และผู้บริหารระดับสูงกระทำภายหลังจากการวางแผนกลยุทธ์ประจำปี โดยมีการจัดทำรายงานผลการดำเนินการตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของปีที่ผ่านมาเป็นลายลักษณ์อักษร รองประธาน BOD จะเป็นผู้ประสานงานในการประเมิน CEO โดยพิจารณาจากผลงานตาม Balanced Scorecard และเป้าหมายส่วนบุคคล ส่วนคณะกรรมการบริหารที่เหลือถูกประเมินจากผลงานตาม Balanced Scorecard ในสัดส่วนร้อยละ 70 โดยแบ่งเป็น meet, exceed และ far exceed นอกจากนี้ยังมีการประเมินประสิทธิผลของคณะกรรมการบริหาร ระบบธรรมาภิบาล และระบบการนำองค์กร รวมทั้งการสำรวจความคิดเห็นของพนักงานที่มีต่อฝ่ายบริหารเป็นประจำทุกปี

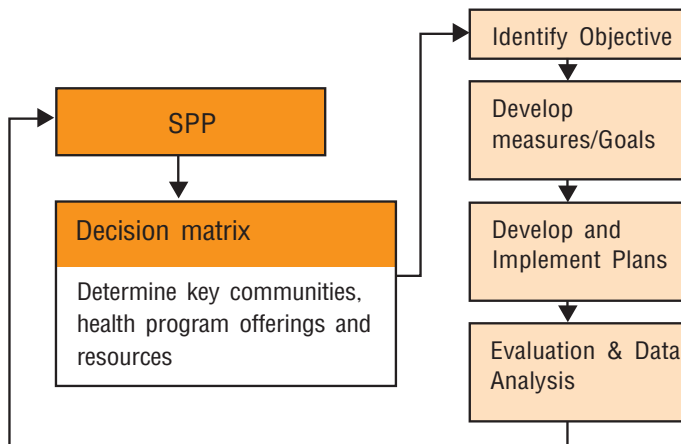
BOD เองก็มีการประเมินตนเองทั้งแบบประเมินร่วมกันทั้งคณะและประเมินรายบุคคลปีละครั้ง และยังมีการประเมินประสิทธิผลการประชุมเป็นประจำทุกเดือน แนวทางปฏิบัติของ BOD ในการปฐมนิเทศสมาชิกใหม่และการให้การศึกษาต่อเนื่องของสมาชิกได้รับการยกย่องว่าเป็น Best Practice จาก American Governance and Leadership Group และได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร Trustee Magazine

BMH คาดการณ์ผลกระทบเชิงลบต่อสังคมอันเกิดจากการบริการและการดำเนินการขององค์กรในระหว่างการวางแผนกลยุทธ์ โดยคณะกรรมการบริหารจะทำการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการเข้าร่วมเป็น Board ชุดต่างๆ ในชุมชน ข้อมูลจาก Corporate Compliance Officer ตลอดจนข้อมูลที่ได้จากการเป็น

สมาชิกกลุ่มวิชาชีพ หรือกลุ่มสังคมต่างๆ มาเป็นปัจจัยนำเข้าเพื่อพิจารณาผลกระทบต่อสังคม การลดผลกระทบต่อสังคมใช้วงล้อ PDCA เป็นตัวขับเคลื่อน ตารางต่อไปนี้แสดงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบต่อสังคม รวมทั้งตัวชี้วัดและเป้าหมายของ BMH

Key Process	Measure	Goal
Corporate Compliance & Ethics	OIG workplan compliance	100%
	Employees trained	100%
	Independent board members	100%
Accreditation	JCAHO survey	Full acc.
	CAP survey	Full acc.
	ACS survey	Full acc.
	CMS conditions of participation	Full part.
	ACR	Full acc.
	ICAVL survey	Full acc.
	ICAEL survey	Full acc.
	AACVPR survey	Full acc.
Certification results	Full acc.	
Licensure	Staff licensure	100%
Fiduciary Responsibility	Independent auditor results	0 irregularities
Legal Consult	Physician contract compliance	100%
Medical Waste Management	Employees trained	100%
	Recycled waste	40%
Emergency Management	Employees trained	100%
	Drill scores	100%

RWJ กำหนดชุมชนสำคัญและโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างการวางแผนกลยุทธ์ โดยใช้กระบวนการที่เรียกว่า Community Health Improvement Process ดังภาพ (approach-deploy-integration)



สำหรับหลักเกณฑ์ที่ RWJ ใช้ตัดสินใจคัดเลือกโปรแกรมที่จะส่งเสริมสุขภาพนั้น มีด้วยกัน 4 ข้อ คือ

- ช่วยให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นอย่างน้อยเพียงใด
- ช่วยส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์อันดีได้มากน้อยเพียงใด
- เป็นการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพหรือไม่
- ช่วยเพิ่มส่วนแบ่งตลาดและปริมาณคนไข้หรือไม่

ซึ่งชุมชนที่ RWJ คัดเลือกได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มสตรี กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและโรคอ้วน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดำเนินการ ได้แก่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การช่วยตรวจเพื่อคัดกรองเพื่อค้นหาโรคโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย การสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพ และหากค้นพบประเด็นที่สำคัญด้านสุขภาพ จะจัดให้มีการดูแลรักษาโดยแพทย์ และโปรแกรมดูแลรักษาทันที ซึ่งกระบวนการ Community Health Improvement Process นี้จะมีการวางแผนล่วงหน้า 1 ปี มีการประเมินผลทุกไตรมาส และมีการจัดทำปฏิทินให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ชุมชนเรียกว่า Health Check

ตารางต่อไปนี้แสดงตัวอย่างกิจกรรมเพื่อสังคมของ RWJ และตัวชี้วัด

Community Support Activity	Measure	Goal
Charity Care	Dollars Committed	Budgeted 2004
Community Health		
• Community Support \$	Dollars Spent	x
• Community Health Ed	Contacts	x
• Volunteers Hours	Hours	x
Community Participation	# of orgs served	x

หมวดที่ ... **2**

การวางแผนเชิงกลยุทธ์

เกณฑ์รางวัล



2.1 การจัดทำกลยุทธ์

40 คะแนน

ให้อธิบายวิธีการกำหนดกลยุทธ์ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ รวมถึงการดำเนินการกับความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ให้สรุปวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญขององค์กรและเป้าประสงค์ที่เกี่ยวข้อง

จุดประสงค์

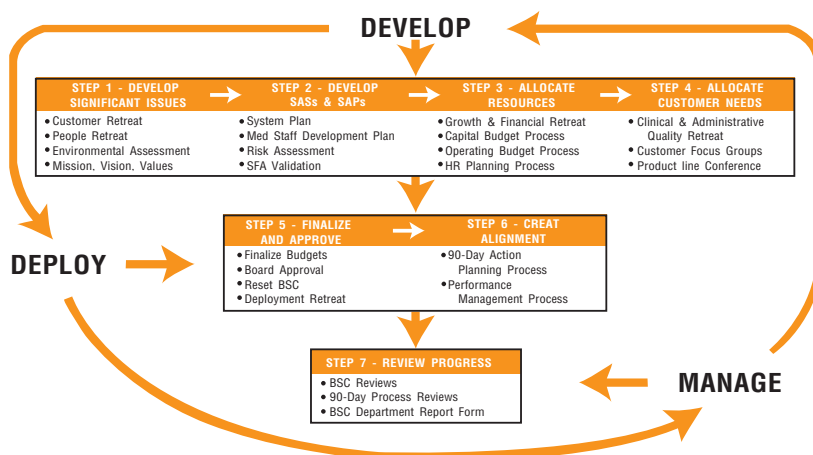


หัวข้อนี้ตรวจประเมินวิธีการที่องค์กรใช้ในการกำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์ และจัดทำวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อชี้แนะและสร้างความแข็งแกร่งของผลการดำเนินการโดยรวมความสามารถในการแข่งขันและความสำเร็จในอนาคต

>> SLH

กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ของ SLH แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวางแผนกลยุทธ์ (Develop) ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายนถึงตุลาคม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ระยะที่ 2 เป็นระยะของการนำสู่การปฏิบัติ (Deploy) ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงมกราคม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน และระยะที่ 3 เป็นระยะของการจัดการกลยุทธ์ (Manage) ซึ่งจะดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี

รูปต่อไปนี้จะแสดงกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ของ SLH (*approach-deploy-integration*)



ขั้นตอนที่ 1 Develop Significant Issues กำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญขององค์กร ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยๆ ดังนี้

- **Customer Retreat** เป็นขั้นตอนของการทบทวนการแบ่งกลุ่มลูกค้า ความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า ลูกค้าในอนาคต ตลอดจนการทบทวนผลงานด้านลูกค้าและผู้รับบริการ โดยอาศัยข้อมูลจาก Listening and Learning Process และ Customer Satisfaction Research Program
- **People Retreat** เป็นขั้นตอนการทบทวนจุดแข็ง จุดอ่อนด้านทรัพยากรมนุษย์ โดยอาศัยข้อมูลจาก Performance Management Process และ ประสิทธิภาพของระบบงาน (Work System) ตลอดจนผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจและความผูกพันของพนักงาน

- **Environmental Assessment** เป็นขั้นตอนการทบทวนสถานะแวดล้อมขององค์กร ซึ่งจะกระทำในเดือนมิถุนายนของทุกปี ประกอบด้วย
 - การวิเคราะห์แนวโน้มของตลาด สถานะเศรษฐกิจ แนวโน้มผู้ป่วย ผู้ชำระเงิน คู่แข่ง และสังคมทั่วไป
 - การวิเคราะห์กลุ่มลูกค้าสำคัญ รวมทั้ง สภาพทางภูมิศาสตร์ ข้อมูลการเบิกจ่ายเงิน การวิเคราะห์ผู้ชำระเงิน การประเมินสถานะสุขภาพของชุมชน ความรู้สึกของชุมชนที่มีต่อโรงพยาบาล การวิเคราะห์โรคและการรักษาที่พบบ่อย การวิเคราะห์อุปสงค์และอุปทานด้านแพทย์ ตลอดจนการส่งผู้ป่วยเข้ามารักษาในโรงพยาบาลของแพทย์ และการวิเคราะห์ข้อมูลด้านพนักงาน
 - การวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับลูกค้า ได้แก่ ลักษณะโดยรวมของผู้ป่วย ปริมาณ รายได้ องค์กรประกอบของผู้ป่วย (Mix) ผลการดำเนินการของแต่ละสายบริการ (Product Line) ส่วนแบ่งตลาด ความพึงพอใจของผู้รับบริการของผู้ชำระเงิน ผลงานของแพทย์ แพทย์ที่ส่งต่อผู้ป่วยมารักษามากที่สุด แพทย์ที่รับผู้ป่วยเข้ามาเป็นผู้ป่วยในสูงสุด ข้อมูลด้านค่าจ้างแรงงาน ความพึงพอใจของพนักงาน และข้อมูลด้านความหลากหลาย (Diversity)
 - การวิเคราะห์คู่แข่ง ได้แก่ ส่วนแบ่งตลาด สัดส่วนการใช้ทรัพยากรจาก Medicare และสถานะโดยรวมของคู่แข่ง

จากข้อมูล การทบทวน และการวิเคราะห์ทั้งหมด คณะกรรมการบริหารและ กรรมการองค์กรแพทย์จะจัดทำเป็นประเด็นความท้าทายเชิงกลยุทธ์ หรือที่เรียกว่า Significant Issues

ขั้นตอนที่ 2 Develop Strategic Aim Statement and Strategic Action Plans

เป็นขั้นตอนของการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนกลยุทธ์ กระทำในเดือนกรกฎาคม โดยคณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการองค์กรแพทย์ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ประกอบด้วย

- แผนกลยุทธ์ระดับองค์กร
- แผนพัฒนาแพทย์ (Medical Staff Development Plan)
- การประเมินความเสี่ยงของแผนกลยุทธ์
- การยืนยัน Strategic Focus Area

ขั้นตอนที่ 3 Allocate Resources เป็นขั้นตอนของการจัดสรรทรัพยากร แบ่งเป็น

3 ขั้นตอนย่อยคือ

- การทบทวนผลงานด้านการเงิน และการเติบโตขององค์กร (Growth & Finance Retreat) ในเดือนกรกฎาคม และจัดทำแผนการเงิน 5 ปีโดย CFO
- การจัดทำแผนการเงิน และแผนงบประมาณ ซึ่งรวบรวมจากฝ่ายต่างๆ ตามวัตถุประสงค์และแผนกลยุทธ์ โดยผู้บริหารและองค์กรแพทย์
- การจัดทำแผนด้านทรัพยากรบุคคลเพื่อสนับสนุนแผนปฏิบัติการในเดือนสิงหาคม

ขั้นตอนที่ 4 Balance Customer Needs เป็นขั้นตอนของการสร้างความมั่นใจว่าความต้องการของลูกค้าได้ถูกตอบสนองอย่างสมดุล รวมทั้งสามารถสร้างคุณค่าสูงสุดแก่กลุ่มลูกค้าสำคัญ โดยผ่าน 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่

- **Clinical and Administrative Quality Retreat** การทบทวนผลงานด้านการดูแลรักษา การให้บริการ และ ผลงานของกระบวนการสนับสนุน ในเดือนกันยายน เพื่อกำหนด Performance Improvement Plan
- **Customer Focus Group** เพื่อยืนยันความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า กระทำในเดือนตุลาคม
- **Product Line Conference** ประมาณปลายเดือนตุลาคม เพื่อให้เกิดบูรณาการระหว่างการพัฒนาบริการของศูนย์ต่างๆและแผนกลยุทธ์ขององค์กร

ตารางต่อไปนี้จะแสดงตัวอย่างแผนกลยุทธ์ของ SLH

Strategic Focus Area	Strategic Aim Statements	Strategic Action Plans	Measures
Financial	- Achieve Financial Stability	- Improve processes related to payment denials	- Total Margin - Operating Margin - DCOH - Cost/CMI Adj Disch
Customer	- Improve Customer Satisfaction	- Conduct visioning sessions	- Wait Time - Overall Sat - Response to Complaints - Outcome of Care - Adm Phys Ratio
Growth & Development	- Increase Market Share	- Complete facility renovations	- Community Market Share - Eligible Market Share - Profitable Eligible Market Share - PCP Referral
Clinical & Admin. Quality	- Improve clinical Quality	- Exceed benchmark expectations for regulatory bodies	- Maryland Quality Indicator Index - Pneumococcal Screening and or Vaccination - Patient Safety Index - Infection Control Index - Med Staff Clinical Indicator Index - CHF ALOS - CHF Readmission Rate - Net Days in Accounts Receivable
People	- Achieve Workforce Availability, Proficiency and Commitment	- Support Diversity Council leadership development process	- Human Capital Value Added - Retention - Diversity - Competency - Employee Satisfaction - Job Coverage Ratio

ขั้นตอนที่ 5 Finalize and Approve คณะกรรมการบริหารทำการรวบรวม จัดทำ แผนงานและแผนงบประมาณทั้งหมดนำเสนอเพื่อขออนุมัติจาก Board of Directors ในเดือนพฤศจิกายน เมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ฝ่ายคุณภาพและคณะกรรมการบริหารจะทำการ ปรับ Balanced Scorecard รวมทั้งตัวชี้วัดและเป้าหมายใหม่ ทีมผู้บริหารจะมาประชุมกัน เพื่อกำหนดผู้รับผิดชอบและแนวทางที่จะใช้ในการถ่ายทอดและจัดทำแผนปฏิบัติการ ตลอดจน ทำการทบทวนกระบวนการวางแผนกลยุทธ์เพื่อหาโอกาสพัฒนาต่อไป

ขั้นตอนที่ 6 Create Alignment ฝ่ายต่างๆจะจัดทำแผนปฏิบัติการ 90 วัน โดยแผน ฉบับแรกจะถูกจัดทำแล้วเสร็จในเดือนธันวาคม จากนั้นจะมีการจัดทำความมุ่งมั่นรายบุคคลโดย ใช้ Performance Management Process (PMP) ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

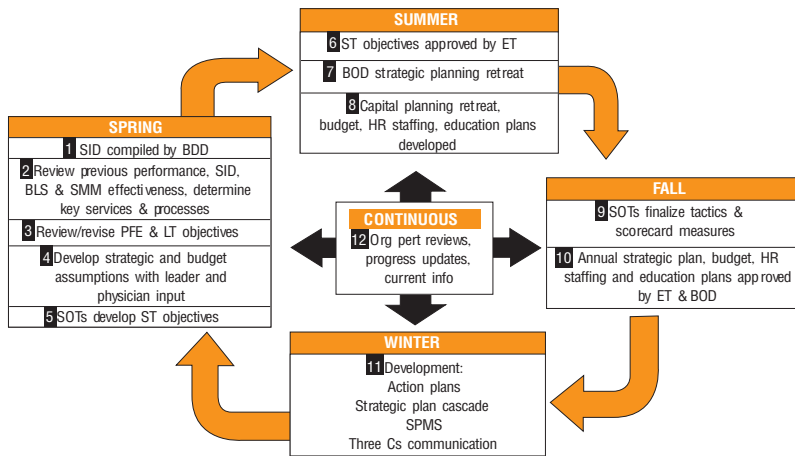
- ลูกค้ำหลักของพนักงานผู้นั้น ทำให้พนักงานทราบได้อย่างชัดเจนว่า ลูกค้ำหลัก ของตนคือใคร และตนเองควรมีบทบาทอย่างไร
- ค่านิยมหลัก 4 ประการขององค์กร
- ความคาดหวังขององค์กร
- ความรู้ความสามารถที่ต้องการจากพนักงานผู้นั้น
- ความมุ่งมั่นส่วนบุคคลของพนักงานผู้นั้นและตัวชี้วัด

ขั้นตอนที่ 7 Review Process เป็นขั้นตอนของการติดตามความก้าวหน้า และผลลัพธ์ ที่ได้ เพื่อการปรับปรุงพัฒนา โดยมีการติดตามตัวชี้วัดตามระบบ Balanced Scorecard การติดตามผลงานตามแผนปฏิบัติการ 90 วัน ตลอดจนการจัดทำ BSC Department Report Form ซึ่งระบุผลงานใน 90 วันที่ผ่านมา และแผนงานที่จะทำต่อไปใน 90 วันข้างหน้า ของฝ่ายต่างๆ (learning loop)

>> BMH

กระบวนการจัดการเชิงกลยุทธ์ของ BMH แบ่งเป็น 12 ขั้นตอนหลัก โดยมี Board of Directors คณะกรรมการบริหาร คณะทำงานทบทวนกลยุทธ์รายไตรมาส และ ฝ่ายพัฒนาธุรกิจ เป็นผู้รับผิดชอบ ภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมแพทย์ในขั้นตอนสำคัญต่างๆ

รูปต่อไปนี้จะแสดงกระบวนการจัดการเชิงกลยุทธ์ของ BMH (*approach-deploy-learning-integration*)



ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นตอนการจัดเตรียมข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนเชิงกลยุทธ์ โดยฝ่ายพัฒนาธุรกิจ (Business Development Department) ดังรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

Key Factor/Source Inputs	Ownership
Patient/Healthcare Market Needs	
- Listening & learning inputs (Figure 3.1-1)	BDD, CASE
- Customer research program	BDD, CASE, CE
- Demographic & utilization trends	BDD
- Clinical quality requirements	BDD, CE
- Market segmentation analysis	BDD
Competitive/Collaborative Environment	
- Marketshare analysis	BDD, CORE
- Competitor profiles	BDD, CORE, CE
- Collaborative relationships SWOT	BDD, ET
- Community relations intelligence	BDD, CORE, ET
- Physician level intelligence	BDD, CMO, CE
Technological/Innovation Changes	
- Emerging technologies	BDD, CORE, CIO
- Market adoption analysis	BDD
- Physician level intelligence	BDD, CMO, CE
- Utilization rates	BDD, CE
Strengths/Weaknesses/Opport./Threats	
- Workforce analysis	CASE, VPHR
- Marketshare trends	BDD
- SWOT analysis	BDD, ET
- Baldrige feedback	ET
- Emergency preparedness assessment	CE, VPMM, ET
Financial/Societal/Regulatory/Ethical	
- Risk analysis of emerging requirements	CORE
- Corporate compliance issues	CCO
- Reimbursement trends & risk ident.	CFO
Economic Environment	
- Local & regional market analysis	CFO
- National economic outlook	CFO
- Performance & profitability analysis	CFO
Supplier Needs/Strengths/Weaknesses	
- SWOT	CORE, VPMM
Physician Needs/Strengths/Weaknesses	
- Physician sat & feedback analysis	CASE, CMO
- Physician requirements	CASE, CE
- Physician SWOT analysis	CASE, ET, CE
- Physician supply/demand	CASE, CMO, CE

ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนของการทบทวนผลการดำเนินการที่ผ่านมา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงกลยุทธ์ที่รวบรวมได้ การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของระบบการนำองค์กร และระบบการจัดการเชิงกลยุทธ์ การทบทวนเพื่อกำหนดบริการและกระบวนการสำคัญขององค์กร ใช้เวลาในการทบทวน 1 วัน

ขั้นตอนที่ 3 ทบทวน Plan for Excellence วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และวัตถุประสงค์ระยะยาวขององค์กร

ขั้นตอนที่ 4 คณะกรรมการบริหาร ร่วมกันทำ SWOT Analysis และกำหนดร่างแผนกลยุทธ์และร่างงบประมาณ จากนั้นมีการแต่งตั้ง Strategic Oversight Team จำนวน 3 ทีมตามหลัก 3C ได้แก่ทีม CE, CASE และ CORE ประกอบด้วยผู้บริหาร แพทย์ และผู้จัดการฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ทวนสอบร่างดังกล่าวเพื่อให้สอดคล้องกับ 3C ขององค์กร

ขั้นตอนที่ 5 Strategic Oversight Team ร่วมกันจัดทำร่างวัตถุประสงค์ระยะสั้น

ขั้นตอนที่ 6 คณะกรรมการบริหารพิจารณาอนุมัติวัตถุประสงค์ระยะสั้นขององค์กรในระหว่างการประชุมทบทวนรายไตรมาสช่วงฤดูร้อน

ขั้นตอนที่ 7 ร่างแผนกลยุทธ์ถูกนำเสนอเพื่อการพิจารณาของ Board of Directors

ขั้นตอนที่ 8 เป็นขั้นตอนของการจัดทำแผนการเงิน แผนงบประมาณ แผนอัตรากำลัง และแผนงานพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดยฝ่ายการเงิน และฝ่ายทรัพยากรมนุษย์

ขั้นตอนที่ 9 Strategic Oversight Team กำหนดกลยุทธ์ย่อย และตัวชี้วัดตาม Balanced Scorecard ระหว่างฤดูใบไม้ร่วง

ขั้นตอนที่ 10 คณะกรรมการบริหารทำการอนุมัติ แผนกลยุทธ์ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ทั้งระยะยาว และระยะสั้น Balanced Scorecard ขององค์กร แผนงบประมาณ แผนอัตรากำลัง และแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ก่อนส่งให้ Board of Directors พิจารณาอนุมัติต่อไป ซึ่งขั้นตอนทั้งหมดนี้จะแล้วเสร็จก่อนสิ้นฤดูใบไม้ร่วง

ขั้นตอนที่ 11 เป็นขั้นตอนของการสื่อสาร ถ่ายทอดทิศทางและเป้าหมายลงไปเป็นลำดับชั้น และการจัดทำแผนปฏิบัติการของฝ่าย ศูนย์ และหน่วยงานต่างๆ ซึ่งจะกระทำกันระหว่างฤดูหนาวของทุกปี ตามขั้นตอนย่อยในรูปต่อไปนี้

Plan for Excellence (MVP, Three Cs)
Annual strategic plan (tactics, action plans)
BMH scorecard & organizational performance indicators
Secondary scorecards (dept., service line, key process)
Staff Performance Management System
Leader and salaried professional goals
Individual employee goals
Gainshare (organizational, leader, department-specific)

ขั้นตอนที่ 12 เป็นขั้นตอนของการติดตาม ทบทวน และประเมินผล ซึ่งประกอบด้วย การติดตามรายไตรมาสของคณะกรรมการบริหาร การติดตามตัวชี้วัดรายสัปดาห์ รายเดือน และการติดตามของ Strategic Oversight Team ทุก 2 สัปดาห์

ตารางต่อไปนี้จะแสดงระบบการติดตามและทบทวนผลการดำเนินการของ BMH (*learning*)

Organizational Performance Reviews					
Review Type	Conducted By				
	BOD	ET	QSP	SOT	Individual Executive
CE	Q	M	Q	B	O
CASE	Q	M	Q	M	O
CORE	Q	M	Q	B	O
Operational	M	W	Q	B/M	O
Governance	Y				
Leadership	A	Q	Q	Q	O
O-ongoing, W-weekly	Y-annual,	Q-quarterly,	M-monthly,	B-	Biweekly

ตารางในหน้าถัดไปแสดงวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตัวชี้วัดสำคัญ เป้าหมาย และแผนปฏิบัติการที่สำคัญของ BMH

Strategies & Strategic Challenges	ST Objectives	LT Goals	Key Tactics & Action Plans	Changes	HR & Education Plans	Key Performance Measures	Past Perf. 2004 Results	Performance Projections 2005	Performance Projections 2010	Proj. Comp.
CE : Achieve excellent patient outcomes	Medicare mortality at CS top 15%, Recognized by Leapfrog as safe environment, Exceed national Standards for core indicators	Top 100 hospital, 5 stars for targeted areas, Third party recognition for patient safety	Decrease VAP, Optimize Medicare mortality & morbidity, Optimize core Indicator performance, Build COPE, Optimize communication among providers	Hospitalists admitting ortho patients. Medical management for adult patients w/ chronic diabetes & HF. Gallup survey with national benchmarks. Campus expansion project moves some support services off campus.	SBAR education. Fill CPOE team positions.	Medicare mortality	7.1-2		+	
						VAP	7.1-11		+	
						Patient falls	7.1-12		+	
SC1						Skin ulcers	7.1-13		+	
SC2						SIP	7.1-10		+	
						Core measures (AMI, HF, pneumonia)	7.1-7, 7.1-8, 7.1-9		+	
						Hand washing	7.5-6		+	
									+	
CASE: Enhance service excellence, staff competency, and leadership	Magnet status, Leader in MD satisfaction, Overall turnover & vacancy better than national best practice, EOS diversity scores improve, Patient satisfaction scores improve from benchmark	Best practice customer & MD satisfaction, 100 Best Employer, Maintain Magnet status	Implement Respiratory care development program, Implement mentor program, Operationalize Diversity Council, Implement EOS and LPMS, Physical surroundings & discharge process recommendations	Gallup survey with national benchmarks. Campus expansion project moves some support services off campus.	Respiratory care development candidates. Mentor program education. Diversity education plan.	Vacancy EOS diversity score MD satisfaction Patient satisfaction	7.4-3 7.4-19 7.5-12 to 7.5-14 7.2-1 to 7.2-12		+	
SC3						Pat. sat. w/physical surroundings	7.2-7		+	
SC4						Pat. sat. w/discharge	7.2-4		+	
SC5						Overall turnover	7.4-1		+	
						RN turnover	7.4-2		+	
CORE: Achieve efficiency, financial, and community benefit targets	Meet growth targets for targeted service lines, Profit margin	X marketshare in targeted services, Profit margin, Baldrige recipient	Implement long-term campus expansion plan, Implement short-term technology/facility plan, Recruit key physician specialists	MD ambulatory surgery and outpatient diagnostics centers. Expansion of adult medical unit capacity.	Realign campus project leadership "Change management" training for move. Hire staff for new capacity. Train on new technology.	SL marketshare SL marketshare SL marketshare SL marketshare Profit margin	7.3-14 7.3-14 7.3-16 7.3-14 7.3-1		- + + + +	
SC6										
SC7										
Legend: SC1 - Application of evidence/-based medicine, SC2-Meet needs of growing number of patients with complex conditions, SC3-Workforce shortage, SC4-Diversity, SC5-Customer service, SC6-Capacity, SC7-Profitability, BP-best practice										

>> **โอกาสพัฒนา (Opportunity for Improvement)**

>> **แผนปฏิบัติการและผู้รับผิดชอบ (Action Plan)**

เกณฑ์รางวัล <<

2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ

40 คะแนน

ให้อธิบายวิธีการแปลงวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่แผนปฏิบัติการ ให้สรุปแผนปฏิบัติการและตัววัดหรือดัชนีชี้วัดที่สำคัญของผลการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งคาดการณ์ผลการดำเนินการในอนาคตขององค์กรตามตัววัดหรือดัชนีชี้วัดดังกล่าว

จุดประสงค์ <<

หัวข้อนี้ตรวจสอบประเมินวิธีการที่องค์กรใช้ในการแปลงวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่แผนปฏิบัติการ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์เหล่านั้น รวมทั้งวิธีการที่องค์กรตรวจสอบประเมินความก้าวหน้าเทียบกับแผนปฏิบัติการ เพื่อทำให้มั่นใจว่ามีการถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติให้บรรลุเป้าประสงค์

เรียนจากแบบ <<

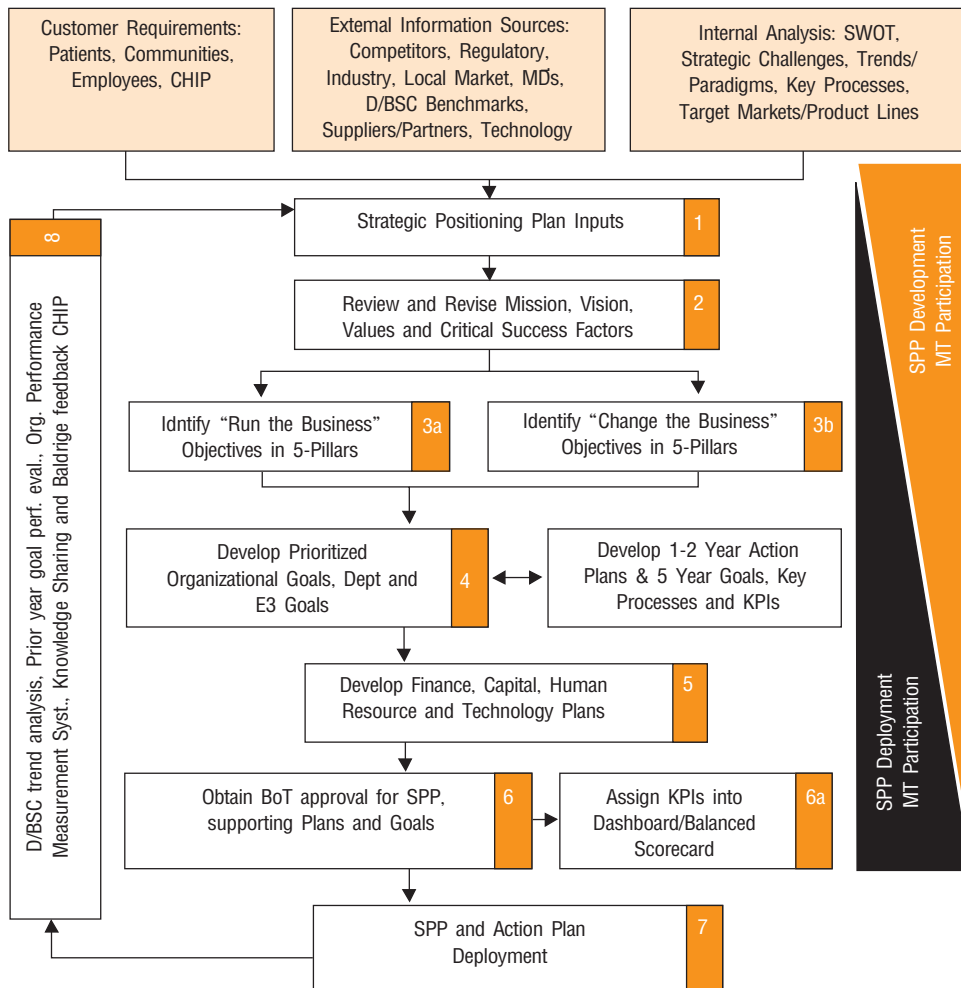
>> RWJ

ก่อนที่จะศึกษากระบวนการในการถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติของ RWJ ของ อนุญาตเริ่มต้นตั้งแต่การวางแผนกลยุทธ์ เพื่อให้เข้าใจที่มาที่ไปได้อย่างชัดเจนขึ้น

RWJ ใช้ Strategic Positioning Planning Model ซึ่งพัฒนามาจากการศึกษาตัวอย่างกระบวนการวางแผนขององค์กรต่างๆในการวางแผนและจัดการเชิงกลยุทธ์ขององค์กร แผนกลยุทธ์ของ RWJ แบ่งเป็นแผนระยะสั้น 12-24 เดือนเพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วของตลาด และแผนระยะยาว 3-5 ปีเพื่อวางรากฐานและทิศทางให้เกิดความต่อเนื่อง

การวางแผนกลยุทธ์เป็นความรับผิดชอบของ Board of Trustee (BoT) คณะกรรมการบริหาร (EMT) ทีมผู้นำระดับสูง (SLT) และ ทีมผู้บริหาร (MT) รวมทั้งจะมีการทบทวนประสิทธิผลของกระบวนการวางแผน ความรวดเร็ว ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางปรับปรุงกระบวนการวางแผนกลยุทธ์เป็นประจำทุกปี

รูปต่อไปนี้จะแสดง 8 ขั้นตอนหลักในการวางแผนกลยุทธ์ของ RWJ (approach-deploy)

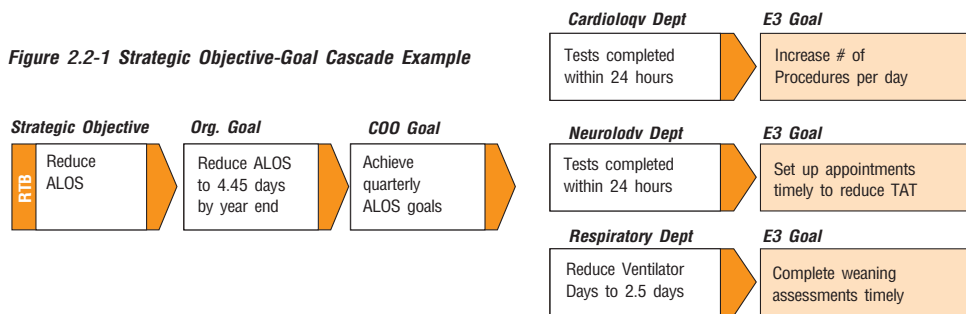


ขั้นตอนที่ 1 Strategic Planning Committee (SPC) และ EMT ทำการรวบรวมข้อมูลต่างๆเพื่อใช้ในการวางแผนกลยุทธ์

ขั้นตอนที่ 2 SPC และ EMT ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ และทำการทบทวนพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม และ Critical Success Factors นำเสนอให้ BoT ทำการอนุมัติ

ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนของการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ตาม 5 เสาหลัก แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ วัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงกลยุทธ์และบริการเดิมให้ดีขึ้น โดยใช้กระบวนการเทียบเคียงเพื่อสู่ความเป็นเลิศ (Benchmarking) และวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดดของธุรกิจโดยใช้นวัตกรรม (Innovation)

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดเป้าหมายระดับองค์กร ฝ่าย และระดับบุคคลตามหลัก Engage Every Employee (3E) โดยใช้กระบวนการดั่งภาพ (deploy)



ขั้นตอนที่ 5 ทุกหน่วยงาน ทุกฝ่ายร่วมกับ EMT, SLT และ MT จัดทำแผนทรัพยากรด้านการเงิน แผนลงทุน แผนงานด้านทรัพยากรมนุษย์ และแผนงานด้านเทคโนโลยีเพื่อให้สอดคล้องกับกลยุทธ์และเป้าหมายที่กำหนด

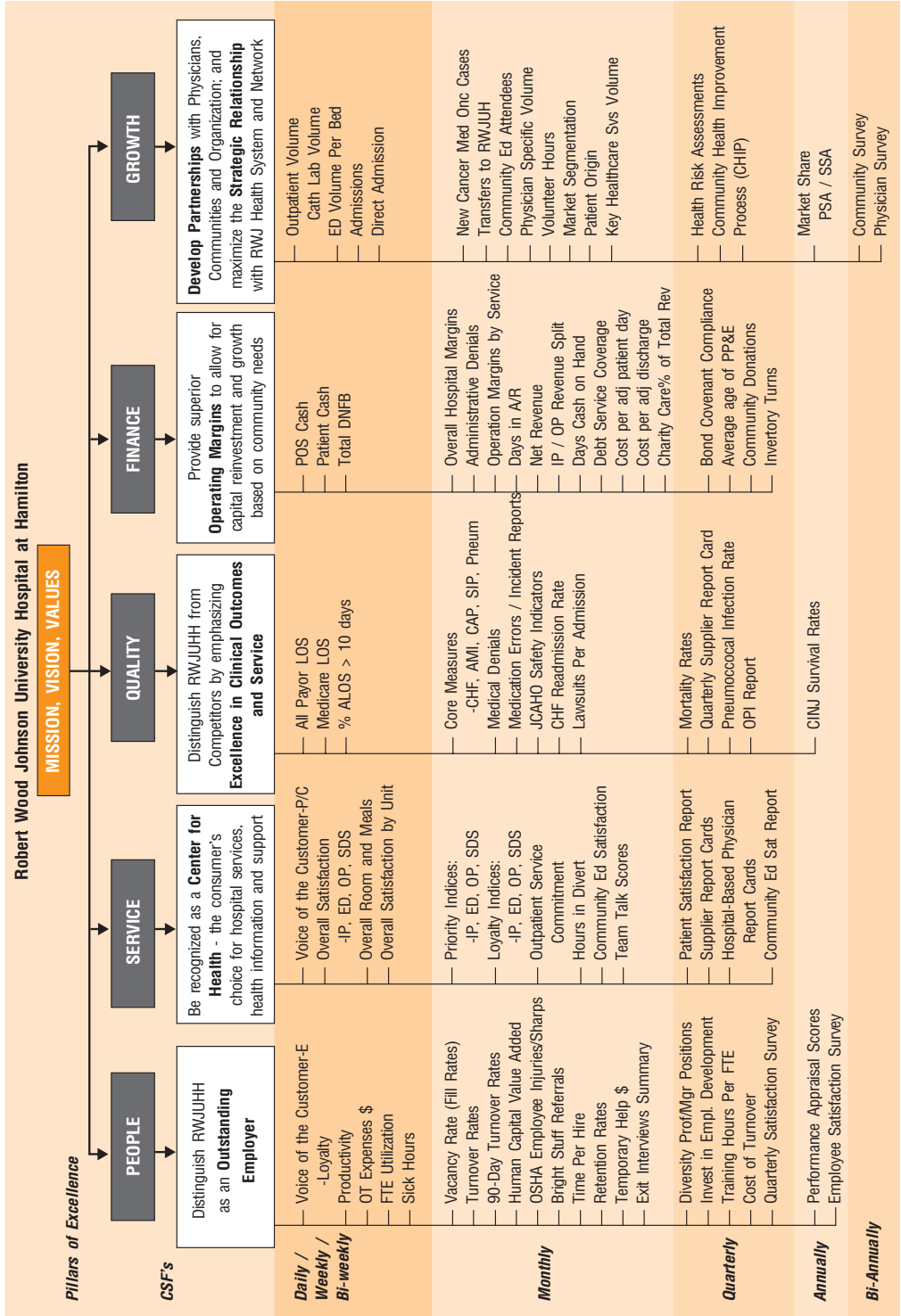
ขั้นตอนที่ 6 ประมาณเดือนธันวาคม BoT จะทำการพิจารณาอนุมัติแผนกลยุทธ์ แผนสนับสนุนทรัพยากร และเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 7 เป็นขั้นตอนการถ่ายทอดทิศทาง กลยุทธ์ เป้าหมายลงไปเป็นลำดับชั้น และจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการในทุกระดับชั้น

ขั้นตอนที่ 8 เป็นการทบทวนและประเมินผล ตามรายละเอียดในตารางหน้าถัดไป (learning loop)

Objective	Owner	Short-and long-term action plans	Key Changes	HR/Staffing Plans	KPI	Goals		Benchmark & Proj
						04-05	06-09	
1. Finance Margin Management	CFO COO	POS Cash Collection team to develop new process. Evaluate Margin by Product Line monthly. Implement suggestions from "Front-Line" committee. Reduce Red-bag waste. Implement Reusable/recyclable program.	New contract initiated with United Health Care. RWJ Center for Healthy & Wellness. Shift in Revenue generating Services out of hospital	Provide education for MT on margin management	Operating Margins - Overall Hospital - Inpatient - Outpatient - Emergency Dept - Ambulatory-Surg	- X% - X% - X% - X% - X%	Overall Hospital X%	Overall hospital
2. Quality Length Of Stay	COO	Initiate Multi-Disciplinary Rounds On all units. One-on-one meetings with high variance MDs. Quarterly report cards to medical staff section chiefs Reduce avoidably days through Pt. Management.	Day observation status. Clinical observation unit. Physician incentives to decrease length of stay. Outpatient care management.	Patient Management in ED	All Payor LOS Medicare LOS % patients > 10 days	X X X	X	
3. Quality Patient Safety	VPPCS AVPOO AVPN	Develop comprehensive plan based on NQF, AHRQ, JCAHO Guideline & Internal Goals. Increase volume of incident reporting including increase in near-misses. JCAHO mock survey and tracer methodology training.	Increased use of technology to decrease errors. NJ mandatory error reporting.	Designation of patient safety leader. JCAHO tracer methodology training with System & Network.	JCAHO Safety Indicators	100% safety goals. Veri-5 Barcoding CII Safe	EMR CPOE 100% safety goals	100% Safety Goals
4. Quality Clinical Outcomes	AVPOO	Use PDCA to improve order sets to be more user friendly. Increase use of evidence-based order sets. Link with Disease Management Committee to improve overall outcomes. Education plan for staff on NQF standards.	Increased public acceptance and importance of Quality Reporting organizations. Reimbursement based on quality outcomes.	Staff and MD education on quality indicators and compliance	Core Measures Mortality Rates AHA NWHQI	Clinical Outcome measures above the 90 th percentile nationally	Clinical Outcome measures above the 95 th percentile nationally	Clinical Outcome measures above the 95 th percentile nationally
5. Service Outpatient Service Growth	AVPCAS	Develop Outpatient Service Commitment Advertisements for Commitment Monitor 24 hour results reporting Monitor appointment timeliness	Competitor with new OP facility one mile from RWJUH, MD SurgCenters, and Endoscopic Centers. Increased Physician Competition	Hire additional staff to cover additional am/pm hours and volume	OP Volume Growth	X%	X%	

Legend: ↑ Favorable trending compared to goals/benchmarks; ↓ Unfavorable trending compared to goals/benchmarks; ↔ Goals/benchmarks not fully met. action plans underway
CFO-Chief Financial Officer; COO-Chief Operating Officer; VPPCS-VP, Patient Care Services; AVPOO-VP, Quality Outcomes; AVPCAS-VP, Clinical & Ambulatory Services; AVPN-VP, Nursing



>> **โอกาสพัฒนา (Opportunity for Improvement)**

>> **แผนปฏิบัติการและผู้รับผิดชอบ (Action Plan)**

หมวดที่ ...

3



การมุ่งเน้นลูกค้าและตลาด

เกณฑ์รางวัล



3.1 ความรู้เกี่ยวกับลูกค้าและตลาด

50 คะแนน

ให้อธิบายวิธีการกำหนดความต้องการ ความคาดหวัง และความนิยมของลูกค้า และตลาดเพื่อทำให้มั่นใจว่าผลิตภัณฑ์และบริการยังคงเป็นที่ต้องการของลูกค้าและสามารถสร้างโอกาสใหม่ทางธุรกิจ

จุดประสงค์



หัวข้อนี้ตรวจประเมินกระบวนการสำคัญที่องค์กรใช้ในการได้รับความรู้เกี่ยวกับลูกค้า และตลาดในปัจจุบันและอนาคต เพื่อนำเสนอผลิตภัณฑ์และบริการที่เหมาะสม ทำความเข้าใจ ความต้องการและความคาดหวังใหม่ๆ ของลูกค้า และติดตามให้ทันความเปลี่ยนแปลงของตลาดและวิธีการดำเนินธุรกิจ

>> RWJ

ทีมผู้บริหาร, Senior Leadership Team-SLT และ คณะกรรมการบริหารจะร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย ลูกค้าในอนาคต และลูกค้าของคู่แข่งในระหว่างกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ของ RWJ เป็นประจำทุกปี ด้วยการนำข้อมูลทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับลูกค้าและตลาด อาทิ ผลการวิจัยตลาด แนวโน้มอุตสาหกรรม แนวโน้มประชากร กลยุทธ์ของคู่แข่ง การโฆษณาประชาสัมพันธ์ที่คู่แข่งใช้ จำนวนผู้ป่วยแยกตามบริการและที่อยู่ ผลการสำรวจลูกค้า ชุมชน แนวโน้มการส่งผู้ป่วยมารักษาของแพทย์ มาทำ SWOT Analysis เพื่อค้นหาความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปของลูกค้า กำหนดกลุ่มลูกค้าและตลาด รวมทั้งหาจุดอ่อนและโอกาสของ RWJ (approach-deploy)

กลุ่มลูกค้าสำคัญของ RWJ แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ

- กลุ่มผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็น 4 กลุ่มย่อย ได้แก่ ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยผ่าตัดแบบเข้าไปเย็บกลับ (ambulatory) และผู้ป่วยฉุกเฉิน
- กลุ่มพนักงาน แบ่งย่อยเป็น Direct Caregiver และ Indirect Caregiver และ
- ชุมชน ซึ่งแบ่งย่อยเป็น Primary และ Secondary Service Area พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยในถูกส่งต่อมาจาก Primary Service Area ร้อยละ 20 ที่เหลือมาจาก Secondary Service Area นอกจากนี้ชุมชนยังแบ่งย่อยออกเป็นชุมชนผู้สูงอายุ สตรี และตามกลุ่มโรค ทำให้สามารถจัดโปรแกรมได้สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละกลุ่มได้ชัดเจนขึ้น

สำหรับในส่วนของแพทย์นั้น RWJ ถือว่าเป็นทั้งลูกค้าและพันธมิตรที่สำคัญ

ตารางต่อไปนี้ แสดงวิธีการที่ RWJ ใช้ในการรับฟังและเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า

Listening and Learning	Patients	Emp.	Community
Press, Ganey Surveys	D	Q	A
Committees/Meetings	M	M	Q
Letters	N	N	N
VOC	D	D	N
Direct Contact/Rounds	D	D	N
Team Talk		M	
Call Center			D
Health fairs		N	N
Open houses		Q	N
Exit Interviews		N	
Program Evaluations		N	N
Service Recovery Log	W		
Website and Intranet	N	D	N
D-Daily W-Wkly M-Monthly Q-Qtrly A-Annually N-As needed C/P- Community / Potential Customers			

ข้อมูลที่ได้จากการรับฟังและเรียนรู้จากลูกค้าแต่ละกลุ่ม จะถูกนำไปใช้ในการวางแผนกลยุทธ์ การทบทวนประจำสัปดาห์/ประจำเดือน โดยคณะกรรมการบริหาร ทีม SLT และ Customer Satisfaction Committee (*learning-integration*)

คณะกรรมการบริหารจะทำการทบทวนประสิทธิผลของช่องทางการรับฟังและเรียนรู้เหล่านี้ รวมทั้งจะมีการทบทวนช่องทางการเรียนรู้ในระหว่างการวางแผนกลยุทธ์ประจำปี ร่วมกับ SLT คณะกรรมการเทคโนโลยีจะทำการประเมินและค้นหาเทคโนโลยีที่จะช่วยให้การรับฟังและเรียนรู้ได้ประสิทธิภาพ เช่น VOC Software นอกจากนี้ RWJ ยังใช้รายงานป้อนกลับของ Baldrige ในการปรับปรุงอีกด้วย (*learning*)

SLH แบ่งลูกค้าออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือลูกค้าภายนอก และลูกค้าภายใน ลูกค้าภายนอกได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งแบ่งย่อยออกเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยฉุกเฉิน ลูกค้าภายในได้แก่ พนักงาน แพทย์ประจำบ้านและนักศึกษาแพทย์/พยาบาล สำหรับแพทย์ แม้จะมีคุณลักษณะของลูกค้าหลายประการ แต่ SLH ถือเป็นพันธมิตรที่สำคัญ ที่ SLH มุ่งที่จะสร้างความสัมพันธ์และความผูกพันระยะยาวผ่านกระบวนการที่เรียกว่า Physician Partnering Process

ในแง่ของการแบ่งส่วนตลาด SLH จัดแบ่งตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ และสายบริการ (Product Line) เพื่อประโยชน์ในการค้นหาความต้องการและติดตามผลการดำเนินการ

กลุ่มลูกค้าและส่วนตลาด รวมทั้งความคาดหวัง กำหนดโดยผู้นำระดับสูงของ SLH ระหว่างกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ประจำปีในช่วงที่เรียกว่า Customer Retreat โดยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากกระบวนการรับฟังและเรียนรู้ลูกค้า และมีการตั้งคำถามสำคัญ 3 ข้อ เพื่อใช้ในการตัดสินใจกำหนดกลุ่มลูกค้า ได้แก่

- มีความต้องการใหม่ๆ เกิดขึ้นในกลุ่มใดเป็นพิเศษ ที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ จากกลุ่มเดิมที่มีอยู่หรือไม่
- มีปัจจัยที่นำไปสู่ความพึงพอใจของลูกค้า ที่แตกต่างจากลูกค้ากลุ่มเดิมๆ อย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ (satisfier)
- มีการให้บริการที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากการบริการเดิม และทำให้การแบ่งส่วนตลาดแยกออกมาต่างหาก เกิดประโยชน์เพิ่มขึ้นหรือไม่

การแบ่งส่วนตลาดจะถูกทบทวนในช่วง Growth and Financial Retreat ของการวางแผนกลยุทธ์ (โปรดดูรายละเอียดในหมวดที่ 2 ของหนังสือเล่มนี้) โดยจะมีการวิเคราะห์อย่างละเอียดเรื่อง Healthcare Market, การเปลี่ยนแปลงและความเคลื่อนไหวของลูกค้า ตลาดและคู่แข่ง รวมทั้งแนวโน้มของบริการใหม่ๆ เพื่อค้นหาตลาดเกิดใหม่ นอกจากนี้ยังมีการค้นหาความต้องการของลูกค้าของคู่แข่งด้วยวิธีการที่หลากหลาย อาทิ การทำ focus group แบบไม่เปิดเผยผู้สนับสนุน (Ghosted) การค้นหาจากเครือข่ายในชุมชน การเข้ามามีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มธุรกิจที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสำรวจจากแพทย์ที่เคยใช้บริการของคู่แข่ง

SLH ใช้ 3 แนวทางหลักในการรับฟังและเรียนรู้ความต้องการของลูกค้า (approach-deploy)

แนวทางที่ 1 ผ่านการดำเนินการของฝ่ายวิเคราะห์และวิจัยตลาด ซึ่งจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจที่สำรวจได้ โดยใช้ Regression Analysis เป็นประจำทุกปี เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของลูกค้า และทำการทวนสอบความถูกต้องโดยผ่าน Focus Group และ Patient Advocate Activities

แนวทางที่ 2 ผ่านการประชุมทบทวนประจำสัปดาห์และรายไตรมาสของทีมนำ ซึ่งจะวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากคำถามปลายเปิดทั้งหมด

แนวทางที่ 3 ผ่านการวิเคราะห์ข้อร้องเรียน ซึ่งจะวิเคราะห์ทุกไตรมาส โดย Patient Advocate Department

จากการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยหลักที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย (ซึ่งคงที่มาหลายปีแล้ว) คือ ระยะเวลารอคอย ผลลัพธ์ของการรักษา และความรวดเร็วในการตอบสนอง ข้อร้องเรียน SLH ได้ติดตามข้อมูลผลการดำเนินการในปัจจัยหลักเหล่านี้ผ่านระบบ BSC

ตารางต่อไปนี้แสดงวิธีการรับฟังและเรียนรู้ลูกค้าของ SLH (approach-deploy)

Customer	Listening/Learning	Frequency
Patients and Families - Inpatients - Outpatients - Emergency Patients	- Formal inpatient/outpatient/emergency satisfaction survey (Press Ganey)	- Weekly
	- Follow-up calls after discharge	- Daily
	- Patient Advocate	- Daily
	- AOC	- Daily
	- Focus groups	- Two/year
	- Nurse Line feedback	- Daily
	- Complaint management	- Daily
- Outreach services & visits	- Daily	
Residents/ Students	- Program (teaching) evaluations	- Annual
	- Performance evaluations	- Monthly
	- Daily interaction	- Ongoing
	- National testing	- Annual
	- Published research data	- Ongoing
- Satisfaction surveys	- Annual	

SLH ทบทวนวิธีการที่ใช้ในการรับฟังและเรียนรู้ โดย ฝ่ายวิเคราะห์และวิจัยตลาดจะทำการประเมินความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้เป็นประจำทุกปี โดยใช้ Performance Improvement Model และการทำงานร่วมกับ Press Ganey ตลอดจนการพบปะพูดคุยเชิงลึกกับผู้บริหารระดับสูงและพนักงานเพื่อค้นหาคำถามใหม่ๆ ที่จะใช้อีกทั้งยังมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับ Voluntary Hospitals of America เพื่อสร้างความมั่นใจว่าวิธีการรับฟังและเรียนรู้ยังทันสมัยตรงตามความต้องการของธุรกิจอยู่เสมอ (*learning*)

>> BMH

BMH ทบทวนการจัดกลุ่มลูกค้าและส่วนตลาดในระหว่าง Quarterly Strategic Planning โดยในช่วงฤดูใบไม้ผลิ คณะกรรมการบริหารและผู้อำนวยการฝ่ายต่างๆ จะทำการวิเคราะห์ SWOT จากข้อมูล Strategic Input Document และ Quarterly System Indicators Report เพื่อค้นหาจุดแข็ง และโอกาส ความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปของลูกค้า รวมทั้งความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนวิธีการในการแบ่งกลุ่มลูกค้าและส่วนตลาด หากมีการแบ่งส่วนตลาดใหม่เพิ่มเติม ผู้บริหารที่รับผิดชอบ Service Line นั้นจะต้องจัดทำแผนธุรกิจที่เป็นทางการ นำเสนอคณะกรรมการบริหารเพื่ออนุมัติในการประชุม Quarterly Strategic Planning รอบถัดไป (*learning-integration*)

BMH ใช้วิธีการที่หลากหลายเพื่อให้ได้ข้อมูลป้อนกลับทั้งจากลูกค้าปัจจุบัน ลูกค้าในอนาคต ลูกค้าของคู่แข่ง และชุมชน เพื่อใช้เป็นปัจจัยนำเข้าประกอบการวางแผนกลยุทธ์ ได้แก่ การสำรวจขององค์กรอิสระ คือ บริษัท Arbor Associates และ Gallup การทำ Focus Group ทั้งแบบที่เปิดเผยและแบบไม่เปิดเผย (Ghosted) การสอบถามจากเครือข่ายชุมชน และกลุ่มธุรกิจในท้องถิ่น รวมทั้งแพทย์ที่นำผู้ป่วยไปใช้บริการของคู่แข่ง (*approach-deploy*)

ผู้ป่วยและครอบครัวคือกลุ่มลูกค้าหลักของ BMH โดยมีส่วนตลาดหลักคือ ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก นอกจากนี้ยังแบ่งตามพื้นที่ภูมิศาสตร์เป็น Primary, Secondary และ Tertiary Market Service Areas แบ่งตาม Service Line และแบ่งตามช่วงอายุ สำหรับชุมชน ซึ่ง BMH ถือเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แบ่งย่อยตามลักษณะขององค์กรและตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์

ตารางต่อไปนี้แสดงวิธีการที่ BMH ใช้ในการรับฟังและเรียนรู้จากลูกค้า

Listening & Learning	Current Patients	Potential Patients
Patient satisfaction survey	W	
Post-discharge telephone calls	D	
Point-of-service satisfaction surveys	D	
Focus groups	B, N	N
Leader rounds	D	
Patient relations rounding	D	
Patient complaint management process	D	
Community attitude survey	A	A
Event/program evaluations	M	M
Newsletter surveys	N	N
Direct marketing	N	N
Website/email	D	D
Health Fair	A	A
Open houses	N	N
Physician satisfaction survey	A	A
Community organization involvement	D	D
D-daily, W-weekly, M-monthly, B-bimonthly Q-quarterly, A-annual, N-as needed		

Strategic Oversight Team ที่รับผิดชอบด้าน Corporate Effectiveness จะนำข้อมูลที่ได้จากการรับฟังและเรียนรู้ลูกค้ามาวิเคราะห์และใช้เป็นปัจจัยนำเข้าของการวางแผนกลยุทธ์ รวมทั้งทำการทบทวนประสิทธิผลของวิธีการรับฟังและเรียนรู้ และ Customer Research Program ผ่านวงล้อ PDCA เพื่อปรับปรุงวิธีการ และความถี่ ตลอดจนความจำเป็นในการใช้วิธีการใหม่ๆ ทั้งในระหว่างปี และในการวางแผนกลยุทธ์ช่วงฤดูใบไม้ผลิ (*learning*)

>> โอกาสพัฒนา (Opportunity for Improvement)

>> แผนปฏิบัติการและผู้รับผิดชอบ (Action Plan)

เกณฑ์รางวัล



3.2 ความสัมพันธ์กับลูกค้าและความพึงพอใจของลูกค้า

60 คะแนน

ให้อธิบายวิธีการสร้างความสัมพันธ์เพื่อให้ได้ลูกค้า สร้างความพึงพอใจ และรักษาลูกค้าไว้ เพื่อเพิ่มความภักดี และเพื่อพัฒนาโอกาสใหม่ๆ รวมทั้งให้อธิบายวิธีการประเมินความพึงพอใจของลูกค้า

จุดประสงค์



หัวข้อนี้ตรวจประเมินกระบวนการที่องค์กรใช้ในการสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้า และประเมินความพึงพอใจของลูกค้า เพื่อให้ได้ลูกค้าใหม่ รักษาลูกค้าเดิมไว้ และสร้างโอกาสในตลาดใหม่

เรียนจากแบบฝึกหัด



>> RWJ

RWJ สร้างความประทับใจและความภักดีของลูกค้าตามพันธกิจหลักขององค์กรที่มุ่งสร้างความเป็นเลิศด้วยการให้บริการ (Excellence through Service) โดย (approach-deploy)

- สำหรับผู้ป่วย RWJ มีความเชื่อว่าความภักดีและความพึงพอใจเกิดจากการให้บริการที่เป็นเลิศผนวกกับความรู้ความสามารถของพนักงาน จึงพยายามธำรงรักษาไว้ซึ่งบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทรและได้รับปลอดภัย รวมทั้งการกระจายอำนาจให้บุคลากรสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังจัดให้มีบริการและโปรแกรมอื่นๆ อาทิ Food-on-Demand การใช้โทรศัพท์ฟรี การเข้าถึงบริการที่สะดวกสบาย เป็นต้น
- สำหรับพนักงาน RWJ สร้างความภักดีผ่านระบบการสื่อสารสองทางที่มีประสิทธิภาพ การให้ความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน (Mutual Respect) รวมทั้งการจัดให้มีโปรแกรมและโอกาสการเรียนรู้ที่หลากหลาย

- สำหรับชุมชน RWJ สร้างความภักดีผ่านการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดโดยมีเป้าหมายร่วมกัน

ตารางต่อไปนี้จะแสดงวิธีการต่างๆที่ RWJ ใช้ในการสร้างความภักดีของลูกค้ากลุ่มต่างๆ

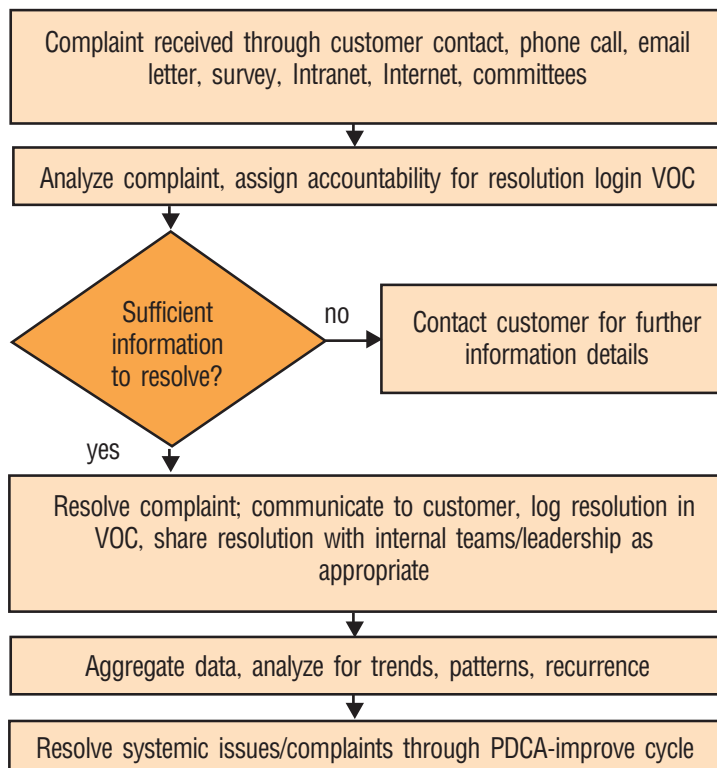
Patient Loyalty	
15/30 Program	Integrative Therapy
Hearts Apart	Free TV and Telephone
OP Service Commitment	Service Recovery
Complimentary Transport	Interpreters
Greeters	Food-on-Demand (Room Service)
Virtual Nursery	Educational Channel
Employee Loyalty	
WOW Program	Employee Satisfaction Committee
Longevity Benefits	Health and Wellness Center
Circles	Around-the-clock Emp.Forums
Diversity Committee	Child Care and Mortgage Subsidy
Language Line	Intern/Extern Program
Shared Governance	Tuition Reimbursement
Nursing Certification Pay	Employee Wellness Program
“What’s New” Publication	Intranet/Internet Access
Community Loyalty	
Education Programs	Senior Centers
About Health	OP Service Commitment
Health and Wellness Center	Newsletters
Support Groups	Integrative Therapy
Community Advisory Board	Hospital Giving Programs
Ham. Community Coalition	Grounds For Healing™

และเพื่อให้ลูกค้าสามารถติดต่อเพื่อค้นหาข้อมูล ขอรับบริการ และทำการร้องเรียนได้อย่างสะดวก RWJ จัดให้มีช่องทางที่หลากหลาย ดังต่อไปนี้

Seek Information	Obtain Services	Make Complaints
<ul style="list-style-type: none"> • Direct contact • Written material • Internet/Intranet • 5-Pillar Boards • Call Center • Meetings • Service reps 	<ul style="list-style-type: none"> • Web-based registration • Community ed classes • Health Fairs • Human Resources 	<ul style="list-style-type: none"> • Direct contact • Telephone • Letter/fax • Internet • Surveys • VOC

นอกจากพนักงานต้อนรับ, Information Desk และ Registration Staff ซึ่งเป็นด่านแรกในการให้บริการแล้ว RWJ จัดให้มี Patient Relation Manager, Administration on Call และ ผู้ตรวจการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อสร้างความมั่นใจว่าลูกค้าจะได้รับบริการที่ดีที่สุดตลอดเวลา

ในกรณีที่มีข้อร้องเรียนเกิดขึ้น RWJ มีขั้นตอนการแก้ไขดังนี้



ข้อร้องเรียนทั้งหมดจะถูกรวบรวมส่ง Patient Relation Manager เพื่อดำเนินการแก้ไข RWJ กำหนดมีการตอบสนองต่อข้อร้องเรียนให้ได้ภายใน 48 ชั่วโมง และข้อร้องเรียนจะถือว่าสิ้นสุดก็ต่อเมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขจนเป็นที่พอใจของลูกค้า ข้อร้องเรียนที่เป็นทางการทุกใบจะถูกส่งไปยังสำนักงาน CEO เพื่อมอบหมายผู้รับผิดชอบ และจะถูกบันทึกและติดตามในระบบ VOC จนกว่าปัญหาจะได้รับการแก้ไขให้ลุล่วง ลูกค้าจะได้รับการสอบถามว่าพึงพอใจต่อการแก้ไขปัญหาหรือไม่ หากไม่จะเชิญให้พบกับ CEO/COO/CNE เป็นกรส่วนตัวเพื่อหาทางแก้ไขปัญหาและป้องกันปัญหาไม่ให้เกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

จากความพยายามในการให้บริการมาตรฐานระดับ 5 ดาว (5 Stars Service Standard) ร่วมกับโปรแกรมการสร้างความสัมพันธ์ และความภักดีต่างๆ ทำให้ RWJ ได้รับรางวัล Press Ganey Success Story Award ในปี 2002 และเป็นหนึ่งในผู้เข้ารอบสุดท้ายในปี 2004

>> **BMH**

ปัจจัยหลักในการสร้างความภักดีของลูกค้าของ BMH ประกอบด้วย (*approach-deploy*)

- การให้การรักษายาบาลที่มีคุณภาพสูง ปลอดภัย และสม่ำเสมอคงเส้นคงวา
- การบริการที่เหนือความคาดหมาย
- State of the art facilities & Technology
- Innovative Amenities

การสร้างความภักดีของลูกค้าเริ่มตั้งแต่การคัดเลือกบุคลากรที่พร้อมที่จะทุ่มเทในการให้บริการที่เหนือความคาดหมาย บุคลากรเหล่านี้จะได้รับการฝึกอบรมเรื่อง Customer Service Standards & Expectations แนวทางการแก้ปัญหาให้ลูกค้า ตลอดจนคำพูดและกิริยาที่จะใช้

Customer Service Standards & Expectations ของ BMH ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

Our Commitment to Customers

BMH employees are personally accountable to:

- Offer Assistance
- maintain Privacy
- Express Empathy
- Be Courteous
- Respect Diversity
- Protect Confidentiality
- Care for the Environment
- Behave Professionally
- Follow the Appearance Standards
- Ensure Timely Follow Through
- Create a Great, Memorable Experience

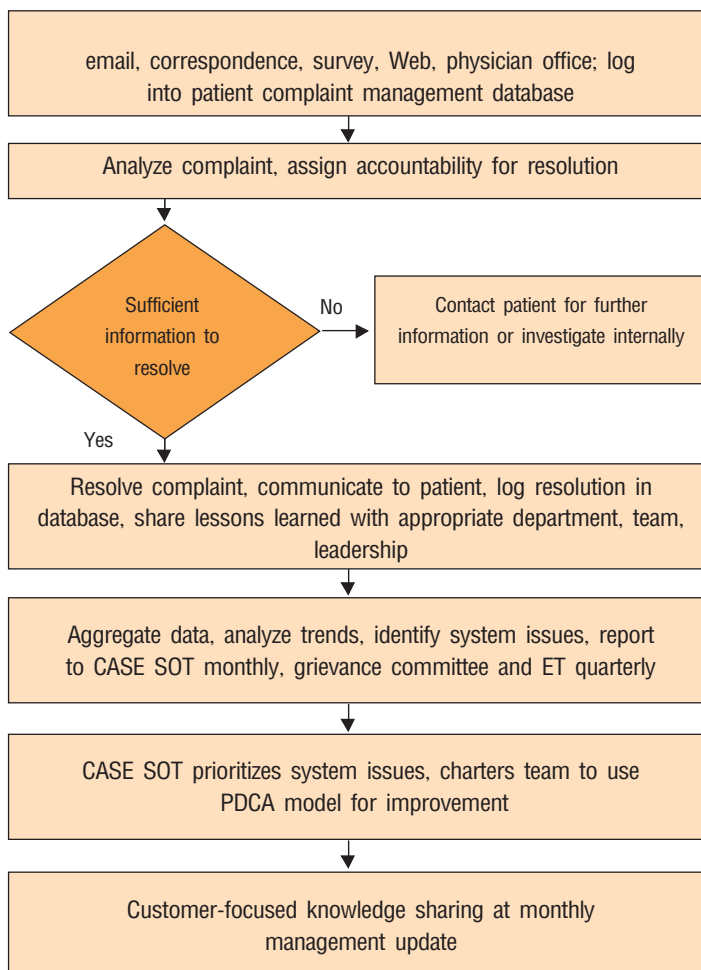
ตารางต่อไปนี้แสดงวิธีการที่ BMH ใช้ในการสร้างความภักดีแก่ลูกค้า และแพทย์

Strategies	Patient	Physician
• Competent staff	✓	✓
• Cust. Svc Standards & Expectations	✓	✓
• Recovery, interaction, scripting	✓	✓
• Greeters & escorts	✓	✓
• Complimentary transport	✓	✓
• Information kiosks	✓	✓
• Health Answers & library	✓	✓
• Valet parking	✓	
• MOP adjacent to hospital services	✓	✓
• All private rooms	✓	✓
• Patient-focused healing environment	✓	✓
• Complimentary flat-deck parking	✓	✓
• Indoor garden atrium	✓	✓
• Comfortable family waiting areas	✓	✓
• Private family consultation rooms (OR)	✓	✓
• Indoor garden atrium	✓	✓
• Sleep sofas, pull out beds, sleep rooms	✓	✓
• Pediatric family kitchen	✓	✓
• State-of-the-art technology	✓	✓
• Free TV, phone, laptops	✓	
• Access to in-room DVD/VCR	✓	
• Family pagers	✓	✓
• Wireless access	✓	✓
• ATM access	✓	✓
• Intepreters & language line	✓	✓
• Concierge services	✓	✓
• Room service dining	✓	
• Patient gowns, robes, slippers	✓	
• SkyCourt Café & Coffee Shop	✓	✓
• Membership programs	✓	✓
• Integrative therapy	✓	✓
• Health information newsletters	✓	✓
• Educational offerings	✓	
• Bronson Center for Women	✓	✓
• Centralized outpatient testing	✓	✓
• Hospitality House	✓	✓
• Physician Service Center		✓
• Physician Ctr. For Medical Informatics		✓
• Electronic medical record	✓	✓
• Medical staff office training		✓
• Leadership academy		✓
• Physician & resident orientation		✓
• CME educational offerings		✓
• Physician involvement		✓
• Physician dining room		✓
• Diagnostic liaison		✓
• CEO open office hours		✓

เพื่อให้ลูกค้าสามารถติดต่อเพื่อขอข้อมูล ขอรับบริการ และร้องเรียนได้สะดวก BMH จัดให้มีช่องทางดังนี้

Seek Information	Obtain Services	Make Complaints
<ul style="list-style-type: none"> • Direct contact • Print material • Correspondence • Website/email • HealthAnswers • BRIC • Ed. Offerings 	<ul style="list-style-type: none"> • Inpatient delivery • Outpatient delivery • In-home delivery • Web registration • Health Fair • comm. clinics 	<ul style="list-style-type: none"> • In person • Telephone • Correspondence • Website/email • Surveys • Ed. evaluations

สำหรับข้อร้องเรียนของลูกค้าจะได้รับการจัดการโดยใช้กระบวนการดังนี้



พนักงานทุกคนจะได้รับการฝึกฝนให้แก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน โดยใช้หลัก 3A คือ Acknowledge, Apologize และ Amend ในกรณีที่แก้ไขปัญหาไม่ได้ ข้อร้องเรียนจะถูกส่งไปยัง หัวหน้าสายงาน ผู้จัดการ Patient Relation และผู้บริหารเพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป ข้อร้องเรียนทุกข้อจะได้รับการบันทึกในฐานข้อมูลซึ่งจะได้รับการติดตามโดยผู้อำนวยการฝ่ายทุกสัปดาห์ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกประมวลผลให้ CASE Strategic Oversight Team ทบทวนเป็นประจำทุกเดือน ซึ่งหากพบโอกาสพัฒนา จะใช้กระบวนการ PDCA ในการปรับปรุงแก้ไข โดยทุกไตรมาสจะมีการทบทวนอีกครั้งโดย Grievance Committee และคณะกรรมการบริหาร และนำผลการวิเคราะห์เป็นปัจจัยนำเข้าสู่กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ต่อไป (*learning-integration*)

การสำรวจความพึงพอใจของ BMH ผ่าน 2 ระบบใหญ่ คือ การสำรวจความคิดเห็น (Gallup) ใน 4 ปัจจัยหลักคือ ความภักดี ผลการประเมินโดยรวม บุคลากร และกระบวนการสำรวจใน 11 service areas ด้วยวิธีการโทรศัพท์แบบสุ่มทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และรายงานผลทุกสัปดาห์ใน Inside-Bronson Intranet ทุกวันศุกร์ ซึ่ง CASE Strategic Oversight Team จะทบทวนผลการสำรวจเป็นประจำทุกเดือน และการสำรวจโดย Arbor Associates นอกจากนี้ BMH ยังใช้บริษัท Professional Research Consultants ทำการสำรวจความพึงพอใจของแพทย์เป็นประจำทุกปีในช่วงไตรมาสที่ 4 โดยจำแนกตามฝ่ายและบริการที่ได้รับ โดยที่ CASE Strategic Oversight Team จะเป็นผู้รับผิดชอบทบทวนให้วิธีการที่ใช้ในการสำรวจมีความทันสมัยตลอดเวลา (approach-deploy-learning)

เพื่อให้ได้ข้อมูลป้อนกลับที่ทันท่วงที BMH ใช้แนวทางหลัก 3 ประการคือ

- การฝึกให้พนักงานทุกคนกล่าวประโยคที่ว่า “ยังมีอะไรให้รับใช้เพิ่มเติมไหมคะ/ครับ” ซึ่งทำให้สามารถให้บริการเพิ่มเติมได้ทันที
- การเดินเยี่ยม (Round) ของผู้บริหารและฝ่าย Patient Relation เพื่อสอบถามและค้นหาปัญหา และทำการแก้ไขทันที
- การทำ Post Discharge Call เพื่อค้นหาปัญหา และสอบถามอาการผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที

สำหรับข้อมูลความพึงพอใจเปรียบเทียบกับคู่แข่ง ได้จาก Customer Research Program การทำ Focus Group รายไตรมาส การสำรวจการรับรู้ของลูกค้า โดย Adams Outdoor Survey, National Research Corporation Quality & Image Profile Survey และ การสำรวจทัศนคติของชุมชน การทำ Gallup เปรียบเทียบกับโรงพยาบาลต่างๆ 380 แห่งทั่วประเทศ และการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบจากแหล่งต่างๆ

>> **โอกาสพัฒนา (Opportunity for Improvement)**

>> **แผนปฏิบัติการและผู้รับผิดชอบ (Action Plan)**



การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

เกณฑ์รางวัล <<

4.1 การวัด การวิเคราะห์ และการทบทวนผลการดำเนินงานขององค์กร 40 คะแนน

ให้อธิบายวิธีการในการวัด วิเคราะห์ ทำให้สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน ทบทวน และปรับปรุงผลการดำเนินการในทุกระดับและทุกส่วนขององค์กร

จุดประสงค์ <<

หัวข้อนี้ตรวจประเมินวิธีการที่องค์กรใช้ในการผลิต จัดการ และใช้ข้อมูลและสารสนเทศสำหรับการวัด การวิเคราะห์ และการทบทวนผลการดำเนินการ เพื่อสนับสนุนการวางแผนและการปรับปรุงการดำเนินการขององค์กร

หัวข้อนี้เป็นศูนย์กลางของการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลและสารสนเทศในการวัดผลการดำเนินการและระบบการจัดการที่มีการบูรณาการ ซึ่งอาศัยข้อมูลและสารสนเทศด้านการเงินและด้านอื่นๆ

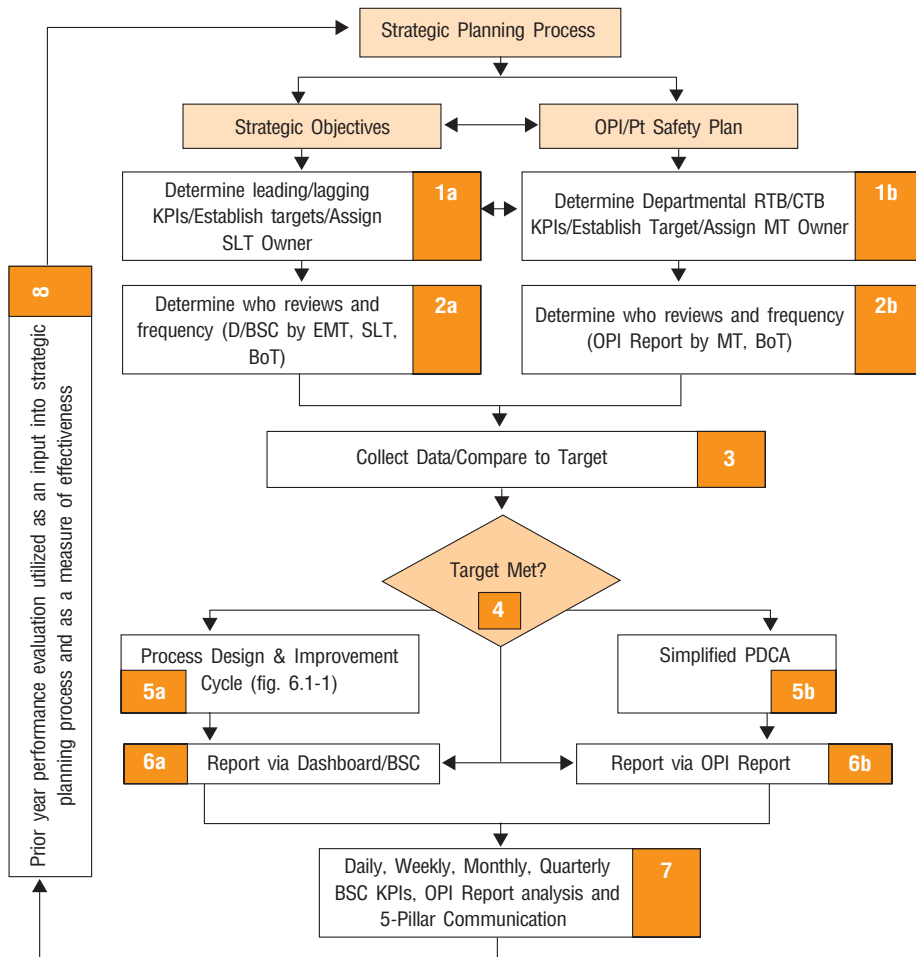
จุดประสงค์ของการวัด การวิเคราะห์ และการทบทวนผลการดำเนินการขององค์กร คือ เพื่อชี้้นำการจัดการกระบวนการขององค์กรให้บรรลุผลลัพธ์ทางธุรกิจและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ รวมทั้งการคาดการณ์และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วหรือไม่ได้คาดคิดจากภายในหรือภายนอกองค์กร

เรียนจากแชมป์



>> RWJ

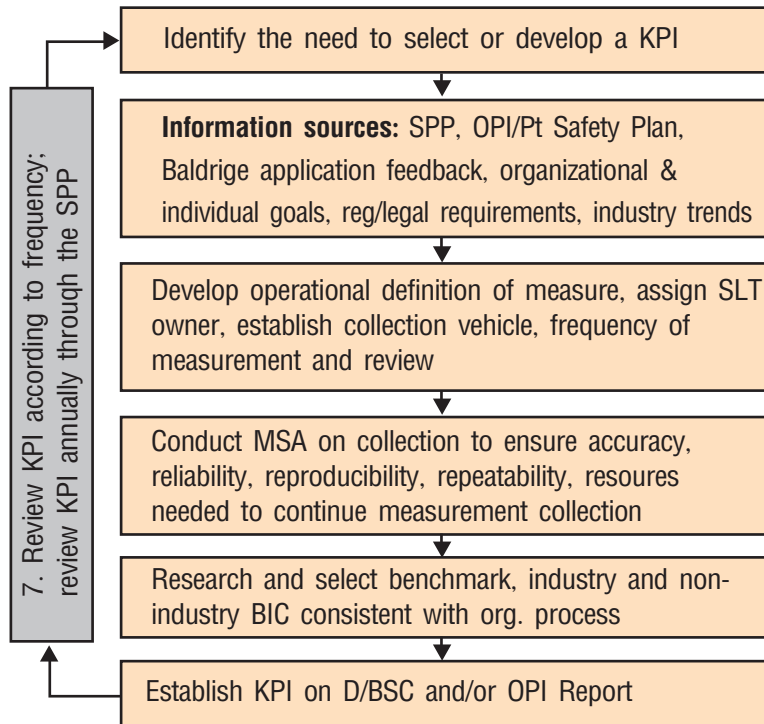
การวัด วิเคราะห์ และทบทวนผลการดำเนินการของ RWJ ใช้กระบวนการที่เรียกว่า Organizational Performance Measurement System ซึ่งประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ดังภาพ (approach-deploy)



ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ ทำให้ได้มาซึ่งวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ RWJ แบ่งการกำหนดตัวชี้วัดออกเป็น 2 สาย ได้แก่

- ตัวชี้วัดตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ซึ่งจะสอดคล้องกับ Critical Success Factor ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และเป้าหมายใน Strategic Positioning Plan ซึ่งตัวชี้วัดกลุ่มนี้มี Senior Leader Team เป็นผู้รับผิดชอบ
- ตัวชี้วัดตามแผนพัฒนาองค์กร (OPI - Organizational Performance Improvement) และแผนพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Plan) ซึ่งจะแบ่งย่อยเป็นแผนพัฒนาแบบ Run the Business (RTB) หรือแผนพัฒนาแบบ Change the Business (CTB) ตัวชี้วัดกลุ่มนี้ Management Team จะเป็นผู้รับผิดชอบ

การกำหนดตัวชี้วัด ใช้กระบวนการดังนี้ (approach-deploy)



ขั้นตอนที่ 2 กำหนดผู้รับผิดชอบในการทบทวน ติดตามประเมินผล และความถี่ที่ใช้ในการทบทวน

ขั้นตอนที่ 3 ทำการรวบรวมข้อมูลที่ได้ ซึ่ง RWJ พยายามให้การรวบรวมข้อมูลเป็นอัตโนมัติให้มากที่สุด หากจำเป็นต้องเก็บแบบ manual จะมีการทวนสอบด้วยการทำ Measurement System Analysis ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้มากที่สุด

ขั้นตอนที่ 4 เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้ออกกับเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 5 หากไม่ได้ตามเป้าหมาย จะใช้กระบวนการที่เรียกว่า Process Design & Improvement Cycle หรือ วงล้อ PDCA แบบง่ายๆในการปรับปรุงผล

ขั้นตอนที่ 6 เป็นขั้นตอนการรายงานผล โดยจะรายงาน Leading Indicators ผ่าน Dashboard รายงาน Lagging Indicators ผ่าน Balanced Scorecard และผลของ OPI ผ่าน OPI Report

ขั้นตอนที่ 7 เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสื่อสารข้อสนเทศที่ได้เพื่อใช้ในการตัดสินใจรายวัน รายสัปดาห์ รายเดือน รายไตรมาส และรายปี (ตามวาระการประชุมทบทวนต่างๆ ดังรายละเอียดตามรูปท้ายหมวดที่ 2) ทุกสัปดาห์ จะมีการทบทวนจำนวนผู้ป่วยโดยผู้บริหารระดับสูง หากพบว่าลดลง จะมีการวิเคราะห์สาเหตุ (Root Cause) และทำการแก้ไขโดยทันที

ขั้นตอนที่ 8 ทบทวนตัวชี้วัดที่ใช้ว่ามีความเหมาะสม และสอดคล้องกับกลยุทธ์ ตอบสนองความต้องการของลูกค้า ตลาดและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ โดย Performance Improvement and Risk Management Committee และในระหว่างกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ (learning)

RWJ มีการใช้ข้อมูลเปรียบเทียบในหลายระดับ ได้แก่

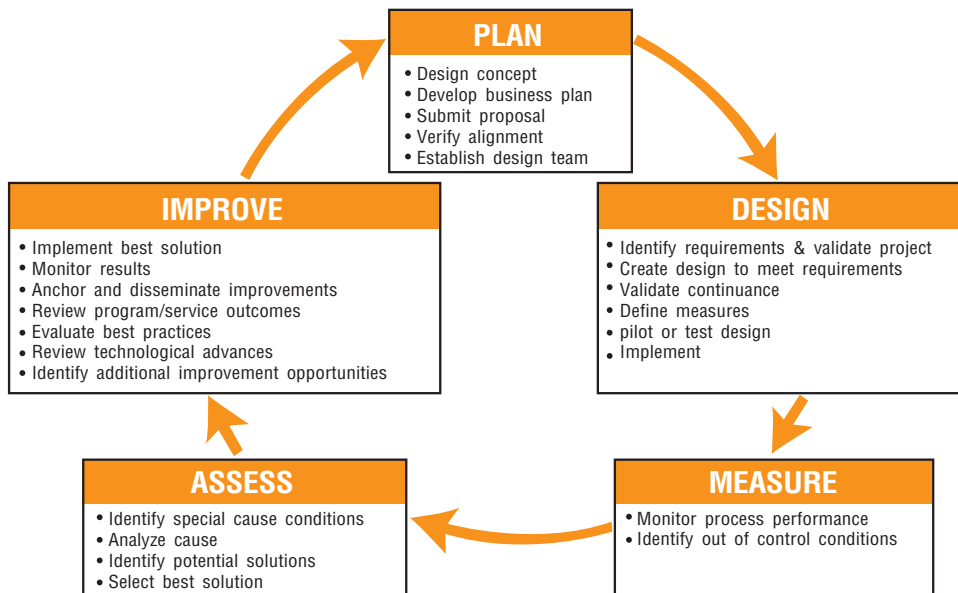
- การออกแบบและปรับปรุงกระบวนการ ในขั้นตอน Plan (ดูรายละเอียดในหมวดที่ 6)
- การทบทวนผลการดำเนินการ โดยแสดงผล Dashboard ในรูปแบบของสัญญาณไฟจราจร รวมทั้งแปลงผลการเปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์ ในรูปไฟจราจรด้วย
- การทบทวนผลการดำเนินการของผู้นำระดับสูงและคณะกรรมการบริหาร รวมทั้งการวางแผนกลยุทธ์

RWJ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลหลากหลายวิธี ประกอบด้วย การวิเคราะห์และแสดงผลในรูปของสัญญาณจราจรเพื่อให้เข้าใจได้ง่าย และการวิเคราะห์ทางสถิติ อาทิ Correlation, Pareto, Cycle Time, Statistical Process Control, Variance, Decision Matrices, Process Valuation, Root Cause, FMEA, Cost of Poor Quality, Gap, Industry, Competitive and Market, Effectiveness Analysis และ Regression Analysis

สำหรับระบบติดตาม และทบทวนผลการดำเนินการของ RWJ โปรดศึกษารายละเอียดได้จากภาพท้ายหมวดที่ 2 ในหนังสือเล่มนี้

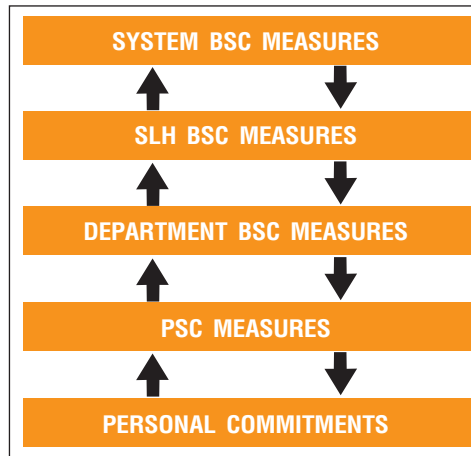
>> SLH

ระบบวัดผลการดำเนินการเป็นส่วนหนึ่งของระบบการนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศของ SLH โดยที่ตัวชี้วัดสำหรับการปฏิบัติการในชีวิตประจำวัน ได้มาจากการดำเนินการระหว่าง design phase ของ Performance Improvement Model ของ SLH ดังภาพ (*approach-deploy-learning*)



เมื่อได้ตัวชี้วัดที่ต้องการแล้ว มีการกำหนดวิธีการในการรวบรวมตัวชี้วัด และจัดทำเป็น procedure โดยวิธีการรวบรวมตัวชี้วัดจะขึ้นกับระดับของตัวชี้วัดเหล่านั้น เช่น ตัวชี้วัดระดับกระบวนการจะรวบรวมจากแผนปฏิบัติการ 90 วันและ BSC Department Report ซึ่งตัวชี้วัดเหล่านี้จะถูกทำให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์และตัวชี้วัดระดับฝ่ายด้วยแนวทางของ Balanced Scorecard

ตัวชี้วัดของ SLH แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ Saint Luke's System ระดับโรงพยาบาล ระดับฝ่าย ระดับกระบวนการ (Process Scorecard-PSC) และระดับบุคคล โดยใช้ Balanced Scorecard เป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงกับกลยุทธ์ขององค์กร ดังภาพ



ตัวชี้วัดระดับองค์กรจะได้รับการคัดเลือกและทบทวนปีละครั้งระหว่างกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ ซึ่งจะต้องครอบคลุม Strategic Focus Area ของ SLH หลังจากนั้นมีการถ่ายทอดลงมาเป็นลำดับชั้นดังภาพข้างต้น โดยมี Perspective Leader เป็นผู้รับผิดชอบ และรายงานต่อ Performance Improvement Steering Committee, Medical Staff Executive Committee, Executive Committee และ Board

การใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ และการเทียบเคียงสู่ความเป็นเลิศ (Benchmarking) ได้ถูกบูรณาการไว้ในขั้นตอนการวิเคราะห์ของ Performance Improvement Model ดังภาพข้างต้น โดย SLH มีการใช้ข้อมูลเปรียบเทียบใน 3 ลักษณะดังนี้

- **Competitive Strategic Information** เป็นการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กร (Environmental Assessment) และระหว่างกระบวนการวางแผนกลยุทธ์
- **Comparative (Local/Regional/National) Data** เป็นการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบในแง่ผลลัพธ์การดำเนินการในทุกระดับ ทั้งระดับองค์กร และระดับฝ่าย โดย SLH ตั้งเป้าหมายไว้ว่า ผลการดำเนินการระดับฝ่ายต้องไม่ต่ำกว่าระดับ Top 25% เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลทั้งหมด ซึ่งแหล่งข้อมูลเชิงเปรียบเทียบได้มาจากหน่วยงานที่เป็นบุคคลที่สาม
- **Benchmarking** เป็นการเทียบเคียงกระบวนการเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น โดยได้บูรณาการเป็นขั้นตอนหนึ่งในระยะ “Design” และ “Improve” ของ Performance Improvement Model ที่แสดงไว้แล้วข้างต้น การ Benchmark ลักษณะนี้

ดำเนินการโดยเจ้าของกระบวนการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะค้นหาองค์กรหรือโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินการที่โดดเด่นระดับชาติ โรงพยาบาลที่ได้รับรางวัลระดับรัฐหรือระดับประเทศ ตลอดจนองค์กรที่ได้รับรางวัลในอุตสาหกรรมต่างๆ

SLH มีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ ดังนี้ (approach-deploy-integration)

- ผลการดำเนินการตาม BSC จะถูกรายงานโดยใช้รหัสสี ได้แก่ สีน้ำเงินหมายถึงผลงานที่เกินกว่าเป้าหมาย สีเขียวหมายถึงผลงานที่ได้ตามเป้าหมาย สีเหลืองหมายถึงมีความเสี่ยงระดับปานกลางที่จะไม่บรรลุเป้าหมาย และสีแดงมีความเสี่ยงสูงที่จะไม่บรรลุเป้าหมาย
- ผลการดำเนินการตาม BSC จะได้รับการวิเคราะห์โดยใช้ Run Chart เพื่อให้สามารถวิเคราะห์แนวโน้มได้โดยง่าย
- ผลการดำเนินการด้านคลินิกและการปฏิบัติการของโรงพยาบาล จะได้รับการวิเคราะห์โดยใช้ Control Chart ซึ่งแสดง Control Limit และ Process Stability
- ผลการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับ Medicare จะได้รับการวิเคราะห์ในรูปแบบดัชนีต่างๆ อาทิ Medicare Discharge Volume, DRG Severity Index, Average Length of Stay Index, Mortality Index, DRG Resource Index per Market Analysis ซึ่งการวิเคราะห์ในลักษณะนี้ทำให้สามารถเทียบเคียงกับโรงพยาบาลอื่นๆ ทั้งระดับท้องถิ่นและระดับภูมิภาค
- ผลการดำเนินการด้านทรัพยากรบุคคล วิเคราะห์แนวโน้มโดยใช้ค่าเทียบเคียงจาก Saratoga Institute
- ผลการดำเนินการด้านการเงิน มีการวิเคราะห์ Variance จากการประมาณการเป็นประจำทุกเดือน นอกจากนี้มีการวิเคราะห์ รายได้ รายจ่ายด้านต่างๆ เช่น บุคลากร ผู้ส่งมอบ และด้านปฏิบัติการ เปรียบเทียบกับการประมาณการและผลงานของปีที่ผ่านมา โดยเปรียบเทียบทั้งผลงานในเดือนนั้นและแบบ Year-to-Date
- ผลการดำเนินการด้านการตลาด มีการวิเคราะห์ Market Value Index โดยคำนวณจาก inpatient market share, National Research Corporation Perception Rating และ “Would recommend rating” จากการสำรวจของ Press Ganey นอกจากนี้ มีการวิเคราะห์ส่วนแบ่งตลาดที่มีสัดส่วนกำไรสูง และการวิเคราะห์ความพึงพอใจของลูกค้ารายสัปดาห์และรายไตรมาส

- การวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆเพื่อใช้ประกอบในการวางแผนกลยุทธ์ 4 ด้าน ได้แก่ Marketing Assessment, Internal Assessment, Medical education/ Research และ Emerging Market Trend

ข้อมูลและสารสนเทศด้านผลการดำเนินการที่ได้ทั้งหมดจะได้รับการสื่อสารและทบทวนในที่ประชุมต่างๆ ดังนี้ (learning loop)

- ที่ประชุมรายเดือนของ Performance Improvement Steering Committee
- ที่ประชุมรายสัปดาห์ของ Executive Committee และ Medical Staff Executive Committee
- ที่ประชุมรายเดือนของ Hospital Leadership Group และ Medical Staff Board
- ที่ประชุมรายไตรมาสของ Board
- ที่ประชุมรายไตรมาสของระดับฝ่ายทั้งหมด

นอกจากนี้ ยังมีการแบ่งปันข้อมูลและสารสนเทศที่สำคัญ อาทิ ข้อมูลด้านการติดเชื้อในโรงพยาบาล ข้อมูลผลงานด้านคลินิก ข้อมูลด้าน Medicare/Medicaid ให้ฝ่าย หน่วยงาน และทีมต่างๆ รวมทั้งการเผยแพร่ใน ระบบ intranet จดหมายข่าว และการประชุม เป็นต้น

เกณฑ์รางวัล



4.2 การจัดการสารสนเทศและความรู้

40 คะแนน

ให้อธิบายวิธีการที่ทำให้มั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับพนักงาน ผู้ส่งมอบและลูกค้า รวมทั้งลูกค้า มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และให้อธิบายวิธีการสร้างและจัดการสินทรัพย์ทางความรู้ขององค์กร

จุดประสงค์



หัวข้อนี้ตรวจประเมินวิธีการที่องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีข้อมูลและสารสนเทศที่มีคุณภาพสูงทันเหตุการณ์ มีความพร้อมใช้งานสำหรับผู้ใช้ที่สำคัญทั้งหมด เช่น พนักงาน ผู้ส่งมอบและลูกค้ารวมทั้งลูกค้า นอกจากนี้ ยังตรวจประเมินวิธีการที่องค์กรใช้ในการสร้างและจัดการสินทรัพย์ทางความรู้ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และนวัตกรรมขององค์กร

เรียนจากแบบ



>> SLH

เพื่อให้มั่นใจว่ามีข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับผู้ใช้งานฝ่ายได้แก่ พนักงาน ผู้ส่งมอบ พันธมิตร ผู้ป่วย และลูกค้า SLH ออกแบบ IT System Architecture แบ่งเป็น 4 ระบบ คือ ระบบสารสนเทศด้านคลินิก ระบบสารสนเทศด้านการเงินและการจัดการสารสนเทศสำหรับผู้บริหารเพื่อการตัดสินใจ และ e-Portals (*approach-deploy*)

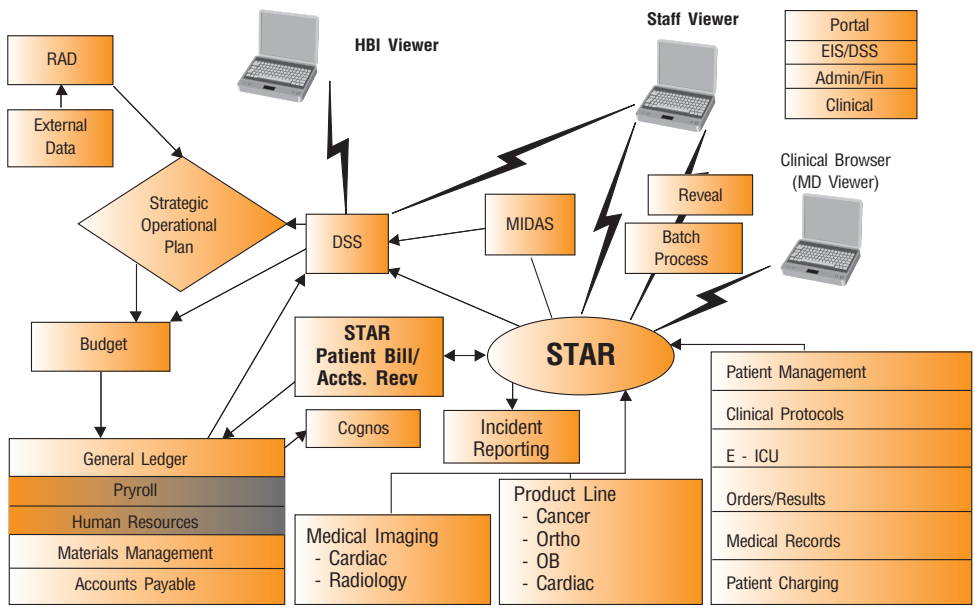
ระบบสารสนเทศด้านคลินิก ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย Clinical Protocol, การสั่งการรักษา และรายงานผล ที่ครอบคลุมทั้งด้านยา เล็บ และ รังสีวิทยา ประวัติและผลการตรวจร่างกาย รายงานต่างๆ Electronic Signature, การให้การพยาบาล สรุปผลการรักษา ค่าใช้จ่ายของการให้บริการต่างๆ อุปกรณ์การแพทย์ไม่พึ่งประสงค์ Cardiac and Radiology electronic Imaging ตลอดจนข้อร้องเรียนของผู้ป่วย ข้อมูลทั้งหมดจะเป็น Electronic ซึ่ง

แพทย์และ Caregiver ทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาล และที่ห่างไกลในรัศมี 120 ไมล์ สามารถเข้าถึงได้โดยผ่าน Remote Access System นอกจากนี้ด้วยระบบที่ SLH ใช้ สามารถส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นไปยัง primary care physician ได้ รวมทั้งมีระบบร่วมรักษาแบบทางไกล โดยผ่านทาง Tele-radiology และ Tele-cardiology และระบบ e-ICU

SLH ใช้กลยุทธ์ e-Health โดยใช้ web เป็น Interactive Tool ในการสื่อสารและให้ข้อมูลแก่พนักงาน ผู้ส่งมอบ พันธมิตร ผู้ป่วยและผู้รับบริการ ได้แก่

- Single point customer access e-portal สำหรับให้ข้อมูลด้านสุขภาพ
- Single point physician access e-portal สำหรับแจ้งเตือนแพทย์ แจ้งผลแล็บ และรับคำสั่งต่างๆ
- Single point employee access e-portal สำหรับการสื่อสารข้อมูลประชากร ผลประโยชน์ เงินเดือน และอื่นๆแก่บุคลากร
- Patient e-portal สำหรับผู้ป่วยเพื่อเข้าไปค้นรายละเอียดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น รวมทั้งการนัดหมายเข้ารับบริการล่วงหน้า

รูปต่อไปนี้ แสดง IT Architecture ของ SLH



วิธีการที่ SLH ทำให้ Hardware และ Software ตลอดจนข้อสนเทศต่างๆ มีความน่าเชื่อถือ ปลอดภัย และใช้งานง่ายประกอบด้วย

- การกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติ ตลอดจนมาตรการด้านความปลอดภัย อาทิ การจำกัดผู้ใช้ ตามลักษณะงาน ตำแหน่งหน้าที่ และสถานที่ การกำหนดรหัสผ่าน และการใช้ Firewall 2 ชั้น คือ Check Point Firewall-1 เพื่อป้องกันการถูกโจมตีผ่าน Internet และ Cisco Private Internet Exchange เพื่อป้องกันการถูกโจมตีผ่าน Extranet
- ระหว่างปฐมนิเทศ พนักงานทุกคนจะได้รับการให้ความรู้และจะต้องลงนามในข้อตกลงปกป้องความลับของผู้ป่วย ซึ่งผู้จัดการทุกคนจะทำการทบทวนและประเมินผลการรักษาความลับของพนักงาน เป็นประจำทุกปี แพทย์ทุกคนจะต้องลงนามการรักษาความลับกับองค์กรแพทย์ ผู้ส่งมอบทุกรายจะต้องลงนามรักษาความลับกับ SLH
- การ Backup ข้อมูลโดยใช้เทป ซึ่งมีการ backup อัตโนมัติทุกชั่วโมงสำหรับข้อมูลสำคัญ และทุกคืนสำหรับข้อมูลทั้งหมด เทปจะได้รับการหมุนเวียนและจัดเก็บนอกสถานที่ในห้องใต้ดิน รวมทั้งมีการฝึกซ้อมกรณีที่เกิดภัยพิบัติที่ไม่คาดฝัน เพื่อสร้างความมั่นใจว่าองค์กรสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา
- การเฝ้าระวังของ Data Center ในเรื่อง Data Integrity และ Network Error ตลอด 24 ชั่วโมง
- การใช้ระบบ Redundancy ในทุก Hardware System รวมทั้ง Clustering Technology เพื่อป้องกันการล่มทั้งระบบ
- การติดตามอัตราการใช้งานของผู้ใช้ทุกกลุ่ม เพื่อประเมินปัญหา เช่น ความง่ายในการใช้งาน เป็นต้น

เพื่อให้ ข้อมูลสารสนเทศ Hardware และ Software มีความทันสมัยอยู่เสมอ SLH มีการวางแผนด้านข้อมูล สารสนเทศ ตลอดจน Hardware และ Software ร่วมกับ Saint Luke's System ทุก 5 ปี โดย Performance Improvement Steering Committee ทำหน้าที่รับผิดชอบวิเคราะห์แนวโน้มในอนาคตของความต้องการด้านข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งข้อมูลความต้องการด้าน Hardware และ Software จากผู้ใช้ทุกกลุ่ม SLH ใช้การทำงานร่วมกันแบบพันธมิตรกับผู้จัดจำหน่าย เพื่อตอบสนองความต้องการในอนาคตดังกล่าว (*learning*)

ตารางต่อไปนี้ แสดงวิธีการต่างๆที่ SLH ใช้สำหรับการรวบรวมและถ่ายทอดความรู้ของพนักงาน ผู้ส่งมอบ และผู้รับบริการ (*approach-deploy*)

Knowledgeholder	Method to Collect/Transfer
Staff Member (individual)	<ul style="list-style-type: none"> - Departmental or unit meetings - Staff reports - Suggestions to manager - Preceptor programs - Informal communication among peer groups - Suggestions to teams/council - E-mail - Newsletter - Bulletin boards
Teams/Councils	<ul style="list-style-type: none"> - Stakeholder input to team - Team to Team sharing (SLH Team Quality And Medication Team Reports) - Team to sponsor reporting - Story boards - Presentation of team learnings or design Changes (published in Rounds, Horizons or discussed at departmental meetings).
Organizational (Leadership)	<ul style="list-style-type: none"> - Staff focus groups - Staff surveys (patient safety, employee sat) - Staff to leadership meetings - Hospital leadership group meetings - Best practices learned from conferences or Literature - Leadership retreats
Patients	<ul style="list-style-type: none"> - Patient advocate - Nurse caring for patients - Administrator on call - Patient satisfaction survey process - Use of customer contact requirements - Physicians/residents - Printed material - Video
Physician	<ul style="list-style-type: none"> - Communication within medical staff structure - Input into teams/committees as a member or stakeholder - Development of evidence-based pathways or guidelines - Rounding to outlying areas - Presentations such as Grand Rounds, or educational conferences
Key Suppliers	<ul style="list-style-type: none"> - Checking references/resources provided by partner - Training of staff by supplier (IS, medical equipment) - Monthly and quarterly meeting
Students/ Residents	<ul style="list-style-type: none"> - Rounding - Educational conferences - Posters - Caring for patients



การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

เกณฑ์รางวัล



5.1 ระบบงาน

40 คะแนน

ให้อธิบายว่าระบบงานและภาระงานขององค์กร การบริหารค่าตอบแทนความก้าวหน้าในการทำงาน และวิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติงานช่วยให้พนักงานและองค์กรมีผลการดำเนินการที่ดีได้อย่างไร

จุดประสงค์



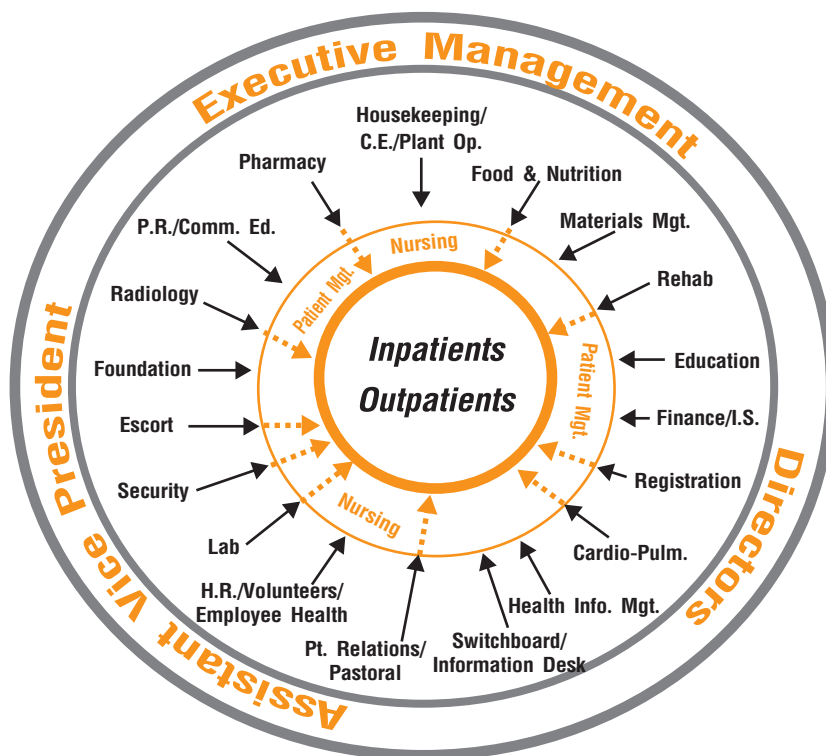
หัวข้อนี้ตรวจประเมินระบบขององค์กรในเรื่องงานและภาระงาน การบริหารค่าตอบแทนความก้าวหน้าในการทำงาน การจัดการผลการดำเนินการของพนักงาน การยกย่องชมเชย การสื่อสารและการว่าจ้าง เพื่อกระตุ้นให้พนักงานทั้งหมดปฏิบัติงานให้องค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพและเต็มความสามารถ ระบบเหล่านี้สนับสนุนผลการดำเนินการที่ดี ส่งผลให้มีการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลและองค์กร รวมทั้งทำให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะส่งผลต่อความยั่งยืนขององค์กร

เรียนจากแบบ



>> RWJ

เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ นวัตกรรม ความคิดสร้างสรรค์ การกระจายอำนาจ และความคล่องตัว RWJ ใช้การจัดระบบงาน 2 แบบเพื่อเสริมซึ่งกันและกัน ได้แก่ การใช้ Patient-Focused Model และการทำงานผ่านฝ่ายและสายงานต่างๆ Patient-Focused Model ของ RWJ ใช้ผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง โดยมีพยาบาลเป็นด่านหน้าที่สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง หน่วยงานอื่นๆ มีหน้าที่สนับสนุนให้พยาบาลทำหน้าที่ได้ดีที่สุด โดยมีคณะผู้บริหารคอยให้การสนับสนุนและจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมอีกชั้นหนึ่งดังภาพ (*approach-deploy*)



RWJ ส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นทีมร่วมกันโดยใช้ Model ข้างต้น ร่วมกับการใช้ 5-Star Service Standards ส่วนการสร้างความคล่องตัวให้แก่องค์กร RWJ ใช้ Cross Training เพื่อทำให้สามารถตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างรวดเร็ว

RWJ จะทบทวนโครงสร้างองค์กร และปรับการมอบหมายงานให้ฝ่ายและสายงานเป็นประจำทุกปีในระหว่างกระบวนการวางแผนกลยุทธ์เพื่อให้เกิดความเหมาะสม และเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานด้านทรัพยากรมนุษย์ โดยฝ่ายและสายงานจะรับผิดชอบในการทำให้บรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ การดูแลกำกับ ให้คำแนะนำ การสื่อสาร และการจูงใจพนักงานเป็นลำดับขั้น นอกจากนี้ RWJ ใช้ระบบ Shared Governance ผ่านการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อตัดสินใจ แก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพด้านการดูแลผู้ป่วย โดยมีแพทย์พยาบาล และสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วม (*approach-deploy-learning-integration*)

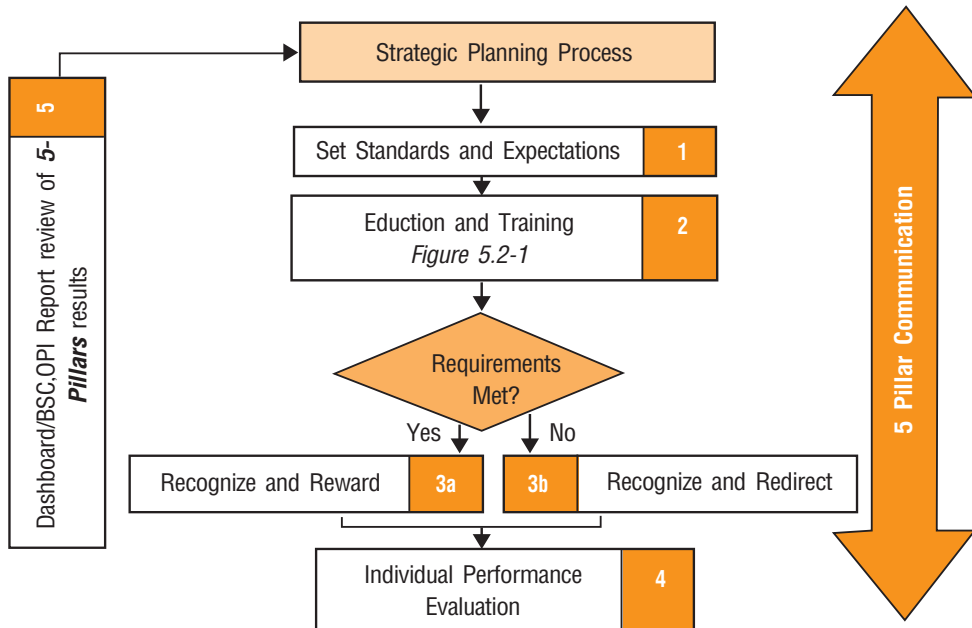
RWJ รวบรวมความคิดที่หลากหลายผ่านทีมและคณะกรรมการชุดต่างๆ อาทิ Diversity Committee ส่วนการสื่อสารภายในองค์กร ประกอบด้วย การอบรม การประชุม การประชุม การสื่อสารผ่านคอมพิวเตอร์ และที่สำคัญที่สุดคือผ่านระบบการกระจายกลยุทธ์ที่ยืด 5 เสาหลักแห่งความเป็นเลิศ ซึ่งจะมีการสื่อสารลงไปเป็นลำดับขั้น นอกจากนี้ในทุกแผนกจะมีบอร์ดสื่อสารที่แสดงตัวชี้วัดที่สำคัญ ข่าวสารสำคัญ และผลการวิเคราะห์ตัวชี้วัดในรูปแบบสัญญาณไฟจราจร เพื่อถ่ายทอดความเข้าใจ

RWJ แบ่งปันทักษะและความรู้โดยผ่านกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

- “Walk in my Shoes” เป็นการแลกเปลี่ยนกันทำเพื่อเรียนรู้งานของอีกฝ่ายหนึ่ง ทำให้เข้าใจงานอีกฝ่ายหนึ่งมากขึ้น
- ระบบพี่เลี้ยง
- การเข้ามามีส่วนร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพ
- การถ่ายทอดของฝ่ายบริหาร
- การประชุมและสัมมนา เช่น Management Team Meeting, Institute of Excellence Seminar
- การแบ่งปันผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ได้แก่ Intranet Best Practice Site, E-mail, Shared Electronic Files

ภาพต่อไปนี้จะแสดงระบบประเมินผลงานของ RWJ (approach-deploy-learning)

Figure 5.1-1 Staff Performance Management System



ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นตอนของการกำหนดเป้าหมายและความคาดหวังรายตำแหน่ง ซึ่งจัดทำภายหลังกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ และเป็นส่วนหนึ่งของแผนทรัพยากรบุคคล

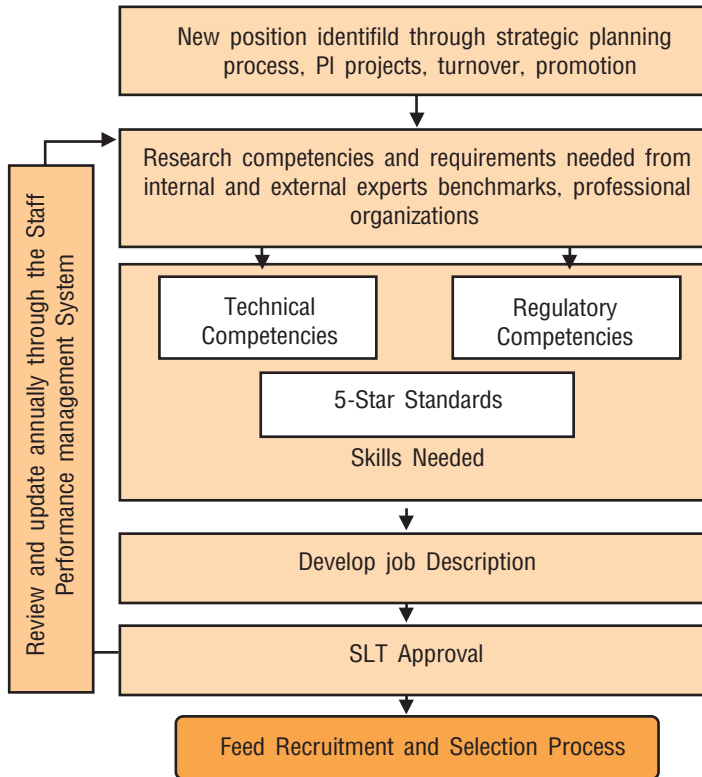
ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนของการให้ความรู้และพัฒนาบุคลากรตามความคาดหวังที่กำหนด อาทิ 5-Star Service Standards เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนการติดตามและประเมินผล หากสามารถทำได้ตามเป้าหมายและความคาดหวัง ทีมบริหารจะมีการให้รางวัลและเชิดชูเกียรติในรูปแบบต่างๆ อาทิ โบนัส รายไตรมาส จดหมายชื่นชมจากผู้บริหาร เป็นต้น ในกรณีที่ไม่ได้ตามเป้าหมาย จะมีการอบรมเพิ่มเติม ให้ข้อเสนอแนะ เป็นพี่เลี้ยง และจัดทำแผนพัฒนาเพื่อปรับปรุงต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 เป็นขั้นตอนการประเมินผลงาน ซึ่งจะกระทำปีละครั้ง พนักงานจะได้รับข้อมูลป้อนกลับเพื่อการปรับปรุง นอกจากนี้ พนักงานยังมีโอกาสประเมินผู้จัดการของตนเองด้วย

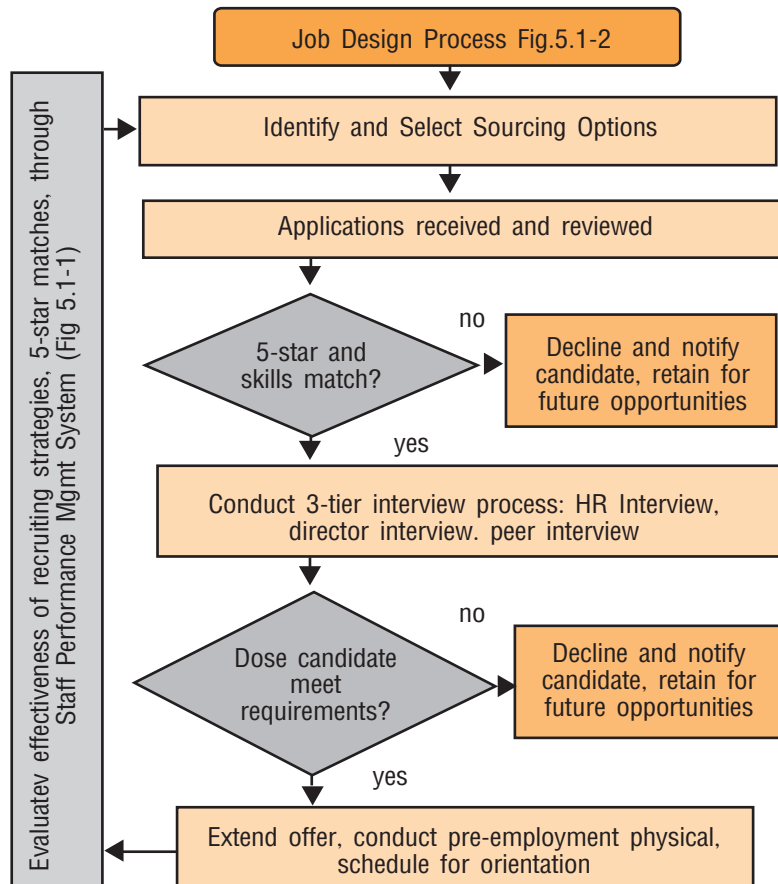
ขั้นตอนที่ 5 เป็นการนำผลการประเมิน รายงานต่อ Board of Trustees และเป็นปัจจัยนำเข้าสู่กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ต่อไป

RWJ กำหนดคุณลักษณะและทักษะที่ต้องการ ผ่านกระบวนการ Job Design Process ดังภาพ

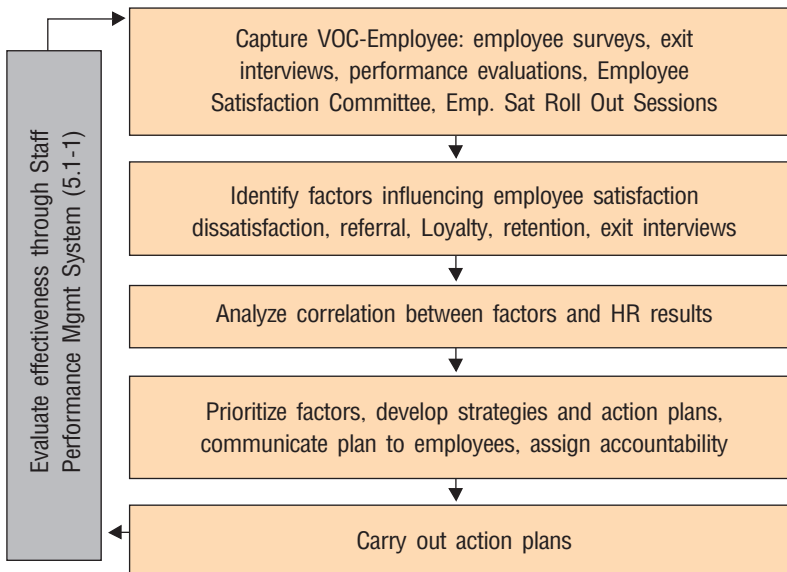


คุณลักษณะและทักษะที่ RWJ ต้องการประกอบด้วย Technical Competency, Regulatory Competency และ Interpersonal Skill ซึ่งต้องสอดคล้องตาม 5-Star Standards การทบทวนคุณลักษณะและทักษะที่ต้องการ กระทำทุกปี ระหว่างกระบวนการวางแผนกลยุทธ์

เนื่องจาก RWJ มีอัตราการเติบโตที่สูงในระยะเวลา 6 ปีที่ผ่านมา ทำให้ประสบปัญหาเรื่องการขาดแคลนบุคลากร RWJ ใช้กระบวนการ Recruitment and Selection Process ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งมีรายละเอียดดังภาพ (approach-deploy-learning)



สำหรับการสร้างความภักดีของบุคลากร RWJ ให้มีความสำคัญกับการรับฟังและเรียนรู้ และตอบสนองความต้องการของบุคลากร โดยผ่านกระบวนการที่เรียกว่า 5-Star Retention and Satisfaction Process ประกอบด้วยการสื่อสารแบบสองทาง การค้นหาปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ แรงจูงใจ และความภักดี แล้วนำมาจัดลำดับความสำคัญ เพื่อตอบสนองและการประเมินผลการตอบสนอง ดังรายละเอียดที่แสดงในภาพต่อไปนี้ (*approach-deploy-learning*)



ตารางต่อไปนี้แสดงวิธีการที่ RWJ ใช้ในการสรรหาและธำรงรักษาพนักงาน

Examples of Programs	Rec	Ret
Night Owl	X	
Mortgage Loan Program	X	X
Child Care Discounts	X	X
Referral Bonus	X	X
Professional Recognition	X	X
Certification Differential	X	X
Tuition Reimbursement	X	X
Intern/Externships	X	
Expanded Benefits	X	X
Shared Governance		X
Internal Promotions		X
Partnerships with Community & Schools	X	
Committee Participation and Governance		X
Weekend Program	X	
Foreign Recruitment	X	
Celebrations		X
Employee Wellness		X
WOW's		X
Employee Discounts	X	X
Legend: Rec - Recruitment Ret - Retention		
Highlighted = Innovative		

Board of Trustees และ CEO จะเป็นผู้จัดทำแผนผู้สืบทอดอำนาจ โดยสมาชิกของคณะกรรมการบริหารจะถูกประเมินโดยใช้ Individual Potential Matrix ผลการประเมินนำไปสู่การพัฒนาผู้นำผ่านโปรแกรม Institute of Excellence และ Health Care Academy Advisory Fellowship Leadership Program ส่วนความก้าวหน้าในอาชีพของพนักงานแต่ละระดับ ผ่านโปรแกรมอบรมประจำปี การเปิดโอกาสการเรียนรู้ และเงินสนับสนุนด้านการศึกษาแก่พนักงาน

>> BMH

BMH มุ่งมั่นที่จะพัฒนาสู่ความเป็นเลิศด้านทรัพยากรบุคคล ดังที่กำหนดไว้ในระบบการนำองค์กร ผ่าน Workforce Development Plan ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

Workforce Development Plan
Developing the Current Workforce
Leadership Development, Career Enhancement, Succession Planning, Retention
Developing the Future Workforce
Partnerships with Schools & Community, Youth Strategies, Recruitment
Diversity
Diversity Strategic Plan, Diversity Council, Mentor Program
Understanding Employee Satisfaction & Well-being
Two-way Communication, Employee Input, Listening Post Monitor System, Workplace Health & Safety
Benefits & Services to Meet Changing Needs
Your Life, Your Time, Your Wealth & Financial Security, Your Professional Development, Your Health & Wellness
Recognizing & Rewarding Excellence
Competitive Compensation, Formal & Informal Rewards
Staff Learning & Motivation
Education & Training Plan, Career Development, Knowledge & Skill Sharing

BMH จัดระบบและจัดการระบบงาน โดยอาศัยโครงสร้างองค์กร และระบบการจัดการผลงานที่เรียกว่า Staff Performance Management System

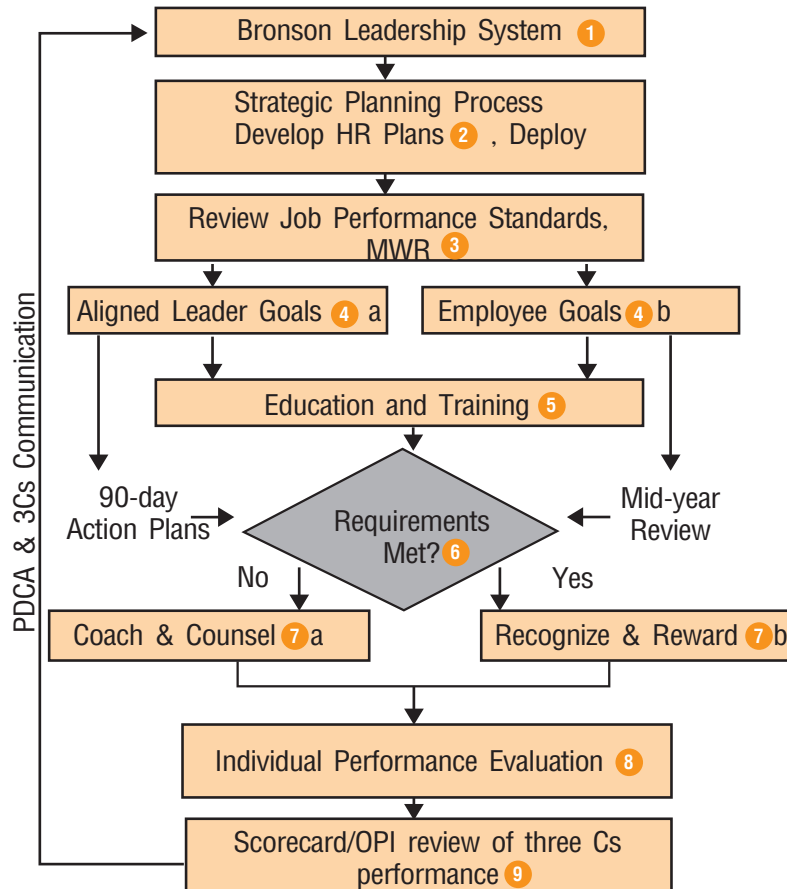
โครงสร้างองค์กรของ BMH ประกอบด้วย Product/Service Line ฝ่าย แผนก และหน่วยงาน รวมทั้งทีมคร่อมสายงาน และคณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพ โดยคณะกรรมการบริหารจะทบทวนโครงสร้าง และหน้าที่รับผิดชอบเหล่านี้ในระหว่างการวางแผนกลยุทธ์ ก่อนการอนุมัติแผนงานด้านทรัพยากรบุคคลในช่วงฤดูใบไม้ร่วง (*approach-deploy-learning-integration*)

BMH สื่อสาร แลกเปลี่ยนทักษะ และแบ่งปันความรู้ ผ่านวิธีการที่หลากหลายทั้งการปฐมนิเทศ การสื่อสารโดยผู้บริหาร การสื่อสารระหว่างหน่วยงาน ตลอดจน วารสาร จดหมายข่าว การประชุม สัมมนา บอร์ด และระบบคอมพิวเตอร์ ดังนี้

Mechanisms for Communication, Skill Sharing and Knowledge Transfer	Type
• Pre-hire & selection process	C, SK, ↔
• New hire orientation	C, SK, ↔
• Nursing core orientation	C, SK, ↔
• Leadership Communication Process (LCP)	C
• Leadership communication forums	C
• Knowledge sharing documents	C, SK
• Department meetings	C, SK, ↔
• Bulletin boards	C
• Communication books	C
• Email for all employees	C, ↔
• Instant messaging	C, ↔
• InsideBronson intranet	C, SK, ↔
• Department-specific newsletters	C
• Shared directories	C
• Daily huddles	C, SK, ↔
• Healthlines newsletter	C
• CEO/CNE open office hours	C, ↔
• LEADEship	C, SK, ↔
• Competency assessments	C, SK, ↔
• Workshop & educational courses	C, SK, ↔
• Employee forums & focus groups	C, ↔
• Employee neighborhood meetings	C, ↔
• Computer-based learning modules (CBL)	C, SK
• Leader rounds	C, SK, ↔
• Self-study modules	C, SK
• Skills fairs and learning labs	C, SK, ↔
• Safety champions	C, SK, ↔
• Preceptors	C, SK, ↔
• Externships/internships	C, SK, ↔
• Management mentor program	C, SK, ↔
• Shared governance (DLNC)	C, SK, ↔
• Teams, work groups, councils and committees	C, SK, ↔
• Staff Performance Management System	C, SK, ↔

C-communication, SK-skill sharing & knowledge Transfer, ↔ two-way

ระบบการจัดการผลงานของ BMH หรือ Staff Performance Management System ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ดังนี้ (*approach-deploy-learning-integration*)



ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นตอนการกำหนดระบบการนำองค์กร (ศึกษารายละเอียดได้จากหมวดที่ 1 ในหนังสือเล่มนี้)

ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนของการกำหนดกลยุทธ์ สื่อสารกลยุทธ์ กำหนดระดับผลงานที่ต้องการ (ศึกษารายละเอียดได้จากหมวดที่ 2 ในหนังสือเล่มนี้)

ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนของการทบทวน Job Performance Standard และ Minimum Working Requirement เพื่อให้สอดคล้องกับกลยุทธ์

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการกำหนดเป้าหมาย โดยระดับผู้นำหรือผู้จัดการ จะต้องกำหนดเป้าหมาย ที่เรียกว่า Leader Goal ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และ ตัวชี้วัดตาม

BSC หรือ Organizational Performance Indicators (OPI) และจัดทำแผนปฏิบัติการ 90 วัน ส่วนพนักงานรายบุคคลจะกำหนดเป้าหมายส่วนบุคคลให้สอดคล้องกับหลัก 3C ขององค์กร

ขั้นตอนที่ 5 เป็นขั้นตอนการให้การศึกษาอบรมตามแผนงานที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 6 เป็นขั้นตอนของการติดตามและประเมินผล โดยกลุ่มผู้นำจะถูกติดตามผลทุก 90 วัน ส่วนพนักงานจะได้รับการประเมินผลทุกครึ่งปี

ขั้นตอนที่ 7 กรณีที่ประเมินไม่ผ่าน จะมีการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และจัดอบรมเพิ่มเติม ในกรณีที่ได้ตามเป้าหมายจะได้รับรางวัลและการชมเชย ตารางต่อไปนี้แสดง การให้รางวัลและการยกย่องชมเชยที่ BMH ใช้

Recognition and Reward Mechanisms

- Thank you notes
- On the spot recognition
- Leader recognition toolbox
- Celebrations (tied to goal achievement) & fabulous prizes
- Hospital Week, Nurses' Week. Employee Appreciation
- Annual events: picnic, holiday banquet, children's holiday party
- Service awards and annual recognition banquet
- Nursing Excellence Awards
- President's Team Awards
- Bonuses (gainshare, key contributor, productivity, preceptor, certification/advanced degree completion)

ขั้นตอนที่ 8 เป็นการประเมินผลงานรายบุคคลประจำปี ซึ่งพนักงานจะได้รับการแจ้งผลการประเมินแบบ 2 ways จากผู้บังคับบัญชา ในทางกลับกัน พนักงานเอง มีโอกาสให้ข้อมูลผู้บังคับบัญชาในเรื่องความพอใจในงาน ความต้องการในการพัฒนา และความก้าวหน้าในงาน

ขั้นตอนที่ 9 เป็นการประเมินผลสมรรถนะของบุคลากร ผลการประเมินบุคลากรตลอดจนประสิทธิภาพของระบบการจัดการผลงานเอง โดยคณะกรรมการบริหาร และรายงานต่อ Board of Directors รวมทั้งจะถูกนำเข้าสู่กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ต่อไป

5.2 การเรียนรู้ของพนักงานและการสร้างแรงจูงใจ

30 คะแนน

ให้อธิบายว่าการศึกษา การฝึกอบรม และการพัฒนาความก้าวหน้าในการทำงานของพนักงานช่วยให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์โดยรวมและส่งผลให้มีผลการดำเนินการที่ดีอย่างไร รวมทั้งสร้างความรู้ ทักษะ และความสามารถของพนักงานอย่างไร

จุดประสงค์

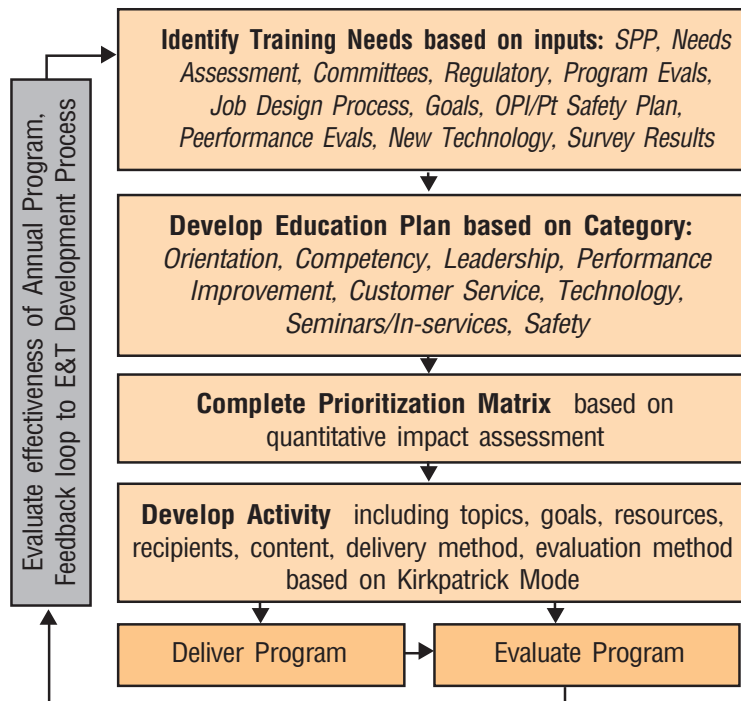
หัวข้อนี้ตรวจประเมินวิธีการให้การศึกษา การฝึกอบรม และการส่งเสริมการใช้ความรู้และทักษะในขณะปฏิบัติงาน หัวข้อนี้ยังตรวจสอบระบบที่ใช้ในการสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาความก้าวหน้าในการทำงานให้ตรงกับความต้องการของพนักงานอยู่เสมอ และทำให้เป็นองค์กรที่มีผลการดำเนินการที่ดี

เรียนจากแชมป์

>> RWJ

แผนพัฒนาบุคลากรประจำปีของ RWJ พัฒนาจากความต้องการตามกลยุทธ์ และผลการวิเคราะห์ความจำเป็นด้านการฝึกอบรมในด้านต่างๆ ได้แก่ ภาวะเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ผลการประเมินบุคลากร Job Design Process ผลการสำรวจความพึงพอใจ ผลการประเมินโปรแกรมต่างๆ ตลอดจนเทคโนโลยีและเครื่องมือใหม่ๆ ความต้องการเหล่านี้จะถูกวิเคราะห์และจัดเรียงความสำคัญ และจัดทำเป็นแผนอบรมและพัฒนาบุคลากร โดยในขั้นตอนของการทำแผนดังกล่าว จะมีการใช้ข้อมูลจากผู้จัดการและความต้องการของพนักงานแต่ละคนมาประกอบเพื่อให้เกิดความสมดุลของความต้องการขององค์กรและของพนักงาน

ภาพต่อไปนี้แสดงขั้นตอนการจัดทำแผนพัฒนาและอบรมบุคลากรของ RWJ (approach-deploy-learning-integration)



ตารางข้างล่างนี้ แสดงตัวอย่างโปรแกรมการศึกษาและอบรมต่างๆของ RWJ

Forum	Content	#	Presentation
Orientation	Hospital History 5-Star Service Standards Safety, Ethics Confidentiality Diversity, Teamwork	B	P L H R I
IoE	Management and Leadership Development	Q	P L R H I
Environmental Safety	Safety Codes Incident Reporting Infection Control	A	N
Performance Improvement	PDCA Six Sigma JCAHO Tracer Methodology	J	P L
Employee Forums	MVV 5-Pillar updates	Q	P L N
Legend: B-Bimonthly Q-Quarterly A-Annually J-JIT P-Power point L-Lecture N-Intranet/NetLearning R-Role Playing I-Interaction H-Handouts			

เมื่อพนักงานได้รับการอบรมแล้ว RWJ กระตุ้นให้พนักงานใช้ความรู้และทักษะที่เพิ่งได้รับมาใช้ในการปฏิบัติงาน ด้วยวิธีการดังนี้

- การเฝ้าสังเกตการปฏิบัติงาน (Direct Observation)
- การกระตุ้นให้ใช้ทักษะนั้นทันที เช่น ติดตั้งเทคโนโลยีใหม่ทันที เพื่อให้เกิดการใช้งานจริง
- การประเมินสมรรถนะประจำปี
- การประเมินผลงานประจำปี

นอกจากนี้ RWJ ยังใช้เทคนิคการฝึกอบรมแบบ Just in Time ดังเช่นในการฝึกอบรม Six Sigma จะสอนเครื่องมือทางสถิติที่จำเป็นและตรงกับที่ต้องการใช้ในโครงการนั้นๆ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการใช้งานทันที รวมทั้งการส่งจดหมายชมเชยที่เรียกว่า “Managing Up” สำหรับพนักงานที่ประสบความสำเร็จในการใช้ทักษะและความรู้ใหม่ๆ เพื่อให้กำลังใจ

RWJ ประเมินผลการฝึกอบรมเป็น 2 ระดับ คือ การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมโดยผู้เรียน และการประเมินทักษะในการปฏิบัติงานจากผู้จัดการและพนักงาน นอกจากนี้ยังใช้ Kirkpatrick Model ในการประเมินผลแต่ละโปรแกรมการฝึกอบรม แบ่งเป็น 4 ระดับคือ

- Program Reaction การตอบรับของผู้เรียนต่อโปรแกรม
- Knowledge Confirmation ความรู้ของผู้เรียน
- Application of Skills การใช้ความรู้และทักษะหลังการฝึกอบรม
- Impact on Organization Effectiveness ผลลัพธ์ที่ได้จากการฝึกอบรม

ผลลัพธ์ด้านการฝึกอบรมทั้งหมดจะถูกรวบรวมและวิเคราะห์โดย Education Department และส่งให้คณะกรรมการบริหารพิจารณาเป็นประจำทุกปี

RWJ สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ โดยใช้ระบบการประเมินผลงาน และการสร้างแรงจูงใจที่เรียกว่า 5-Star Retention and Satisfaction Process ดังที่แสดงไว้ในข้อ 5.1 จากการวิเคราะห์ของ RWJ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจของบุคลากรประกอบด้วยสองปัจจัยหลัก คือ การเชิดชูเกียรติ และรางวัล ซึ่ง RWJ ใช้ความต้องการของบุคลากรเป็น Input ในการจัดระบบเชิดชูเกียรติและมอบรางวัล

ทุกปีระหว่างการประเมินผลงานบุคลากร ผู้จัดการและหัวหน้าจะพูดคุยกับพนักงาน เรื่องความก้าวหน้าในอาชีพ และสิ่งที่อยากให้องค์กรให้การสนับสนุนเพื่อบรรลุความก้าวหน้าในอาชีพ ส่วนความก้าวหน้าในอาชีพพยาบาล มีระบบ Professional Recognition Bonus ซึ่งมอบให้แก่พยาบาลที่พัฒนาตนเองในสาขาเฉพาะทางต่าง ๆ

>> SLH

SLH ตระหนักในความสำคัญของการเรียนรู้ ทั้งระดับองค์กร และระดับบุคคล ในปี 2003 ได้มีการจัดตั้งตำแหน่ง CLO หรือ Chief Learning Officer ทำหน้าที่ค้นหาความจำเป็นด้านการฝึกอบรม จัดให้มีการศึกษาอบรม ส่งเสริมให้เกิดการใช้ความรู้และทักษะ ตลอดจนการแบ่งปันความรู้และการปฏิบัติที่ดีขององค์กร

เพื่อให้โปรแกรมการศึกษอบรมตอบสนองต่อ Strategic Focus Area, SLH ทำการวิเคราะห์ Strategic Action Plan ที่ได้จากการวางแผนกลยุทธ์ โดยใช้ Workforce Planning & Assessment Tools และจัดทำเป็นโปรแกรมการศึกษอบรมขึ้น

โปรแกรมการศึกษอบรมของ SLH แบ่งเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านบริหารจัดการ ซึ่งรวบรวมจาก Performance Management Process และความต้องการของฝ่ายบริหาร ด้านคลินิก ด้านการศึกษาต่อเนื่อง และด้านแพทย์ประจำบ้าน ตารางต่อไปนี้แสดงโปรแกรมการศึกษอบรมของ SLH

Area	Purpose	Examples	Sponsors
Administrative	<ul style="list-style-type: none"> Enhance position specific competencies Support mission, vision, Core values, strategies 	<ul style="list-style-type: none"> Orientation BBI Diversity Leadership Level Baldrige Mgmt Computer Use PI Training 	<ul style="list-style-type: none"> HR Org Dev Sr Leaders IS QR Diversity Council
Clinical Education	<ul style="list-style-type: none"> Enhance clinical Competencies Support mission, vision, core values, strategies Provide continuing Education Promote professional development 	<ul style="list-style-type: none"> Multidisciplinary Grand Rounds Inservice Training PCT Training JCAHO Preparation Career Advancement Program Nursing Orientation 	<ul style="list-style-type: none"> MCET NSD Clinical Education Specialists
Continuing Medical Education	<ul style="list-style-type: none"> Enhance clinical competencies Support mission Vision, core values, Strategies 	<ul style="list-style-type: none"> Multidisciplinary Grand Rounds Formal Educational Offerings Training Program Core Curriculum Visiting Lecturers 	<ul style="list-style-type: none"> Medical Education Program Directors
Resident Training Programs	<ul style="list-style-type: none"> Train/educate future caregivers Support mission, Vision, core values, Strategies 	<ul style="list-style-type: none"> Defined Core Training Curricula Visiting Lecturers Clinical Care Experience 	<ul style="list-style-type: none"> Residency Program Director and Teaching Faculty UMKC SOM Medical Education

นอกจากนี้ โปรแกรมการศึกษาอบรมของ SLH ยังครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้

- ด้านการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี เป็นความรับผิดชอบของฝ่ายสารสนเทศที่จะจัดให้มีการอบรมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี
- ด้านการพัฒนาผู้นำและภาวะผู้นำ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล ฝ่ายพัฒนาองค์กร และแผนกความหลากหลายขององค์กร จัดให้มีโปรแกรมการอบรมดังนี้ : การล่องละเมิดทางเพศ, Performance Management Process, การปรับปรุงผลการดำเนินงาน กฎหมายด้านทรัพยากรบุคคล, Behavior Based Interview, Development Dimension International Leadership, Diversity ซึ่งโปรแกรมเหล่านี้จะถูกปรับปรุงโดยใช้ Input จากการวางแผนกลยุทธ์ และข้อมูลป้อนกลับจาก Performance Management Process

- ด้านการปฐมนิเทศพนักงานใหม่ พนักงานใหม่ทุกคน ทั้งพนักงานด้านคลินิก และด้านบริหาร จะต้องได้รับการปฐมนิเทศ โดยพนักงานด้านคลินิก จะได้รับการอบรมในเรื่อง ปรัชญาการพยาบาล กฎหมายด้านเวชปฏิบัติ การมอบอำนาจรหัสช่วยฟื้นคืนชีพ การจัดการความเจ็บปวด ความปลอดภัยผู้ป่วย การตรวจร่างกาย การคิดเชิงวิเคราะห์ ภัยพิบัติชีวิต และกลไกของร่างกาย พนักงานทุกคนจะได้รับการปฐมนิเทศเรื่อง Performance Management Process, Performance Improvement Model, ความหลากหลาย ความปลอดภัย เทคโนโลยีสารสนเทศ ระเบียบบริษัท ความสุขใจ และการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนด้านจริยธรรม
- ด้านความปลอดภัย พนักงานทุกคนจะต้องได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยในระหว่างการปฐมนิเทศและการอบรมเพื่อฟื้นฟูเป็นประจำทุกปีในหัวข้อ ความปลอดภัยทั่วไป ความปลอดภัยด้านไฟฟ้า ภาวะฉุกเฉิน อัคคีภัย และการป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง โดยใช้รูปแบบที่หลากหลาย อาทิ interactive video, computer-based, การอบรม เป็นต้น สำหรับหน่วยงานที่มีข้อกำหนดพิเศษ จะได้รับการอบรมเฉพาะเรื่องเพิ่มเติม
- ด้านการปรับปรุงผลการดำเนินงาน การอบรมเพื่อให้เกิดการปรับปรุงผลการดำเนินงาน เริ่มตั้งแต่การปฐมนิเทศ ซึ่งใช้เวลาครึ่งวัน เพื่อให้แพทย์และพนักงานเข้าใจกระบวนการ จากนั้นจะมีการอบรมเพิ่มเติม โดยฝ่าย Quality Resource ซึ่งจะทำการฝึกอบรมทีม คณะกรรมการ หรือหน่วยงานต่างๆ เนื้อหาในการอบรมประกอบด้วย Balanced Scorecard และเครื่องมือพัฒนาคุณภาพต่างๆ เป็นต้น
- ด้านความหลากหลาย Diversity Department และ Diversity Education Committee ทำการค้นหาความจำเป็นด้านการฝึกอบรมจากทีมผู้นำ จาก Performance Management Process และจาก Diversity Trainer มาใช้กำหนดหลักสูตรและเนื้อหาที่จะใช้ในการฝึกอบรม

คณะกรรมการองค์กรแพทย์ และฝ่ายการพยาบาล ทำการค้นหาความจำเป็นด้านการฝึกอบรม ผ่านหลายช่องทาง ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ อุบัติการณ์ เครื่องมือแพทย์ใหม่ๆ Clinical Practice Guideline ใหม่ ๆ ระเบียบข้อบังคับต่างๆของสมาคมวิชาชีพ ตลอดจนผลการประเมินตาม Performance Management Process

ภายหลังการค้นหาความจำเป็นและความต้องการด้านการฝึกอบรม SLH มีขั้นตอนการจัดเรียงลำดับความสำคัญดังนี้

- ผู้อำนวยการ ผู้จัดการ ฝ่าย แผนก จะทำการรวบรวมข้อมูลที่ได้ รวมทั้งวิธีการที่ประสงค์จะใช้ จาก Performance Management Process บันทึกลงใน Education Opportunity Feedback Form ส่งไปที่ฝ่ายทรัพยากรบุคคล
- ฝ่ายทรัพยากรบุคคล โดย Administrative Training Committee ทำการทบทวนเพื่อตรวจสอบว่าตอบสนองต่อ Strategic Focus Area หรือไม่ และทำ Impact/Cost Grid โดยโปรแกรมการฝึกอบรมที่มีผลต่อ Strategic Focus Area สูง และมีค่าใช้จ่ายน้อยจะได้รับการจัดให้มีความสำคัญอันดับแรก

จากนั้น SLH จะพิจารณาวิธีการที่จะใช้ในการให้การศึกษาอบรม โดยพิจารณาจากข้อเสนอแนะของพนักงาน Education Opportunity Feedback Form ทรัพยากรที่มีอยู่ และผลการอบรมที่ต้องการ วิธีการที่ SLH ใช้ในการให้การศึกษาอบรม มีหลากหลาย ได้แก่ การเรียนในห้องเรียน การอบรมในงาน การเรียนรู้ด้วยตนเอง วิดีโอและเทป ไปสเตอร์ Role Playing ระบบพี่เลี้ยง Group/Team Interaction, Computer-based Training และ Internet Access ส่วนการศึกษาต่อเนื่องใช้ Lecture การอภิปรายกรณีศึกษา การอภิปรายหมู่ Audience Response System และ Video/CD Rom

SLH ส่งเสริมให้เกิดการใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับการศึกษาอบรมผ่านวิธีการดังนี้

- การสังเกตการณ์ และการประเมิน ระหว่างการตรวจเยี่ยมของผู้บริหาร หรือ ทีมพี่เลี้ยง
- การทำกิจกรรมทบทวนต่างๆ อาทิ Peer Review และการเฝ้าสังเกตการณ์ของหัวหน้าและผู้จัดการ
- การใช้ระบบ Performance Management Process ซึ่งมีการเฝ้าระวังและติดตามเป็นระยะ และทุกเดือนเมษายน จะมีการทบทวนผลที่ได้จากการให้การศึกษาอบรม

SLH ประเมินผลการให้การศึกษาอบรมโดยใช้ Kirkpatrick Model โดยจะมีการประเมินผลการตอบสนองของผู้เรียนในทุกโปรแกรมการอบรม (level 1) มีการประเมินความรู้ของผู้เรียนในโปรแกรมส่วนใหญ่ (level 2) มีการประเมินการปฏิบัติของผู้เรียนในบางโปรแกรมที่สำคัญ (level 3) และมีการประเมินผลกระทบในทางบวกของการอบรมต่อผลการดำเนินการขององค์กรในบางโปรแกรม (level 4)

ตารางต่อไปนี้ แสดงวิธีการเชิดชูเกียรติ รางวัล และแรงจูงใจของ SLH

Core Value	Organizational Level	Department Level
Quality Excellence	Employee of the Month Employee of the Year	Clinical Excellence Awards
Resource Management	Employee Suggestion Program Volunteer Recognition Award	Deployment of selected employee ideas for expense reduction
Customer Focus	“Angel for an Angel” Award	Spot recognition awards for customer service
Teamwork	SLH Team Quality Award	Spot recognition awards for teamwork

SLH ได้รับรางวัล Paragon Award จากสมาคมการจัดการทรัพยากรบุคคลทั้งหมด 3 ครั้ง ได้รับการคัดเลือกให้เป็น 1 ใน 100 ผู้จ้างงานดีเด่นจากวารสาร Working Mothers Magazine และ รางวัล Missouri Team Quality Award ในปี 2001 และ 2003

เกณฑ์รางวัล



5.3 ความพึงพอใจและความผูกพันของพนักงาน

30 คะแนน

ให้อธิบายวิธีการรักษาสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้พนักงานทุกคนมีความสุข ความพึงพอใจ และแรงจูงใจในการทำงาน

จุดประสงค์



หัวข้อนี้ตรวจประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงาน บรรยากาศที่สนับสนุนการทำงานของพนักงาน และวิธีการประเมินความพึงพอใจของพนักงาน เพื่อสนับสนุนความสุข ความพึงพอใจ และการจูงใจพนักงานทุกคน โดยคำนึงถึงความต้องการที่หลากหลายของพนักงาน รวมถึงตรวจประเมินความสามารถขององค์กรในการรับมือกับภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ เพื่อปกป้องพนักงานและสถานที่ทำงานให้ปลอดภัย

เรียนจากแชมป์



>> RWJ

RWJ ดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

- การปรับปรุงสภาพแวดล้อมจากการทำงาน ผ่านการสำรวจตาม 5-Star Retention & Satisfaction Process และการหาโอกาสพัฒนาระหว่างกระบวนการวางแผนกลยุทธ์
- การประชุมนิเทศพนักงานก่อนเข้างานทุกคนเรื่องความปลอดภัยและอาชีวอนามัย โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจความพึงพอใจ จาก Voice of Customer & Employee System และจากการวิเคราะห์ของ Occupational Health Department

- การดำเนินการของ Safety Committee ซึ่งจะทำการตรวจติดตาม และเฝ้าระวังดัชนีชี้วัดด้านการยศาสตร์ อุบัติเหตุ และความปลอดภัย เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา และจัดทำแผนปรับปรุง
- การตรวจประเมินด้านการยศาสตร์ของ Occupational Health Department เป็นประจำทุกเดือน

การดำเนินการด้านการเตรียมความพร้อมเรื่องอุบัติเหตุและภาวะฉุกเฉิน เป็นความรับผิดชอบของ CCO - Corporate Compliance Officer โดยทำงานร่วมกับทางเทศบาล และหน่วยงานของรัฐอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภัยของประเทศ และการจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับอาวุธเคมีและอาวุธชีวภาพ โดยมี Safety Committee จะติดตามประเมินผลการฝึกซ้อมเพื่อปรับปรุงแก้ไขต่อไป

RWJ ค้นหาปัจจัยซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากรด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

- ผ่าน 5-Star Retention & Satisfaction Process (รายละเอียดในหมวด 5.1) โดยทุกครั้งที่มีการสำรวจ จะมีการทำ regression analysis เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและความผูกพัน หลังจากนั้น จะนำปัจจัยที่ได้จากการวิเคราะห์ดังกล่าวไปทำการยืนยัน (validate) กับพนักงานอีกครั้ง และมีการปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของพนักงานแต่ละกลุ่ม
- ผ่านการพบปะพูดคุยแบบสองทางของ Employee Satisfaction Committee การสำรวจ Voice of Customer & Employee System และข้อมูลป้อนกลับของ Employee Forum รายไตรมาส

เมื่อทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและความผูกพันดังกล่าวแล้ว RWJ จะจัดเรียงความสำคัญ และตอบสนองโดยใช้ขั้นตอนตาม 5-Star Retention & Satisfaction Process (ดูรายละเอียดในหมวดที่ 5.1) จากนั้นจะทำการประเมินผล และนำเข้าสู่กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ต่อไป

ตัวอย่างสวัสดิการและผลประโยชน์ของบุคลากร ได้แก่

- Benefit Plan ซึ่งครอบคลุมสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล บำเหน็จบำนาญ ด้านทันตกรรม การประกันชีวิต Vacation Buy Back ทุนการศึกษา เป็นต้น
- Flexible Health Spending Program

- การสร้างสมดุลระหว่างชีวิตและงาน โดยมี Work-life Balance Committee ทำหน้าที่ค้นหาและนำแนวทางต่าง ๆสู่การปฏิบัติของพนักงานเพื่อให้เกิดสมดุลระหว่างชีวิตและงาน
- สวัสดิการเงินกู้ยืม
- โปรแกรมช่วยเหลือพนักงาน (Employee Assistant Program)
- โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร (Employee Wellness Program)

RWJ ตรวจสอบความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพันของพนักงานผ่านกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

- Employee Satisfaction Survey
- Voice Of Customer & Employee System (VOC-E)
- การประชุมพนักงานของฝ่ายต่างๆ
- การสัมภาษณ์เมื่อครบ 90 วันของการจ้างงาน
- Exit Interview

นอกจากการสำรวจดังกล่าวข้างต้นแล้ว คณะกรรมการบริหารยังทำการติดตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง อาทิ อัตราการลาออก อัตราตำแหน่งว่าง ผลผลิตของพนักงาน อัตราการบาดเจ็บ สัดส่วนของพนักงานใหม่ที่ผ่านการแนะนำจากพนักงานเก่า ซึ่งพบว่า หากพนักงานมีความผูกพันและความพึงพอใจสูง จะแนะนำเพื่อนๆให้มาทำงานร่วมกันสูงขึ้น

จากความพยายามอย่างหนักของ RWJ ทำให้ได้รับรางวัล New Jersey Psychological Association's Healthy Workplace Award ประจำปี 2002 และ SHRM Employer of Choice Award ประจำปี 2003

หมวดที่ ...

6



การจัดการกระบวนการ

เกณฑ์รางวัล <<

6.1 กระบวนการที่สร้างคุณค่า

70 คะแนน

ให้อธิบายวิธีการกำหนดและจัดการกระบวนการที่สำคัญต่างๆ เพื่อสร้างคุณค่าแก่ลูกค้าและนำมาซึ่งความสำเร็จและการเติบโตทางธุรกิจ

จุดประสงค์ <<

หัวข้อนี้ตรวจประเมินกระบวนการที่สำคัญด้านผลิตภัณฑ์ การบริการ และธุรกิจ เพื่อการสร้างคุณค่าต่อลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ตลอดจนการปรับปรุงผลการดำเนินการของตลาดและการปฏิบัติการขององค์กร

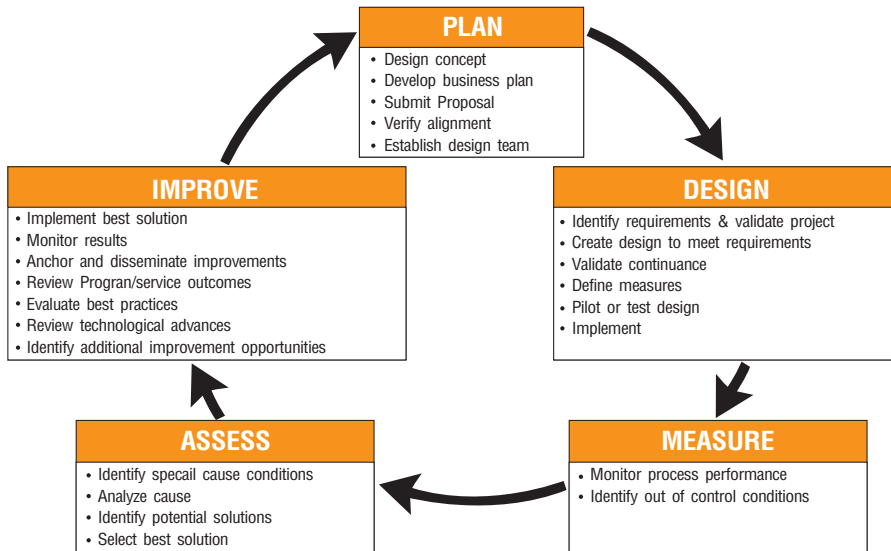
>> SLH

SLH ใช้ขั้นตอน Marketing Analysis ระหว่างการวางแผนกลยุทธ์ ในการกำหนดกระบวนการสร้างคุณค่าที่สำคัญ โดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน ครอบคลุมตั้งแต่สำนักงานของแพทย์ การเข้าเป็นผู้ป่วยใน จนกระทั่งการกลับบ้านและชุมชน ซึ่งกระบวนการสร้างคุณค่าเหล่านี้จะช่วยให้บรรลุพันธกิจที่มุ่งหวัง สร้างรายได้ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าถึงบริการได้สะดวก

ความจำเป็นในการเปิดโปรแกรมหรือบริการใหม่ ได้จากกระบวนการวางแผนกลยุทธ์หรือเกิดจากการเสนอของผู้รับผิดชอบ โดยข้อกำหนดของกระบวนการมาจาก ผลการวิเคราะห์ตลาด เทคโนโลยี นโยบายด้านการจ่ายเงินของรัฐ ข้อกำหนดของผู้ขาย ความก้าวหน้าด้านการแพทย์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของตลาดและความต้องการของลูกค้า ตารางต่อไปนี้แสดงกระบวนการสร้างคุณค่าที่สำคัญและข้อกำหนดสำคัญของ SLH (*approach-deploy*)

Health Care Processes	Key Requirements	Key Measures
Admitting <ul style="list-style-type: none"> Scheduling Precertification Registration 	<ul style="list-style-type: none"> Timeliness Accuracy 	<ul style="list-style-type: none"> Wait Times Admissions Audit Results
Multidisciplinary Care <ul style="list-style-type: none"> Initial Assessment Planning Intervention Evaluation Modification Resolution 	<ul style="list-style-type: none"> Timeliness Accuracy Reliability Access Responsiveness Empathy Competence 	<ul style="list-style-type: none"> Infection Rates Medication Errors Mislabeled/unlabeled specimens Patient falls 7th Scope of Work Clinical Outcomes Unplanned Returns Medical Staff Clinical Indicators Cost per Day Length of Stay Potentially Avoidable Days JCAHO Core Measures
Care Support Services <ul style="list-style-type: none"> Laboratory Radiology Pharmacy Nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> Timeliness Accuracy Competency Appropriateness 	<ul style="list-style-type: none"> Turnaround Time Stockout Rates Nutrition Assessment Discrepancy Rate QA Measures

SLH ใช้ Performance Improvement Model 5 ขั้นตอนในการจัดการกระบวนการ ดั่งภาพ



เมื่อมีความจำเป็นต้องเปิดโปรแกรม หรือบริการใหม่ ผู้รับผิดชอบซึ่งอาจเป็นแพทย์ ผู้บริหาร พนักงาน นักศึกษา หรือแม้แต่อาสาสมัคร จะเริ่มต้นตามขั้นตอนที่ระบุไว้ใน Model ข้างต้น

ในระยะ Plan Phase มีการกำหนดแนวคิดหลักของโปรแกรม (Concept) และจัดทำแผนธุรกิจ ส่งให้คณะกรรมการบริหารเป็นผู้อนุมัติ โดยในแผนธุรกิจจะระบุความเชื่อมโยงกับความต้องการของลูกค้า วิสัยทัศน์ และพันธกิจขององค์กร และคุณค่าที่จะได้รับจากโปรแกรมนี

เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว จะเข้าสู่ระยะ Design Phase ซึ่งจะมีการแต่งตั้ง Design Team ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด รวมทั้งลูกค้า จากนั้นทีมจะร่วมกันกำหนดความต้องการ และออกแบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว ซึ่งในการออกแบบ ทีมคำนึงถึงผลลัพธ์ที่ดีและการควบคุมค่าใช้จ่าย โดยจะเปรียบเทียบกับกรณีในอดีต เปรียบเทียบกับ Best Practice หรือเทียบเคียงกับองค์กรอื่น และการหาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งเทคโนโลยีใหม่ๆที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้น จะกำหนดดัชนีชี้วัด และทำการทดลองโปรแกรมที่ได้ออกแบบในพื้นที่จำกัดก่อน เมื่อได้ผลดีและพิจารณาแล้วว่าคุ้มค่า จึงค่อยดำเนินการขยายผลสู่การปฏิบัติจริงต่อไป

SLH ใช้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ

- การประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดโดยแพทย์ ทำให้ทราบข้อมูลเชิงลึกด้านคลินิก ด้านสังคม และครอบครัว รวมทั้งการให้ข้อมูลด้านความเสี่ยง ประโยชน์ที่จะได้รับจากการรักษา และทางเลือกต่างๆในการรักษา
- ผู้ที่ให้การรักษาทั้งหมด จะบันทึกผลการประเมิน ซึ่งเป็นแบบฟอร์มที่ใช้ร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ ทำให้สามารถสื่อสาร และค้นหาความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งวางแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง
- การใช้ Clinical Pathway ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เป็นมาตรฐาน ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยทั้งหมด จะได้รับการรักษาโดยใช้ Clinical Pathway นอกจากนี้ ยังมีการจัดทำ Patient Path หรือแนวทางการรักษาที่ใช้ภาษาแบบง่าย ๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนการรักษาทั้งหมดด้วย
- การใช้กระบวนการรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ เพื่อค้นหาความต้องการ ความคาดหวัง สร้างความพึงพอใจ และนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาต่อไป (ดูรายละเอียดในหมวดที่ 3 ของหนังสือเล่มนี้)

ไประยะ Measure Phase มีการเฝ้าระวังดังนี้

- ทีมผู้ให้การดูแล จะติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นรายวัน โดยเทียบกับ Clinical Pathway หรือ Care Plan
- ทีมทำการเฝ้าระวังตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น ซึ่งมีทั้งตัวชี้วัดตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพ มาตรฐานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ตลอดจนมาตรฐานของผู้ชำระเงินทั้งหลาย

ระยะ Assess Phase เป็นระยะของการค้นหาสาเหตุต้นตอของปัญหาในกรณีที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด หรือเกิดความผิดพลาดหรือข้อร้องเรียนเกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การค้นหาลู่ทางเลือกที่ดีที่สุด

วิธีการที่ SLH ใช้ในการลดความผิดพลาดและต้นทุนจากการทำซ้ำ (rework) ประกอบด้วย

- การสร้างระบบประกันคุณภาพในทุกหน่วยงาน
- การใช้ Control Chart ในการติดตามและวิเคราะห์
- การตรวจประเมินกระบวนการ (Standard Audit)
- การมอบหมายทีม Performance Improvement ทำการปรับปรุงกระบวนการ

ในระยะ Improve Phase ผู้ร่วมให้การรักษและหน่วยงานต่างๆ จะทำการเฝ้าระวังตัวชี้วัดทั้งหลายเป็นรายเดือน หรือรายไตรมาส ในกรณีที่มีปัญหา หรือพบโอกาสพัฒนา จะมอบหมายให้ทีม Performance Improvement ทำการปรับปรุงกระบวนการ และรายงานความก้าวหน้าต่อ Perspective Leader ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการ Perspective Leader จะมอบหมายให้ Process Redesign Team ดำเนินการต่อไป

>> RWJ

RWJ กำหนดกระบวนการสร้างคุณค่า โดยพิจารณาจาก ความต้องการของลูกค้าและตลาด วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และปัจจัยสู่ความสำเร็จ โดยจะทบทวนกระบวนการสร้างคุณค่าเป็นประจำทุกปีระหว่างกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ หลักเกณฑ์สำคัญที่ RWJ ใช้ในการกำหนดกระบวนการสร้างคุณค่าที่สำคัญคือ

- กระทบต่อผู้ป่วยจำนวนมาก
- เสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาด
- เชื่อมโยงกับการปฏิบัติที่ใช้หลักฐานที่เป็นวิทยาศาสตร์ (Evidence-Based) ความปลอดภัยของผู้ป่วย คุณภาพการรักษา และความภักดีของลูกค้า

ตารางต่อไปนี้แสดงกระบวนการสร้างคุณค่าที่สำคัญของ RWJ

Key Service	Key Process	CSF	Requirement	Indicator	I/O	Results
Inpatient Care Strategic Objectives RTBQ1 RTBQ2 CTBQ1	Patient Assessment	COS	Timely	H&P Completion	I	7.5-8
	Planning Care	ECS		Nutritional Assessments	I	Item 7.5a(1)
	Implementing Care		Safe	Med. Delivery Process Safety	I	7.1-12
	Evaluating Care			Hospital Acquired Decubitus	I	7.5-7
				Infection Rates	I	7.5-3, 4, 5, 6
				Patient Falls	I	7.1-14
			Effective	Core Measures	I	7.1-6, 7, 8
				CHF Readmission Rate	O	7.1-9
				Total Mortality	O	7.1-1
				All Payor Length of Stay	O	7.5-1
			Courteous Assurance of Rights	Satisfaction with Nurse Courtesy	O	7.2-3
				Restraint Use	I	7.1-15
ED Care Strategic Objectives: RTBQ1 CTBQ3	Patient Assessment	COS	Timely	Triage to EKG Time	I	7.5-9
	Planning Care	ECS	Accessible	Left ED without treatment	O	7.2-9
	Implementing Care			Gallup Preference Survey	O	7.2-15
	Evaluating Care		Safe	Unplanned Returns w/in 72 hrs	O	7.5-10
			Effective	Core Measures	I	7.1-6, 7, 8
				ED Market Share	O	7.3-11
			Courteous	ED patient sat with nursing care	O	7.2-5
			ED patient sat with physician	O	7.2-6	
Outpatient/Ambulatory Surgery Care Strategic Objectives: CTB52	Scheduling	COS	Timely	Radiology Cycle Times	I	7.5-18
	Registration	ECS	Safe	Surgical Time Out	I	7.1-13
	Testing			Satisfaction w/Scheduling	O	7.5-17
	Treatment		Effective	Satisfaction w/Reg Wait Time	O	7.5-11
			Courteous	Info. Day of Surgery	O	7.2-12
				Lung Cancer Survival Rates	O	7.1-10
Community Health Strategic Objectives: CTB55	Community Education	OE	Access	Community Ed Satisfaction	O	7.2-16
	Community Support	DP/SR	Health Info	Community Ed Activities	I	7.6-4
		COS	Org. Support	Charity Care Dollars	I	7.6-6
				Community Donations	I	7.6-5
				Community Survey	O	7.2-14

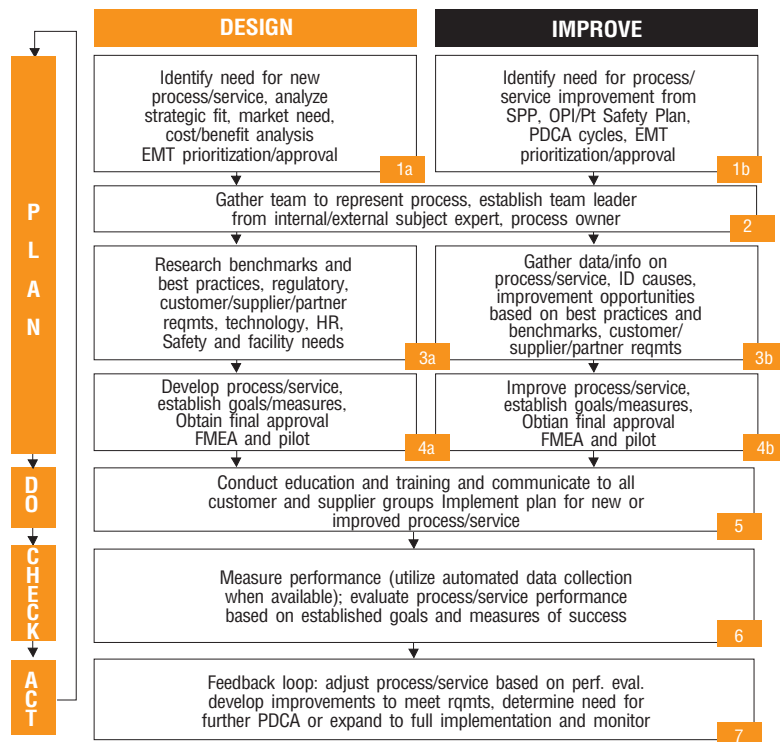
Legend: CSF: **COS** - Culture of Service **ECS** - Excellence in Clinical Outcomes and Services **OE** - Outstanding Employer **DP/SR** - Develop Partnerships and Strategic Relationships **I** - In-process **O** - Outcome

ข้อกำหนดของกระบวนการของ RWJ กำหนดจากความต้องการของลูกค้าทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ส่งมอบ และพันธมิตร ซึ่งได้จากการพบปะโดยตรง การสัมภาษณ์กลุ่มย่อย หรือการเข้าร่วมในคณะกรรมการหรือทีมต่างๆ นอกจากนี้ ยังใช้ข้อกำหนดของมาตรฐานการรับรองคุณภาพ และผู้ชำระเงินมาประกอบด้วย ส่วนข้อมูลเทียบเคียง ได้จากทั้งในและนอกอุตสาหกรรม โดยการค้นหา Best Practice และนำค่าที่ได้มากำหนดเป้าหมายของกระบวนการ (Stretch Goal)

ตารางต่อไปนี้แสดงข้อกำหนดของมาตรฐานการรับรองคุณภาพ (JCAHO) และกระบวนการที่เกี่ยวข้อง

JCAHO	Key Healthcare and Support Processes
Patient Assessment	Assessment Process
Communication	Human Resource Management Process
Credentialing	Employee Education Sub-Process
Equipment Use	Environmental Safety Mgmt Process
Infection Control	Care Delivery Process
Info Management	Information Management Process
Medication Use	Care Delivery Process
Org Structure	Strategic planning process
Staff Orient. & Tring.	Human Resource Management Process
Rights and Ethics	Care Delivery Process
Physical Environment	Environmental Safety Mgt. Process
Quality Improvement	Evaluation Sub-Process (PDCA)
Safety Engineering	Environmental Safety Mgmt Process
Staffing	Human Resource Management Process

RWJ ออกแบบและปรับปรุงกระบวนการโดยใช้ Process Design & Improvement Cycle 7 ขั้นตอน ดังรายละเอียดดังภาพ



ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาความจำเป็นในการสร้างกระบวนการหรือบริการใหม่ โดยพิจารณาว่าสอดคล้องกับกลยุทธ์และความต้องการของตลาดหรือไม่ ความคุ้มค่าคุ้มทุนหรือไม่ และอนุมัติโดยคณะกรรมการบริหาร

ขั้นตอนที่ 2 จัดตั้งทีมซึ่งประกอบด้วย ผู้นำทีม ผู้เชี่ยวชาญ และเจ้าของกระบวนการ

ขั้นตอนที่ 3 ทีมนำการรวบรวมข้อมูลต่างๆเพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าในการออกแบบ ได้แก่ ข้อมูลความต้องการลูกค้า เทคโนโลยี แนวโน้มตลาด ผลการเทียบเคียงกับคู่แข่ง ข้อกำหนดด้านความปลอดภัย มาตรฐานการรับรองคุณภาพ ตลอดจนระบบการเบิกชำระเงินของ Payer รวมทั้งความต้องการทรัพยากรบุคคล เครื่องมืออุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก และความต้องการของผู้ส่งมอบและพันธมิตร

ขั้นตอนที่ 4 ร่วมกันออกแบบกระบวนการหรือบริการ กำหนดตัวชี้วัด จัดทำ FMEA และทดลองปฏิบัติในพื้นที่จำกัดก่อน โดยระหว่างการออกแบบ ทีมใช้ Process Mapping และการวิเคราะห์ต่างๆเพื่อลด ระยะเวลา ลดต้นทุน และเพิ่มผลิตภาพ

ขั้นตอนที่ 5 จัดฝึกอบรมพนักงานและสื่อสารให้ลูกค้าและผู้ส่งมอบทราบถึงบริการใหม่

ขั้นตอนที่ 6 เผื่อระวังและติดตามตัวชี้วัด ตลอดจนผลงานของกระบวนการ เปรียบเทียบกับเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 7 ค้นหาความจำเป็นในการพัฒนาต่อเนื่อง

RWJ ลดข้อผิดพลาดและต้นทุนจากการทำซ้ำ โดยใช้วิธีการดังนี้

- Process Standardization
- การวิเคราะห์ FMEA และหาทางป้องกัน
- การใช้กระบวนการควบคุมคุณภาพในทุกหน่วยงาน
- การดำเนินการของ Performance Improvement/Risk Management Committee
- Patient Safety Program
- การใช้ระบบอัตโนมัติ เช่น ระบบจ่ายยา เป็นต้น

RWJ ลดความแปรปรวนของกระบวนการด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

- การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน
- การใช้ Protocol ในการดูแลรักษาผู้ป่วย
- การใช้ Operating Guideline

ส่วนการปรับปรุงกระบวนการ RWJ ใช้แนวทาง PDCA และ Six Sigma

6.2 กระบวนการสนับสนุนและการวางแผนการดำเนินงาน

40 คะแนน

ให้อธิบายวิธีการจัดการกับกระบวนการที่สำคัญซึ่งสนับสนุนกระบวนการที่สร้างคุณค่า และอธิบายกระบวนการจัดการด้านการเงินและการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน

จุดประสงค์

หัวข้อนี้ตรวจประเมินกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญและการวางแผนการดำเนินงาน โดยคำนึงถึงการจัดการด้านการเงินและการวางแผนให้ดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการของการปฏิบัติการโดยรวม

เรียนจากแบบ

>> BMH

BMH กำหนดกระบวนการสร้างคุณค่าและกระบวนการสนับสนุนในระหว่างกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ในช่วงฤดูใบไม้ผลิ ผ่านการวิเคราะห์และทบทวน Strategic Input Document ของคณะกรรมการบริหาร

กระบวนการหลักของ BMH จะต้องตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ โดยที่หากกระบวนการหลักใดตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าและตลาด และสอดคล้องกับเกณฑ์ต่อไปนี้ จัดเป็นกระบวนการสร้างคุณค่า

- กระทบต่อผู้ป่วยจำนวนมาก
- มีความเสี่ยงสูง
- เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่านการใช้หลักฐานที่เป็นวิทยาศาสตร์
- เกี่ยวข้องกับการเติบโตของตลาด

- จำเป็นสำหรับชุมชน
- ดึงดูดบุคลากรที่มีความสามารถสูง
- รักษาสมดุลระหว่างบริการที่ทำกำไรและบริการที่ไม่ทำกำไร เพื่อรักษาสถานะการเงินที่เป็นบวก

ตารางต่อไปนี้แสดงกระบวนการสร้างคุณค่าที่สำคัญของ BMH

Key Process	Key Requirements	Key Measures
Admission: Patient Throughput, Scheduling, Pre-Certification, Registration	Quality Outcomes	Occupancy, Wait Time, Diversion, ER Door to MD, Registration Accuracy & Productivity, Pre-Registration Percentage, Average Wait Before Answered, Denials Due to No Authorization, Physician Satisfaction
Plan of Care: Assessment Provision of Care, Implementing & Evaluating Care		Communication Responsiveness Efficiency Empathy Cycle Time Productivity
Discharge: Plan, Education Billing, Coding		Willingness to refer, CHF Discharge Instructions, Appropriate Education, Length of Stay, Readmissions, Discharges, Days in HIM, Gross Days in AR, BAD Debt/Charity Care, Monthly Denials, Discharged but not final billed

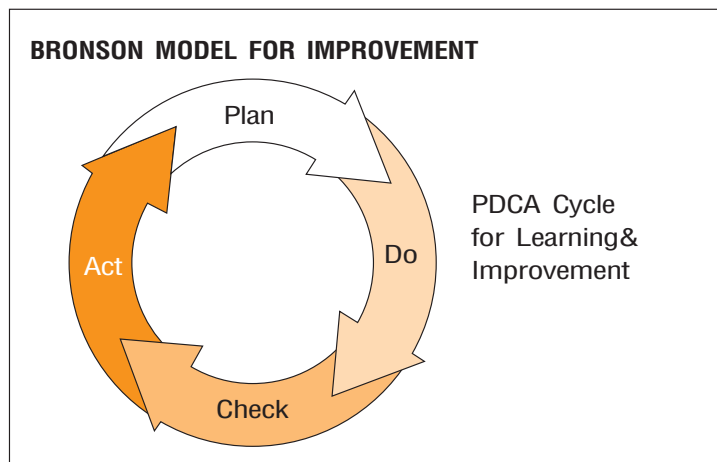
สำหรับกระบวนการหลักอื่นที่สนับสนุนให้เกิดการส่งมอบบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ จัดเป็นกระบวนการสนับสนุนหลัก

ตารางต่อไปนี้แสดงกระบวนการสนับสนุนหลักของ BMH

Key Process	Key Requirements	Key Measure
Materials Management	Quality, Low cost, Timely, Productivity, Cycle Time, Efficiency	Cost savings
		Total materials/total hospital expense
		Internal fill rate
		Linen fill rate
Environmental & Safety Management	Environmental Responsibility, Efficient, Clean, Safe, Prepared, Productivity, Cycle Time	Energy conservation
		Recycled waste
		Satisfaction with Security
		Cleanliness Satisfaction
		Empl. Perception of safety
		OSHA injuries
		Sprains & strains
		Annual employee MWR
		Safety drill completion
		Infant abduction drills
		Dept. health & safety rev.
		Bed turnaround
Financial Management	Accurate, Timely, Efficient, Profitable, Productivity, Cycle Time	Gross days in AR
		Audit findings
		Return on assets
		Profit margin
		Current ratio
		Profit
		Profit margin by delivery mechanism
		Donations
		Community benefit
Human Resource Management	Competitive, Low cost, Timely, Competent, Work/life balance, Productivity, Cycle Time, Efficiency	Turnover
		Vacancy
		Internal referral
		Job growth
		Timely perf. Appraisals
		Training hours per FTE
		Development investment
		Tuition assistance
		Satisfaction
		Job mobility
		TB test compliance
		BAC reimbursement
Information Management	Timely, Accurate, Efficient, Available, Effective, Productivity, Cycle Time	IT first call resolution
		Document delivery
		Doc. Delivery cycle time
		Med. Record delinquency
		H&P transcription TAT
Guest Services Management	Timely, Responsive, Quality, Productivity, Cycle Time, Efficiency	Security satisfaction
		Concierge requests
		Food service quality
		Meal delivery time

BMH กำหนดข้อกำหนดของกระบวนการโดยใช้ข้อมูลการเรียนรู้ลูกค้าทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วย ผู้ส่งมอบ และแพทย์ ผ่าน Listening & Learning Management Process ข้อมูลที่ได้จากการพบปะพูดคุย สัมภาษณ์ และการสำรวจ ร่วมกับข้อกำหนดของมาตรฐานการรับรองคุณภาพ และกฎระเบียบข้อบังคับต่างๆ จะถูกรวบรวม วิเคราะห์ และใช้ในการกำหนดข้อกำหนดของกระบวนการระหว่าง Input Phase ของการวางแผนกลยุทธ์

BMH ใช้ FOCUS P-D-C-A Model ในการออกแบบกระบวนการ ดังภาพ



ระยะที่ 1 Focus: ทีมบริหารจะทบทวน Strategic Input Document เพื่อค้นหาความจำเป็นในการออกแบบหรือปรับปรุงกระบวนการ/บริการใหม่ จากนั้นจะมอบหมายให้ Strategic Oversight Team ที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบ

ระยะที่ 2 Plan: ภายใต้ทิศทางที่ Strategic Oversight Team กำหนด เจ้าของกระบวนการที่เกี่ยวข้องจะจัดตั้งทีมเพื่อออกแบบหรือปรับปรุงกระบวนการ/บริการ ทีมดังกล่าวจะทำการออกแบบโดยคำนึงถึงข้อกำหนดของกระบวนการ เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร ความคล่องตัว ตลอดจน ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ

ระยะที่ 3 Do: ทีมจะกำหนดตัวชี้วัด และเป้าหมาย ทำการสื่อสารและฝึกอบรมกระบวนการใหม่แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำกระบวนการที่ออกแบบใหม่ หรือปรับปรุงใหม่สู่การปฏิบัติ

ระยะที่ 4 Check: ทีมประเมินผลความก้าวหน้า และผลงานที่ได้ เพื่อค้นหาปัญหา และความจำเป็นที่ต้องแก้ไขปรับปรุงกระบวนการเพิ่มเติม

ระยะที่ 5 Act: เป็นขั้นตอนของการปรับปรุงแก้ไข และธำรงรักษาผลการดำเนินการที่ได้้อย่างยั่งยืน

BMH ติดตามวัดผลกระบวนการโดยใช้รูปแบบของ Balanced Scorecard กรณีที่ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย BMH ใช้ P-D-C-A Approach ในการแก้ไขปรับปรุงกระบวนการต่อไป

BMH ลดต้นทุน และป้องกันความผิดพลาด และการทำซ้ำด้วยวิธีการดังนี้

- Process Standardization
- การค้นหาความเสี่ยงหรือข้อผิดพลาดโดยใช้ FMEA ระหว่าง Plan Phase
- Quality Audit
- การดำเนินการของ Accreditation Team และ Regulatory oversight committee
- การทำ Evidence Based Research
- การทำ Root Cause Analysis
- การใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ มาช่วยลดความผิดพลาด เช่น BIO-ID

BMH ลดความแปรปรวนของกระบวนการโดยใช้วิธีการดังนี้

- การใช้วงล้อ P-D-C-A ในการลดความแปรปรวนของกระบวนการ
- การจัดทำ Standard of Practices, Operating Policy, Guideline
- การใช้ Protocol ในการดูแลรักษา
- การใช้ Process Automation

BMH แลกเปลี่ยนความรู้ที่ได้และ “lessons learned” ผ่านช่องทางดังต่อไปนี้

- Leadership Communication Process
- การสื่อสารในรูปแบบ 3C
- การประชุมทบทวนประจำเดือนของทีมนำ
- การประชุมของฝ่ายการพยาบาล
- การประชุมของฝ่าย และหน่วยงานต่างๆ
- *Helthlines* newsletter
- *InsideBronson* intranet
- Skill Fair และ
- Quality Fair ประจำปี

กระบวนการและบริการต่างๆ จะถูกทบทวนให้ทันสมัยและมีประสิทธิภาพอยู่เสมอระหว่างกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ในฤดูใบไม้ผลิ การเทียบเคียงผลงานกับ Best Practice และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ที่ได้รับรางวัล Baldrige ทั้งหลาย

BMH สร้างความมั่นใจด้านความมั่นคงทางการเงิน โดยการทำแผนการเงินล่วงหน้า 10 ปี ครอบคลุมการชำระหนี้สินต่างๆ อัตราส่วนทางการเงิน กระแสเงินสด โครงการที่ใช้เงินลงทุนสูง งบดุล และเป้าหมายรายได้สุทธิ แผนการเงินนี้จะได้รับการทบทวนทุกปีระหว่างการวางแผนกลยุทธ์ หรือเมื่อมีเหตุการณ์จำเป็น สำหรับแผนงานระยะสั้นรายปี มีการจัดทำงบประมาณประจำปีให้สอดคล้องกับเป้าหมายรายได้และอัตราส่วนทางการเงินที่ระบุไว้ในแผนการเงิน 10 ปี

BMH ประเมินความเสี่ยงด้านการเงินและการลงทุน ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

- กระบวนการวางแผนธุรกิจที่รอบคอบ รัดกุม
- การวิเคราะห์ตัวชี้วัดทางการเงินต่างๆ ได้แก่ Payer Mix, Contribution Margin, Profit (loss) Comparisons and Projections, Physician Contribution Margin and Profit (loss) Trend, Return on Investment และ Payback Period

ในกรณีที่ไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้า แต่มีความจำเป็นต้องลงทุน BMH จัดให้มี Contingency Fund เพื่อความคล่องตัวในการดำเนินงาน และความรวดเร็วในการตอบสนอง

BMH มีการดำเนินการร่วมกับโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆของรัฐมิชิแกน เพื่อเตรียมการสำหรับภัยพิบัติต่างๆที่อาจเกิดขึ้น โดยมีการจัดทำแผนภัยพิบัติ (Disaster Management Plan) แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

- บรรเทา (Mitigation)
- เตรียมพร้อม (Preparedness)
- ตอบสนอง (Response) และ
- ฟื้นฟู (Recovery)

โดยมีวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ

- เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัย (safety & security) แก่ผู้ป่วย ญาติ และ พนักงาน
- เพื่อตอบสนองและฟื้นฟูโรงพยาบาลจากภัยพิบัติต่างๆ
- เพื่อให้สามารถให้บริการแก่ชุมชนได้อย่างต่อเนื่องแม้ในยามภัยพิบัติ

BMH ยังมีการเตรียมการและฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอสำหรับประเด็นความปลอดภัยระดับประเทศ ได้แก่ ผู้ก่อการร้าย อาวุธชีวภาพ ภัยธรรมชาติ และไฟฟ้าดับ มีการเตรียมอาหาร ออกซิเจน การบริการ การสื่อสาร และระบบฐานข้อมูลสำรอง ด้วยความพยายามอย่างหนักผนวกกับการใช้วงล้อ P-D-C-A ในการปรับปรุงด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ BMH ได้รับการยกย่องว่าเป็นโรงพยาบาลที่เป็น Best Practice ในด้านนี้



ผลลัพธ์ทางธุรกิจ

เกณฑ์รางวัล



หมวด 7 ผลลัพธ์ทางธุรกิจ

400 คะแนน

ในหมวดผลลัพธ์ทางธุรกิจ เป็นการตรวจประเมินผลการดำเนินการขององค์กร และการปรับปรุงในด้านต่างๆ ของธุรกิจที่สำคัญ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านผลิตภัณฑ์และบริการ ความพึงพอใจของลูกค้า ผลการดำเนินการด้านการเงินและตลาด ผลลัพธ์ด้านทรัพยากรบุคคล ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติการ และผลการดำเนินการด้านการนำองค์กรและความรับผิดชอบต่อสังคม นอกจากนี้ ยังตรวจประเมินระดับผลการดำเนินการขององค์กรเมื่อเปรียบเทียบกับคู่แข่งด้วย

จุดประสงค์



เน้นถึงผลลัพธ์ของการประเมินวัตถุประสงค์และการประเมินของลูกค้าต่อผลิตภัณฑ์และบริการขององค์กร ผลการดำเนินการด้านการเงินและตลาดโดยรวม ผลลัพธ์ด้านระบบการนำองค์กรและความรับผิดชอบต่อสังคม และผลลัพธ์ของกระบวนการและกิจกรรม การปรับปรุงกระบวนการ

เรียนจากแชมป์



ก่อนเรียนจากแชมป์ ขอกล่าวถึงแนวทางในการประเมินหมวด 7 ให้เป็นที่เข้าใจก่อน เพื่อให้สามารถทำความเข้าใจตัวอย่างที่แสดงไว้อย่างลึกซึ้ง

แนวทางในการประเมินผลลัพธ์ทางธุรกิจ ประกอบด้วย

Key Area	เป็นการประเมินในสองส่วน คือ ส่วนแรก ดูว่าตัวชี้วัดที่องค์กรแสดงมาให้ดูนั้น สอดคล้องหรือเชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และตัวชี้วัดหลัก ๆ ของกระบวนการในหมวด 1-6 ที่องค์กรระบุไว้หรือไม่ เรียกว่า Linkage เพราะบางครั้ง ตัวชี้วัดที่องค์กรแสดงไม่เชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์หรือกระบวนการใดเลย ส่วนที่สอง เป็นการประเมินดูว่าตัวชี้วัดที่พึงเก็บหรือพึงแสดง โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ระบุไว้ในวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เป้าหมาย หรือเป็นตัวชี้วัดหลักของกระบวนการในหมวด 1-6 ได้มีแสดงผลอย่างครบถ้วนหรือไม่ หากไม่ครบถ้วน เรียกว่ามี Gap
Segment	เป็นการประเมินดูว่า ตัวชี้วัดที่แสดงนั้น ได้มีการแสดงครบถ้วนในทุก segment หรือไม่ เช่น ทุกกลุ่มลูกค้า ทุกกลุ่มของพนักงาน ทุกกลุ่มของผลิตภัณฑ์หลัก เป็นต้น ซึ่งการแสดงผลให้ครบถ้วนทุก Segment นั้น อาจแยกแสดงผลทีละ Segment หรือแสดงผลทุก Segment ในรูปเดียวกันก็ได้ตามความเหมาะสม
Level	เป็นการประเมินดูว่า ผลลัพธ์ของตัวชี้วัดที่แสดงได้ผลดีหรือไม่ เมื่อเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้
Trend	เป็นการประเมินดูว่า ผลลัพธ์ของตัวชี้วัดที่แสดงไว้ มีแนวโน้มที่ดีขึ้นเป็นลำดับหรือไม่ ซึ่งจะต้องแสดงผลให้เห็นแนวโน้มที่ดีอย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน
Comparison	เป็นการประเมินดูว่า ผลลัพธ์ของตัวชี้วัดที่แสดงไว้ เมื่อเทียบกับค่าเปรียบเทียบที่ใช้แล้วเป็นอย่างไร ดีกว่า หรือแย่กว่า เช่น เปรียบเทียบกับคู่แข่งรายสำคัญ เปรียบเทียบกับคู่แข่งที่เก่งที่สุด หรือเปรียบเทียบกับองค์กรที่ดีที่สุดในอุตสาหกรรมเดียวกัน เป็นต้น

องค์กรที่มีผลการดำเนินการที่เป็นเลิศ ผลลัพธ์ที่แสดงจะต้องมีความครบถ้วน สมบูรณ์ (ไม่มี Gap) สอดคล้องกับเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และตัวชี้วัดหลักที่องค์กรกำหนด (มี linkage) ระดับผลการดำเนินการจะต้องบรรลุเป้าหมาย (level ดี) มีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (favorable trend) และเมื่อเปรียบเทียบกับคู่แข่งรายสำคัญ หรือองค์กรที่ดีที่สุดในอุตสาหกรรมแล้ว ผลลัพธ์ขององค์กรเราต้องอยู่ในระดับแนวหน้า (comparison) หากจะจำง่าย ๆ อาจจำเป็นตัวย่อดังนี้ K-L-T-C-S โดย K ประกอบด้วย Li-Linkage และ G-Gap

เนื่องจากข้อจำกัดของหน้ากระดาษ ใคร่ขออนุญาตนำเสนอเพียงบางตัวอย่างให้เห็นเป็นที่เข้าใจเท่านั้น และ (อาจไม่ครบถ้วนทุกหมวดย่อย) รายละเอียดขอให้ศึกษาเพิ่มเติมได้จาก Website www.nist.gov

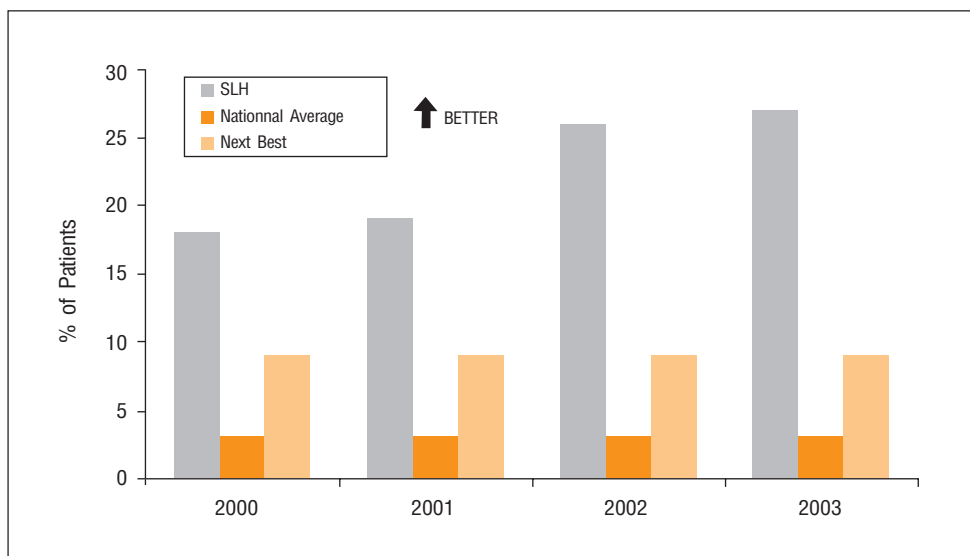
>> SLH

Hospital	RDRG Severity Index			ALOS Index			Mortality Index		
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001
SLH	293	290	257	99	98	96	88	91	82
HOSP B	175	173	180	107	87	80	105	84	76
HOSP C	186	197	201	127	98	99	126	101	102
HOSP D	242	228	214	97	98	102	119	113	122
HOSP E	113	116	120	109	109	117	90	83	78
HOSP F	124	113	109	115	99	112	106	88	135
HOSP G	141	142	127	137	109	115	117	101	118

SLH เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ตารางข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยของ SLH เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักกว่าโรงพยาบาลอื่นๆที่เป็นคู่แข่งสำคัญ ดังจะเห็นได้จากค่า RDRG Severity Index ที่สูงกว่า อย่างไรก็ตาม แม้ผู้ป่วยของ SLH มีอาการหนักกว่า แต่ผลลัพธ์ของการรักษาโดยรวมในแง่ของจำนวนวันนอนเฉลี่ย (ALOS) และ อัตราตาย (Mortality Index) กลับดีกว่าคู่แข่งที่สำคัญ (K-L-T-C)

	SLH	National Average
Medical Mortality	13.1%	15.3%
Surgical Mortality	1.8%	2.5%
Physician Rating	86%	33%
Accreditation Score	92	91
Overall Score	7669	5418
SLH Rank = 35 of 4,500 hospitals in U.S.A.		

ตารางข้างต้นแสดงอัตราตายของผู้ป่วยด้านอายุรกรรม ด้านศัลยกรรม การจัดอันดับของแพทย์ และคะแนนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จะเห็นว่า SLH มีคะแนนรวมสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศมาก และอยู่ใน 10 เปอร์เซ็นต์แรกของโรงพยาบาลทั่วประเทศ สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กรที่กำหนดว่าเป็น “The best place to get care” (K-L-C)



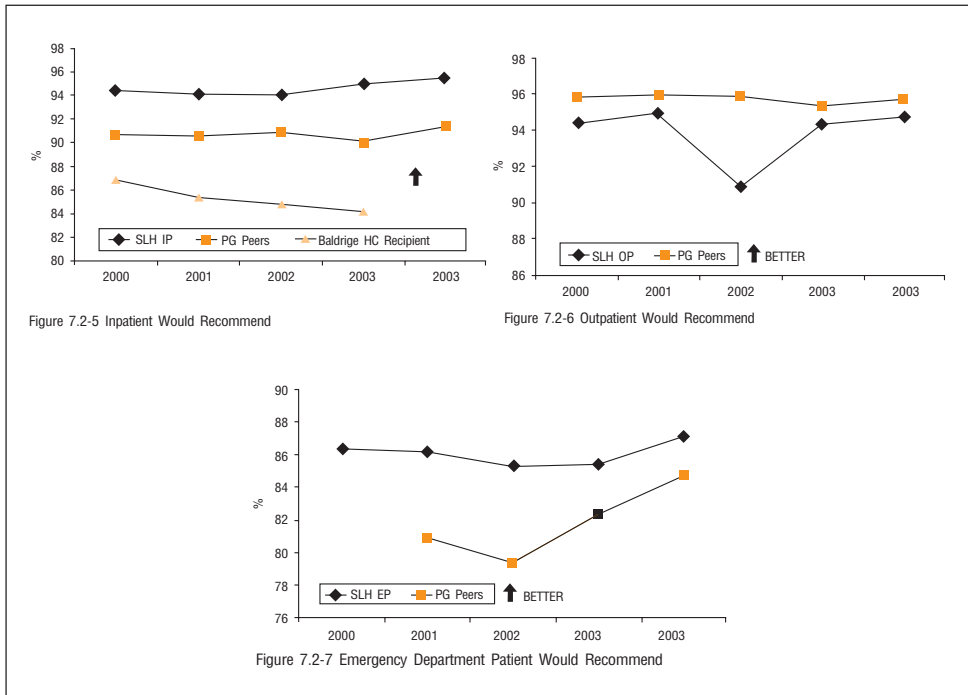
ภาพข้างต้นแสดงร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุการตายและมีอัตราการพิการเป็นลำดับต้นๆ ที่ได้รับการรักษาด้วย Tissue Plasminogen Activator เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศและคู่แข่งที่ดีที่สุด จะพบว่า SLH เป็นผู้นำในระดับชาติ (K-L-T-C)

Hospital	Overall Quality			Best Doctors			Best Nurses		
	2003	2002	2001	2003	2002	2001	2003	2002	2001
SLH	1	1	1	1	1	1	1	1	1
HOSP B	2	2	2	3	4	3	3	2	2
HOSP C	3	4	3	4	3	5	2	3	3
HOSP D	6	7	5	7	5	6	8	6	5
HOSP E	5	5	4	2	2	2	6	5	6
HOSP F	15	8	13	10	6	12	10	8	13
HOSP G	14	16	12	17	15	15	15	16	15

ตารางข้างต้นแสดงผลการศึกษาของ National Research Corporation ซึ่งแสดงให้เห็นว่า SLH ได้รับการจัดอันดับให้เป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพโดยรวม แพทย์ และพยาบาลที่ดีที่สุด ตั้งแต่ปี 1997 เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลที่เป็นคู่แข่งที่สำคัญ ซึ่งตอกย้ำความเป็นผู้นำของ SLH (K-L-T-C)

Hospital	Best Heart Care			Best Neurology Services			Best OB Care			Best Orthopedic Care		
	2003	2002	2001	2003	2002	2001	2003	2002	2001	2003	2002	2001
SLH	1	1	1	2	1	2	3	3	4	1	1	1
HOSP B	6	5	6	6	6	6	1	1	1	4	4	2
HOSP C	3	3	2	3	3	5	2	2	2	3	2	3
HOSP D	5	6	4	4	5	3	11	10	8	6	6	5
HOSP E	2	2	3	1	2	1	9	12	9	2	5	5
HOSP F	8	9	10	13	10	11	10	6	10	8	8	11
HOSP G	13	15	14	15	15	15	17	16	12	15	15	14

นอกจากนี้ จากการศึกษาของสถาบันเดียวกัน พบว่า SLH ได้รับการจัดอันดับให้เป็นโรงพยาบาลที่มีการดูแลรักษาทางด้านหัวใจ สมอง และศัลยกรรมกระดูกดีที่สุด รวมทั้งด้านสูตินรีเวชในอันดับต้นๆ เมื่อเทียบกับคู่แข่งที่สำคัญ (K-L-T-C-S) ซึ่งสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของ SLH ที่กำหนดไว้



3 ภาพข้างต้นแสดงผลการสำรวจผู้ป่วยแยกกลุ่มในประเด็นการแนะนำโรงพยาบาลต่อผู้อื่น พบว่า SLH ได้รับการแนะนำในร้อยละที่สูงเมื่อเทียบกับคู่แข่งในผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยฉุกเฉิน และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น (K-L-T-C-S)

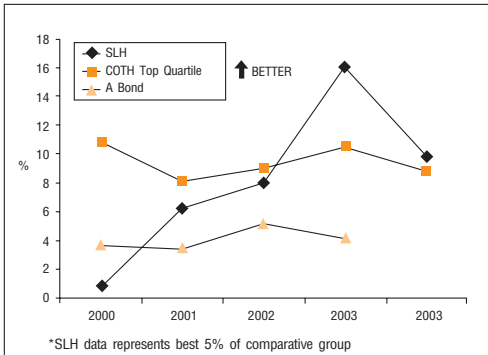


Figure 7.3-1 Total Margin

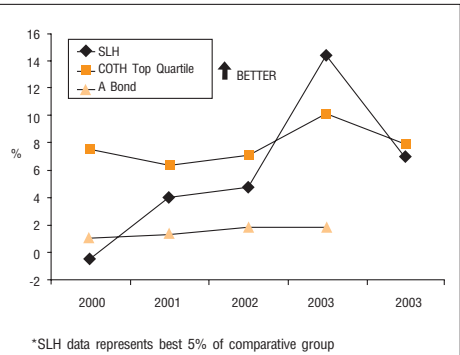


Figure 7.3-1 Operating Margin

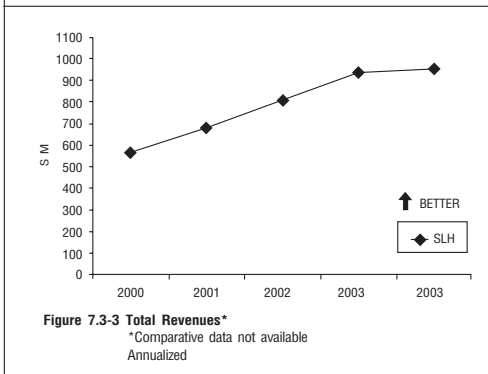


Figure 7.3-3 Total Revenues*

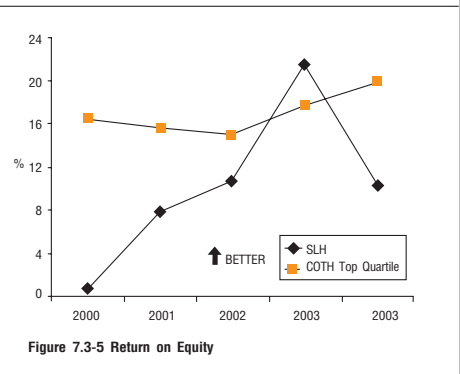


Figure 7.3-5 Return on Equity

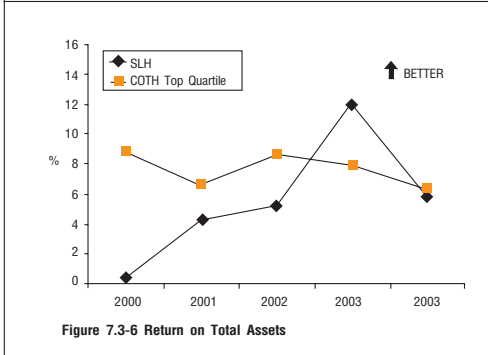


Figure 7.3-6 Return on Total Assets

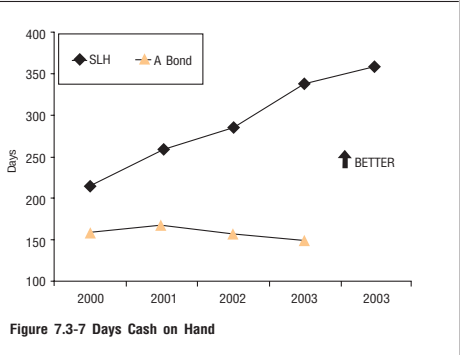
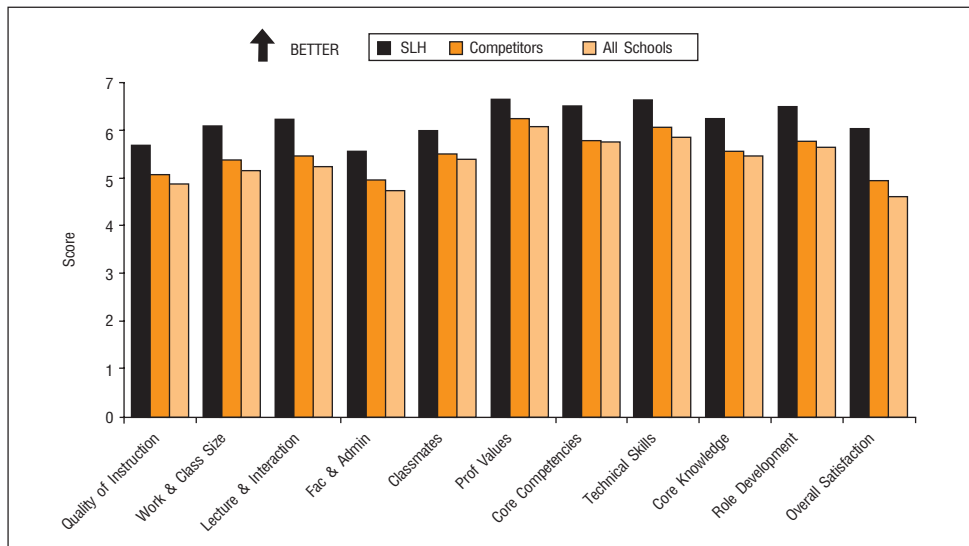


Figure 7.3-7 Days Cash on Hand

6 ภาพข้างต้นแสดงผลลัพธ์ด้านการเงินที่สำคัญของ SLH พบว่า สัดส่วนกำไร ยอดรายได้ มีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นลำดับ ดีกว่าค่าเปรียบเทียบ จัดอยู่ใน 5% แรกของ โรงพยาบาลทั่วประเทศ ในแง่ผลตอบแทนการลงทุน และกระแสเงินสด พบว่ามีแนวโน้มที่สูงขึ้น สูงกว่าค่าเปรียบเทียบ และอยู่ในระดับแนวหน้าของประเทศ (K-L-T-C)



SLH มีโรงเรียนพยาบาลอยู่ในสังกัดด้วย ภาพข้างต้นแสดงความพึงพอใจของนักเรียนพยาบาลปี 2002 เปรียบเทียบกับคู่แข่งที่สำคัญและโรงเรียนพยาบาลทั้งหมด ซึ่งจะเห็นว่ามียุทธศาสตร์ความพึงพอใจที่สูงกว่าในทุกด้าน (K-L-C-S)

Hospital	A		B		C		D		E	
	KCBJ IP Volume	NRC Overall Rating		PG Would Recommend		Adjusted Market Share		Market Index		
		2002	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
SLH	9.07%	16.6%	18.4%	95.0%	95.5%	21.90%	25.97%	327.0	387.8	
HOSP B	8.81%	9.4%	10.0%	93.1%	91.3%	12.69%	13.11%	189.5	195.7	
HOSP C	9.47%	9.9%	8.7%	93.1%	91.3%	12.43%	12.26%	185.6	183.0	
HOSP D	6.98%	9.6%	5.1%	93.1%	91.3%	8.50%	5.30%	126.9	79.1	
HOSP E	7.44%	7.7%	7.4%	93.1%	91.3%	8.17%	8.19%	121.9	122.3	
HOSP F	5.14%	3.6%	1.9%	93.1%	91.3%	2.61%	1.45%	38.9	21.7	
HOSP G	4.16%	1.6%	2.0%	93.1%	91.3%	0.95%	1.24%	14.2	18.5	
Average	6.70%	7.00%	6.69%	93.29%	91.72%	6.70%	100.0	100.0	100.0	

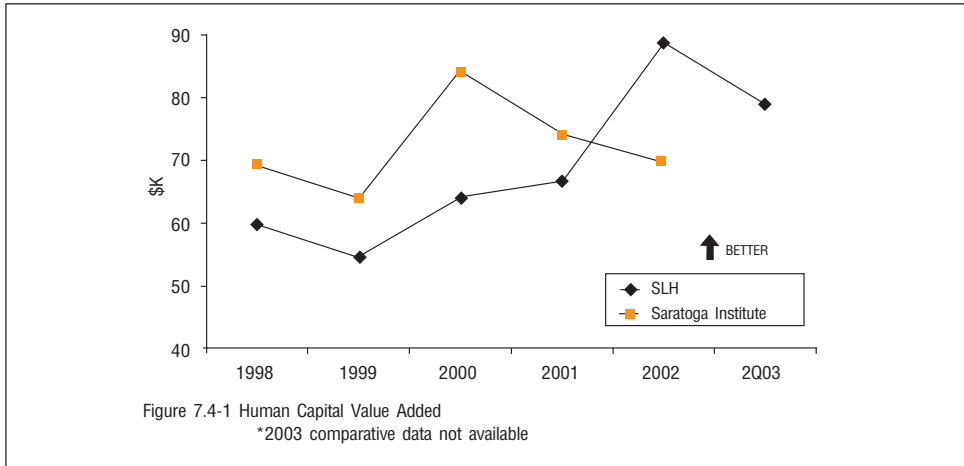
* Sources: (C) Press Ganey, 2Q03, Would Rec; (B) NRC Healthcare Mkt. Guide, 2003; (A) KCBJ Top 25 Hospitals, 3/03; (D) Mkt. Shr (A) has been adjusted to reflect perception and loyalty multipliers in the market. RAD 9/30/03.

Key to Calculations:

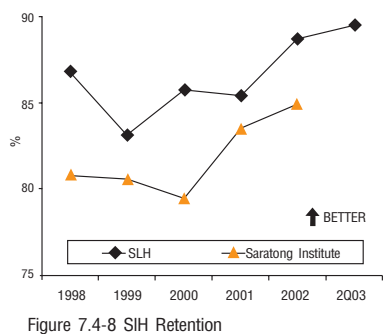
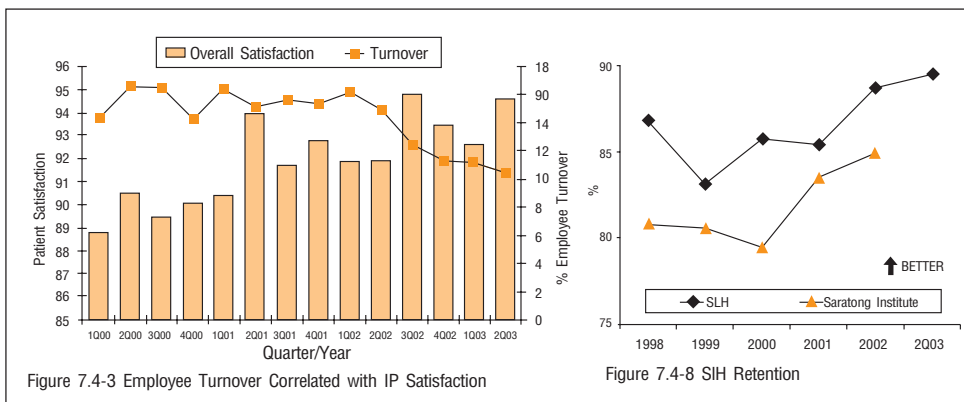
D Adjusted Market Share = (A* (B/avg B)) * (C/avg C) or [IP Mkt Shr * Perception * Pt Experience]

E Market Index = (D/avg D) * 100 or [Adj Mkt Shr/Mkt Average]

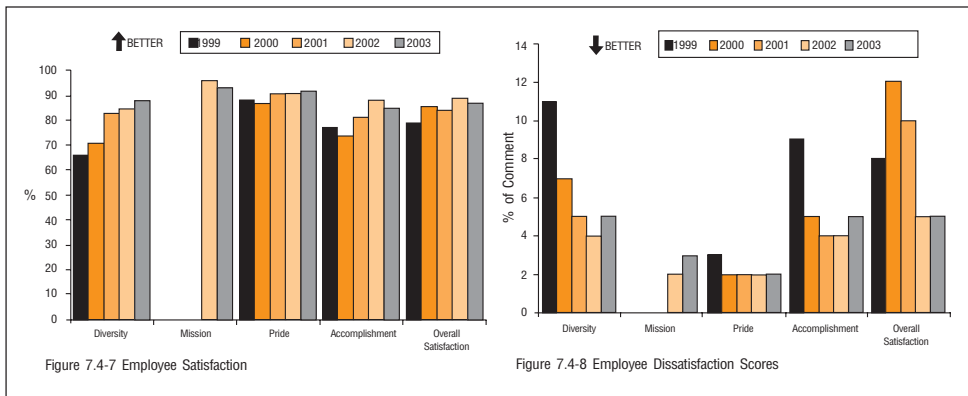
SLH ใช้กลยุทธ์การขายตลาดโดยมุ่งเน้นสายบริการ (Product Line) ที่ทำกำไร ทำให้ Market Value Index อยู่ในระดับที่สูงมากเมื่อเทียบกับคู่แข่งดังผลลัพธ์ที่แสดงในตารางข้างต้น (K-L-C)



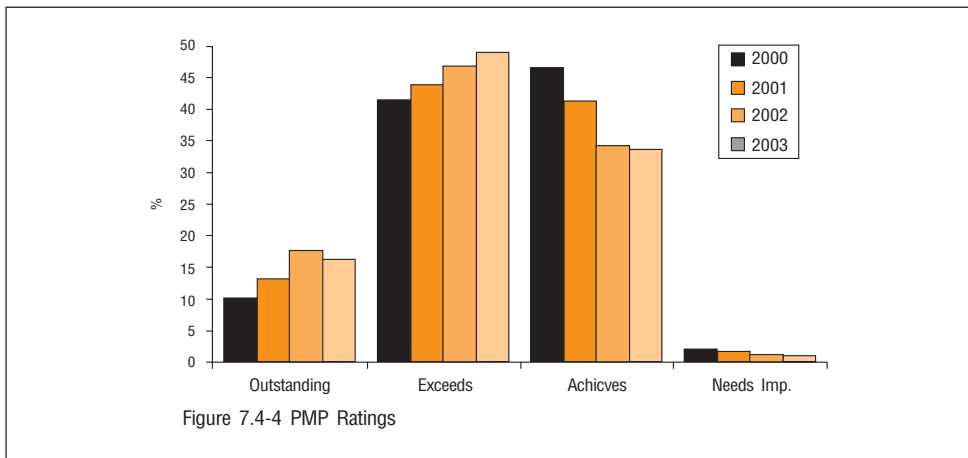
SLH มุ่งมั่นในการพัฒนาระบบการทำงาน (work system) จนทำให้ได้รับรางวัล Paragon Award จากสมาคมการจัดการทรัพยากรบุคคล รางวัลผู้ว่าจ้างดีเด่น 1 ใน 100 ของประเทศจาก Working Mother Magazine และรางวัล Missouri Team Quality Award ในปี 2001 และ 2003 นอกจากนี้จากการพัฒนาระบบการทำงาน พบว่ามูลค่าเพิ่มด้าน Human Capital ซึ่งคำนวณจาก ส่วนต่างระหว่างรายได้สุทธิและค่าใช้จ่ายด้านค่าแรงและสวัสดิการหารด้วยจำนวนบุคลากร (คิดเป็น FTE-Full Time Equivalent) ซึ่งจะสะท้อนกำไรต่อบุคลากร (Adjusted profit dollar per FTE) มีมูลค่าสูงขึ้นเป็นลำดับ และสูงกว่าค่าเปรียบเทียบที่สำรวจโดย Saratoga Institute



สองภาพข้างต้นแสดงอัตราการลาออก และอัตราการคงอยู่ของพนักงาน ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มที่ดีขึ้นตามลำดับ และสูงกว่าค่าเปรียบเทียบ ทั้งยังส่งผลให้ค่าความพึงพอใจของผู้ป่วยในสูงขึ้นด้วย (K-L-T-C)



สองภาพข้างต้นแสดงค่าความพึงพอใจของพนักงานที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และค่าความไม่พึงพอใจที่ลดลงในทุกด้าน (K-L-T-S)



ภาพนี้แสดงผลสำเร็จของการพัฒนาบุคลากร โดยประเมินจากร้อยละของบุคลากรที่สามารถบรรลุเป้าหมายของ PMP-Performance Management Process ทั้งในแง่วัตถุประสงค์ตามกลยุทธ์ ค่านิยม และเป้าหมายการพัฒนาตนเอง ซึ่งพบว่าสัดส่วนของบุคลากรที่อยู่ในเกณฑ์โดดเด่น และเกินเป้าหมายมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ ในขณะที่บุคลากรที่ต้องปรับปรุงเพิ่มเติมลดลง (K-L-T)

Laboratory Precision						
Tessst	SLH					Goal
	1999	2000	2001	2002	2003	
Cholesterol (%)	1.5	1.6	2.1	1.6	1.9	< 3
HbA1C (%)	1.4	1.9	3.4	2.1	2.1	< 3*
PSA (%)	6.2	9.9	6.9	5.4	5.2	< 10
Troponin (%)	1119.6	16.0	19.6	6.3	7.3	< 10
TSH (%)	8.6	16.5	10.1	5.4	5.3	< 10

Figure 7.5-2 Laboratory Precision
 *2003 data updated from application (2003)
 * Goal for HbA1C updated since application

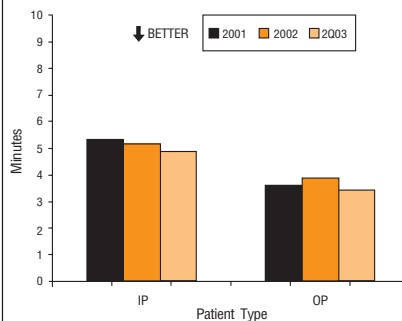


Figure 7.5-1 Admitting Wait Time

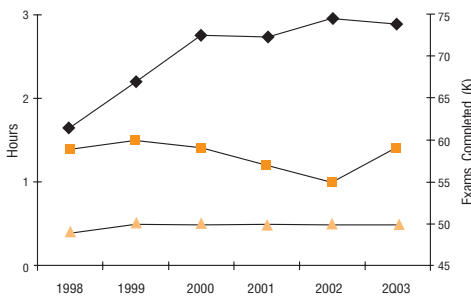


Figure 7.5-3 Radiology Turnaround Time (Note: Order entry to completion of Examination)
 *Annualized (2003)

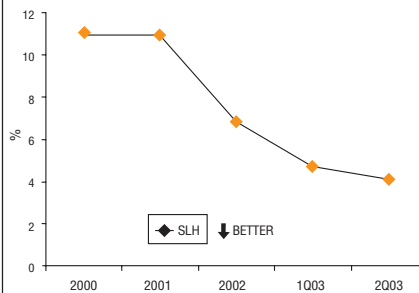


Figure 7.5-4 Pharmacy Stockout Rate
 Comparative data not available

4 ภาพข้างต้นแสดงประสิทธิผลขององค์กรด้านห้องปฏิบัติการ กระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการรังสีวิทยา และเภสัชกรรม ซึ่งพบว่า ได้ตามเป้าหมาย และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น (K-L-T)

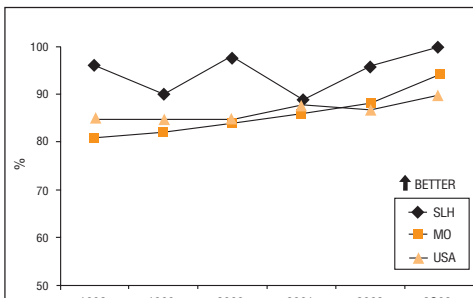


Figure 7.5-5 Nursing Student First Time Pass Rate

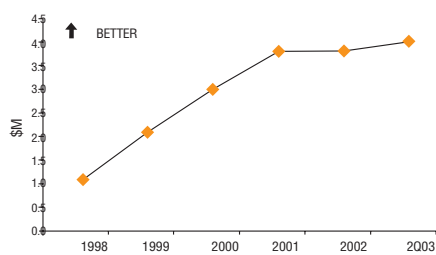
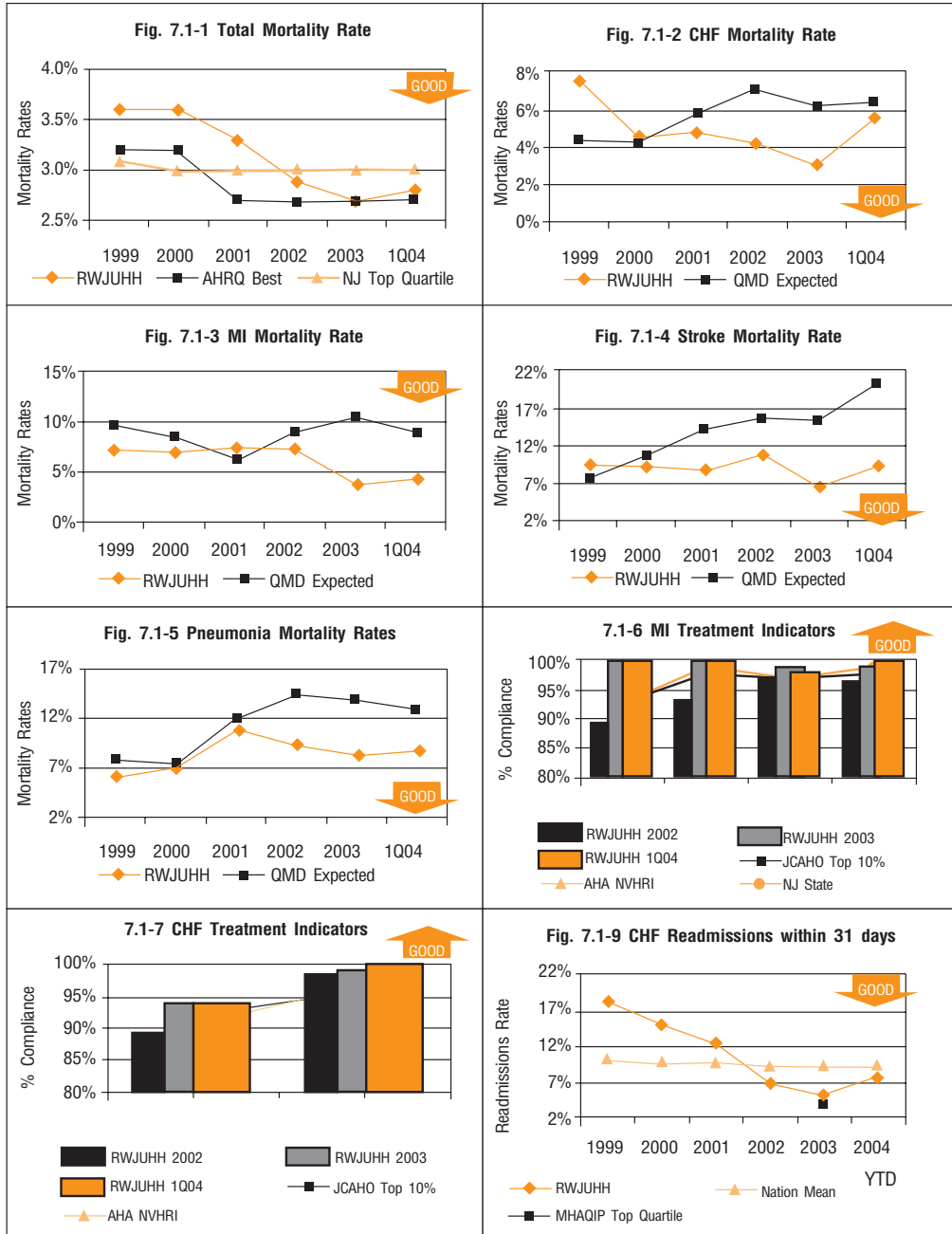


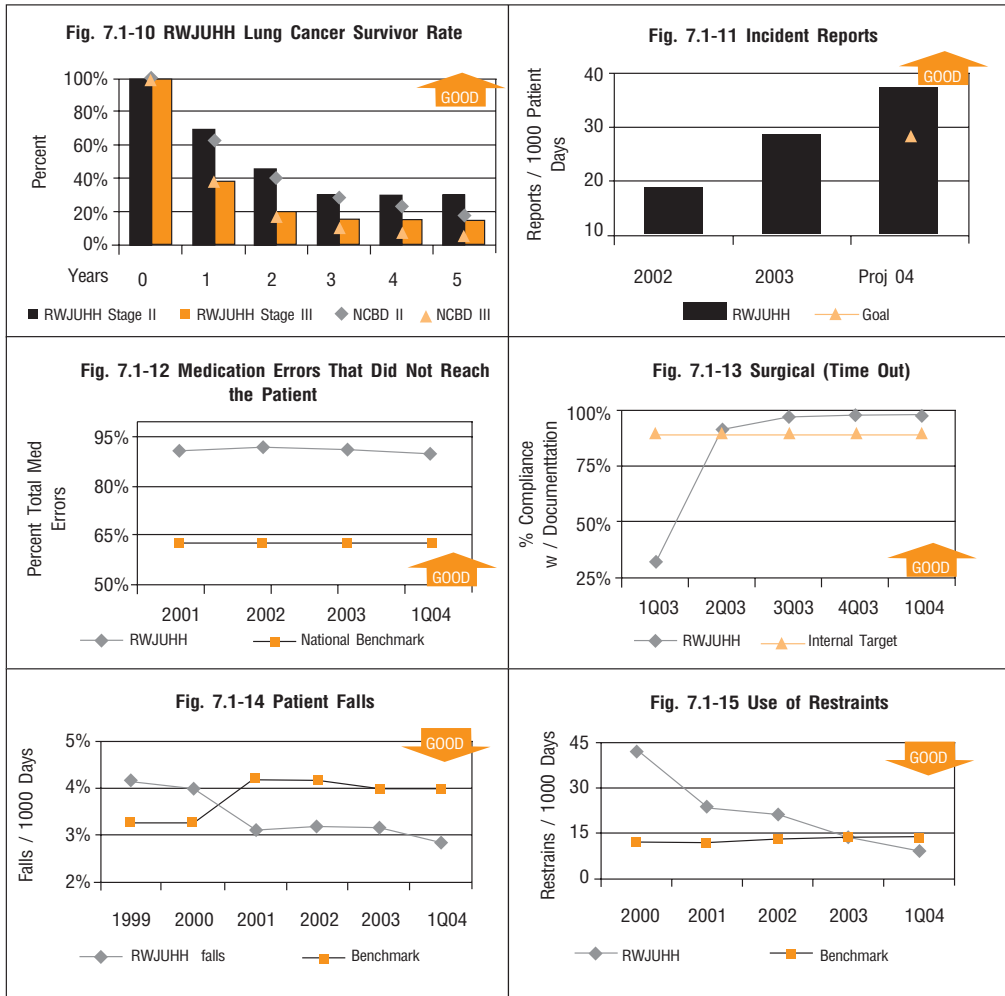
Figure 7.5-6 Research Grand Dollars Received
 Comparative data not available
 *Projected based on 1 9 months of 2003

เนื่องด้วย SLH เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีโรงเรียนพยาบาลและการวิจัยอยู่ด้วย ภาพข้างต้นแสดง อัตราการสอบผ่านของนักเรียนพยาบาล ซึ่งสูงกว่าค่าเปรียบเทียบของรัฐ Missouri และของประเทศ รวมทั้งแนวโน้มเงินสนับสนุนการวิจัยของโรงพยาบาลที่ได้รับสูงขึ้น เป็นลำดับ (K-L-T-C)

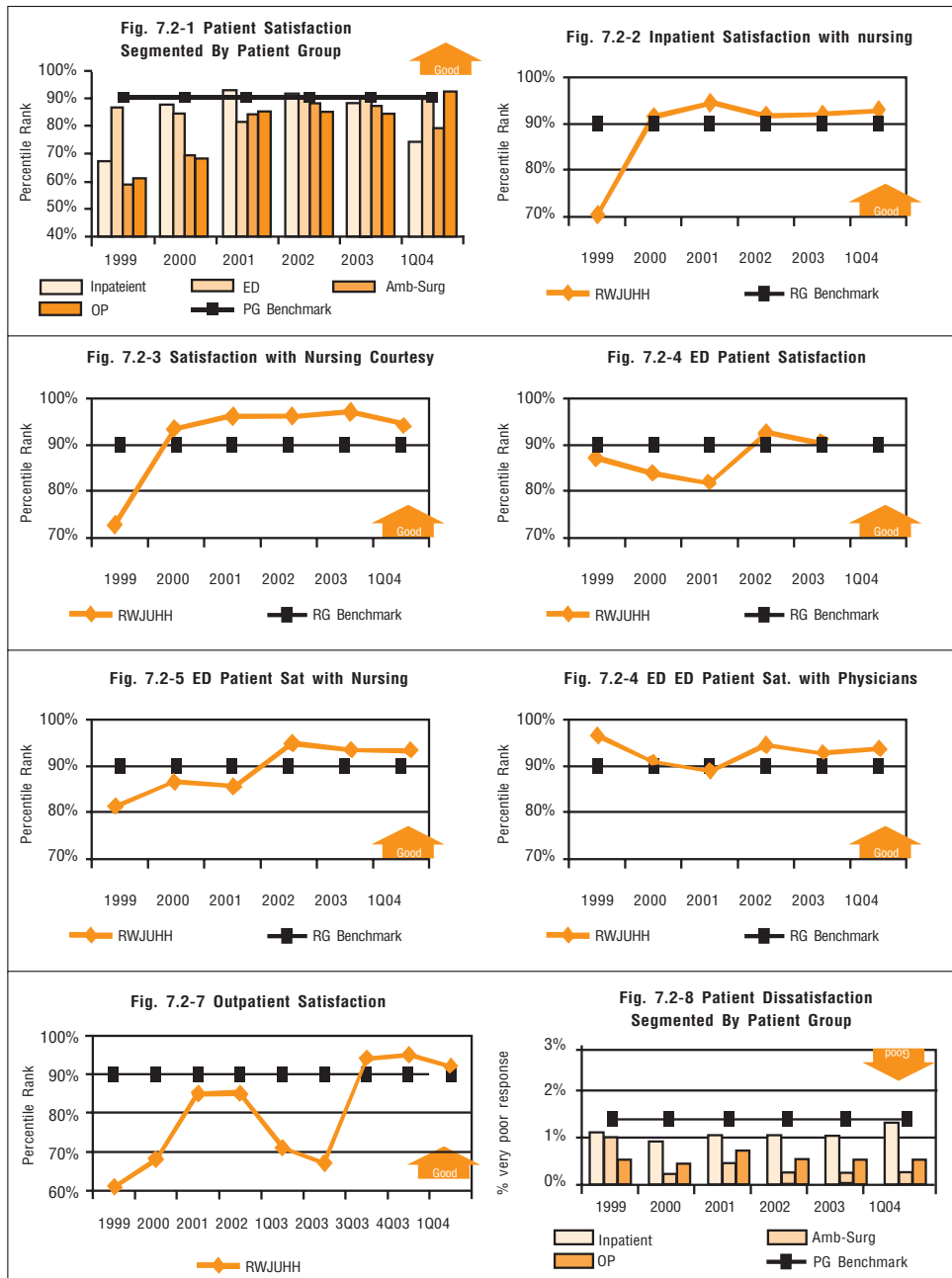
2002 Awards/Recognitions	Sponsor
Women's Heart/Best 11 in Nation	Women's Heart
100 Most Wired in Nation	Hospitals and Health Networks
Best Place to Work for Information Services	CIO Magazine
Best Hospital in Kansas City - Gold Award	Ingram's Magazine
Best Quality Hospital in Missouri	Missouri PRO
2002 Consumer Preference Award	NRC
Missouri Quality Award - Health Care Sector	Governor of Missouri
35th Best Hospital in Nation	AARP
45th Best U.S. Employer	IDG's Computerworld
MBNQA Site Visit Recipient	MBNQA
2003 Awards/Recognitions	Sponsor
2003 Consumer Preference Award	NRC
100 Most Wired in Nation	Hospitals and Health Networks
Paragon Award for Best HR Practices in Kansas City Metropolitan Area	HRMA
ASHP Best Practices Award in Health System Pharmacy	American Society of Health System Pharmacists
Best Hospital in Kansas City - Gold Award	Ingram's Magazine
A-1 Bond Rating	Standard and Poor's
A+ Bond Rating	Moody's
Best Place to Work for Diversity	Kansas City Business Journal
Band 6-Baldrige Assessment	Missouri Quality Award
Missouri Team Quality Award - Extreme Neuro Team	Governor of Missouri
MBNQA Recipient	MBNQA

ตารางข้างต้น แสดงรางวัลที่ SLH ได้รับในช่วงปี 2002-2003 ซึ่งแสดงให้เห็นความสำเร็จขององค์กรตามกลยุทธ์และวิสัยทัศน์ที่กำหนดว่าเป็น “The Best Place to Get Care, The Best Place to Give Care”





ภาพทั้งหมดที่แสดงไว้ใน 2 หน้านี้ ผู้เขียนตั้งใจรวบรวมเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ด้านการรักษาพยาบาลของ RWJ ซึ่งจะพบว่าผลลัพธ์ในระดับที่ดีเมื่อเทียบกับค่าเปรียบเทียบ และมีแนวโน้มที่ดีขึ้นเป็นลำดับ ทั้งในระดับภาพรวม และในศูนย์หรือโรคที่สำคัญ อาทิ หัวใจล้มเหลว หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง ปอดบวม และมะเร็งปอด นอกจากนี้ ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ ความผิดพลาดด้านยา ความถูกต้องในการผ่าตัด (ถูกข้าง ถูกคน ถูกหัตถการ ถูกเอกสาร ซึ่ง RWJ เรียกว่า Time Out) ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม และการผูกมัดรัดตรึง ล้วนมีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้น และมีระดับที่ดีกว่าเป้าหมายหรือค่าเปรียบเทียบ ในขณะที่อัตราการรายงานอุบัติการณ์สูงขึ้น สะท้อนวัฒนธรรมของการรายงานสิ่งที่ไม่พึงประสงค์เพื่อการปรับปรุงแก้ไข ทั้งหมดนี้แสดงความสำเร็จขององค์กรที่จะบรรลุความเป็นเลิศด้านคุณภาพที่ว่า Focus on Clinical and Operation Outcomes และค่านิยมที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ (K-L-T-C-S)



8 ภาพข้างต้น แสดงระดับความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้ป่วย แยกตามกลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มผู้ให้บริการ คือ แพทย์ พยาบาล พบว่าส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น และผลลัพธ์ที่ได้อยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับค่าเปรียบเทียบที่ใช้ สอดคล้องกับพันธกิจองค์กรที่ต้องการให้บริการ Excellence Through Service (K-L-T-C)

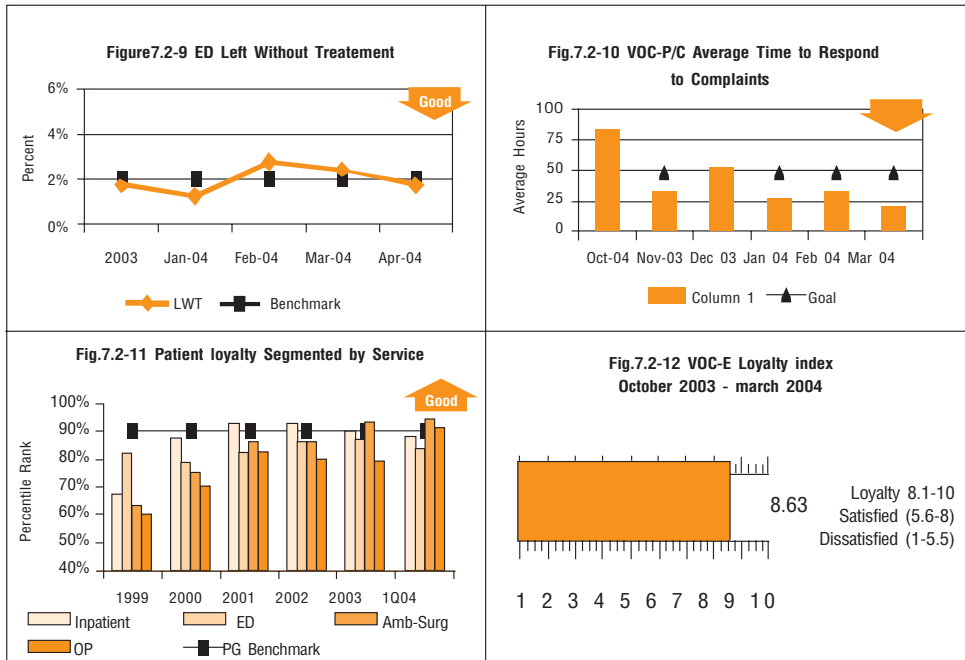


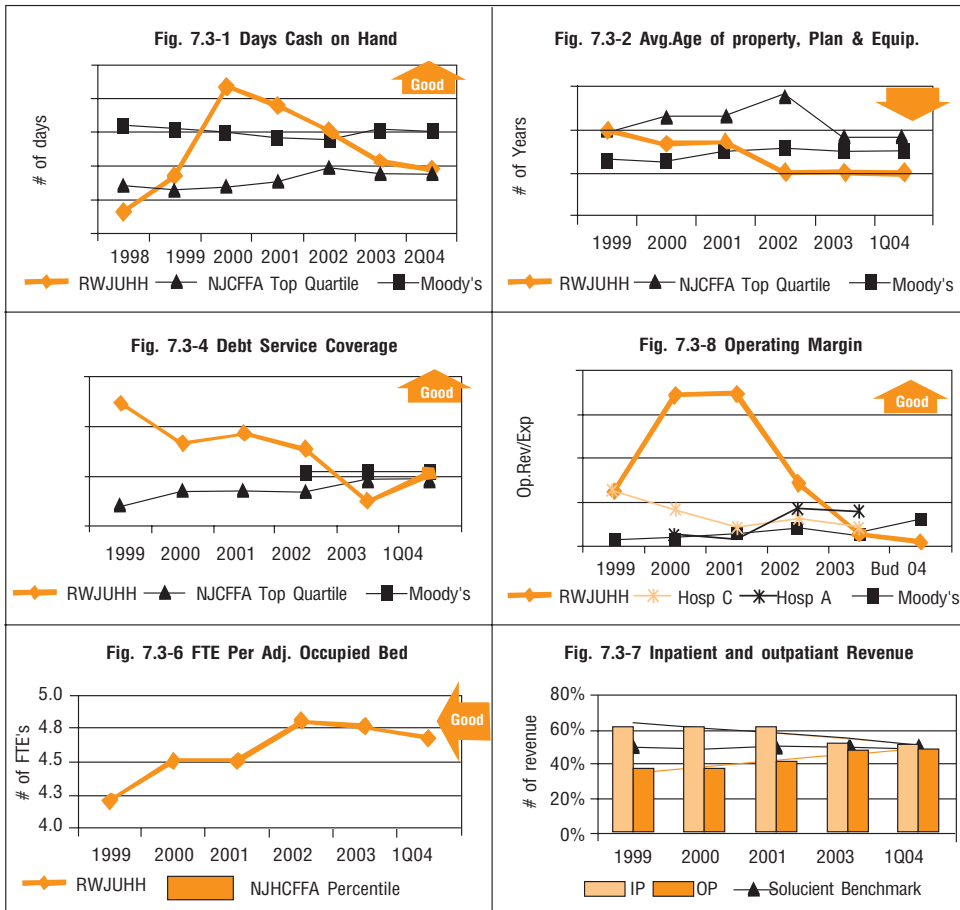
Figure 7.2-15 Gallup Community Survey

Hospital Preference by Service Type (%)					
Service/Treatment	RWJ	H2	H3	H4	H5
ED care minor	23	19	13	4	8
ED care chest pain	21	17	12	3	11
OP Surgery	20	19	13	4	8
IP Surgery	19	16	12	3	8
Maternity	17	17	18	4	6
Surgery/bone/joint	18	14	11	3	7
Cancer	11	5	7	2	7
Wellness	24	13	11	4	6

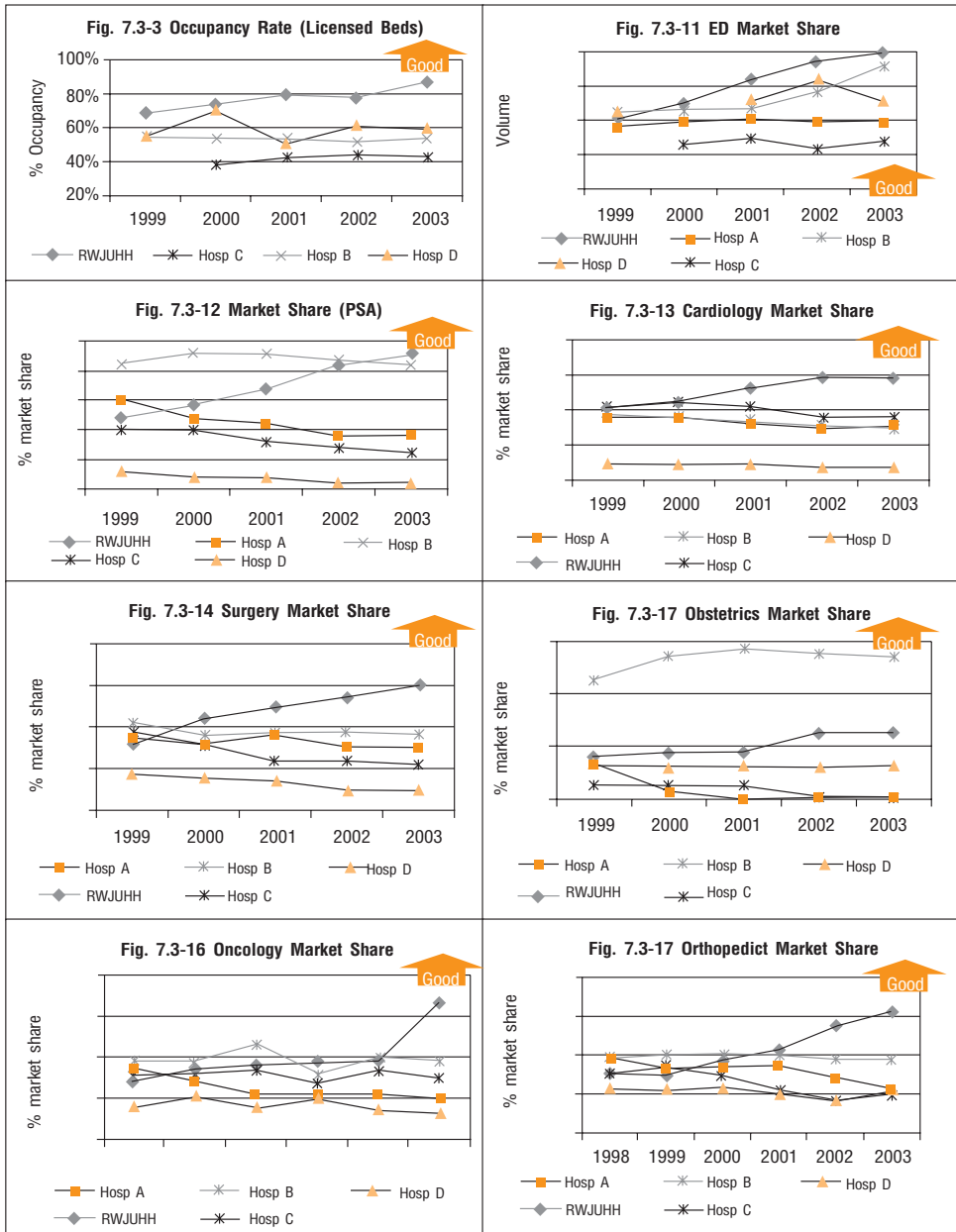
Fig 7.2-14 Gallup Community Survey-1 Place Rankings

Attribute	1994	1996	2000	2002
Most Convenient to Home	✓	✓	✓	✓
Most Responsive to Community		✓	✓	✓
Most Improved		✓	✓	✓
Cleanest		✓	✓	✓
Most personal Care to patients			✓	✓
Pleasant/Comfortable : Pts/Visitors				✓
Advanced State-of-the-Art Technology and Equipment			✓	✓
Best Doctor			✓	✓
Best Nurses			✓	✓
Best Overall			✓	✓

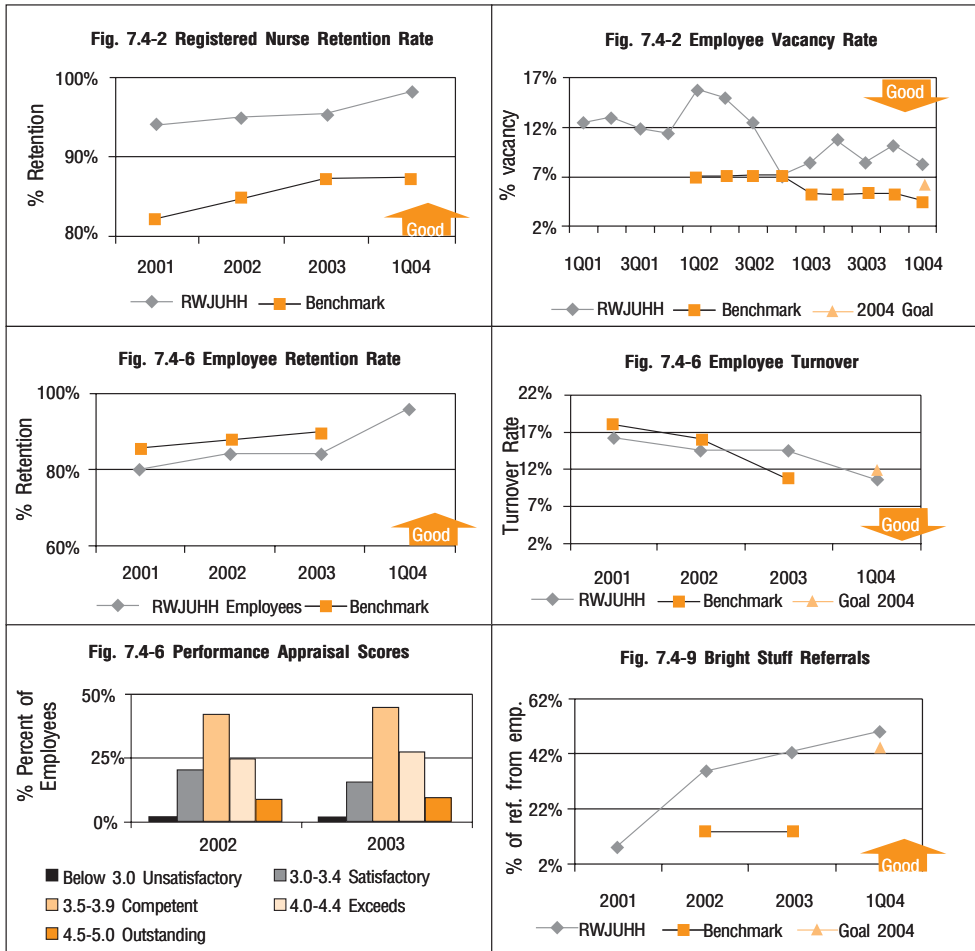
ภาพข้างต้นแสดงอัตราผู้ป่วยที่จากห้องฉุกเฉินไปโดยไม่ได้รับการรักษา ซึ่งสะท้อนความไม่พึงพอใจ ระยะเวลาในการตอบสนองข้อร้องเรียน ค่าความภักดี และภาพโรงพยาบาลในสายตาผู้รับบริการ จะเห็นได้ว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดีเมื่อเทียบกับค่าเทียบเคียง และโรงพยาบาลได้รับการจัดลำดับให้เป็นโรงพยาบาลที่ดีที่สุดในแทบทุกด้าน และแทบทุกบริการเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลคู่แข่ง (K-L-T-C-S)



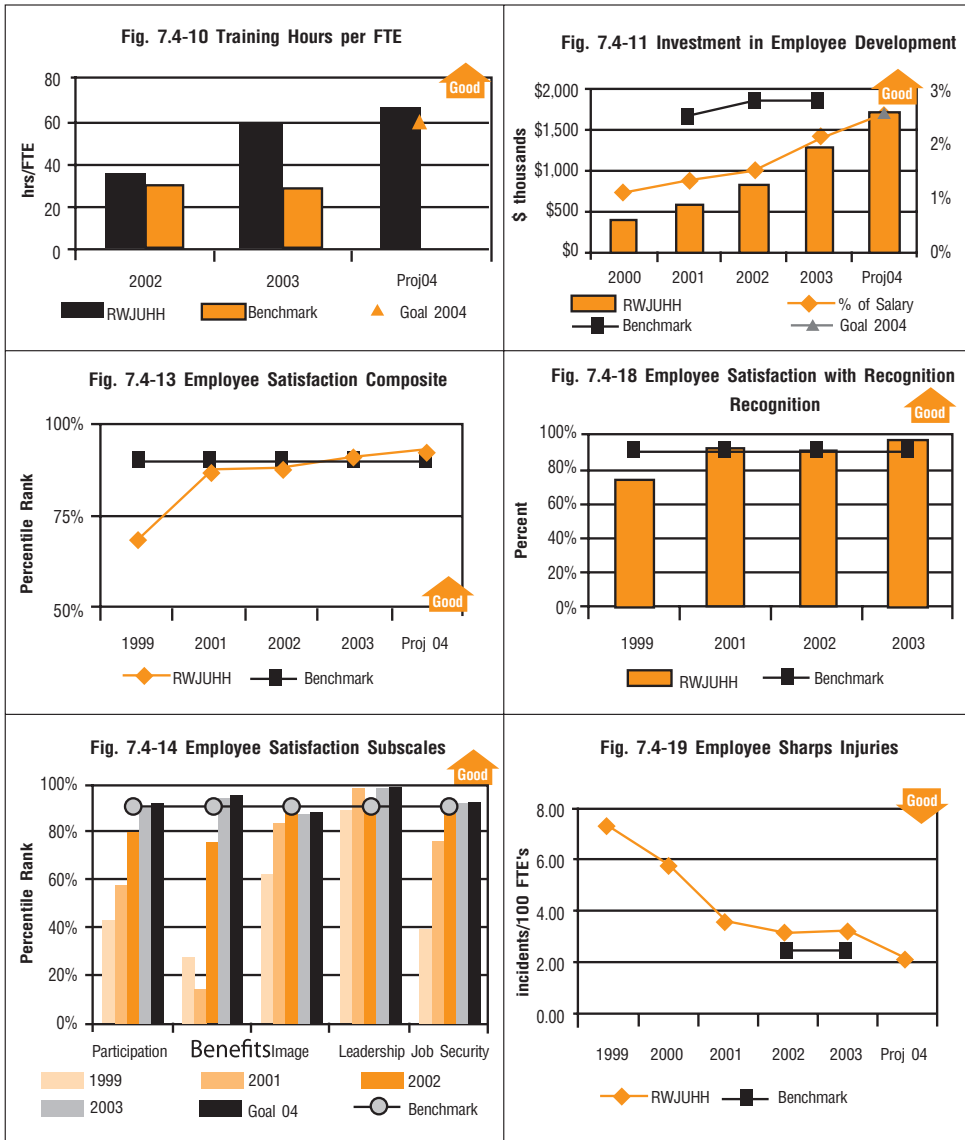
RWJ ใช้รายงานของ New Jersey Health Care Facilities Financing Authority และ Moody เป็นตัวเทียบเคียง โดยกำหนดเป้าหมายไว้ที่ Top percentile ของ NJHCFFA และระดับ A ของ Moody จะเห็นได้ว่าผลลัพธ์ทางการเงินของ RWJ อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับเป้าหมายดังกล่าว (K-L-C) ในแง่ของ Operation Margin แม้ดูว่าลดลงสาเหตุเนื่องจาก RWJ ปรับกลยุทธ์มาทุ่มเทการพัฒนาบุคลากรและคุณภาพ เพื่อสร้างคามพึงพอใจสูงสุดแก่ผู้รับบริการ ทำให้ Operation Margin ลดลง แต่ยังคงอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับค่าเทียบเคียง นอกจากนี้ RWJ ได้ปรับสัดส่วนของ FTE ต่อจำนวนเตียงผู้ป่วย โดยตั้งเป้าหมายไว้ที่ระหว่างค่ามัธยฐานและ 75 เปอร์เซ็นไทล์ของ NJHCFFA เนื่องจากมีการศึกษาจำนวนมากของ AHRQ แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพที่ดีกับจำนวนบุคลากรที่เหมาะสม รวมทั้งความพยายามในการปรับสัดส่วนรายได้ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในให้เป็น 50:50 เนื่องจากมีการศึกษาของ Solucient พบว่าสัดส่วนรายได้ดังกล่าวเป็นสัดส่วนที่เหมาะสม เพื่อลดผลกระทบอันเกิดจากความแปรปรวนของรายได้



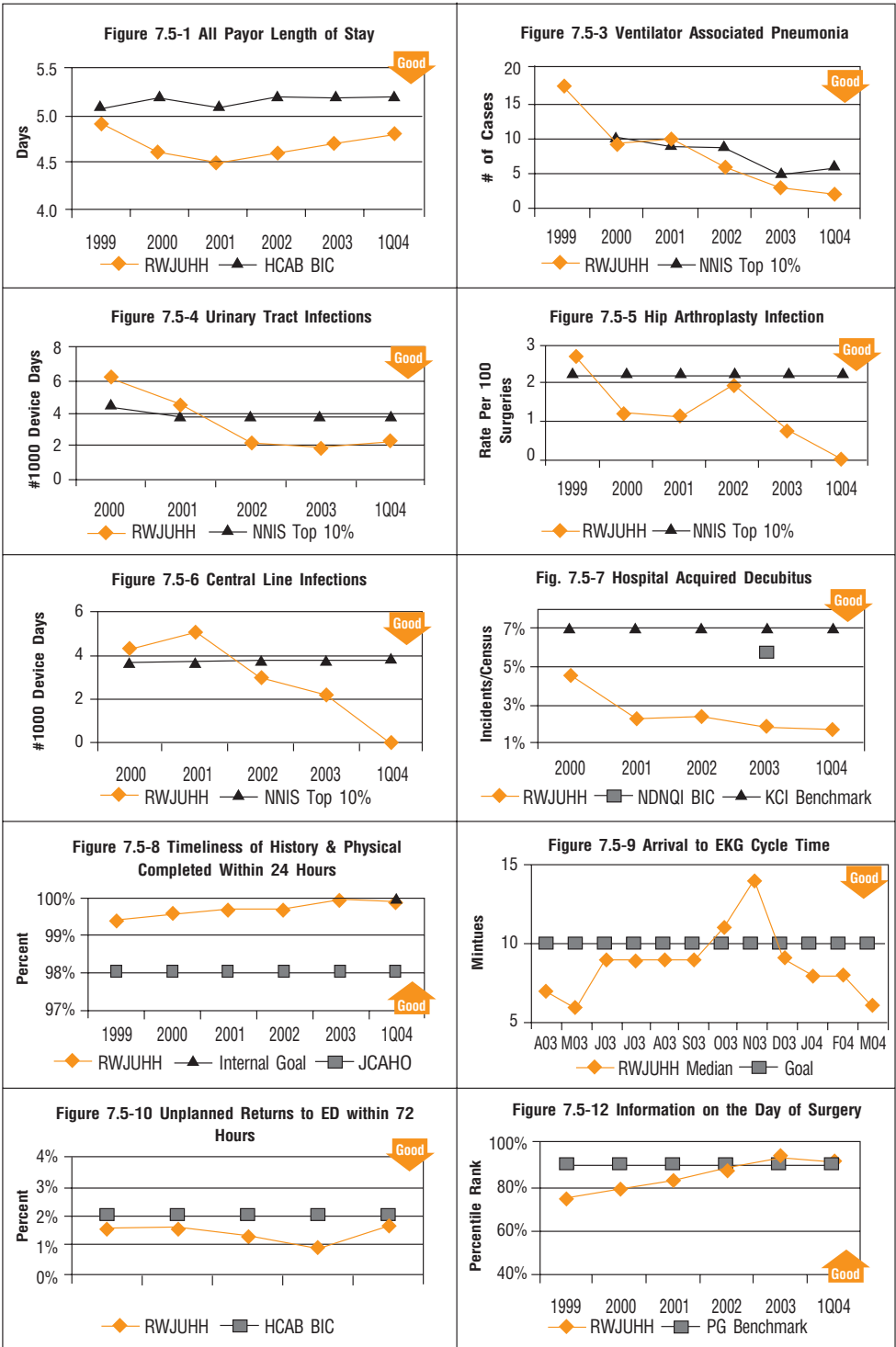
ภาพข้างต้นแสดงส่วนแบ่งตลาดของ RWJ ใน segment ต่างๆ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่ดี และมีผลลัพธ์ที่ดีกว่าคู่แข่ง (K-L-T-C-S) ทั้งในตลาด ผู้ป่วย primary service area ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน และ product line ต่างๆ



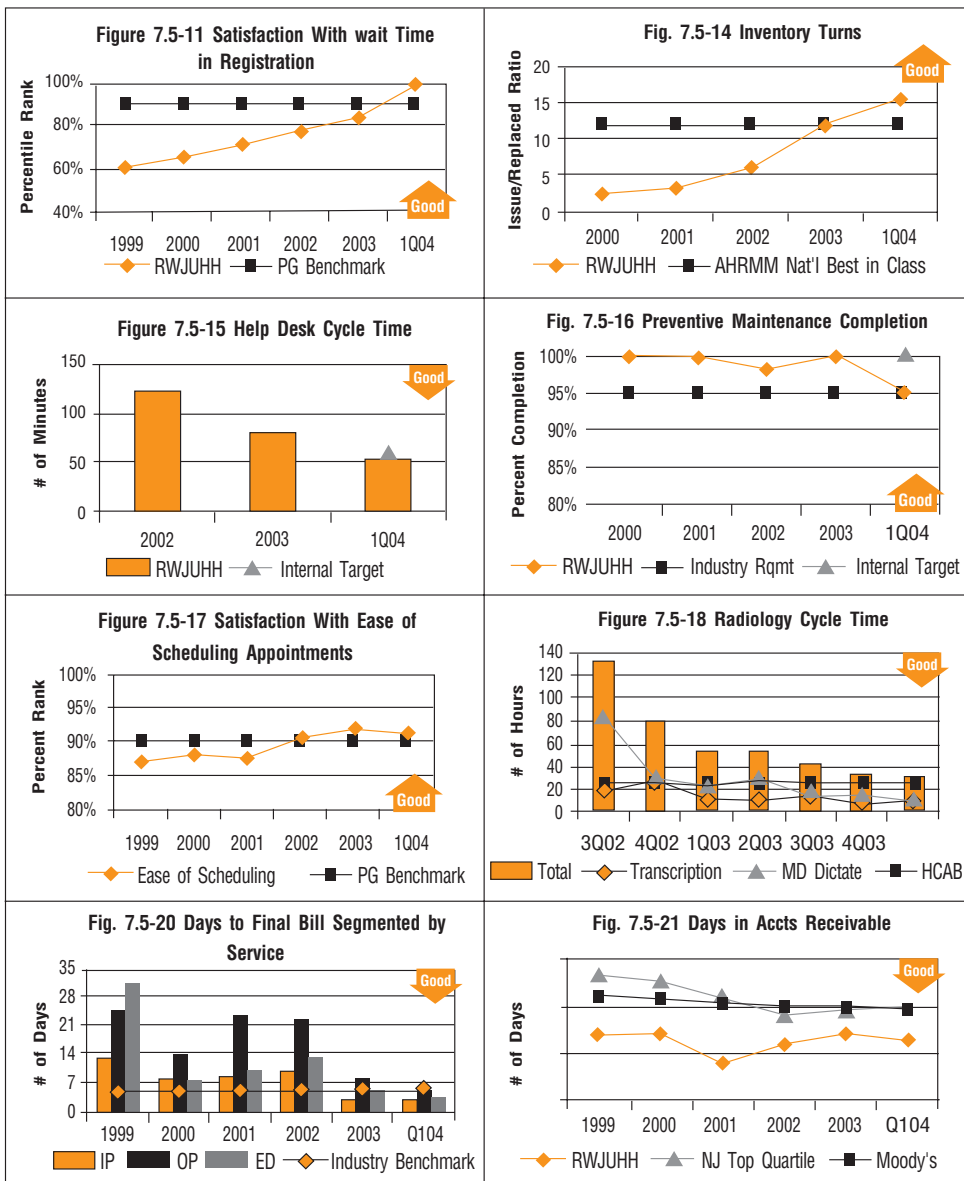
ภาพข้างต้นแสดงผลพื้ด้านระบบงาน พบว่าอัตราการคงอยู่ของพยาบาล และบุคลากร อัตราตำแหน่งว่าง อัตราการลาออก รวมทั้งคะแนนประเมินผลพนักงานมีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้น และดีกว่าค่าเทียบเคียง (K-L-T-C-S) นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลของ RWJ พบว่า อัตราการลาออกภายใน 90 วันของพนักงานใหม่ที่ได้มาจากการแนะนำของพนักงานที่ทำงานอยู่แล้ว ต่ำกว่ากลุ่มที่สมัครเข้ามาเองอย่างมีนัยสำคัญ จึงพยายามเพิ่มสัดส่วนพนักงานใหม่ที่ได้มาจากการแนะนำ ซึ่ง RWJ สามารถทำได้ดีกว่าค่าเทียบเคียง ดังภาพที่ 7.4-9



ภาพข้างต้นแสดงผลลัพธ์ด้านการพัฒนาบุคลากรและความพึงพอใจของบุคลากร รวมทั้งอัตราบาดเจ็บจากของมีคม ซึ่งพบว่าแนวโน้มดีขึ้นเป็นลำดับ และทำได้ดีกว่าค่าเทียบเคียง แสดงถึงความสำเร็จในการพัฒนาด้านทรัพยากรมนุษย์ที่เป็นหนึ่งใน 5 เสาหลักแห่งความสำเร็จของ RWJ (K-L-T-C-S)



ภาพในหน้าข้างต้น ตั้งแต่ 7.5-1 ถึง 7.5-12 แสดงประสิทธิผลของกระบวนการสร้างคุณค่า จะพบว่า ค่าวันนอนเฉลี่ย อัตราการติดเชื้อแยกตามตำแหน่งต่างๆ แผลกดทับ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการซักประวัติและตรวจร่างกายที่สมบูรณ์ภายใน 24 ชม. ระยะเวลาอนับตั้งแต่มาถึงจนได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยที่แน่นหน้าอก อัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกฉุกเฉิน และอัตราการให้ความรู้ในวันผ่าตัดล้วนมีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้น และดีกว่าค่าเปรียบเทียบ (K-L-T-C-S)



ส่วนภาพข้างต้น แสดงประสิทธิผลด้านกระบวนการสนับสนุน อาทิ ความพอใจด้าน เวลาารอลงทะเบียนรักษา อัตราส่วนคงคลังหมุนเวียน เวลาในการตอบสนองของฝ่ายคอมพิวเตอร์ การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน ความสะอาดกในการนัดหมาย ระยะเวลาทำ X-ray จำนวนวันในการวางบิล และจำนวนวันในการเก็บหนี้ จะพบว่า มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีระดับเหนือค่าเทียบเคียง ซึ่งตอกย้ำความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพของ RWJ (K-L-T-C)

Figure 7.6-1 Public Responsibility & Ethics Measures

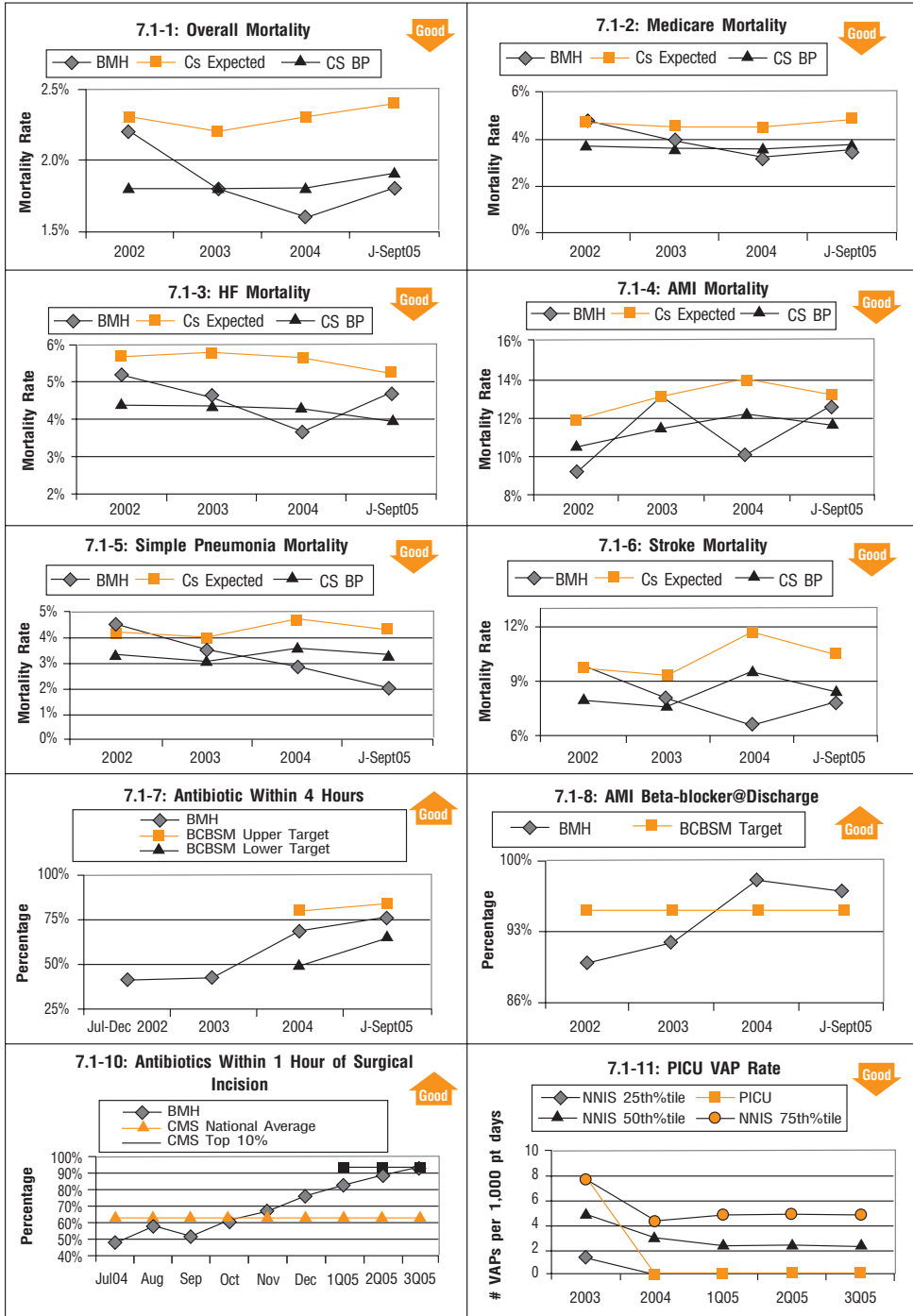
Process	Measures	Results
Corp Compliance & Ethical Behavior	1) % of empl. Trained:	100%
Care Delivery - Implementation	Safe Medication Delivery	>90% of medication incident reports have Intervention
JCAHO Accreditation Process	JCAHO Accreditation	Full accreditation
CAP	Accreditation	Full accreditation with distinction
CMS 7 th Scope of Work	Conditions of Participation	Full participation
Commission on Cancer/ACoS	Center Designation	Community cancer center designation
Internal and External Audit	Recommendations	Full compliance, no recommendations
Radiation Safety	Licensure	Full licensure
Licensure	% of staff. licensed	100%
Risk Management	1) Patient restrains 2) Patient Falls 3) Workers Comp. Claims	1)9/1000 pt days 2)2.87% 3)36% ≤ expected

Figure 7.6-8 RWJUHH Awards and Recognition

Year	Award	Sponser
2003 N	Most Wired Award	Hospital and Health Networks
2003 N	Corporate Recognition Award for Nursing Excellence	NJ League for Nursing
2003 S	Employer of Choice Award	The Garden State Council for SHRM
2003 S	Governors Award for Performance Excellence - Bronze (Network)	Quality New Jersey
2003 L	Employer of the Year Award	Mercer Co. Workforce Investment Board
2002 N	Success Story Award	Press, Ganey
2002 S	Excellence Award	PRONJ
2002 N	Most Wired, Most Wireless, Most Improved Awards	Hospital and Health Networks
2002 N	eHealth Leadship Award - Best Intranet Site	eHealthcare Strategies and Trends
2001 S	Governors Award for Performance Excellence, Gold	Quality New Jersey
2001 L	Corporation of the Year	Mercer Co. Chamber of Commerce
2000 S	Outstanding Employer of the Year	NJBIA
Legend: N - National S - State L - Local		

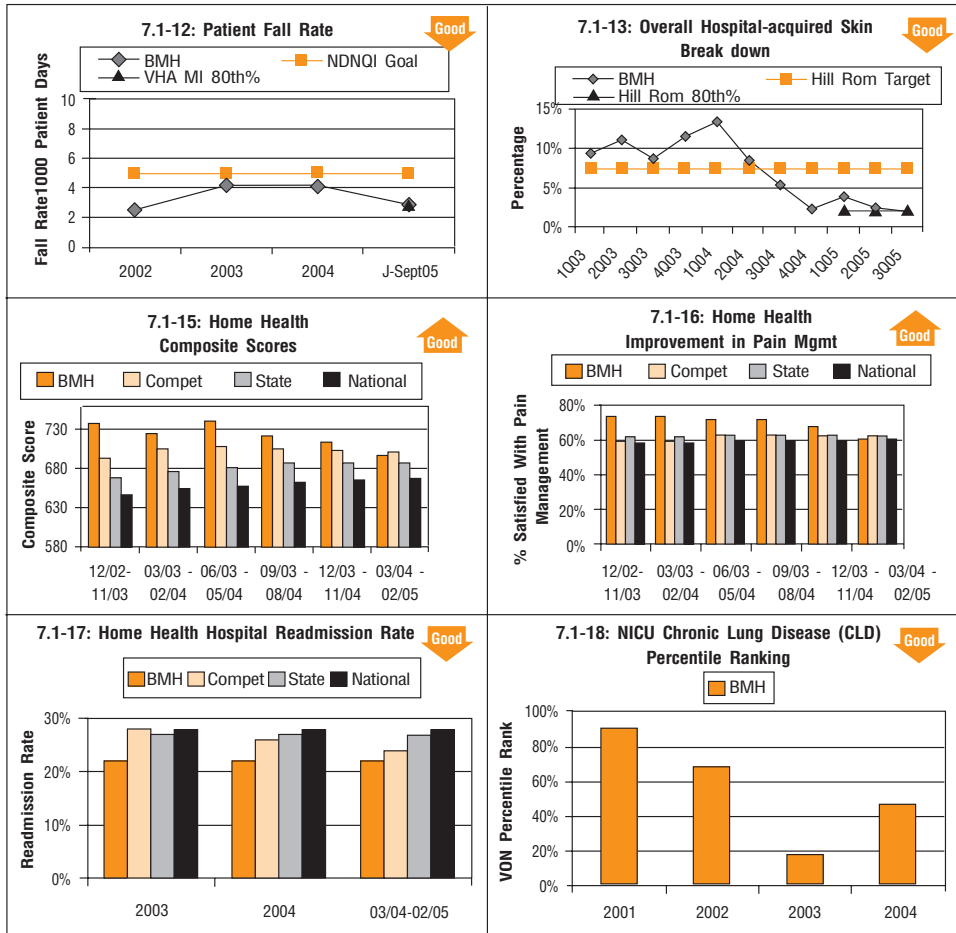
สองตารางข้างต้นแสดงผลลัพธ์ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม และการนำองค์กร ซึ่ง จะพบว่า นอกจากมีผลลัพธ์ในระดับที่ดีแล้ว ยังได้รับรางวัลในด้านต่างๆมากมาย แสดงถึง ความสำเร็จของระบบการนำองค์กรในการบรรลุวิสัยทัศน์ และพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมี ประสิทธิภาพของ RWJ (K-L-C)

>> **BMH**

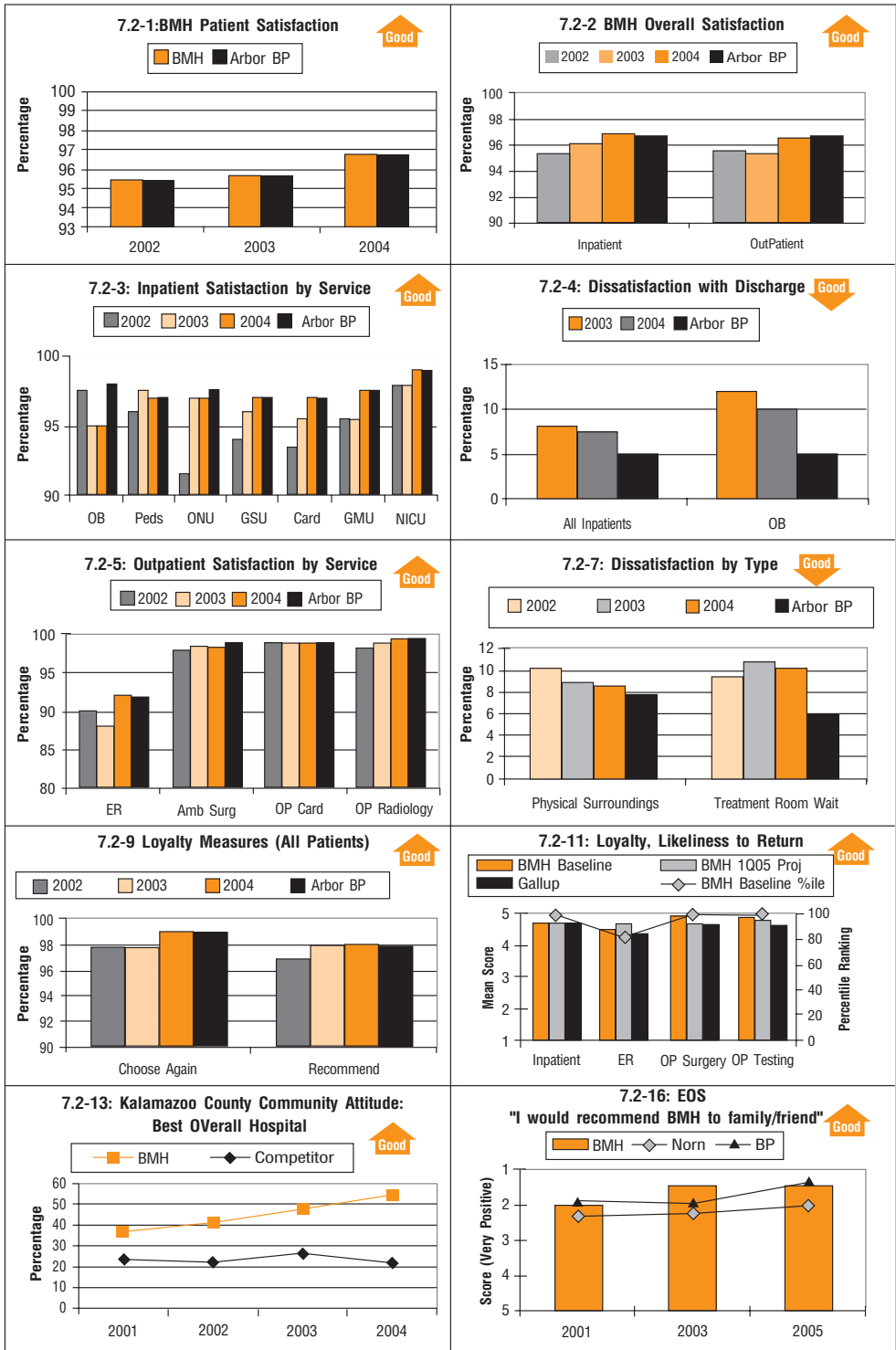


7.1.9 Core Measure Compliance Scores

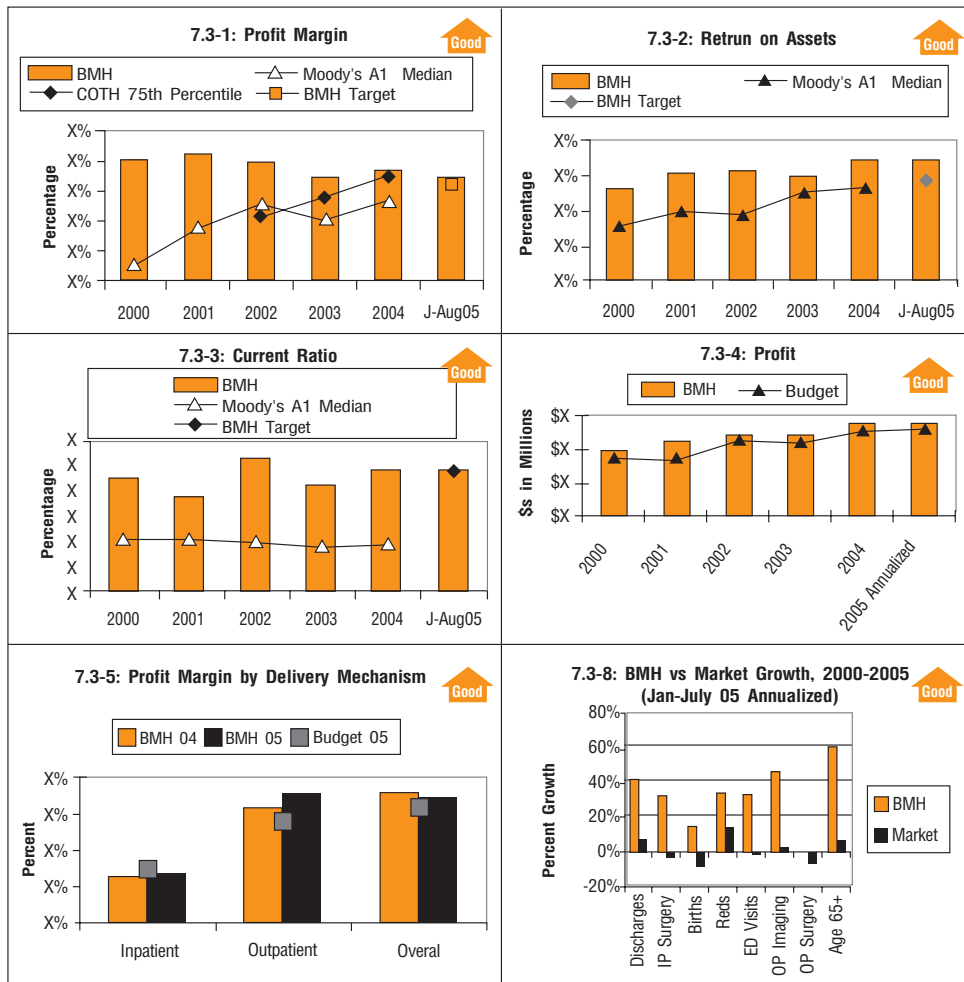
Diagnosis	Indicator	BMH Jan-Sept05	BCBSM Range
HF	LVF assessment	96%	89-95%
	ACEI for LVSD	87%	84-95%
AMI	ASA @ arrival	99%	95%
	ASA @ discharge	98%	94-95%
	BB @ arrival	96%	92-95%

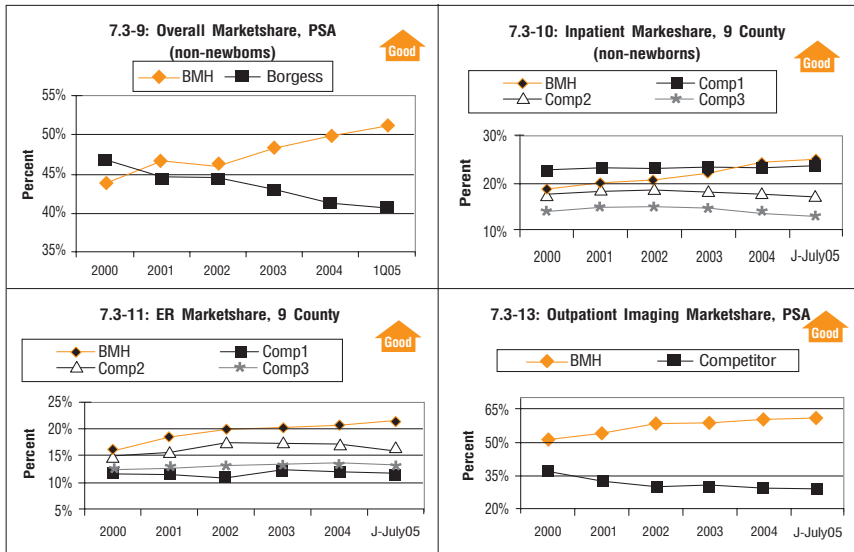


ภาพสองหน้าข้างต้น ตั้งแต่ภาพ 7.1-1 ถึง 7.1-18 แสดงผลลัพธ์ด้านการรักษาผู้ป่วยของ BMH จะพบว่าผลลัพธ์ที่แสดงไว้ ตั้งแต่อัตราการตายรวม อัตราตายแยกกลุ่มผู้ป่วย อัตราการติดเชื้อ อัตราการพลัดตกหกล้ม อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล อัตราการได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่กำหนด การดูแลที่บ้าน และอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ล้วนมีแนวโน้มที่ดีขึ้นเป็นลำดับ และดีกว่าค่าเทียบเคียง สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ว่าจะเป็น “The National Leader in Healthcare Quality” (K-L-T-C-S)

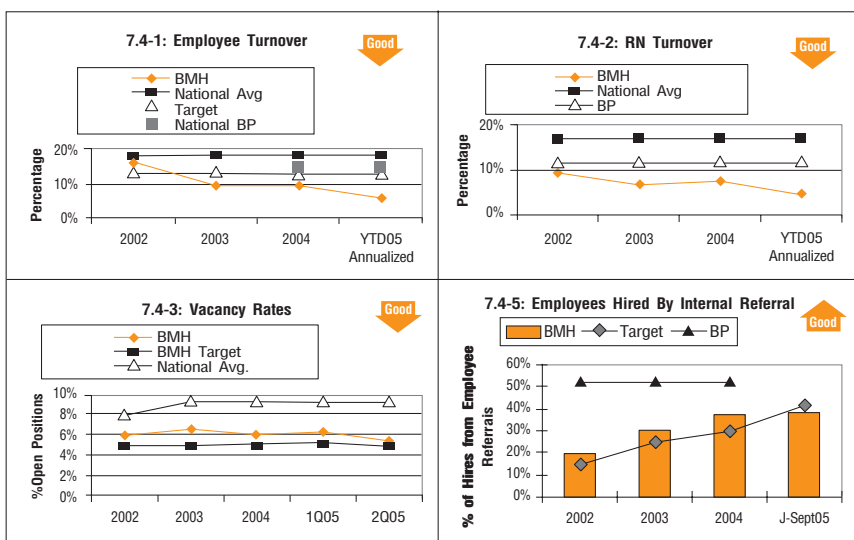


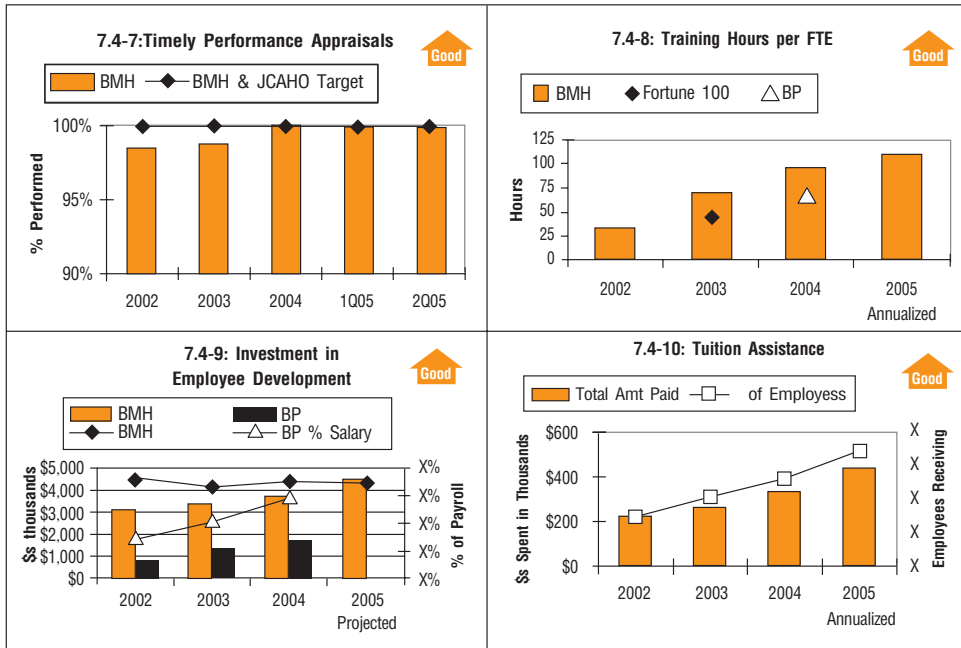
ภาพในหน้าข้างต้นแสดงผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของลูกค้า พบว่า ระดับความพึงพอใจโดยรวม ระดับความพึงพอใจแยกตามกลุ่มผู้ป่วย และบริการ รวมทั้งระดับความภักดี และบอกต่อในทางที่ดี มีแนวโน้มที่ดีขึ้น และมีระดับเหนือค่าเทียบเคียง ในขณะที่ระดับความไม่พึงพอใจมีแนวโน้มลดลงตามลำดับ นอกจากนี้ ชุมชน ซึ่ง BMH กำหนดให้เป็นลูกค้ามีทัศนคติที่ดีต่อโรงพยาบาลสูงขึ้นเป็นลำดับเช่นกัน สอดคล้องกับความพยายามขององค์กรที่มุ่งมั่นสร้าง Customer & Service Excellence ซึ่งเป็นหนึ่งในสามปัจจัยสำคัญแห่งความสำเร็จของ BMH (K-L-T-C-S)



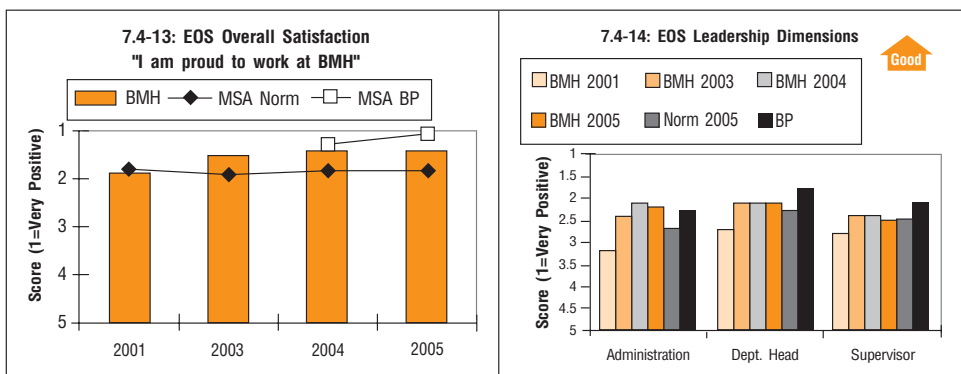


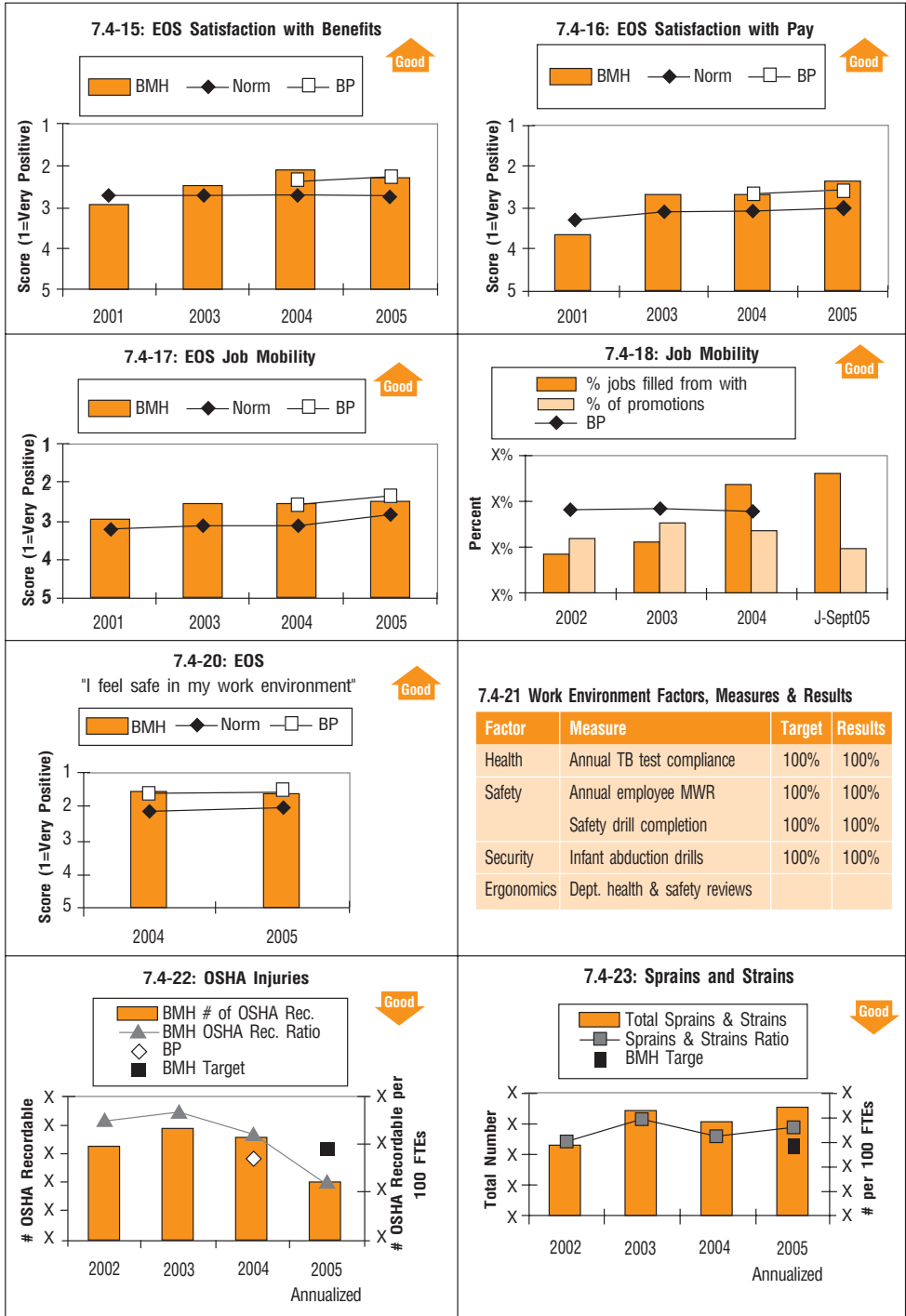
ภาพข้างต้นแสดงผลพัธ์ด้านการเงินและการตลาด ปัจจัยแห่งความสำเร็จประการหนึ่งของ BMH คือ Corporate Effectiveness โดยความแข็งแกร่งด้านการเงินเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญ BMH จึงใช้การเทียบเคียงกับค่ามัธยฐานขององค์กรที่ได้รับการจัดอันดับในระดับ A1 จาก Moody เป็นค่าเป้าหมาย จะพบว่าผลการดำเนินการด้านการเงินของ BMH ทั้งในแง่กำไร สัดส่วนกำไร ผลตอบแทนต่อสินทรัพย์ และ Current Ratio มีแนวโน้มที่ดีขึ้น และมีระดับดีกว่าค่าเทียบเคียง นอกจากนี้ ส่วนแบ่งตลาดของ BMH มีการเติบโตในทุกกลุ่มผู้ป่วย ในขณะที่ตลาดไม่ค่อยมีการเติบโตมากนัก (K-L-T-C-S)





ภาพข้างต้นแสดงผลลัพธ์ด้านระบบงานและการพัฒนาบุคลากร จะเห็นได้ว่าอัตราการลาออกของบุคลากร อัตราการลาออกของพยาบาล อัตราตำแหน่งงานว่าง มีแนวโน้มลดลงตามลำดับ และมีระดับที่ดีกว่าค่าเทียบเคียง นอกจากนี้ BMH ยังพยายามเพิ่มสัดส่วนการจ้างงาน โดยผ่านการแนะนำจากบุคลากรภายในเนื่องจากพบว่ากลุ่มนี้มีอัตราการลาออกภายใน 90 วันต่ำกว่า ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการปรับปรุงผลงานรายบุคคลคือการได้รับการประเมินผลงานที่รวดเร็ว BMH จึงมุ่งลดจำนวนพนักงานที่ได้รับการประเมินผลงานล่าช้า และเพิ่มการพัฒนาบุคลากร ดังจะเห็นได้จากการที่จำนวนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อพนักงาน อัตราการลงทุนในการพัฒนาบุคลากรเพิ่มสูงขึ้น (K-L-T-C-S)

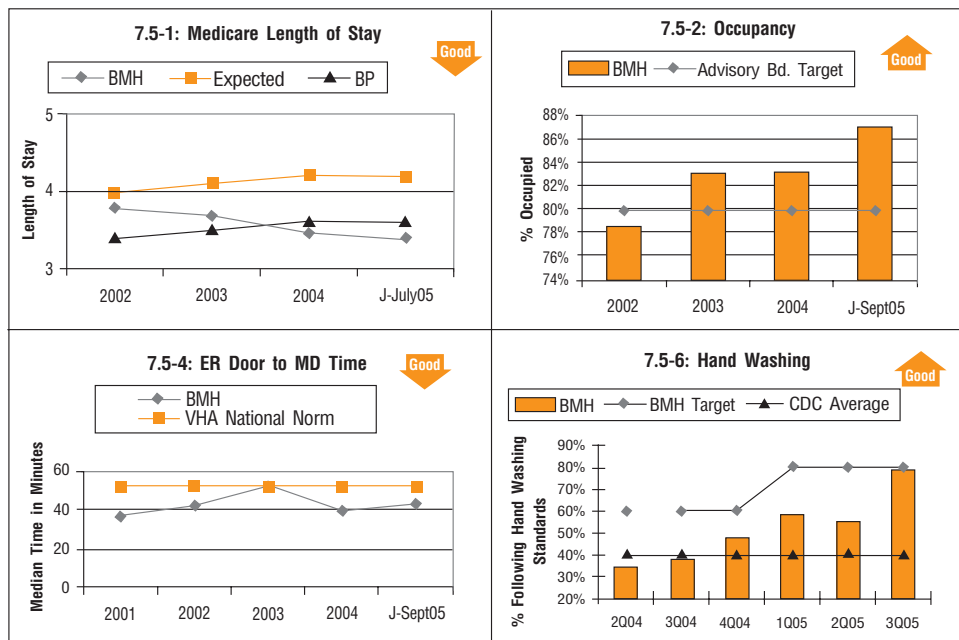


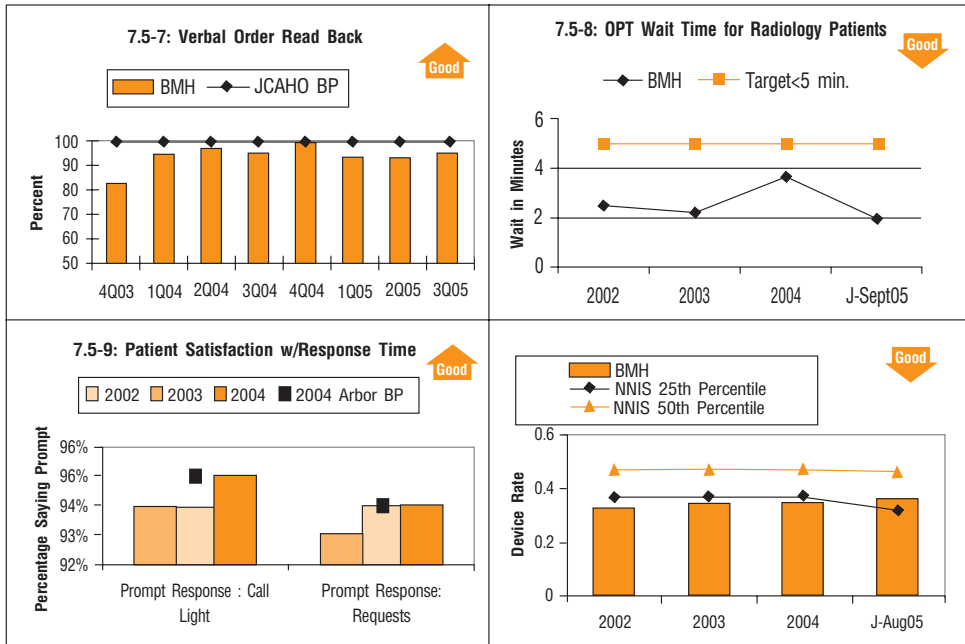


ภาพข้างต้นเป็นผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจและความพึงพอใจของพนักงาน ซึ่งจะพบว่าพนักงานของ BMH มีความภูมิใจในการเป็นพนักงานที่นี่ มีความพอใจต่อสวัสดิการและค่าจ้างที่ได้รับ ตลอดจนมีความพอใจต่อการสับเปลี่ยนหน้าที่ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความก้าวหน้าในอาชีพ ทำให้ค่าความพึงพอใจในด้านต่างๆ เหล่านี้สูงขึ้นเป็นลำดับ และสูงกว่าค่าเทียบเคียง นอกจากนี้ คะแนนความเป็นผู้นำ (Leadership Score) และอัตราของการบรรจุและเลื่อนตำแหน่งจากภายในมีระดับที่สูงขึ้น อีกทั้งพนักงานยังรู้สึกปลอดภัย อัตราการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงานมีแนวโน้มลดลง และดีกว่ำค่าเป้าหมาย (K-L-T-C-S)

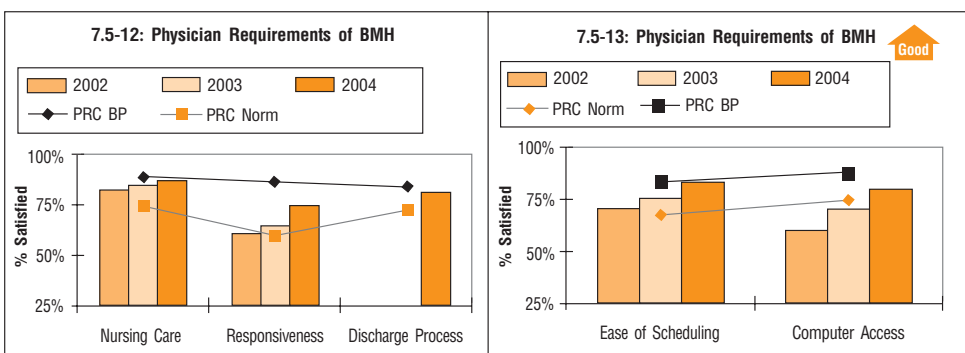
จากความมุ่งมั่นในการพัฒนาด้านทรัพยากรมนุษย์ ทำให้ BMH ได้รับรางวัลมากมายได้แก่

- 100 Best Companies for Working Mothers ปี 2003 และ 2004 จาก Working Mother Magazine
- Fortune 100 Best Companies to Work For ปี 2004 และ 2005
- West Michigan's 101 Best and Brightest Companies to Work For
- “Best of the Best” Award ปี 2003 และ “Elite Winner Award” ปี 2005 จาก Michigan Business and Professional Association
- VHA Leadership Award for Operation Excellence ปี 2005





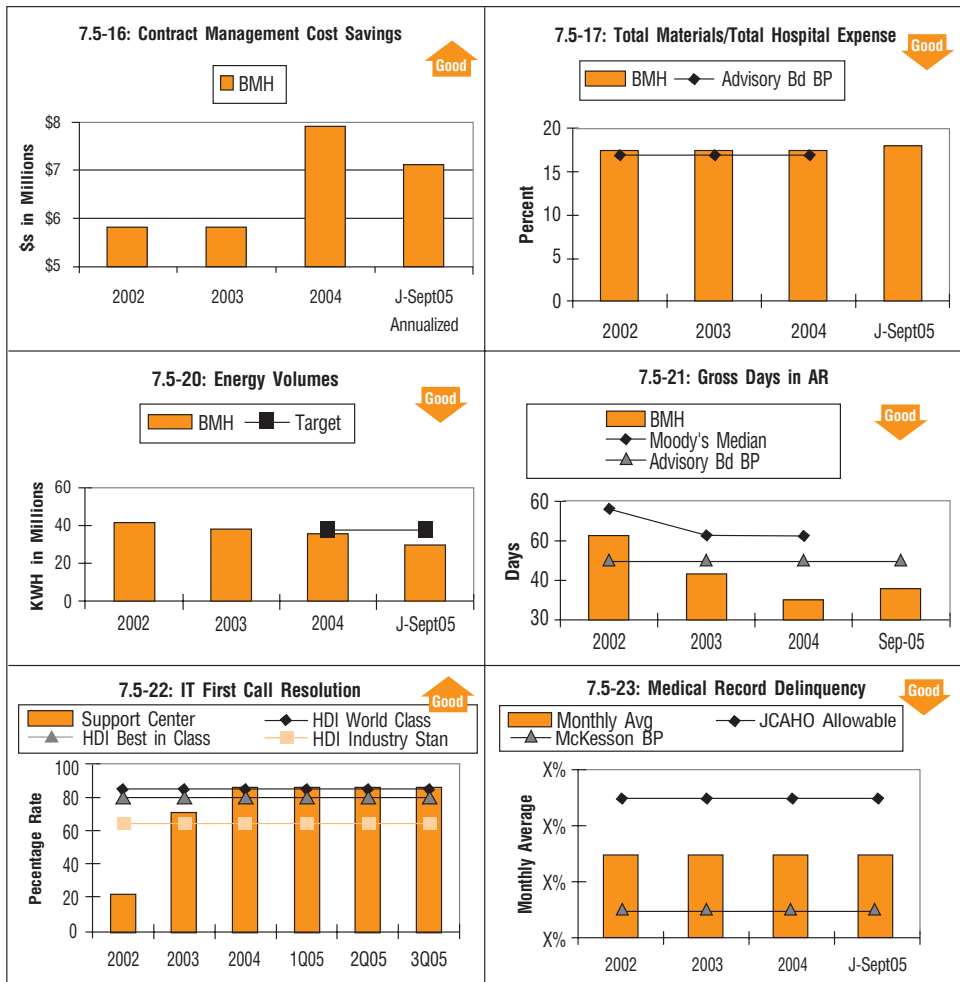
ภาพข้างต้นแสดงผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพของกระบวนการสร้างคุณค่า ซึ่งจะพบว่า ระยะเวลาตอนเฉลี่ย อัตราครองเตียง อัตราการได้รับยาในเวลาที่กำหนด อัตราล้างมือ อัตราการ ทวนคำสั่งแพทย์ มีแนวโน้มสูงขึ้น ในขณะที่อัตราการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง ดีกว่าค่าเทียบ เเคียง สะท้อนประสิทธิภาพขององค์กรทั้งในแง่การดูแลรักษา ความปลอดภัยของผู้ป่วย ตลอด จนระยะเวลารอคอย X-ray ที่ลดลง (K-L-T-C)

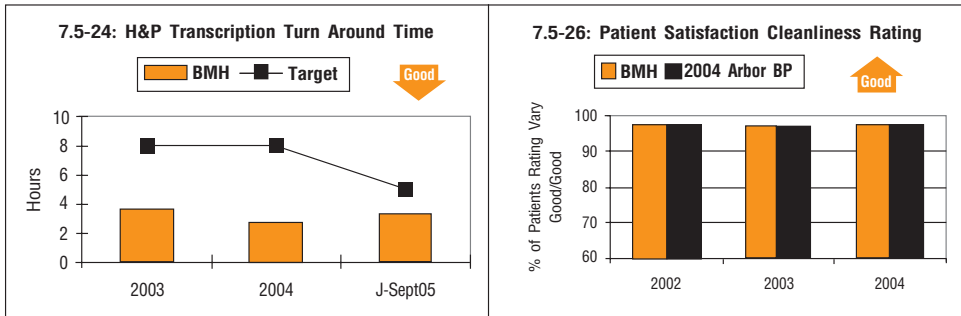


เนื่องจากแพทย์คือลูกค้าและพันธมิตรที่สำคัญของ BMH ภาพข้างต้นแสดงความสามารถในการตอบสนองความต้องการของแพทย์ในด้านต่างๆ ซึ่งพบว่า มีแนวโน้มที่สูงขึ้น และมีระดับใกล้เคียงกับ best practice (K-L-T-C-S)

Designation	Scores	Awards
5 Stars ★★★★★	At or above 90th percentile	<ul style="list-style-type: none"> • A place to practice medicine • Quality of nursing care • Radiology services • Laboratory services • Anesthesia services
4 Stars ★★★★	75th to 89.9th percentile	<ul style="list-style-type: none"> • Overall quality of patient care • Pathology services

ภาพนี้แสดงรางวัลที่ BMH ได้รับจาก Professional Research Corporation ซึ่งตอกย้ำความเป็นผู้นำด้านคุณภาพของ BMH





ภาพข้างต้นแสดงตัวอย่างประสิทธิผลของกระบวนการสนับสนุน อาทิ ผู้ส่งมอบ ต้นทุน วัสดุสิ้นเปลือง การประหยัดพลังงาน ประสิทธิภาพในการเก็บหนี้ ประสิทธิภาพด้าน IT การบันทึกเวชระเบียน ความสะอาด เป็นต้น จะเห็นว่ามีระดับที่ดี มีแนวโน้มที่ดีขึ้น และได้ตามเป้าหมายที่กำหนด (K-L-T-C)

7.6.3 Community Survey-1st Place Rankings

Attribute	2003	2004
Best overall hospital	✓	✓
Attracts/retains highest quality staff	✓	✓
Attractive and clean environment	✓	✓
Courteous employees	✓	✓
Highly skilled nurses	✓	✓
Highly skilled physicians	✓	✓
Success in treating difficult cases	✓	✓
Most up-to-date technology	✓	✓
Leader in healthcare	✓	✓
Caring and compassionate to patients	✓	✓
Innovative in approach to healthcare	✓	✓
Hospital you can trust	NA	✓

7.6.4 Leadership and Social Responsibility

Measures	Results
Employees trained on corp. compliance	100%
Employees trained on code of conduct	100%
Employees trained on HIPAA	100%
JCAHO survey	Full accreditation
CAP survey	Full accreditation
ACS survey	Full accreditation
ACR	Full accreditation
CMS conditions of participation	Full accreditation
ICAVL survey	Full accreditation
ICAEL survey	Full accreditation
AACVPR survey	Full accreditation
Certification results	Full accreditation
Staff licensure	100%
Independent board members	100%
Independent auditor results	0 irregularities
Physician contract compliance	100%

สองตารางข้างต้นนี้แสดงประสิทธิผลด้านการนำองค์กรและความรับผิดชอบต่อสังคม จะเห็นว่า BMH ได้รับการคัดเลือกจากชุมชนว่าเป็นที่หนึ่งในแทบทุกด้าน และเป็นโรงพยาบาลที่สามารถไว้วางใจได้ สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของ BMH ที่ต้องการเป็น “The National Leader in Health Care Quality”

1. หมวดที่ 7 ถือเป็นหมวดที่มีความสำคัญที่สุดสำหรับทุกองค์กรที่มุ่งมั่นสู่องค์กรที่มีผลการดำเนินการที่เป็นเลิศ และดำรงการเติบโตได้อย่างยั่งยืน

2. หมวดที่ 7 เป็นผลลัพธ์มาจากการดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ และกระบวนการในหมวด 1 ถึง 6 ดังนั้น ตัววัดผลลัพธ์ที่องค์กรใช้วัดผล และปรับปรุง จะต้องมีความเชื่อมโยง (linkage) กับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และกระบวนการในหมวด 1-6 เสมอ

3. หากผลลัพธ์ที่ได้ออกมาไม่ดี นั้นอาจหมายความว่า

- การวางแผนกลยุทธ์ที่ผิดพลาด (wrong strategy)
- การไม่ได้ดำเนินการตามกลยุทธ์ที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ (right strategy but ineffective strategy deployment)
- วิธีการที่กำหนดไว้ในแต่ละหมวดยังไม่เหมาะสมหรือเป็นระบบดีพอ (inappropriate or non-systematic approach)
- การนำลงสู่การปฏิบัติอาจไม่สม่ำเสมอหรือไม่จริงจัง (ineffective deployment)
- ขาดการวัดผล ติดตามผล ประเมินผล และปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้ไม่มีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น (no continuous learning)
- ขาดบูรณาการของวิธีการดำเนินการในด้านต่างๆ ให้เกิดความเชื่อมโยง ประสานเป็นระบบเดียวกัน และส่งเสริมซึ่งกันและกัน (no integration)

4. หมวดที่ 7 เป็นผลงานที่แท้จริงขององค์กร หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือผลงานของทีมผู้บริหารนั่นเอง トラバิดที่ผลลัพธ์ของหมวดที่ 7 ยังไม่แสดงให้เห็นระดับผลงานที่ดีเมื่อเทียบกับเป้าหมาย ไม่เห็นแนวโน้มที่ดีขึ้นเรื่อยๆ และยังไม่สามารถเอาชนะคู่แข่งหรือค่าเปรียบเทียบได้ トラバิดนั้น แปลว่าท่านยังบริหารได้ไม่ดีจริง จะต้องย้อนกลับไปทบทวนตนเองตามรายละเอียดในข้อ 3 ข้างต้นว่ายังคงมีโอกาสพัฒนาในประเด็นใด และทำการแก้ไขปรับปรุงในประเด็นเหล่านั้น

5. การเดินทางสู่องค์กรที่มีผลการดำเนินการเป็นเลิศ เปรียบเสมือนการเดินทางไกลที่มีแต่จุดเริ่มต้น แต่ไม่มีจุดสิ้นสุด ดังนั้น กระบวนการที่กล่าวถึงในข้อ 3 และ 4 จะต้องเกิดขึ้นและหมุนเวียนสลับกันไปมาอย่างไม่มีที่สิ้นสุดเช่นกัน

ขอให้มีความสุขกับการพัฒนาสู่องค์กรที่มีการดำเนินการที่เป็นเลิศนะครับ

หนทางสู่แชมป์



>> โอกาสพัฒนา (Opportunity for Improvement)

>> แผนปฏิบัติการและผู้รับผิดชอบ (Action Plan)

เอกสารอ้างอิง

1. เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ เพื่อองค์กรที่เป็นเลิศ 2549
2. Scorebook Guideline
3. Saint Luke's Hospital Application Summary
4. RWJ Hamilton Hospital Application Summary
5. Bronson Methodist Hospital Application Summary